Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Alexandre Almeida Webber

Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde no estado do Paraná

Rio de Janeiro
2009

Alexandre Almeida Webber

Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde no estado do Paraná

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. George Edward Machado Kornis

Rio de Janeiro

2009

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

W372 Webber. Alexandre Almeida.
Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde no estado do Paraná / Alexandre Almeida Webber. – 2009.
83 f.

Orientador: George Edward Machado Kornis.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde bucal – Teses. 2. Paraná – Teses. 3. Política Nacional de Saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Kornis, George Edward Machado. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.314-083

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

_____ _____

Assinatura Data

Alexandre Almeida Webber

Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde no estado do Paraná

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovado em 30 de novembro de 2009.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis (orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof. Dr. Sergio Murta Maciel
UFJF

_____

Prof.ª Dra. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Rosângela Caetano
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais e irmãos.

À minha amada Mariana.

AGRADECIMENTOS

A George Edward Machado Kornis, meu orientador, por me encaminhar na difícil tarefa de escrever uma dissertação.

A todos os professores que participaram do Minter UERJ/UNIPAR, por sua dedicação e disponibilidade, de trazerem sua experiência e conhecimento para o interior do Paraná e possibilitarem que jovens professores dessa região obtivessem uma formação igual a dos grandes centros do nosso país.

A Leila Senna Maia, que foi uma grande amiga que tive a oportunidade de conhecer na execução deste trabalho, e me auxiliou do início ao fim, possibilitando grandes avanços na minha formação profissional. Minha gratidão e admiração.

A Renata Ferraiolo, que colaborou na execução deste trabalho desde seu início.

Aos colegas de mestrado, que nesses dois anos fizeram parte da minha vida, dividindo angústia e alegria a cada novo encontro para as aulas. Em especial agradeço a Adriana, Aline e Cleonice, com quem viajei quinzenalmente para Umuarama e com quem aprendi um pouco de Psicologia e Enfermagem, o que tornou nossas viagens sempre agradáveis e tranquilas.

A todos os meus alunos, que sempre me deram força e que me faz a cada dia ter certeza da escolha da minha profissão.

Aos meus grandes amigos e colegas de trabalho, Ediuilson, Adriane e Marina, que me auxiliaram na árdua tarefa de coordenar o Curso de Odontologia da Unioeste, possibilitando minha dedicação ao mestrado.

Agradeço ao pessoal da secretaria do mestrado da Unipar, em especial ao Antônio, que sempre nos auxiliou, e da secretaria da UERJ a Simone e Eliete, que sempre me auxiliaram para resolver a burocracia referente ao mestrado e a defesa.

A todos os amigos e pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meu muito obrigado!

RESUMO

WEBBER, Alexandre Almeida. *Política Nacional de Saúde Bucal*: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios integrantes da 10ª Regional de Saúde no Estado do Paraná. 2009. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O Ministério da Saúde (MS), através de sua política de incentivos financeiros, vem promovendo um processo de reorganização da atenção à saúde bucal, com a implantação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da atenção básica, e dos Centros de Especialização Odontológica (CEO) e Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD), na atenção secundária. Nesse contexto, esta dissertação foca o processo de reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e nos demais municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Consideramos que, em tese, este processo de regionalização deve ser orientado pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que priorizam a atenção básica em saúde bucal através da ESF e trazem ainda como proposta a ampliação da média e alta complexidade em saúde bucal. Foi realizada ampla pesquisa nas bases de dados do DATASUS, relativos à produção das ações de saúde bucal dos 25 municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007. Os dados foram cotejados com aqueles disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) relativos à implantação das ESB, CEO e LRPD. Os resultados demonstram que, no âmbito da 10ª RS, ocorreu ampliação do acesso e da oferta de ações e serviços de saúde bucal. No entanto, a despeito da ampliação do acesso, há um longo caminho a ser percorrido para que haja avanços significativos nas condições de saúde bucal da população, tal como é a proposta da PNSB.

Palavras-chave: Política Nacional de Saúde Bucal. Estado do Paraná. Incentivos Federais. Saúde Bucal. Financiamento do SUS.

ABSTRACT

The Ministry of Health through its policy of financial incentives, has been promoting a reorganization of oral health care, with the deployment of teams of Oral Health (ESB) in the Family Health Strategy (ESF) under primary care, and Specialized Dental Centers (CEO) and Regional Laboratory of Dental Prosthesis (LRPD), in secondary care. In this context, this dissertation focuses on the reorganization of oral health care in Cascavel and other cities within the 10th Health Region of Parana State. We believe that, in theory, this process of regionalization should be guided by the guidelines of the National Oral Health Politics (PNSB) with focus on primary health care through the oral care and ESF, as proposed to extend the medium and high complexity in oral care. An extensive research was conducted in DATASUS databases, on production of oral health activities in 25 communes belonging to 10th Health Region of Parana State, from January 1998 to December 2007. The data were compared with those provided by the Department of Primary Care (DAB) for the deployment of the ESB, CEO and LRPD. The results show that, in the 10th RS, there was increased access and supply of shares and oral health services. However, despite the expansion of access, there is a long way to go before there are significant improvements in the oral health status of the population, as proposed by the PNSB.

Keywords: National Oral Health Politics. Paraná State. Federal incentives. Oral Health. Financing of SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Incentivos federais por tipo de CEO	20
Quadro 2 -	Número de procedimentos por tipo de CEO	21
Figura 1 -	Mapa do estado do Paraná com a divisão regional do IBGE	27
Quadro 3 -	Mesorregiões e microrregiões do Estado do Paraná	28
Quadro 4 -	Principais pólos de população urbana do Estado do Paraná e sua importância econômica	29
Figura 2 -	Mapa do Estado do Paraná com a divisão das 22 Regionais de Saúde	34
Quadro 5 -	Regionais de Saúde do Estado do Paraná	35
Quadro 6 -	CEO e LRPD do Estado do Paraná	37
Figura 3 -	Mapa da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná	39
Quadro 7 -	ESF, ESB, população e cobertura na 10ª RS	40
Quadro 8 -	Evolução dos repasses federais as ESB	49
Quadro 9 -	Incentivos federais para implantação por tipo de CEO	50
Quadro 10	Nº de ESB, ESF implantadas e cobertura populacional na 10ª Regional de Saúde do Paraná até dezembro de 2007	62
Gráfico 1 -	10 ª RS 1ª consulta programática	65
Gráfico 2 -	10ª RS Exodontia de elem. Permanente	67
Gráfico 3 -	10ª RS Curetagem/ pol. dentário	69
Gráfico 4 -	10ª RS Qtd Aprovada - ações básicas em Odontologia	70
Gráfico 5 -	10ª RS Atenção Esp. Periodontia (curetagem sub./indivíduo	71
Gráfico 6 -	10ª RS Atenção Esp. Periodontia (raspagem coronorradicular por hemiarcada)	72
Gráfico 7 -	10ª RS Endodontia trirradicular	72
Gráfico 8 -	10ª RS Qtd. Aprovada - ações especializadas em Odontologia	74
Gráfico 9 -	LRPD Cascavel	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
APAC	Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
BNH	Banco Nacional de Habitação
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAIF	Centro de Atendimento Integral ao Fissurado
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CD	Cirurgião Dentista
CRAID	Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente
CREO	Centro de Referência de Especialidades Odontológicas
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CSLL	Contribuição Social Sobre Lucro Líquido
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
DASP	Departamento de Administração do Serviço Público
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DNSB	Divisão Nacional de Saúde Bucal
EC	Emenda Constitucional
ECEO	Encontros Nacionais de Estudantes de Odontologia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GT Odonto	Grupo de Trabalho de Odontologia

GECOFS	Grupos Estaduais de Controle da Fluoretação
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto Sobre Circulação de Mercadoria e Serviço
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	Imposto de Renda Retido na Fonte
IPI	Imposto sobre Produto Industrializado
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPE	Instituto de Previdência do Estado do Paraná
ISSQN	Imposto de Serviço de Qualquer Natureza
IPTU	Imposto Sobre a Propriedade Territorial Urbana
ITR	Imposto Sobre a Propriedade Territorial Rural
JABO	Jornal da Associação Brasileira de Odontologia
LRPD	Laboratório Regional de Próteses Dentárias
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MBRO	Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
DAB	Departamento de Atenção Básica
NO	Norma Operacional
NOBs	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Orçamento da Seguridade Social
OGU	Orçamento Geral da União
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PIB	Produto Interno Bruto
PLADEP	Plano de Desenvolvimento do Paraná
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PRECAD	Programa de Prevenção da Cárie Dental

PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Regional de Saúde
SESA/PR	Secretaria de Estado de Saúde do Paraná
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SAGMACS	Sociedade de Análises Gráficas e Mecanográficas Aplicadas nos Complexos Sociais
THD	Técnico em Higiene Dental
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UNEO	União dos Estudantes de Odontologia
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
10ª RS	10ª Regional de Saúde

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	12
1	**BRASIL: AS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL EM PERSPECTIVA HISTÓRICA**	14
1.1	**Um breve histórico das políticas de saúde bucal no Brasil**	14
1.2	**Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)**	22
2	**PARANÁ: UMA SÍNTESE HISTÓRICA DO SEU DESENVOLVIMENTO ECONOMICO E SOCIAL**	26
2.1	**Paraná: o estado e suas regiões geográficas**	26
2.2	**Paraná: a região oeste do estado**	32
2.3	**Paraná: as Regionais de Saúde e a ação da Secretaria Estadual de Saúde**	33
2.4	**Paraná: a 10ª Regional de Saúde**	38
3	**O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL**	41
3.1	**As Normas Operacionais do SUS e seu papel na descentralização e implicações no financiamento**	45
3.2	**O financiamento da PNSB**	48
3.3	**A política de incentivos do Ministério da Saúde**	50
4	**UMA ANÁLISE DO PERFIL DA OFERTA DE SERVIÇOS EM SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA PNSB**	54
4.1	**Metodologia da pesquisa**	54
4.2	**Análise dos dados da pesquisa a partir da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná**	60
4.2.2	Produção atenção especializada em odontologia	70
4.2.3	Produção de Próteses Dentárias	74
5	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	76
	REFERÊNCIAS	82

APRESENTAÇÃO

Com a inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em 2001, a odontologia começa a fazer parte da agenda da saúde pública no Ministério da Saúde (MS). Somado a este fato, em 2004, o MS lança a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que ficou conhecida como “Brasil Sorridente”. Esses dois fatos marcam o aumento progressivo de recursos financeiros do governo federal para o financiamento da saúde bucal no SUS.

Segundo o Ministério da Saúde, em relação aos recursos financeiros para o desenvolvimento da PNSB, entre 2003 e 2006, foram investidos mais de R$ 1,2 bilhão. Em 2007, foram R$ 600 milhões; e a meta é investir, de 2007 a 2010, cerca de R$ 2,7 bilhões (BRASIL, 2009a).

A reorganização da atenção básica está centrada na ESF com a implantação de ESB através de incentivos federais, que visam a ampliação e qualificação da mesma, sendo prioridades nesse nível de atenção: prevenção e controle do câncer bucal, implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento, inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica, inclusão da reabilitação protética na atenção básica e ampliação do acesso.

As diretrizes da PNSB também preconizam a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os LRPD são laboratórios destinados à confecção de próteses totais e próteses parciais removíveis. Também há previsão do fortalecimento da atenção terciária no âmbito hospitalar.

Nesta perspectiva, a presente dissertação procurou avaliar o resultado do financiamento público federal, através da política de incentivos às ações assistenciais contidas na PNSB, no âmbito da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, verificando em que medida ocorreu o processo de reorganização da atenção à saúde bucal, tal como pretendido pela PNSB na região estudada. Com esse intuito, foi utilizada a mesma metodologia adotada por Maia (2008) para o Estado do Rio de Janeiro. Assim, será possível também avaliar se essa metodologia se mostra consistente quando utilizada em outra unidade da federação.

A presente dissertação foi estruturada em cinco capítulos, para cumprir os objetivos propostos. O primeiro traça um panorama da evolução histórica das Políticas de Saúde no Brasil, enfatizando alguns acontecimentos que marcaram a construção da odontologia como uma política de saúde pública no Brasil.

O segundo capítulo aborda as características do Estado do Paraná e de sua região oeste, que é objeto desta dissertação. Ainda neste capítulo, veremos a divisão regional do estado e a divisão da Secretaria de Saúde em Regionais de Saúde e sua atuação no estado.

O terceiro retrata como o financiamento público da saúde no Brasil tem possibilitado ou restringido os avanços do SUS, desde sua criação na Constituição de 1998. Neste contexto, também discutimos o papel das Normas Operacionais do SUS e seu papel no processo de descentralização, assim como suas implicações no financiamento do SUS.

O quarto capítulo reporta-se à pesquisa realizada em diversas bases de dados, com o objetivo de embasar a discussão e possibilitar um panorama sobre os 25 municípios pertencentes à 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, no que diz respeito a sua população, condição de gestão dos municípios que a compõem, repasses financeiros federais para implantação e custeio das ESBs na ESF, assim como dos CEO e LRPD no âmbito desta Regional até dezembro de 2007. Neste capítulo, também fazemos uma análise crítica da “Série Histórica de Produção” de alguns procedimentos em saúde bucal realizados no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2007 nos 25 municípios pertencentes à 10ª RS do Estado do Paraná.

Para finalizar, no quinto capítulo enfatizamos algumas inferências já apresentadas no corpo da pesquisa e apontamos algumas considerações acerca das perspectivas futuras de desenvolvimento da PNSB.

1 **BRASIL: AS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL EM PERSPECTIVA HISTÓRICA**

1.1 **Um breve histórico das políticas de saúde bucal no Brasil**

A Constituição Federal de 1988 consagrou o direito a saúde como direito de todos e dever do Estado. Em 1990, com a Lei nº 8.880, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado, tendo como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Com os vetos presidenciais, essa Lei foi profundamente mutilada, principalmente nos itens referentes ao financiamento e ao controle social. Alguns desses vetos foram recuperados através de negociações, com a aprovação de uma nova Lei, a de nº 8.142, de dezembro do mesmo ano, e juntas essas duas leis formam a Lei Orgânica da Saúde (LOS). O SUS é resultado de lutas históricas do movimento sanitário brasileiro, que se intensificou nas décadas de 1970 e 1980, “em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira” (RONCALLI, 2003, p. 28).

Segundo Mattos (2001, p. 2):

> A concepção de saúde como direito de todos no Brasil não é simplesmente uma abordagem tradicional, como parece insinuar aquele trecho do Banco Mundial[1]. Ela, assim como o arcabouço institucional do SUS, deriva das reivindicações postas pelo movimento sanitário desde a década de setenta, quando , no contesto da luta pela redemocratização do país, e da construção de uma sociedade mais justa, um conjunto expressivo de intelectuais e militantes se engajou no esforço de construir uma crítica ao então sistema nacional de saúde, às instituições de saúde, e as práticas de saúde então hegemônicas.

A odontologia teve sua inserção na assistência pública no Brasil em 1912, com a fundação das Clínicas Dentárias Escolares em São Paulo (CARVALHO; LOUREIRO *apud* OPAS, 2006). Tendo esse fato como marco, o atendimento a escolares no Brasil, até o ano de 1952:

> [...] mostrou-se rudimentar, principalmente no que diz respeito ao seu planejamento e ao tipo de serviço ofertado, caracterizado pela falta de avaliação, pela ausência de sistema de trabalho e de técnicas uniformes, pelo preparo inadequado de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista

[1] “a abordagem mais comum para os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-los como um direito do cidadão e tentar prover serviços gratuitos para todos. Essa abordagem geralmente não funciona” (World Bank, 1987, p. 3 in Mattos, 2001).

> da profissão, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de atenção dado nos consultórios particulares (WERNECK apud OPAS, 2006 p. 19).

Esse modelo, oriundo do Sistema Incremental,[2] é um modelo excludente, tendo em vista que, quando se estabelece uma população alvo para atenção, neste caso os escolares, excluem-se da possibilidade de atenção as demais parcelas da população exposta ao risco de adoecer (PINTO, 1992).

Em 1954, com a criação da União dos Estudantes de Odontologia (UNEO), teve início a formação do pensamento crítico relacionado ao modelo hegemônico[3] entre os cirurgiões-dentistas, que clamavam por uma odontologia que se adequasse às realidades da população brasileira (SERRA apud MAIA, 2008).

Para Serra (1998, p. 159), nas três primeiras décadas, o movimento tinha a preocupação de sensibilizar a própria categoria em relação à realidade odontológica vigente e para sociedade em geral; o modelo vigente de assistência odontológica estava longe da população e "privilegiava com o tratamento os mais abastados e "mutilava" os já marginalizados do processo social, pela lógica perversa, excludente do capitalismo dependente".

A presença de profissionais da área de odontologia no Ministério da Saúde (MS) ocorreu somente em 1979, quando foi realizado concurso público para os cargos de sanitaristas do Departamento de Administração do Serviço Público (DASP). Esses profissionais foram alocados em divisões técnicas, devido ao fato de que o MS ainda não contava com uma estrutura específica para saúde bucal em seu organograma. "Portanto, até inícios dos anos 80 não havia nenhuma organização institucional que respondesse pela agenda da saúde bucal no campo do MS" (GARCIA, 2006, p. 18).

Somente com a implantação do Grupo de Trabalho de Odontologia – GT Odonto, composto por sanitaristas, em 1982, iniciou-se o processo de institucionalização da saúde bucal no MS. No entanto, esse grupo ainda não ocupava lugar no organograma no MS. Em conjunto com Banco Nacional de

---

[2] "Um Sistema incremental é um método de trabalho que visa ao completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas" (PINTO, 1992, p. 43).

[3] "O modelo assistencial odontológico hegemônico que prevaleceu até 1988 era preponderantemente de prática privada e centrada em ações curativas. Este modelo que se caracterizou pela livre demanda também prestava assistência aos trabalhadores urbanos segurados através das Caixas (CAP) e depois dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)" (MAIA, 2008, p. 24).

Habitação (BNH), o grupo trabalhou na perspectiva de implementar a fluoretação da água de consumo público. “Na mesma época foram criados os Grupos Estaduais de Controle da Fluoretação (GECOFS), integrando os trabalhadores das secretarias estaduais de Educação e de Saúde, as entidades de classe e as companhias estaduais de saneamento”. (GARCIA, 2006, p. 19).

O GT Odonto foi substituído pela Divisão Nacional de Saúde Bucal (DNSB) em 1988, e seu primeiro diretor foi Vítor Gomes Pinto. Essa divisão elaborou o Programa de Prevenção da Cárie Dental (PRECAD) e criou as coordenadorias macrorregionais de saúde bucal. Teve como uma das principais realizações a publicação, em 1988, do *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana, 1986*, cujos trabalhos de coleta de dados realizaram-se ainda com o GT Odonto (ZANETTI, 1993). A mesma divisão, em 1990, agora tendo na sua direção Sérgio de Carvalho Wayne,[4] inseriu as ações de saúde bucal nos procedimentos do SUS (GARCIA, 2006).

