

ARTIGO DE REVISÃO

A Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Município do Recife

The oral health team in the family health program in the city of Recife.

Angela Maria Brito Ferreira¹, Viviane Colares², Sandra Conceição Maria Vieira²

¹ Doutoranda em Odontopediatria*, ² Professora adjunta de Odontopediatria*

*Faculdade de Odontologia(FOP) da Universidade de Pernambuco (UPE)

Resumo O presente trabalho teve por objetivo descrever como ocorreu a inclusão das equipes de saúde bucal no contexto do programa de saúde da família no município de Recife a partir dos dados constantes na base de dados do Ministério da Saúde – Departamento Atenção Básica/Atenção Básica, analisando de maneira geral a sua implantação. A coleta dos dados foi realizada diretamente no banco de dados do Departamento de Informática do Ministério da Saúde DAB/Atenção Básica/Saúde da família. Os dados avaliados correspondem ao período de 2001, ano das implantações das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família até o ano de 2009. A cidade do Recife possui 114 Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família indicando que metade da população da cidade (50,97%) está beneficiada pelo programa.

Palavras-chave Programa de saúde familiar, odontologia, atenção primária à saúde, saúde bucal, odontologia em saúde pública, atenção à saúde.

Abstract The present study aimed at describing the process of inclusion of the oral health teams within the settings of family health program in the city of Recife from data stored in the database of the Ministry of Health - Primary Care Department. The overall implementation was analyzed. Data collection was performed from database from the Informatics Service of the Health Ministry DAB/ Family Health Primary Attention. Data were related from the year of 2009; time the Oral Health Teams started to work in the Family Health Program till the year of 2009. The city of Recife has 114 Oral Health Teams (OHT) in the Family Health Program being half of the city population (50.97%) covered by the care of this program.

Keywords Family Health Program, Dentistry, Primary Health Care, Oral Health, Public Health Dentistry, Health Care.

Introdução

Anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência odontológica pública, a exemplo de outros setores da saúde, atendia somente os trabalhadores contribuintes ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio de convênios e credenciamentos do Estado com o setor privado¹. Somente com a promulgação da *Constituição Federal* de 1988, o acesso universal da população aos serviços de saúde foi garantido legalmente. De acordo com Pires² a criação do SUS representou o “*rompimento com a lógica da assistência vinculada aos interesses do patronato e com a ação curativista*”.

Assim o Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob

qualquer pretexto. O SUS tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde³.

Na década de 90, no contexto da reforma do setor público, da descentralização política e administrativa e da consolidação da unificação do sistema nacional de saúde (SUS), uma série de medidas de âmbito nacional foram implementadas centrando-se em garantir o financiamento do setor da saúde, melhoria da qualidade da saúde, acesso universal estável e fortalecimento da gestão pública. Como parte deste processo, o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como uma perspectiva para a reorientação do modelo de assistência médica, destinado a assegurar uma maior capacidade de resolução de caso nos

Recebido em 15.03.2011

Aceito em 22.08.2011

Não há conflito de interesse

serviços de saúde, promoção do controle social e uma maior aproximação entre famílias e as equipes de saúde⁴.

Desta maneira a estratégia do PSF reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS, isto é, a universalização, descentralização, integralidade das ações e participação da comunidade. Está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), com equipe multiprofissional, que passa a ser responsável pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população⁵.

O PSF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação se iniciou em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, teve início a formação das primeiras equipes, mas a odontologia não foi incluída na equipe multidisciplinar, visto que sua inclusão só ocorreu 6 anos após, motivada pela situação caótica da saúde bucal da população brasileira, através da assinatura da Portaria 1.444 de 28/12/2000 pelo ministro da saúde José Serra⁶. Essa inclusão teve como objetivos principais a melhoria dos índices epidemiológicos e ampliação do acesso da população brasileira as ações a ela relacionadas⁷.

O presente trabalho teve por objetivo relatar a inclusão das equipes de saúde bucal no contexto do programa de saúde da família no município de Recife a partir dos dados constantes na base de dados do Ministério da Saúde – Departamento Atenção Básica/Atenção Básica, analisando de maneira geral a sua implantação.

Revista da literatura

Segundo, Calado⁸ alguns municípios brasileiros já trabalhavam com a saúde bucal no contexto do PSF antes da publicação da portaria ministerial, entretanto, pouco se sabia em relação aos números de profissionais, bem como, as atividades desenvolvidas pelos mesmos no PSF. Esta portaria estabeleceu duas possibilidades de composições de equipes de saúde bucal a serem implantadas no PSF. A modalidade I composta por um cirurgião dentista e um atendente de consultório dentário e a modalidade II, que além dos profissionais já citados, conta a participação do técnico de higiene dental⁷.

