



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Helder Dias Casola

**Atenção à saúde bucal: avaliação dos serviços no âmbito da
15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná**

Rio de Janeiro

2009

Helder Dias Casola

**Atenção à saúde bucal: avaliação dos serviços no âmbito da
15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração Pública.

Orientadora: Prof. Dr. Luiz Antonio de Castro Santos

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

C341 Casola, Helder Dias.

Atenção à saúde bucal: avaliação dos serviços no âmbito da 15ª regional de saúde do estado do Paraná / Helder Dias Casola. – 2009. 136f.

Orientador: Luiz Antônio de Castro Santos.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde bucal – Paraná – Teses. 2. Política de saúde – Paraná – Teses. 3. Saúde pública – Financiamento – Teses. 4. Descentralização. I. Santos, Luiz Antônio de Castro. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.314-084(816.2)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Helder Dias Casola

**Atenção à saúde bucal: avaliação dos serviços no âmbito da
15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração Pública.

Aprovada em 27 de novembro de 2009.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luiz Antonio de Castro Santos (Orientador)
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Osnir Claudiano da Silva Júnior
UNIRIO

Prof.^a Dra. Jane Araujo Russo
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dr.^a Lina Rodrigues de Faria
Instituto de Medicina Social da UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Ao Senhor, meu Deus, por me amar incondicionalmente.
Aos meus pais por serem símbolo de amizade, dignidade, lealdade, e amor.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luiz Antonio de Castro Santos, meus sinceros agradecimentos, por suas aulas do mestrado, sua confiança e generosidade, mesmo que à distância ou em momentos tão complexos.

À amiga Yolanda Shizue Aoki, muito obrigado por ser essa pessoa especial e maravilhosa. Pelos conhecimentos transmitidos e pela sua disponibilidade em ajudar.

À amiga Romilda Marins Corrêa, pela leitura cuidadosa do texto.

À amiga Ângela Cruz, pela sua disponibilidade em ajudar e pelo estímulo constante.

À Prof^ª. Dra. Daniela Boleta, Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva Minter UERJ/UNIPAR, pela amizade e disponibilidade.

A todos os amigos professores, acadêmicos e funcionários da Faculdade Uningá que, de forma muito próxima e marcante acompanharam minha jornada durante o mestrado.

Aos meus colegas de mestrado, hoje meus amigos. Obrigado por terem compartilhado momentos de alegria comigo e por compartilhar momentos de suas vidas.

A todos da 15^a Regional de Saúde, pela importante colaboração na elaboração da pesquisa e entrevistas. Um agradecimento especial à amiga Suzana Goya, Coordenadora Regional de Saúde Bucal, muito obrigado por sua ajuda, seu estímulo e seu exemplo de pessoa, tanto no âmbito profissional como no pessoal.

À Ana Cláudia Tofalini da AFIM, pelos anos de parceria e generosidade.

À Zuleide Costa e Rosângela Lima do CISAMUSEP, pelas contribuições e apoio.

À Lorenzo Cassaro, Coordenador Regional do Meio Ambiente – Maringá, pela sua atenção e pelas informações importantes para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos, pela cumplicidade, paciência e carinho durante este período em que me ausentei em vários momentos.

A vida, a gente é que decide. Eu escolhi a
felicidade.

*Dona Canô, mãe de Caetano e Bethânia, ao
comemorar 102 anos.*

RESUMO

CASOLA, Helder Dias. *Atenção à saúde bucal: avaliação dos serviços no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná*. Brasil. 2009. 136f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Esta dissertação analisou a atenção à saúde bucal nos trinta municípios que compõem a 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, a partir do processo de descentralização, das políticas públicas de saúde e das diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Neste trabalho buscou-se contextualizar a implantação das Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Para que tal objetivo fosse alcançado foram feitas pesquisas junto às bases de nacionais, estaduais e municipais, além de entrevistas com os Coordenadores Municipais de Saúde Bucal (CMSB) para conhecer a realidade de cada um dos municípios. Foram entregues questionários contendo questões a respeito dos modelos de prática, de organização, de gestão e de formação dos profissionais envolvidos na atenção à saúde bucal. A metodologia utilizada inicialmente por Mendes-Silva (2007), na Regional de Saúde de Bauru – SP, serviu de base para compararmos os resultados obtidos nas duas Regionais com relação aos principais indicadores sociais, a organização da atenção à saúde e o perfil profissional dos CMSB. Sem perder de vista as diferenças regionais e também o panorama nacional, conclui-se que os indicadores sociais, o percentual de gastos com a saúde e o perfil dos CMSB são muito parecidos. Com relação à PNSB, a 15ª RS-PR apresenta números maiores de cobertura populacional nas três estratégias (ACS, SF e SB) e, ainda que com limitações, a análise dos dados provenientes do DATASUS mostra melhores indicadores de saúde bucal no Pacto de Atenção Básica.

Palavras chave: Descentralização. Coordenadores Municipais de Saúde Bucal. Indicadores de saúde bucal. Saúde Bucal.

ABSTRACT

This work analyzed the oral health care in the thirty districts within the 15 th Health Region of Paraná State, from the process of decentralization of public health policies and guidelines of the National Oral Health (NOH). This work aimed to contextualize the implementation of the Strategies for Community Health Workers, Family Health and Oral Health. For this objective to be achieved research was done at the grassroots to national, state and municipal governments, plus interviews with the Coordinators of Municipal Health Care (CMHC) to know the reality of each municipality. Questionnaires were administered asking about the models of practice, organization, management and training of professionals involved in oral health care. The methodology used initially by Mendes-Silva (2007), the Regional Health Bauru - SP, formed the basis for comparing the results obtained in the two Regional for the main social indicators, the organization of health care and professional profile of CMHC. Without losing sight of regional differences and also the national scene, it appears that the social indicators, the percentage of spending on health and portraits of CMHC are very similar. Regarding NOH, 15 th RS-PR has larger numbers of population coverage in the three strategies (ACS, SF and SB) and, even with limitations, the analysis of data from DATASUS show better indicators of oral health in Pact Care.

Keywords: Decentralization. Municipal Coordinator of Oral Health. Indicators of oral health. Oral Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Evolução do crescimento populacional do municípios da 15ª RS-PR.....	34
Quadro 2	População da Microrregião Maringá (2009).....	36
Quadro 3	População da Microrregião Astorga/Colorado (2009).....	36
Quadro 4	População da Microrregião Mandaguáçu/Nova Esperança (2009).....	37
Quadro 5	Índice de cotas e preço público (2008 e 2009) por município pertencente ao CISAMUSEP.....	40
Quadro 6	Despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007, em R\$ bilhões e per capita.....	43
Quadro 7	Os Estados e o percentual de verbas para a saúde em 2007.....	46
Quadro 8	Receita própria aplicada em saúde, 2004 a 2008 em Maringá.....	54
Quadro 9	Despesas com saúde por bloco financeiro para Maringá em 2008.....	54
Quadro 10	Percentual de recursos próprios aplicados na AB, 2005 a 2008 em Maringá.....	55
Quadro 11	Percentual aplicado pelos municípios da 15ª RS-PR, 2004 a 2008 e a média dos cinco anos, de acordo com a EC 29.....	58
Quadro 12	Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal para os municípios da 15ª RS-PR (IFDM – 2006).....	62
Quadro 13	IDH-M (2000) e renda per capita (2006) dos municípios da 15ª RS-PR.....	63
Quadro 14	Sistemas de abastecimento público de águas, fluoretação e população atendida...	68
Quadro 15	CPO-D aos 12 anos na 15ª RS-PR em 1996.....	70
Quadro 16	Cobertura de primeira consulta odontológica programática (Indicador 24) nos municípios da 15ª RS-PR.....	73
Quadro 17	Média anual da ação coletiva escovação dental supervisionada nos municípios da 15ª RS-PR.....	74
Quadro 18	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada (Indicador 25) nos municípios da 15ª RS-PR.....	75
Quadro 19	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais (Indicador 26) nos municípios da 15ª RS-PR.....	76
Quadro 20	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais(Indicador 27) nos municípios da 15ª RS-PR.....	77

Quadro 21 Número de recursos humanos em odontologia com registro no CFO, População e proporção CD/habitantes nos municípios da 15ª RS-PR, do Paraná e do Brasil (2009).....	79
Quadro 22 Distribuição dos recursos humanos em odontologia (por gênero) com registro no CRO-PR para os municípios da 15ª RS-PR.....	82
Quadro 23 Implantação da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da 15ª RS-PR.....	89
Quadro 24 Implantação da Estratégia Saúde da Família no âmbito da 15ª RS-PR.....	91
Quadro 25 Sugestão de cronograma de trabalho para ESF/SB.....	93
Quadro 26 Recursos humanos (CD, TSB e ASB) trabalhando no serviço público no âmbito da 15ª RS-PR.....	95
Quadro 27 Histórico do percentual aplicado pelos municípios da DIR X – SP de acordo com a EC 29.....	100
Quadro 28 IFDM dos municípios da DIR X – SP (2006).....	102
Quadro 29 IFDM: ranking estadual/Brasil referentes ao ano de 2006.....	103
Quadro 30 Comparação do Indicador 24 (cobertura de primeira consulta odontológica programática) entre a 15ª RS-PR e DIR X – SP.....	104
Quadro 31 Comparação do Indicador 25 (cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada) entre a 15ª RS-PR e DIR X – SP.....	105
Quadro 32 Histórico de cobertura das Equipes de ACS e da proporção de cobertura populacional estimada em dez/2006 e jul/2009 na DIR X – SP.....	108
Quadro 33 Histórico de cobertura das Equipes de Saúde da Família e proporção de cobertura populacional estimada em dez/2006 e jul/2009 na DIR X – SP.....	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 O Estado do Paraná está dividido em 22 Regionais de Saúde.....	30
Figura 2 O Estado do Paraná possui 6 Macrorregionais de Saúde.....	32
Figura 3 Municípios que compõem a 15ª RS-PR, destacando-se Maringá como cidade sede.....	33
Figura 4 Acesso aos Consórcios Intermunicipais de Saúde.....	41
Figura 5 Participação nas despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007.....	45
Figura 6 Proporção de receita aplicada em saúde, de 2004 a 2008, conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.....	53
Figura 7 Recursos aplicados na Atenção Básica, de 2005 a 2008 em Maringá.....	55
Figura 8 Distribuição do número de municípios fluoretados e não-fluoretados segundo tempo de fluoretação e macrorregião. Brasil, 2003.....	65
Figura 9 Distribuição do número de municípios fluoretados e não-fluoretados segundo tempo de fluoretação e porte populacional. Brasil, 2003.....	66
Figura 10 Proporção ASB+TSB:CD no Brasil em 2002.....	80
Figura 11 Proporção ASB+TSB:CD no Brasil em 2009.....	80
Figura 12 Evolução do nº de municípios com Equipes de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, de 1994 a junho de 2009.....	87
Figura 13 Evolução do nº de municípios com Equipes de Saúde da Família no Brasil, de 1994 a junho de 2009.....	90
Figura 14 Porcentagem de cobertura populacional das Equipes: ACS, ESF e ESB no Brasil de 2001 a junho de 2009.....	94
Figura 15 Proporção ASB+TSB:CD trabalhando no serviço público no âmbito da 15ª RS-PR em 2009.....	96
Figura 16 Proporção ASB+TSB:CD do total de profissionais registrados no CFO no âmbito da 15ª RS-PR em 29/09/2009.....	96
Figura 17 Protocolo de referenciamento para Estomatologia adotado pelos municípios da 15ª RS-PR.....	98

Figura 18 Comparação dos gastos em saúde pública de acordo com a EC 29 entre a 15ª RS-PR e DIR X – SP no período 2004-2008.....	101
Figura 19 Comparação do IFDM 2006 entre a 15ª RS-PR e DIR X – SP.....	103
Figura 20 Comparação do Indicador 26 (média de procedimentos odontológicos básicos individuais) entre a 15ª RS-PR e DIR X – SP.....	105
Figura 21 Comparação do Indicador 27 (proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais) entre a 15ª RS-PR e DIR X – SP.....	106
Figura 22 Comparação da média de idade dos CMSB entre a 15ª RS-PR e DIR X - SP.....	111
Figura 23 Distribuição por gênero dos CMSB da 15ª RS-PR e DIR X – SP.....	111
Figura 24 Quais são os maiores problemas enfrentados no setor público?.....	114

LISTA DE SIGLAS

AB: Atenção Básica

ABO: Associação Brasileira de Odontologia

ACD: Auxiliar de Consultório Dentário

ACISPAR: Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná

AMO: Associação Maringaense de Odontologia

APCD: Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas

ASB: Auxiliar em Saúde Bucal

CAIF: Centro de Atendimento Integral ao Fissurado

CD: Cirurgião-Dentista

CECAPS: Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde

CEPEO: Centro de Ensino e Pesquisa em Odontologia

CEO: Centro de Especialidade Odontológica

CESUMAR: Centro de Ensino Superior de Maringá

CF: Constituição Federal

CFO: Conselho Federal de Odontologia

CIS: Consórcio Intermunicipal de Saúde

CISAMUSEP: Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense

CISVAP: Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Vale do Paranapanema

CMSB: Coordenador Municipal de Saúde Bucal

CONAMA: Conselho Nacional do Meio Ambiente

CONASEMS: Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CPOD: Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados

CRAID: Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente

DAB: Departamento de Atenção Básica

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DIR: Diretoria Regional de Saúde

DPPAS: Departamento de Políticas, Planejamento e Administração em Saúde

EACS: Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
EAP: Escola de Aperfeiçoamento Profissional
EC 29: Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000
ESB: Equipe de Saúde Bucal
ESF: Equipe de Saúde da Família
FIRJAN: Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FNS: Fundo Nacional de Saúde
GM: Gabinete do Ministro
GPABA: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH: Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFDM: Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
IMS: Instituto de Medicina Social
IPE: Instituto de Previdência do Estado
IPARDES: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
LEBU: Lesões Bucais
LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária
MS: Ministério da Saúde
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
ODONS: Instituto Sul Brasileiro de Ensino Superior
ONU: Organização das Nações Unidas
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB: Estado da Paraíba
PDR: Plano Diretor de Regionalização
PIB: Produto Interno Bruto
PPI: Programação Pactuada Integrada
PNSB: Política Nacional de Saúde Bucal
PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF: Programa Saúde da Família.

RJ: Estado do Rio de Janeiro

RS: Regional de Saúde

SANEPAR: Companhia de Saneamento do Estado do Paraná

SESA-PR: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SESA-SP: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica

SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISPACTO: Sistema do Pacto pela Saúde

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância à Saúde

TCGM: Termo de Compromisso de Gestão Municipal

THD: Técnico em Higiene Dental

TSB: Técnico em Saúde Bucal

UBS: Unidade Básica de Saúde

UEM: Universidade Estadual de Maringá

UERJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNINGÁ: Faculdade Ingá

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	19
1	OBJETIVOS.....	22
1.1	Objetivo Geral.....	22
1.2	Objetivos Específicos.....	22
2	METODOLOGIA.....	23
2.1	Aspectos Éticos.....	24
3	O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS.....	26
3.1	Das Normas Operacionais aos Pactos pela Saúde 2006.....	26
3.2	Plano Diretor de Regionalização.....	29
3.3	A 15ª Regional de Saúde.....	32
3.3.1	<u>Microrregiões da 15ª Regional de Saúde do Paraná</u>	35
3.4	Consórcios Intermunicipais de Saúde.....	37
3.4.1	<u>Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense</u>	39
3.4.2	<u>Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Vale do Paranapanema</u>	41
4	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	42
4.1	O financiamento da Saúde.....	42
4.2	A Emenda Constitucional Nº 29.....	44
4.3	Política Nacional de Saúde Bucal.....	47
4.3.1	<u>Projeto SB Brasil</u>	48
4.3.2	<u>Brasil Sorridente</u>	50
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1	Maringá – o município sede da 15ª RS-PR.....	52
5.1.1	<u>Histórico</u>	52
5.1.2	<u>Relatório de Gestão</u>	53
5.1.3	<u>Atenção em Saúde</u>	56
5.2	Financiamento da Saúde no âmbito da 15ª RS-PR.....	57
5.3	Indicadores Sociais da 15ª RS-PR.....	59
5.4	Abastecimento Público de Água.....	64
5.5	Indicadores de Saúde Bucal da 15ª RS-PR.....	69
5.5.1	<u>Oferta de serviços odontológicos</u>	72

5.5.1.1	Cobertura de primeira consulta odontológica programática.....	72
5.5.1.2	Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada.....	74
5.5.1.3	Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.....	76
5.5.1.4	Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.....	77
5.6	Recursos humanos em odontologia	78
5.6.1	<u>Caracterização dos recursos humanos</u>	78
5.6.2	<u>Formação dos recursos humanos</u>	83
5.7	As Estratégias nos Serviços Públicos de Saúde	88
6.7.1	<u>Programação em Saúde Bucal</u>	97
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	120
	REFERÊNCIAS	122
	APÊNDICE A – Correspondência informando aos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal sobre a realização da pesquisa	128
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	129
	APÊNDICE C – Entrevista aos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal ...	130
	APÊNDICE D – Questionário a ser respondido pelos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal	132
	ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ingá/Uningá – PR	134
	ANEXO B – Declaração de autorização do Diretor da 15ª RS-PR para a realização da pesquisa no âmbito dos trinta municípios pertencentes à Regional de Saúde	135
	ANEXO C – Declaração de autorização do Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá para a realização da pesquisa no âmbito do município	136

INTRODUÇÃO

A saúde deve ser um direito de todos e um dever do Estado e ser entendida como resultado de políticas econômicas e sociais. Assim, as ações e os serviços de saúde assumem uma relevância pública e a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios de descentralização, de atendimento integral e de participação da comunidade, torna-se imprescindível para o atendimento desse direito e desse dever.

A meta “Saúde para todos no ano 2000” foi proposta na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, situada no atual Cazaquistão, em 1978, e reafirma a saúde como direito humano fundamental, sendo a promoção e a proteção da saúde essenciais para o desenvolvimento econômico e social, contribuindo para melhorar a qualidade de vida da população. A conferência constituiu-se num marco para o redirecionamento dos sistemas de saúde no mundo, a fim de tentar contemplar as necessidades mais complexas dentro do contexto social, político e econômico.

As discussões sobre as estratégias a serem adotadas para se proporcionar um nível de saúde melhor para todos, independente da origem social e econômica, tomam corpo a partir da Conferência de Alma-Ata, que marcou o início de um novo paradigma para a Saúde Coletiva. A Organização Mundial da Saúde preconiza uma conceituação mais ampla de saúde do que ausência de doença e inclui fatores como: alimentação e moradia condizentes, saneamento básico, trabalho, renda e lazer, entre outros. Os cuidados primários de saúde foram preconizados com métodos e tecnologias práticas, científica e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos. Esses cuidados expressam a necessidade urgente de todos os governos e sujeitos sociais envolvidos com o setor saúde promoverem um ambiente com justiça social, garantindo acesso à saúde para todas as pessoas (ASSIS et al., 2007 apud CONASS, 2009).

O modelo médico assistencial privatista hegemônico, até então, tinha como principais características: a extensão de cobertura previdenciária; a prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; a criação de um complexo médico-industrial e o deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não-lucrativos. Esse modelo, com base na medicina curativa centrada no hospital e na compra de serviços ao setor privado por parte do setor público, destacava o caráter excludente, limitando o acesso aos recursos e aos serviços de saúde à maioria da população, principalmente, de mais baixa renda e de regiões de mais difícil acesso.

As mudanças políticas e econômicas ocorridas no Brasil, nos meados do século XX, determinaram o esgotamento desse modelo e estabeleceram novos rumos para as políticas públicas, surgindo novos atores sociais que propunham um novo modelo de atenção à saúde. (CONASS, 2009) Contudo, romper com o paradigma anterior não era consenso.

Segundo Faria (2009, p.1), é importante lembrar que

As mudanças ocorridas a partir dos anos de 1970 no Brasil foram significativas para o setor saúde, tendo sido a “nova reforma sanitária”- que trouxe o SUS - um passo em direção às reivindicações da sociedade, da classe médica, dos sanitaristas e dos intelectuais por uma saúde mais humanizada e integral. Mas, nos estudos sobre os processos de reforma dos sistemas de saúde é importante destacar que o Brasil vivenciou outras reformas, como por exemplo, a Reforma Sanitária dos anos de 1920. Esta reforma também introduziu mudanças substantivas na área da saúde, no tocante, por exemplo, à higiene bucal. Alguns trabalhos têm mostrado algumas linhas de continuidade entre a Reforma Sanitária dos anos de 1920 e a Reforma Sanitária dos anos de 1980 no tocante às propostas de caráter generalista e universalista da assistência em saúde e também quanto ao processo de criação e ampliação dos centros de saúde. O projeto dos centros de saúde possibilitava maior proximidade, de sanitaristas, educadoras sanitárias, enfermeiras de saúde pública, médicos, com a população carente das cidades e do campo. Nos centros de saúde eram oferecidos serviços de higiene infantil e adulto, tratamento dentário e orientação sobre higiene bucal. Esta proposta, se não foi reaproveitada pelo Movimento Sanitário dos anos de 1980, guarda pelo menos traços comuns muito fortes. A proposta de “horizontalização” das ações no campo da saúde pública, ou seja, de integração de todos os serviços de saúde sob a forte presença do Estado, foi um elemento de continuidade.

O setor da saúde vem, nos últimos anos, aprimorando seu arsenal diagnóstico sobre a crise em que se encontra e apontando algumas perspectivas de melhoria no setor. Num terreno de conflitos acirrados por discordâncias ideológicas, profissionais e até mesmo éticas, em um ponto, o consenso se estabelece: é preciso mudar o modelo de atenção à saúde. Essa certeza compartilhada entre tantos, por outro lado, não acarreta o consenso para soluções. Isso não significa, necessariamente, um obstáculo, as divergências podem aqui significar a riqueza de proposições e, além disso, estratégias diferentes de atacar o problema. Assim, a mudança na política de financiamento se agrega à proposta na forma de se fazer saúde, no sentido estrito da expressão. Atar essas pontas hoje é um imperativo, destacaram Levcovitz; Garrido (1996).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal de 1988, e instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080), em 1990, vem, na sua implementação, passando por importantes mudanças, principalmente, em razão dos avanços obtidos com o processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios. Conforme destaca CONASS (2009), esse processo foi, em grande parte, orientado pelas Normas Operacionais do SUS, construídas de forma pactuada entre os três gestores e que definiram, a cada etapa, as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir suas funções na gestão do SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é financiado pelo governo e atende toda a população brasileira, proporcionando uma grande variedade de serviços gratuitos. Constitui efetivamente o único serviço de saúde para mais da metade da população e o principal fornecedor de cuidados para a população mais pobre. (MACEDO, 2009, p.8).

Ao longo desses 20 anos, os gestores do SUS buscaram alternativas para melhorar o acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde com equidade, adequando a disponibilidade de recursos às necessidades e às demandas da população. Desde a década de 1990, com a publicação das normas operacionais do SUS, a descentralização das ações e dos serviços tem sido uma diretriz do sistema de saúde, pois, o acesso da população aos serviços de saúde é de fundamental importância para uma eficiente assistência à saúde.

Na comemoração dos 20 anos do SUS, podem-se enumerar muitos avanços, mas, muitos desafios ainda estão por vir, pois, o sistema mudou radicalmente o paradigma da assistência à saúde prestada aos brasileiros. Enfrentá-los e superá-los em condições de tempo e recursos limitados constituem-se em importante condição para o aperfeiçoamento do sistema, seguindo as diretrizes do SUS e cumprindo o Artigo 198¹ da CF bem como a Lei 8.080/90².

Assim, o estudo do perfil e da atuação dos Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios pertencentes à 15^a RS-PR permite avaliar os modelos de prática, de organização, de gestão e de formação dos profissionais envolvidos na atenção à saúde bucal. Também será possível analisar o papel dos mesmos na estratégia de reorganização da atenção à saúde bucal, pois, esses profissionais têm a tarefa de entender a realidade local e de direcionar suas ações e serviços em benefício das populações envolvidas.

¹ Art. 198 da CF: “As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade.

Parágrafo único: O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

² Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90): Capítulo II : Dos Princípios e Diretrizes.

Art. 7º, Parágrafo IX: descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

A presente Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva junto ao DPPAS / IMS/ UERJ tem por objetivo descrever o processo de descentralização do Sistema de Saúde e seus reflexos no Paraná bem como as diferenças existentes na estrutura de atendimento à população nos municípios que compõem a 15ª RS do Estado do Paraná, nos níveis da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família. Com base nos indicadores de saúde, pretende-se analisar a eficácia da PNSB no âmbito da 15ª Regional de Saúde - PR. Outro objetivo é analisar e avaliar a percepção dos gestores locais de saúde quanto ao acesso da população à assistência odontológica e da estrutura de atendimento no município e na região bem como seu papel nesse processo. O estudo englobará os trinta municípios pertencentes a essa regional e os resultados serão comparados com os obtidos no trabalho semelhante realizado por Mendes Silva, em 2007, na Regional de Bauru- SP.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar e analisar a realidade da saúde pública (a partir dos indicadores de saúde geral e bucal) na 15ª Regional de Saúde do Paraná;
- Mapear as ações e os serviços odontológicos e comparar com os resultados obtidos no trabalho feito na Regional de Bauru-SP;
- Analisar o perfil dos Coordenadores de Saúde Bucal, além das dificuldades que encontram no exercício da função;
- Caracterizar a atenção básica de saúde implementada nos municípios da 15ª RS-PR e o grau de inserção desses municípios na Política Nacional de Saúde Bucal.

2 METODOLOGIA

Neste trabalho, seguindo a metodologia utilizada por Mendes Silva, foram pesquisados os indicadores de saúde bucal, as diferenças existentes na estrutura de atendimento à população nos municípios que compõem a 15ª RS do Estado do Paraná, nos níveis da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família. Para que tal objetivo fosse alcançado foram realizadas entrevistas e questionários aplicados aos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal (CMSB) envolvidos na pesquisa. (Modelos das entrevistas e dos questionários, além de alguns documentos como Carta de Informação aos Coordenadores de Saúde Bucal, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, encontram-se em anexo).

Além das entrevistas e dos questionários, foram coletados dados municipais referentes à Atenção em Saúde Bucal, junto às bases de dados nacionais e estaduais, tais como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Ministério da Saúde / Departamento de Atenção Básica (DAB); Fundo Nacional de Saúde (FNS) e Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sites oficiais e publicações da SESA-PR, do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), da Federação das Indústrias do Rio de Janeiro (FIRJAN), das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas no projeto, entre outros.

Para auxiliar na análise dos dados coletados, foi realizado um levantamento bibliográfico a respeito do tema. Uma das formas de se realizar a avaliação e o monitoramento é a utilização de sistemas de informação, no caso da saúde bucal no SUS, por exemplo, com o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos (SIOPS) e o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Além desses dois sistemas, existem os indicadores do Pacto pela Saúde, o qual engloba os anteriormente denominados indicadores do Pacto da Atenção Básica. A partir do ano de 2006 (Brasil, 2006), os indicadores de saúde bucal são: cobertura de primeira consulta odontológica programática (principal), e os complementares (cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, média de procedimentos odontológicos básicos individuais e proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais).

Ainda no que se refere à avaliação, é interessante verificar se há carência de profissionais da área odontológica com domínio para atuarem em áreas de conhecimento como epidemiologia, planejamento, levantamento epidemiológico, entre outros relacionados à Odontologia em Saúde Coletiva.

Neste trabalho, realizou-se uma análise comparativa com as conclusões relacionadas no trabalho de Mendes Silva (DIR X – Bauru), sem perder de vista as diferenças regionais e também o panorama nacional.

A pesquisa foi realizada seguindo as etapas abaixo relacionadas.

A) Solicitação de Autorização junto à 15ª RS-PR na pessoa do Diretor Dr. Antônio Carlos Pupulin.

B) Reunião com a Coordenadora Regional da Odontologia (15ª RS), Suzana Goya, para apresentar este projeto e coletar dados sobre os Coordenadores Municipais, tais como e-mails, números de telefone etc.

C) Agendamento de datas e realização das entrevistas com os Coordenadores Municipais de Saúde Bucal e/ou representantes da área odontológica municipal.

D) Levantamento dos dados disponibilizados pelo IBGE, IPARDES, MS, SESA-PR, 15ª RS, Secretarias Municipais de Saúde e outros sites oficiais.

E) Avaliação da organização da Atenção à Saúde Bucal nesses municípios.

F) Análise do financiamento da saúde municipal em relação à Emenda Constitucional – 29.

G) Identificação dos municípios onde a inserção das Equipes de Saúde Bucal já é realidade e onde isso não acontece.

H) Enumeração das maiores dificuldades, sugestões e projetos descritos nas entrevistas e questionários dos Coordenadores de Saúde Bucal no exercício da sua função.

I) Indicação de possíveis parcerias entre as faculdades de odontologia e os municípios em questão.

J) Comparação dos dados e os resultados obtidos com os resultados obtidos no levantamento feito na Regional de Saúde de Bauru-SP, por Mendes Silva (2007).

2.1 Aspectos Éticos

Após aprovação do Projeto de Qualificação em 25 de maio deste ano, fez-se uma Solicitação de Autorização ao Diretor Regional da 15ª RS-PR, Dr. Antônio Carlos Pupulin, para realizar os contatos, as entrevistas e a coleta de dados necessários à execução do trabalho, no que houve pronto atendimento (Anexo).

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade Ingá/Uningá – PR em 09/06/2009 sob o protocolo Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos FR – 267662 e aprovado de acordo com a resolução nº 196/96 e complementares do CNS/MS, na 0006ª reunião do CEP-INGÁ em 29/06/2009.

O passo seguinte foi marcar uma reunião com a Coordenadora Regional de Odontologia Dra. Suzana Goya para apresentar este projeto e coletar dados sobre os Coordenadores Municipais, tais como e-mails, números de telefone etc.

Em seguida, os sujeitos da pesquisa tomaram ciência por meio da Carta de Informação aos Coordenadores de Saúde Bucal e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização das entrevistas e a resposta aos questionários (em anexo).

Para o Município de Maringá, foi ainda necessária a aprovação do projeto pelo Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS), antes da realização da coleta de dados e da entrevista com a CMSB (Anexo).

3 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

O Ministério da Saúde destaca que a descentralização é um processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para os estados e os municípios, definindo atribuições comuns e competências específicas à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Ainda segundo o Ministério da Saúde, a gestão descentralizada do SUS “consiste em promover, articular e integrar as atividades e ações de cooperação técnica aos entes federados, nas respectivas esferas de governo, subsidiando processos de elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários.” (BRASIL, 2008).

O processo de descentralização do SUS no Paraná teve início a partir de 1990, com a transferência do gerenciamento das unidades básicas de saúde (UBSs) da SESA-PR para as prefeituras municipais – 100% das unidades repassadas aos municípios - bem como de hospitais de abrangência local. A municipalização das ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica também começou nessa época (PARANÁ, 2008).

A partir de 1992, os Centros Regionais de Especialidades da SESA-PR foram transferidos para a gerência de municípios, estabelecendo as condições favoráveis para a formação de consórcios intermunicipais de saúde (CIS). A partir de 2003, a SESA instituiu um repasse de incentivo aos consórcios, variável de acordo com o seu porte (PARANÁ, 2008).

3.1 Das Normas Operacionais aos Pactos pela Saúde (2006)

As Normas Operacionais Básicas (NOB) são parte do conjunto de leis do SUS que regulamentam os processos de descentralização da gestão dos serviços e das ações de Saúde. Até hoje, foram formuladas quatro NOB (1991, 1992, 1993 e 1996). Elas têm sido resultado de amplas discussões e negociações entre representantes dos governos federal, estadual e municipal e Conselhos de Saúde (Lacerda, 1997).

A edição das Normas Operacionais Básicas veio consolidar o processo de descentralização e, segundo Levcovitz et al (2003), provavelmente, a ampliação do envolvimento municipal na construção do novo sistema de saúde tenha sido o principal avanço proporcionado pelas portarias do MS e pelas NOB-SUS 01/91e NOB-SUS 01/92.

Em 1993, o MS editou a NOB-SUS/93 e, nessa norma, evidenciam-se grandes avanços,

particularmente, no estabelecimento das modalidades de gestão municipal (incipiente, parcial e semiplena). De acordo com Mendes Silva (2007), o município poderia assumir determinadas ações de complexidade variável em função da sua estrutura de serviços, sendo que os municípios com a gestão semiplena, que representavam cerca de 20% da população do País, passaram a ter maior autonomia sobre suas ações de saúde por receberem repasse direto de recursos federais.

A NOB-SUS/96 previa duas formas para a habilitação dos municípios junto ao SUS: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1996). A preocupação para que o SUS fosse transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida e do meio ambiente, na relação de saúde com os núcleos sociais primários – “as famílias”, é um ponto importante para Rouquayrol & Almeida Filho (2003). Samara (2002) destaca que a família sempre foi pensada na história do Brasil como a instituição que moldou os padrões, as normas de conduta e de relações sociais desde o período colonial. No entanto, os estudos de família devem levar em conta os novos arranjos familiares e critérios como temporalidade, etnias, classes e valores sociais, contextos locais, razão de sexo e devem promover a articulação e a integração entre as atividades e as ações de cooperação técnica aos entes da população. A articulação e a integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos, são fundamentais.

Além de favorecer as ações intersetoriais, a NOB-SUS/96 propunha “a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo-se o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde” (BRASIL, 1998, apud ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2003, p. 13).

Pinto (2008) destaca que, no primeiro trimestre de 1998, o MS modificou os critérios de repasse de recursos para municípios e estados, implantando – com a NOB-SUS/96 – o pagamento per capita, com base em toda a população de cada município habilitado de um Piso Ambulatorial Básico (PAB), cobrindo as seguintes ações na área de odontologia: além dos procedimentos clínicos, os procedimentos preventivos e a educação em saúde bucal.

Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão, prevista na NOB-SUS/96, atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um

contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS (BRASIL, 2001).

Em 2001, o MS modifica a nomenclatura da NOB para Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS/01) e “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios” (BRASIL, 2001). A grande inovação proposta pela NOAS-SUS/01 foi incluir as ações de saúde bucal como uma das sete áreas de atenção prioritária.

