

NESC/FIOCRUZ
BIBLIOTECA

NESC/PE - FIOCRUZ

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva de Pernambuco
Fundação Oswaldo Cruz

XII CURSO DE SAÚDE PÚBLICA

PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE

BUCAL NO MUNICÍPIO DE ITAPISSUMA

RECIFE/MAIO DE 1992

(043.41)"1992"
C421p
Ex.2

AUTORES:

- * EDUARDA ÂNGELA PESSOA CESSÉ
- ** INÊS EUGÊNIA RIBEIRO DA COSTA
- *** JUDITH D'ANDRADA BEZERRA
- * MARINA FERREIRA DE MEDEIROS MENDES

ORIENTADORES:

- ANTÔNIO DA CRUZ GOUVEIA MENDES
(Médico Sanitarista - Docente do NESC/PE - FIOCRUZ)
- MARIA LUCIANE LOUREIRO BURICHEL
(Odontóloga Sanitarista da Secretaria de Saúde do Estado de PE)

APOIO ADMINISTRATIVO:

- Janice de Andrade Dias
- Carmem Lúcia da Costa
- Edneia Maria do Nascimento (Sara)
- Valdenice Gomes da Silva (Val)
- Ana Maria Pereira de Andrade

• ODONTÓLOGAS

- * Técnicas da Secretaria de Saúde do Município de Itapissuma
- ** Técnica da Secretaria de Saúde do Município de Olinda
- *** Técnica da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Í N D Í C E

- I. CENÁRIO
- II. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA
- III. MODELO ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA
 - I. Definição
 - II. Ações de Promoção à Saúde Bucal
 - III. Ações de Atenção Secundária
 - IV. Investimento em Recursos Humanos
- IV. ANÁLISE DE VIABILIDADE
 - Política
 - Econômica
 - Técnico-Organizativa
- V. CRONOGRAMA
- VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS
- VII. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

I.

C E N Á R I O

I. CENÁRIO

O Município de Itapissuma está localizado na zona fisiográfica da mata do Estado de Pernambuco, a uma distância de 33Km da Capital, tendo como limites os municípios de Goiana e Itamaracá ao norte e o município de Igarassu ao sul. Possui uma área territorial de 73,7 Km e uma densidade demográfica de 197 hab/Km; sua taxa de crescimento foi de 2,54% ao ano na década de 1980/1991 (dados do IBGE).

A pirâmide populacional do ano de 1980, apresenta base acentuada com diminuição das barras seguintes até o ápice bem afilado nas idades bem avançadas, identificando-se num contexto de país subdesenvolvido com altas taxas de mortalidade infantil.

A população atual está estimada em 16.498 habitantes, sendo 8.091 homens e 8.407 mulheres, o crescimento relativo foi de 31,82%.

Os quadros 1 e 2 abaixo demonstram a distribuição da população por área e faixa etária.

QUADRO 1:

CONCENTRAÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO ÁREA ANO

Á R E A	POPULAÇÃO	%
URBANA	14.045	85,13
RURAL	2.453	14,87
T O T A L	16.498	100

Fonte: IBGE

QUADRO 2:

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO GRUPO ETÁRIO 1991

GRUPO ETÁRIO	POPULAÇÃO	%
> 1	528	3,2
1 a 4	2.029	12,3
5 a 14	4.798	29,1
15 a +	9.139	55,4
T O T A L	16.498	100

Fonte: IBGE

A economia local restringe-se basicamente a pesca artesanal e a agricultura, acrescida de alguns empregos gerados por pequenas indústrias locais e o serviço público.

Os recursos destinados pela Prefeitura para a saúde é da ordem de 10%.

QUADRO 3:

RECURSOS DESTINADOS A SAÚDE DE 1987 À 1991 NO MUNICÍPIO DE ITAPISSUMA

A N O	%
1987	8,9
1988	6,3
1989	6,4
1990	6,5
1991	10
1992	10

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Os quadros que se seguem de receitas e despesas com saúde em 1990 revelam vários aspectos do financiamento em Itapissuma, retrato de muitos outros municípios.