Segundo Kornis et al. (s/d, p. 8):

> O reconhecimento da importância nacional do movimento sanitário odontológico evidenciou-se ao final de 1986, quando a direção do MBRO foi convidada pela Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) a organizar uma sessão sobre saúde bucal no 1º Congresso da ABRASCO, a ser realizado no campus da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no período de 22 a 26 de setembro do mesmo ano. Nesse congresso foi aprovada a criação do Núcleo de Saúde Bucal da ABRASCO.

Em 1986, na 1º Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), os delegados participantes propuseram claramente a inserção da saúde bucal no SUS, através de um Programa Nacional de Saúde Bucal, mas essa inserção “tem sido marcada por conflitos e contradições, desde a criação do Sistema, pelos constituintes de 1988” (NARVAI, 2008, p. 10).

Com a participação ativa da DNSB, em outubro de 1988, foi firmado o documento *Política Nacional de Saúde Bucal* (PNSB), pelo MS. “Com tudo isso, frente ao conjunto de restrições estruturais de todas as ordens (financeiras, políticas, administrativas, simbólicas, etc.), não se implementou ao longo da segunda metade

[4] “O professor Sérgio de Carvalho Wayne ficou conhecido como pesquisador na área de prevenção e pela atuação na Associação Brasileira de Odontologia de Promoção de Saúde (ABOPREV). Após sua passagem pela Divisão Nacional de Saúde Bucal, foi designado para a direção do Departamento de Programas Especiais em Saúde” (GARCIA, 2006).

da década de 80, o padrão de operação de bem-estar, mesmo quando se pretendeu gerenciar os programas sanitário-bucais federais sob tal lógica" (ZANETTI, 1993, p. 90).

Para Zanetti (1993, p. 91):

> [...] há um lado positivo no ambiente de constituição do SNS brasileiro da segunda metade da década de 80; já que, a (re)organização dos serviços de proteção sanitário-bucal, bem como os desafios inerentes às novas práticas estimularam o surgimento de movimentos "aglutinadores" e de formação (e/ou fortalecimento) de elites técnicas das burocracias sanitário-bucais estaduais e municipais. [...] A expansão da Esfera Pública subsetorial, foi a característica mais importante (ainda que incompleta e limitada) de todo esse período; pois, ocorreu a formação de novos "públicos" técnicos e novos fóruns de debates.Entre esses "públicos" e "fóruns" que conseguiram se organizar, destacam-se nos anos 80: os Encontros Nacionais de Estudantes de Odontologia (ECEO) (a partir de 1979); o Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), fevereiro de 1984 a, aproximadamente, início de 1990); e, os Encontros Nacionais de Técnicos dos Serviços Públicos Odontológicos (ENATESPO), a partir de dezembro de 1984).

Tendo como tema central "A saúde bucal, como direito de cidadania", em setembro de 1993, em Brasília, foi realizada a 2ª CNSB, numa época marcada pela perspectiva de revisão da Constituição de 1988, quando se via ameaçado o direito à saúde como dever do Estado. Essa conferência estava articulada com a 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que havia ocorrido no ano anterior, e as discussões estavam voltadas para a "resistência do governo federal em efetivar a mais ampla e democrática participação da sociedade nas decisões e processos de gestão do Sistema Único de Saúde e em avançar na descentralização das ações e serviços". Swedenberger Barbosa, coordenador geral, na apresentação do relatório final do evento, falou que os delegados e participantes "pronunciaram-se deixando clara a sua indignação com o projeto neoliberal em curso no Brasil, responsável pelo desmonte do Estado, da seguridade Social e pela piora nas condições de vida". A saúde bucal no Brasil foi caracterizada como "iatrogênica, excludente e ineficaz" (BRASIL, 2005, p. 14).

Essa conferência aprovou as diretrizes e estratégias para a saúde bucal no país e apontava para "um novo modelo de atenção em saúde bucal" que tivesse como foco garantir a universalidade do acesso e a equidade na assistência odontológica e interligando a medidas de promoção com impacto social. Os delegados apontavam as dificuldades para implementação dessas diretrizes, que deveriam ser defendidas com muita luta junto às esferas governamentais para que a

saúde bucal fosse incluída entre as ações de saúde (BRASIL, 2005, p. 14).

Nesse sentido, até o ano 2000, a saúde bucal não contava com linhas específicas de financiamento, de modo que todos os recursos destinados a esta área da saúde eram provenientes na atenção básica, do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e alocados de acordo com os critérios e interesses particulares dos gestores locais. Na média e alta complexidade, a saúde bucal era financiada com os recursos destinados a estes níveis de atenção, sendo remunerada por procedimentos (MAIA, 2008).

No ano de 2000, a saúde bucal foi incorporada ao Programa de Saúde da Família (PSF). O Ministério da Saúde (Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000), através da sua política de incentivos financeiros, instituiu recursos "para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família". A mesma portaria estabeleceu duas modalidades de inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB): modalidade I, composta por um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD),[5] com incentivo financeiro anual de R$ 13.000,00 (treze mil reais); e modalidade II, composta por um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar de consultório dentário (ACD/ASB) e um técnico em higiene dental (THD/TSB) com incentivo financeiro anual de R$ 16.000,00 (dezesseis mil reais). De acordo com a referida portaria, cada Equipe de Saúde Bucal (ESB) é responsável pelo atendimento, em média, de uma população de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, numa relação de uma ESB para duas equipes de PSF. Ademais, a Portaria nº 1.444 prevê um incentivo adicional de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) para a aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos para as ESBs implantadas. Estes recursos são provenientes do MS, e se referem à parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 2000).

Em 2003, o MS instituiu a Portaria nº 673/GM, que "atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do PSF, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB", reajustando os valores transferidos para cada modalidade. Os valores passaram, para a modalidade I, a R$15.600,00 (quinze mil e seiscentos reais) e R$ 19.200,00 (dezenove mil e duzentos reais) para amodalidade II. Ademais, a relação entre o número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e ESB

[5] A lei federal nº 11.889, de dezembro de 2008, regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB), anteriormente denominado THD, e de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), anteriormente denominado ACD.

implantadas passa a ser de 1:1. Esse fato é de extrema importância para a efetiva implantação da atenção odontológica na atenção básica.

Com o intuito de reajustar novamente os recursos financeiros federais para o custeio das ESB, foi publicada em 2004, a Portaria nº 74, que elevava para R$ 20.400,00 (vinte mil e quatrocentos reais) a modalidade I e R$ 26.400,00 (vinte e seis mil e quatrocentos reais) a modalidade II. O incentivo adicional para aquisição de equipamentos e instrumentais é reajustado para R$ 6.000,00 (seis mil reais) para ambas as modalidades. A partir desta portaria, as ESBs passaram a receber também “um equipo odontológico completo (cadeira, equipo de 3 pontas, unidade auxiliar, mocho e refletor) para as equipes de saúde bucal habilitadas ou que se habilitarem na modalidade II para utilização por parte do técnico em higiene dental”. Essa portaria também inclui um repasse de recursos, em parcela única, de R$ 1.000,00 (um mil reais) para “cada equipe de saúde bucal já implantada, como incentivo adicional para a compra dos materiais permanentes utilizados nas fases clínicas de confecção de próteses”.

Após um longo período, entre 1993 e 2002, ocorreram duas Conferências Nacionais de Saúde, sendo a 10ª CNS em 1996 e a 11ª CNS em 2000, não havendo vinculação de conferências específicas de saúde bucal às mesmas. Em 2003, tendo como tema central “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”, realizou-se a 12ª CNS. Como parte inseparável da 12ª CNS, realizou-se, em 2004 a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Nessa época, havia a expectativa, por parte dos brasileiros, de que reivindicações históricas da população poderiam ser concretizadas (BRASIL, 2005, p. 14).

Finalmente, no ano de 2004, o MS lançou a Política Nacional de Saúde Bucal, cujo nome fantasia é “Brasil Sorridente”, cujas diretrizes

> [...] apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, 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 – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2004).

Essa política também contemplou ações de média e alta complexidade decorrentes da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e

dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Em relação aos LRPD, a Portaria nº 1572/GM, de 29 de julho de 2004, estabeleceu o pagamento a partir da produção de próteses dos laboratórios e limitou em 242 próteses por mês o máximo a ser financiado pelo MS. Os valores correspondentes a próteses totais são de R$ 30,00 e das próteses parciais removíveis R$ 40,00. Esse pagamento é feito pelo Governo Federal diretamente aos laboratórios credenciados, que têm sua produção controlada através de Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) e financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Apesar de os repasses de recursos financeiros terem sido iniciados juntamente com o lançamento dessa política, a portaria (Portaria nº 599) que define os critérios, as normas e os requisitos para a implantação desses serviços para sua manutenção foi publicada apenas em 2006 (BRASIL, 2006). O MS garante incentivos federais de acordo com os planos municipais e regionais de cada estado, para implantação e custeio dos CEO. Esse incentivo não representa a totalidade de recursos necessários para implantação e custeio dessas unidades. Cabe aos estados e municípios a responsabilidade de complementação desse custeio (MAIA, 2008).

Segundo a Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006, existem três modalidades possíveis de habilitação, de acordo com o número de cadeiras odontológicas disponíveis no CEO. No quadro a seguir, podemos verificar tais diferenças em relação aos tipos de CEOs:

Quadro 1 – Incentivos federais por tipo de CEO

Tipo de CEO	Nº cadeiras odontológicas	Incentivo de implantação	Incentivo mensal para custeio
I	03	R$ 40.000,00	R$ 6.600,00
II	De 04 a 06	R$ 50.000,00	R$ 8.800,00
III	07 ou mais	R$ 80.000,00	R$ 15.400,00

Fontes: Maia (2008) e Portaria nº 600/GM.

A mesma portaria estabeleceu uma produção mensal mínima para que fosse efetivado o repasse do custeio mensal. No quadro abaixo, pode-se verificar essa produção exigida:

Quadro 2 - Número de procedimentos por tipo de CEO

Tipo de CEO	Procedimentos Individuais Preventivos, Dentística Básica e Odontologia Cirúrgica Básica	Periodontia	Endodontia	Odontologia Cirúrgica e Traumatologia Buco-maxilo-facial
I	80	60	35	80
II	110	90	60	90
III	190	150	95	170

Fontes: Maia (2008) e Portaria nº 600/GM.

Novamente, em 2008, foram reajustados os recursos financeiros federais para o custeio das ESB, havendo nesse ano a publicação de duas portarias. No mês de outubro, a Portaria nº 2.489 definiu para ESB modalidade I, R$ 22.800,00 (vinte e dois mil e oitocentos reais), e para modalidade II, R$ 29.400,00 (vinte e nove mil e quatrocentos reais). A segunda portaria (nº 3.066) foi publicada em 23 de dezembro do mesmo ano, aumentando o repasse para R$ 24.000,00 (vinte e quatro mil reais) a ESB modalidade I, e para R$ 31.200 (trinta e um mil e duzentos reais) a ESB modalidade II (BRASIL, 2008).

Em relação aos recursos financeiros para o desenvolvimento da PNSB, segundo o MS, entre 2003 e 2006, foram investidos mais de R$ 1,2 bilhão. Em 2007, R$ 600 milhões e a meta é investir de 2007 a 2010 cerca de R$ 2,7 bilhões (BRASIL, 2008).

Tendo o PSF como novo modelo de atenção básica preconizado pelo MS, entre dezembro de 2002 e agosto de 2008, foram implantadas 13.088 novas ESB na Estratégia Saúde da Família (ESF), chegando a um total de 17.349. A ampliação da cobertura nesse período foi de mais de 300%, saindo de uma cobertura inicial de 62,5 milhões de pessoas e alcançando, em 2008, mais de 83,5 milhões de brasileiros (BRASIL, 2008). Em agosto de 2009, segundo o MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB existiam implantadas em 4.638 municípios brasileiros, 18.220 equipes de saúde bucal (BRASIL, 2009b).

A atenção especializada também teve grande expansão. Em dezembro de 2004, eram apenas 100 CEO implantados no país e em agosto de 2009, verifica-se 611 CEO em funcionamento no Brasil (BRASIL, 2009c).

Nos últimos 20 anos, a saúde bucal coletiva no Brasil obteve avanços no modelo proposto pelo SUS. No entanto, os estudos epidemiológicos demonstram que o perfil de saúde bucal, em especial na população adulta, ainda reflete uma prática mutiladora e pouco resolutiva (BRASIL, 2003). Com a implantação do “Brasil Sorridente”, o governo procurou melhorar esse perfil, investindo não somente na atenção básica, mas também na atenção especializada. O processo de reforma sanitária bucal ainda continua em marcha, pois ainda há muito para ser conquistado para que se tenha uma saúde bucal universal e integral (ZILBOVICIUS, 2005).

1.2 **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)**

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil avançou muito na prevenção e no controle da cárie em crianças na última década. Entretanto, a saúde bucal de adolescentes, adultos e idosos está entre as piores do mundo. Até março de 2004, somente 3,3% dos atendimentos odontológicos realizados pelo SUS correspondiam a tratamentos especializados (BRASIL, 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o documento denominado de *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*, com a finalidade de organizar a atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. Apontava-se para reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o cuidado como o novo eixo, com uma concepção de saúde, não apenas na assistência ao doente, mas na promoção na qualidade de vida (BRASIL, 2004).

Essa política tinha como seus princípios norteadores, além da universalidade, integralidade e equidade, já contemplados pelo texto constitucional:

- gestão participativa;
- ética;
- acesso universal;
- acolhimento garantido por uma equipe multiprofissional;
- vínculo na solução dos problemas em sua área de abrangência;
- responsabilidade profissional.

A adequação do processo de trabalho em saúde bucal que essa política se propõe está centrado na interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, integralidade da atenção, intersetorialidade das ações, ampliação e qualificação da assistência, condições de trabalho e parâmetros pactuados entre os três níveis de governo. A mudança progressiva dos serviços deve ser norteada em busca de um modelo de atenção integral à saúde, com incorporação de ações de promoção e proteção juntamente com ações de recuperação. Algumas ações são elencadas pela PNSB e devem ser planejadas pela equipe e estar numa inter-relação com as outras ações da unidade de saúde.

Podemos citar como ações pretendidas pela PNSB:

- ações de promoção e proteção da saúde;

- fluoretação das águas;

- educação em saúde;

- higiene bucal supervisionada;

- aplicação tópica de flúor;

- ações de recuperação com diagnóstico e tratamento das doenças;

- ações de reabilitação com a recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença.

A reorganização da atenção básica está centrada na ESF, com a implantação de ESB através de incentivos federais, que visam a ampliação e qualificação da mesma. Algumas prioridades elencadas para atenção básica são:

- prevenção e controle do câncer bucal;

- implantação e aumento da resolutividade do pronto-atendimento;

- inclusão de procedimentos mais complexos na atenção básica;

- inclusão da reabilitação protética na atenção básica;

- ampliação do acesso.

A ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária também fazem parte da PNSB com a implantação de Centros de Referência de Especialidades

Odontológicas[6] (CREO), que têm o intuito de ampliar e qualificar os serviços de especialidades odontológicas. Essas unidades devem realizar os procedimentos periodontais, endodontias, dentística de maior complexidade e procedimentos cirúrgicos compatíveis com esse nível de atenção. Os LRPD[7] são laboratórios destinados à confecção de próteses totais e próteses parciais removíveis. Também há previsão do fortalecimento da atenção terciária no âmbito hospitalar.[8]

A PNSB também se propõe a assegurar treinamentos para atualização cientifica e tecnológica de profissionais de saúde bucal, como cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos. Adota uma estratégia de educação permanente em saúde, através de cursos e atividades pedagógicas que contemplem os princípios do SUS e às mais modernas técnicas de assistência odontológica (BRASIL, 2009 d).

Em relação à pesquisa em Saúde Coletiva, segundo o *site* do MS:

> O Ministério da Saúde destinou R$ 1.332.541,00 para pesquisa em saúde bucal coletiva em 2004, para 2008 foi destinado novo orçamento que chegará a quase R$ 1 milhão. Essa iniciativa tem o objetivo de expandir a produção do conhecimento básico aplicado em saúde bucal, contribuindo para o desenvolvimento de ações públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde e para a superação das desigualdades. E atende a uma antiga reivindicação dos pesquisadores odontológicos que, a partir de agora, vêm tendo o apoio efetivo do Ministério da Saúde para construir os conhecimentos que o Brasil precisa nesta área (BRASIL, 2009d).

Com o título “Brasil Sorridente chega a 81 milhões de brasileiros”, o *Jornal da Associação Brasileira de Odontologia* divulgou, para a classe odontológica, uma reportagem com alguns dados do MS sobre a PNSB nos últimos anos. Segundo a reportagem, que usa como fonte o MS, o número de ESB, “pulou de 4.261, em 2002, para 16.756, em maio de 2008”. A estrutura implantada até a presente data com o auxilio da PNSB é de 1.159 consultórios odontológicos, 551 CEO, 310 LRPD e também 583 novos sistemas de fluoretação das águas de abastecimento público. Segundo o coordenador de Saúde Bucal do MS, Gilberto Alfredo Pucca Jr., “Hoje cobrimos uma população de 81 milhões de pessoas, sendo que em 2002 eram

[6] Os CREOs atualmente são denominados como Centro de Especialidades Odontológicas (CEOs).
[7] Segundo o MS, os procedimentos de moldagem, adaptação e acompanhamento das próteses dentarias fazem parte da fase clínica do tratamento e, portanto, fazem parte no SAI/SUS da atenção básica. No entanto, a fase laboratorial de confecção é considerada como procedimento de alto custo/complexidade, sendo seu pagamento feito através de APAC (MAIA, 2008).
[8] “Em matéria recente, a revista do Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro afirma que está em curso no estado um projeto do MS que visa à qualificação da atenção a saúde bucal no âmbito hospitalar (CRO-RJ, 2007). Ainda segundo a matéria, o projeto-piloto do MS começa pelo RJ, pois a sua rede hospitalar conta com o maior número de unidades federais do país” (MAIA, 2008).

apenas 26 milhões. Com esse aumento e a oferta também de serviços especializados, como cirurgias, atendimento a pacientes especiais, tratamentos em periodontia, endodontia, de câncer bucal e outras lesões, estamos implantando algo que não existia antes” (JABO, 2008, p. 14).

O MS tem como meta até 2011, elevar para 1.050 o número de CEO implantados e 24.000 ESB. Também em 2010, está previsto um amplo levantamento com a finalidade de analisar as melhorias que a PNSB trouxe para a saúde bucal dos brasileiros. Outro fator evidenciado é a criação de 20 mil empregos para cirurgiões-dentistas e profissionais auxiliares até 2008 (JABO, 2008).