Para a consecução de tais objetivos, Dias (2006) assinala que foram adotadas estratégias como a ampliação da Atenção Básica (GPABA)³, a atualização dos critérios e do processo e habilitação dos estados e municípios, a elaboração do Plano de Regionalização do Estado e a organização regionalizada da assistência visando ao fortalecimento das capacidades gestoras do SUS como avaliação e controle, planejamento e programação.

A regionalização oferece os meios para melhorar a coordenação e integração do cuidado em saúde, melhorar os custos e proporciona a escala mais adequada e maior participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão. Contudo, a regionalização, apesar dos benefícios, apresenta desafios, tais como as dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes espaços geográficos, com distintas gestões e gerências para atender às necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos adequados. Para isso requer a existência de sistemas de informação em tempo real para orientar a tomada de decisão e a busca constante de alternativas para otimizar recursos e organizar a gestão compartilhada. (CONASS, 2009, p. 201-2).

Em 2002, a NOAS-SUS/01 foi revista e atualizada, gerando a NOAS-SUS/02, como um resultado da discussão do documento anterior e do “contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2002).

Outro documento importante é a Portaria GM/MS nº 1.121, que “estabelece os mecanismos, fluxos e prazos para a avaliação de desempenho em relação às metas municipais e estaduais definidas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2001 e aprova a relação dos indicadores a serem pactuados no ano de 2002, por estados e municípios” (BRASIL, 2002).

Em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 648, que reorganiza os serviços de atenção básica do SUS. O documento unifica e reavalia outras 27 portarias com o objetivo de facilitar o desenvolvimento de ações na área e trata o Programa Saúde da Família (PSF) não mais como programa e sim como uma estratégia prioritária de

³ A NOAS-SUS/01 institui a GPABA, que define como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

organização da atenção básica no país.

O MS lançou, em 2006, o documento “Diretrizes do Pacto pela Saúde”, que ressalta a unificação dos vários pactos existentes bem como a integração das várias formas existentes de transferências federais, visando garantir a integralidade da atenção à saúde. Nesse documento, definem-se três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O documento ainda reafirma a importância da descentralização do financiamento para o sistema e elege a Estratégia Saúde da Família como prioritária para o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006b).

3.2 Plano Diretor de Regionalização

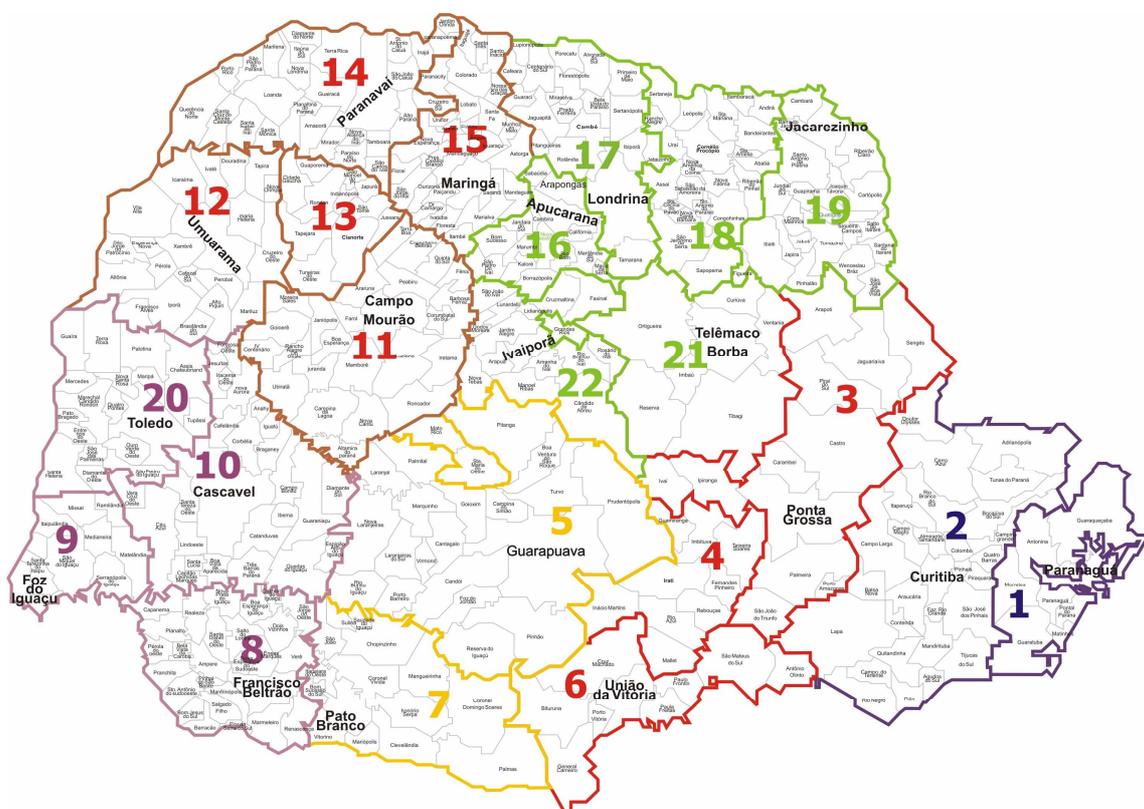
O Plano Diretor de Regionalização (PDR) expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, objetivando a garantia de acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos. Também contém os desenhos da rede de atenção à saúde, em suas diversas linhas de cuidado, organizada dentro dos territórios dos Polos Estaduais, das macrorregiões, regiões e microrregiões de saúde (SESA-PR, 2009).

Na esfera estadual, ao longo do processo de implantação do SUS, as mudanças dos mecanismos de governabilidade devem levar em conta sua história político-econômica e sociocultural. É urgente aperfeiçoar e inovar na gestão dos serviços de saúde, sem preconceitos ou disputas ideológicas. Ousar com criatividade, com o intuito de aprimorar a assistência sob o ponto de vista da qualidade, eficiência e agilidade é obrigação de todos aqueles que desejam melhorar a saúde da população.

Nessa perspectiva, o Estado do Paraná que possui 399 municípios, coloca-os distribuídos em 22 Regionais de Saúde (RS), como se pode observar na Figura 1 e constituem instância administrativa intermediária da Secretaria de Saúde do Paraná (SESA/PR). O Estado, cumprindo o princípio da descentralização do Sistema Único de Saúde, por meio das Regionais, exerce o seu papel na área da saúde.

Destaca-se o apoio, a cooperação técnica e os investimentos nos municípios e nos

Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS)⁴ para a execução de ações e de serviços de saúde. Os municípios, isoladamente ou aglutinados em módulos intermunicipais, devem assumir todas as ações e serviços que possam por eles serem absorvidos. À RS cabe desenvolver a estrutura necessária para apoiar o município em todas as áreas e para influenciar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade (SESA-PR, 2008).



Fonte: SESAPR

Figura 1- O Estado do Paraná está dividido em 22 Regionais de Saúde.

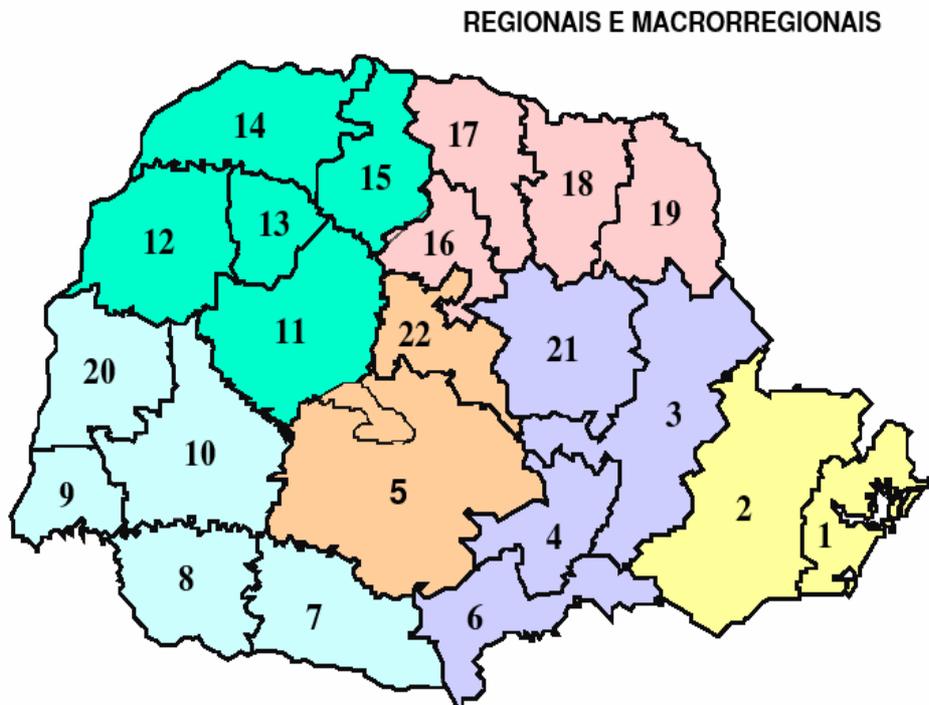
Os espaços territoriais devem contemplar de acordo com a escala, acesso e qualidade, os

⁴ A Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR), durante o I Congresso Nacional de Consórcios Intermunicipais de Saúde, realizado em Maringá-Pr., de 22 a 24 de agosto de 2007, destaca: “Estima-se que 37% dos municípios brasileiros estejam reunidos em consórcios, nas mais variadas áreas. Este percentual corresponde, em média, a 2500 cidades que realizam esta gestão compartilhada dos recursos, objetivando a redução de custos e o aumento da eficiência, em especial, na área da Saúde Pública”.

recortes microrregionais e macrorregionais, organizados em redes de atenção que possibilitem a conformação de um sistema integrado de saúde (SESA-PR, 2009). Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada (PPI) (CONASS, 2008).

As Macrorregiões de Saúde do Paraná⁵ são em número de seis, conforme Figura 2, e não constituem instâncias administrativas, não têm sede nem funcionários. Têm por objetivo articular as regionais de saúde em conjunto para que possam, também entre si, somar esforços na solução de problemas comuns e trocar experiências. Cada macrorregional conta com um assessor, que tem a incumbência de atuar no território limitado às suas regionais e articular questões e soluções pertinentes à atenção à saúde que forem necessárias, como por exemplo, encaminhamento de pacientes para centros de referência (SESA-PR, 2008).

⁵ A Macrorregional de Saúde Noroeste do Paraná é formada por 5 regionais de saúde: Campo Mourão (11ª), Umuarama (12ª), Cianorte (13ª), Paranaíba (14ª) e Maringá (15ª).



Fonte: SESAPR

Figura 2 - O Estado do Paraná possui 6 Macrorregionais de Saúde, cada uma delas possui um número diferenciado de Regionais, a Noroeste, onde se insere a 15ª Regional (Maringá), tem 5 Regionais.

3.3 A 15ª Regional de Saúde do Paraná

No presente trabalho, a área de investigação é a 15ª RS do Paraná. Essa regional, como mostra a Figura 3, é composta por trinta municípios da região Noroeste do Estado, possui uma área total de 6.973.399 km² e uma população estimada em 712.626 habitantes, segundo estimativa do IBGE para 2009, tendo como sede a cidade de Maringá.



Figura 3 - Municípios que compõem a 15ª Regional de Saúde, destacando-se Maringá como cidade-sede.

Segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), a taxa de crescimento da população do Estado do Paraná passou de 1,1% ao ano, no período 2000/2007, para 0,9% ao ano, no período 2008/2009. Em relação ao ano passado, houve um acréscimo de 96.078 mil habitantes, segundo as estimativas das populações residentes nos 399 municípios paranaenses em 1º de julho de 2009, divulgadas em 14/08/09 pelo IBGE. Com base nesses números, o Paraná possui 10,7 milhões de habitantes (IPARDES, 2009).

Os resultados divulgados em 2009 confirmam que as alterações na metodologia de estimativa populacional do IBGE, a partir de 2008, “estão contribuindo para captar de forma

mais consistente a dinâmica demográfica mais recente dos municípios paranaenses”, analisa o demógrafo do IPARDES, Anael Cintra. Tais alterações consistem em obter melhor aproximação entre a informação dos censos e os eventos demográficos, como nascimentos, mortes e migração (IPARDES, 2009).

Quadro 1 Evolução do crescimento populacional dos municípios da 15ª RS-PR

Município	2000	2008	2009
Ângulo	2.840	2.890	2.893
Astorga	23.637	25.042	25.164
Atalaia	4.015	3.682	3.645
Colorado	20.957	21.729	21.789
Dr. Camargo	5.777	5.760	5.753
Floraí	5.285	5.174	5.158
Floresta	5.122	5.394	5.417
Flórida	2.434	2.528	2.535
Iguaraçu	3.598	3.882	3.907
Itaguajé	4.771	4.610	4.589
Itambé	5.956	6.075	6.082
Ivatuba	2.796	2.789	2.786
Lobato	4.064	4.377	4.405
Mandaguaçu	16.828	19.058	19.270
Mandaguari	31.395	32.976	33.109
Marialva	28.702	31.171	31.397
Maringá	288.653	331.412	335.511
Munhoz de Melo	3.401	3.688	3.714
N. S. das Graças	3.833	4.038	4.055
Nova Esperança	25.729	26.532	26.591
Ourizona	3.396	3.384	3.380
Paiçandu	30.764	36.336	36.876
Paranacity	9.109	9.876	9.946
Pres. Castelo Branco	4.305	4.879	4.934
Santa Fé	8.870	10.224	10.354
Santa Inês	2.099	1.904	1.882
Santo Inácio	5.188	4.982	4.956
São Jorge do Ivaí	5.590	5.406	5.382
Sarandi	71.422	83.486	84.651
Uniflor	2.362	2.484	2.495
Total	632.898	705.768	712.626

Fonte: IBGE Censo Demográfico 2000 e Estimativas Populacionais 2008 e 2009

As estimativas populacionais, que são fundamentais para o cálculo de indicadores econômicos e sociodemográficos nos períodos intercensitários, servem também como parâmetro

para a distribuição, destinada pelo Tribunal de Contas da União, das quotas relativas ao Fundo de Participação de Estados e Municípios, de acordo com o dispositivo constitucional (IPARDES, 2009).

Ao analisar o Quadro 1 pode-se observar que a 15ª RS-PR apresentou, no seu conjunto, um crescimento da população, mas ao examinar cuidadosamente os dados apresentados verifica-se que 33,4% desses municípios apresentam crescimento negativo e 53,3% do total tem crescimento muito baixo. Destaca-se, também, que 46,6% dos municípios tem população inferior a 5000 e 26,7%, entre 5 e 10000 habitantes. Dessa forma, os municípios que compõem a regional têm as cotas de participação reduzidas ou pouco alteradas, prejudicando-se assim, ainda mais, os investimentos na área da saúde.

Segundo Aguilera et al. (2009, p.10-1), para se considerar uma microrregião faz-se necessário definirem os critérios relacionados a seguir.

- 1) População mínima de 60.000 habitantes, com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência.
- 2) A microrregião deverá ser capaz de resolver as demandas de todos os municípios referenciados, em relação aos procedimentos pactuados na microrregião.
- 3) Possibilidade de haver microrregião com dois ou mais municípios-sede, sendo compartilhadas as referências internas.
- 4) Atender urgências e emergências de acordo com as próprias complexidades e grau de competência.
- 5) Constituição de, no mínimo, dois municípios, considerando um município-sede ou em regime de referências compartilhadas, com resolubilidade na atenção básica e média complexidade.

3.3.1 Microrregiões da 15ª Regional de Saúde do Paraná.

A 15ª RS-PR é dividida em três microrregiões: Maringá, Astorga/Colorado e Mandaguaçu/Nova Esperança.

a) Microrregião de Maringá:

Segundo as estimativas do IBGE, essa microrregião é a mais populosa da 15ª RS-PR, contando, atualmente, com 547.010 habitantes, distribuídos em onze municípios (Quadro 2). Apresenta também as cinco maiores cidades da Regional (Maringá, Sarandi, Paiçandu, Mandaguari e Marialva). Maringá, o maior deles, é a terceira maior cidade do Estado do Paraná. No Censo Demográfico de 2000, sua população era de 288.653 habitantes. Nas contagens da população de 2006, 2007 e 2008, subiu para 324.397, 325.968 e 331.412 habitantes, respectivamente. Na Estimativa Populacional de 2009, esse número foi para 335.511 habitantes.

Quadro 2 População da Microrregião Maringá (2009)

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
ÂNGULO	2.893
DR. CAMARGO	5.753
FLORESTA	5.417
FLÓRIDA	2.535
ITAMBÉ	6.082
IVATUBA	2.786
MANDAGUARI	33.109
MARIALVA	31.397
MARINGÁ	335.511
PAIÇANDU	36.876
SARANDI	84.651
TOTAL	547.010

Fonte: IBGE

b) Microrregião de Astorga / Colorado

Também composta por onze municípios, atualmente, com uma população de 94.761 habitantes (Quadro 3), conta com apenas duas cidades com mais de vinte mil moradores (Astorga e Colorado). Como destaque da microrregião, cita-se a presença do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Vale do Paranapanema (CISVAP), com sete municípios consorciados, seis pertencentes à 15ª Regional (Colorado, Santo Inácio, Itaguajé, Paranacity, Lobato e Nossa Senhora das Graças) e Cafeara (17ª RS-PR).

Quadro 3 População da Microrregião Astorga / Colorado (2009)

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
ASTORGA	25.164
IGUARAÇU	3.907
MUNHOZ DE MELO	3.714
SANTA FÉ	10.354
COLORADO	21.789
ITAGUAJÉ	4.589
LOBATO	4.405
N. S. DAS GRAÇAS	4.055
PARANACITY	9.946
SANTA INÊS	1.882
SANTO INÁCIO	4.956
TOTAL	94.761

Fonte: IBGE

c) Microrregião de Mandaguaçu / Nova Esperança

Contando com apenas oito municípios (Quadro 4), é a menor das três microrregiões, com uma população de 70.855 habitantes, destacando-se as duas cidades que emprestam os nomes à microrregião (Mandaguaçu e Nova Esperança). As outras seis têm populações abaixo dos 10.000 habitantes.

Quadro 4 População da Microrregião Mandaguaçu / Nova Esperança (2009)

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
ATALAIA	3.645
FLORAÍ	5.158
MANDAGUAÇU	19.270
NOVA ESPERANÇA	26.591
OURIZONA	3.380
PRES. CASTELO BRANCO	4.934
SÃO JORGE DO IVAÍ	5.382
UNIFLOR	2.495
TOTAL	70.855

Fonte: IBGE

3.4 Consórcios Intermunicipais de Saúde

Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns. Na área pública, representa a vanguarda na execução de serviços complementares. (ACISPAR, 2009).

O Art. 241 da CF, após a EC nº 19, de 04 de junho de 1998, determina que “a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de Lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos” (BRASIL, 1998).

Em junho de 1998, o então Governador do Estado do Paraná, Jaime Lerner, sancionou a Lei Complementar nº 82/98 que “dispõe sobre a criação e implantação de consórcio

intermunicipal relacionado com a prestação de serviços públicos de interesse comum, nas funções, áreas e setores que especifica e adota outras providências” (PARANÁ, 1998).

Ainda segundo a Lei, no Art. 1º, “O Estado do Paraná prestará, quando solicitado, apoio consistente em cooperação técnica para orientar municípios paranaenses na criação e implantação de Consórcio Municipal relacionado com a prestação de serviços públicos de interesse comum, nas funções, áreas e setores indicados pela presente lei” (PARANÁ, 1998).

Em 2005, é sancionada a Lei 11.107 que no Art.14º esclarece: “a União poderá celebrar convênios com os consórcios públicos com o objetivo de viabilizar a descentralização e a prestação de políticas públicas em escalas adequadas” (BRASIL, 2005).

A respeito dessa Lei, Godoy⁶ comenta

É claro o interesse da Lei em estimular o consórcio na busca de seus objetos através do conceito aberto do Artigo 241 da Constituição Federal – gestão associada de serviços públicos. Este objetivo tem sido alcançado pelos consórcios existentes. Esta modalidade de gestão demonstra ser mais eficiente e adequada para atingir a proposta prevista na Lei, apesar dos tecnocratas estatais ignorarem por completo a capacidade e estrutura dos consórcios existentes, bem como seu potencial de resolutividade, especialmente na área da saúde pública.

Utilizado como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, o consórcio possibilita a viabilização financeira de investimentos e contribui para a superação de desafios locais no processo de implementação do Sistema de Saúde (ACISPAR, 2009).

Para o município de pequeno porte, significa um meio de oferecer à sua população um atendimento de maior complexidade e para os de grande porte, representa a possibilidade de oferecer aos seus munícipes melhor atendimento nas áreas complementares e suplementares dos serviços de saúde, dando agilidade ao atendimento ao cidadão (ACISPAR, 2009).

Segundo o PDR 2009, vinte Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) estão em atividade e prestando serviços à SESA-PR, num total de 376 municípios consorciados (94,23% das cidades paranaenses), sendo que no âmbito da 15ª RS-PR conta-se com dois deles (CISAMUSEP e CISVAP), com serviços instalados de média e alta complexidade na atenção à saúde.

⁶ Reinaldo Rodrigues de Godoy. Advogado e consultor para assuntos de Poderes Públicos (Site do CISAMUSEP, 2009).

3.4.1 Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense – CISAMUSEP

Os prefeitos dos municípios pertencentes à 15ª RS-PR criaram um Consórcio Intermunicipal de Saúde como forma de cooperação para a solução de problemas comuns no campo da saúde em dezembro de 2001 e iniciaram sua operacionalização em junho de 2002. Para que o consórcio desenvolvesse suas atividades, o primeiro passo dado foi firmar parceria com o Governo do Estado do Paraná e com o MS para assumir a direção do Centro Regional de Saúde, que servia de referência para consultas e exames especializados aos trinta municípios (CISAMUSEP, 2009).

O CISAMUSEP foi o primeiro consórcio do Brasil, credenciado pela Área Técnica de Saúde Bucal (MS), para a implantação de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO – Tipo II) e Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).

Segundo Zuleide Costa, Secretária Executiva do CISAMUSEP, para a execução dos procedimentos odontológicos especializados, o consórcio conta com oito Cirurgiões-Dentistas especialistas e quatro Auxiliares em Saúde Bucal, que realizam, atualmente, em torno de 1000 procedimentos odontológicos/mês, aproximadamente 300 pacientes/mês, custeados com recursos próprios na ordem de 65% e pelo MS, com 35% dos recursos financeiros. Os serviços de prótese dentária iniciaram em julho de 2005, com capacidade de 242 próteses/mês.

Seu quadro de pessoal conta ainda com mais de 45 médicos nas mais variadas especialidades, entre outras profissões da área da saúde, além do pessoal administrativo, entre os quais existem servidores federais, estaduais, municipais, terceirizados e contratados pelo próprio consórcio, num total de mais de 100 profissionais.

A participação dos municípios no financiamento das ações e dos serviços de saúde pode ser vista no Quadro 5, que apresenta o índice de cotas e o preço público dos dois últimos anos (per capita). Nesse quadro fica explícita a correlação entre a distribuição das cotas e dos preços públicos per capita e o contingente populacional dos municípios. Assim, 33,4% dos municípios recebem as menores cotas de participação, com valores oscilando entre os 100,00 e 300,00 e apenas, 26,6% dos municípios recebem 83,4% do total das cotas.

Quadro 5 Índice de cotas e preço público (2008 e 2009), por município pertencente ao CISAMUSEP.

Município	Índice de cotas	Preço público 2008	Preço público 2009
Ângulo	0,0045	127,00	174,00
Astorga	0,0347	980,00	1.348,00
Atalaia	0,0056	157,00	216,00
Colorado	0,0318	897,00	1.233,00
Doutor Camargo	0,0080	226,00	311,00
Floraí	0,0073	205,00	282,00
Floresta	0,0079	223,00	306,00
Flórida	0,0038	107,00	148,00
Iguaraçu	0,0054	153,00	210,00
Itaguajé	0,0065	183,00	251,00
Itambé	0,0082	232,00	319,00
Ivatuba	0,0043	120,00	166,00
Lobato	0,0061	172,00	214,00
Mandaguaçu	0,0261	736,00	920,00
Mandaguari	0,0480	1.354,00	1.692,00
Marialva	0,0471	1.328,00	1.660,00
Maringá	0,4599	12.976,00	16.220,00
Munhoz de Melo	0,0046	129,00	162,00
Nossa Senhora das Graças	0,0058	164,00	205,00
Nova Esperança	0,0381	1.075,00	1.343,00
Ourizona	0,0044	125,00	157,00
Paiçandu	0,0526	1.484,00	1.855,00
Paranacity	0,0135	382,00	477,00
Presidente Castelo Branco	0,0068	192,00	240,00
Santa Fé	0,0127	360,00	450,00
Santa Inês	0,0030	86,00	107,00
Santo Inácio	0,0070	198,00	247,00
São Jorge do Ivaí	0,0074	209,00	261,00
Sarandi	0,1258	3.550,00	4.437,00
Uniflor	0,0030	86,00	107,00
Total	1,0000	28.216,00	35.718,00

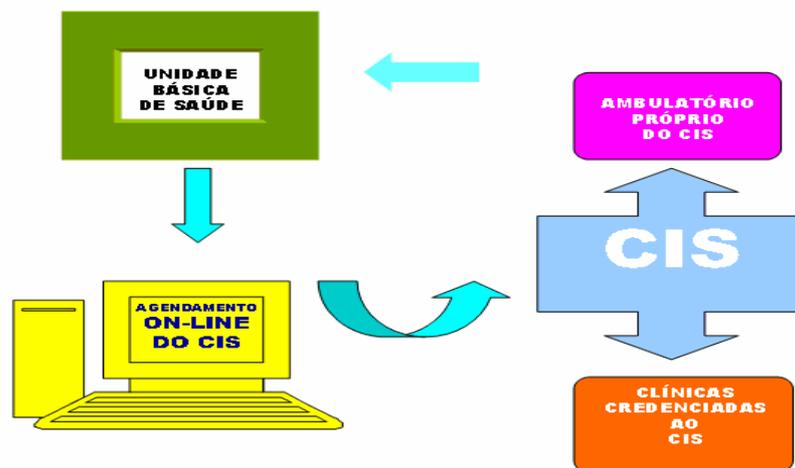
Fonte: CISAMUSEP, 2009.

3.4.2 Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Vale do Paranapanema – CISVAP

Localizado na cidade de Colorado, o CISVAP conta com sete municípios consorciados, numa população assistida de 52.593 habitantes (Estimativa 2009 do IBGE), sendo seis pertencentes à Microrregião Astorga/Colorado (Colorado, Santo Inácio, Itaguajé, Paranacity, Lobato e Nossa Senhora das Graças), além de Cafeara, o menor deles, com 2.853 habitantes, cidade da 17ª RS-PR (Cidade-sede: Londrina).

O CISVAP conta atendimento na área da média/alta complexidade, com um CEO (Tipo I) e um LRPD, e a metodologia de financiamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde é muito similar à seguida pelo CISAMUSEP, proporcional ao número de habitantes de cada município.

Os dois consórcios intermunicipais de saúde possuem ambulatórios próprios, clínicas e laboratórios credenciados e a forma de acesso aos CIS pode ser vista na figura 4. A recomendação do MS (2006, p.71) é de que “os serviços municipais, estaduais ou de consórcios intermunicipais, sempre que possível, deverão formalizar o encaminhamento entre as Unidades de Atenção Básica e os Centros de Especialidades Odontológicas criando formulários de referência e contra-referência”.



Fonte: figura cedida por Zuleide Bezerra Dalla Costa (CISAMUSEP).

Figura 4 - Acesso aos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

O processo de descentralização da gestão da saúde pública, embora tenha avanços significativos, na questão da municipalização dos serviços de saúde, não apresenta resultados tão significativos quando se analisa uma prática de gestão voltada para práticas do cuidado e atenção à saúde, pautada nas demandas e necessidades da população. Na avaliação de Macedo (2009, p.8)

Os estados e municípios sofrem de uma séria falta de capacidade de desenvolver planos baseados em evidências para orientar suas políticas e ações de saúde. O planejamento no nível das unidades de saúde é praticamente inexistente. O processo de planejamento é truncado, pouca consistência e articulação são encontradas entre os vários documentos e os estágios de planejamento. Pior, depois que o plano é apresentado, ele geralmente não é consultado ou utilizado para direcionar a tomada de decisões. Os planos apresentam objetivos e metas, mas quase nunca definem estratégias e ações articuladas para alcançá-los. Em muitos casos, os planos constituem declarações de intenções ao invés de mapas de como chegar aos resultados desejados.

No que refere aos problemas da saúde bucal no âmbito do SUS, Moysés et al. (2008, p. 61) destacam, de forma um tanto simplificada, que estão centrados em quatro pilares desestruturantes.

1. O modelo de prática equivocado, pautado quase exclusivamente pelo atendimento à queixa autorreferida (filas), provendo procedimentos protelatórios, pouco resolutivos e muitas vezes iatrogênico-mutiladores.
2. O modelo de organização excludente, que prioriza grupos específicos como crianças em idade escolar, gestantes e bebês, nem sempre aqueles que mais necessitam do cuidado. Esta situação – priorizar alguns grupos em detrimento da maioria – afronta o direito constitucional de acesso igualitário e universal de toda a população aos serviços de saúde, e carece de qualquer base epidemiológica para fazer frente a doenças bucais em nível populacional.
3. O modelo de gestão (ou de gestor!), frequentemente, pouco qualificado à notória complexidade da administração pública, exige: a gestão da clínica, das patologias, do cuidado, das pessoas, das evidências tecnológicas, do processo de trabalho em Saúde Bucal Coletiva, da demanda espontânea (urgências e emergências) e da programação bem como dos resultados pautados pela priorização epidemiológica e satisfação dos usuários.
4. O modelo formador de recursos humanos é refratário em dar aos futuros profissionais um perfil generalista qualificado, humanista, crítico quanto aos intrincados determinantes do processo saúde-enfermidade bucal. Assim, capacitá-lo ao enfrentamento das necessidades individuais e coletivas, atuando em equipe multiprofissional, e pautado por princípios éticos em que as necessidades coletivas devem se sobrepor aos interesses corporativos e institucionais.

4.1 O Financiamento da Saúde

Na Constituição Federal de 1988, a saúde é garantida como um dos direitos sociais (Art. 6º), fazendo parte da Seguridade Social, que “compreende um conjunto integrado de ações de

iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (Art. 194).

Definiu também que o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do Art.195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2009) “os gastos públicos com ações e serviços de saúde no Brasil de 2000 a 2007, por parte do governo federal, dos estados e dos municípios, podem ser observados no quadro 6 bem como o per capita. Em 2000, a União, os estados e os municípios gastaram com recursos próprios R\$ 20,35 bilhões, R\$ 6,3 bilhões e R\$ 7,37 bilhões, respectivamente, perfazendo um gasto total de R\$ 34,04 bilhões, o que corresponde a um per capita de R\$ 198,71/ habitante/ano”.

Em 2007, esses mesmos gastos públicos com ações e serviços de saúde, no Brasil, totalizaram R\$ 97,59 bilhões, o que corresponde a um per capita de R\$ 520,08/habitante/ano e representa um incremento de 161,73% de 2000 a 2007. Em 2007, os governos federal, estaduais e municípios tiveram uma despesa de R\$ 44,30 bilhões, R\$ 25,88 bilhões e R\$ 27,41 bilhões, respectivamente (CONASS, 2009).

Quadro 6 Despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007, em R\$ bilhões e per capita

ANO	UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL	PER CAPITA
2000	20,35	6,31	7,37	34,04	198,71
2001	22,47	8,27	9,29	40,03	230,34
2002	24,74	10,31	12,02	47,07	266,97
2003	27,18	12,22	13,63	53,03	296,69
2004	32,70	16,60	16,59	65,98	364,32
2005	37,15	19,28	20,26	76,69	418,21
2006	40,75	22,42	23,67	86,84	467,96
2007	44,30	25,88	27,41	97,59	520,08

Fonte: CONASS, 2009.

“O nosso sistema de saúde continua sendo muito cruel com as pessoas porque há grande dificuldade para que elas consigam acesso a serviços odontológicos públicos. Nós avançamos muito nos últimos anos, mas a maioria dos municípios brasileiros segue tendo grandes

dificuldades para garantir o acesso aos serviços públicos odontológicos à população”, afirma Narvai (2008)⁷ avaliando a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

Segundo ele, há indicadores “eloquentes” da melhoria da infraestrutura pública na área, como a ampliação em 10 vezes dos recursos federais destinados à saúde bucal desde a criação do Programa Brasil Sorridente, em 2004, mas os resultados ainda são insuficientes porque o esforço não tem sido correspondido por estados e municípios.