Em junho de 2003, necessitando revisar as normas estabelecidas pela Portaria GM/MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº. 673/GM de 03 de junho de 2003, que alterou a relação do número de equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família. Inicialmente, essa relação era de um para dois, ou seja, para cada equipe de saúde bucal (ESB) a ser implantada, deveriam estar implantadas duas equipes de saúde da família (ESF). Com a nova portaria, esta relação passou a ser de uma ESB para cada ESF³.

A partir da Portaria nº. 74/GM de 20 de janeiro de 2004, os incentivos financeiros às ações de saúde bucal no âmbito do PSF foram reajustados. Para a modalidade I, o incentivo financeiro anual por equipe implantada é de R\$ 20.400,00 e para

a modalidade II R\$ 26.400,00. Os recursos financeiros mencionados são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, em parcelas mensais, correspondendo a 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores¹⁰. Além disso, as equipes implantadas recebem um incentivo de R\$ 5.000,00 para a compra de equipamentos odontológicos e o adicional de R\$ 1.000,00 para a compra de materiais clínicos de prótese dentária. As equipes da modalidade II recebem, ainda, cadeira e acessórios odontológicos para uso do técnico em higiene dental¹⁰.

A equipe de saúde bucal, embora inserida somente em 2001 ao PSF, apresenta-se como parte integrante e importante para a saúde da população. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal propõe a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção em saúde, como fluoretação das águas de abastecimento, educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicações tópicas de flúor¹⁰. Com exceção da fluoretação da água, as demais ações estão diretamente relacionadas ao papel do cirurgião-dentista nesse processo.

Lourenço et al.¹⁰ relataram que o estado de Minas Gerais possui 853 municípios, dos quais 723 (84,7%) implantaram o Programa Saúde da Família (2741 ESF). Destes, segundo dados da SES-MG, 310 municípios (36,3%) haviam incorporado ESB no PSF até o primeiro semestre de 2004, num total de 724 equipes, sendo 573 (79,1%) na modalidade I e 151 (20,9%) na modalidade II.

Significa dizer que 56,6% das equipes SF já contam com equipe de saúde bucal, o que representa um aumento de mais de 257% no número de ESB no PSF. São aproximadamente 75 milhões de pessoas cobertas com ações de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (40,2% da população brasileira).

Na avaliação da implantação das ESB em São Gonçalo do Amarante-RN¹², observou que 3 ESB foram implantadas para 15 ESF, ressaltando que para que haja uma efetivação deste trabalho, tornando-o mais resolutivo e possibilitando uma otimização das ações e aumentando a credibilidade do Programa, espera-se que, em um futuro bem próximo, haja a ampliação das ESB ficando uma para cada ESF.

Em Pernambuco foi observada uma evolução quantitativa das Equipes de Saúde Bucal, passando de 237 em 2002 para 721 equipes implantadas em 2005¹³. Ressalta ainda o autor que entretanto, também é fundamental para o sucesso do modelo o aumento da cobertura odontológica, uma melhor qualificação profissional, uma rede de referência e contra-referência estruturada, além da participação da comunidade, o que tornaria os municípios mais adequados a desenvolver a atenção à saúde bucal de forma ampla, conforme os princípios do SUS.

Foi verificado que em 2002 as equipes de saúde bucal estavam presente em todos os municípios do estado do Paraná¹⁴. Os dados indicaram que grande parte das equipes de saúde bucal foi implantada no segundo semestre de 2001 (46,7%) e no primeiro semestre de 2002 (32,5%), sendo que apenas dois municípios – Catanduvas (população de 10.421 habitantes) e Pitanga (população de 2.418 habitantes) relataram ter inserido a odontologia no PSF antes de 2001¹⁴.

Metodologia

Este estudo foi do tipo descritivo, quantitativo, de caráter avaliativo, o qual utilizou dados secundários, a partir da base de dados do Ministério da Saúde DATASUS, registrados pelo SIA/SUS até julho de 2011. Os dados foram coletados diretamente no banco de dados do Departamento de Informática do Ministério da Saúde DAB/Atenção Básica/Saúde da Família, do período de Janeiro 2001, ano das implantações das Equipes de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família até julho de 2011. Os dados coletados foram tabulados em planilhas do Microsoft Office Excell 2010 e foram analisados e apresentados através da distribuição de frequências absolutas e percentuais quantitativos. Na análise dos dados foi considerado o período de implantação das ESB e o quantitativo dessas equipes a nível local, ou seja, no município de Recife, nível regional e nacional.

Resultados

Do período de abril/2001 até julho/2011 foram implantadas 20956 Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família em 4.838 municípios por todo o país, distribuídas nas cinco regiões brasileiras (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal por região.