2 **PARANÁ: UMA SÍNTESE HISTÓRICA DO SEU DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL**

2.1 **Paraná: o estado e suas regiões geográficas**

Situado na Região Sul do país, o Estado do Paraná conta com uma área geográfica de 199.314,85 km2 e possui 399 municípios (IBGE, 2009). Seus limites fazem divisa com os estados de São Paulo (norte e nordeste), Santa Catarina (sul e sudeste) e Mato Grosso do Sul (noroeste). Além destes estados, o Paraná também faz fronteira com a Argentina (sudoeste) e o Paraguai (oeste) e limite com o Oceano Atlântico (leste). Sua localização é estratégica em relação ao Mercosul, sendo que os maiores centros econômicos do Brasil estão localizados numa faixa de 1.300 quilômetros a seu redor (IPARDES, 2009).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do Paraná, no ano de 2007, foi estimada em 10.284.503 habitantes, o que representa 5,59% da população do Brasil. Esta população é formada por descendentes de várias etnias: poloneses, italianos, alemães, ucranianos, holandeses, espanhóis, japoneses, portugueses e outros. Ademais, se integram a esta população migrantes, que em sua maioria são procedentes dos estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul, São Paulo e Minas Gerais (IPARDES, 2009).

O Estado do Paraná está dividido em dez mesorregiões, conforme o mapa a seguir:

Figura 1 – Mapa do Estado do Paraná com a divisão regional do IBGE

No quadro abaixo, podemos verificar as dez mesorregiões do estado e suas subdivisões em 39 microrregiões.

Quadro 3 - Mesorregiões e microrregiões do Estado do Paraná

01 - MESORREGIÃO GEOGRÁFICA NOROESTE PARANAENSE	01 - Microrregião Geográfica Paranavaí 02 - Microrregião Geográfica Umuarama 03 - Microrregião Geográfica Cianorte
02 - MESORREGIÃO GEOGRÁFICA CENTRO-OCIDENTAL PARANAENSE	04 - Microrregião Geográfica Goioerê 05 - Microrregião Geográfica Campo Mourão
03 - MESORREGIÃO GEOGRÁFICA NORTE CENTRAL PARANAENSE	06 - Microrregião Geográfica Astorga 07 - Microrregião Geográfica Porecatu 08 - Microrregião Geográfica Floraí 09 - Microrregião Geográfica Maringá 10 - Microrregião Geográfica Apucarana 11 - Microrregião Geográfica Londrina 12 - Microrregião Geográfica Faxinal 13 - Microrregião Geográfica Ivaiporã
04 - MESORREGIÃO GEOGRÁFICA NORTE PIONEIRO PARANAENSE	14 - Microrregião Geográfica Assaí 15 - Microrregião Geográfica Cornélio Procópio 16 - Microrregião Geográfica Jacarezinho 17 - Microrregião Geográfica Ibaiti 18 - Microrregião Geográfica Wenceslau Braz
05 - MESORREGIÃO GEOGRÁFICA CENTRO-ORIENTAL PARANAENSE	19 - Microrregião Geográfica Telêmaco Borba 20 - Microrregião Geográfica Jaguariaíva 21 - Microrregião Geográfica Ponta Grossa
06 - MESORREGIÃO GEOGRÁFICA OESTE PARANAENSE	22 - Microrregião Geográfica Toledo 23 - Microrregião Geográfica Cascavel 24 - Microrregião Geográfica Foz do Iguaçu
07 - MESORREGIÃO GEOGRÁFICA SUDOESTE PARANAENSE	25 - Microrregião Geográfica Capanema 26 - Microrregião Geográfica Francisco Beltrão 27 - Microrregião Geográfica Pato Branco
08 - MESORREGIÃO GEOGRÁFICA CENTRO-SUL PARANAENSE	28 - Microrregião Geográfica Pitanga 29 - Microrregião Geográfica Guarapuava 30 - Microrregião Geográfica Palmas
09 - MESORREGIÃO GEOGRÁFICA SUDESTE PARANAENSE	31 - Microrregião Geográfica Prudentópolis 32 - Microrregião Geográfica Irati 33 - Microrregião Geográfica União da Vitória 34 - Microrregião Geográfica São Mateus do Sul
10 - MESORREGIÃO GEOGRÁFICA METROPOLITANA DE CURITIBA	35 - Microrregião Geográfica Cerro Azul 36 - Microrregião Geográfica Lapa 37 - Microrregião Geográfica Curitiba 38 - Microrregião Geográfica Paranaguá 39 - Microrregião Geográfica Rio Negro

Fonte: IBGE/IPARDES.

O estado tem sua população concentrada em Curitiba (17,47%). Se considerarmos, além da capital, outros dois municípios da região metropolitana (São José dos Pinhais e Araucária), essa concentração será ainda maior (21,09%). Além

desses três municípios que concentram cerca de um quinto da população paranaense, ressaltamos Londrina (4,84 %), Maringá (3,16%), Foz do Iguaçu (3,02%) e Ponta Grossa (2,97%), que juntos representam 13,99% da população. Nesse sentido, vale destacar que as cinco maiores cidades do Paraná representam pelo menos 35% da população total do estado.

O quadro abaixo permite conhecer melhor a distribuição desta população.

Quadro 4 - Principais polos de população urbana do Estado do Paraná e sua importância econômica

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO 2007	POPULAÇÃO (%)	PIB 2005 (R$ mil correntes)	PARTICIPAÇÃO PIB 2005 (%)
Paraná	**10.284.503**		**126.621.925**	**100,0**
Curitiba	1.797.408	17,47	29.821.203	23,6
Londrina	497.833	4,84	6.217.351	4,9
Maringá	325.968	3,16	4.592.923	3,6
Foz do Iguaçu	311.336	3,02	4.853.331	3,8
Ponta Grossa	306.351	2,97	3.992.451	3,2
Cascavel	285.784	2,77	2.914.239	2,3
São José dos Pinhais	263.622	2,56	6.796.402	5,4
Guarapuava	164.567	1,6	1.908.654	1,5
Araucária	109.943	1,06	7.023.743	5,5
Outros municípios	6.088.132	59,08	54.531.540	43,1

Fonte: IBGE/IPARDES.

Nesse contexto, o município de Cascavel é a sexta cidade do estado, representando 2,77% da população do Paraná. Entretanto, este município lidera uma microrregião composta por 18[9] municípios que juntos representam 4.06% da população do estado.

Vale ressaltar que dois municípios da Região Metropolitana de Curitiba, apesar de estarem apenas em 7º (São José dos Pinhais) e 9º (Araucária) lugares em número de habitantes, representam o 2º (Araucária) e 3º (São José dos Pinhais) municípios na economia paranaense.

[9] Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Casacavel, Catanduvas, Corbelia, Diamante do Sul, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Lindoeste, Nova Aurora, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste e Três Barras do Paraná.

A infraestrutura do estado é destaque por ter uma grande cobertura de rodovias, que corresponde à maior rede pavimentada do sul do país. Esta rede interliga os principais municípios do estado com os portos de Paranaguá e Antonina, e com os polos econômicos dos demais estados da federação e países vizinhos. Podemos destacar a rodovia BR 277, que corta o estado de leste a oeste (Paranaguá – Foz do Iguaçu), a BR 376, ligando o extremo noroeste do estado ao Estado de Santa Catarina, e a BR116, que liga o Paraná com São Paulo e o sul do Brasil. Possui cinco aeroportos localizados em regiões estratégicas, operando linhas aéreas regulares. Quatro deles operam com aviões de grande porte. Os localizados nos municípios de Curitiba e Foz do Iguaçu operam vôos nacionais e internacionais. Aqueles localizados em Londrina e Maringá operam apenas vôos nacionais e o localizado na cidade de Cascavel opera vôos regionais (IPARDES, 2009). A boa malha rodoviária, associada à distribuição regional dos aeroportos, bem como a presença dos portos de Paranaguá e Antonina, favorecem a expansão econômica do Paraná.

O Paraná também se destaca no cenário nacional pela produção de energia elétrica. O estado é um dos maiores geradores de energia do país, mas consome aproximadamente apenas 20% de sua produção. Vale registrar que, dentre as usinas instaladas no Paraná está a Itaipu Binacional, que é a maior usina hidrelétrica da América Latina (IPARDES, 2009). Assim, somando-se a estrutura de transportes à disponibilidade de energia, o Paraná apresenta um alto potencial de expansão econômica que, em princípio, torna possível um amplo investimento na infraestrutura social do estado.

Segundo Mansur (2008, p. 20):

> A busca pelo ouro, logo após a fundação da Vila de Paranaguá em 1648 e, quarenta e cinco anos depois o surgimento da vila, hoje conhecida por Curitiba, marcaram o início da ocupação do Paraná. A planície litorânea prosseguiu sendo ocupada com a fundação de Antonina, Morretes e Guaratuba. Com o estabelecimento das vilas da Lapa, de Castro, Guarapuava e Jaguariaíva, o segundo planalto passou a ser ocupado entre os anos de 1769 e 1827. A cultura da erva-mate gerou a ocupação ao longo do rio Iguaçu, desenvolvendo os portos de Rio Negro e União da Vitória. A construção da ferrovia Curitiba – Paranaguá, ocorrida em 1885, consolida o setor de transportes. Foz do Iguaçu surge em 1914, seguida por Cascavel e Toledo.

O processo de regionalização do Estado do Paraná está ligado diretamente a seu processo de ocupação do território, ocorrendo de leste para oeste, em

consequência dos ciclos econômicos. Portanto, enquanto um processo histórico de marcha para o oeste, a regionalização do Paraná é anterior à regionalização das ações de saúde propostas nas Normas Operacionais (NOAS) e no Pacto de Saúde.

O estado passou de uma economia baseada na extração da erva-mate e madeira para uma economia cafeeira, fato que auxiliou na interiorização do desenvolvimento econômico, provocando um processo migratório em direção ao norte do estado no início do século XX. Os limites naturais impuseram os parâmetros para ocupação e utilização dos seus recursos físicos. A ocupação do estado resultou no desenvolvimento econômico e social, com uma configuração do espaço físico e territorial heterogêneo (MANSUR, 2008).

Segundo Zatti, em seu livro *O Paraná e o paranismo* (2006, p. 38):

> O paranaense de pura cepa, tal o gaucho pampeano, não derrubou mato e nem plantou. Esta empreita coube aos migrantes: paulistas e Mineiros no Norte e Noroeste, enquanto, enquanto os colonos gaúchos se encarregaram de ocupar Oeste e Sudoeste, num verdadeiro surto migratório ao Paraná (1920/1960). – Isso é tão verdade que a geografia voltada ao tema nos indica que em 1920 apenas um terço do território (região metropolitana, campos gerais e litoral) era habitado (650.000 almas) e que, em 1960, todo o território já havia sido ocupado e desmatado, pelos migrantes, tendo a população se elevando para mais de 4.200.000 habitantes.

O processo de divisão territorial do Paraná teve início na Divisão em Zonas Fisiográficas[10] do IBGE, 1946, cuja finalidade era atender a estatísticas censitárias. O Paraná foi então dividido em 12 zonas fisiográficas que tinham como base a produção agrícola e pecuária. Após essa divisão, outras iniciativas se seguiram: em 1960, o estado foi dividido em regiões de planejamento[11]; em 1963, a divisão ocorreu em microrregiões homogêneas[12], do IBGE. Em 1967, o IBGE realizou três estudos de divisão do estado. O primeiro preconizou uma divisão em espaços polarizados, do IBGE; o segundo, uma divisão em espaços homogêneos e

[10] "A Divisão em Zonas Fisiográficas consiste no primeiro fracionamento do território paranaense, de uso imediato. Foi uma iniciativa de âmbito nacional ocorrida na mesma ocasião em que o território brasileiro foi dividido em grandes regiões. O Paraná compunha a Região Sul juntamente com os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo" (MANSUR, 2008, p. 49).

[11] "O Governo do Estado do Paraná, através da Comissão de Planejamento Econômico do Paraná, contratou em 1963 a Sociedade de Análises Gráficas e Mecanográficas Aplicadas nos Complexos Sociais (SAGMACS), com a finalidade de "estruturar os elementos de um Plano de Desenvolvimento para o Estado do Paraná", incluindo diretrizes para o desenvolvimento econômico, para o planejamento territorial e para a reformulação dos quadros governamentais. Em síntese, consistia na regionalização do Estado voltada para o planejamento" (MANSUR, 2008, p. 52).

[12] "O IBGE criou 361 microrregiões homogêneas, sendo 24 destas no Paraná, orientadas pelo Plano de Desenvolvimento do Paraná (PLADEP). Utilizava-se do conceito de homogeneidade e dos domínios ecológicos, das áreas de população, das regiões agrícolas, das atividades industriais, da infra-estrutura de transportes e das atividades terciárias. Destinava-se ao atendimento das informações estatísticas, propiciando a análise comparativa em unidades menores do que as Zonas Fisiográficas"(MANSUR,2008, p. 53) .

polarizados, e o terceiro, a regionalização[13] do Paraná. Em 1970, temos as regiões funcionais urbanas, do IBGE, e em 1980, a divisão pelas regiões de influências das cidades. “Estes estudos proveram subsídios, uns aos outros, e continuam subsidiando outras tentativas de divisão regional, inclusive o processo de regionalização das Secretarias de Estado” (MANSUR, 2008, p. 49).

2.2 **Paraná: a região oeste do estado**

O presente trabalho está focalizado na região oeste do Estado, que é dividida em três microrregiões geográficas, segundo o IBGE, no qual suas cidades polos coincidem com as respectivas sedes das regionais de saúde do estado. Especificamente, estudaremos a microrregião Cascavel, definida pelo IBGE com 18 municípios que, somados aos municípios de Céu Azul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Iracema do Oeste, Jesuítas, Quedas do Iguaçu e Vera Cruz do Oeste, formam os 25 municípios que compõem a 10ª Regional de Saúde (10ª RS).

Recente estudo desenvolvido pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), que faz parte de um conjunto de estudos denominado “Os Vários Paranás”, destaca recortes espaciais que tem expressão econômica e institucional, em diversos níveis chamados de “espaços relevantes”. Esta divisão denominou como primeiro espaço a aglomeração metropolitana de Curitiba, o entorno de Ponta Grossa e Paranaguá; como segundo espaço, o norte central; e o terceiro, o oeste do estado (IPARDES, 2008, p. 8).

Na região oeste do Paraná temos três pólos: Foz do Iguaçu, Cascavel e Toledo. Os dois primeiros municípios apresentaram uma taxa de crescimento populacional superior à taxa média do estado no período 1970 a 2007 (IPARDES, 2008, p. 32).

[13]“A regionalização utilizada, baseava-se na efetuada pela Companhia de Desenvolvimento do Paraná (CODEPAR) que dividia o Estado em 8(oito) Regiões de Planejamento e 16 (dezesseis) sub-regiões que tinham como cidades-pólos:1 Curitiba e Paranaguá; 2 Ponta Grossa e Prudentópolis; 3 Palmas e Francisco Beltrão; 4 Guarapuava e Cascavel (Foz do Iguaçu); 5 Jacarezinho e Cornélio Procópio; 6 Londrina e Apucarana; 7 Maringá e Paranavaí; 8 Campo Mourão e Umuarama”(MANSUR,2008, p. 56).

No ano de 1970, a população do terceiro espaço era 11,02% da população do Estado do Paraná (763.723 habitantes); no ano de 2000, representava 11,87% (1.140.315 habitantes) da população paranaense e, em 2007, reunia 12,12% (1.246.981 habitantes) do total da população do Paraná (IPARDES, 2008, p. 19).

Em relação ao terceiro espaço:

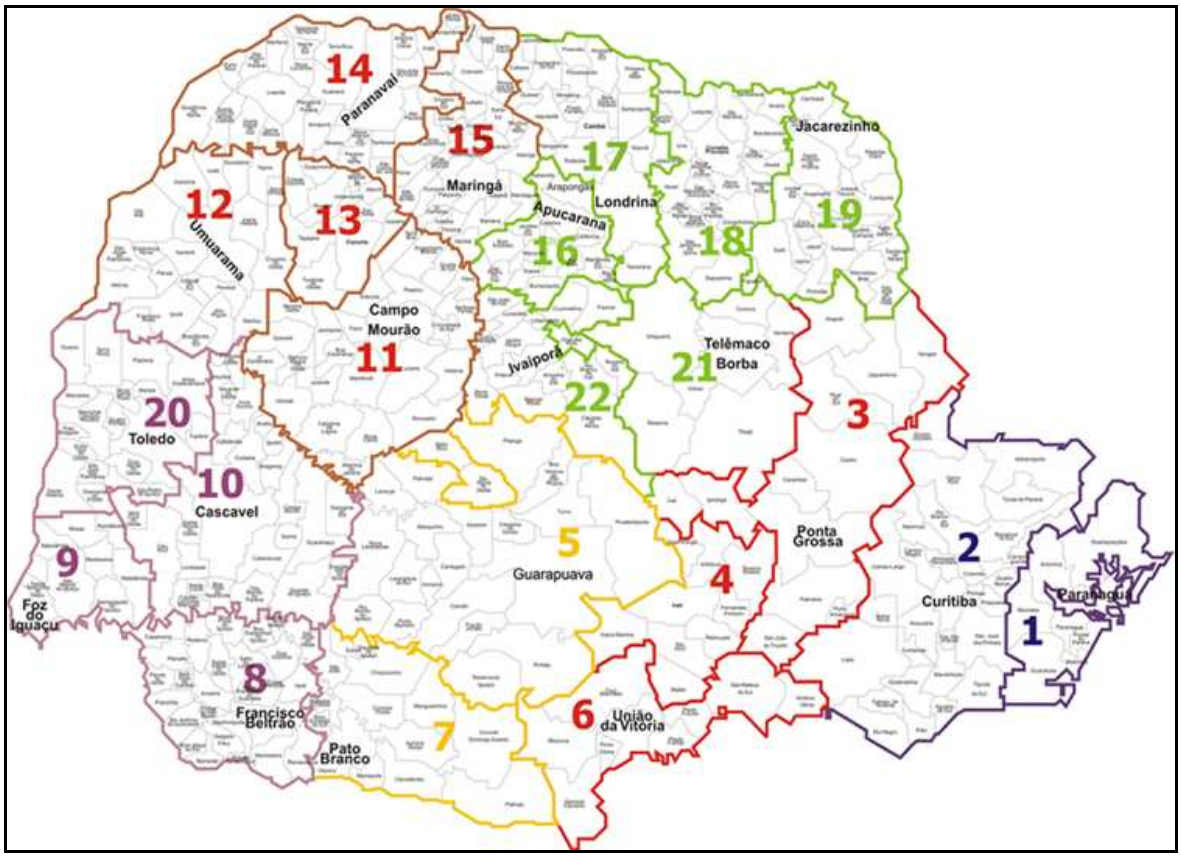
> Entre 1970 e 1980, esse espaço tinha a segunda maior taxa média geométrica de crescimento no Paraná (2,31 % a.a), superada apenas pela do 1º espaço (que crescia a taxas de 4,65% a.a). A construção da usina de Itaipu agregou um condicionamento singular ao comportamento populacional. Provavelmente, não fosse essa grande obra, o espaço teria sofrido um esvaziamento, não só da população rural, mas também da urbana. Por conseguinte, nesse período, Foz do Iguaçu teve taxa de crescimento de 13,9 % a.a, seguida por Cascavel, com 4,6% a.a, e por São Miguel do Iguaçu, com 3,1% a.a. (IPARDES, 2008, p. 19).