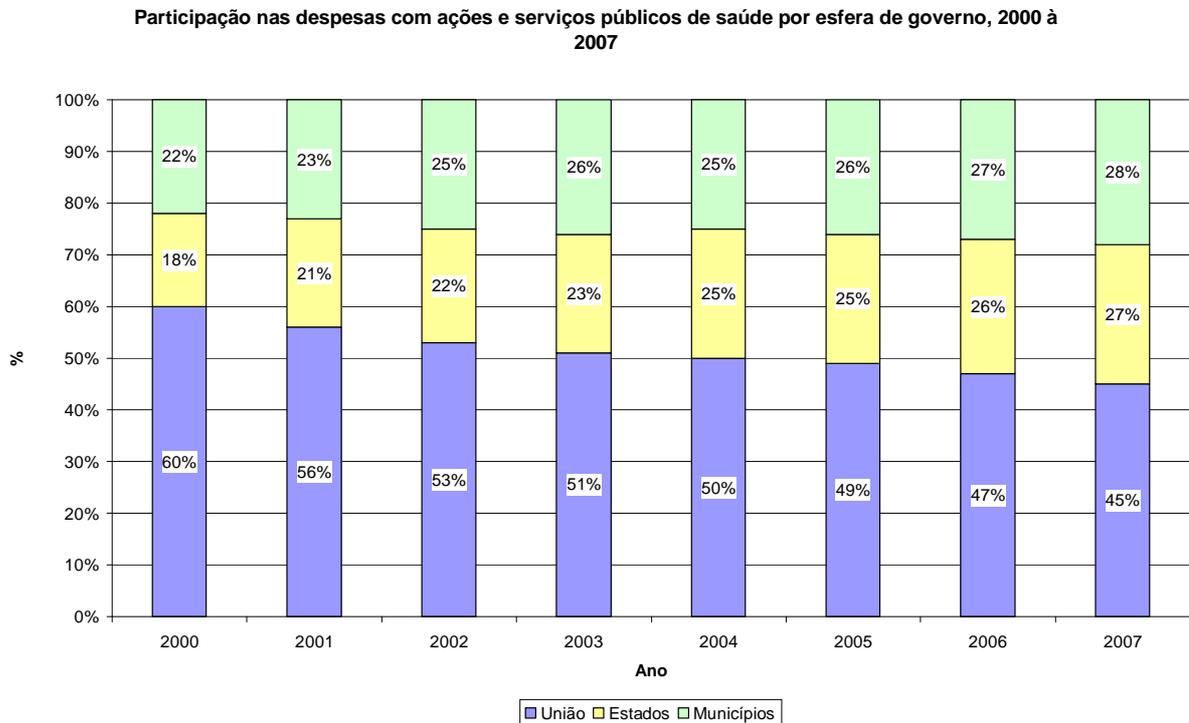
“Muitos estados simplesmente se omitem, lavam as mãos. Não colocam nenhum centavo do orçamento estadual para melhorar as condições de sustentabilidade do trabalho que as equipes (de saúde bucal) realizam. Muitos municípios consideram que tudo o que deve ser investido em saúde bucal é o que o governo federal investe. Isso prejudica a consolidação da política nacional e compromete a consecução dos seus objetivos”, afirmou.

4.2 A Emenda Constitucional nº 29

Nos últimos anos, a implantação da EC⁸ nº 29 alterou a distribuição relativa dos gastos das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde, como se observa na figura 5, em que há significativa redução da participação relativa da União no financiamento público da saúde, de, aproximadamente, 60%, em 2000, para 45%, em 2007, enquanto se nota uma tendência de aumento da participação relativa dos estados e dos municípios no financiamento nesse mesmo período: os estados elevaram sua participação de 18% para 27% e os municípios de 22% para 28% (CONASS, 2009).

⁷ Em participação no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Bucal em junho de 2008 (João Pessoa-PB), o Prof. Dr. Paulo Capel Narvai, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo apresentou uma avaliação crítica da PNSB, em entrevista à Agência Brasil.

⁸ Em 13 de setembro de 2000 foi aprovada e promulgada a EC nº 29 que determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.



Fonte: CONASS, 2009.

Figura 5 – Participação nas despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007.

Com relação à luta pela estabilidade e suficiência de recursos para o SUS, Dain (2007, p.1853) destaca que

O movimento em torno à defesa da EC 29 articulou atores políticos e entidades e estimulou a discussão em torno aos pontos polêmicos da proposta, como as alternativas de base de cálculo para a vinculação e o próprio conceito de despesas em saúde. Consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, §2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo e sejam de responsabilidade específica do setor de saúde.

A EC 29 deveria promover a blindagem do sistema, em termos da sustentabilidade e suficiência de recursos, avançando também na solidariedade federativa através da definição de parâmetros para o estabelecimento de relações fiscais intergovernamentais no SUS.

Segundo o Plano Estadual de Saúde do Paraná 2008-2011 (PARANÁ, 2008), “a EC 29 preconiza para os Estados um investimento em ações e serviços de saúde de 12% da receita líquida de impostos de natureza estadual. O Paraná investiu percentuais aproximados nos

períodos de 2003 a 2005 e em 2006, superou esse índice, atingindo 12,5% dos gastos em saúde”. Foram aplicados em 2003 (11,1%); 2004 (9,1%); 2005 (9,6%) e 2006 (12,5%).

O Ministério da Saúde passou um pente-fino nas prestações de contas, eliminou tudo aquilo que não era ligado ao SUS e constatou que, na realidade, a maioria dos Estados (Quadro 7) não cumpre a Constituição. Por causa de uma brecha na lei, eles deixaram de aplicar R\$ 3,6 bilhões em hospitais, remédios, exames e outras ações de saúde em 2007. Dos 27 governadores, segundo o relatório recém-concluído, 16 aplicaram menos que os 12% obrigatórios. Incluíram nas contas da saúde, para citar alguns exemplos, tratamento de esgoto, plano de saúde dos funcionários estaduais, aposentadoria dos servidores da saúde, alimentação de presidiários, restaurantes populares e programas sociais do estilo Bolsa-Família. Os subterfúgios tiraram da saúde em 2007 dinheiro suficiente para sustentar o programa brasileiro de AIDS por quase três anos. Com esses mesmos R\$ 3,6 bilhões, poderiam ser construídos 70 hospitais de médio porte (FSP, 14/09/2009).

Quadro 7 Os Estados e o percentual de verbas para a Saúde em 2007.

Estado	Ordem de investimentos	(%)	Estado	Ordem de investimentos	(%)
Amazonas	1°	23,80	Rio de Janeiro	15°	10,77
Distrito Federal	2°	19,64	Alagoas	16°	10,56
Rio Grande do Norte	3°	18,65	Pernambuco	17°	10,54
Amapá	4°	15,87	Espírito Santo	18°	9,99
Tocantins	5°	15,12	Paraná	19°	9,81
Roraima	6°	14,46	Mato Grosso do Sul	20°	9,44
Acre	7°	13,27	Maranhão	21°	8,89
Pará	8°	12,57	Goiás	22°	8,09
São Paulo	9°	12,08	Ceará	23°	7,87
Bahia	10°	12,07	Piauí	24°	7,77
Sergipe	11°	12,02	Paraíba	25°	7,41
Rondônia	12°	11,90	Minas Gerais	26°	7,09
Santa Catarina	13°	11,28	Rio Grande do Sul	27°	3,75
Mato Grosso	14°	10,77			

Fonte: Ministério da Saúde – Folha de São Paulo (Caderno Cotidiano – 14/09/2009)

Segundo o MS, dos 399 municípios paranaenses, 54 não investiram o mínimo de 15% na área da saúde para o ano de 2004. Em 2005, o número caiu para 16; em 2006, apenas três. Todos investiram mais de 15% em 2007. O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) não recebeu os dados do financiamento da saúde referentes ao ano de 2008 de sete municípios do Paraná (Uniflor, da 15ª RS, foi um deles); mas, dos que informaram, apenas três cidades paranaenses não aplicaram o mínimo preconizado na EC 29. Os dados referentes aos municípios da 15ª RS-PR serão mais detalhados nos resultados e na discussão desta dissertação.

4.3 Política Nacional de Saúde Bucal

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil se limitava a procedimentos de baixa complexidade, com reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade em saúde bucal. Com o objetivo de superar as desigualdades trazidas por uma lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento, pensou-se na elaboração de uma política voltada à superação do abandono e da falta de compromisso com a saúde bucal da população.

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi estruturada. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, no marco do fortalecimento da atenção básica, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS.

As Diretrizes da PNSB foram lançadas em 2004 e várias portarias relacionadas à implantação, habilitação e financiamento dos CEO e LRPD são publicadas no Diário Oficial da União, ampliando o Programa Brasil Sorridente (lançado oficialmente em 17 de março de 2004, em Sobral - CE, no início do 1º mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva).

Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, incorporando ações programáticas de uma forma mais abrangente (BRASIL, 2004).

4.3.1 Projeto SB Brasil

O Ministério da Saúde, até o presente momento, realizou três levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional na área de saúde bucal. O primeiro deles foi realizado em 1986, quando foram levantados dados referentes à cárie dentária, periodontopatias, necessidades de prótese e acesso aos serviços odontológicos na população urbana de 16 capitais, representativas das 27 existentes na ocasião (BRASIL, 2000).

Em 1986, foi realizado o segundo levantamento, dessa vez abrangendo todas as 27 capitais dos Estados da Federação, contando com a parceria da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Conselho Federal de Odontologia (CFO), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e, em alguns Estados, com o apoio de universidades (BRASIL, 2000).

No ano 2000, o MS lançou o Projeto SB 2000: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000. Nesse terceiro levantamento, foram examinadas 108.921 pessoas em seis faixas etárias: 18 a 36 meses, 5,12,15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, representativas dos vários ciclos de vida, dos bebês aos idosos. Os problemas pesquisados foram a cárie, doença periodontal, fluorose, maloclusões, além de estimar a necessidade e uso de prótese (BRASIL, 2004).

Foram sorteados 250 municípios, 50 para cada uma das regiões geográficas brasileiras (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), levando-se em conta também o porte do município em cinco categorias, a saber: até 5 mil; de 5.001 a 10 mil; de 10.001 a 50 mil; de 50.001 a 100 mil e acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2004b).

A PNSB se embasa, do ponto de vista epidemiológico, nos dados obtidos por meio do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil⁹, concluído em 2003. A seguir, será apresentado um resumo dos principais resultados.

a) Cárie dentária: medida pelos índices CPO-D (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) e ceo-d (dentes decíduos cariados, extraídos ou com extração indicada e obturados)

- 40% das crianças de 5 anos estão livres de cárie, sendo que a meta da OMS para o ano de 2000 era de que 50% das crianças nessa idade estivessem livres de cárie.

- A média do índice CPO nas crianças de 12 anos é de 2,78, alcançando-se a meta da OMS para o ano 2000 que era de um CPO máximo de 3,00. Entretanto, 3/5 dos dentes atacados por cárie estão sem tratamento. Notáveis diferenças entre os índices de ataque da cárie observados nas Regiões Norte (CPO=3,13), Nordeste (CPO=3,19) e Centro-Oeste (CPO=3,16) com relação aos índices das Regiões Sul (CPO=2,31) e Sudeste (CPO=2,30).

⁹ Diante das dificuldades encontradas na realização de um levantamento desse porte, os resultados principais foram divulgados em 2004, identificados como Projeto SB Brasil.

- CPO dos adolescentes é de 6,18 e dos adultos é de 20,12. Com relação ao Levantamento realizado pelo MS em 1986, houve uma queda de cerca de 52% no índice CPO entre os adolescentes e uma redução de aproximadamente 10% na faixa etária de 34 a 44 anos. Porém, tanto entre os adolescentes quanto entre os adultos, a proporção de dentes perdidos no índice CPO (14,5% e 65,7% respectivamente) mantém, praticamente, os mesmos valores observados em 1986. Esse dado denota a persistência do modelo assistencial mutilador com elevado índice de extrações dentárias (BRASIL, 2004b, p. 11).

b) Análise segundo presença de flúor na água

A comparação entre os dados obtidos no Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil – relativos ao CPO-D (número médio de dentes cariados, perdidos ou obturados por indivíduo) dos municípios que têm água fluoretada e dos que não têm apontou notáveis diferenças. O CPO-D nas crianças de 12 anos e adolescentes dos municípios que têm água fluoretada foi de 2,27 e 5,69, respectivamente. Já nos municípios que não têm flúor na água, o CPO-D médio das crianças de 12 anos foi de 3,38 (49% maior) e dos adolescentes de 6,56 (15% maior) (BRASIL, 2004b, p. 23).

c) Doença Periodontal: medida pelos índices de periodontopatias: Alterações Gengivais (AG) e Índice Periodontal Comunitário (CPI) identificou que

- Menos de 22% da população adulta apresentam as gengivas saudáveis como condição predominante.
- Menos de 8% dos idosos apresentam as gengivas saudáveis como condição predominante (BRASIL, 2004b, p. 36).

d) Com relação ao Uso e Necessidade de Prótese, os números revelaram que

- Tanto na arcada superior quanto na arcada inferior, aproximadamente 85% da população adulta e quase 99% dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária.
- Mais de 75% dos idosos não possuem dente funcional em, pelo menos, um dos maxilares. Destes, mais de 36% necessitam de, pelo menos, uma dentadura.
- O número de pessoas idosas que não possuem sequer um dente funcional ultrapassa 56%. Entre esses idosos, mais de 22% não possuem dentaduras e mais de 40% necessitam de, pelo menos, uma dentadura.
- A OMS estabeleceu como meta para o ano 2000 que, pelo menos, 75% dos adultos e que, no mínimo, 50% dos idosos apresentassem 20 ou mais dentes. No Brasil, somente pouco mais de 52% da população adulta e menos de 10% dos idosos possuem 20 ou mais dentes (BRASIL, 2004b, p.40).

e) A fluorose dentária, segundo Narvai e Bigheti (2008, p.228), “está, ao lado da cárie radicular e do trauma dentário, entre os problemas emergentes na área de saúde bucal no início do século 21. Nenhum desses problemas é, a rigor, uma “novidade epidemiológica” para os especialistas do setor, mas é inegável que, nas últimas décadas, tem assumido significado diferenciado em termos de saúde pública”.

A fluorose, excesso de flúor nos dentes que ocorre durante o processo da sua formação, no Projeto SB Brasil foi medido utilizando-se o Índice Comunitário de Fluorose (Índice de Dean), e os resultados mostraram que

A prevalência de fluorose foi de cerca de 9% em crianças de 12 anos e de 5% em adolescentes de 15 a 19 anos no Brasil. Para a idade de 12 anos, os maiores índices foram encontrados nas Regiões Sudeste e Sul (em torno de 12%) enquanto que os menores nas Regiões Centro-Oeste e Nordeste, cerca de 4% (BRASIL, 2004b, p. 44).

f) O acesso a serviços odontológicos, outro item pesquisado no SB Brasil, identificou que

Cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foram ao dentista. Existem desigualdades regionais marcantes, menos de 6% dos adolescentes da Região Sul relatam nunca terem ido ao dentista, enquanto que a porcentagem chega a quase 22% na Região Nordeste. Um dos principais motivos da ida ao dentista é a experiência de dor dentária a qual foi relatada por mais de 30% dos adolescentes. A ida ao dentista para consulta de rotina/manutenção foi relatada por cerca de 34% dos adolescentes. Quanto a adultos e idosos, a porcentagem de pessoas que foram ao dentista devido à presença de dor foi de cerca de 46% nessas faixas etárias. Porém, desigualdades em relação às macrorregiões relativamente significantes aparecem, com piores proporções na Região Norte (ao redor de 56%) e melhores na Região Sul, ao redor de 36% (BRASIL, 2004b, p. 46).

Segundo o CFO (2009), o Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Atenção Básica, da Coordenação Nacional de Saúde Bucal e da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) a ele vinculados, está realizando a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2010. “A metodologia do último levantamento, de 2003, será mantida, já que a intenção do MS é tornar os estudos epidemiológicos nacionais uma prática contínua e perene”. Um dos objetivos da pesquisa é fornecer subsídio para o planejamento e a avaliação das ações e serviços de saúde junto ao SUS, “além de manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente)”.

4.3.2 Brasil Sorridente

O Ministério da Saúde (MS), pela Área Técnica de Saúde Bucal, ampliou, nos últimos anos, em dez vezes os investimentos na melhoria da infraestrutura na área da Odontologia. O Programa Brasil Sorridente, criado em 2004, representou um marco inédito no investimento federal em saúde bucal, mas, é preciso avançar na capacitação dos gestores municipais e dos recursos humanos envolvidos, para que saibam utilizar esses investimentos da melhor forma.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (especialmente, por meio da Estratégia Saúde da Família), a ampliação e a qualificação da Atenção Especializada (principalmente, pela implantação de CEO e LRPD) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de água de abastecimento público (BRASIL, 2004).

Os CEO estão preparados para oferecer tratamento endodôntico, atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor de tecidos moles e duros, diagnóstico bucal (com ênfase ao diagnóstico de câncer bucal), Periodontia especializada, além de outras especialidades a serem definidas localmente. De acordo com a Portaria N° 599, de 23 de março de 2006, que estabelece critérios de credenciamento/habilitação dos serviços especializados, existem três tipos de CEO: I (três cadeiras), II (quatro cadeiras) e III (sete cadeiras) (BRASIL, 2006)

Até o mês de dezembro de 2008, foram implantados, no Brasil, 674 CEO. A meta para 2010 é que haja 950 CEO em funcionamento no país. No Estado do Paraná, já estão em funcionamento 39 centros, três deles implantados no âmbito da 15ª Regional, sendo dois para consórcios intermunicipais de saúde (CISAMUSEP e CIPAR) e um para o município de Maringá (MS, 2009).

Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal, o Ministério da Saúde tem apoiado a implantação de LRPD, que são unidades próprias do município ou unidades terceirizadas credenciadas para a confecção de próteses dentárias totais e parciais removíveis. Até 7 de outubro de 2009, foram implantados no Brasil 323 LRPD, quando o MS (BRASIL, 2009) publicou a Portaria N° 2.374, que alterou os valores das unidades de próteses dentárias, passando de R\$ 30,00 para R\$ 60,00.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Maringá – o município-sede da 15ª RS-PR

5.1.1 Histórico

O Município de Maringá, fundado em 10 de maio de 1947, conta com uma população estimada em 335.511 habitantes (IBGE, 2009), 47,08% da população total da 15ª RS-PR. Está classificada como município de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2000) com o IDH-M 0,841.

Na área da saúde pública, a cidade conta com um Conselho Municipal de Saúde atuante, instituído em 28 de setembro de 1990, pela Lei Municipal nº 2.743. Realizou, entre os dias 1 e 3 de outubro de 2009, a 8ª Conferência Municipal de Saúde, com a presença do Presidente do Conselho Nacional de Saúde, Dr. Francisco Batista Jr., que discorreu sobre o tema central: “SUS 21 anos - O SUS é nosso. Vamos fazer parte dessa história”. A Conferência contou com a participação de mais de 300 delegados e, nesses três dias, foram discutidas e apresentadas propostas para melhorar a saúde da população. Também foram escolhidas as entidades que serão representadas no Conselho Municipal de Saúde para a Gestão 2009-2011.

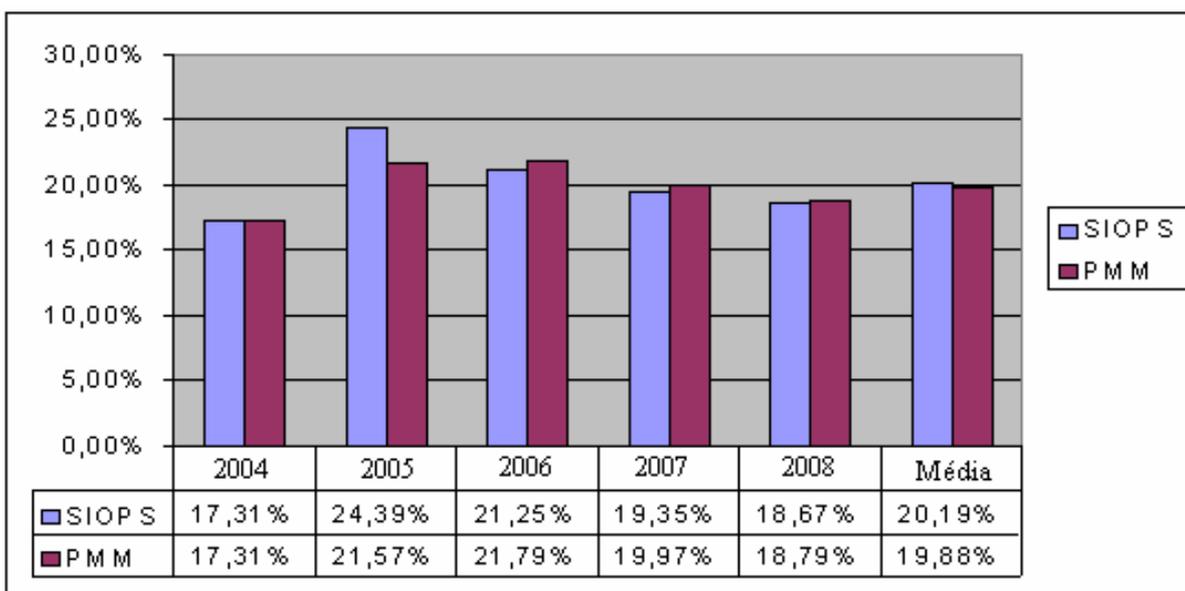
Atualmente, o Secretário Municipal de Saúde de Maringá, Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi (Cirurgião-Dentista), é o Presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), cargo em que foi empossado em 11 de fevereiro deste ano. No seu discurso de posse afirmou “que confia na parceria e apoio de todos os secretários municipais do país e da diretoria do CONASEMS para que os objetivos de atender a população cada vez melhor sejam alcançados” (SOERN, 2009).

Outro nome de destaque na área da saúde pública maringaense é o do atual Coordenador Nacional de Saúde Bucal Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior. Atualmente no MS, foi durante muitos anos professor de Saúde Coletiva e Odontogeriatrics do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Em janeiro de 2001, assumiu o cargo de Gerente da Vigilância Sanitária Municipal de Maringá, onde trabalhou até dezembro de 2002. Em janeiro de 2003, no primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva foi convidado para assumir a Coordenação Nacional de Saúde Bucal (CNSB), função que exerce até o presente momento.

5.1.2 Relatório de Gestão 2008

O município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1998. Em abril de 2007, assinou o Termo de Compromisso Gestão Municipal (TCGM). Seu Plano Municipal de Saúde 2006/2009 foi elaborado a partir da 7ª Conferência Municipal de Saúde, tendo sido aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em reunião ordinária ocorrida em 24/10/2006.

Observa-se na figura 6 que o município vem cumprindo com o que determina a Emenda Constitucional 29 ao longo dos anos. Apresenta-se a seguir os dados que aparecem no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e no Relatório de Gestão 2008 da Secretaria Municipal de Saúde. É possível perceber números exatamente iguais para o ano de 2004 e pequenas diferenças nos anos subsequentes, mas sempre acima dos 15% mínimos indicados pela EC 29.



Fonte: SIOPS e Secretaria de Saúde de Maringá.

Figura 6 – Proporção de receita aplicada em saúde, de 2004 a 2008, conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.

Em 2008, o governo municipal investiu cerca de 5,6 milhões de reais a mais em saúde do que no ano anterior, os quais foram destinados basicamente para a assistência, conforme descrito no quadro 8.

Quadro 8 Receita própria aplicada em saúde, de 2004 a 2008 em Maringá

Ano	Valores em Reais
2004	27.732.559,73
2005	35.771.445,64
2006	42.468.322,92
2007	43.855.817,83
2008	49.480.539,70

Fonte: SSM/Relatório de Gestão 2008.

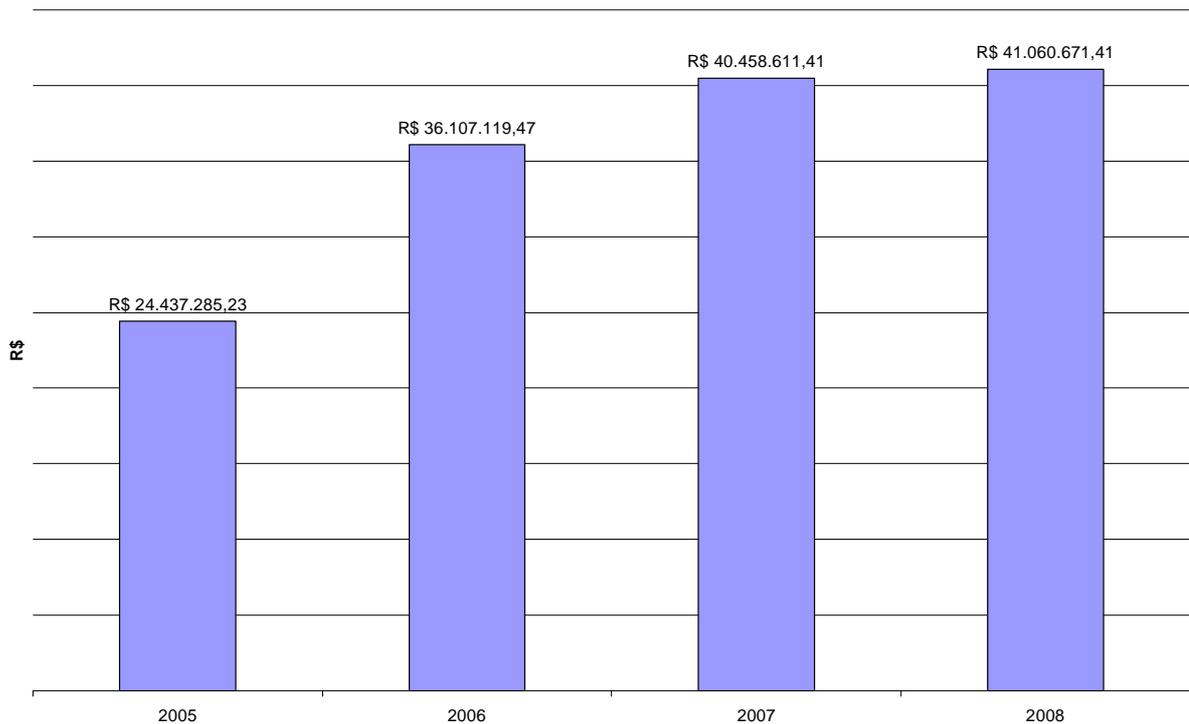
No quadro 9, observa-se a despesa empenhada no ano de 2008, calculando, observa-se que 58,4% dos recursos próprios foram destinados à Atenção Básica.

Quadro 9 Despesas com saúde por bloco financeiro para Maringá no ano de 2008.

Bloco Financeiro	Dotação Orçamentária (R\$)	Despesa Empenhada		
		Rec. Próprios (R\$)	Rec. FMS (R\$)	TOTAL (R\$)
Atenção básica	44.172.275,18	29.402.134,57	11.658.536,84	41.060.671,41
MAC / Ambulatorial e Hospitalar	84.826.114,04	11.243.465,27	72.153.472,06	83.396.937,33
Vigilância em Saúde	4.611.329,21	2.734.187,72	1.498.489,72	4.232.677,44
Administração geral e RH / gestão	7.282.825,00	6.960.139,66	152.353,94	7.112.493,60
TOTAL	140.892.543,43	50.339.927,22	85.462.852,56	135.802.779,78

Fonte: SSM/Relatório de Gestão 2008.

Na figura 7, pode-se acompanhar a evolução crescente dos recursos financeiros aplicados na Atenção Básica, de 2005 a 2008 no município de Maringá.



Fonte: SSM/Relatório de Gestão 2008.

Figura 7 - Recursos aplicados na Atenção Básica, de 2005 a 2008 em Maringá

Segundo o Relatório de Gestão – 2008 (quadro 10), o município contribui, financeiramente, em maior proporção, na AB do que as fontes de recursos da esfera estadual e federal; percebe-se que no ano de 2005 houve mais investimento municipal na área da atenção básica com recursos próprios (81,73%). Em seguida, diminui quase 20% por dois anos seguidos, ocorrendo ligeiro aumento em 2007 (71,61%), assim mesmo na comparação com 2005, há uma redução de aproximadamente 10%.

Quadro 10 Percentual de recursos próprios aplicados na AB, em relação ao total de recursos da AB, de 2005 a 2008 em Maringá.

Ano	Recursos próprios aplicados na AB (a)	Total aplicado na AB (FMS + rec. Próprios) (b)	% (a/b X 100)
2005	R\$ 19.971.686,37	R\$ 24.437.285,23	81,73
2006	R\$ 22.425.368,82	R\$ 36.107.119,47	62,11
2007	R\$ 25.460.079,13	R\$ 40.458.611,22	62,93
2008	R\$ 29.402.134,57	R\$ 41.060.671,41	71,61

Fonte: SSM/Relatório de Gestão 2008.

5.1.3 Atenção em Saúde.

A cidade conta com 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que nas ações e serviços de saúde bucal, atualmente, trabalham 111 Cirurgiões-Dentistas, 31 Técnicos e 95 Auxiliares em Saúde Bucal. Possui 4 Clínicas Odontológicas para Bebês (UBS Quebec, Iguaçu, Pinheiros e Zona Sul). Anualmente, realiza em outubro a Semana de Saúde Bucal, a deste ano foi a 13ª edição, contando sempre com programação científica para os profissionais e acadêmicos e atividades de promoção de saúde bucal destinadas à população.

Segundo dados coletados na entrevista com a CMSB, a Secretaria Municipal de Saúde de Maringá conta ainda com:

- 12 equipes implantadas de ACS
- 334 agentes comunitários de saúde cadastrados
- proporção de cobertura populacional das EACS estimada: 57,95%
- 66 equipes de saúde da família credenciadas pelo MS
- 54 equipes de saúde da família implantadas
- proporção de cobertura populacional das ESF estimada: 56,21%
- 8 equipes de saúde bucal modalidade I
- 8 equipes de saúde bucal modalidade II
- Programa de Atenção à Saúde Bucal do Escolar, em que são realizados procedimentos coletivos de escovação supervisionada e bochechos fluoretados, atendendo a:
 - > 8.780 crianças nos Centros de Educação Infantil
 - > 17.250 crianças nas Escolas Municipais do Ensino Fundamental
- 2 Cirurgiões-Dentistas exclusivos para pacientes HIV+ (casos de pacientes que passaram pela UBS, foram avaliados pelo CD quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional) do SAE DST/HIV/AIDS.
- 3 Centros de Especialidades Odontológicas: CISAMUSEP, Policlínica Zona Norte e UEM, que prestam serviços nas áreas de Estomatologia, Periodontia, Endodontia, Cirurgia Oral Menor, Prótese Dentária, Pacientes com Necessidades Especiais e Dentística mais complexa.
- 2 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária: CISAMUSEP e UEM

5.2 Financiamento da Saúde no âmbito da 15ª RS-PR.

Na esfera municipal, conforme pode ser observado no quadro 11, a proporção da receita própria aplicada em saúde no período pesquisado (2004 a 2008), cada um dos trinta municípios da 15ª RS-PR está em conformidade com o previsto na regulamentação da EC 29; todos ficaram acima dos 15% previstos na Lei.

No entanto, algumas questões podem ser discutidas com relação a esses recursos, aproximadamente 70% dos municípios investiu menos de 20% do orçamento. Floráí foi a cidade que apresentou maior índice de investimentos (32,87% em 2006 e 26,87%, na média) embora, tenha apresentado oscilação na aplicação de recursos em saúde. Paranacity apresentou um aumento significativo dos recursos aplicados, de 19,59 para 28,84% entre 2004 em 2006 e manteve o índice. No outro extremo, Ângulo foi a que menos aplicou recursos para a área da saúde (15,69%), mas, vale ressaltar que durante todo o período seus gastos com a saúde pública foram crescendo ano a ano.

Em Maringá, os recursos aplicados pelo município analisado no item anterior, apresentam dimensão diferente se comparada com os demais municípios da 15ª Regional, apresenta uma tendência decrescente dos recursos aplicados desde 2005, quando aplicou 24,39% e em 2009, apenas 18,67% do orçamento. Considerando que nesse período, o crescimento da população é constante, pode-se inferir que a diminuição dos recursos aplicados tem impactos importantes como a precarização dos equipamentos e do atendimento aos municípios.

Quadro 11 Percentual aplicado pelos municípios da 15ª RS-PR entre 2004 a 2008 e a média dos cinco anos, de acordo com a EC-29.

Município	2004	2005	2006	2007	2008	Média
Ângulo	14,84	14,99	15,50	16,51	16,62	15,69
Astorga	18,45	17,63	19,74	17,59	18,34	18,35
Atalaia	17,87	12,04	15,49	15,28	20,21	16,17
Colorado	15,00	20,86	21,69	20,27	20,44	19,65
Doutor Camargo	16,26	15,88	17,59	17,62	19,82	17,43
Floraí	26,58	22,52	32,87	25,36	27,05	26,87
Floresta	21,64	21,07	19,63	20,75	21,72	20,96
Flórida	15,48	17,15	17,93	17,45	22,22	18,04
Iguaraçu	15,53	15,04	16,71	18,23	21,10	17,32
Itaguajé	14,82	18,87	20,77	22,72	20,57	19,55
Itambé	22,55	20,22	22,09	29,23	23,65	23,54
Ivatuba	18,83	16,58	18,03	15,90	17,05	17,27
Lobato	15,70	15,99	15,81	15,86	18,39	16,35
Mandaguaçu	16,86	18,72	19,79	16,67	16,16	17,64
Mandaguari	17,98	15,27	15,01	15,06	16,74	16,01
Marialva	15,48	17,33	25,99	17,60	22,99	19,87
Maringá	17,31	24,39	21,21	19,35	18,67	20,19
Munhoz de Melo	15,29	17,52	17,84	17,41	22,75	18,16
Nossa Senhora das Graças	21,90	15,26	25,86	24,53	18,44	21,19
Nova Esperança	19,00	20,67	20,12	17,20	17,41	18,88
Ourizona	20,93	15,45	15,00	17,94	18,04	17,47
Paiçandu	20,29	25,43	15,74	21,66	24,06	21,43
Paranacity	19,59	20,39	28,84	28,44	28,08	25,06
Presidente Castelo Branco	19,81	21,63	22,17	23,49	21,84	21,78
Santa Fé	18,01	15,71	18,88	17,08	18,65	17,66
Santa Inês	15,06	16,45	15,32	17,04	19,01	16,57
Santo Inácio	17,18	15,39	21,22	16,79	18,96	17,90
São Jorge do Ivaí	15,16	15,28	17,84	18,94	17,11	16,86
Sarandi	20,20	23,31	25,13	25,01	26,34	23,99
Uniflor *	17,06	15,36	16,49	18,37	NI	16,82

Fonte: SIOPS – DATASUS

* O município de Uniflor não informou os dados de 2008, portanto, a média de investimentos é de 2004 a 2007.

5.3 Indicadores Sociais da 15ª RS-PR

Segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano da Organização das Nações Unidas (ONU), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado originalmente para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB per capita). O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio e acima de 0,800 têm desenvolvimento considerado elevado. Divulgado pela primeira vez em 1990, a idéia era ampliar a discussão sobre os indicadores que deveriam ser considerados para analisar as condições de vida nos países.