REGIÃO	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA		EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	
	n	%	n	%
NORTE	2500	7,82	1570	7,5
NORDESTE	12667	39,65	9841	46,96
CENTRO-OESTE	2278	7,13	1673	7,99
SUDESTE	10114	31,67	5205	24,83
SUL	4386	13,73	2667	12,72
TOTAL	31945	100,00	0956	100,00

Fonte:MS/SAS/DAB (2011)

A implantação do PSF na região nordeste assim como demais regiões brasileiras teve início no ano de 2001, com 394 ESB, de forma progressiva, outros municípios foram aderindo ao PSF, atingindo assim em dezembro/2009 um total de 9152 ESB correspondendo a 48,21% das equipes implantadas em todo o Brasil.

Dentre as capitais da região nordeste apenas Recife, Aracaju, Maceió e Salvador implantaram ESB no ano de 2001, nas demais capitais as ESB só foram incorporadas ao PSF em anos posteriores. Apesar do estado do Ceará ter sido um dos pioneiros na implantação do PSF, apenas em 2005 o município de Fortaleza

Tabela 2. Distribuição das ESF e ESB e ano de implantação nas capitais do Nordeste.

MUNICÍPIO	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA		EQUIPE DE SAÚDE BUCAL		ANO DE IMPLANTAÇÃO				
	n	%	n	%	2001	2002	2003	2004	2005
ARACAJU	133	9,60	63	6,33	X				
FORTALEZA	260	18,77	219	22,01					X
JOÃO PESSOA	160	11,55	178	17,88		X			
MACEIÓ	72	5,20	33	2,81	X				
NATAL	65	4,69	91	9,14		X			
RECIFE	240	17,32	113	11,45	X				
SALVADOR	140	10,10	88	8,84	X				
SÃO LUÍS	84	6,10	39	3,91				X	
TERESINA	231	16,67	175	17,58			X		
TOTAL	1385	100	999	100	-	-	-	-	-

Fonte:MS/SAS/DAB e IBGE(2011)

implantou a sua primeira ESB. Já os municípios de João Pessoa e Natal, são os únicos da região que possuem um maior número de ESB em relação (Tabela 2).

No município do Recife, PSF foi implantado em 1995, sendo colocado em prática de imediato em dez (10) comunidades que já dispunham de PACS anteriormente, uma vez que só poderia ser implantado em locais que anteriormente estavam funcionando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde⁴. Em abril de 2001 o Recife contava com 84 ESF e foram implantadas 4 ESB, apesar da Portaria n°. 673/GM de 03 de junho de 2003, que alterou a relação do número de equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família (1 para 1), até os dias atuais ainda se observa uma desigualdade entre o número de ESB e ESF implantadas no nosso município, o número de ESB corresponde a 47% das ESF (Tabela 3). Vale salientar que o processo de incorporação do CD à ESF no município de Recife deu-se inicialmente por adesão onde os profissionais que já trabalhavam na rede pública foram convidados a integrar a ESB, posteriormente por seleção simplificada, assim também como o restante da equipe, muito embora tardiamente ao saúde da família. O plano municipal de saúde 2006-2009 objetivava a equiparação de uma ESB para cada equipe de saúde da família, previsão não concretizada até o momento atual (RECIFE, 2011).

Tabela 3: Distribuição das equipes de profissionais de saúde que compõem o PSF no município de Recife por distrito sanitário.

DISTRITO SANITÁRIO	USF	ESF	ESB		
			MOD 1	MOD 2	TOTAL
I	9	16	6	2	8
II	18	39	10	9	19
III	22	44	15	5	19
IV	19	38	17	5	22
V	15	31	10	6	16
VI	32	72	19	9	28
TOTAL	115	240	77	36	113

Fonte:SIAB/RECIFE 2011

Discussão

Na atenção odontológica, a estrutura do atendimento teve um aumento significativo com a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família. Desde 2001, o programa vem sendo expandido gradualmente, contabilizando um aumento significativo do número de equipes de saúde. Isso representa uma maior cobertura da população assistida^{11,13,14}.

O período de implantação de ESB no PSF nas capitais do nordeste com aconteceu de 2001 até 2003, onde este aumento foi observado também a nível nacional^{11,13,14}, sendo que este incremento coincide com o aumento nos incentivos financeiros às ESB e com a ampliação destas ações por todo território nacional, onde entre dezembro de 2002 e setembro de 2004, o número de ESB no PSF cresceu 106,8% em todo o país¹⁰.