No dia 21 de junho de 2009, *O Paraná*, jornal regional estampa em sua capa um reportagem com o titulo “Fosse um País, Oeste seria o 131º mais rico do planeta”. A matéria aponta que a soma das riquezas dos 50 municípios da região oeste do Paraná é superior a R$ 16 bilhões, segundo o IPARDES, representando 12% das riquezas do estado e 0,97 % do PIB do Brasil. As três cidades com o maior PIB do oeste do estado são Foz do Iguaçu, Cascavel e Toledo, em ordem decrescente.

2.3 **Paraná: as Regionais de Saúde e a ação da Secretaria Estadual de Saúde**

A Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA/PR) atua administrativamente com base em 22 Regionais de Saúde (RS), como demonstrado no mapa a seguir (Figura2). Estas têm como função realizar atividades de cooperação e assessoria com as secretarias e departamentos de saúde dos 399 municípios paranaenses. Neste sentido, vale destacar que cada regional de saúde possui um responsável pelas ações de saúde bucal, o que demanda um grau de coordenação bastante elevado (PARANÁ, 2009).

Figura 2 – Mapa do Estado do Paraná com a divisão das 22 Regionais de Saúde



Fonte: SESA-PR.

No quadro 5 apresentado a seguir, podemos verificar as RSs, quantidade de municípios pertencentes a elas e suas áreas.

Quadro 5 - Regionais de Saúde do Estado do Paraná

Regional de Saúde	Nº de municípios	Área Km2
1ª RS. Paranaguá	07	6.055.952
2ª RS. Metropolitana	29	17.130.181
3ª RS. Ponta Grossa	12	14.801.889
4ª RS. Irati	09	6.096.552
5ª RS. Guarapuava	20	19.985.228
6ª RS. União da Vitória	09	7.298.024
7ª RS. Pato Branco	15	9.288.976
8ª RS. Francisco Beltrão	27	7.768.774
9ª RS. Foz do Iguaçu	09	4.073.410
10ªRS. Cascavel	25	11.775.294
11ªRS. Campo Mourão	25	11.937.031
12ªRS. Umuarama	21	10.232.491

13ªRS. Cianorte	11	4.703.875
14ªRS. Paranavaí	28	9.833.330
15ªRS. Maringá	30	6.973.399
16ªRS. Apucarana	17	4.861.449
17ªRS. Londrina	20	7.394.433
18ªRS. Cornélio Procópio	22	7.293.665
19ªRS. Jacarezinho	22	7.697.572
20ªRS. Toledo	18	8.150.248
21ªRS. Telêmaco Borba	07	10.065.833
22ªRS. Ivaiporã	16	7.076.247

Fonte: SESA/PR.

Em relação à atenção a saúde bucal, a SESA-PR conta com um quadro de aproximadamente 120 cirurgiões-dentistas. A maioria foi contratada antes da municipalização do sistema de saúde, ou seja, num período em que a secretaria prestava assistência em saúde bucal apenas em escolas e unidades básicas (postos de saúde) estaduais. O extinto Instituto de Previdência do Estado do Paraná (IPE) também possuía cirurgiões-dentistas nos seus quadros, sendo que hoje esses profissionais se encontram lotados na SESA-PR. Essa secretaria atua na área de assistência à saúde, especialmente nos níveis de atenção secundária e terciária, ficando a atenção básica a cargo das Secretarias Municipais de Saúde. No tocante à saúde bucal, temos no Estado do Paraná, ligados à SESA-PR, o Centro de Atendimento Integral ao Fissurado (CAIF) e o Centro Regional de Atendimento Integral ao Deficiente (CRAID). Também existem os CEO ligados aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). “Estes consórcios recebem incentivos financeiros mensais da SESA/PR e alguns contam com cirurgiões-dentistas cedidos pela Secretaria” (ALCANTARA, 2008, p. 44).

A SESA/PR também desempenhou papel fundamental na defesa dos programas de fluoretação das águas de abastecimento público do estado. Segundo Amarante (2008, p. 57):

> O Paraná foi o primeiro Estado brasileiro a assumir oficialmente, em 27 de junho de 1984, a responsabilidade pelo programa de fluoretação das águas de abastecimento público. Isso veio a ser um dos fatores que muito contribuiu para modificar de forma significativa o quadro epidemiológico da cárie dentária de nossa população, sendo que hoje o Paraná é considerado referência nacional nessa área.

No tocante à atenção básica, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), o Paraná, em dezembro de 2008, contava

com 1.672 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas, o que corresponde a uma cobertura populacional de 51,39%. Contudo, no tocante à saúde bucal, no mesmo período o Paraná possuía 1.063 Equipes de Saúde Bucal (ESB), sendo 688 na modalidade I compostas por um cirurgião-dentista (CD) e um auxiliar de consultório dentário (ACD), e 375 ESBs na modalidade II, compostas por um cirurgião-dentista (CD), um auxiliar de consultório dentário(ACD/ASB) e um técnico em higiene dental (THD/TSB), com uma cobertura de 51,63 % da população.

Em relação à atenção secundária, em dezembro de 2008, o Estado do Paraná possuía credenciados 40 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo seis CEO tipo I, 28 CEO tipo II e seis CEO tipo III, localizados em 30 municípios. O estado também possui 34 LRPD distribuídos em 28 municípios. Entretanto, no âmbito estadual, esses serviços, via de regra, estão vinculados aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), municípios e universidades (BRASIL, 2009e).

No quadro 6 que se segue, é possível verificar a distribuição dos CEO e LRPD implantados no estado, a qual RS pertencem e em que município estão localizados e sua vinculação.

Quadro 6 - CEOs e LRPDs do Estado do Paraná

Regional de Saúde	Município	Tipo de CEO	Portaria de Habilitação CEO	LRPD
1ª RS. Paranaguá				
2ª RS. Metropolitana	Araucárias	II (Municipal)	Portaria Nº. 227 de 12 de fevereiro de 2008	
	Colombo	II (Municipal)	Portaria Nº217/GM, de 11 de fevereiro de 2005	
	Curitiba	II (Municipal)	Portaria Nº132/SAS, de 08 de março de 2005	Municipal
	Curitiba	II (UFPR)	Portaria Nº680/GM, de 30 de março de 2006	UFPR
	Curitiba	III (Municipal)	Portaria Nº721/GM, de 04 de abril de 2007	
	São José dos Pinhais	II (Municipal)	Portaria Nº118/GM, de 19 de janeiro de 2006	
3ª RS. Ponta Grossa	Arapoti	I (Municipal)	Portaria Nº2129/GM, de 04 de novembro de 2005	Municipal
	Castro	II (Municipal)	Portaria Nº118/GM, de 19 de janeiro de 2006	Municipal
	Ponta Grossa	II (Municipal)	Portaria Nº2192/GM, de 08 de outubro de 2004	Municipal
	Ponta Grossa	II (Municipal)	Portaria Nº986/GM, de 27 de junho de 2005	
4ª RS. Irati	Irati	II (CIS)	Portaria Nº118/GM, de 19 de	CIS

			janeiro de 2006	
5ª RS. Guarapuava	Guarapuava	II (Municipal)	Portaria Nº2192/GM, de 08 de outubro de 2004	CIS
	Guarapuava	III (CIS)	Portaria Nº217/GM, de 11 de fevereiro de 2005	Municipal
	Laranjeiras do Sul	I (CIS)	Portaria Nº118/GM, de 19 de janeiro de 2006	
	Palmital	I (Municipal)	Portaria Nº 2.477, de 13 de outubro de 2006	
	Candói			Municipal
6ª RS. União da Vitória				
7ª RS. Pato Branco	Pato Branco	II (CIS)	Portaria Nº217/GM, de 11 de fevereiro de 2005	CIS
8ª RS. Francisco Beltrão				
9ª RS. Foz do Iguaçu	Foz do Iguaçu	III (Municipal)	Portaria Nº1857/GM, de 11 de outubro de 2005	Municipal
	Medianeira	II (Municipal)	Portaria Nº217/GM, de 11 de fevereiro de 2005	
	Santa Terezinha de Itaipu	II (Municipal)	Portaria Nº117/GM, de 19 de janeiro de 2006	Municipal
	São Miguel do Iguaçu	II (Municipal)	Portaria Nº. 224 de 12 de fevereiro de 2008	Municipal
10ªRS. Cascavel	Cascavel	III (UNIOESTE)	Portaria Nº117/GM, de 19 de janeiro de 2006	UNIOESTE
11ªRS. Campo Mourão	Campo Mourão	II (Municipal)	Portaria Nº117/GM, de 19 de janeiro de 2006	Municipal
	Barbosa Ferraz			Municipal
	Juranda			Municipal
12ªRS. Umuarama	Umuarama	II (CIS)	Portaria Nº118/GM, de 19 de janeiro de 2006	CIS
	Umuarama	III (Municipal)	Portaria N º 656 de 12 de novembro de 2008	
13ªRS. Cianorte				Municipal
14ªRS. Paranavaí	Paranavaí	I (Municipal)	Portaria Nº117/GM, de 19 de janeiro de 2006	CIS
	Paranavaí	I (CIS)	Portaria Nº2192/GM, de 08 de outubro de 2004	Municipal
15ªRS. Maringá	Maringá	I (Municipal)	Portaria Nº2192/GM, de 08 de outubro de 2004	CIS
	Maringá	II (CIS)	Portaria Nº770/SAS, de 23 de dezembro de 2004	
	Maringá	II (UEM)	Portaria Nº1992/GM de 25 de agosto de 2006	UEM
16ªRS. Apucarana	Apucarana	II (CIS)	Portaria Nº217/GM, de 11 de fevereiro de 2005	CIS
	Apucarana	II (Municipal)	Portaria Nº87/GM, de 16 de janeiro de 2006	Municipal
	Arapongas	II (Municipal)	Portaria Nº87/GM, de 16 de janeiro de 2006	Municipal
17ªRS. Londrina	Cambé	II (Municipal)	Portaria Nº2129/GM, de 04 de novembro de 2005	Municipal
	Ibiporã	II (Municipal)	Portaria Nº117/GM, de 19 de janeiro de 2006	Municipal
	Londrina	II (UEL)	Portaria Nº118/GM, de 19 de janeiro de 2006	
	Londrina	III (Municipal)	Portaria Nº2192/GM, de 08 de outubro de 2004	Municipal

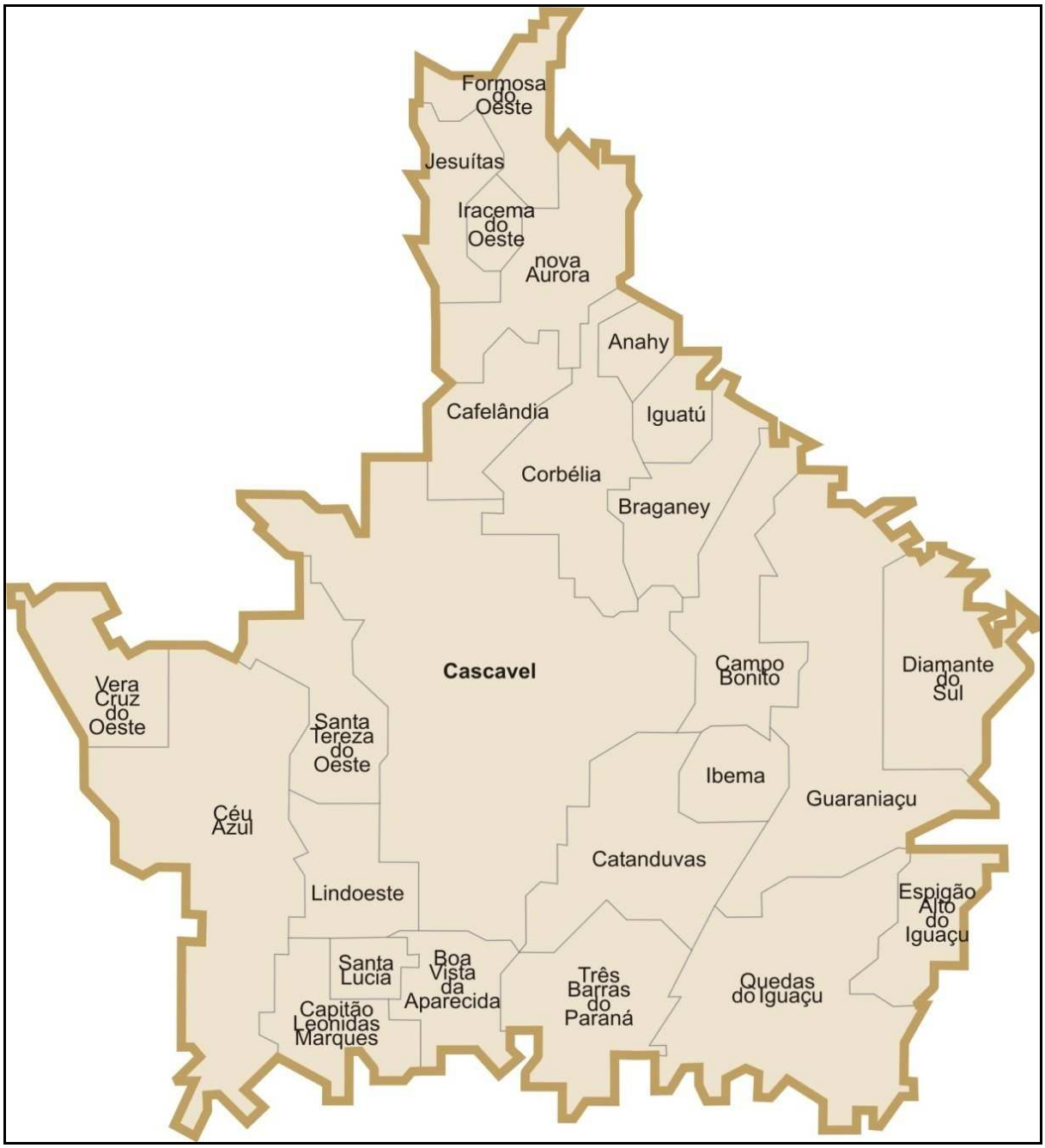
18ªRS. Cornélio Procópio	Cornélio Procópio	II (Municipal)	Portaria Nº118/GM, de 19 de janeiro de 2006	Municipal
	Andirá			Municipal
19ªRS. Jacarezinho	Jacarezinho	II (CIS)	Portaria Nº217/GM, de 11 de fevereiro de 2005	CIS
20ªRS. Toledo	Toledo	II (CIS)	Portaria Nº118/GM, de 19 de janeiro de 2006	CIS
21ªRS. Telêmaco Borba				
22ªRS. Ivaiporã	Ivaiporã	II (CIS)	Portaria Nº118/GM, de 19 de janeiro de 2006	CIS

Fontes: DAB, SESA-PR (elaboração própria).

2.4 **Paraná: a 10ª Regional de Saúde**

A 10ª Regional de Saúde é composta por 25 municípios, tendo uma área total de 11.775.294 Km2, com uma população estimada, no ano de 2007, de 501.851 habitantes. Tem como sede o município de Cascavel, no oeste do estado (PARANÁ, 2009).

Figura 3 – Mapa da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná



Fonte: SESA-PR.

Em dezembro de 2008, estavam distribuídas nessa Regional 59 ESF, 20 ESBs modalidade I e 18 ESB modalidade II entre os 25 municípios. A cobertura média na 10ª Regional é de 75% para ESF e 67,84% para as ESB. Na cidade de Cascavel, sede da regional, encontramos 10 ESF e sete ESB implantadas na modalidade II, com uma cobertura de 12,09 % e 16,93 %, respectivamente, resultado bem abaixo da média da regional. Também temos na cidade de Cascavel um CEO tipo III e um LRPD, que estão instalados na Universidade Estadual do

Oeste do Paraná (UNIOESTE) também sediada nesta cidade (BRASIL, 2009b).

Quadro 7 - ESF, ESB, população e cobertura na 10ª RS

Município	ESF	Cobertura ESF	ESB MI	ESB MII	Cobertura ESB	População
Anahy	1	100	0	1	100	2.868
Boa Vista da Aparecida	2	98,80	2	0	100	7.818
Braganey	2	100	1	1	100	6.044
Cafelândia	4	100	0	1	51,50	13.065
Campo Bonito	1	62,11	0	1	100	4.426
Capitão Leônidas Marques	1	22,27	0	0	0	13.616
Cascavel	10	12,09	0	7	16,93	285.784
Catanduvas	2	62,68	0	1	62,68	9.578
Céu Azul	4	100	2	1	100	10.914
Corbélia	2	44,67	1	1	89,35	15.428
Diamante do Sul	1	100	1	0	100	3.665
Espigão Alto do Iguaçu	2	100	1	1	100	5.104
Formosa do Oeste	3	100	1	2	100	7.532
Guaraniaçu	5	100	3	0	100	15.959
Ibema	1	60,54	0	0	0	5.927
Iguatu	1	100	1	0	100	2.286
Iracema do Oeste	1	100	1	0	100	2.580
Jesuítas	3	100	2	0	100	8.825
Lindoeste	0	0	0	0	0	5.446
Nova Aurora	3	84,35	0	1	56,23	11.753
Quedas do Iguaçu	2	21,87	0	0	0	30.181
Santa Lúcia	2	100	1	0	100	3.725
Santa Tereza do Oeste	1	24,17	0	0	0	9.378
Três Barras do Paraná	3	100	1	0	70,91	11.718
Vera Cruz do Oeste	2	82,34	2	0	100	9.099
10ª Regional de Saúde	59	75%	20	18	67,84	
Paraná	1672	51,39	688	375	51,63	10.284.503

Fonte: DAB/IBGE (elaboração própria).

Sendo a Estratégia Saúde da Família o modelo de atenção escolhido para a reorganização da atenção básica no país pelo MS, e tomando como base o quadro acima, podemos verificar que, dos 25 municípios pertencentes à 10ª RS, apenas Lindoeste não possui pelo menos uma ESF, e cinco[14] municípios não têm ESB implantadas.