Num ranking de 182 países, que estão no relatório divulgado em 05 de outubro de 2009, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Brasil aparece no grupo dos países com alto IDH, impulsionado principalmente pelo aumento da renda, ocupando o 75º lugar com o número de 0,813. Esses números referiam-se aos dados relativos ao ano de 2007 (os relatórios sempre se referem há dois anos), quando o PIB per capita divulgado foi de US\$ 9.567. Outra notícia boa, a expectativa de vida do brasileiro aumentou, foi para 72,2 anos. O primeiro colocado no ranking é a Noruega, com IDH de 0,971. (PNUD, 2009).

Segundo o relatório, podem-se comparar outros indicadores, por exemplo, apesar de ter registrado queda na desigualdade desde o início da década, o Brasil ainda permanece no grupo de dez países mais desiguais do relatório. No Brasil, os 10% mais ricos detêm 43% da riqueza nacional, enquanto os 10% mais pobres, apenas 1%. Outro indicador em que o Brasil destoa dos líderes é o investimento público em educação e saúde. Noruega, Austrália e Islândia investem, respectivamente, 35%, 31% e 36% de seu gasto nessas áreas. No Brasil, a proporção é de apenas 22%. O maior desnível acontece na saúde, setor em que o Brasil investe 7% dos gastos, menos da metade do que a Noruega (18%), Austrália (17%) e Islândia (18%) (PNUD, 2009).

Segundo Sverberi (2009), “idealizado para comparar o estágio de bem-estar dos países, o IDH da ONU tem valor, mas não pode ser tomado como definitivo, por exemplo, Islândia e Irlanda, dois dos países mais abalados pela crise internacional, aparecem entre os cinco mais desenvolvidos. É que o ranking foi elaborado com dados até 2007, antes da recessão. Ambos tiveram sua renda inflada por bolhas financeiras gigantescas. Já a Alemanha, a nação mais rica

da Europa, está na 22ª posição, bem atrás dos EUA (13º lugar), outro país que surfara na bolha” (Revista Veja, ed. 2134, p. 96-7).

Para aferir o nível de desenvolvimento humano de municípios, as dimensões são as mesmas – educação, longevidade e renda, mas, alguns dos indicadores usados são diferentes. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDH municipal (IDHM) são mais adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores (IPEA, 2008).

Outro índice importante para aferir o desenvolvimento humano é o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM), da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN). Em julho deste ano, foi divulgado o IFDM com os dados oficiais de 2006. A defasagem temporal de três anos entre os dados coletados e sua divulgação decorre do fato de serem utilizadas apenas estatísticas oficiais que envolviam concomitantemente dados dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho para o ano sob análise. Por coincidência, os dados do repasse dos incentivos financeiros para a Atenção Básica utilizados pelo MS até o presente momento (agosto/09) levam em conta a estimativa populacional de 2008, segundo o IBGE.

A metodologia pioneira e única do IFDM distingue-se por ter periodicidade anual, recorte municipal e abrangência nacional. Essas características possibilitam o acompanhamento do desenvolvimento humano, econômico e social de todos os municípios brasileiros, apresentando uma série anual, de forma objetiva e com base exclusiva em dados oficiais (FIRJAN, 2009).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) mais recente disponível em sites oficiais como IBGE e IPARDES é do ano 2000 e se forem analisados alguns indicadores sociais com essa defasagem de tempo acabar-se-iam cometendo erros de avaliação e discrepância acentuados.

Segundo a Firjan, uma das vantagens do IFDM é permitir a orientação de ações públicas e acompanhar seus impactos sobre o desenvolvimento dos municípios – não obstante, a possibilidade de agregação por estados. O índice considera, com igual ponderação, as áreas de desenvolvimento humano também utilizadas pela ONU na realização do IDH, a saber, Emprego & Renda, Educação e Saúde. A leitura dos resultados, nas três áreas ou no índice final, varia de 0 a 1, como no IDH, sendo quanto mais próximo de 1, maior o nível de desenvolvimento do município ou do estado da federação. A diferença fica nas classificações, enquanto no IDH há três níveis: baixo, médio e alto desenvolvimento humano – aqui se têm as seguintes

classificações:

- entre 0 e 0,4: baixo estágio de desenvolvimento;
- entre 0,4 e 0,6: desenvolvimento regular;
- entre 0,6 e 0,8: desenvolvimento moderado;
- entre 0,8 e 1,0: alto desenvolvimento.

Com relação aos números do IFDM para os trinta municípios pertencentes à 15ª RS-PR (quadro 12), vinte e nove apresentam moderado estágio de desenvolvimento, enquanto apenas Maringá se classifica como elevado desenvolvimento (IFDM = 0,8621), aparecendo como segundo no ranking estadual e o 54º entre os 5.560 municípios brasileiros. Dentre todos os municípios da Regional, Santa Inês fica na lanterna, com IFDM final de 0,6406 segundo os critérios da FIRJAN. Se levar em conta apenas a área da Saúde, Sarandi, a segunda maior cidade da região, com uma população estimada em 84.651 habitantes fica em último lugar, assim mesmo ocupa o 97º lugar entre os 399 municípios paranaenses, o que comprova que as cidades que compõem a 15ª RS-PR apresentam bons números, se comparados com o restante do Estado do Paraná e do Brasil.

As pesquisas que utilizam como unidades de análise áreas geográficas, desde distritos municipais até estados ou países, procuram, através dessas áreas, caracterizar as condições de vida predominantes e associá-las aos problemas de saúde de interesse. Mesmo que os indicadores de desigualdade escolhidos privilegiem a única dimensão das condições socioeconômicas, eles podem ser utilizados como aproximações relativamente adequadas da situação em geral (BARATA, 2006).

A renda estrutura as possibilidades de vida de toda a população, mormente no que diz respeito ao consumo de bens e às oportunidades de trabalho. Como já é do conhecimento geral, apesar de o Brasil possuir renda per capita de mais de 4.000 dólares anuais, sua distribuição situa-se entre as piores do mundo. Gênero, raça ou cor, idade e suas inter-relações com renda, trabalho e ensino, dentre outros indicadores, retratam uma grave realidade do Brasil e tornam claras as desigualdades gravíssimas encontradas na população brasileira (CÂMARA et al., 2003).

Quadro 12 Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal para os municípios da 15ª RS-PR (IFDM –2006).

Município	IFDM	Emprego e Renda	Educação	Saúde	Ranking Nacional	Ranking Estadual
Ângulo	0,6894	0,4607	0,7072	0,9004	1.242°	157°
Astorga	0,7733	0,5635	0,8104	0,9461	349°	23°
Atalaia	0,6971	0,3276	0,8146	0,9492	1.115°	134°
Colorado	0,7528	0,5680	0,7384	0,9521	495°	36°
Dr. Camargo	0,7126	0,4232	0,8140	0,9006	880°	93°
Floraí	0,7166	0,4233	0,7533	0,9732	832°	81°
Floresta	0,6916	0,3352	0,7946	0,9450	1.199°	149°
Flórida	0,7270	0,3739	0,8071	1,0000	726°	65°
Iguaraçu	0,6854	0,3979	0,7926	0,8658	1.302°	170°
Itaguajé	0,6625	0,3621	0,7206	0,9048	1.711°	246°
Itambé	0,7158	0,3871	0,8261	0,9342	843°	84°
Ivatuba	0,7630	0,4210	0,8876	0,9805	407°	29°
Lobato	0,7959	0,5466	0,8797	0,9613	250°	16°
Mandaguaçu	0,7119	0,5055	0,7369	0,8931	888°	94°
Mandaguari	0,7739	0,6207	0,7920	0,9090	347°	22°
Marialva	0,7348	0,5589	0,7401	0,9055	657°	58°
Maringá	0,8621	0,8444	0,8208	0,9211	54°	2°
Munhoz de Melo	0,7192	0,4622	0,8036	0,8919	803°	77°
N. S. das Graças	0,6906	0,3798	0,7478	0,9442	1.223°	154°
Nova Esperança	0,7166	0,4337	0,7525	0,9636	833°	82°
Ourizona	0,6992	0,3631	0,7977	0,9368	1.091°	130°
Paiçandu	0,7007	0,5520	0,6998	0,8503	1.055°	123°
Paranacity	0,7677	0,6763	0,7630	0,8637	376°	26°
Pres. Castelo Branco	0,6600	0,3905	0,7541	0,8354	1.767°	257°
Santa Fé	0,7008	0,4039	0,7641	0,9343	1.054°	122°
Santa Inês	0,6406	0,3078	0,7686	0,8454	2.113°	301°
Santo Inácio	0,6780	0,4188	0,7294	0,8859	1.437°	202°
S. Jorge do Ivaí	0,7350	0,3859	0,8356	0,9834	654°	57°
Sarandi	0,7113	0,5998	0,7011	0,8329	903°	97°
Uniflor	0,6776	0,3674	0,7618	0,9035	1.440°	204°
15ª RS-PR	0,7187	0,4620	0,7771	0,9171		
PARANÁ	0,8074	0,8344	0,7216	0,8662		

Fonte: FIRJAN

Pinto (2003, p.34) cita que “além das claras diferenças de acesso a serviços odontológicos, pessoas com diferenças pronunciadas de renda financeira também estão em desvantagem quanto à ocorrência de problemas na área odontológica”.

A afirmativa tradicionalmente feita até meados da década dos anos 1980, de que a cárie dental era uma doença “democrática”, por manifestar-se igualmente em pobres e ricos, viu-se desmentida no levantamento do MS (SB-BRASIL, 2003) pela constatação de que, efetivamente, os situados em estratos de mais alta renda possuem menos cáries que os situados na base da pirâmide social e econômica (PINTO, 2003)

Quadro 13 IDH-M (2000) e Renda per capita (2006) dos municípios da 15ª RS-PR.

Município	IDH-M 2000	Renda per capita 2006 (R\$)
Ângulo	0,742	7.184,00
Astorga	0,750	9.008,00
Atalaia	0,765	9.138,00
Colorado	0,782	13.280,00
Doutor Camargo	0,767	8.170,00
Floraí	0,771	10.816,00
Floresta	0,773	8.389,00
Flórida	0,775	6.929,00
Iguaraçu	0,740	8.363,00
Itaguajé	0,723	5.634,00
Itambé	0,769	10.448,00
Ivatuba	0,768	8.500,00
Lobato	0,795	22.815,00
Mandaguaçu	0,762	7.208,00
Mandaguari	0,791	9.883,00
Marialva	0,784	9.009,00
Maringá	0,841	16.264,00
Munhoz de Melo	0,767	6.770,00
Nossa Senhora das Graças	0,719	7.752,00
Nova Esperança	0,748	8.305,00
Ourizona	0,770	9.111,00
Paiçandu	0,746	5.641,00
Paranacity	0,742	11.431,00
Presidente Castelo Branco	0,742	6.170,00
Santa Fé	0,773	8.136,00
Santa Inês	0,726	6.135,00
Santo Inácio	0,738	11.138,00
São Jorge do Ivaí	0,792	15.767,00
Sarandi	0,768	4.343,00
Uniflor *	0,734	7.455,00
15ª RS-PR	0,762	9.306,40

Fonte: IPARDES

Analisando o quadro 13 que mostra o IDH-M e a renda per capita, percebe-se novamente que o município de Maringá aparece sozinho como elite do desenvolvimento humano: segundo os critérios da ONU apresenta um IDH-M = 0,841 referente ao ano 2000 e sua renda per capita foi da ordem de R\$ 16.264,00 para o ano de 2006, segundo o IPARDES. Merece ser destacada também a renda per capita do município de Lobato, primeiro lugar entre os trinta municípios da 15ª RS-PR, com valores anuais de R\$ 22.815,00. Infelizmente, há que se destacar também o outro lado: Sarandi, segunda maior cidade pesquisada tem uma renda per capita vergonhosa, apenas R\$ 4.343,00 anuais.

5.4 Abastecimento Público de Água

Segundo a Resolução nº 357/2005 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), que “dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes, e dá outras providências”, as águas doces são classificadas¹⁰ em classe especial e classes 1, 2, 3 e 4.

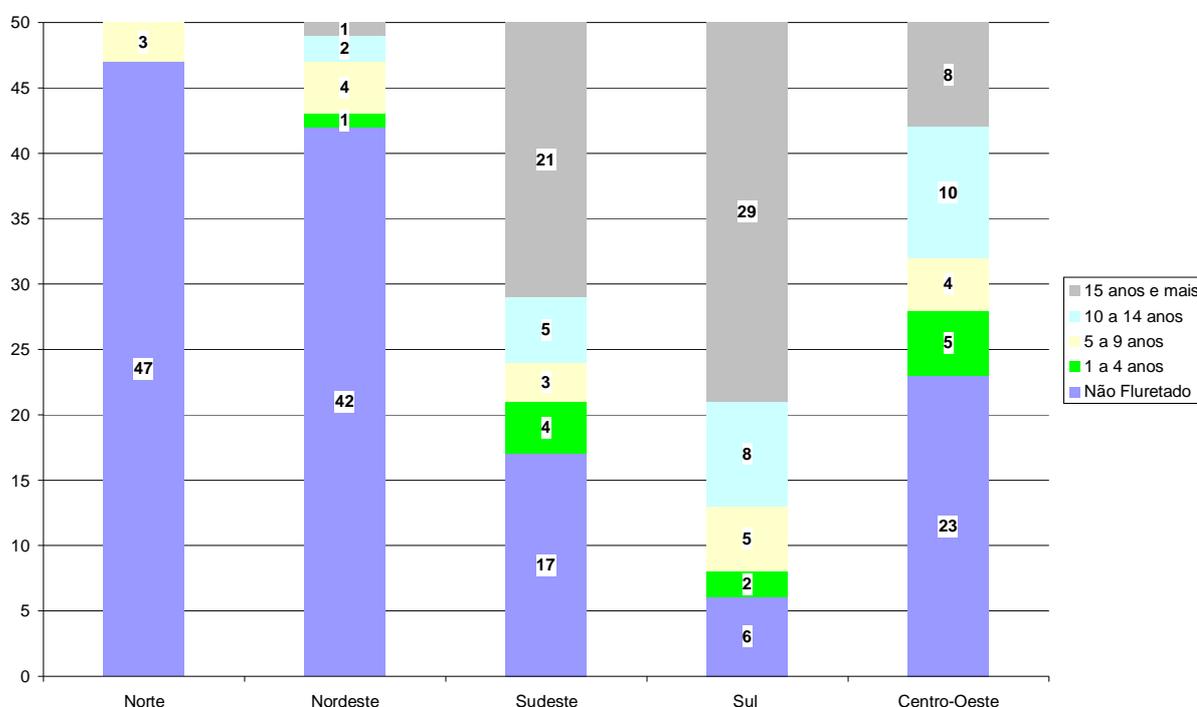
No âmbito da 15ª RS-PR, a maioria da população é servida pela Companhia de Saneamento do Estado do Paraná (SANEPAR) com água coletada no Rio Pirapó (após tratamento – classe 2), mas a empresa também distribui águas captadas em poços artesianos locais (após desinfecção – classe especial), em ambos os casos, sempre tratadas e fluoretadas (SANEPAR, 2009).

KOZLOWSKI e PEREIRA (2003, p.269) citaram que “a fluoretação da água de abastecimento público é um método consagrado mundialmente, tendo sido reconhecida em 1969, durante a 22ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde, realizada em Boston, como uma medida de saúde pública, prática e efetiva”. Entende-se que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Assim, viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas, ampliação do programa aos municípios com sistemas de tratamento é a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor.

É importante destacar que o Paraná apresenta tradição na implementação de políticas de saúde bucal coletiva. A fluoretação de águas de abastecimento é um exemplo dessa política e foi

implantada, de forma pioneira, em 1958, no município de Curitiba, primeira capital de estado brasileira dispondendo desse serviço. Como resultado dessa política, a fluoretação beneficia, atualmente, 85% da população total e 95% da população urbana paranaense (SESA-PR, 2008).

Segundo os resultados principais do Projeto SB Brasil, ao todo, dos 250 municípios brasileiros pesquisados, 46% dos municípios pesquisados dispõem de água fluoretada. Na Figura 8 (BRASIL, 2004, p. 24), observa-se que, de uma forma geral, a presença de flúor está mais concentrada nas regiões Sul e Sudeste e com mais municípios onde o processo de fluoretação se encontra implantado há mais de 15 anos.

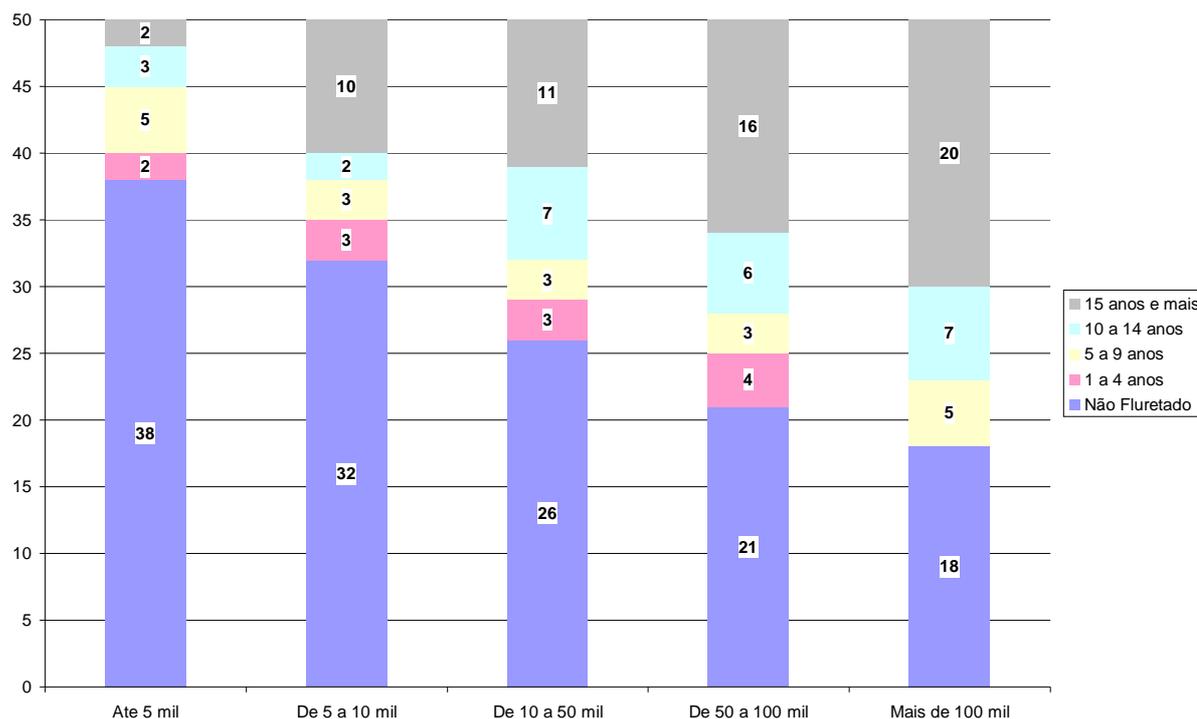


Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Figura 8 - Distribuição do número de municípios fluoretados e não-fluoretados, segundo tempo de fluoretação e macrorregião. Brasil, 2003.

¹⁰ As águas classe especial são destinadas ao consumo humano, com desinfecção; as de classe 1, após tratamento simplificado; as de classe 2 após tratamento convencional; as de classe 3, após tratamento convencional ou avançado e as de classe 4 podem ser destinadas apenas à navegação e à harmonia paisagística (Resolução 357 do CONAMA).

Ainda segundo o SB Brasil (BRASIL, 2004, p. 25), pela figura 9 pode ser visualizada a distribuição dos 250 municípios pesquisados com relação à presença de flúor na água, e observa-se que ela está mais concentrada em municípios de maior porte populacional.



Fonte: Ministério da Saúde, 2004.

Figura 9 - Distribuição do número de municípios fluoretados e não-fluoretados, segundo tempo de fluoretação e porte populacional. Brasil, 2003.

Nesse sentido, segundo a PNSB, desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas no Brasil é uma prioridade governamental, garantindo-se continuidade e teores adequados nos termos da Lei 6.050/1974 e normas complementares, com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis (BRASIL, 2004).

O custo médio da fluoretação da água está em menos de R\$ 2,00 por pessoa/ano. Em compensação, a economia nos custos do tratamento odontológico resultantes da fluoretação das

águas é notória. Uma vez observada a concentração adequada, a fluoretação da água pode ser consumida sem riscos ou efeitos adversos (MENEZES, 2006).

Tradicionalmente, a opção brasileira pela fluoretação das águas é em decorrência de sua extensão territorial porque o método possibilita estender os benefícios do flúor independentemente da condição socioeconômica da população, possibilitando, por si só, uma redução de cerca de até 65% das chances de uma pessoa ter cárie (KOZLOWSKI e PEREIRA, 2003).

Apesar de atualmente a fluoretação da água ter o seu poder preventivo atenuado por outras medidas no controle da cárie dentária, reduzindo-se para valores em torno de 20% (atenuação relativa da força do método), especialmente a partir da agregação do flúor em dentifrícios, em um país com tantas diferenças regionais, populacionais e sociais, a água fluoretada ainda é um método coletivo indispensável (KOZLOWSKI e PEREIRA, 2003).

Conforme o quadro 14, dos trinta municípios pertencentes à 15ª RS-PR, dezoito são atendidos pela SANEPAR, enquanto doze têm o tratamento das águas sob responsabilidade própria, alguns sob a forma de autarquias¹¹ como é o caso de Sarandi, a segunda maior cidade da Regional. Apenas quatro não possuem adição do flúor nas águas de abastecimento público (Colorado, Marialva, Nossa Senhora das Graças e Sarandi), perfazendo um total de 141.892 habitantes, ou seja, 19,91% do total, portanto, mais de 80% da população é beneficiada por esse importante método de prevenção de cárie dentária.

Nesse processo, Maringá é a pioneira e desde o final da década de 1960 a adição é de flúor na água realizada. E, aproximadamente 40% dos municípios implantaram o sistema na década de 1980. Por outro lado, cerca de 25% dos municípios não têm informação a respeito da época de implantação.

Com relação às políticas públicas relacionadas ao saneamento básico, o Estado, tanto na esfera municipal quanto na estadual, têm-se investido mais no tratamento de água do que nos outros setores. E, o que se pode notar, com base nas informações contidas no Quadro 14, o sistema de abastecimento de água, nos municípios em que o tratamento é de responsabilidade própria, atende 100% da população, enquanto que nos municípios onde a SANEPAR, órgão estadual, atua há uma parcela de excluídos que não tem todos têm acesso à água tratada.

¹¹ As autarquias administrativas são aquelas atendidas por serviços públicos descentralizados que se destacam do conjunto da administração estatal para se organizarem de acordo com as necessidades dos serviços que visem executar.

E, para confirmar a tese acima, no âmbito da 15ª RS-PR, segundo informações de Lorenzo Cassaro, Coordenador Regional de Meio Ambiente da SANEPAR, esta presta serviços a 18 municípios, numa população de 570.734 habitantes, perfazendo um percentual de 80,08%.

Quadro14 Sistemas de Abastecimento público de águas, fluoretação e população atendida.

Município	População 2009	Prestador do serviço	Flúor	População Atendida (%)	Início da fluoretação
Ângulo	2.893	Municipal	sim	100	NI
Astorga	25.164	Sanepar	sim	95,9	Anos 80
Atalaia	3.645	Sanepar	sim	93,57	Anos 80
Colorado	21.789	Municipal	não	100	Não tem
Dr. Camargo	5.753	Sanepar	sim	99,25	Anos 80
Floraí	5.158	Sanepar	sim	98,44	1992
Floresta	5.417	Sanepar	sim	97,61	Anos 80
Flórida	2.535	Municipal	sim	100	NI
Iguaraçu	3.907	Municipal	sim	100	2007
Itaguajé	4.589	Sanepar	sim	99,88	Anos 80
Itambé	6.082	Sanepar	sim	99,23	NI
Ivatuba	2.786	Sanepar	sim	86,53	Anos 80
Lobato	4.405	Municipal	sim	100	NI
Mandaguaçu	19.270	Sanepar	Sim	99,8	Anos 80
Mandaguari	33.109	Sanepar	sim	97,65	Anos 80
Marialva	31.397	Municipal	não	100	Não tem
Maringá	335.511	Sanepar	sim	99,85	1967
Munhoz de Melo	3.714	Municipal	sim	100	NI
N. S. das Graças	4.055	Municipal	não	100	Não tem
Nova Esperança	26.591	Sanepar	sim	99,94	Anos 80
Ourizona	3.380	Sanepar	sim	98,07	Anos 80
Paiçandu	36.876	Sanepar	sim	98,45	1995
Paranacity	9.946	Sanepar	sim	99,77	Anos 80
Pres. Castelo Branco	4.934	Municipal	sim	100	NI
Santa Fé	10.354	Sanepar	sim	97,89	Anos 80
Santa Inês	1.882	Municipal	sim	100	2007
Santo Inácio	4.956	Sanepar	sim	99,9	1999
São Jorge do Ivaí	5.382	Municipal	sim	100	NI
Sarandi	84.651	Municipal	não	100	Não tem
Uniflor	2.495	Sanepar	sim	96,25	NI

Fonte: IBGE/SANEPAR/Águas de Sarandi/Secretarias Municipais de Saúde. NI: não soube informar

Nos doze municípios restantes, o serviço é municipal. A cidade de Sarandi, segunda maior da Regional, conta com o Serviço Municipal de Saneamento Ambiental – Águas de Sarandi (criado em 10 de abril de 2006), entidade autárquica de direito público, integrante da administração direta do município e que atende a uma população de quase 85 mil habitantes, infelizmente, ainda sem os benefícios da fluoretação das águas de abastecimento público.

Segundo Michel Caldato, químico responsável pelo tratamento das águas da empresa, o município conta com 47 poços artesianos que abastecem 100% da população e a água distribuída, pelas suas características, é classificada segundo o CONAMA como “classe especial”. Ainda segundo Caldato, o município já encaminhou projeto ao Ministério das Cidades no intuito de conseguir as verbas necessárias para o início da fluoretação das águas.

5.5 Indicadores de Saúde Bucal da 15ª RS-PR

Até o presente momento, poucos levantamentos epidemiológicos em saúde bucal foram realizados no âmbito da 15ª RS-PR e, praticamente, ficaram restritos às faixas etárias dos adolescentes que frequentam escolas públicas.

A NOAS-SUS 01/2001 quando discorre sobre o processo de controle, avaliação e regulação da assistência (Cap. II-3), diz: “(...) A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe: a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, (...)”, uma pena que isso fique na maioria das vezes apenas no papel.

Dos trinta municípios que pertencem à 15ª RS-PR, apenas Lobato foi sorteado para a realização do Projeto SB 2000, mas, infelizmente, não se conseguiram obter informações sobre os resultados obtidos no levantamento epidemiológico, nem no município, nem na Regional de Saúde e os resultados principais, que foram publicados (BRASIL, 2004), mostram apenas os números por macrorregião.

Para enriquecer esta pesquisa, foi localizado um documento “histórico” cedido pela Regional de Saúde: um Memorando (nº 084/96) de 5 de novembro de 1996, destinado ao DSSA/ Odontologia/ Instituto de Saúde do Paraná, em que consta: “Estamos encaminhando o Levantamento do Índice de CPOD, nos escolares de 12 anos dos municípios que compõem a 15ª

RS. O restante encaminharemos posteriormente, pois faltam 3 municípios¹². Atenciosamente.”

Quadro 15 CPO-D aos 12 anos na 15ª RS-PR em 1996.

Município	Índice CPO-D
Ângulo	6,3
Astorga	3,8
Atalaia	4,5
Colorado	6,4
Dr. Camargo	4,3
Floraí	4,5
Floresta	6,8
Flórida	6,1
Iguaraçu	4,1
Itaguaí	4,9
Itambé	4,4
Ivatuba	7,2
Lobato	5,7
Mandaguaçu	4,9
Mandaguari	4,4
Marialva	4,9
Maringá	3,7
Munhoz de Melo	6,4
N. S. das Graças	3,4
Nova Esperança	5,1
Ourizona	3,9
Paiçandu	5,4
Paranacity	NI
Pres. Castelo Branco	7,6
Santa Fé	4,4
Santa Inês	2,7
Santo Inácio	3,3
São Jorge do Ivaí	4,0
Sarandi	4,5
Uniflor	6,5

Fonte: 15ª Regional de Saúde - PR¹³

No quadro 15, observa-se o Índice CPO-D que mede o número de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados aos 12 anos de idade para 29 municípios da 15ª RS-PR. Atualmente, os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal têm investigado outras faixas etárias, já que a expectativa de vida da população tem aumentado e a integralidade, como diretriz do SUS, deve sair da “teoria para a prática”, assim como os problemas de saúde bucal nos outros ciclos da vida são ainda mais sérios, segundo dados do MS.

¹² As discrepâncias nos números são justificadas pela mudança na quantidade de cidades que compõem a Regional, já que esses dados são de 1996. Portanto, dos atuais trinta municípios da Regional, apenas Paranacity não informou à época os resultados do levantamento epidemiológico.

Para a Coordenadora Municipal de Saúde Bucal de Maringá, Dra. Letícia Padovez, o número exato seria 3,79. Incluindo este, Padovez¹⁴ forneceu resultados de outros levantamentos de índices de cárie realizados no município, quais sejam:

1991: CPO-D 5,00

1996: CPO-D 3,79

1999: CPO-D 2,33

2003: CPO-D 1,50

2004: CPO-D 1,25

2006: CPO-D 1,45

Para efeito de comparação, os resultados do SB Brasil (2003) mostraram que, para a faixa etária de 12 anos, a média dos componentes do índice CPO-D foi

Macrorregião Norte: CPO-D = 3,13

Macrorregião Nordeste: CPO-D = 3,19

Macrorregião Sudeste: CPO-D = 2,30

Macrorregião Sul: CPO-D = 2,31

Macrorregião Centro-Oeste: CPO-D = 3,16

Brasil: CPO-D = 2,78

Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (SMS) está preparando, em parceria com as três faculdades de Odontologia da cidade (UEM, Uningá e Cesumar) e com o financiamento do PROSAÚDE, um levantamento epidemiológico em saúde bucal, aplicando a metodologia utilizada no Projeto SB Brasil. Esse levantamento, quando concluído, será um importante instrumento para a avaliação e o planejamento das ações e dos serviços em saúde bucal do município.

Goya (2004, p.196-8) realizou um estudo do Perfil Epidemiológico dos Adolescentes no Município de Maringá, de março a julho, em escolares da rede pública, numa amostra aleatória constituída por 1.781 alunos de 11 a 15 anos de idade, segundo os critérios do SB Brasil. Da análise dos resultados, apresenta a conclusão.

¹³ Cedido por Suzana Goya, atual Coordenadora Regional de Saúde Bucal da 15ª RS-PR.

1. Cárie dental

“A meta prevista pela OMS, aos 12 anos, para o ano de 2010 é de CPOD < 1, conforme resultado obtido (CPOD = 1,25), não foi possível alcançar esse índice preconizado, mas Maringá está perto de alcançar a meta, sendo necessária a manutenção da atenção diferenciada e melhorias nas atividades preventivas.....As ações de prevenção da cárie dental, feitas ao longo dos anos têm sido efetivas no município, conforme pudemos ver 50% dos adolescentes de 12 anos de idade estão livres da doença”.

2. Fluorose

“Quanto à fluorose dental, o trabalho sugere que não deve ser uma preocupação de saúde pública para o município. Sugerimos que haja o heterocontrole por parte dos órgãos municipais de saúde e constante vigilância através dos levantamentos epidemiológicos. E que continue efetivando-se as orientações de prevenção à doença”.

3. Doença periodontal

“As doenças periodontais em maior ou menor grau estiveram presentes em uma parcela da população estudada. É preciso implementar ações de atenção precoce à prevenção da doença periodontal e principalmente em educação em saúde”.

4. Maloclusão

“Por volta de 20% da população possui algum tipo de anomalia dentofacial. Torna-se urgente verificar a necessidade de viabilizar programas preventivos na rede pública municipal”.

5. Quanto ao acesso aos serviços odontológicos

“Constatou-se que o acesso aos serviços odontológicos do adolescente tem sido por volta de 96,25%. O que denota uma grande atenção à saúde do escolar que vem sendo refletida no declínio dos índices de CPOD, maloclusão e doenças periodontais. E que mais da metade dessa população utiliza-se da rede pública municipal. E que as campanhas de visitar o dentista regularmente têm sido atendidas, pois 66,07% dos adolescentes retornam ao atendimento em menos de 1 ano. Pelos dados colhidos podemos vislumbrar que tem sido forte o incentivo à educação em saúde, pois 75,69% dos estudantes já receberam algum tipo de orientação sobre etiologia das doenças bucais e como evitá-las”.

5.5.1 Oferta de Serviços Odontológicos

O MS, por meio do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, redefiniu em 2006, para a área de saúde bucal, dois indicadores principais (indicadores 24 e 25) e dois indicadores complementares (indicadores 26 e 27). Esses indicadores constituem instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e dos serviços de saúde bucal referentes à atenção básica (BRASIL, 2006a).

A seguir, serão descritos os conceitos desses indicadores bem como apresentados os resultados obtidos na 15ª RS-PR (quadros 16 a 20). Esses dados são instrumentos importantes para a análise dos indicadores de saúde, em especial, os de saúde bucal. Podem-se perceber as diferenças de abordagens dos gestores quanto à saúde da população e à oferta de serviços de saúde, em nível municipal e regional.

5.5.1.1 Cobertura de primeira consulta odontológica programática (Indicador 24)

¹⁴ Dados de CPO-D aos 12 anos baseados nas seguintes fontes: 1991 - SMS, AMO (Associação Maringaense de Odontologia) e UEM; 1996 - SMS; 1999 - SMS; 2003 - GOYA (2004); 2004 - TANAKA; 2006 - UEM

É o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática no SUS. É aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), para atender as necessidades detectadas. Não se refere a atendimentos eventuais, como os de urgência/emergência que não têm segmento previsto (BRASIL, 2006a). Implica registro das informações em prontuário e recomenda-se uma consulta/ano por pessoa. O método de cálculo é

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Quadro 16 Cobertura de primeira consulta odontológica programática (Indicador 24) nos municípios da 15ª RS-PR.