A partir do ano 2000, o PSF passou a ter maior adesão de municípios maiores no Brasil, contrapondo com o que se verificou no início da implantação do PSF no país, quando houve uma maior adesão por parte de municípios de pequeno porte¹⁴. Os resultados corroboram essa afirmação, uma vez que demonstram que, das 9841 ESB existentes na região nordeste apenas 999 (10%) estão distribuídas pelas capitais. Ainda segundo os autores¹⁴, para os municípios maiores a adoção do PSF parece exigir um esforço de reorganização do sistema de saúde, uma vez que, nesses, geralmente já existe uma rede física instalada e um conjunto de profissionais atuando numa determinada lógica de organização dos serviços.

Em abril/2001, o número de ESB implantadas foi de 120 distribuídas por 32 municípios brasileiros. Atualmente há 20956 ESB, que estão distribuídas por 4.838 municípios (84,8%), com estimativa de 53% da população brasileira com cobertura do programa, valor esse muito próximo de atingir a meta do MS para 2010 que seria de 22.250 ESB em atuação¹⁵.

Dentre as capitais da região Nordeste o município do Recife teve uma intensa transformação a partir da definição da estratégia Saúde da Família na reestruturação de suas práticas, buscando uma efetiva mudança de modelo assistencial, transformações estas também observadas em outros municípios^{11,12,13}. Tal iniciativa objetivou ampliar o acesso e a cobertura dos serviços básicos de saúde bucal e organizar a demanda aos demais níveis de atenção, alcançando grupos sociais até então excluídos de um cuidado integral, o município possui 114 Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família indicando que metade da população da cidade (50,97%) tem cobertura odontológica¹⁵, achados semelhantes encontrados em outras cidades como Natal,¹⁶ Salvador¹⁷Fortaleza

Conclusão

Diante à necessidade de ampliação do acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação saúde bucal, e sendo o Programa de Saúde da Família uma importante estratégia para a consolidação do SUS, a inserção da Equipe de Saúde Bucal ao programa veio atender a essa necessidade.

Porém pela odontologia não ter sido imediatamente incluída no PSF, e até nos dias atuais está presente com menor número de equipes em relação às equipes de saúde da família na grande maioria dos municípios brasileiros, ainda que reconhecendo a expansão progressiva dessas equipes nos municípios de todas as regiões do país, verificou-se uma desigualdade na cobertura do PSF entre as regiões e as capitais (grande centros urbanos), onde está concentrada a maioria da nossa população. Assim, no Recife como na maioria das capitais nordestinas, está evidente a pequena cobertura das equipes ESB do PSF, todavia, espera-se que essa assistência ainda que restrita produza um ganho no sentido do reordenamento de uma mudança qualitativa da prática odontológica na abordagem das doenças bucais, apesar das diferenças e dificuldades estarem presentes em virtude das dimensões territoriais dos municípios e do aspecto político-administrativo em que a estratégia está inserida.

Referências bibliográficas

1. Andrade LOM, Bezerra, RCR, Barreto, ICHC. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde dos municípios brasileiros. *Revista de Administração Pública*, v. 39, n. 2, p. 327-349, 2005.
2. Pires ROM. A saúde pública, o Sistema Único de Saúde e o Programa Saúde da Família. http://www.fafica.br/odontologia/jofa/jofa_2004/textos_didaticos/body/v04n1td1.html acessado em 30/jul/2011.
3. BRASIL. *Portaria nº. 673/GM de 3 de junho de 2003*, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-673.htm>. Acesso em: 30 jul. 2011.
4. _____. *Guia prático da saúde da família*. Brasília, DF, 2001. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2011.

5. _____. *Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica*. Brasília, 2003
6. Conselho Federal de Odontologia (Brasil). *Atenção especializada ampliada*. Disponível em: <www.cfo.org.br>. Acesso em: 14 set. 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444 / MS – 28 dezembro de 2000. Diário Oficial da União, 20 dezembro 2000
8. Calado GS. *A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
9. Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Brasil. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 10 nov.2010.
11. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no programa saúde da família no estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14(Supl. 1):1367-1377.
12. Barbosa AAB, Brito EWG, Costa ICC Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município Cienc Odont2007 jul./set.; 10 (3): 53-60
13. Silva SF. A saúde bucal dentro da estratégia de saúde da família no estado de Pernambuco [monografia]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
14. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1026-1035.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), Cadastramento Familiar, Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFPE.def>>. Acesso em: 30 jul. 2011
16. Sanitário Norte em Natal, RN Rocha ECA, Araújo MAD. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito rap — Rio de Janeiro 43(2):481-517, MAR./ABR. 2009
17. Soares CLM, Paim JS, Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(5):966-974, mai, 2011

Correspondência

Angela Maria Brito Ferreira
Rua do Progresso 317/401
50070-020 Recife-PE
Tel.: (81)3231-5507/99743614
e-mail: brito.angela@hotmail.com