[14] Capitão Leonidas Marques, Ibema, Lindoeste, Quedas do Iguaçu e Santa Tereza do Oeste.

3 **O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL**

Com a Constituição de 1988, foi consagrado o processo de unificação das ações e serviços públicos de saúde em programa de acesso universal e de direito da cidadania, quando a Saúde, juntamente com a Previdência e a Assistência Social, passou a compor o campo da proteção social no Brasil. Este campo deveria ser financiado com impostos e contribuições sociais provenientes de dois orçamentos, o Orçamento Geral da União (OGU) e o Orçamento da Seguridade Social (OSS), somados aos recursos fiscais de estados e municípios, materializando o esquema tripartite de financiamento federativo da Saúde (DAIN, 2007).

O SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8.080, de setembro de 1990, e 8.142, de dezembro do mesmo ano – e até a edição da primeira LDO (1990), o Art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) destinava 30% do OSS para a Saúde (DAIN, 2007). No entanto, nem as Leis Orgânicas da Saúde, nem o texto constitucional, deixaram clara a definição das fontes de receita, nem delimitaram a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal na garantia do financiamento do SUS (LEVCOVITZ et al., 2001; LIMA, 2006; MANSUR, 2001 *apud* MAIA, 2008).

O MS, desde sua criação, sofreu injustiças quanto a seu financiamento. Com a extinção do Ministério da Educação e Saúde, a divisão dos recursos foi desproporcional, cabendo à Saúde apenas um terço dos recursos do orçamento do extinto ministério. Deste modo, o MS não poderia assistir à maioria da população, que acabava à margem de qualquer proteção social (BRAGA; PAULA, 1981 apud GARCIA, 2006).

A competição entre as áreas da política social (previdência social e saúde) por recursos escassos predominou nos anos 90, em função da oscilação das fontes e da instabilidade de receitas (MACHADO 2005 apud LIMA, 2006). A proposta de um orçamento único para Seguridade Social se inviabilizou, em virtude das disputas acirradas entre as áreas sociais e entre estas e a Fazenda (LIMA, 2006).

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) não apresenta financiamento estável e suficiente e

> A partir de 1990, verificou-se, de forma cada vez mais acentuada, a não observância do artigo 55 do ADCT, já mencionado, que regia os repasses do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) ao MS. EM 1993, sob a alegação de restrições fiscais e de aumento das despesas da Previdência Social, os recursos originários da folha de salários deixaram de ser repassados ao Ministério da Saúde, passando a financiar exclusivamente a Previdência Social. (DAIN, 2007, p. 1.853).

O corte dos recursos originários da folha de salário gerou grande instabilidade no financiamento da saúde nos anos subsequentes, pois essa fonte representava, em 1993, cerca de 30% do orçamento do MS. Com esse fato, aumentou a dependência da saúde em relação a outras fontes de recursos do Tesouro Nacional e a constante necessidade de negociação com as esferas econômicas do governo (LIMA, 2006). Segundo Carvalho (2000, p. 2):

> Nossa luta foi em parte perdida na Constituição, pois não conseguimos garantir recursos diversificados e exclusivos para a saúde nem fixar, no corpo constitucional, quanto dos recursos deveriam ser destinados à saúde. A experiência mostrou que os mecanismos legais eram frouxos e, ainda que a legislação mandasse, os trinta por cento do orçamento da seguridade para a saúde virou nos anos seguintes 20% chegando em 1992, com Collor, a 14%. Unilateralmente em 1993 o Ministro Britto da Previdência Social , arbitrariamente deixou de repassar, para a saúde, 250 milhões de reais da Contribuição sobre a folha de trabalhadores. Foi a maior das crises já enfrentadas pelo setor.

Dada a irregularidade no financiamento do setor saúde, o MS encampa e lidera a luta pela criação de uma fonte específica de financiamento para a Saúde, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que foi aprovada no final de 1996 e implantada em 1997, como recurso para garantir o SUS, com a perspectiva de atenção à saúde a todos os brasileiros. O aumento esperado de recursos não ocorreu, devido à substituição de fontes do orçamento do MS (COSTA, 1998 apud MANSUR, 2001).

Com a dificuldade no seu financiamento, o setor saúde passa a propor, junto ao Legislativo, a vinculação de receitas nos orçamentos das três esferas de governo. A proposta de Emenda Constitucional nº 82-C (depois aprovada como EC 29), após várias reformulações à proposta original, foi aprovada em 13 de setembro de 2000,

sete anos após seu primeiro envio ao Congresso,[15] dando mais estabilidade ao sistema de financiamento da Saúde, pois foram estabelecidos patamares mínimos de aplicação de recursos da União, estados e municípios no apoio ao SUS. (MANSUR, 2001; LIMA, 2006; DAIN, 2007). Essa proposta alteraria vários artigos da Constituição de 1988 relativos ao setor e asseguraria os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (MANSUR, 2001). No entanto, seus desdobramentos legais e sua normatização não materializaram as expectativas de um aumento mais substantivo do gasto federal em saúde.

Carvalho (2000, p. 3) demonstra que as alterações realizadas pelas autoridades econômicas do governo deturparam o conteúdo buscado e afirma que "hoje temos a Emenda Constitucional 29 resultado da aglutinação de outras PECs e que, no meu modo de ler, é um fracasso para a área da saúde". E explica seu ponto de vista:

> Vamos entender isto: a PEC do Eduardo Jorge determinava que no mínimo 30% das Contribuições Sociais e 10% dos recursos fiscais da União, Estado e Municípios deveriam ser destinados à saúde. Mosconi com a PEC 82 destinava à saúde o produto integral da COFINS e da CSLL. A EC 29, aprovada sob o rolo compressor da equipe econômica, foi a seguinte: a União investirá em 2000, 5% a mais do que empenhou em 1999 e, nos anos seguintes, até 2004, crescerá de acordo com o crescimento nominal do PIB (correção da inflação + possível crescimento real). Estados investirão 12 % de seus orçamentos próprios (ICMS, IPVA (50%) ITCM, IRRF (dos rendimentos que pagar), FPE, IPI de exportações (10%)). Municípios investirão 15% dos seus orçamentos próprios (ISSQN, IPTU, ITBVI, IRRF (dos rendimentos que pagar) FPM, ITR (50%). Para municípios e estados que estiverem, em 2000, abaixo deste percentual será dada uma chance de chegar ao total dividindo a diferença pelos próximos cinco anos começando no mínimo de 7%. Quem estiver acima de 7% deverá cobrir a diferença no mesmo período não podendo voltar aos 7%. Quem estiver acima dos tetos (Estados 12% e Municípios 15%) poderá voltar ao teto? Aí é a hora de um embate político que vai acontecer em cada realidade local e conforme forem as forças sociais, os governos municipais e estaduais poderão baixar seus valores! [...] A finalidade da PEC era conseguir mais recursos para a saúde. Quem mais tem que contribuir é exatamente a União, pois é a única esfera de governo que arrecada diretamente contribuições sociais para garantir saúde, previdência e assistência social. Estados e Municípios vão retirar de suas receitas gerais. A União abocanha cerca de 56%, Estados 28% e Municípios 16% de tudo que se arrecada de impostos e contribuições. Quando analisamos estimativas de gastos com saúde das três esferas de governo, a União entra com 57,5 %, Estados com 16,5% e Municípios com 26%. Lembrar que a União deve ser a mais onerada pois ela arrecada para isto (o que é proibido a Estados e Municípios) . De outro lado é necessário entender que aumentar alíquotas de estados e principalmente municípios não significa muito, pois a arrecadação de quase sessenta por cento é da União. (CARVALHO, 2000, p. 3).

[15] "A primeira proposta foi de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires em 1993 e, como relata Faveret (2002), emergiu como resposta à interrupção dos aportes das contribuições previdenciárias à saúde" (LIMA, 2006, p. 93).

A situação de vulnerabilidade do MS em seu financiamento até 2002 permanecia inalterada, devido ao modelo econômico e as posições da Fazenda. Desde 2000, a Saúde representava menos de 17% do OSS e cerca de 5% da despesa efetiva federal (UGA; MARQUES, 2005 apud LIMA, 2006).

Com o intuito de viabilização do Orçamento da Seguridade social, em 2006, as contribuições sociais criadas ou ampliadas representam mais de 50% da arrecadação da União, mesmo excluindo os recursos da previdência e do FGTS e são as grandes responsáveis pela elevação da carga global (de 29% do PIB em 1998 para 35,9% do PIB em 2006) (DAIN, 2007).

Sobre a utilização da saúde como pretextos para aumento da arrecadação do governo federal, Gilson Carvalho (2000, p. 2), diz:

> Outro dado essencial é saber como a saúde foi usada durante as últimas décadas para arrecadar mais recursos dos cidadãos vendo-se em seguida usurpada destes recursos para outras áreas: a) aumento do valor da alíquota da contribuição de empregados de 6 para 9%; b) aumento do COFINS (ex FINSOCIAL) de 0,5% para 2%; c) criação da CSLL; d) criação da CPMF pouco usada par a aumento da receita e muito mais para substituição de fontes e outros; e) ou das receitas subtraídas de estados e municípios para aumentar a receita central da união . Só no período de 1995 a 2000 as receitas arrecadadas que eram tidas como da saúde cresceram 300% e o aumento da verba federal empregue na saúde apenas cresceu 50% o que nem consegue compensar a inflação do período de bem mais que 100%.

Se observarmos a evolução da despesa do SUS com ações e serviços públicos de saúde entre 1995 e 2006, perceberemos que praticamente não houve evolução, continuando em 2006 no patamar de 1,75% do PIB, reproduzindo os percentuais observados em 1995. Também se observarmos a evolução dos gastos tendo como base a receita corrente da União no mesmo período, temos um declínio de 9,64 % em 1995 para 7% em 2007 (DAIN, 2007).

As perspectivas de regulamentação da EC 29 têm aspectos preocupantes quanto ao repasse de recursos para os governos subnacionais, com a ameaça de mudança dos critérios do artigo 35 da Lei nº 8.080, referentes à alocação de recursos no interior do SUS. Tal fato pode acabar por ameaçar a sistemática de financiamento e de repasses do SUS, como um sistema único de natureza federativa, dotado de critérios alocativos próprios à Saúde. Uma eventual substituição dos mesmos, com base nos determinantes assinalados por critérios populacionais, transformaria o MS em mero repassador de recursos aos governos subnacionais, ignorando as características de diferenciação intrínsecas à natureza

das ações e serviços públicos de saúde (DAIN, 2007, p. 1.858).

Para Garcia (2006, p. 32):

> Atualmente o MS é responsável por mais de 70% dos recursos financeiros do SUS e amparado em um entendimento abrangente do papel do gestor nacional do sistema. Comanda o sistema coerente com a cultura institucional centralizadora herdada do antigo MS e do INAMPS dos programas verticais e da normatização nacional.

Perante o exposto, é possível acreditar que a adoção da receita corrente bruta como base de cálculo proposta para União relativa à EC 29 é a alternativa mais viável para a Saúde,

> por associar sustentabilidade e estabilidade, em caso de flutuações cíclicas, não garantidas por cada receita isoladamente. Entretanto, a partilha de receitas e de encargos de governo em saúde deveria ser estabelecida a partir de critérios internos à lógica do SUS. (DAIN, 2007, p. 1.863).

3.1 **As normas operacionais do SUS e seu papel na descentralização e implicações no financiamento**

Ao longo da década de 90, com a implantação das Normas Operacionais do SUS e outras portarias[16] editadas pelo MS e demais entidades federais, tiveram um papel importante na descentralização da saúde, constantemente associados a mecanismos de incentivos (NORONHA et al., 2004). Para esses autores:

> O processo de elaboração e implementação das normas operacionais tem sido marcado por intenso debate e negociação envolvendo os três níveis de governo e o Conselho Nacional de Saúde (CNS). Pode-se dizer que elas refletem o acordo dos atores em um dado momento da formulação das políticas nacionais de saúde no que tange à descentralização. Estas normas, de caráter transitório, foram sendo complementadas (detalhadas e alteradas) por portarias federais sucessivamente substituídas, apresentando diferenças importantes entre si. (NORONHA et al., 2004, p. 49).

Essas normas e portarias definiram as formas de repasses de recursos federais e seus critérios de cálculos e também os fatores necessários para seu recebimento (LIMA, 2006).

A grave crise de financiamento da saúde teve seus efeitos gradualmente atenuados com a implantação das Normas Operacionais NO do SUS, ao longo da

[16] "De 1990 a 2002, foram 5.886 portarias do Gabinete do Ministro e relativas à assistência à saúde" (NORONHA et. al, 2004, p. 49).

década de 90. As Normas Operacionais Básicas (NOB) tiveram papel importante de regulamentação no processo de descentralização do SUS, implantando mecanismos e critérios para transferência de responsabilidade e recursos financeiros do governo federal para os estados e municípios da federação (LEVCOVITZ et al., 2001 apud MAIA, 2008).

Em virtude da importância das normas operacionais editadas pelo MS, que buscaram adequar a racionalidade do sistema de saúde aos modelos de atenção à saúde e o seu financiamento. Veremos a seguir alguns aspectos relacionados a essas normas.

A NOB SUS 01/91 foi publicada através da Resolução do INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Vemos nessa norma o início da municipalização partindo de requisitos como os Conselhos Municipais de Saúde e Fundo Municipal de Saúde. A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) foi instituída para repasse de recursos baseado na população. Através da implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), foi modificado o pagamento ambulatorial (INAMPS, 1991). Segundo Dain (2006 apud MAIA, 2008, p. 36), as NOB SUS/91 e 92 “previam a destinação de recursos para investimento no reequipamento e ampliação de unidades assistenciais já existentes através de 37 mecanismos conveniais”.

No dia 20 de maio de 1993, foi publicada, através da portaria GM/MS nº 545, a NOB SUS 01/93. Esta formalizava os princípios aprovados na 9º Conferência Nacional de Saúde (maio de 1992), que teve como tema “Municipalização é o Caminho”. Um amplo processo de municipalização da gestão foi instituído através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera federal e as outras duas esferas político-administrativas, propiciando a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições da gestão do SUS nos estados e municípios. Três condições de gestão foram criadas: incipiente, parcial e semiplena. Foi criada, ainda, a transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena. Os municípios foram habilitados como gestores e foram constituídas as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite.

Para Armando Raggio (2008, p. 44-45):

> Em 1993 persiste a crise do financiamento da saúde e o Ministério da Saúde tem uma nova equipe, tendo primeiro Jamil Hadad e depois Henrique Santilho como ministros. Novos tempos anunciam “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” e a inauguração da negociação tripartite, com a realização de reuniões com regularidade. [...] O decreto nº 1232, de 30 de agosto de 1994, foi assinado pelo Presidente da república Itamar Franco e pelo Ministro da Saúde Henrique Santilho, constituindo um marco que diferenciou o setor da saúde dos demais. Depois da constituição Federal e da Lei 8080/90, o ato mais importante para implementação do SUS, uma de suas maiores conquistas, foi a implantação da transferência automática e regular de recursos financeiros federais para os fundos de saúde estaduais e municipais, conforme preconizado na Lei 8.142/90.

Com os avanços na descentralização alcançados através da NOB 93, desencadeou-se uma ampla discussão para a construção de uma nova norma que apresentasse melhorias de qualidade na oferta de serviços e ações do SUS.

A Portaria nº 2.203 GM/MS, de 5 de novembro de 1996 (NOB SUS 01/96), foi instituída e promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema. Sua principal finalidade era promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes. Um de seus avanços foi o repasse automático fundo a fundo do Piso da atenção Básica (PAB). O PAB é dividido em duas frações: uma fixa, que é definida através de critérios populacionais, e outra variável, definida através de incentivos financeiros para os municípios que aderem a programas predefinidos pelo Governo Federal. Através de incentivos financeiros (PAB variável) aos Programas de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o governo propõe um novo modelo para a atenção básica.

Com a implantação da NOB 96, a União passou a priorizar as transferências municipais, deixando de usar preferencialmente o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde. A atenção básica foi colocada como prioridade, com os recursos destinados a essa área sendo cada vez mais significativos no montante das transferências (MARQUES; MENDES, 2002).

Para Edmundo Gallo (2008, p. 49):

> Com a NOB/96 ficaram mais definidas as competências de gestão de cada uma das esferas de governo, e os municípios passaram a refletir sobre as suas limitações enquanto gestores da saúde, já que o processo que aconteceu foi um projeto radical de municipalização. Tal projeto foi realmente muito importante para o sistema como um todo, principalmente para os municípios, mas criou uma falsa expectativa de que estes seriam capazes de resolver a saúde dentro do seu território, e, embora já existissem várias experiências de atividades conjuntas ainda eram muito pontuais.

Em 2001, foi lançada a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/01 (NOAS /SUS 01/01), que pretendia estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade (BRASIL, 2001). A partir desta norma, o conceito de atenção básica foi ampliado e sete áreas mínimas estratégicas de atuação foram definidas: 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. O foco do processo de descentralização foi alterado, passando da municipalização para a regionalização (MAIA, 2008).

Maia (2008) observa esse fato consolidado através de três estratégias: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR); do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a instituição de novos critérios e novas formas de habilitação de estados e municípios.

Em 2006, o MS instituiu, através da Portaria nº 399/GM, o documento *Pacto pela Saúde 2006*. Esta portaria compreende, na verdade, três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Este último veio a substituir a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 (NOAS 2002) e instituir um novo desenho ao repasse dos recursos federais para a atenção à saúde. Assim, o Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006), através da Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006, alterou a forma de financiamento do SUS, eliminando mais de cem modalidades de transferências de recursos, reduzindo-as a apenas cinco blocos: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS. Esses blocos foram regulamentados pela Portaria n° 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Neste contexto, os recursos para a sustentação da PNSB estão garantidos em três destes blocos: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade e Gestão (MAIA, 2008).

A Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009, alterou e acrescentou dispositivos à Portaria n° 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS.

3.2 **O financiamento da PNSB**

Até o ano 2000, a saúde bucal não contava com linhas específicas de financiamento, de modo que todos os recursos destinados a esta área da saúde eram provenientes da atenção básica, do PAB fixo e alocados de acordo com os critérios e interesses particulares dos gestores locais. Na média e alta complexidade, a saúde bucal era financiada com os recursos destinados a estes níveis de atenção, sendo remunerada por procedimentos.