Município	Resultado 2006 (%)	Resultado 2007 (%)	Meta pactuada em 2008 (%)	Meta pactuada em 2009 (%)
Ângulo	53,55	83,02	83,00	83,00
Astorga	15,75	19,52	19,50	19,50
Atalaia	20,65	24,87	30,00	30,00
Colorado	53,13	33,25	34,00	34,00
Dr. Camargo	56,35	53,22	53,20	53,20
Floraí	388,41	64,69	64,70	64,70
Floresta	22,77	21,90	30,00	30,00
Flórida	61,91	45,63	45,60	45,60
Iguaraçu	36,97	50,03	60,00	60,00
Itaguaí	28,29	32,71	32,00	32,00
Itambé	18,42	32,44	32,40	32,40
Ivatuba	23,59	1,45	1,50	1,50
Lobato	14,32	38,51	38,50	38,50
Mandaguacu	25,72	25,80	26,00	26,00
Mandaguari	28,51	8,04	10,00	10,00
Marialva	18,04	11,63	15,00	15,00
Maringá	11,23	12,21	15,00	15,00
Munhoz de Melo	19,60	16,80	17,00	17,00
Nossa S. das Graças	3,27	1,02	15,00	15,00
Nova Esperança	19,04	2,15	7,50	7,50
Ourizona	51,95	43,39	43,40	43,40
Paçandu	32,86	5,77	10,00	10,00
Paranacity	14,08	17,27	17,50	17,50
Pres. Castelo Branco	7,68	7,38	15,00	15,00
Santa Fé	8,23	10,39	15,00	15,00
Santa Inês	65,97	79,49	80,00	80,00
Santa Inácio	17,79	31,02	31,00	31,00
São Jorge do Ivaí	16,21	21,30	23,00	23,00
Sarandi	1,78	3,12	5,00	5,00

Uniflor	17,66	18,27	18,30	18,30
PARANÁ	18,92	13,79	15,00	15,00

Fonte: DATASUS / SISPACTO

5.5.1.2 Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada (Indicador 25)

É o percentual de pessoas que participam da ação coletiva escovação dental supervisionada. Tal ação é dirigida, necessariamente, a um grupo de indivíduos, e não à ação individual em que atividades educativas são realizadas no âmbito clínico para uma única pessoa. Expressa o percentual de cobertura correspondente à média de pessoas que tiveram acesso à escovação dental com orientação/supervisão de um profissional treinado, considerando o mês ou meses em que se realizou a atividade, em determinado local e ano, visando à prevenção de doenças bucais, mais especificamente cárie dentária e doença periodontal. No cálculo desse indicador deve-se obter, primeiro, a média anual de participantes da ação. Para obter essa média soma-se o número de pessoas participantes em cada mês, independente da frequência com que se realizou a atividade, dividindo-se o valor pelo número de meses em que a ação foi realizada, e o resultado deve ser dividido pela população (BRASIL, 2006a).

Quadro 17 Média anual da ação coletiva escovação dental supervisionada nos municípios da 15ª RS-PR.

Município	Resultado 2007	Meta pactuada em 2008	Unidade
Ângulo	60,00	60,00	Quantidade
Astorga	Não pactuado	Não pactuado	Quantidade
Atalaia	100,00	100,00	Quantidade
Colorado	2,22	3,50	Quantidade
Dr. Camargo	3,00	3,50	Quantidade
Floraí	Não pactuado	Não pactuado	Quantidade
Floresta	158,16	166,66	Quantidade
Flórida	8,44	8,00	Quantidade
Iguaraçu	0,00	4,50	Quantidade
Itaguajé	11,59	11,00	Quantidade
Itambé	5,80	5,80	Quantidade
Ivatuba	Não informado	2,00	Quantidade
Lobato	1,05	3,50	Quantidade
Mandaguaçu	16,50	16,50	Quantidade
Mandaguari	1,39	2,00	Quantidade
Marialva	0,76	2,50	Quantidade
Maringá	2,56	3,00	Quantidade
Munhoz de Melo	Não informado	2,07	Quantidade
Nossa S. das Graças	26,67	26,77	Quantidade
Nova Esperança	0,00	3,00	Quantidade
Ourizona	43,40	43,00	Quantidade
Paçandu	0,00	3,00	Quantidade

Paranacity	51,35	51,35	Quantidade
Pres. Castelo Branco	0,00	3,50	Quantidade
Santa Fé	5,16	5,00	Quantidade
Santa Inês	11,10	12,00	Quantidade
Santa Inácio	7,25	8,00	Quantidade
São Jorge do Ivaí	Não informado	3,50	Quantidade
Sarandi	0,96	2,00	Quantidade
Uniflor	1,40	2,00	Quantidade
PARANÁ	3,30	3,50	Quantidade

Fonte: DATASUS / SISPACTO

O método de cálculo é

$$\frac{\text{Média de pessoas participantes na ação coletiva escovação dental supervisionada realizada em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}} \times 100$$

Quadro 18 Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada.

Município	Resultado 2006	Meta pactuada em 2007	unidade
Ângulo	23,8	23,8	/100
Astorga	0	3	/100
Atalaia	0	5	/100
Colorado	2,8	5	/100
Dr. Camargo	5	5	/100
Floraí			/100
Floresta		3	/100
Flórida	8,1	8,1	/100
Iguaraçu	0	5	/100
Itaguajé	0	5	/100
Itambé	0,6	1,5	/100
Ivatuba	0	3	/100
Lobato	0	5	/100
Mandaguaçu	3,22	3,22	/100
Mandaguari	5,14	6	/100
Marialva	7,1	7	/100
Maringá			/100
Munhoz de Melo	0,22	1	/100
Nossa S. das Graças	5	5	/100
Nova Esperança	0	3	/100
Ourizona	9,5	9,5	/100
Paiçandu	0	3	/100
Paranacity	12,21	13	/100
Pres. Castelo Branco	0	5	/100
Santa Fé	50,6	15	/100
Santa Inês	1,81	3	/100
Santa Inácio	1,36	5	/100
São Jorge do Ivaí	2,3	5	/100
Sarandi	0,09	3	/100
Uniflor	5	5	/100
PARANÁ	2,7	3	/100

Fonte: DATASUS / SISPACTO

5.5.1.3 Média de procedimentos odontológicos básicos individuais (Indicador 26)

Consiste no número médio de procedimentos odontológicos básicos, clínicos e/ou cirúrgicos, realizados por indivíduo, na população residente em determinado local e período. Possibilita a análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se, assim, em que medida os serviços odontológicos básicos do SUS estão respondendo às necessidades de assistência odontológica básica de determinada população (BRASIL, 2006a). O método de cálculo é

$$\frac{\text{Nº de procedimentos odontológicos básicos individuais em determinado local e período}}{\text{População no mesmo local e período}}$$

Quadro 19 Média de procedimentos odontológicos básicos individuais (Indicador 26) nos municípios da 15ª RS-PR.

Município	2003	2004	2005	2006	2007
Ângulo	1,00	1,00	1,91	2,24	2,86
Astorga	1,11	1,06	1,18	0,96	1,12
Atalaia	1,98	1,24	0,73	1,17	1,18
Colorado	2,91	2,49	4,24	4,43	4,34
Dr. Camargo	2,93	2,95	3,00	3,87	3,52
Floraí	1,76	2,52	2,60	3,09	5,54
Floresta	0,55	0,58	0,47	0,46	0,48
Flórida	1,21	1,40	3,64	2,50	1,85
Iguaraçu	1,45	1,31	0,38	0,60	0,75
Itaguaí	2,71	2,76	2,76	2,98	3,27
Itambé	4,00	4,39	2,63	2,74	2,21
Ivatuba	0,76	1,25	1,55	2,23	0,14
Lobato	2,90	3,87	3,02	1,37	2,69
Mandaguacu	0,96	1,20	1,32	1,45	1,20
Mandaguari	0,60	0,27	0,61	1,72	1,20
Marialva	1,14	1,51	1,41	1,05	0,99
Maringá	1,02	1,01	1,00	1,02	1,34
Munhoz de Melo	1,61	1,06	1,04	1,16	1,29
Nossa S. das Graças	1,09	0,10	0,01	0,14	0,16
Nova Esperança	2,69	2,54	4,54	2,29	0,36
Ourizona	1,28	1,32	1,48	1,73	1,21
Paçandu	0,82	0,71	0,53	1,92	0,92
Paranacity	0,52	0,62	1,02	0,73	0,66
Pres. Castelo Branco	0,62	0,81	0,78	0,80	0,77
Santa Fé	0,74	0,76	0,56	0,45	1,03
Santa Inês	0,91	1,73	2,68	3,46	3,97
Santa Inácio	1,35	1,42	1,67	1,12	1,28
São Jorge do Ivaí	2,31	2,16	1,75	1,52	1,62
Sarandi	0,45	0,37	0,44	0,36	0,51

Uniflor	1,39	1,16	1,19	1,36	1,36
TOTAL	1,14	1,11	1,24	1,26	1,29

Fonte: DATASUS

5.5.1.4 Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais (Indicador 27)

Consiste na proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS. Possibilita a análise comparativa com dados epidemiológicos, estimando-se em que medida os serviços odontológicos do SUS estão respondendo às necessidades da população aos serviços odontológicos especializados, o grau de atenção e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2006a). O método de cálculo é

$$\frac{\text{Nº de procedimentos odontológicos individuais especializados realizados em determinado local e período}}{\text{Nº total de procedimentos odontológicos individuais realizados em determinado local e período}} \times 100$$

Quadro 20 Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais (Indicador 27) nos municípios da 15ª RS-PR.

Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ângulo	3,17	3,85	3,40	5,21	0,69	NI	NI	NI
Astorga	0,53	0,65	0,56	0,54	0,56	0,42	0,25	0,13
Colorado	2,22	1,75	1,25	0,93	0,09	NI	NI	NI
Marialva	NI	NI	NI	NI	6,62	4,03	10,29	10,24
Maringá	5,09	4,96	5,04	5,25	4,95	5,44	8,09	7,86
Ourizona	3,63	5,34	10,08	25,12	18,87	25,37	19,26	22,59
Paiçandu	NI	NI	NI	NI	NI	0,83	1,27	0,90
Santa Inês	2,65	2,31	2,88	3,24	1,93	1,24	0,85	0,61
Santa Inácio	9,53	7,40	11,13	13,87	10,79	10,22	NI	NI
TOTAL	2,40	2,50	2,56	2,66	2,82	2,61	3,83	4,45

Fonte: DATASUS

NI = o município não informou.

5.6 Recursos Humanos em Odontologia

“Prometo que, ao exercer a Odontologia, mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência; nunca me servirei da profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime. Se eu cumprir esse juramento com fidelidade, goze eu para sempre, a minha vida e a minha arte, de boa reputação entre os homens.”

Juramento de Hipócrates 460 a.C.

5.6.1 Caracterização dos recursos humanos:

A Equipe de Saúde Bucal é o sujeito da nova prática odontológica que se está buscando criar e consolidar, prática capaz de, efetivamente, promover saúde bucal. Tal prática constitui uma exigência social no Brasil (NARVAI, 2003, p. 476), pois:

- a) não obstante os indicadores epidemiológicos disponíveis revelarem um quadro melhor do que o observado no século passado, quanto à prevalência e gravidade da cárie dentária entre crianças, mostram também níveis inaceitáveis em muitas comunidades e, ainda, proporção significativa de dentes não tratados, com o que a sociedade e os profissionais da odontologia não aceitam mais conviver;
- b) a legislação nacional sobre saúde e a própria constituição da República reconhecem que “a saúde é um direito de todos e um dever do estado” e que as ações e serviços para garantir o exercício desse direito devem ser de “acesso universal e igualitário” e orientadas à “promoção, proteção e recuperação.”

A propósito, Narvai (2000) considera que não basta para o enfrentamento da atual política de formação de recursos humanos em odontologia, a enfadonha citação de que a OMS recomenda 1 dentista para 1.000, 1500 ou 2000 habitantes, mas afirma que “a OMS não recomenda coisa alguma”. Seria mesmo um absurdo supor que uma eventual proporção de dentista por habitante pudesse ser estabelecida como “ideal” sem levar em conta aspectos elementares no planejamento de recursos humanos odontológicos, necessários em cada comunidade como, por exemplo, o seu perfil epidemiológico (NARVAI, 2003, p. 478).

O quadro 21 mostra o número de CD, TSB e ASB com registro no Conselho Federal de Odontologia nas 30 cidades que compõem a 15ª RS-PR, no Estado do Paraná e no Brasil. É possível perceber que a proporção de CD/habitantes nos municípios da Regional (1:597) é bem superior à do Paraná (1:748) e do Brasil (1:836).

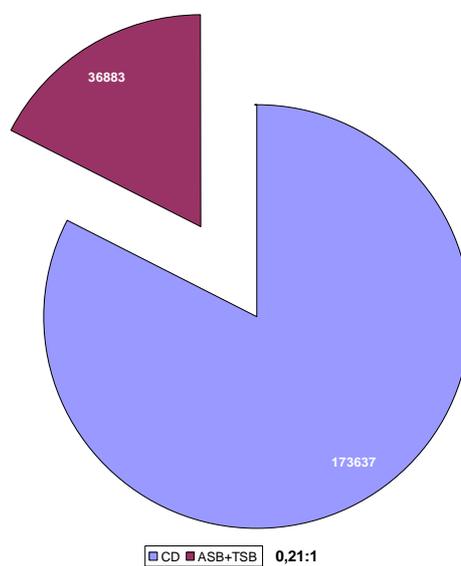
Quadro 21 Número de recursos humanos em odontologia com registro no CFO, população e proporção CD/ habitantes nos municípios pertencentes à 15ª RS-PR, ao Paraná e ao Brasil, 2009.

Município	CDs	TSBs	ASBs	População	CD/habit.
Ângulo	1	1	2	2.893	1:2.893
Astorga	29	1	3	25.164	1:867
Atalaia	5	1	0	3.645	1:729
Colorado	43	5	17	21.789	1:506
Dr. Camargo	5	1	1	5.753	1:1.150
Floraí	10	0	0	5.158	1:515
Floresta	5	0	1	5.417	1:1.083
Flórida	6	1	0	2.535	1:422
Iguaraçu	1	3	1	3.907	1:3.907
Itaguajé	5	0	1	4.589	1:917
Itambé	2	0	1	6.082	1:3.041
Ivatuba	1	0	0	2.786	1:2.786
Lobato	0	0	3	4.405	0:4.405
Mandaguaçu	15	5	15	19.270	1:1.284
Mandaguari	35	2	6	33.109	1:945
Marialva	32	3	2	31.397	1:981
Maringá	902	45	149	335.511	1:372
Munhoz de Melo	1	0	0	3.714	1:3.714
N. S. das Graças	1	1	1	4.055	1:4.055
Nova Esperança	29	2	9	26.591	1:949
Ourizona	3	0	0	3.380	1:1.126
Paiçandu	15	4	10	36.876	1:2.458
Paranacity	8	0	3	9.946	1:1.243
Pres. Castelo Branco	0	0	1	4.934	0:4.934
Santa Fé	8	1	0	10.354	1:1.294
Santa Inês	1	0	1	1.882	1:1882
Santo Inácio	5	2	1	4.956	1:991
São Jorge do Ivaí	8	1	3	5.382	1:673
Sarandi	16	8	33	84.651	1:5.290
Uniflor	2	0	1	2.495	1:1.247
15ª RS-PR	1.195	87	265	712.626	1:597
PARANÁ	14.293	1.018	4.196	10.686.247	1:748
BRASIL	229.198	9.405	73.825	191.480.630	1:836

FONTE: CFO, atualizado em 29/09/2009.

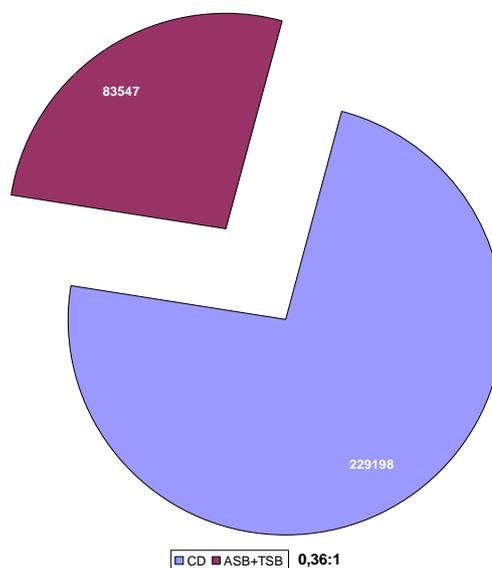
Narvai (2003, p.491) mencionou que “apesar dos avanços obtidos nos anos 1990, persiste no Brasil, no início do século XXI, evidente monopolização do processo de trabalho pelo CD, conforme proporção ACD+THD : CD¹⁵ que em 1992 era de 0,06 : 1; em 2002 (figura 10), a mesma proporção era de 0,21:1”. Com dados do CFO atualizados em 21/09/2009, no Brasil há, atualmente, 229.198 CD, 74.142 ASB e apenas 9.405 TSB. Portanto, em 2009, a proporção registra 0,36:1 (figura 11), assim, observa-se melhora, mas, os números estão ainda

muito distantes de uma proporção razoável.



Fonte: CFO, 2002 (Adaptado de Narvai, 2003).

Figura 10 - Proporção ASB+TSB:CD no Brasil em 2002.



Fonte: CFO, 2009 (Adaptado de Narvai, 2003).

Figura 11 - Proporção ASB+TSB:CD no Brasil em 2009.

¹⁵ Com a regulamentação dessas duas profissões, ocorrida em 24/12/2008, o ACD (Auxiliar de Consultório Dentário) e o THD (Técnico de Higiene Dental) passaram a ser denominados ASB e TSB (Auxiliar e Técnico em Saúde Bucal).

Como muitos TSB e ASB não têm registro no CFO, pode-se admitir que essas proporções estejam subestimadas. Ainda assim, os números conformam uma proporção muito baixa, muito aquém do que seria necessário para assegurar acesso universal num país com as características do Brasil. Com a regulamentação do exercício das profissões de TSB e ASB, eles estão obrigados a se registrarem no CFO e a se inscreverem no CRO em cuja jurisdição exerçam suas atividades; no futuro, poder-se-á ter uma ideia real dessa proporção.

Segundo dados do CFO (29/09/2009), em relação ao gênero dos profissionais que compõem, atualmente, os recursos humanos na odontologia brasileira, as mulheres, que no passado eram minoria, hoje são a grande maioria. Somadas as três categorias profissionais, 66,22% são mulheres. Dos CD, 127.882 são do sexo feminino (55,8%) e 101.316 são do sexo masculino (44,2%). Se forem levados em conta os números dos Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal, aí então, elas prevalecem maciçamente; são, respectivamente 93,7% e 95% do quadro de profissionais distribuídos pelo país.

No Estado do Paraná, a proporção é praticamente a mesma. Dos 14.293 CDs, 7.732 são mulheres (54,09%) e 6.561 são homens (45,90%). Do pessoal que trabalha com os CD, estão registrados no CFO 1.018 TSB, sendo 984 do sexo feminino (96,66%) e apenas 34 do sexo masculino (3,34%). Para os ASB; têm-se 4.064 mulheres (96,85%) e 132 homens (3,14%), 4.196 no total.

No quadro 22, constata-se, novamente, a força da presença feminina. Nos trinta municípios da 15ª RS-PR; são 647 cirurgiãs-dentistas (54,14%), 263 auxiliares (99,24%) e 86 técnicas em saúde bucal (98,85%). Em toda a Regional são apenas dois ASB do sexo masculino com registro no CRO para a cidade de Maringá (0,75%) e um TSB (1,14%) no município de Santa Fé.

Segundo Oliveira (2008, p.17), “a inserção da mulher na Odontologia deu-se lentamente e acompanhou o desenvolvimento histórico e cultural da sociedade. De acordo com a literatura, as primeiras mulheres ligadas à profissão apareceram como auxiliares de seus maridos, assumindo o ofício após o falecimento dos mesmos.”

A “feminilização”, mudança do gênero masculino para feminino, começa a ocorrer a partir da década de 1970, sendo observada com maior clareza na categoria médica e odontológica (RABELLO; GODOY e PADILHA, 2000). Essas profissões eram exercidas quase que exclusivamente por homens, diferentemente de outras atividades como: enfermagem,

auxiliares e técnicos de enfermagem que, por tradição, são exercidas até hoje, preferencialmente, por mulheres.

Quadro 22 Distribuição dos Recursos Humanos em Odontologia (por gênero) com registro no CRO-PR para os municípios da 15ª RS-PR.

Município	Cirurgiões - Dentistas		Auxiliares em Saúde Bucal		Técnicos em Saúde Bucal	
	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino	Feminino
Ângulo	0	1	0	2	0	1
Astorga	14	15	0	3	0	1
Atalaia	3	2	0	0	0	1
Colorado	24	19	0	17	0	5
Dr. Camargo	3	2	0	1	0	1
Floraí	5	5	0	0	0	0
Floresta	2	3	0	1	0	0
Flórida	1	5	0	0	0	1
Iguaraçu	1	0	0	1	0	3
Itaguajé	4	1	0	1	0	0
Itambé	1	1	0	1	0	0
Ivatuba	0	1	0	0	0	0
Lobato	0	0	0	3	0	0
Mandaguaçu	8	7	0	15	0	5
Mandaguari	15	20	0	6	0	2
Marialva	16	16	0	2	0	3
Maringá	405	498	2	147	0	45
Munhoz de Melo	0	1	0	0	0	0
N. S. das Graças	0	1	0	1	0	1
Nova Esperança	12	17	0	9	0	2
Ourizona	2	1	0	0	0	0
Paiçandu	7	8	0	10	0	4
Paranacity	4	4	0	3	0	0
Pres. Castelo Branco	0	0	0	1	0	0
Santa Fé	5	3	0	0	1	0
Santa Inês	1	0	0	1	0	0
Santo Inácio	1	4	0	1	0	2
São Jorge do Ivaí	4	4	0	3	0	1
Sarandi	9	7	0	33	0	8
Uniflor	1	1	0	1	0	0
Total	548	647	2	263	1	86

FONTE: CFO, atualizado em 29/09/2009.

Nessa perspectiva, Costa et al. (2007), comparando os dados do Censo Demográfico Mão de Obra 1980 e 1998, verificaram um aumento relativo de 170% do percentual feminino na área da Odontologia e confirmaram também um aumento considerável da participação das mulheres na Medicina (137%).

Para Rabello; Godoy e Padilha (2000, p.120), “aliciadas às características da identidade

feminina, a flexibilidade de horário, ausência de padrão e a compatibilidade com suas responsabilidades domésticas, representam o senso de conciliação, induzindo a escolha da área de saúde, em detrimento de outras mais complexas”.

Também se pode observar a marcante presença feminina nos cursos de graduação e pós-graduação. Uma pesquisa realizada pela APCD revelou que de 2000 a 2007 as mulheres ocuparam mais cadeiras nos cursos oferecidos pela Escola de Aperfeiçoamento Profissional (EAP): no total geral de alunos nesse período, a EAP registrou um índice de 57,7% do público feminino, contra 42,3% do público masculino (APCD, 2008).

5.6.2 Formação dos recursos humanos

As três faculdades de Odontologia localizadas em Maringá: Universidade Estadual de Maringá (UEM), Faculdade Ingá (UNINGÁ) e Centro de Ensino Superior de Maringá (CESUMAR) formam anualmente aproximadamente 150 CDs, que, durante o processo de aprendizagem, realizam, de forma gratuita, atendimentos odontológicos básicos para a população local e regional. O município também abriga várias instituições renomadas que prestam serviços no campo da média e alta complexidade odontológica. São cursos de pós-graduação nos níveis de Atualização, Aperfeiçoamento, Especialização e Mestrado, nas mais variadas especialidades odontológicas, realizando procedimentos odontológicos mais complexos (às vezes, de forma gratuita ou a preço de custo do material).

Dentre as instituições de ensino de pós-graduação localizadas em Maringá, há:

- Cursos de Mestrado em Odontologia - UEM e UNINGÁ
- Cursos de Especialização, Aperfeiçoamento e Atualização - UEM, UNINGÁ, CESUMAR, Associação Maringaense de Odontologia (AMO), Centro de Ensino e Pesquisa em Odontologia (CEPEO), Instituto Sul Brasileiro de Ensino Superior (ODONS) e Centro Educacional Dental Press.

É muito difícil mensurar a quantidade de procedimentos odontológicos realizados por essas instituições, já que se está lidando com uma questão de mercado educacional, em que existe uma concorrência muito grande; de qualquer forma, os números de procedimentos não são nada desprezíveis e a saúde pública e gestores municipais de saúde da região agradecem.

Uma tradição paranaense é na formação de ensino profissional (técnico) na área de saúde

bucal, iniciada em 1984, com o Centro Formador Caetano Munhoz da Rocha, ligado à Escola de Saúde Pública do Paraná (SESA-PR) e que, atualmente, conta com várias turmas (em andamento) para a formação de ASB e TSB, profissionais com ampla aceitação, notadamente no setor público (SESA-PR, 2008). A própria 15ª RS-PR mantém em Maringá cursos preparatórios para ASB e TSB, mão de obra qualificada, infelizmente, bastante escassa na região e no Brasil como um todo, conforme atesta o CFO.

No Plano Estadual de Saúde do Paraná 2008-2011 (PARANÁ, 2008, p.112), propõe-se como ação estratégica a “formação e qualificação de recursos humanos em parceria com os Polos/Escola de Saúde Pública e Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha”, confirmando a relevância que a instituição possui no cenário do ensino técnico na área de odontologia.

Muito ainda tem de ser feito na área de formação de recursos humanos em Odontologia. De acordo com Narvai, os Estados não vêm desempenhando seu papel na formação de pessoal para equipes de saúde bucal. Muitos municípios não vêm tendo o apoio que deveriam por parte dos governos estaduais para desenvolver suas equipes de Saúde da Família, incorporando profissionais de saúde bucal, não só dentistas, mas também técnicos e auxiliares (BRENDLER, 2008).

Tendo em vista a Estratégia Saúde da Família como forma de ampliar e qualificar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal bem como a necessidade de construir, adequar e aprimorar os instrumentos tecnológicos necessários a essa efetivação, o MS publicou o Caderno de Atenção Básica em Saúde Bucal (BRASIL, 2006b), protocolo odontológico para as UBS e também material de apoio na formação dos profissionais envolvidos na saúde bucal.

Depois de anos tramitando no Congresso Nacional, finalmente, o pessoal da área técnica em odontologia tem as suas profissões regulamentadas. Em dezembro passado, foi publicada no Diário Oficial da União a Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008), que “regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)”. Os artigos (5º e 9º) referem-se às competências:

Artigo 5º - Competem ao Técnico em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, as seguintes atividades, além das estabelecidas para os auxiliares em saúde bucal:

- I – participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
 - II – participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
 - III – participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
 - IV – ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do Cirurgião-Dentista;
 - V – fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo Cirurgião-Dentista;
 - VI – supervisionar, sob delegação do Cirurgião-Dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal;
 - VII – realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
 - VIII – inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo Cirurgião-Dentista;
 - IX – proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;
 - X – remover suturas;
 - XI – aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
 - XII – realizar isolamento do campo operatório; e
 - XIII – exercer todas as competências no âmbito hospitalar bem como instrumentar o Cirurgião-Dentista em ambientes clínicos e hospitalares.
- § 1º Dada a sua formação, o Técnico em Saúde Bucal é credenciado a compor a equipe de saúde, desenvolver atividades auxiliares em Odontologia e colaborar em pesquisas.

Artigo 9º - Compete ao Auxiliar em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do Cirurgião-Dentista ou do Técnico em Saúde Bucal:

- I – organizar e executar atividades de higiene bucal;
- II – processar filme radiográfico;
- III – preparar o paciente para o atendimento;
- IV – auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas, inclusive em ambientes hospitalares;
- V – manipular materiais de uso odontológico;
- VI – selecionar moldeiras;
- VII – preparar modelos em gesso;
- VIII – registrar dados e participar da análise das informações relacionadas ao controle

administrativo em saúde bucal;

IX – executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

X – realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

XI – aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XII – desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários;

XIII – realizar em equipe levantamento de necessidades em saúde bucal; e

XIV – adotar medidas de biossegurança visando ao controle de infecção.

Ainda, segundo a Lei 11.889, é vedado ao Técnico (Art. 6º) e ao Auxiliar (Art. 10º) em Saúde Bucal:

I – exercer a atividade de forma autônoma;

II – prestar assistência, direta ou indiretamente, a paciente, sem a indispensável supervisão do Cirurgião-Dentista ou do Técnico em Saúde Bucal;

III – realizar, na cavidade bucal do paciente, procedimentos não discriminados no art. 9º desta Lei; e

IV – fazer propaganda de seus serviços, mesmo em revistas, jornais ou folhetos especializados da área odontológica.

Para a Presidente da Câmara Técnica de Registros de Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal, Irene Rodrigues dos Santos (CFO, 2009, p.9.), a regulamentação das profissões irá “viabilizar os concursos públicos em todo o país”. Segundo ela, que é TSB e funcionária pública da Secretaria de Saúde de Curitiba, a lei dará novo impulso a esse segmento do mercado de trabalho odontológico. “Será bom para a categoria e para a população”, resume.

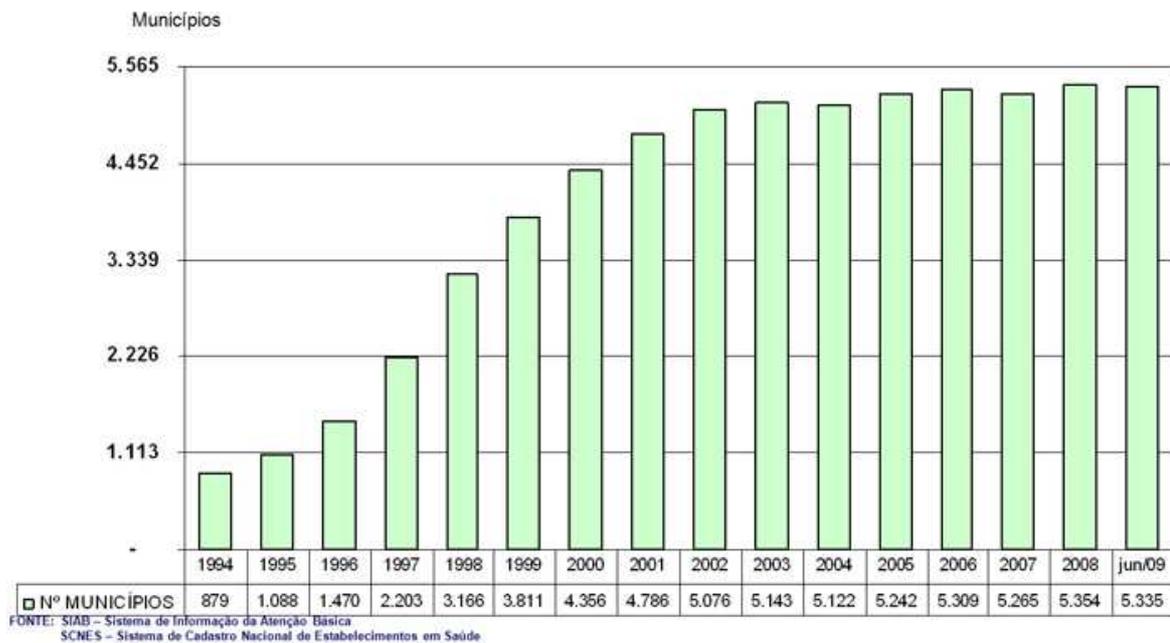
Outra boa notícia recente foi a publicação da Portaria 302, de 18 de fevereiro de 2009, que “estabelece que profissionais de Saúde Bucal que estejam previamente vinculados à Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS”.

Mantêm-se como requisitos necessários para a incorporação dos profissionais de saúde bucal nas EACS os definidos para a incorporação desses profissionais nas Equipes de Saúde da Família, à exceção que os profissionais de saúde bucal poderão estar vinculados somente a uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde e fica vetada a implantação de equipes novas de

Saúde Bucal vinculadas somente a equipes de Agentes Comunitários de Saúde sem que tenham sido previamente vinculadas a uma equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Segundo Pucca Jr.(CFO, 2009, p.3) “atualmente o número de Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Brasil, ultrapassa 55 mil, portanto, agora com a Portaria 302, poderemos implantar mais equipes de saúde bucal, isso gerará um mercado de trabalho muito maior para todo profissional melhor qualificado neste setor”.

Conforme pode ser observado na figura 12, apenas 230 municípios brasileiros não contam com Equipes de Agentes Comunitários de Saúde e segundo o Departamento de Atenção Básica do MS, a população coberta pela Estratégia ACS é da ordem de 59,3% (113,6 milhões de habitantes), distribuídos em 5.335 municípios e tendo como referência o mês de junho de 2009.



Fonte: Ministério da Saúde.

Figura 12 - Evolução do nº de municípios com Equipes de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, de 1994 a junho de 2009.

De acordo com o MS, em dezembro de 2008, o Paraná contava com 11.497 ACS cobrindo 57,9% da população. O Estado de São Paulo contava com 22.328 ACS cobrindo 30,5% da população. Em outubro de 2009, no âmbito da 15ª RS-PR, todos os municípios contavam com equipes. Na DIR X-SP, do total das 38 cidades, doze (31,57%) não contavam com EACS.

No Plano Estadual de Saúde de São Paulo (2008, p.25), nas ações estratégicas, está: “Fortalecer a Atenção Básica e Ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/PSF com suporte de equipes multidisciplinares para contribuir com a mudança do modelo de Atenção Básica, consolidando os preceitos de qualidade de vida dos seus cidadãos. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 374.”

5.7 As Estratégias nos Serviços Públicos de Saúde

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1978) a atenção primária é definida como

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”

A extensão de acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção primária como na atenção de maior complexidade bem como o desenvolvimento da descentralização do sistema, ocasionaram a percepção de novos problemas organizacionais e gerenciais, que exigem reflexão e estratégias de enfrentamento. A definição dos papéis dos gestores e de instrumentos para a gestão efetiva das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde é de fundamental importância para o planejamento em busca da racionalização, eficiência, qualidade e humanização da assistência à saúde (BRASIL, 2008).