QUADRO 4:

RECEITA DE SAÚDE

ELEMENTO DESPESA	MUNICÍPIO		INAMPS SUS	SES/FUSAM	T O T A L
	V. FIXADO	SUPLEMENTAÇ.			
Pes. Civil	400.000,00	11.311.000,00	294.674,30	800.000,00	12.805.674,30
Mat. Consu.	250.000,00	7.370.000,00	632.352,73	-	8.252.352,73
Serv. Ter. e Encargos	180.000,00	5.142.000,00	55.231,94	-	5.377.231,94
Obras e Instal.	20.000,00	-	-	-	220.000,00
Equip. Mat. Permanente	50.000,00	1.550.000,00	-	-	1.600.000,00
T O T A L	900.000,00	25.573.000,00	982.258,97	800.000,00	28.255.258,97

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

QUADRO 5:

DESPESAS REALIZADAS EM SAÚDE

ELEMENTO DESPESA	FONTE	MUNICÍPIO	INAMPS SUS	T O T A L
Pessoal Civil		11.710.253,39	332.207,57	12.042.460,96
Material de Consumo		7.114.818,75	57.903,40	7.172.722,15
Serv.Ter. e Encargos		5.285.525,00	101.107,35	5.386.632,35
Obras e Instalações		154.750,00	---	154.750,00
Equip.Mat.Pernamente		1.520.910,04	39.798,00	1.560.708,04
T O T A L		25.786,257,18	531,016,32	26.317.273,50

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

QUADRO EPIDEMIOLÓGICO

Observando o perfil epidemiológico registra-se uma alta taxa de mortalidade infantil (Quadro 6). Em relação a mortalidade por sexo, observa-se um maior registro no sexo masculino (Gráfico 1). Excluindo-se os sinais e sintomas mal definidos, destaca-se em 1º lugar de causa morte, as doenças do aparelho circulatório, seguido das doenças infecciosas e parasitárias (Quadro 7).

Em relação ao índice de ataque de carie dental - CPOD (dentes cariados, perdidos, obturados), verifica-se que os dados coletados correspondem a população escolar e não retrata o universo do município (Quadro 8).

QUADRO 6:

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, NEONATAL E TARDIA POR 1000 NASCIDOS VIVOS, NO MUNICÍPIO DE ITAPISSUMA - 1983/1990.

Anos	1983	1984	1985	1986	**	*	***	1990
Indicadores					1987	1988	1989	
C. M. I.	91.68	55.06	38.25	38.70	65.80	30.30	37.33	60.7
C. M. I. N.	25.47	14.16	10.36	8.10	17.95	3.67	3.11	6.2
C. M. I. T.	66.21	40.45	27.89	30.60	47.86	26.63	34.21	54.5