No ano de 2000, a saúde bucal foi incorporada à ESF. O Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000, que através da sua política de incentivos financeiros, instituiu recursos para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. A mesma portaria estabeleceu duas modalidades de inserção das ESBs: modalidade I, com incentivo financeiro anual de R$ 13.000,00 (treze mil reais), e modalidade II, com incentivo financeiro anual de R$ 16.000,00 (dezesseis mil reais) . De acordo com a referida Portaria, cada ESB era responsável pelo atendimento, em média, de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, numa relação de uma ESB para duas equipes de PSF. Ademais, essa portaria previa um incentivo adicional de R$ 5.000,00 (cinco mil reais) para a aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos para as ESBs implantadas. Estes recursos são provenientes do MS, e se referem à parte variável do PAB (BRASIL, 2000).

A partir do Pacto de 2006, os recursos destinados à estratégia da atenção à Saúde Bucal no ESF foram incluídos no bloco da Atenção Básica, dentro do PAB variável (BRASIL, 2006). Podemos verificar no quadro abaixo a evolução do valor financeiro repassado aos municípios para o custeio das ESB implantadas.

Quadro 8 - Evolução dos repasses federais as ESB

Ano	Nº Portaria /GM	Valor R$ Ano ESB Modalidade I	Valor R$ Ano ESB Modalidade II
2000	1.444	13.000,00	16.000,00
2003	673	15.600,00	19.200,00
2004	74	20.400,00	26.400,00
2008	2.489	22.800,00	29.400,00
2008	3.066	24.000,00	31.200,00

Fonte: Elaboração própria a partir das Portarias do MS.

O bloco da Gestão custeia ações relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde, nas quais se inclui a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2006). De acordo com a Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006, existem três modalidades possíveis de habilitação, de acordo com o número de cadeiras odontológicas disponíveis no CEO. No quadro abaixo, podemos verificar o valor financeiro repassado para implantação dos CEOs.

Quadro 9 – Incentivos federais para implantação por tipo de CEO

Tipo de CEO	Nº Cadeiras Odontológicas	Incentivo de Implantação
I	03	R$ 40.000,00
II	De 04 a 06	R$ 50.000,00
III	07 ou mais	R$ 80.000,00

Fonte: Maia (2008) e Portaria nº 600/GM.

No bloco da Média e Alta Complexidade, garantiu-se um incentivo permanente para a sustentação dos CEO e a remuneração por procedimentos para os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (Brasil, 2006). O repasse financeiro para a sustentação dos CEO é variável de acordo com a classificação do CEO implantado. Assim, para o CEO modalidade I é realizado um repasse mensal de R$ 6.600,00, para o CEO modalidade II, R$ 8.800,00, e CEO modalidade III é de R$ 15.400,00.

O financiamento dos LRPD, de acordo com a Portaria nº 1572/GM, de 29 de julho de 2004, é realizado por produção. Porém, o MS estabeleceu um limite para cobrança dos procedimentos realizados nos LRPD que corresponde a um total máximo de 242 próteses por mês.

> Os valores correspondem ao pagamento de próteses totais (dentaduras) e de próteses parciais removíveis sendo respectivamente de R$ 30,00 e R$ 40,00 por cada prótese confeccionada. Estes recursos são repassados diretamente do Governo Federal para os municípios ou estados que possuem laboratórios credenciados, não comprometendo seus recursos de saúde já existentes, pois os valores deverão ser cobrados por Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) e financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). (MAIA, 2008, p. 48).

3.3 **A política de incentivos do Ministério da Saúde**

O Ministério da Saúde, com sua política de incentivos, vem induzindo a implantação de programas predefinidos pelo próprio ministério, quando direciona recursos financeiros para municípios que optarem por seguir os programas propostos pelo Governo Federal.

Se analisarmos a variação dos recursos da atenção básica entre os anos de 1999 e 2000, podemos verificar uma elevação na parcela do PAB variável, que passa de 5,52% em 1999 para 10,19% em 2000, enquanto a parcela fixa do PAB que era 15,54 % em 1999 reduz sua importância para 14,03 % no mesmo período. Mantendo a tendência de crescimento, o PAB variável no ano de 2001, no que se refere ao montante orçado para o PSF, ”os recursos utilizados até o mês de setembro suplantaram o orçamento em 45%”.(MARQUES; MENDES, 2002, p. 167).

Malamed e Costa (2003, p. 398), em análise do período de 1998 a 2001 e levando em conta a implantação do PAB fixo e variável, concluíram:

> [...] que, ao menos em seu movimento inicial, a nova política é bem-sucedida: a análise dos dados de implementação do PAB demonstra que os municípios de menor capacidade instalada para a oferta de atenção ambulatorial básica no âmbito do Sistema Único de Saúde foram os mais favorecidos pelos novos mecanismos de transferência propostos pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs); também foram alocados crescentes volumes de recursos direcionados aos programas PACS e PSF durante o período.

Em 2001, entre os componentes do PAB variável, tiveram destaque o Programa da Saúde da Família e Epidemiologia e Controle de Doenças. Esses programas tiveram um aumento de recursos em 36% e 80,5%, respectivamente, em relação aos recursos recebidos em 2000. Com exceção do incentivo à saúde bucal, Programa da Saúde da Família e Epidemiologia e Controle de Doenças, os demais itens do PAB variável apresentaram queda do volume de recursos (MARQUES;

MENDES, 2003).

Vários estados também têm criado incentivos para o PSF, pois esse programa é o modelo preconizado pelo MS para o fortalecimento da atenção básica. Os estados do Mato Grosso do Sul, São Paulo, Mato Grosso, Amapá, Tocantins, Paraná, Espírito Santo, Minas Gerais, Sergipe, Ceará e Rio de Janeiro implantaram incentivos ao PSF, mas cada estado utiliza seus próprios critérios para os repasses de recursos (MARQUES; MENDES, 2003).

No Estado do Paraná, a partir de 2004, foi implantado o incentivo estadual, que complementava o incentivo federal, para os PSF e ESB já implantadas. O estado teve com balizador para o incentivo o IDH dos municípios. A média do IDH do estado era 0,79. Para municípios abaixo da média estadual, o repasse é de R$ 1.000,00 por PSF e R$ 500,00 para ESB. Para as cidades que superaram a média do IDH do estado, o repasse é de R$ 500,00 para PSF e R$ 250,00 para ESB. Também foi estipulado um teto mensal de R$ 10.000,00 por município e as cidades com mais de cem mil habitantes estão excluídas deste incentivo (ALCANTARA, 2008).

Maia (2008, p. 43) ressalta a contradição existente entre a diretriz de descentralização e a forma de repasses de recursos para garantia da atenção básica na forma de incentivos do governo federal, pois

> apesar das ações e serviços correspondentes a atenção básica serem de responsabilidade do gestor municipal, o governo federal acaba por determinar a política a ser adotada mediante o repasse condicionado de recursos para o seu financiamento através da sua política de incentivos financeiros.

Marques e Mendes (2002, p. 167) também demonstram o poder de interferência que os incentivos podem representar:

> Considerando a escassez de recursos sempre presente na área da saúde, pode-se dizer que a presença dos incentivos a partir de 1998 (estimulando os municípios a incorporar programas que lhe acrescentam receita financeira), significou o reforço do governo federal na formulação da política de saúde, especialmente no campo da Atenção Básica. Isso, em grande medida, impede que os municípios planejem uma política mais adequada às necessidades locais.

Lima (2006) também relata que autonomia dos gestores subnacionais pode ser comprometida quando se vincula o repasse de recursos à adesão de programas

definidos nacionalmente, pois essas políticas não tomam por base as diferentes realidades sociais sanitárias das diferentes localidades.

No contraponto dessa possível ingerência do Governo Federal, Marques e Mendes (2002, p. 164) relatam:

> Vale lembrar que o PSF, bem como as Normas Operacionais e instrumentos que regulamentam o SUS, foram amplamente discutidos na Comissão Intergestores Tripartite, no Conselho Nacional de Saúde, no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Nesse sentido, estas instâncias de representação são partícipes da política atualmente incentivada pelo MS, mesmo que, em algumas vezes, parte dessas instituições tenham discordância sobre seu encaminhamento. Contudo, tendo em vista a importância dos recursos federais no financiamento do SUS, entende-se que o MS, enquanto parte da estrutura do governo, foi a instância que mais influiu na determinação da política nesses últimos anos, principalmente quando os constrangimentos econômicos e financeiros se fizeram mais presentes.

Através dos incentivos financeiros, o Governo Federal usa seu poder de indução nas relações intergovernamentais, embora os incentivos financeiros não obedeçam a critérios voltados para corrigir a heterogeneidade na oferta de organização e investimento de redes de serviços. Tentando superar estes problemas, foram previstas alterações nas regras do financiamento do SUS, nas portarias que regem o Pacto pela Saúde. Este aloca os recursos do MS destinados às ações e serviços descentralizados do SUS em cinco blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS (DAIN, 2007). Em abril de 2009, foi assinada a portaria (GM nº 837), que rege o sexto bloco do financiamento – Bloco de Investimentos na Rede de Serviços da Saúde.

Há necessidade de incorporação de novos critérios para repasse de recursos do Governo Federal e estadual aos municípios, com ênfase na alocação de recursos segundo critérios inspirados no artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde (critérios demográficos, epidemiológicos, de capacidade instalada e financeira). O modelo[17] do Estado do Rio Grande do Sul no repasse de recursos para os municípios pode servir de inspiração para essa discussão, segundo Marques e Mendes (2003).

[17] "Na experiência gaúcha de alocação de recursos do governo do Estado aos municípios, todos os recursos transferidos aos municípios não têm vinculação específica e são destinados ao dispêndio das ações e serviços de saúde em geral, o conhecido – repasse global. No caso das despesas de custeio dos serviços, esse critério facilitaria a aproximação à realidade específica do município. Às despesas de investimento, poderiam ser escolhidos critérios mais estratégicos, tomando por base a necessidade de contribuírem para a melhor capacidade de gestão com vista à organização do sistema de saúde local." (MARQUES; MENDES, 2003, p. 411).

O SUS é um sistema em constante construção, e o Brasil, um país com realidades regionais distintas. É importante a constante discussão em todas as esferas deliberativas que compõem o sistema de saúde nacional. Isso se faz necessário para que os avanços alcançados desde sua criação se consolidem e se possa sempre avançar para que o SUS cumpra todos os seus princípios.

4 **UMA ANÁLISE DO PERFIL DA OFERTA DE SERVIÇOS EM SAÚDE BUCAL NO CONTEXTO DA PNSB**

No primeiro capítulo desta dissertação, vimos a evolução da saúde bucal como política pública de saúde. O marco inicial é o ano de 2000, com a publicação das portarias nºs 1.444 GM/MS e 267/01, que tratam da inserção das ESB no então PSF, na tentativa do MS de ampliar e reorganizar as práticas em saúde bucal na atenção básica. Em 2004, a saúde bucal passa a fazer parte efetivamente da agenda do Governo Federal, com a publicação do documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”. A partir desse fato, esta área de atenção à saúde teve um progressivo e significativo aumento de recursos, como demonstrado no capítulo I.

Nesta perspectiva, a mesma metodologia desenvolvida e aplicada por Maia (2008) para o Estado do Rio de Janeiro será empregada tendo como base a 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, visando a gerar comparabilidade com os resultados encontrados no estudo original.

4.1 **Metodologia da pesquisa**

A seguir, passaremos a descrever a metodologia desenvolvida e aplicada por Maia (2008), com os devidos ajustes para a região a ser estudada. Essa metodologia buscou identificar em que medida e de que maneira a política de incentivo do MS aplicada à PNSB imprimiu características à reorganização do modelo e atenção à saúde bucal na 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

A pesquisa envolveu as seguintes bases de dados: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES); Ministério da Saúde /Departamento de Atenção Básica (DAB); Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Paraná; 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

A partir dos dados disponíveis no *site* do IBGE, foram selecionadas as informações sobre a população dos municípios e do banco de dados Cidades@ relativos às informações estatísticas “Serviços de Saúde 2005”

(http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php). Através desta ferramenta do IBGE, foram extraídos dados da rede própria do SUS, no que tange à natureza jurídica do prestador e características da assistência prestada.

No *site* do MS, a partir do *link* do Departamento de Atenção Básica – DAB (http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php), foram extraídos os dados referentes à "Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família" do estado do Paraná, assim como os dados referentes a habilitação e implantação dos CEO e LRPD (http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/).

A pesquisa também considerou o levantamento bibliográfico de textos publicados em livros e periódicos especializados, tanto na área de Saúde Coletiva quanto na de saúde bucal, assim como documentos institucionais do MS e da SESA –PR.

Do *site* do DATASUS (http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php), foram extraídos os dados referentes à "Série Histórica da Produção Ambulatorial", no período entre janeiro de 1998 a dezembro de 2007, da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e seus 25 municípios, o que configura uma década de pesquisa. Segundo Maia (2008), nesse período ocorreram vários fatos de grande relevância para o campo da saúde e em especial para a saúde bucal, tais como:

1. implantação do Piso de Assistência Básica (PAB), a partir de janeiro de 1998;
2. inserção das ESB na ESF em 2001;
3. implantação das NOAS (2001/02);
4. início da vigência da PNSB a partir de 2004;
5. promulgação do Pacto pela Saúde 2006.

Vale registrar que, para o período selecionado, os dados se encontram dispostos em duas variáveis: "Procedimentos até 10/1999 e Procedimentos após 10/1999". Os procedimentos estão discriminados entre os que "fazem parte ou não do PAB" e essa categorização abrange tanto a tabela em vigor até outubro/1999 como a tabela vigente a partir de novembro/1999, quando ocorreram mudanças nos códigos de alguns procedimentos.[18] Essas mudanças ocorreram somente na denominação do procedimento, uma vez que o procedimento em si permaneceu

[18] Vide Nota Técnica DATASUS, disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sia/padescr.htm. Acesso em: jan. 2009.

inalterado, como pode ser visto na Portaria nº 1.230/MS, de outubro de 1999.

Com o objetivo de construir um conjunto de informações sobre a produção ambulatorial em saúde bucal nos 25 municípios que fazem parte da 10ª RS do Estado do Paraná no período referido, foram selecionados os seguintes procedimentos:

Nos anos 1998 e 1999 foram vistos (“Procedimentos até 10/1999”):

• consulta odontológica -1ª consulta;

• remoção de cálculo e polimento dentário;

• endodontia trirradicular;

• exodontia de elemento permanente.

Para Maia (2008), a escolha de procedimentos específicos se justifica pelo fato de que esses se apresentam com maior sensibilidade para a avaliação/repercussão das ações da PNSB dentro de um curto período de tempo. Para esta avaliação, foi escolhida “quantidade aprovada”.

Além do quantitativo dos procedimentos acima listados, foram vistos também, no conjunto, o total de procedimentos odontológicos “PAB” e “não PAB” realizados pelos municípios. Para este conjunto, também foi considerada “quantidade aprovada”.

No período de janeiro de 2000 a dezembro de 2007, foram vistos (“Procedimentos após 1999”):

Atenção Básica:

- 1ª consulta odontológica programática (“1ª consulta programática”);
- exodontia de elemento permanente (“exodontia elem. permanente”);
- curetagem subgengival e polimento dentário/hemiarcada (“curetagem sub/pol. dentário”).

Atenção Especializada:

- curetagem subgengival por indivíduo (“Atenção espec. Periodontia curetagem sub/ indivíduo”);
- Raspagem corono radicular por hemi arcada;

- tratamento endodôntico permanente multirradicular (“endodontia trirradicular”).

No período 2000 a 2007, da mesma forma que para o período anterior, foi visto o global dos procedimentos definidos como “ações básicas” e “ações especializadas” através da “quantidade aprovada”.

Convém registrar que os valores apresentados correspondem às bases de dados nacionais até dezembro de 2007. O conjunto de todos os procedimentos realizados pelos municípios nos permite uma visão global do desempenho da assistência odontológica ofertada tanto no âmbito da atenção básica como na especializada.

Produção do LRPD:

• Prótese Total Maxilar;

• Prótese Total Mandibular;

• Total Próteses Totais;

• Prótese Parcial Removivel mandibular;

• Prótese Parcial Removivel maxilar.

Maia (2008) considerou ainda que:

1) O procedimento “consulta odontológica - 1ª consulta” (procedimentos até 10/1999) é compatível com o procedimento “1ª consulta programática” (procedimento após 10/1999), e ambos expressam o acesso à atenção à saúde bucal, pois representam a primeira consulta do tratamento odontológico, não considerando aquelas de caráter emergencial.[19]

[19] Segundo Maia (2008, p. 77), a Portaria 493 GM, de 13 de março de 2006, interpreta da seguinte forma o emprego do indicador 1ª *consulta odontológica* programática: “Estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, como o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, tendo esse plano resolução completa na atenção básica ou inclua ações de média e alta complexidade. Considera, portanto, que a equipe tem a intenção de dar seguimento ao plano preventivo-terapêutico para atender às necessidades detectadas. Ou seja, não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não têm seguimento previsto. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em programas de saúde: mental, da mulher, do trabalhador, do adolescente, do idoso, etc.”.

2) A mesma compatibilidade ocorre para os procedimentos (até 10/1999): remoção de cálculo e polimento dentário; endodontia trirradicular e exodontia de elemento permanente em relação aos seguintes procedimentos (após 10/1999) respectivamente: curetagem subgengival e polimento dentário/hemiarcada; tratamento endodôntico; tratamento endodôntico permanente trirradicular e exodontia de elemento permanente.

3) Em relação à categoria “exodontia de elemento permanente”, procedimento de atenção básica, em tese, é sempre esperado e desejável que ocorra queda no seu volume. No tocante às localidades que possuem CEO ou outra forma de atenção odontológica especializada, uma queda no número de exodontias pode ser associada ao encaminhamento/referência dos usuários para a clínica especializada. Por outro lado, um aumento de volume é admissível temporariamente, caso ocorra aumento do acesso no período estudado.

4) A categoria “curetagem/pol. dentário” (procedimento de atenção básica), além da assistência clínica, é interpretada aqui como uma oportunidade de acesso à informação em saúde bucal, permitindo aos usuários conhecer recursos para praticar o autocuidado. Ademais, este procedimento pode ser interpretado como a alta do tratamento clínico, marcando o intervalo entre consultas para revisão e/ou acompanhamento. Neste sentido, esse procedimento deve ser analisado em conjunto com o procedimento “1ª consulta programática”. Convém lembrar que esse procedimento é contabilizado por hemiarcada, o que pode gerar um volume de produção de até quatro vezes por indivíduo.

5) No tocante aos procedimentos após 1999, no âmbito da “Atenção Especializada” foi considerado o procedimento “curetagem subgengival por indivíduo”. A respeito desse procedimento, vale dizer que, ainda que seja compatível com o procedimento “curetagem/pol. dentário”, ele é contabilizado por indivíduo (e não por hemiarcada) e, em tese, deve ser realizado naqueles usuários

portadores de patologia periodontal diagnosticada na atenção básica e referenciados para a clínica especializada. Desta forma, vale registrar ainda que esse procedimento deve apresentar um volume de produção inferior àquele compatível realizado na atenção básica.