Na avaliação de Mattos (2007, p.5)

É interessante a tese de que a atenção básica se organize a partir de uma população adscrita. Isso abre possibilidades para o desenvolvimento de uma forma de vínculo entre profissionais e usuários, de modo que seus modos de andar a vida sejam conhecidos pelos profissionais, tanto nas suas dimensões coletivas (características de um grupo social que vive em um certo território) e singulares (relativas à trajetória de cada um). Mais do que isso, que tal conhecimento sobre os modos de andar a vida de fato influenciem as práticas desses profissionais. Pois sonhamos que em cada encontro entre profissionais de saúde com usuários haja uma fusão de horizontes, da qual emane um projeto terapêutico individualizado que dê resposta articulada às necessidades assistenciais e de prevenção. Daí ser bastante razoável pensarmos que a atenção básica tenha como base um território de pequena dimensão. Mais do que isso, o conhecimento do território pela equipe de saúde permite a atuação diretamente junto à comunidade, sobre o próprio território, procurando melhorar as condições de vida dessa população. Por tudo isso, é razoável pensar que esse tipo de território deva ser definido a partir do lugar de moradia.

No contexto pós Constituição Federal de 1998, “um novo modelo assistencial voltado para a coletividade foi proposto. Iniciado em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) antecedeu uma estratégia dentro da vigência do SUS, obtendo bons resultados, tais como diminuição do índice de mortalidade infantil, incentivo à busca por uma ampliação e maior resolutividade das ações” (GROISMAN et al, 2005).

Quadro 23 Implantação da Estratégia Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da 15ª RS-PR.

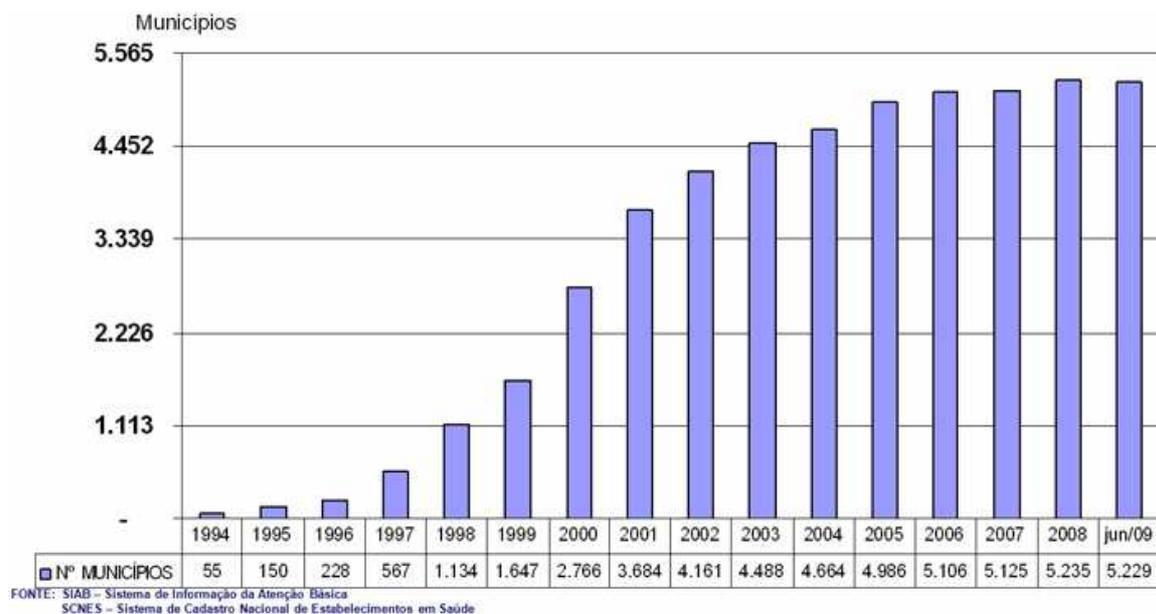
Município	População estimada em 2008	Nº de ACS	Estimativa da População coberta	População atendida (%)
Ângulo	2.890	4	2.300	79,58
Astorga	25.042	22	12.650	50,52
Atalaia	3.682	6	3.450	93,70
Colorado	21.729	30	17.250	79,39
Dr. Camargo	5.760	9	5.175	89,84
Floraí	5.174	6	3.450	66,68
Floresta	5.394	12	5.394	100,00
Flórida	2.528	4	2.300	90,98
Iguaraçu	3.882	6	3.450	88,87
Itaguajé	4.610	7	4.025	87,31
Itambé	6.075	10	5.750	94,65
Ivatuba	2.789	4	2.300	82,47
Lobato	4.377	5	2.875	65,68
Mandaguaçu	19.058	11	6.325	33,19
Mandaguari	32.976	32	18.400	55,80
Marialva	31.171	42	24.150	77,48
Maringá	331.412	334	192.050	57,95
Munhoz de Melo	3.688	5	2.875	77,96
N. S. das Graças	4.038	3	1.725	42,72
Nova Esperança	26.532	30	17.250	65,02
Ourizona	3.384	4	2.300	67,97
Paçandu	36.336	33	18.975	52,22
Paranacity	9.876	10	5.750	58,22
Pres. Castelo Branco	4.879	7	4.025	82,50
Santa Fé	10.224	6	3.450	33,74
Santa Inês	1.904	3	1.725	90,60
Santo Inácio	4.982	8	4.600	92,33
SJorge do Ivaí	5.406	9	5.175	95,73
Sarandi	83.486	54	31.050	37,19
Uniflor	2.484	4	2.300	92,59
TOTAL	705.768	720	412.494	58,44

Fonte: DATASUS/julho de 2009.

* A estimativa da população coberta usa como referência a estimativa populacional para o ano 2008, segundo o IBGE.

O PACS, rebatizado pelo MS, como Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) se faz presente em todos os municípios da 15ª RS-PR, conforme quadro 23, com a participação de 720 ACS, atendendo uma população estimada em 412.494 habitantes com a proporção de cobertura populacional estimada em 58,44 % (MS, 2009).

A partir de 1994, surgem as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), tendo como enfoque básico as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e de sua família, de forma integral e contínua (Groisman et al, 2005) e pode-se observar na figura 13 a evolução do número de municípios credenciados pelo MS com Equipes de Saúde da Família, verificando-se que houve um incremento acentuado entre 1994 e 2009. Essa ampliação pode ser explicada em função dos incentivos financeiros concedidos pelo Ministério da Saúde e pelo fato de ser considerado não só um Programa, mas uma Estratégia.



Fonte: Ministério de Saúde

Figura 13 - Evolução do número de municípios com Equipes de Saúde da Família no Brasil, de 1994 a junho de 2009.

Segundo a SESA-PR (2009)

No Paraná o PSF iniciou em 1994 com a implantação de 04 ESF, em 1995 este número passou para 44 ESF e em 1997 tínhamos 99 ESF. A expansão ocorreu no ano de 1998 com a criação do incentivo financeiro parte variável do PAB (Piso de Atenção Básica) – valor mensal repassado aos municípios que implantassem equipes de PSF ou PACS, depositado diretamente ao Fundo

Municipal de Saúde pelo Fundo Nacional de Saúde, destinado a estimular a implantação de ESF e EACS, no âmbito municipal, com o propósito de contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde. Em 1998 foram qualificadas 189 ESF e em 1999, 215 ESF qualificadas. No ano de 2000 atingimos em maio a meta de 500 ESF qualificadas e ao final do ano tínhamos 658 ESF em 219 municípios. Em 2007 atingimos 1563 ESF em 373 municípios.

Em 2007, a cobertura populacional das ESF no Estado do Paraná era da ordem de 53,60% (SISPACTO); em dezembro de 2008, os números do Departamento de Atenção Básica (DAB) mostram uma cobertura de 51,40%, com 1672 equipes. Para o Estado de São Paulo, onde está localizada a DIR X, em 2008, estavam implantadas 3134 ESF numa cobertura populacional de 25,6% (DAB, 2009).

Caetano e Dain (2002) citaram que “na grande maioria das cidades de médio e grande portes, o PSF ainda é uma estratégia focalizada de expansão dos cuidados básicos de saúde, voltada a grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias”. O quadro 24 mostra a cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família e percebe-se que, dos municípios com 100% de cobertura, Itambé é o maior deles, com 6.075 habitantes. Já nos municípios com mais de 30.000 habitantes (Mandaguari, Marialva, Maringá, Paiçandu e Sarandi) a cobertura fica bem abaixo de 100%. Sarandi, com 83.486 habitantes, tem a menor cobertura dos trinta municípios da 15ª RS-PR, apenas 8,26%.

Quadro 24 Implantação da Estratégia Saúde da Família no âmbito da 15ª RS-PR.

Município	População estimada em 2008	Nº equipes	Estimativa da população coberta*	População atendida (%)
Ângulo	2.890	1	2.890	100,00
Astorga	25.042	5	17.250	68,88
Atalaia	3.682	1	3.450	93,70
Colorado	21.729	5	17.250	79,39
Dr. Camargo	5.760	1	3.450	59,90
Floraí	5.174	1	3.450	66,68
Floresta	5.394	2	5.394	100,00
Flórida	2.528	1	2.528	100,00
Iguaraçu	3.882	1	3.450	88,87
Itaguajé	4.610	1	3.450	74,84
Itambé	6.075	2	6.075	100,00
Ivatuba	2.789	1	2.789	100,00
Lobato	4.377	1	3.450	78,82
Mandaguaçu	19.058	2	6.900	36,21
Mandaguari	32.976	5	17.250	52,31
Marialva	31.171	6	20.700	66,41
Maringá	331.412	54	186.300	56,21
Munhoz de Melo	3.688	1	3.450	93,55
N. S. das Graças	4.038	1	3.450	85,44
Nova Esperança	26.532	4	13.800	52,01

Ourizona	3.384	1	3.384	100,00
Paçandu	36.336	6	20.700	56,97
Paranacity	9.876	2	6.900	69,87
Pres. Castelo Branco	4.879	1	3.450	70,71
Santa Fé	10.224	1	3.450	33,74
Santa Inês	1.904	1	1.904	100,00
Santo Inácio	4.982	1	3.450	69,25
SJorge do Ivaí	5.406	1	3.450	63,82
Sarandi	83.486	2	6.900	8,26
Uniflor	2.484	1	2.484	100,00
TOTAL	705.768	113	382.798	54,23

FONTE: DATASUS/julho de 2009

* A estimativa da população coberta usa como referência a estimativa populacional para o ano 2008, segundo o IBGE.

O Plano Estadual de Saúde do Paraná 2008-2011 (PARANÁ, 2008, p.114) propõe “estímulo à definição de redes de atenção primária à saúde com fortalecimento das Estratégias em Saúde da Família, através da implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde.

Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial.

A Portaria N° 648 (MS, 2006) recomenda que, em média, três mil pessoas sejam cobertas por cada ESF, num máximo de quatro mil, em vez de 4,5 mil como anteriormente. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as atividades a serem realizadas pela ESB são: o cadastramento, visitas domiciliares, planejamento e participação em grupos existentes para o desenvolvimento de atividades educativas; e na UBS, as atividades promocionais de prevenção dos principais agravos e atendimento único individual por meio de profilaxias, restaurações, exodontias, pulpotomias e pulpectomias.

Em oficina de discussão das práticas de trabalho das ESF/SB, realizada em agosto de 2004 com professores de Saúde Coletiva das Universidades e Faculdades localizadas no âmbito da Macrorregional de Saúde do Noroeste, foi sugerido um cronograma de trabalho semanal para as ESF/SB (quadro 25). Pode-se observar nas atividades sugeridas ao odontólogo algumas siglas

de casos que requerem atenção odontológica diferenciada, entre eles: HA – hipertensão arterial, DM – diabetes mellitus, TB – tuberculose, HAN – hanseníase. Onde aparece a abreviação/sigla AT: ACS leia-se atendimento ao Agente Comunitário de Saúde (segundas, quartas e quintas). Portanto, a proposta de trabalho demonstra a importância do ACS na equipe, já que às terças e sextas eles também participam de atividades com o CD, respectivamente, nas visitas domiciliares e reunião da ESF.

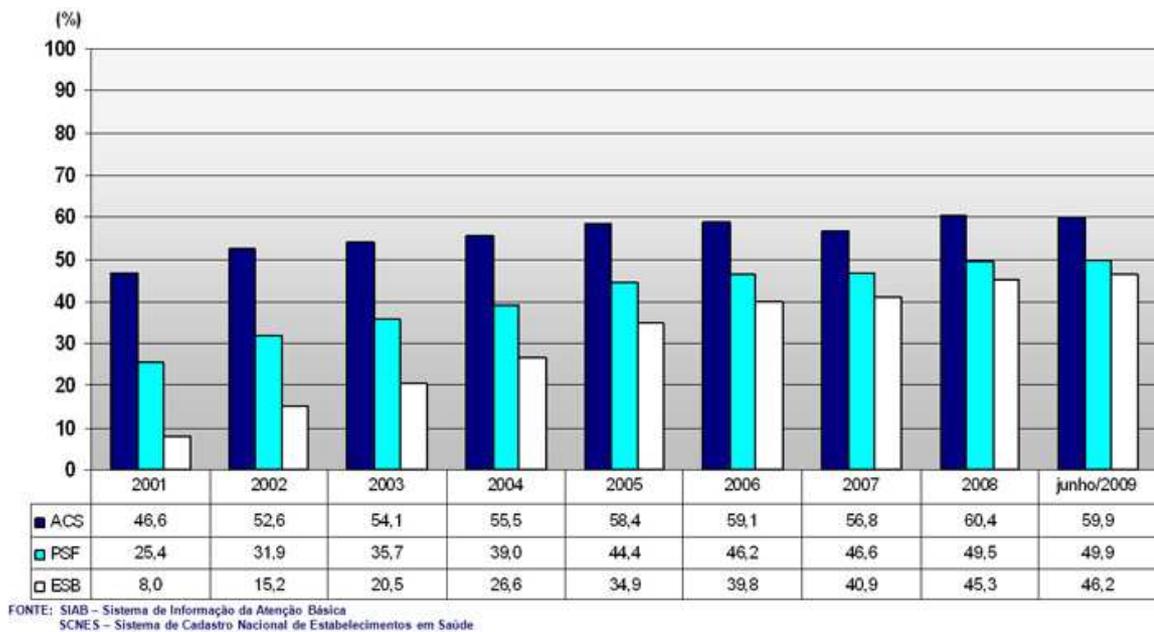
Quadro 25 Sugestão de cronograma de trabalho para ESF/SB

PROF	Período	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MÉDICO	M	Consulta - demanda	Consulta - demanda Planejamento familiar Pré-natal	Consulta - demanda Saúde da criança	Consulta - demanda Desnutridos Adolescentes	Consulta - demanda Saúde do idoso
MÉDICO	T	Consulta - demanda HA, DM, HAN, TB (agendamento) AT: ACS	Consulta - demanda Visita domiciliar AT: ACS	Consulta - demanda Saúde da Mulher (Ginecologia) DST AT: ACS	Consulta - demanda Visita domiciliar AT: ACS	Consulta - 1ª hora Reunião da ESF Educação continuada Avaliação - ACS Avaliação - SIAB Programar ações
ENFERMEIRO	M	Consulta - demanda Supervisão - 1ª hora	Supervisão - 1ª hora Visita domiciliar Ver Organizações Sociais Públicas e Privadas	Supervisão - UBS Saúde da Criança	Consulta de enfermagem Desnutridos Adolescentes ADM - UBS	Pré-natal Planejamento familiar ADM - UBS
ENFERMEIRO	T	HA, DM, HAN, TB (agendamento) ADM - UBS	Preventivo ADM - UBS	Atividade Educativa Grupos específicos	Educação continuada ACS	Reunião da ESF Educação continuada Avaliação - ACS Avaliação - SIAB Programar ações
ODONTÓLOGO	M	Consulta - demanda	Programada - gestante e/ou demanda	Consulta - demanda	Consulta - demanda Organizações Sociais Públicas e Privadas Educação continuada	Consulta - demanda Idoso
ODONTÓLOGO	T	Programada - HA, DIA, HAN, TB, Especiais AT: ACS	Visita domiciliar ou Organizações Sociais Públicas e Privadas	Consulta - demanda AT: ACS	Consulta - demanda AT: ACS	Reunião da ESF

Com relação às Equipes de Saúde Bucal (ESB), elas podem ser credenciadas e implantadas nas modalidades I (CD + ASB) e II (CD + TSB + ASB).

Até julho de 2009, foram implantadas no Brasil 18.401 ESB na Estratégia Saúde da Família, chegando a um total de 16.813 equipes modalidade I e 1.588 equipes modalidade II, atuando em 4.645 municípios (DATASUS, 2009).

A Figura 14 mostra, de forma bastante didática, a porcentagem de cobertura populacional das várias Estratégias (ACS, ESF e ESB) no Brasil. Fica claro que no período 2001-2009 ocorreu um crescimento mais acentuado das ESB (MS, 2009). O motivo é simples: das três Estratégias, é a mais recente. Oficialmente, as primeiras equipes de saúde bucal surgem após o anúncio em 25 de outubro de 2000 (dia do dentista) da inclusão das Equipes de Saúde Bucal no PSF.



Fonte: Ministério de Saúde

Figura 14 - Porcentagem de Cobertura Populacional das Equipes: ACS, ESF e ESB no Brasil de 2001 a junho de 2009.

Observa-se no Estado do Paraná uma grande expansão de ESB (Equipes de Saúde Bucal) na Estratégia Saúde da Família, certamente influenciada pelo aumento do incentivo federal. Segundo o MS, a cobertura pelas ESB passou de zero (2000) para 64,3% (julho de 2009). Em julho, estavam implantadas 1.085 ESB, sendo 700 de Modalidade I e 385 de Modalidade II. Esses números só têm aumentado; isso é muito positivo, entretanto, por si só, não são suficientes (DATASUS, 2009). Os números para o Estado de São Paulo são mais modestos: em dezembro de 2008 estavam implantadas 1263 equipes, com uma cobertura populacional de 18,2%, contra 51,6% no Estado do Paraná (DAB, 2009).

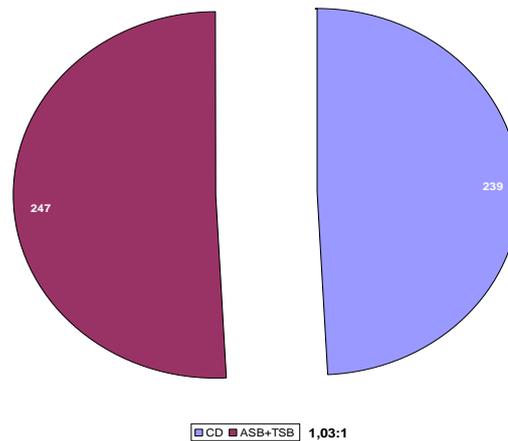
Com relação ao serviço público em saúde bucal, conforme pode ser visto no quadro 26, atuam nos trinta municípios da 15ª RS-PR: 239 Cirurgiões-Dentistas, 60 Técnicos e 187 Auxiliares em Saúde Bucal. Em 70% das cidades (21), aparecem em seus quadros funcionais a figura do Coordenador Municipal de Saúde Bucal. Com relação à Estratégia Saúde da Família, 19 municípios já têm implantadas as Equipes de Saúde Bucal (63,33%), desses, 40% (doze municípios) apenas com ESB - Modalidade I, 10% (três municípios) apenas com ESB – Modalidade II e 13,33% (Colorado, Marialva, Maringá e Paiçandu) que contam com as duas modalidades de equipes.

Quadro 26 Recursos Humanos (CD, TSB e ASB) trabalhando no serviço público, no âmbito da 15ª RS-PR.

Município	Coordenador Saúde Bucal	CD	TSB	ASB	ESB Mod. I	ESB Mod.II
Ângulo	Sim	02	01	01	01	Não tem
Astorga	Sim	07	01	05	Não tem	Não tem
Atalaia	Não	03	Não tem	02	Não tem	Não tem
Colorado	Sim	11	05	13	01	04
Dr. Camargo	Não	02	Não tem	02	Não tem	Não tem
Floraí	Sim	03	Não tem	01	Não tem	Não tem
Floresta	Sim	03	Não tem	02	01	Não tem
Flórida	Sim	02	01	01	Não tem	Não tem
Iguaraçu	Não	02	01	02	Não tem	01
Itaguajé	Sim	02	01	01	Não tem	01
Itambé	Sim	04	Não tem	02	01	Não tem
Ivatuba	Sim	02	Não tem	02	01	Não tem
Lobato	Não	02	Não tem	02	01	Não tem
Mandaguaçu	Sim	07	02	09	01	Não tem
Mandaguari	Sim	12	02	07	02	Não tem
Marialva	Sim	16	03	05	01	01
Maringá	Sim	111	31	95	08	08
Munhoz de Melo	Sim	01	Não tem	01	01	Não tem
N. S. das Graças	Sim	03	01	02	Não tem	01
Nova Esperança	Sim	04	Não tem	03	Não tem	Não tem
Ourizona	Não	02	Não tem	01	Não tem	Não tem
Paiçandu	Sim	08	02	08	02	02
Paranacity	Sim	04	01	02	02	Não tem
Pres. Castelo Branco	Sim	03	01	02	Não tem	Não tem
Santa Fé	Não	04	Não tem	02	Não tem	Não tem
Santa Inês	Não	02	Não tem	01	01	Não tem
Santo Inácio	Não	02	Não tem	01	01	Não tem
São Jorge do Ivaí	Não	04	01	01	01	Não tem
Sarandi	Sim	10	06	09	Não tem	Não tem
Uniflor	Sim	01	Não tem	02	Não tem	Não tem
TOTAL		239	60	187	26	18

FONTE: DATASUS/Secretarias Municipais de Saúde/julho de 2009.

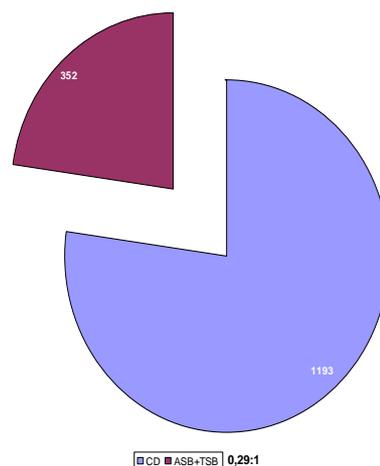
A figura 15 mostra a proporção ASB+TSB:CD (1,03:1) dos profissionais da área odontológica que estão trabalhando no serviço público segundo informações coletadas na entrevistas feitas com os CMSB no âmbito da 15ª RS-PR.



Fonte: Secretarias Municipais de Saúde da 15ª RS-PR.

Figura 15 - Proporção ASB+TSB:CD trabalhando no serviço público no âmbito da 15ª RS-PR., em 2009.

Quando se analisa a mesma proporção, dessa vez envolvendo todos os profissionais com registro no CFO, nos trinta municípios da 15ª RS-PR, essa proporção diminui bastante, ficando em 0,29:1, conforme pode ser visto na figura 16.



Fonte CFO, setembro de 2009.

Figura 16 - Proporção ASB+TSB:CD do total de profissionais registrados no CFO em 29/09/2009.

5.7.1 Programação em Saúde Bucal

Até o lançamento do Brasil Sorridente, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos pelo SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor (BRASIL, 2004).

Dentro do processo de descentralização, a SESA-PR atua na área de assistência à saúde, especialmente, nos níveis de atenção secundária e terciária. Na área de saúde bucal, destacam-se, com atendimento especializado, o Centro de Atendimento Integral ao Fissurado (CAIF) e o Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID). Há também os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que prestam serviços aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), com cirurgiões-dentistas cedidos pela SESA-PR, que conta com 120 cirurgiões-dentistas, a maioria contratados quando a Secretaria prestava assistência em saúde bucal em escolas e unidades básicas estaduais, portanto, antes da implantação do SUS. (SESA-PR, 2008).

Segundo o MS, os CEO devem realizar, dentre o elenco mínimo de atividades estabelecido, atendimento em Estomatologia, com ênfase no diagnóstico de câncer bucal e essa avaliação estomatológica não deve invadir os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2006).

O sistema de atendimento a lesões bucais, no âmbito da 15ª RS-PR, conta com os centros de referência:

- a) Clínica LEBU (Lesões Bucais) da Universidade Estadual de Maringá;
- b) Clínica de Estomatologia da Faculdade Uningá;
- c) Clínica de Lesões Bucais do Cesumar;
- d) CEO do CISAMUSEP;
- e) CEO do CISVAP e
- d) CEO da Policlínica Zona Norte de Maringá.

Os municípios pertencentes à 15ª RS-PR têm adotado o protocolo de referência para a Estomatologia, sugerido pelo MS (figura 17), que está presente no Caderno de Atenção Básica nº 17 – Saúde Bucal (BRASIL, 2006d, p.73).

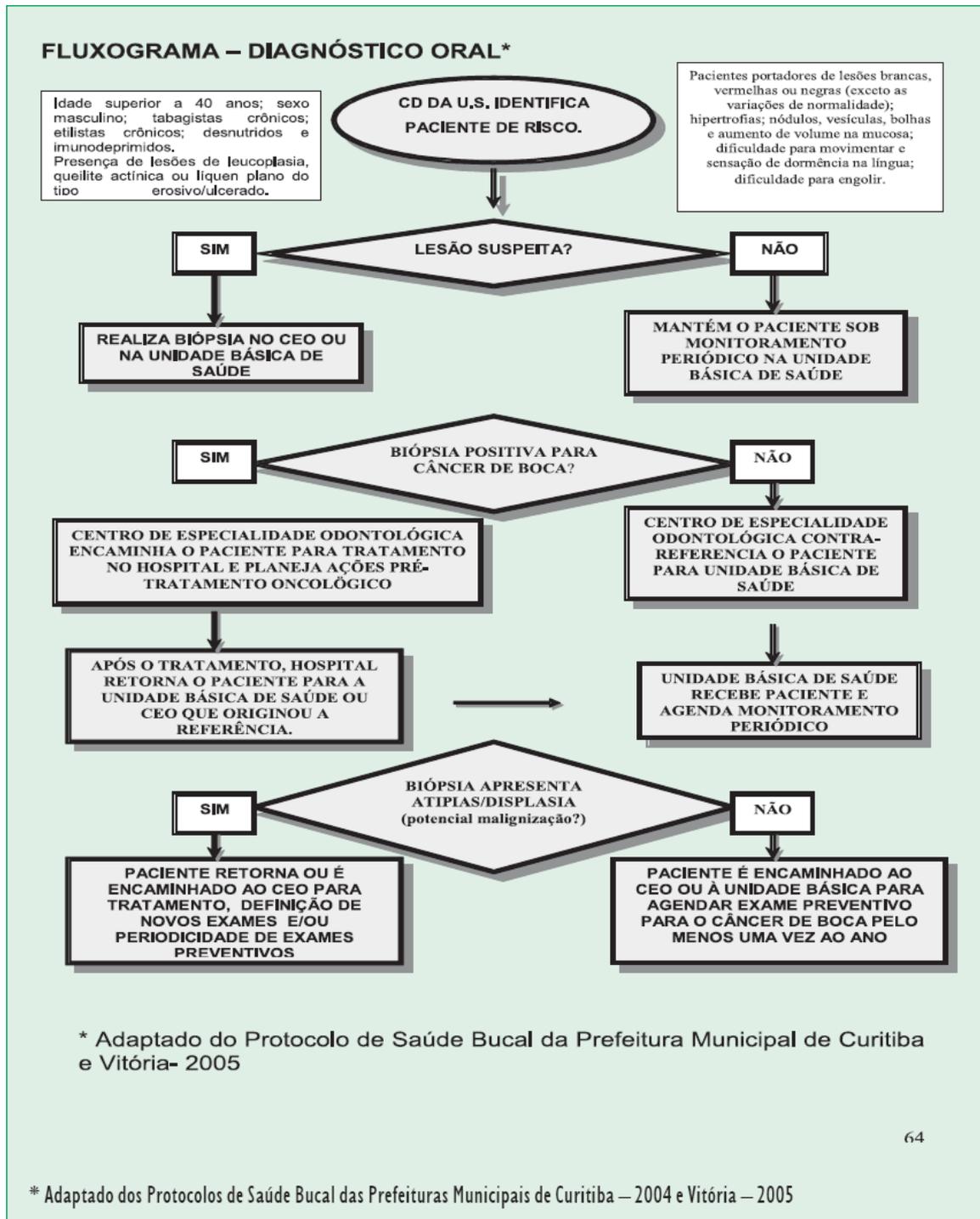


Figura 17 - Protocolo de referenciamento para Estomatologia adotado pelos municípios da 15ª RS-PR.

Como referência para os casos de Anomalias Congênicas Orofaciais, a região conta com a

Associação de Apoio ao Fissurado Labiopalatal de Maringá (AFIM). A AFIM é uma instituição filantrópica e atua em Maringá desde 1987. Sua origem deveu-se ao trabalho de descentralização realizado pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais de Bauru-SP (HRAC), mais conhecido como Centrinho. Atualmente, parte do tratamento (cirurgias mais complexas) é referenciado ao Centro de Atendimento Integral ao Fissurado (CAIF), localizado em Curitiba - PR.

Segundo Ana Cláudia Tofalini, administradora da instituição, a AFIM atende mais de 80 municípios do Estado, incluindo os trinta pertencentes à 15ª RS-PR. São realizados aproximadamente 650 atendimentos/mês e tem cadastrado 580 pacientes. Como o tratamento do fissurado é muito longo, pode durar até a idade adulta, inclui, além das cirurgias feitas no HRAC ou CAIF, o tratamento odontológico básico, tratamento ortodôntico, fonoaudiológico, psicológico, pedagógico, fisioterápico, entre outros.

Para os pacientes com necessidades especiais, as referências regionais são os três CEOs, dois em Maringá e um em Colorado. A orientação do MS é de que “apenas aqueles pacientes que passaram pela UBS, foram avaliados pelo CD quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional sejam encaminhados”. Outros critérios de inclusão/perfil do paciente podem ser encontrados no documento Cadernos de Atenção Básica – nº 17 (BRASIL, 2006d, p.83).

Para fins de comparação entre as duas Regionais de Saúde, referentes aos gastos em saúde, atualizam-se os dados da pesquisa feita por Mendes Silva, em 2007 (DIR X – Bauru)¹⁶, incluindo o percentual dos recursos investidos na saúde durante os anos de 2006, 2007 e 2008 (quadro 27). Dessa maneira, podem-se fazer as devidas comparações, no período 2004 a 2008, e calcular a média da porcentagem (últimos cinco anos) em ambas as regionais.

Comparando os dados relativos aos gastos com a Saúde, na média dos cinco anos analisados (2004 a 2008), a variação foi de 0,67% a mais nos investimentos da 15ª RS-PR em relação à DIR X – SP, já que ambas investiram no período, respectivamente, 19,18% e 18,51% dos orçamentos de suas prefeituras municipais com as ações e os serviços públicos de saúde. Na

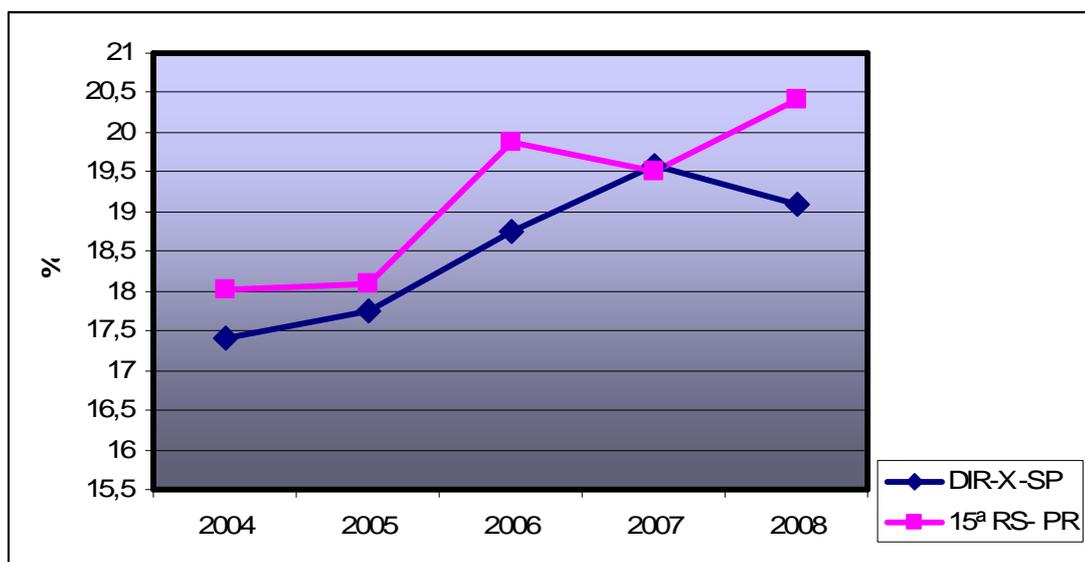
¹⁶ A divisão administrativa da SESA-SP, atualmente se faz por meio dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), substituindo as Diretorias Regionais de Saúde (DIR). O Estado de São Paulo conta com 17 DRS, sendo que a DIR-X (Regional de Bauru), que contava com 38 municípios, após Decreto Estadual nº 51.433, incorporou mais trinta municípios, transformando-se na DRS VI, com 68 cidades e permanecendo o município de Bauru como sede da Regional.

figura 18, observa-se que apenas no ano de 2007 o percentual de gastos da Regional de Bauru foi ligeiramente superior ao da Regional de Maringá.

Quadro 27 Histórico do percentual aplicado pelos municípios da DIR X – SP de acordo com a EC 29.