6) A categoria “raspagem corono radicular por hemiarcada”, que não está prevista no trabalho de Maia (2008), foi incluída neste trabalho, pois é o procedimento de escolha, no caso de tratamento especializado de periodontia, para ser lançado na clínica de odontologia da Unioeste e pelo CEO implantado em Cascavel.

7) Para o procedimento “endodontia trirradicular”, em tese, deve-se esperar um desempenho inversamente proporcional ao volume de “exodontias de elementos permanentes”, já que este se configura como um procedimento conservador que deve ser oferecido em lugar da exodontia (tratamento mutilador).

8) O aumento no volume de “ações básicas” é aqui interpretado como uma ampliação do acesso. Isso pode ocorrer tanto pela oferta de novos serviços como pelo incremento dos já existentes, sejam estes através da ESF ou não. Ademais, quando da implantação ou ampliação de ESB, consideramos também que, em tese, ocorre uma tentativa de reorganização do modelo de atenção à saúde bucal ofertado aos usuários, tal como pretendido pela PNSB. Portanto, a implantação de ESB deve implicar aumento do volume da produção das ações básicas dos municípios que as implantarem.

9) Nos locais onde a atenção básica é oferecida de forma adequada e contínua, é esperado que ocorra, no médio e longo prazo, uma redução no volume das “ações especializadas”. Dito de outra forma, é coerente que um melhor desempenho em atenção básica resulte em menor necessidade assistencial na clínica especializada.

10) Nos locais onde há presença de LRPD, é esperado um aumento no volume da produção de próteses totais num primeiro instante, devido a uma demanda reprimida, mas na sequência o aumento na produção de próteses parciais removíveis é esperado, o que indicaria a redução de exodontias; isso poderia indicar o início da reversão do modelo mutilador.

4.2 **Análise dos dados da pesquisa a partir da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná**

A 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná é composta por 25 municípios: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste. Segundo o Censo de 2000 (IBGE), a região possuía então 502.719 habitantes, representando 4,88% da população total do Estado do Paraná. O IDH médio da região, neste mesmo período, era de 0,734, sendo Diamante do Sul o município com menor valor (0,675), e Cascavel o município com o maior valor (0,810).

É possível observar que, já em 1998, 100% dos municípios da 10ª RS do estado realizavam procedimentos odontológicos básicos. Portanto, antes mesmo da entrada das ESB na ESF, em 2001, e da vigência da PNSB, em 2004, os 25 municípios da 10ª RS do estado já ofereciam assistência básica em odontologia.

De acordo com as normas assistenciais do SUS, ano de 2007, nenhum município estava habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Todos os 25 municípios estavam em Gestão Plena de Atenção Básica.

O município que recebe o maior volume de recursos do SUS para atenção à Saúde na 10ª RS é Cascavel. Por ser o maior município da regional e possuir a maior população, recebe o maior volume de recursos federais correspondentes ao PAB-fixo. Em relação à saúde bucal, Cascavel, apesar de possuir uma baixa cobertura populacional de ESB, tem o maior número de ESB implantadas dentre os

25 municípios da RS, e por esse motivo recebe o maior o maior volume de recursos federais do PAB-variável.

Os estabelecimentos de saúde existentes na região, quanto à natureza jurídica, em sua grande maioria são públicos municipais e em todos os 25 municípios que compõem a 10ª RS, temos pelo menos um estabelecimento de saúde com atendimento ambulatorial odontológico. Dos 25 municípios da RS, Cascavel concentra o maior número de estabelecimentos de saúde (97), dos quais 36 são estabelecimentos públicos e 23 oferecem assistência ambulatorial odontológica. No tocante à assistência emergencial em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF), somente o município de Cascavel, através de seis estabelecimentos, sendo um público e cinco privados, oferece este serviço.

Em relação à atenção básica através da ESF, o quadro 10 mostra a implantação das ESBs nos 25 municípios da 10ª RS do Paraná.

Quadro 10 - Nº de ESB, ESF implantadas e cobertura populacional na 10ªRegional de Saúde do Paraná até dezembro de 2007

	Mês /ano Inicio ESBs	Nº de ESB implantadas/ modalidade INICIO	Nº de ESB implantadas/ modalidade ATUAL	% de cob. pop. SB dez /07	População total Dez/07	Nº de ESF implantados/ DEZ 2007	% de cob. pop. da SF/ DEZ 2007
Anahy	04/2002	01/M II	01/M II	100	2.642	1	100
Boa Vista da Aparecida	06/2003	01/M I	03/M I	100	6.984	3	100
Braganey	09/2002	01/MII	01/MI 01/MII	100	4.803	2	100
Cafelândia	O8/2002	01/MII	01/MII	51,50	13.397	4	100
Campo Bonito	11/2005	01/MI	01/MII	100	5.555	1	62,11
Capitão L. Marques	0	0	0	0	15.492	1	22,27
Cascavel	12/2002	04/MII	07/MII	16,93	285.324	9	10,88
Catanduvas	06/2001	01/MII	01/MII	62,68	11.009	2	62,68
Céu Azul	04/2001	01/MII	02/MI 01/MII	100	10.341	4	100
Corbélia	11/2001	1/MII	0	0	15.445	0	0
Diamante do Sul	01/2004	01/M I	01/M I	100	3.027	1	100
Espigão Alto do Iguaçu	08/2002	01/ M I	01/ M I 01/ M II	100	4.952	2	100
Formosa do Oeste	01/2002	01/M II	01/M I 01/M II	100	6.574	2	100
Guaraniaçu	08/2006	03/M I	03/M I	100	14.025	5	100
Ibema	0	0	0	0	5.699	1	60,54
Iguatu	06/2004	01/M II	01/M I 01/M II	47,57	29.008	5	59,47
Iracema do Oeste	09/2001	01/M I	01/M I	100	2.553	1	100
Jesuitas	02/2003	01/M I	02/M I	100	7.608	3	100
Lindoeste	0	0	0	0	5.906	0	0
Nova Aurora	11/2001	01/M I	01/ M II	56,23	12.271	3	84,35
Quedas do Iguaçu	04/2005	01/M I 02/M II	0	0	31.551	1	10,93
Santa Lúcia	08/2005	01/M I	01/M I	100	3.498	2	100
Santa Tereza do Oeste	0	0	0	0	14.273	1	24,17
Três Barras do Paraná	07/2002	01/M I	0	0	9.730	3	100
Vera Cruz do Oeste	0	0	0	0	8.380	2	82,34

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do DAB/MS.

De acordo com o quadro acima, até dezembro de 2007, 17 municípios pertencentes á 10ª RS possuíam ESBs implantadas; oito municípios não possuíam ESBs implantadas e, destes, dois também não aderiram à ESF.

Vale registrar que mais três municípios implantaram ESB (Corbélia-1/MII em 11/2001, Quedas do Iguaçu- 01/M I e 02/M II em 04/2005 e Três Barras do Paraná 1/M I em 07/2002). Entretanto, em 2007, estes três municípios, de acordo com o MS, já não contavam com a atuação das equipes.

Dos 17 municípios que possuem ESB, 11 possuem pelo menos uma equipe

modalidade II. Entre os municípios que contam com ESB, o município de Cascavel, sede da regional e o maior município, nos chama a atenção pelo fato de possuir a menor cobertura populacional tanto para ESB (16,93%) quanto de ESF (10,88%).

Até dezembro de 2007, a 10ª RS possuía apenas um LRPD habilitado. No tocante à atenção especializada, a Regional conta com um CEO tipo III habilitado desde 2006. O CEO e o LRPD estão situados no município de Cascavel, sede da regional de saúde, na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

O CEO é vinculado ao curso de Odontologia da universidade e é fruto de parceria entre a Unioeste e a prefeitura municipal de Cascavel. Neste contexto de parceria, a prefeitura cedeu oito cirurgiões-dentistas com regime de trabalho de 15 horas semanais e a universidade complementa a necessidade de profissionais através de plantões docentes. A administração dessa unidade é de responsabilidade do curso de Odontologia da Unioeste e a participação do município se refere exclusivamente à disponibilidade dos oito profissionais.

O LRPD também é vinculado ao curso de Odontologia da Unioeste e conta com dois protéticos contratados em regime de trabalho de 40 horas semanais. Esse laboratório produz próteses totais (PT) e próteses parciais removíveis (PPR), sendo que a fase de confecção da estrutura metálica das PPR é terceirizada. As moldagens para confecção das próteses são todas realizadas no âmbito da universidade, nas clínicas da graduação por acadêmicos e também no CEO, por professores plantonistas.

No tocante à produção ambulatorial, podemos observar no gráfico 1, a seguir, que dos 25 municípios da 10ª RS, 13 obtiveram aumento no acesso (expresso pelo número de 1ª consultas programáticas); 10 tiveram uma queda no acesso e dois se mantiveram estáveis. Em relação aos 13 municípios com aumento no acesso, quatro não possuem ESB implantadas.

Esses quatro municípios, apesar do incentivo do MS para implantação de ESBs e das diretrizes da PNSB, que preconizam que a atenção básica em SB deva ser preferencialmente através das ESF, optaram por não aderir à proposta do MS e, por esse fato, não são dependentes da política de incentivos do MS para cumprirem suas responsabilidades na assistência à SB da sua população.

Cascavel, com uma cobertura populacional de 16,93% no ano de 2007,

apresentou queda no acesso em seu primeiro ano de implantação das ESBs (2004), mas no ano seguinte apresentou aumento significativo na expansão do acesso. Vale ressaltar que, em 2005, ocorreu no município o credenciamento, junto ao SUS, da clínica de odontologia da Unioeste, fato que pode ter colaborado para essa expansão.

O município de Céu Azul, que possui uma cobertura de 100% da população desde setembro de 2003, apresentou elevado aumento no que se refere ao acesso dos serviços básicos de odontologia. No ano de 2002, foram realizadas 1.438 1ªs consultas odontológicas, tendo aumento gradativo nos anos seguintes, alcançando 11.462 consultas no ano de 2007, o que representa um aumento de 697%. Este município teve aumento na implantação de ESB, tendo, no ano de 2002, uma ESB implantada e, em 2007, possuía três equipes.

Corbélia, que possuía ESB de 2001 a 2006, conseguiu expansão significativa no acesso, com seu pico em 2007. Entretanto, nesse ano o município não contava com ESB credenciadas.

Formosa do Oeste obteve uma melhora significativa no acesso ao atendimento básico em odontologia, elevando em 98,9% o número de1ª consulta odontológica de 2001 a 2007. Fato sugestivo é que este aumento possa estar associado à implantação das ESBs em 2002. Em 2007, o município apresentava uma cobertura de 100% em ESB para sua população.

Os municípios de Boa Vista da Aparecida (100% cobertura), Campo Bonito (62,11% cobertura), Espigão Alto do Iguaçu (100% cobertura), e Iguatu (59,47% cobertura) tiveram redução significativa no acesso após a implantação das ESBs. Ainda que falhas de registro possam ter ocorrido, nesses municípios se faz necessária uma pesquisa mais detalhada, para que possamos conhecer os motivos desta redução no número de 1ªs consultas odontológicas, uma vez que dois destes municípios contam com 100% de cobertura de ESB.

Se levarmos em conta a produção ambulatorial da soma dos 25 municípios pertencentes à 10ª Regional, veremos que houve uma curva ascendente, com aumento no número de 1ª consulta odontológica de 71,16% entre 2001 e 2007.

O aumento no número de 1ª consulta odontológica na soma dos 25 municípios mostra que apesar de quatro municípios apresentarem queda no número

de 1ª consultas, os demais superaram esta diferença, elevando o total da 10ª RS. Este fato merece ser mais bem estudado, podendo inclusive indicar a busca por atendimento odontológico fora do município de origem.

No âmbito da atenção básica, quanto à categoria “exodontia de elem. permanente”, no gráfico 2, dos 25 municípios pertencentes a 10ª RS, 10 mantiveram estável a produção deste procedimento, sendo que três não possuem ESB implantadas. Onze municípios[20] apresentaram queda na produção de exodontias, sendo que dois[21] não contam com ESB implantadas. Apresentaram aumento de exodontias três[22] municípios, sendo que um apresentou aumento no primeiro ano de implantação e queda nos próximos anos. O município de Santa Lucia (100% cobertura), que implantou ESB em 2005, teve aumento de 99,54% de exodontias no primeiro ano após a implantação da equipe, e no ano seguinte teve queda de 45% nas exodontias realizadas.

Cafelândia apresentou aumento constante nos cinco anos seguintes à implantação da ESB no município, chegando, em 2007, com uma produção de exodontia 109,66% maior que a de 2003, primeiro ano após a implantação da ESB. Este fato sugere que não houve mudança no modelo de atenção, como preconiza o MS, com a implantação de ESB e que se manteve o modelo mutilador, ao invés de

[20] Boa vista da Aparecida, Bro aganey, Campo Bonito, Cascavel, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Iracema do Oeste, Jesuitas, Lindoeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste.
[21] Lindoeste e Vera Cruz do Oeste
[22] Cafelândia, Corbélia e Diamante do Sul

ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

Corbélia apresentou uma oscilação na produção nos primeiros três anos de implantação da ESB, quando contava com uma cobertura de 43,95%, e aumento considerável nos três anos seguintes, quando passou de uma ESB modalidade I (2001 a 2004) para uma ESB modalidade I e uma modalidade II em 2005 (88,16% cobertura), tendo sido implantada mais uma ESB modalidade I em 2006, atingindo 100% de cobertura. No ano de 2007, este município a partir de fevereiro, segundo o DAB/MS. não conta com ESB implantada, o que pode sugerir que não se informou a produção ou as equipes foram descredenciadas por outro motivo. No ano de 2008, o município volta a apresentar equipes implantadas, segundo o DAB/MS, e a cobertura é de 89,35%.

O município de Diamante do Sul apresentou queda no número de exodontias nos três primeiros anos após a implantação da ESB, e aumento exagerado em 2007. Este fato sugere que o modelo mutilador continua presente na atenção à saúde bucal, contrariando as diretrizes da PNSB, mesmo o município aderindo à ESF.

Se levarmos em conta a somatória das exodontias dos 25 municípios pertencentes à 10ª Regional, veremos que houve uma curva descendente que já estava em curso antes de 2001 e permaneceu a queda até 2007, sendo de 40,36%, se compararmos 2001 com 2007.

Para a categoria de “exodontia de elem. permanente” parece que, no âmbito da 10ª RS, o padrão de queda tem comportamento positivo. Independentemente de alguns municípios não aderiram às ESBs; outros que, apesar de aderiram às ESBs não mudaram seu modelo de atenção; e ainda aqueles municípios que parecem seguir as diretrizes preconizadas pela PNSB.

Erro! Vínculo não válido.
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do DATASUS.

Em relação à categoria “ curetagem/pol. dentário” (periodontia na clínica básica), observamos que 14 municípios ao longo dos 10 anos pesquisados

apresentaram este procedimento na sua produção em pelo menos dois anos. Se analisarmos após 2001, ano da incorporação das ESB ao então PSF, veremos que 11 municípios apresentam este procedimento na sua produção e, destes, apenas três apresentam produção em três anos consecutivos.

Anahy, que implantou ESB em 2002, só passou a apresentar o procedimento em 2004 e teve um crescimento de sua produção relativa à curetagem nos três anos seguintes, chegando em 2007 com uma produção de 310,25% superior a de 2004. Este fato é sugestivo da observância e aplicação das diretrizes da PNSB.

O município de Campo Bonito, que já apresentava este procedimento quatro anos antes da implantação da ESB (ocorrida em 2005), teve crescimento de aproximadamente 87% um ano após a implantação da equipe, e no ano seguinte retornou ao patamar anterior de curetagens realizadas.

Cascavel foi o único município a apresentar o procedimento nos 10 anos pesquisados. Em 2004, primeiro ano após a implantação da ESB, o número de procedimentos realizados se manteve estável e teve um aumento de 62,5% no ano seguinte. Em 2006, houve uma pequena queda e, em 2007, voltou ao mesmo patamar de 2005.

Esse aumento significativo na produção no município de Cascavel provavelmente se deve ao credenciamento da clínica de odontologia da Unioeste ao SUS, que ocorreu no ano de 2005, já que no ano seguinte a implantação das ESBs não observou aumento nos procedimentos de curetagem.

Guaraniaçu, que já apresentava procedimento de curetagem na sua produção dois anos antes da implantação da ESB, teve um aumento de 341% no ano seguinte à implantação das equipes .

Iracema do Oeste manteve constante sua produção, mesmo após a implantação da ESB em 2001. Este município apresentou uma queda acentuada na produção em 2005, não apresentando mais procedimentos nos anos de 2006 e 2007.

O município de Quedas do Iguaçu apresentou este procedimento em 9 dos 10 anos analisados. Este município contou com ESBs implantadas apenas 9 meses no ano de 2005, quando ocorreu uma redução na produção na ordem de 61%, esta redução foi mantida nos anos seguintes.

Erro! Vínculo não válido.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do DATASUS

O gráfico 4 mostra o conjunto da produção ambulatorial das ações correspondentes à atenção básica em odontologia na 10ª Regional de Saúde no Estado do Paraná.

Dos 25 municípios pertencentes a 10ª RS, 7 municípios apresentaram aumento na sua produção após a implantação das ESBs, 13 apresentaram queda na produção da atenção básica após a implantação das ESBs, 5 municípios apresentaram aumento nos primeiros anos de implantação e em seguida temos uma curva descendente na sua produção. Se levarmos em conta o total da produção ambulatorial das ações correspondentes à atenção básica em odontologia na 10ª Regional de Saúde, apesar da oscilação na produção de procedimentos de atenção básica, ocorreu um aumento de 6,5 % em 2007 em relação ao ano de 2001.

Erro! Vínculo não válido.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do DATASUS

4.2.2 Produção da atenção especializada em odontologia

Em relação à assistência odontológica especializada, apenas três municípios, dos 25 da região, apresentaram produção desse serviço.

O único município que apresentou o procedimento de curetagem sub./indivíduo foi Cascavel, a partir de 2005. O CEO foi implantado em Cascavel em janeiro de 2006, mas a partir de 2005 o município passou a ter atendimento especializado em odontologia, através do credenciamento da clínica de Odontologia da Unioeste.

A pequena produção em relação a este procedimento se deve à escolha de outro procedimento para ser lançado quando do tratamento na especialidade de periodontia. O procedimento mais utilizado é o de raspagem corono radicular por hemi arcada, pois é possível lançar 4 procedimentos para cada paciente, aumentando assim o valor repassado pelo MS.

Erro! Vínculo não válido.
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do DATASUS.