Município	2004	2005	2006	2007	2008	Média
Agudos	14,46	17,37	17,76	18,91	19,61	17,62
Arealva	15,49	15,46	15,03	17,12	18,07	16,23
Avaí	18,42	18,56	17,20	17,09	16,12	17,47
Balbinos	12,48	15,71	16,78	16,19	16,79	15,59
Bariri	20,29	19,43	20,30	22,34	22,40	20,95
Barra Bonita	21,42	20,95	18,58	18,22	17,60	19,35
Bauru	17,93	20,28	19,67	19,05	19,55	19,29
Bocaina	16,76	15,10	15,58	17,73	16,44	16,32
Boraceia	20,85	17,28	17,08	20,91	15,73	18,37
Borebi	15,99	15,59	16,68	15,00	15,09	15,67
Brotas	18,76	17,90	19,60	18,59	19,69	18,90
Cabralia Paulista	20,76	18,65	23,54	23,03	20,09	21,21
Cafelândia	13,04	15,04	16,09	16,86	17,95	15,79
Dois Córregos	20,70	18,44	18,13	20,93	19,27	19,49
Duartina	15,00	24,14	21,88	20,13	16,79	19,58
Getulina	15,28	14,98	15,13	15,83	16,07	15,45
Guaíçara	16,68	16,32	18,70	21,04	18,23	18,19
Iacanga	17,07	17,49	18,94	19,50	20,20	18,64
Igarapu do Tietê	17,17	20,13	23,13	21,48	22,51	20,88
Itaju	18,24	18,61	18,64	18,83	17,02	18,26
Itapuí	21,43	21,01	24,34	29,72	29,81	25,26
Jau	16,57	19,82	20,93	23,66	22,37	20,67
Lençóis Paulista	15,90	16,68	15,99	18,07	15,43	16,41
Lins	11,96	17,37	17,62	18,65	20,68	17,25
Lucianópolis	22,53	22,95	23,79	24,57	20,24	22,81
Macatuba	17,22	16,76	15,67	18,85	19,78	17,65
Mineiros do Tietê	19,06	20,18	21,28	24,47	24,56	21,91
Paulistânia	19,94	16,18	19,23	15,29	16,61	17,45
Pederneiras	18,20	17,01	19,07	22,25	20,23	19,35
Pirajuí	13,04	14,34	17,50	16,41	20,87	16,43
Piratininga	19,64	18,90	20,16	24,46	23,73	21,37
Pongaí	15,15	16,98	19,00	17,61	16,67	17,08
Presidente Alves	15,34	15,56	15,18	16,88	18,27	16,24
Promissão	14,75	15,00	16,48	15,23	15,44	15,38
Reginópolis	20,51	20,58	21,27	22,52	23,44	21,66
Sabino	15,75	18,50	19,20	19,17	17,57	18,03
Torrinha	22,01	12,45	17,49	19,49	19,21	18,13
Uru	15,32	16,24	20,10	18,00	15,50	17,03
DIR - X	17,40	17,74	18,75	19,58	19,09	18,51

Fonte: SIOPS



FONTE: SIOPS

Figura 18 – Comparação dos gastos em saúde pública de acordo com a EC 29 entre a 15ª RS-PR e DIR X – SP no período 2004 a 2008.

Com os indicadores sociais estudados anteriormente, pelos números do IDH-M (PNUD, 2000), ao comparar as duas Regionais de Saúde, no final da década passada, os resultados divulgados mostravam que dos 38 municípios da Regional paulista, onze (28,95%) estavam na categoria de alto desenvolvimento humano, enquanto na Regional paranaense apenas um município (3,33%) fazia parte dessa elite. Na classificação de municípios com médio desenvolvimento humano, as regionais de Bauru e Maringá contavam, respectivamente, 27 (71,05%) e 29 (96,66%) cidades.

Nenhum dos municípios pesquisados classificava-se de baixo desenvolvimento humano (abaixo de 0,499). Uma vez feita a média do IDH-M 2000 das cidades que compõem a DIR X e a 15ª RS, os índices foram, respectivamente, 0,785 e 0,762; mostrando pequena variação nos números que mediam a qualidade de vida dessas populações, no início da atual década.

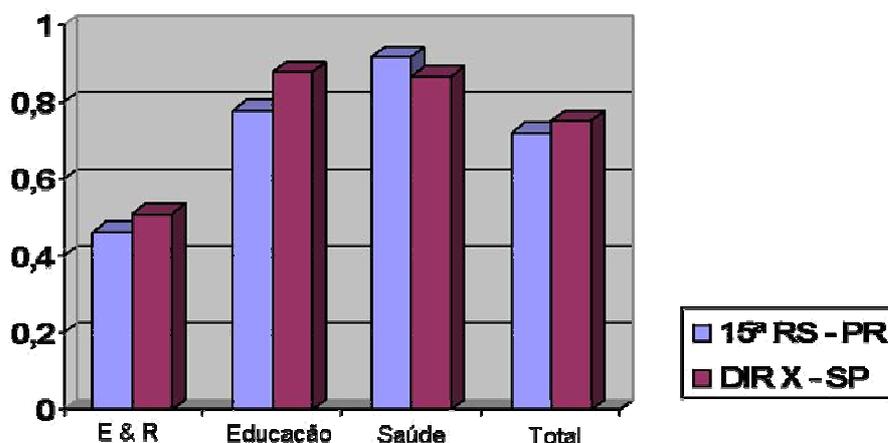
Conforme relato anterior, resolveu-se incluir neste trabalho o IFDM – 2006, por considerá-lo mais completo e atual. Portanto, os dados referentes aos 38 municípios da DIR X (quadro 28) também foram pesquisados para serem feitas as devidas comparações entre as regionais, como proposto na metodologia deste trabalho.

Quadro 28 IFDM dos municípios da DIR X - SP (2006).

Município	IFDM	Emprego&Renda	Educação	Saúde
Agudos	0,7293	0,4211	0,8474	0,9193
Arealva	0,6745	0,3680	0,8411	0,8140
Avaí	0,7169	0,3908	0,8759	0,8839
Balbinos	0,5983	0,3118	0,7500	0,7332
Bariri	0,8177	0,6416	0,9170	0,8944
Barra Bonita	0,8119	0,6332	0,9126	0,8901
Bauru	0,8981	0,8761	0,8743	0,9438
Bocaina	0,8404	0,6678	0,9194	0,9342
Boraceia	0,7186	0,3683	0,8800	0,9073
Borebi	0,7493	0,4676	0,8628	0,9175
Brotas	0,7563	0,6367	0,8302	0,8021
Cabrália Paulista	0,7300	0,4479	0,8078	0,9341
Cafelândia	0,7384	0,5149	0,8584	0,8418
Dois Córregos	0,7663	0,5414	0,8752	0,8823
Duartina	0,7669	0,4246	0,9390	0,9371
Getulina	0,6324	0,2990	0,8264	0,7719
Guaicara	0,6605	0,3566	0,8561	0,7689
Iacanga	0,7767	0,4886	0,8860	0,9554
Igaraçu do Tietê	0,7262	0,4501	0,8780	0,8506
Itaju	0,7643	0,4557	0,9441	0,8931
Itapuí	0,7538	0,5688	0,8910	0,8017
Jaú	0,8581	0,7833	0,9008	0,8901
Lençóis Paulista	0,8522	0,7365	0,8935	0,9266
Lins	0,8695	0,9366	0,8711	0,8009
Lucianópolis	0,7264	0,3250	0,9233	0,9310
Macatuba	0,7538	0,4932	0,9345	0,8338
Mineiros do Tietê	0,7203	0,3968	0,8751	0,8891
Paulistânia	0,7074	0,3687	0,8432	0,9103
Pederneiras	0,7437	0,5540	0,8349	0,8424
Pirajuí	0,7429	0,5363	0,8477	0,8446
Piratininga	0,7033	0,3081	0,8830	0,9188
Pongaí	0,7225	0,4308	0,9180	0,8188
Presidente Alves	0,7817	0,5734	0,8968	0,8748
Promissão	0,8510	0,9034	0,8881	0,7616
Reginópolis	0,6796	0,3357	0,8198	0,8833
Sabino	0,7478	0,5418	0,8935	0,8080
Torrinha	0,7184	0,4282	0,8777	0,8493
Uru	0,7168	0,4170	0,9175	0,8159
DIR - X	0,7505	0,5105	0,8768	0,8651

Fonte: FIRJAN

Utilizando os dados do IFDM das duas regionais pesquisadas, montou-se a figura 19. Percebe-se que a 15ª RS-PR leva ligeira vantagem sobre a DIR X – SP apenas em um dos componentes do IFDM, na área da Saúde. Nos componentes Educação e Emprego & Renda, a DIR X – SP apresenta números melhores, assim no total do índice a Regional de Bauru é ligeiramente mais desenvolvida.



Fonte: FIRJAN

Figura 19 – Comparação do IFDM 2006 entre a 15ª RS-PR e DIR X – SP.

Segundo os dados da FIRJAN, o Brasil aparece com índice geral da ordem de 0,7376; sendo os componentes: emprego & renda, educação e saúde, respectivamente, 0,7642, 0,6787 e 0,7699, o que, de acordo com os critérios do IFDM, seria classificado como de desenvolvimento moderado, portanto, inferior ao IDH (0,813) que, atualmente, considera o país como de alto desenvolvimento humano.

Conforme quadro 29, na comparação entre os Estados da Federação, apenas três são de alto desenvolvimento humano: São Paulo, Paraná e Rio de Janeiro (com índices acima de 0,800). Quando se leva em conta apenas os números referentes à área da saúde, o Paraná apresenta pequena vantagem em relação ao Estado de São Paulo. Interessante notar que as duas regionais de saúde, que estão sendo comparadas neste trabalho, localizam-se exatamente nos Estados que lideram esse ranking.

Quadro 29 IFDM: ranking estadual/Brasil referentes ao ano de 2006.

Ranking	Estado	IFDM	Emprego & Renda	Educação	Saúde
1º	São Paulo	0,8637	0,8890	0,8384	0,8637
2º	Paraná	0,8674	0,8344	0,7216	0,8662
3º	Rio de Janeiro	0,8035	0,8872	0,7132	0,8101
4º	Santa Catarina	0,7915	0,7983	0,7552	0,8211
5º	Minas Gerais	0,7911	0,8696	0,7232	0,7805
	BRASIL	0,7376	0,7642	0,6787	0,7699

Fonte: FIRJAN

Com relação à adição de fluoretos na água de abastecimento público, Mendes-Silva (2007, p.54) constatou que “em três municípios da DIR X-SP, havia fluoretos de forma natural na água. E, em apenas um município ainda não havia nenhuma forma de fluoretação das águas”, e que “houve diferença no tempo de fluoretação das águas, que variou de 1 a 27 anos”. Na 15ª RS-PR, quatro municípios ainda não contam com sistemas de fluoretação das águas, mas, segundo informação dos responsáveis pelos serviços municipais de tratamento das águas de abastecimento, os projetos de implantação já estão em andamento. De qualquer forma, ainda em 2009, quatro cidades (Colorado, Marialva, Nossa Senhora das Graças e Sarandi), quase 20% da população residente nessa Regional, ainda não dispõem desse benefício importante na prevenção da cárie dentária.

No quesito tempo de fluoretação das águas distribuídas, no âmbito da 15ª RS-PR, as informações não são muito precisas. Segundo Lorenzo Cassaro, Coordenador Regional de Meio Ambiente da SANEPAR, a cidade de Maringá é a pioneira da regional, contando com a fluoretação desde 1967, mas, nos outros municípios atendidos pela empresa, isso só foi ocorrer a partir da década de 1980.

Na comparação dos Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2006, entre as duas regionais de saúde pesquisadas, segundo o DATASUS, referentes ao Indicador 24, percebe-se, no quadro 30, que, no ano de 2006, a Regional de Maringá apresentou uma cobertura 1,16% superior à Regional de Bauru, enquanto no ano seguinte a regional paulista foi 1,92% mais produtiva.

Quadro 30 Comparação do Indicador 24 (Cobertura de primeira consulta odontológica programática) entre a 15ª RS – PR e DIR X - SP.

Regional	2003	2004	2005	2006	2007
15ª RS - PR	NI	NI	NI	18,92	13,79
DIR X - SP	NI	NI	NI	17,76	15,71

Fonte: DATASUS.

NI: não informou.

Ao comparar os números do Indicador 25, nos dois anos que constam registros no DATASUS (2006 e 2007), percebe-se que esse procedimento coletivo apresenta números muito pequenos, evidenciando que a prevenção e a promoção de saúde bucal ainda é bastante negligenciada pelos gestores municipais. O quadro 31 mostra a 15ª RS-PR numa situação mais

vergonhosa ainda, com números 3,60% e 5,50% menores, quando comparados com a DIR X – SP, respectivamente, em 2006 e 2007.

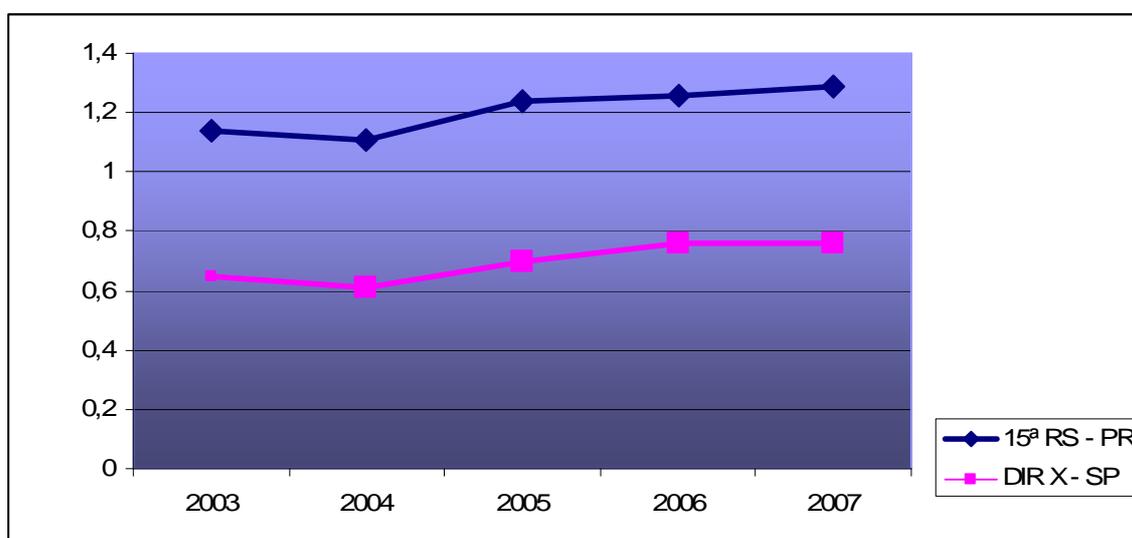
Quadro 31 Comparação do Indicador 25 (Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada) entre a 15ª RS - PR e DIR X - SP.

Regional	2003	2004	2005	2006	2007
15ª RS - PR	NI	NI	NI	2,58	2,31
DIR X - SP	NI	NI	NI	6,18	7,81

Fonte: DATASUS.

NI: não informou.

Outra observação a ser feita com relação ao Indicador 25 é de que em 2006 e 2007, apenas 33,33% dos municípios da 15ª RS-PR (dez) informaram números relacionados à cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, enquanto na Regional de Bauru esses números foram bem superiores. Nos anos de 2006 e 2007, respectivamente, 76,31% (29) e 86,84% (33) dos municípios da DIR X – SP forneceram os dados ao DATASUS.



Fonte: DATASUS

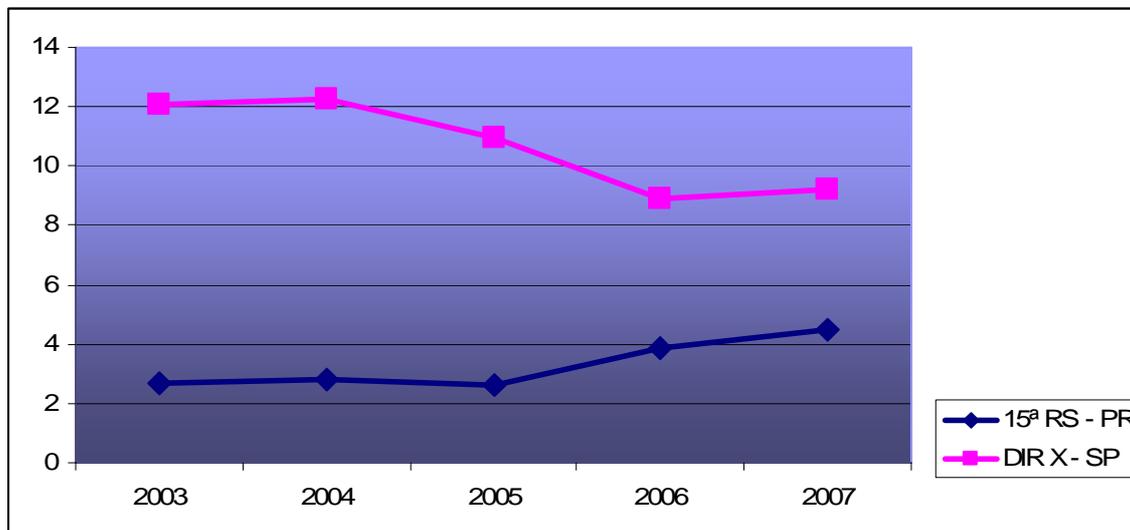
Figura 20 - Comparação do Indicador 26 (Média de procedimentos odontológicos básicos individuais) entre a 15ª RS-PR e DIR X - SP.

Com relação à média de procedimentos odontológicos básicos individuais (Indicador 26), todas as cidades das duas regionais pesquisadas enviaram dados ao MS e é possível perceber

pela figura 20 que, de 2003 a 2007, a 15ª RS-PR apresentou maior resolubilidade nos procedimentos odontológicos básicos individuais, quando comparada com a DIR X – SP.

A irregularidade das informações e a inconsistência dos dados dificultam a análise das informações do Indicador 27. Na Regional de Maringá, conforme dados apresentados anteriormente, para os anos de 2003, 2005, 2006 e 2007, apenas 7 municípios (23,33%) informaram os dados ao MS. Em 2004, foram oito (26,66%). Na DIR X – SP, em 2003 e 2004, vinte e nove cidades (76,31%); em 2005, trinta e duas cidades (84,21%) e em 2006 e 2007, vinte e seis (68,42%) enviaram os dados relativos à proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

De qualquer forma, pela figura 21, percebe-se que nos anos pesquisados de 2003 a 2004, os números das duas Regionais apresentaram ligeira variação. A partir daí, a Regional paulista passa a reduzir gradativamente a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais, enquanto a Regional de Maringá faz o sentido inverso.



Fonte: DATASUS.

Figura 21 - Comparação do Indicador 27 (Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais) entre a 15ª RS – PR e DIR X – SP.

O Plano Estadual de Saúde do Paraná (2008-2011) norteia as políticas de saúde e o seu financiamento e segundo a SESA-PR, deve contemplar as ações frente às demandas e necessidades de saúde da população paranaense tendo também como parâmetro as atribuições definidas no Termo de Compromisso de Gestão, os objetivos e metas assumidos no Pacto pela Saúde, além da efetivação das propostas e diretrizes da Conferência Estadual de Saúde.

Este documento, com vigência de 2008 a 2011 passará pelo processo de discussão permanente através das programações anuais e dos relatórios de gestão. A partir de uma análise situacional, deverá ser utilizado como indicativo dos problemas de saúde mais importantes no Estado do Paraná, bem como de suas causas, prioridades de intervenção e estratégias a serem utilizadas para atingir soluções e ou modificar situações (PARANÁ, 2009).

No atual Plano Estadual de Saúde do Paraná não são encontradas metas com relação aos indicadores de saúde bucal no Pacto da Atenção Básica, mas a SESA-SP (SÃO PAULO, 2008, p.34) propõe como metas/resultados esperados “reduzir gradativamente a proporção de procedimentos especializados em relação às ações odontológicas básicas (6% em 2011).

Outras Ações Estratégicas propostas no Plano Estadual de Saúde de SP (SÃO PAULO, 2008, p. 34) são: “apoiar tecnicamente os municípios no uso de protocolos clínicos de saúde bucal que visem à ampliação das ações do clínico-geral na AB e os de especialidades odontológicas” e “incentivar os municípios para implantação do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), oferecendo maior retaguarda nos procedimentos de média complexidade”.

Com a publicação da Portaria 302/09, que visa aumentar a implantação de Equipes de Saúde Bucal no país e, conseqüentemente, a expansão de atendimento odontológico à população, “a partir de agora, poderemos atender muito mais pessoas, chegar a muito mais municípios porque a capilaridade das equipes de ACS no país é muito maior do que na Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2009).

De acordo com os dados do Departamento de Atenção Básica do MS (Mendes-Silva, 2007), em 15 municípios da DIR X-SP não estavam implantadas Equipes de ACS. No quadro 32, observa-se que em 2009 (MS, 2009) as cidades de Bocaina, Pederneiras e Pirajuí passaram a contar com essa Estratégia. Portanto, conforme dados apresentados anteriormente, a 15ª RS-PR leva vantagem nesse quesito, já que 100% dos seus municípios contam com EACS, enquanto na Regional de Bauru, a porcentagem de cidades é da ordem de 68,43% (26 cidades).

Quadro 32 Histórico de cobertura das Equipes de ACS e da Proporção de cobertura populacional estimada em dezembro de 2006 e julho de 2009 na DIR X - SP.

Município	Nº de ACS Dez/2006	% de cobertura populacional	Nº de ACS Jul/2009	% de cobertura populacional
Agudos	18	30,51	18	28,85
Arealva	8	61,62	12	88,09
Avaí	0	0	0	0
Balbinos	0	0	0	0
Bariri	12	22,6	18	31,53
Barra Bonita	8	11,98	8	12,72
Bauru	53	8,69	53	8,57
Bocaina	0	0	15	79,21
Boraceia	4	58,76	5	65,68
Borebi	5	100	5	100
Brotas	4	10,6	4	10,31
Cabrália Paulista	0	0	0	0
Cafelândia	15	53,43	16	55,09
Dois Córregos	33	76,42	33	73,74
Duartina	22	98,54	22	99,01
Getulina	5	27,31	5	26,34
Guaíçara	5	26,15	5	26,07
Iacanga	12	79,04	18	100
Igaraçu do Tietê	0	0	0	0
Itaju	7	100	7	100
Itapuí	24	100	20	93,16
Jaú	76	35,42	80	34,46
Lençóis Paulista	53	49,61	110	100
Lins	67	54,6	79	62,60
Lucianópolis	0	0	0	0
Macatuba	27	90,35	23	78,52
Mineiros do Tietê	6	27,32	6	28,14
Paulistânia	0	0	0	0
Pederneiras	0	0	6	8,09
Pirajuí	0	0	16	41,79
Piratininga	0	0	0	0
Pongá	8	100	9	100
Presidente Alves	0	0	0	0
Promissão	28	47,35	30	46,63
Reginópolis	0	0	0	0
Sabino	0	0	0	0
Torrinha	0	0	0	0
Uru	0	0	0	0

Fonte: MS - Departamento de Atenção Básica

Segundo o Plano Estadual de Saúde de São Paulo 2008-2011 (SÃO PAULO, 2008, p. 25), nas ações estratégicas consta “fortalecer a Atenção Básica e Ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)/PSF com suporte de equipes multidisciplinares para contribuir com a mudança do modelo de Atenção Básica, consolidando os preceitos de qualidade de vida dos seus cidadãos. O quadro 33 mostra a evolução dos números de ESF/porcentagem de

cobertura populacional (DIR X – SP), ocorrida entre dezembro de 2006 (MENDES-SILVA, 2007) com os dados coletados em julho de 2009. Percebe-se que, no período pesquisado, treze municípios (34,21%) permanecem sem nenhuma ESF implantada e duas cidades (Bocaina e Pederneiras) passaram a contar com equipes. Portanto, 60,57% dos municípios (23) da DIR X ainda não implantaram essa estratégia dentro da Atenção Básica.

Quadro 33 Histórico de cobertura das Equipes de Saúde da Família e da Proporção de cobertura populacional estimada em dezembro de 2006 e julho de 2009 na DIR X - SP.

Município	Nº de ESF Dez/2006	% de cobertura populacional	Nº de ESF Jul/2009	% de cobertura populacional
Agudos	3	30,51	3	28,85
Arealva	1	46,22	2	88,09
Avai	0	0	0	0
Balbinos	0	0	0	0
Bariri	2	22,6	3	31,53
Barra Bonita	0	0	0	0
Bauru	7	6,89	7	6,89
Bocaina	0	0	2	63,37
Boraceia	1	88,15	1	78,82
Borebi	1	100	1	100
Brotas	1	15,9	1	15,47
Cabrália Paulista	0	0	0	0
Cafelândia	3	64,12	3	61,98
Dois Córregos	3	41,68	3	40,22
Duartina	3	80,63	3	81
Getulina	1	32,78	1	31,61
Guaíçara	1	31,38	1	31,28
Iacanga	2	79,04	3	100
Igaraçu do Tietê	0	0	0	0
Itaju	1	100	1	100
Itapuí	3	92,43	3	83,85
Jaú	11	30,76	12	31,02
Lençóis Paulista	4	22,46	7	38,58
Lucianópolis	0	0	0	0
Macatuba	4	80,31	4	81,94
Mineiros do Tietê	6	27,32	6	28,14
Paulistânia	0	0	0	0
Pederneiras	0	0	1	8,09
Pirajuí	0	0	2	31,34
Piratininga	0	0	0	0
Pongai	0	0	1	97,73
Presidente Alves	0	0	0	0
Promissão	1	10,16	1	9,33
Reginópolis	0	0	0	0
Sabino	0	0	0	0
Torrinha	0	0	0	0
Uru	0	0	0	0

Fonte: MS - Departamento de Atenção Básica

Do estudo feito na Regional de Saúde de Bauru-SP, Mendes-Silva (2007, p.87) concluiu que “Os municípios possuem características diferentes quanto à organização da Atenção Básica, onde a cobertura populacional do PSF variou de 100% (2 municípios), até cidades onde a Estratégia do Saúde da Família ainda não foi implantada”. Pode-se acrescentar, agora com dados de 2009, que mais um município (Iacanga) também possui cobertura de 100% nessa Estratégia.

Com relação às Equipes de Saúde Bucal, desde a realização da pesquisa feita por Mendes-Silva (2007), com dados de dezembro de 2006, quando a Regional de Saúde de Bauru não contava com nenhuma ESB cadastrada como Modalidade II, o quadro permanece o mesmo. A alteração ocorrida foi no aumento das equipes de Modalidade I; o número saltou de 26 para 38. Houve também um incremento no número de municípios adotando as equipes na ESF, passando de quinze para vinte cidades, das 38 que pertencem à Regional. À exceção de Pongai, que possui uma população de 3.510 habitantes, os quatro municípios que passaram a contar somente agora com equipes de saúde bucal (Bocaina, Lins, Pederneiras e Pirajuí) podem ser considerados de porte médio, segundo estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 2009.

Nas ações estratégicas colocadas no Plano Estadual de Saúde de SP 2008-2011 (SÃO PAULO, 2008, p. 48), encontram-se dois itens que, se postos em prática, poderão melhorar esses números:

- Realizar cursos de formação regionalizados, para auxiliares de cirurgião-dentista e técnicos em higiene dental.
- Incentivar os municípios a ampliar as ESB, na ESF com contratação de CD, ACD e THD tanto na Atenção Básica como nos serviços de especialidades e UBS, com integração em equipes multiprofissionais.

Os números das ESB implantadas no âmbito da 15ª RS-PR revelam que, dos 30 municípios que pertencem à Regional, dezenove deles (63,33%) possuem equipes na ESF. Quatro cidades (Colorado, Marialva, Maringá e Paiçandu) contam com equipes nas modalidades I e II. Estão implantadas dezoito equipes Modalidade II em sete (23,33%) municípios da Regional.

Dentro do Plano Estadual de Saúde do Paraná 2008-2011 (SESA-PR, 2008, p. 112), no eixo “Condições de Saúde”, aparece como uma das prioridades o “Fortalecimento da Política de Saúde Bucal” e no sub-eixo “Atenção Primária”, pode-se identificar, dentro das ações

estratégicas, o item “Melhoria da saúde bucal”.

Com relação ao perfil dos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal, apresentam-se a seguir os resultados e as comparações entre as duas Regionais, quando possível.

Com relação à idade dos coordenadores, no âmbito da 15ª RS-PR, a idade varia de 26 a 59 anos, numa média de aproximadamente 38,4 anos. A figura 22 mostra na Regional de Bauru (DIR X), em 2006, a média de idade dos coordenadores foi maior, da ordem de 40,7 anos.

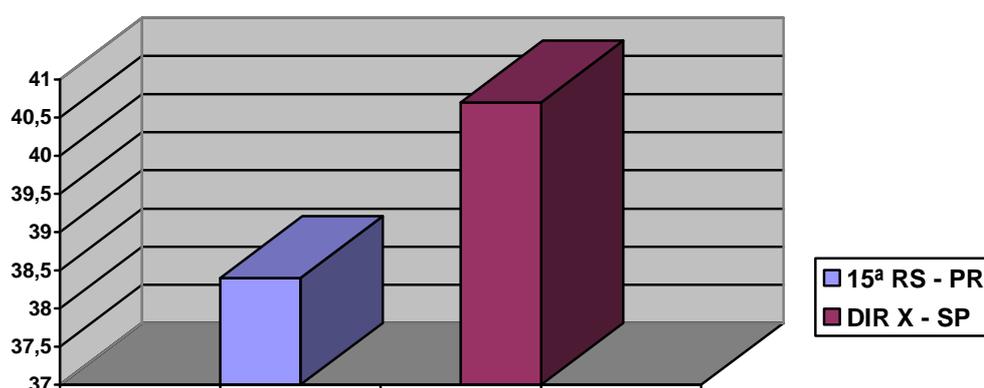


Figura 22 – Comparação da média de idade dos CMSB entre a 15ª RS-PR e DIR X – SP.

Verificou-se, também, a proporção maior na participação das mulheres ocupando o cargo de coordenação. A figura 23 confirma que em ambas as regionais de saúde pesquisadas elas são maioria. Na Regional de Bauru, esse número era de 64,70% (2007) e na 15ª RS-PR (2009), dos 21 coordenadores, 12 são do sexo feminino (57,14%).

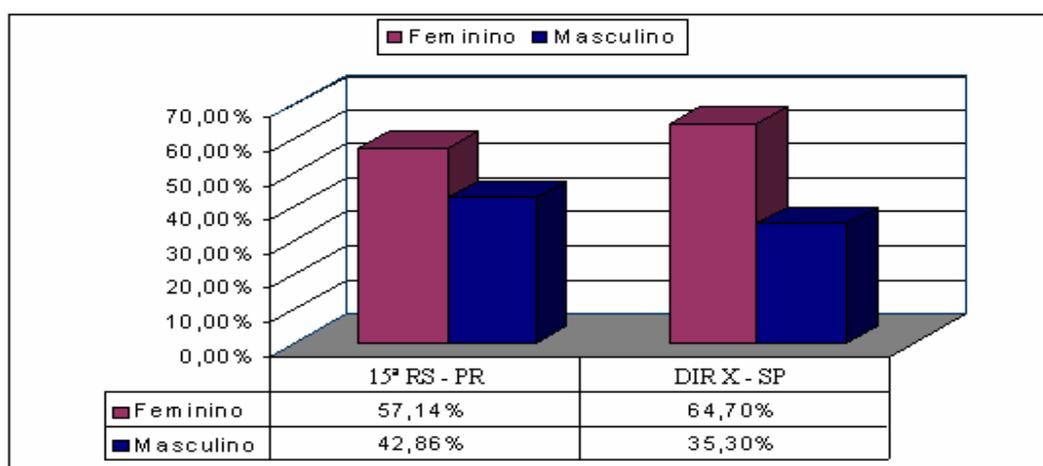


Figura 23 - Distribuição por gênero dos CMSB da 15ª RS – PR (2009) e DIR X – SP (2007).

Segundo Mendes-Silva (2007), “o tempo de formado dos CMSB da Regional de Bauru variou bastante, ficando entre 5 e 35 anos, com uma média de 17,4 anos. Essa diferença de perfil, principalmente na idade e tempo de profissão, provavelmente resulta em diferentes pontos de vista em relação aos problemas enfrentados pelos municípios em odontologia”. Na 15ª RS-PR, o tempo de formado dos coordenadores também variou bastante, entre 2 e 35 anos de conclusão do curso de odontologia, com uma média de 15 anos.

Com relação ao grau de escolaridade, dos coordenadores da 15ª RS-PR, apenas um não é CD. A cidade de Mandaguçu conta com uma TSB há dez anos no cargo. Portanto, vinte coordenadores (95,23%) são CDs. Na DIR X – SP, 100% dos profissionais que exercem essa função são cirurgiões-dentistas.

Quando perguntados se concluíram cursos voltados à Gestão/Administração/Saúde Coletiva, dos 21 coordenadores da Regional de Maringá, apenas uma coordenadora atualmente está cursando MBA em Gestão em Saúde e Auditoria. Dois deles relataram cursos de Aperfeiçoamento na área da Saúde Coletiva, com 190h/a e 100h/a. Alguns citaram cursos oferecidos pelo serviço, com temas específicos, tais como Gestão, Planejamento, Vigilância em Saúde, com duração entre 4 e 16 h/a. Na DIR X – SP (Mendes-Silva, 2007), apenas dois tinham o título de Especialista em Saúde Coletiva/Pública, o que, segundo ele, contraria a proposta do Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que propõe que “(...) os cargos de gerência ou coordenação de saúde bucal sejam ocupados por cirurgião-dentista com formação em saúde pública, gestão em saúde e/ou odontologia coletiva (...).

Quanto ao tempo em que os atuais coordenadores estão no cargo, houve uma variação de menos de um até 15 anos para os coordenadores da 15ª RS-PR. Na Regional de Bauru-SP (Mendes-Silva, 2007) essa diferença ficava na faixa de 1 a 23 anos. Em ambas as Regionais, nenhum dos coordenadores havia exercido o cargo anteriormente.

Os dados obtidos nos questionários respondidos pelos coordenadores foram organizados a partir do método de análise de conteúdo propostos por Bardin (1977). De acordo com as respostas às questões formuladas, destacam-se a seguir (entre aspas e itálico), alguns trechos escritos de próprio punho:

Na questão: Quais as maiores dificuldades encontradas para exercer o cargo?

“O primeiro ano no cargo é o mais difícil, considerando que não há curso para coordenador, o aprendizado vem com a prática, exercendo a função, principalmente em relação às questões burocráticas e de gestão. É necessário ter comprometimento, leitura e pesquisa para o aprendizado, e boa vontade (...) as dificuldades no exercício do cargo geralmente são devido ao excesso de burocracia no serviço público, que gera lentidão nos processos de trabalho e dificuldade quanto à melhoria e implementação dos serviços, modernização e aquisição de equipamentos, devido aos recursos financeiros”.

“Preenchimento de relatórios”.

“As dificuldades são muitas porque não conseguimos muitas vezes que o município partilhe o financiamento na área de saúde bucal com o estado. Ex: já fizemos o projeto para implantar o Saúde Bucal no PSF, mas, apesar do repasse mensal do ministério ao município, o gestor achou inviável a complementação que caberia ao município”.

“Encontro uma certa resistência em mudanças por parte de alguns profissionais mais antigos, mas, devagar as coisas estão se ajustando. Uma grande dificuldade é diminuir as filas imensas para as especialidades, visto que neste município não temos CEO ou outro tipo de clínica para tais atendimentos”.

- *“falta de autonomia.*

- *falta de recursos financeiros*

- *resultado em longo prazo*

- *falta mão de obra qualificada em saúde pública*

- *falta de cursos de atualização por parte da Regional de Saúde*

- *às vezes, alguns materiais são adquiridos por licitações interferindo na qualidade do material”.*

“Conscientizar os profissionais da área de que seu trabalho não é um bico; reciclagem dos profissionais; meios de locomoção para fazer as visitas às escolas e domiciliares”.

“A falta de investimento pelo poder público....

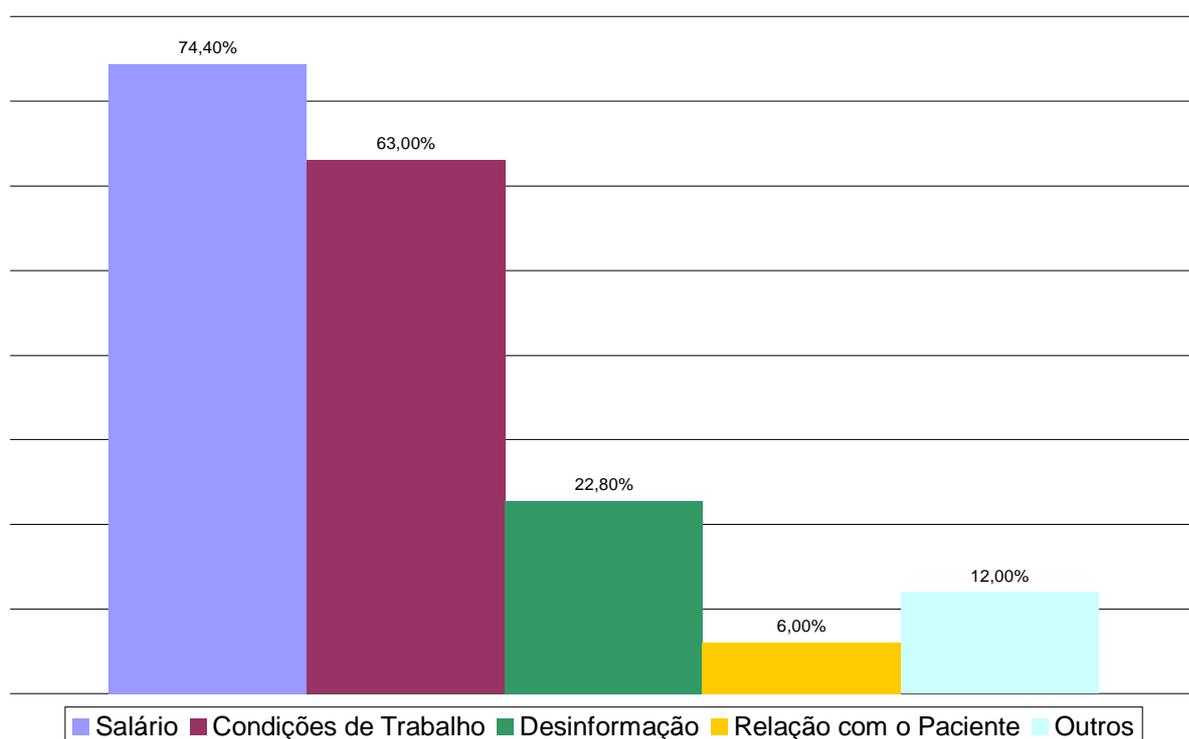
A falta de vontade de colegas (corpo mole)...

A falta de uma política de longo prazo (metas a serem cumpridas)”.

“União da classe; falta de interesse em Saúde Coletiva por falta dos dentistas”.

Como alguns coordenadores da 15ª RS-PR deixaram de responder a essa questão, fica difícil mensurar com precisão esse tipo de informação, inclusive por ser bastante subjetivo, apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas para fins de comparação. No trabalho realizado na Regional de Bauru (Mendes-Silva, 2007, p. 82), as respostas mais citadas foram: “dificuldade de relacionamento profissional com os demais CDs da rede pública”, em seguida, “necessidade de se planejar e organizar as atividades em saúde bucal com poucos recursos financeiros”.

Para efeito de ilustração, será apresentada uma pesquisa feita pelo CFO, cujos resultados aparecem na Figura 24 (CFO, 2008), mostrando que as dificuldades para os profissionais que atuam na saúde pública, exercendo ou não a função de coordenador de saúde bucal, tanto em Maringá, Bauru e mesmo no Brasil, são muito parecidas.



Fonte: CFO - Maio 2008

Figura 24 Quais são os maiores problemas enfrentados no setor público?

Na questão: Está satisfeito com as condições de trabalho oferecidas? ()sim ()não. Por quê?

“Não. Equipamento ruim, falta de equipamentos e materiais”.

“Não. Falta de condições para tratamento especializado”.

“Não. É um trabalho solitário, falta equipe para se intensificar a promoção de saúde, principalmente no que se refere a atividades de educação em saúde nas escolas, não temos programas para distribuição de kits com escova e fio, para inserir a escovação supervisionada etc”.

“Sim/Não. Salários não”.

“Sim. Boa condição estrutural/ material e também boa relação gestor/profissional”.

“Sim. O nível de qualidade dos materiais oferecidos é bom”.

“Sim. Deveria ser melhor, se tivessem 2 cadeiras odontológicas para suprir as necessidades da demanda populacional”.

“Sim. Porém sempre se tem algo a melhorar, mas devagar estou conseguindo muitos avanços”.

“Agora sim, pois ao longo destes 4 anos tivemos oportunidade de organizar a rede de assistência, com reformas de UBS, implementação de serviços, aquisição de equipamentos, o que ofereceu melhoria nas condições de trabalho e qualidade na oferta de serviços, tudo isso nos gratifica e vale todo o esforço. No ambiente, no setor da Coordenação de Saúde Bucal houve também melhoria na ambiência, na organização do setor e em relação à tecnologia, com modernização dos equipamentos”.

Os principais problemas apresentados pelos coordenadores da 15ª RS-PR só confirmam os problemas identificados pelo CONASS (BRASIL, 2009, p.14), numa publicação onde são destacados os problemas existentes nas unidades públicas de saúde, no que diz respeito à sua gerência, e que podem ser perfeitamente aplicáveis para os gestores municipais da saúde geral e bucal, no âmbito da 15ª RS-PR, também identificados por Mendes-Silva (2007) na Regional de Bauru:-

- Dificuldades de contratação, principalmente para incorporar e/ou repor recursos humanos com agilidade, considerando as especificidades da área da Saúde Pública, como, por exemplo, para serviços de urgência/emergência.
- Dificuldades de incorporar recursos humanos de acordo com a quantidade e a necessidade dos serviços e o perfil da clientela atendida.
- Dificuldades na reposição do estoque de insumos diversos e de manutenção de equipamentos de

saúde.

- Deficiência no gerenciamento das unidades públicas que dificulta a adoção de mecanismos eficientes e resolutivos que qualifiquem o cuidado e permitam o monitoramento e a avaliação dos resultados.
- Problemas no financiamento das unidades em decorrência da forma atual de remuneração por produção de serviços.
- Falta de racionalização interna que provoca desperdícios notadamente na área logística de insumos.
- Dificuldade de aplicar nas rotinas das unidades de saúde as políticas de ciência e tecnologia e de economia à saúde (avaliação de novas tecnologias e de medicamentos).
- Baixa produtividade.
- Dificuldade de investimentos e equipamentos médico-hospitalares e de informática.
- Desmotivação dos trabalhadores devido à gerência na administração direta que estimulem maior produtividade, qualidade e eficiência.
- Problemas com o registro da produção de serviços, que em geral é inferior ao realizado, em virtude de uma cultura institucional que não valoriza esse processo administrativo em unidades públicas.
- Falta de flexibilidade administrativa, especialmente em relação à gestão orçamentária/financeira, de recursos humanos e processo de compra.
- Dificuldades na aplicação de uma política salarial diferenciada e flexível para profissionais em diferentes áreas de especialização.

Na questão: Como você vê a participação das faculdades no que diz respeito à Saúde Bucal Coletiva no seu município? Existe algum tipo de parceria?

“Falta uma interação entre município e faculdades”.

“Sim, o município é parceiro com a UEM no projeto Pró-Saúde e PR+Saúde onde os alunos realizam os seus estágios”.

“A participação seria importante para o aluno amadurecer a vida profissional, a visão. Não existe nenhuma parceria”.

“A única parceria que existe é na feira de saúde, que ocorre uma vez ao ano. Nesta se realiza evidenciação, escovação e orientação aos visitantes. Exceto isso, não há mais nenhuma participação das faculdades”.

“Não existe nenhuma parceria entre meu município e alguma faculdade; porém, acho que seria extremamente bom para meu município tal coisa”.

“Acho ótimo. Avanços só serão possíveis com parcerias. No momento, não temos nada nesse sentido, somente algumas conversações com a Dra. Suzana Goya”.

“Não existe”.

“Há parceria com os 3 cursos de Odontologia, o serviço público municipal oferece campo de estágio para os acadêmicos de Odontologia. Há parceria entre Sec. da Saúde e universidades nos eventos, projetos, ações de Promoção e Prevenção em Escolas e UBS. Houve grande evolução neste sentido, com vários projetos de pesquisa em andamento”.

Para referendar as respostas dadas pelos coordenadores, será transcrita parte da Carta do 26º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (APCD, 2008, p.10), do Projeto de Saúde Coletiva, que abordou a temática da influência do neoliberalismo nas políticas de saúde, em especial de saúde bucal, que destaca: “Para formar os trabalhadores da saúde devem ser aplicadas políticas articuladas entre os setores da saúde e da educação, em ruptura com a lógica de mercado, que orienta esta ação na atualidade”.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (BRASIL, 2002, Art. 4), está colocado que a formação do CD tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: “(...) desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (...)”.

Na questão: Que sugestões você daria com relação às parcerias com as faculdades?

“Muito importante, mas teria que haver uma contrapartida dos dois lados. Aqui já houve uma parceria mas a faculdade só queria usar a estrutura pública (estágio), não acolhia os pacientes do município precisando atendimento especializado (Endo, prótese, perio)”.

“Educação em saúde bucal”.

“Deveriam ser realizados trabalhos em conjunto com as UBS, realizando gincanas na semana de Saúde e trabalhos coletivos”.

“Acho que tem sido extremamente produtivo e gratificante esta parceria entre serviço – academia – comunidade, através das ações coletivas. Vejo que investir nisso é fundamental para a formação profissional, indo além da formação técnica, pensando no atendimento humanizado, que irá refletir na formação do futuro profissional e no seu relacionamento com o paciente, tanto no setor público quanto no privado. Terá influência no exercício da sua atividade com qualificação e excelência.”

“Encaminhamento”.

“Seria interessante a atuação das faculdades em união com o município para a realização de campanhas de prevenção e esclarecimento sobre saúde bucal e suas patologias”.

“Parcerias para se promover a prevenção de lesões bucais através de exames clínicos individuais, com encaminhamento para realização de biópsias. Parceria para realizar índice de prevalência de cárie no município. Parcerias para capacitação etc”.

“Acredito que seria ótimo se os alunos de odontologia atendessem os pacientes nas diversas especialidades (endo, pério, prótese, cirurgia). Também se auxiliassem em campanhas de prevenção”.

“Eu acho que deveria existir esta parceria entre faculdade e município; já que estaria mostrando aos acadêmicos como é a realidade em diferentes municípios e também estaria trazendo novidades aos dentistas que estão fora das faculdades há tempo”.

“Gostaria que houvesse mais parcerias, para mudar a visão errônea que os estudantes têm da saúde pública”.

“Aumentar as parcerias relacionadas a estágio, na área preventiva”.

Como professor de Curso de Odontologia, devo concordar que estamos longe do ideal em termos de parcerias com o sistema público de saúde; nossas ações e serviços em geral se restringem a campos de estágio nas UBS do município onde está instalada a instituição de ensino e, excepcionalmente, participamos de algumas atividades extracurriculares, em “feiras de saúde”, organizadas pelas prefeituras municipais da região.

Na questão: Possui projetos para melhorias na área de Saúde Bucal para o seu município?

“Sim. Prótese e endodontia ao alcance de todos”.

“Implantação de endodontia na unidade básica. Implantação de saúde da mulher”.

“Sim. Implantação do escovódromo, fazer levantamentos epidemiológicos, entre outros”.

“Sim; fluoretação da água que abastece as residências do município”.

“Clínica do bebê, clínica da gestante, orientação/prevenção às crianças escolares”.

“Sim. Estou tentando desenvolver projetos de prevenção nas creches e escolas municipais; projeto com a APAE em prevenção; e projeto com idosos. Também está em andamento o projeto “Sorriso operário” voltado para os trabalhadores que não podem ir até os postos”.

“Implantação das equipes de Saúde Bucal na estratégia do programa Saúde da Família”.

“Ainda não”.

“Estamos trabalhando no Projeto Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal, com a participação dos três cursos de Odontologia de Maringá. Este projeto nos dará subsídios para o Planejamento das ações nos próximos anos, a partir do levantamento dos principais problemas bucais e o mapeamento dos mesmos nas diversas áreas da cidade”.

“Gostaria muito de implantar o Dente escola na rede municipal de educação – creches e escolas com atividades de promoção, prevenção e controle das doenças bucais.

Implantação da escovação supervisionada onde houvesse uma distribuição trimestral de escova, pasta e fio e incorporar o autocuidado no cotidiano escolar e, principalmente, a inclusão da odontologia no PSF.

Os projetos e sonhos são muitos, mas num município pequeno como o nosso existe ainda muita dificuldade para torná-los realidade: não temos ACD, THD.

O teto salarial para os profissionais odontológicos não os incentiva a trabalhar fora do ambulatório, principalmente na área de prevenção e educação para a saúde, confinando-os a um trabalho meramente curativo”.

Ao responder sobre seus projetos, os coordenadores, levantaram várias questões que foram expostas durante este trabalho, tais como: realização de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, implantação de sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público, implantação de equipes de saúde bucal na ESF, ampliação da atenção especializada em odontologia, projetos de promoção de saúde bucal, entre outros. Fica-se na torcida de que esses projetos se tornem realidade o mais rápido possível, pois, estarão cada vez mais cumprindo uma das principais características do Movimento da Reforma Sanitária, na luta pela construção de um serviço público de saúde, universal, humanizado e de qualidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Neste trabalho, seguindo a metodologia utilizada por Mendes-Silva (2007), foram pesquisados na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, os indicadores sociais, a gestão e o financiamento das ações e dos serviços de saúde, o impacto nos municípios da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e os indicadores de saúde bucal no Pacto da Atenção Básica.

O estudo englobou os trinta municípios pertencentes a essa Regional e os resultados foram comparados com os obtidos no trabalho semelhante realizado por Mendes-Silva, na Regional de Bauru-SP. Constatamos também a irregularidade e inconsistência dos dados coletados, dificultando a análise das informações provenientes dos sistemas de informação oficiais, nem sempre fidedignos.

Na comparação entre as duas regionais, com relação aos indicadores sociais, adição de fluoretos na água de abastecimento público, percentual de gastos com saúde (2004 a 2008) e perfil dos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal (CMSB), não foram encontradas diferenças significativas. Na cobertura populacional das Estratégias, ACS, SF e SB e nos indicadores de saúde bucal no Pacto da Atenção Básica, a 15ª RS-PR apresenta melhores números.

No âmbito da 15ª RS-PR, em que pese o grande número de iniciativas voltadas para a implementação e implantação das Estratégias de Atenção Básica (ACS, SF e SB), assim como em relação à PNSB, percebem-se muitos avanços; as principais dificuldades apresentadas pelos coordenadores foram problemas de relacionamento com os cirurgiões-dentistas da rede e carência de recursos financeiros, além de sugerirem maior apoio do setor público e das instituições de ensino para melhor desenvolvimento de suas atividades, resultados bastante parecidos com os encontrados na Regional de Bauru.

O crescimento de equipes é bastante positivo, entretanto, por si só, não é suficiente. É necessário monitorar e avaliar o trabalho dessas equipes, analisando a sua contribuição no aumento da cobertura, na facilidade de acesso ao tratamento odontológico e em sua resolutividade. É importante observar aspectos como a eficácia e a eficiência das ações dessas equipes. Essa tarefa não é simples; uma vez que exige atividade conjunta do Ministério da Saúde, da SESA-PR e das Secretarias Municipais de Saúde bem como das Universidades que

atuam e estudam na área.

As políticas públicas de saúde bucal devem nortear-se por princípios, relacionados aos seus fins (universalidade, equidade e integralidade), ao meio de atingi-los (fortalecimento do poder local, intersetorialidade) e atributos correspondentes a ambas as dimensões (participação e controle social).

REFERÊNCIAS

ACISPAR. **Consórcios Intermunicipais de Saúde.** Disponível em <<http://www.acispar.com.br/Consortorios/definicao.php>> Acesso em 14 jul. 2009.

AGUILERA, F. C. A. et al. (org) **Plano Diretor de Regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no Estado do Paraná - 2009.** Disponível em <www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/PDR2009.pdf.> Acesso em 10 maio 2009.

BALDANI, M. H. A experiência em cidades de médio e pequeno porte do Paraná. In: MOYSÉS, S. T. et al. (org) **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências.** 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org) **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado Federal, 1988. 140p.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **SUS 20 anos.** Brasília: CONASS, 2009, 282 p.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES 3.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>.> Acesso em 25 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Brasília, 2009. Disponível em: <<http://dtr.saude.gov.br/dab/cnsb/>> Acesso em 30 jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080/90.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 19 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **NOB-SUS 1996.** Norma Operacional Básica do SUS. Brasília: Diário Oficial da União, de 06 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB 2000: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000.** Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95/GM.** Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 2001). Brasília: Diário Oficial da União, de 29 de janeiro de 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica; Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373/GM**. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 2002). Brasília: Diário Oficial da União, de 27 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.121/GM**. Pacto dos Indicadores da Atenção Básica – 2002. Brasília: Diário Oficial da União, de 18 de junho de 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 673/GM**. Possibilita a equiparação das ESB ao número de ESF implantadas. Brasília: Diário Oficial da União, de 04 de junho de 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003 Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM**. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica-2006. Brasília: Diário Oficial da União, de 13 de março de 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 17. Saúde Bucal**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008**. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB. Brasília: Diário Oficial da União, de 26 de dezembro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 302/GM de 17 de fevereiro de 2009**. Estabelece que profissionais de Saúde Bucal que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – EACS. Brasília: Diário Oficial da União, de 30 de abril de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2374/GM de 07 de outubro de 2009**. Altera os valores de próteses dentárias realizadas pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Brasília: Diário Oficial da União, de 09 de outubro de 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Aplicativo do Pacto pela Saúde. **Pacto pela Saúde - SISPACTO/DATASUS**. Disponível em: < <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/> > Acesso em 18 out. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Centro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipepr.dcf>> Acesso em 17 set. 2009.

BRENDLER, A. **Brasil está longe de reverter o quadro de abandono na área de saúde bucal, diz especialista**. Disponível em <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/06/22/matéria.2008-06-22.7839405716/view> > Acesso em 15 nov. 2008.

CAETANO, R. e DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da Atenção Básica à Saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p.11-21, 2002.

CÂMARA, V. M. et al. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador: Epidemiologia das relações entre a produção, o ambiente e a saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CISAMUSEP. **Histórico** CISAMUSEP. Disponível em <http://www.cisamusep.org.br/?action=cisa_historico> Acesso em 13 jul. 2009.

CONASS. Gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde. **CONASS DOCUMENTA 14**. Brasília: CONASS, 2008, p.14.

CFO. **Jornal do Conselho Federal de Odontologia**. Ano XVII – n.88 - jan/fev de 2009, p. 3 e 9.

CFO. **Jornal do Conselho Federal de Odontologia**. Ano XII – n.91 – jul/ago de 2009, p.9.

CRO-PR. **Relação dos recursos humanos em Odontologia com dados do CFO**. Disponível em <<http://www.cropr.org.br/portal/inicio/contato.php>> Acesso em 29 set. 2009.

COSTA, S. M.; DURÃES, A. J. S.; ABREU, M. H. V. G. Feminização do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, p.1851-1864, 2007.

DIAS, A. A. Saúde Bucal Coletiva e Legislação à Luz do Programa Saúde da Família. In: DIAS, A. A. (org) **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2006.

FARIA, L. R. **Atenção à saúde bucal**. Apostila UERJ. Rio de Janeiro, 2009.

FIRJAN. **Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal**. Disponível em <<http://www.firjan.org.br/data/pages/2C908CE9231956A501234B7C92D5445.htm>> Acesso em 15 ago. 2009.

GODOY, R. R. **Consórcios Públicos - vantagens e desvantagens na adequação dos consórcios existentes à forma de associação pública (Consórcio Público/Público)**. Disponível em <http://www.cisamusep.org.br/?action=cisa_reinaldo> Acesso em 13 jul. 2009.

GOYA, S. **Estudo do perfil epidemiológico dos adolescentes no município de Maringá – Paraná**. Monografia (Especialização) Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas – secção Bauru - SP, 2004.

GROISMAN, S.; MORAES, N. M.; CHAGAS, L. D. A evolução da atenção à saúde bucal no Brasil: o contexto da saúde bucal. **Cadernos da ABOPREV II**. Rio de Janeiro, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa Populacional 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/>> Acesso em 10 ago. 2009.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **População do PR aumenta 0,9% e chega a 10,7 milhões de habitantes**. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=164>> Acesso em 20 ago. 2009.

KOZLOWSKI, F. C. e PEREIRA, A. C. Métodos de utilização de flúor sistêmico. In: PEREIRA, A. C. et al. (org) **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LACERDA, E. et al. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

LEVCOVITZ, E., GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. In: **Cadernos Saúde da Família**. Brasília, v.1, n.1, p 3-8, jan/jun, 1996.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.2 p.269-291, 2001.

MACEDO, T. de P. F. de. **Gestão pública na Saúde: horizontes a descortinar**. Jus Navigandi, Teresina, ano 13, n.2133, 4 maio 2009. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=12745>> Acesso em 16 maio 2009.

MATTOS, R. A. **Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade**. Apostila UERJ. Rio de Janeiro, 2007.

MANFREDINI, M. A.; NARVAI, P. C. Projeto de Saúde Coletiva - Carta do 26º CIOSP-2008. In: **APCD Jornal**. Ano 42, n.611. São Paulo: Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas, mar. 2008, p. 10.

MARINGÁ. **Relatório Anual de Gestão 2008**. Secretaria Municipal de Saúde. 2009.

MENDES-SILVA, H. **O perfil dos municípios e dos coordenadores de saúde bucal pertencentes à região de Bauru (DIR-X) em relação à Atenção Básica (SUS)**. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. Bauru: Universidade de São Paulo, 2007.

MOYSÉS, S. J. et al. Apontamentos para estudos e debates sobre a Estratégia Saúde da Família: Desafios para os municípios. In: MOYSÉS, S. T. et al. (org) **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NARVAI, P. C.; BIGHETTI, T. I. Fluorose dentária: aspectos epidemiológicos e de vigilância à saúde. In: PINTO, V. G. et al. (org) **Saúde bucal coletiva**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008.

OLIVEIRA, B. A Odontologia é delas. In: **APCD Jornal**. Ano 42, n.611. São Paulo: Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, mar. 2008, p.17.

OLIVEIRA, B. Projeto de lei que regulamenta a Emenda 29 é aprovado pelo Senado. In: **APCD Jornal** Ano 43, n.613. São Paulo: Associação Paulista dos Cirurgiões-Dentistas, maio de 2008, p.15.

PARANÁ, **Secretaria Estadual de Saúde**. Disponível em: < www.saude.pr.gov.br > Acesso em: 15 nov. 2008.

_____, Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/> Acesso em 13 set. 2009.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIGER, L. (org) **Promoção de saúde bucal**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008**. Disponível em <http://www.pnud.org.br/arquivos/rdh/rdh20072008/hdr_20072008_pt_complete.pdf> Acesso em 5 out. 2009.

RABELLO, S. B.; GODOY, C. V. C.; PADILHA, W. W. N. Por que a Odontologia se transformou numa profissão de mulheres? **Revista Brasileira de Odontologia**. v. 57 n. 2, p. 118-23, mar./abr. 2000.

RODRIGUES, A. D. M. **O mercado de trabalho na odontologia**. Conselho Federal de Odontologia, Rio de Janeiro: CFO, 2008.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SAMARA, E. D. M. O que mudou na família brasileira?: da Colônia à atualidade. In: **Psicologia USP**. v.13, n.2, p. 27 – 48, 2002. Disponível em: < www.scielo.br.> Acesso em: 27 out. 2007.

SOUZA, R. R. et al. (org) **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2008. 300p. Disponível em: <www.saude.sp.gov.br/> Acesso em 13 set. 2009.

SVERBERI, B. Uma régua não muito precisa. **Revista Veja**, São Paulo, ed. 2.134, p. 96-7, 14 out. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care**. Geneva: WHO, 1978.

APÊNDICE A – Correspondência informando aos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal sobre a realização da pesquisa.

CARTA DE INFORMAÇÃO AOS COORDENADORES DE SAÚDE BUCAL:

Devido às diferentes características e peculiaridades que cada município possui pretendemos, por meio desta pesquisa, conhecer a realidade das cidades de nossa região (15ª Regional de Saúde), em relação à atenção básica em saúde bucal. Além disso, buscaremos conhecer melhor os Coordenadores de Saúde Bucal desses municípios, a fim de que seja possível elaborar propostas e/ou parcerias entre a Faculdade Uningá (onde leciono há 9 anos) e os municípios.

A pesquisa será dividida em duas fases. Na primeira, será realizada uma entrevista abordando as atuações do município quanto à atenção básica em saúde e aos tratamentos oferecidos à população. Num segundo momento, será aplicado um questionário com questões relacionadas ao perfil do Coordenador de Saúde Bucal, as dificuldades encontradas no cargo e suas propostas para melhorias do Sistema Público de Saúde. Essas entrevistas/questionário terão, aproximadamente, 1 hora de duração, que podem gerar dados e conhecimentos os quais, possivelmente, resultarão em melhorias para a saúde de nossa comunidade.

Os autores assumem a responsabilidade de garantir esclarecimentos antes e durante a pesquisa, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com o projeto.

Os sujeitos da pesquisa têm toda a liberdade para se recusarem em participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou prejuízo algum.

Todas as informações obtidas serão de caráter confidencial e usadas apenas e exclusivamente para pesquisa científica.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____, portador da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito da pesquisa ou seu representante legal, pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Art. 9º do Código de Ética Odontológica).

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Umuarama-Pr, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do Autor: Helder Dias Casola

APÊNDICE C – Entrevista aos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal**ENTREVISTA: COORDENADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE BUCAL****INFORMAÇÕES GERAIS:**

Nome do município: _____

Localização: _____

Nº de habitantes total: _____

IDH: _____

SANEAMENTO BÁSICO:

% da população com acesso à água tratada: _____

Há fluoretação da água de abastecimento? _____ Desde quando? _____

SAÚDE PÚBLICA:

Quantos % do orçamento municipal são aplicados à Saúde? _____

Nº de hospitais (públicos e privados): _____

Nº de médicos contratados: _____

Existe Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)? _____

Existe Estratégia Saúde da Família? _____ Quantas Equipes? _____

Qual a abrangência? _____ % da população

SAÚDE BUCAL:

Existe o cargo de Coordenador de Saúde Bucal?

Nº de Cirurgiões - dentistas contratados pelo município?

Nº de Técnicos em Higiene Dental?

Nº de Auxiliares de Consultório Dentário?

Nº de Equipes de Saúde Bucal (Modalidade I - CD e ACD)?

Nº de Equipes de Saúde Bucal (Modalidade II – CD, THD e ACD)?

O município conta com Centro de Especialidades Odontológicas?

Para quais especialidades odontológicas o município oferece cobertura?

Qual a cobertura populacional atingida pelo serviço público?

Já foi realizado levantamento epidemiológico em saúde bucal? Quando?

Que problemas odontológicos foram pesquisados?

Há programas preventivos em saúde bucal? Quais?

Há programas específicos para gestantes, idosos, diabéticos, pacientes especiais etc?

Há presença de escovação supervisionada nas escolas? Em quais?

Há aplicação tópica de flúor nos escolares?

APÊNDICE D - Questionário a ser respondido pelos Coordenadores Municipais de Saúde Bucal**QUESTIONÁRIO A SER RESPONDIDO PELO COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL:**

Município: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Possui diploma universitário?

 Sim Não

Se a resposta for sim. Qual o curso? _____

Em que ano se formou? _____

Grau de escolaridade:

 até 2º grau completo Ensino Superior Incompleto Ensino Superior Completo Especialidade na área de _____ Mestrado na área de _____ Doutorado na área de _____

Concluiu algum curso voltado à Saúde Coletiva (Saúde Pública)?

 Aperfeiçoamento. Quantas horas de duração? _____ Atualização. Quantas horas de duração? _____ Especialização. Quantas horas de duração? _____ Outros. Quantas horas de duração? _____

Concluiu algum curso de Gestão/Administração em Saúde? Qual? Quantas horas de duração? _____

Há quantos anos é coordenador de saúde bucal? _____

Já havia sido anteriormente? _____

Quando? _____

Quais as maiores dificuldades encontradas para exercer o cargo?

Está satisfeito com as condições de trabalho oferecidas? () Sim () Não Por quê?

Como você vê a participação das faculdades no que diz respeito à Saúde Bucal Coletiva no seu município? Existe algum tipo de parceria?

Que sugestões você daria com relação às parcerias com as faculdades?

Possui projetos para melhorias na área de Saúde Bucal para o seu município?

ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ingá/Uningá – PR



COMITÊ PERMANENTE DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - REGISTRADO NA CONEP EM 20/12/2006

CAAE Nº 0122.0.362.000-09

PARECER Nº 0122/09

Pesquisador(a) Responsável: Helder Dias Casola

Curso de graduação/Curso pós-graduação/Empresa: Curso de Odontologia TCC

Título do Projeto: Atenção à saúde bucal: avaliação dos serviços no âmbito da 15ª regional de saúde do estado do Paraná

Considerações:

O presente trabalho tem como objetivo principal identificar e analisar a realidade da saúde pública (Bucal) na 15ª Regional de Saúde do Paraná após a descentralização. O pesquisador pretende também mapear as ações e serviços odontológicos oferecidos e analisar o perfil dos Coordenadores de Saúde Bucal da regional. Segundo o pesquisador, os dados serão coletados a partir de entrevistas, questionários e informações disponíveis em bancos de dados nacionais e estaduais, como: IBGE, DATASUS, SESA-PR. O trabalho deixa muito claro os objetivos e metodologia. Todos os preceitos éticos estão definidos e bem descritos. Após análise do protocolo este comitê aprova sua execução.

Situação:
APROVADO (x)

() para registro SISNEP () para análise e parecer CONEP Data: / /

O pesquisador(a) deverá apresentar:

() Relatório(s) semestral (ais) em
(x) Relatório final para este comitê em Julho/2010

O protocolo foi aprovado de acordo com a resolução nº 196/96 e complementares do CNS/MS, na 0006ª reunião do CEP-INGÁ em 29/06/2009.


Profª Ms. Karine Vaccaro Tako
COORDENADORA DO CEP - INGÁ

ANEXO B – Declaração de autorização do Diretor da 15ª RS-PR para a realização da pesquisa no âmbito dos trinta municípios pertencentes à regional de saúde.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

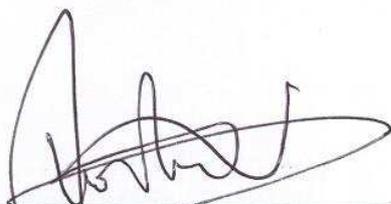
Ao Diretor da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná
Dr. Antônio Carlos Pupulin

Venho por meio desta, solicitar a autorização desta Regional para a execução do Projeto de Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – UERJ intitulado **Atenção à Saúde Bucal: Avaliação dos Serviços no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná**, sob minha responsabilidade.

A metodologia da pesquisa consiste em entrevistas/questionários com os trinta Coordenadores Municipais de Saúde Bucal e/ou representantes da área odontológica das cidades pertencentes a essa Regional.

A finalidade será mapear as ações e serviços odontológicos, analisar o perfil dos profissionais responsáveis pelo setor odontológico e para podermos comparar com os resultados obtidos numa pesquisa parecida feita na Diretoria Regional de Saúde do Estado de São Paulo (DIR X-Bauru-SP) em 2007, pelo Prof. Ms. Henrique Mendes Silva.

Atenciosamente.



Antônio Carlos Pupulin
Diretor da 15ª Regional de Saúde - Pr.



Helder Dias Casola
Mestrando em Saúde Coletiva-UERJ

ANEXO C – Declaração de autorização do Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá para a realização da pesquisa no âmbito do município.



ESTADO DO PARANÁ
Ofício nº1595/2009

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CECAPS
Centro de Formação e Capacitação
Permanente dos Trabalhadores da Saúde

Maringá, 21 de julho de 2009.

Informamos que foi **autorizada**, mediante a aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa, a realização do projeto Atenção à Saúde Bucal: Avaliação dos Serviços no Âmbito da 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, com a Coordenadora de Saúde Bucal no dia 27/08/2009.

Solicitamos que o pesquisador entre em contato com os setores com uma semana de antecedência ao início do estágio.

Atenciosamente.



Nelly Lopes de Moraes Gil
Coordenadora CECAPS.

Ilmo.prof.
Helder Dias Casola
Coordenador do Projeto
UNIPAR-UERJ