Em relação ao procedimento raspagem corono radicular por hemi arcada, os municípios de Cascavel e Santa Tereza apresentam produção. Santa Tereza apresenta produção deste procedimento desde 1999, sendo que a partir de 2000 a produção se manteve estável. O município de Cascavel passa a ter esse procedimento na sua produção no ano de 2005, com aumento de 64% no ano seguinte, quando foi implantado o CEO no município, e novamente uma elevação de 14,5% no ano de 2007.

Erro! Vínculo não válido.
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do DATASUS

No tocante à categoria “Endodontia trirradicular”, o gráfico 7 mostra que apenas o município de Cascavel apresenta este tipo de atenção. Vale registrar que o procedimento já era realizado antes da implantação do CEO, tendo uma elevação de 1998 a 2000, se mantendo estável até 2002 e apresentando uma queda até 2004, quando não verificamos nenhum procedimento realizado, provavelmente por falha no registro de dados. No ano de 2005, volta a apresentar produção, mantendo uma curva ascendente até 2007.

Erro! Vínculo não válido.
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do DATASUS.

No que se refere ao conjunto de ações especializadas em odontologia, no gráfico 8 verificamos que, apresentaram produção, os municípios de Cascavel, Quedas do Iguaçu, Santa Tereza do Oeste e Espigão Alto do Iguaçu, sendo que este último município apresentou uma pequena quantidade de procedimentos especializados nos anos de 1998 e 1999.

Cascavel já apresentava ações especializadas em odontologia antes de 2004. De 1998 a 2001, apresentou aumento na produção de 278 %. No entanto, de 2002 a 2004, observamos uma queda acentuada (98,9%) nas ações especializadas. No ano de 2005, temos um crescimento na produção de 217%, comparado ao ano de 2000, quando apresentou o maior número de procedimentos. Temos uma curva ascendente até o ano de 2007, com uma produção 117% superior à de 2005.

O município de Quedas do Iguaçu apresentou ações especializadas em

odontologia nos dez anos pesquisados. A produção oscilou neste período, tendo um crescimento de 109%, se compararmos 2004 a 2007. Santa Tereza do Oeste apresentou pequena produção com oscilações nos dez anos pesquisados.

Se analisarmos o conjunto da produção da 10ª Regional de Saúde, veremos uma curva descendente de 2000 a 2004 e ascendente de 2005 a 2007, com aumento de 101% no período. Podemos atribuir este aumento que se inicia em 2005 e continua até 2007, inicialmente, ao credenciamento da clínica de odontologia da Unioeste, que ocorreu em 2005, e à grande elevação ocorrida em 2006 e 2007, com a implantação do CEO no município de Cascavel.

Erro! Vínculo não válido. Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do DATASUS.

4.2.3 Produção de próteses dentárias

Em relação à oferta de Próteses na 10ª RS, verificamos, como demonstrado no gráfico 9, que há produção de próteses no município de Cascavel a partir de 2006, ano de implantação do LRPD na Unioeste/Cascavel. O volume de prótese total realizada apresentou aumento de 53,5% de 2006 a 2007. Quanto à oferta de próteses parciais removíveis, podemos observar que nenhuma produção foi encontrada nesse período.

O aumento no número de próteses totais pode significar inicialmente uma melhoria na condição de saúde bucal de pacientes que historicamente foram submetidos a uma odontologia mutiladora. A permanência desta situação pode indicar que este modelo ainda persiste, apesar das diretrizes da PNSB indicarem um novo rumo para odontologia no SUS, mas não é possível realizar tal análise, devido ao pequeno período da implantação do LRPD. No entanto, a queda do número de exodontias, no conjunto dos 25 municípios da 10ª RS, foi de 40,36%, se compararmos 2001 com 2007. Ainda assim, foram extraídos 16.334 dentes permanentes no ano de 2007 na região, o que pode indicar que não rompemos totalmente o modelo mutilador, apesar da PNSB.

Outro dado importante é ausência de produção relativa a próteses parciais removíveis, que poderiam influenciar diretamente na redução no número de

exodontias. Esta falta de produção pode estar ligada ao custo das PPRs e à necessidade de mão-de-obra de qualificada[23] para confecção das próteses.

Erro! Vínculo não válido.
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do DATASUS.

[23] Para confecção da estrutura metálica da PPR, é necessário um técnico em prótese dental com experiência em fundição e forno para esse fim.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde, desde sua criação, tem seu processo de consolidação em andamento, para o qual contribuem vários fatores. Podemos citar o processo de descentralização do sistema, a reorganização da atenção à saúde e o papel das NOB e suas portarias complementares de mudanças nas formas de financiamento do SUS.

Com a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) na década de 90, o Ministério da Saúde demonstrou a priorização da reorganização da atenção básica, o que representou uma mudança no financiamento federal para essa área da saúde. Essa política de priorização da atenção básica se mantém com a opção do MS, quando elege o modelo do PSF como estratégia preferencial da reorganização da atenção básica, possibilitando um aumento do aporte de recursos financeiros aos municípios que aderirem ao modelo através do PAB-variável.

No tocante à atenção a saúde bucal, em 2000, a inserção dos incentivos federais voltados para reorganização da atenção básica possibilitou a incorporação das ESBs no então PSF, e assim esta área de atenção a saúde passou a ter maior relevância no SUS.

Com a implantação da PNSB, em 2004, a odontologia passou a ter uma política nacional e a ocupar um local de destaque na agenda nacional da saúde pública, reafirmando a importância da atenção básica através da ESF e ampliando a atenção especializada em saúde bucal através dos CEOs e LRPDs. Neste sentido, na última década, a saúde bucal no SUS vem avançando tanto na atenção básica, quanto na média complexidade, com a ampliação do acesso, universalização e integralização das ações.

No âmbito do Estado do Paraná, a 10ª Regional de Saúde, até dezembro de 2007, apresentava 59 ESFs implantadas e distribuídas em 23 municípios, 17 ESBs modalidade I e 17 ESBs modalidade II em 17 municípios dos 25 a ela pertencentes. No tocante à atenção especializada, a 10ª RS conta apenas com um CEO tipo III e um LRPD, que estão instalados na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) sediada em Cascavel (BRASIL, 2009).

Diante das mudanças ocorridas com a implantação das ESBs na ESF e a

PNSB para os usuários do sistema de saúde público brasileiro, considerando as características particulares na 10ª RS do Paraná, foi elaborada uma pesquisa para levantamento de dados relativos a esse campo temático.

Somos sabedores de que a coleta de dados relativos à série histórica dos procedimentos selecionados está sujeita a erros de informação e/ou alimentação dos dados por parte dos gestores locais. Contudo, sendo esses os dados oficiais perante o MS, foi possível fazer algumas constatações, a partir da observação do comportamento dos mesmos. Passaremos a destacar, a seguir, os fatos relevantes da presente pesquisa e que possibilitaram algumas interpretações, levando-se em conta a análise das categorias de procedimentos pesquisados.

Se olharmos de uma maneira geral, o que ocorreu na 10ª RS após a implantação dos incentivos federais para a política de saúde bucal, verificamos que houve ampliação do acesso e da oferta de serviços. Os incentivos financeiros são atrativos para os municípios, pois representam um recurso extra para executar uma demanda que já estava sob sua responsabilidade. Entretanto, esses incentivos não são capazes de custear o total de recursos necessários para implementação desta política, cabendo aos estados e municípios uma efetiva participação no financiamento das ações e serviços contidos na PNSB, para que de fato ocorra a reversão para um novo modelo de assistência em SB. Por outro lado, o aumento de acesso à atenção especializada demonstra que a possibilidade de parcerias entre estado e municípios, assim como parcerias entre municípios, pode efetivar essa política neste nível de atenção, auxiliando na reversão do modelo de atenção à saúde bucal.

A pesquisa demonstrou que, na grande maioria dos municípios, houve a ampliação (8 municípios) e manutenção (9 municípios) das ESBs implantadas, sendo que em três municípios ocorreu redução no número de equipes inicialmente implantadas.

Segundo a metodologia da pesquisa, dos 19 municípios da 10ª RS que contavam com a atuação de ESB, nove (47,36%) ampliaram o acesso, e nove (47,36%) apresentaram queda no acesso às ações de SB. Um município (5,26%) se manteve estável no acesso após a implantação das ESBs. Listaremos a seguir esses municípios e seus respectivos percentuais de cobertura de ESBs:

a) Ao longo do período analisado, ampliaram acesso: Anahy (100%), Cafelândia (51,5%), Cascavel (16,93%), Céu Azul (100%), Formoza do Oeste (100%), Guaraniaçu (100%), Jesuitas (100%), Quedas do Iguaçu [24](74,11%) e Três Barras do Paraná [25](70,91%).
b) Apresentaram queda no acesso: Boa Vista da Aparecida (100%), Campo Bonito (100%), Catanduvas (68,68%), Diamante do Sul (100%), Espigão Alto do Iguaçu (100%), Iguatu (47,57%), Iracema do Oeste (100%), Nova Aurora (56,23%) e Santa Lúcia (100%).
c) O município de Braganey (100%) se manteve estável.

Se levarmos em conta que a portaria SAS/MS nº 95, de fevereiro de 2006, recomenda para as ESBs que seja realizada uma consulta/ano por pessoa, consideramos que não é admissível uma redução de acesso naqueles municípios que apresentam 100% de cobertura de atuação das ESBs. Nesses municípios, o acesso deveria ao menos ser mantido, ainda que pequena redução pudesse significar a continuidade no atendimento daqueles pacientes que se encontravam em processo de tratamento.

Ainda no tocante aos 19 municípios que contam com a atuação de ESB, a análise para o conjunto das ações básicas em saúde bucal revelou que cinco desses municípios (26,30%) apresentaram aumento na sua produção, dez (52,60%) apresentaram queda no volume dessas ações e cinco (26,30%) apresentaram aumento nos primeiros anos de implantação das ESB e queda nos anos seguintes. Listaremos a seguir esses municípios:

a) Aumento: Cafelândia, Cascavel, Céu Azul, Guaraniaçu e Quedas do Iguaçu.
b) Queda: Boa Vista da Aparecida, Braganey, Campo Bonito, Catanduvas, Corbélia, Diamante do Sul, Iguatu, Iracema do Oeste , Nova Aurora e Santa Lúcia.
c) Aumento e queda: Anahy, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Jesuitas e Três Barras do Paraná.

Considerando que o modelo de atenção preconizado pela ESF não é o atendimento da demanda espontânea, é necessário realizar uma melhor análise

[24] O município de Quedas do Iguaçu apresentou ESBs implantadas até dezembro de 2005.
[25] O município de Três Barras do Paraná apresentou ESBs implantadas até o mês de julho de 2007.

para a queda no volume da produção de ações de atenção básica, levando em conta, para cada município, a oferta de assistência em SB, que pode ser através das ESB, mas também apresentar outros modelos de atenção concomitantes às ESBs.

Em relação à atenção especializada, se levarmos em consideração o município de Cascavel, que é sede da 10ª RS e apresenta um CEO III implantado, poderemos observar que houve aumento considerável nas ações especializadas em odontologia. Esse fato demonstra que a implantação do CEO pode possibilitar o atendimento especializado, cobrindo uma lacuna há muito tempo existente na atenção especializada, servindo de referência para as ESBs implantadas. Com isso, é possível a reversão do modelo mutilador, segundo o qual a impossibilidade de um atendimento especializado para manutenção do elemento dental, via de regra, acabava levando a opção da remoção do dente como solução do problema.

Em relação à oferta de próteses na 10ª RS, verificamos que a implantação de um LRPD na Unioeste/Cascavel possibilitou, num primeiro momento, o atendimento a uma população que foi submetida, ao longo dos anos, ao modelo mutilador. Devolveu-se a essa população uma condição melhor de saúde bucal, com a possibilidade de uma mastigação mais adequada e melhora na autoestima. No entanto, a ausência de produção de próteses parciais removíveis (PPR) demonstra a necessidade da contrapartida do estado para equilibrar esse financiamento, pois o valor pago pelo ministério, de R$ 40,00 por PPR, não é suficiente para custear a compra da estrutura metálica que compõe a prótese,[26] faltando ainda a parte acrílica.

Ainda em relação a este tipo de próteses dentárias, há necessidade de reajuste na tabela do SUS e coparticipação dos estados nesse financiamento, para que os procedimentos de recuperação de elementos dentais parcialmente perdidos possam se tornar realidade no âmbito do SUS.

É importante ressaltar que os sistemas de informação podem ser uma ferramenta de grande relevância para o planejamento da atenção a saúde. Portanto, os profissionais devem estar capacitados para operacionalizar e analisar os dados disponíveis. Também há necessidade de investimento em equipamentos de informática.

[26] Na licitação pregão nº 005/2009 realizada pela Unioeste/Campus Cascavel para fornecimento de estrutura metálica para PPR, o menor preço apresentado foi de R$ 96,66.

Sendo o Brasil um país de tamanho continental, com grandes diferenças regionais, seria possível, num segundo passo após a implantação dos CEO, sua produção mínima ser adequada às realidades locais. O avanço na odontologia hospitalar também é necessário para qualificar o nível terciário de atenção à saúde bucal, tal como preconizado pelas diretrizes da PNSB.

Para finalizar, gostaríamos de ressaltar a importância da PNSB para o avanço do Sistema Único de Saúde brasileiro, no que diz respeito à integralidade. A consolidação desta política também colabora para o fortalecimento do SUS, em relação ao cumprimento de seus princípios.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, C.M. A experiência do Paraná. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. *Saúde bucal das famílias*: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

AMARANTE, L.M. *A fluoretação das águas de abastecimento público no Estado do Paraná.* Curitiba: SESA Paraná, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1998, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. *Norma Operacional Básica* NOB nº 1/ 91. http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: mar 2009

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. III Conferência Nacional de Saúde Bucal. Acesso e qualidade superando a exclusão social. *Relatório Final*... Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Banco de dados da Pesquisa Condições de Saúde Bucal da População Brasileira*: Projeto SB Brasil 2003. Disponível em <www.saúde.gov.br> . Acesso em: 5 fev. 2009.

_____. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php Acesso em: fev 2009 (b).

_____. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/cidades_atendidas.php Acesso em: 09 fev 2009 (c).

_____. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/outras_acoes.php Acesso em: 09 fev 2009 (d).

_____. Emenda Constitucional nº 29, setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.dgp.eb.mil.br/normas/ec29.htm Acesso em: março 2009.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_8080_90.pdf. Acesso em: abril 2009.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm. Acesso em: abril 2009.

_____. 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, DF http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm. Acesso em: março 2009.

_____. Portaria nº 545/GM, de 20 de maio de 1993 Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

_____. Portaria nº 2.203 GM/MS de 5 de novembro de 1996. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde*/NOB/ SUS 96. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde cidadão. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

_____. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.

_____. Portaria GM/ MS nº 267, de 06 de março de 2001. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro 2002. *Norma Operacional da Assistência à Saúde*: NOAS-SUS 01/2002. Brasília: MS, 2002.

_____. Portaria nº 673, de 03 de junho de 2003. Reajusta os valores dos incentivos financeiros aos Programas de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

_____. Portaria nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimentos de moldagem para prótese e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria GM/MS nº 1.572, em 29 de julho de 2004. Estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria nº 399 GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> Acesso em: 10 mar 2008.

_____. Portaria nº 493/GM, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria nº 2.489, de 21 de outubro de 2008. Define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica Variável para estratégia de Saúde de Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

_____. Portaria nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008. Define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica Variável para estratégia de Saúde de Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

_____. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n°204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

_____. *Saúde, Brasil*. Brasília, n. 150, p. 6, nov. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde*: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasilia: MS, 2001.

_____. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. *Ações e programas:* Brasil Sorridente**.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406 Acesso em: 09 fev 2009 (a).

_____. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Atenção Básica / Saúde da Família. *Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família.* Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php Acesso em: julho 2009.

_____. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Atenção Básica / Saúde Bucal : *Cidades atendidas.* Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/cidades_atendidas.php Acesso em: jan. 2009 (e).

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

CARVALHO, G: *O Financiamento da Saúde no Brasil*: o estado da arte em 2000. IN: Conferência Nacional de Saúde On-Line. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/datasus.htm Acesso em: maio 2009.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, sup, p. 1.851-1.864, 2007.

GALLO, E. in *20 anos SUS e CONASENS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

GARCIA, D. do V. *A construção da política nacional de saúde bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação.* Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Área Territorial Oficial 2009.* Disponível em : http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/principal.shtm Acesso em: fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População do Paraná em 2007. *Cidades 2009:* Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1 Acesso em: fev. 2009.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. *Oeste Paranaense:* o 3º. espaço relevante – especificidades e diversidades. Estudo Os Vários Paranás. Curitiba : IPARDES, 2008. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=29 Acesso em: fev. 2009.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. *Sobre o Paraná 2009:* Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=86 Acesso em: fev. 2009.

JORNAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. São Paulo: ABO, ano XXV, n. 114, jul.-ago. 2008.

KORNIS, G.E.M.; MAIA, L.S.; FORTUNA, R.F.P. A produção intelectual em Saúde Bucal na perspectiva coletiva: uma análise da experiência brasileira de 1990 a 2006. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, s/d, no prelo.

LIMA, L.D.: *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde*: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MAIA, L.S. *Política Nacional de Saúde Bucal:* uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no Estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MANSUR, D.C. *O planejamento e a regionalização da administração direta do estado do Paraná como aporte às ações e à política de desenvolvimento econômico.* Dissertação (Mestrado) - Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

MANSUR, M.C. *O financiamento federal da saúde no Brasil*: tendências da década de 1990. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MARQUES R.M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MARQUES, R.M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 163-171, 2002.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MELAMED, C.; COSTA, N.R.Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S.T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Org.). *Saúde bucal das famílias:* trabalhando com Evidências. SãoPaulo: Artes Médicas, 2008.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D. ; MACHADO, C.V. . A Gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: GUIMARÃES, R.; ANGULO-TUESTA, A. (Org.). *Saúde no Brasil*: contribuições para a agenda de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 45-94.

ORGANIZAÇÂO PANAMERICANA DA SAÚDE. *A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma Conquista Histórica*. Brasília: OPAS, 2006 (Série Temática: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR). *Site*: < http://www.saude.pr.gov.br/ > Acesso em: fev. 2009.

PINTO, V.G. *Saúde Bucal: odontologia social e preventiva*. 3 ed. São Paulo: Santos, 1992.

RAGGIO, A.M.B. *20 anos SUS e CONASENS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas se saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). *Odontologia em saúde coletiva:* planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28.

SERRA, C.G. *A saúde bucal como política de saúde*: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

ZANETTI, C.H.G. *As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde*: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1993.

ZATTI, C. *O Paraná e o paranismo.* Curitiba*:* Progressiva, 2006.

ZILBOVICIUS, C. *A Saúde Bucal e o SUS*: integralidade seletiva em uma conjuntura neoliberal. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.