Fonte: Secretaria de Saúde de Itapissuma

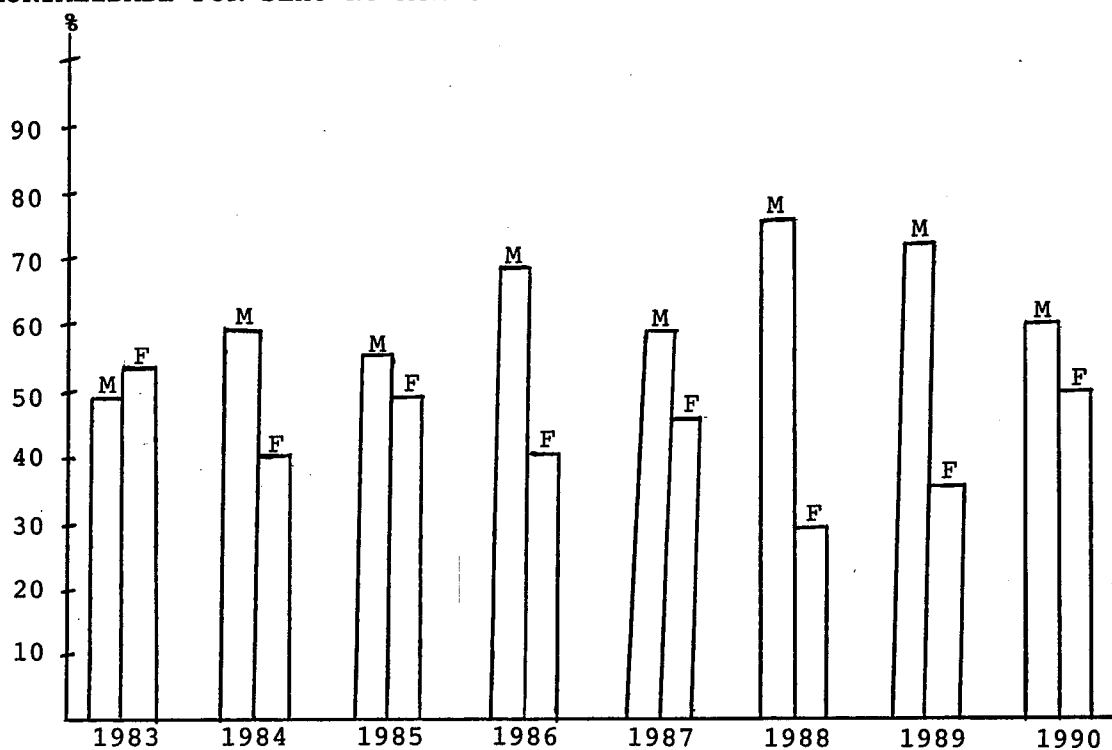
* início do PAISC

** início do PAISM

*** diminuição da natalidade

GRAFICO 1

MORTALIDADE POR SEXO NO MUNICÍPIO DE ITAPISSUMA - 1983-1990



Fonte: Secretaria de Saúde de Itapissuma

QUADRO 7:

MORTALIDADE EM RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE ITAPISSUMA POR CAUSA MORTE - 1983-1990

ANOS	1983		1984		1985		1986		1987		1988		1989		1990	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SSMD	107	89.2	126	88.0	87	73.1	86	54.1	107	66.0	52	61.9	62	55.8	76	50
APPN	-	-	-	-	01	0.84	06	3.8	01	0.6	-	-	01	0.9	02	1.3
DAC	08	6.7	11	7.7	10	8.4	26	16.3	20	12.3	11	13.1	18	16.2	34	22.5
DIP	02	1.7	-	-	06	5.0	26	16.3	16	10.0	11	13.1	16	14.4	09	6.0
DC	03	2.5	06	4.2	15	12.6	15	9.4	18	11.1	80	11.9	14	12.6	30	20.0
TC	20	100	143	100	119	100	159	100	162	100	84	100	111	100	151	100

Fonte: Cartório de Registro Civil de Itapissuma

LEGENDA:

- SSMD - sinais e sintomas mal definidos
- APPN - afecções no período perinatal
- DAC - doenças do aparelho circulatório
- DIP - doenças infecciosas e parasitárias
- DC - demais causas
- TC - todas as causas

QUADRO 8:

ÍNDICE DE CPOD - ITAPISSUMA 1990

idade anos	alunos examin	alunos CPO=0	CARIADOS		PERDIDOS				OBTURADOS		CPO-D		C+EI medida
			No	X	extraídos		extr. ind.		No	X	No	X	
					no	x	no	x					
6	50	31	50	1.00	0	0	02	0.04	03	0.06	55	1.10	1.04
7	50	14	93	1.86	0	0	06	0.12	02	0.04	101	2.02	1.98
8	50	07	158	3.16	03	0.06	10	0.20	04	0.08	175	3.50	3.36
9	50	03	192	3.84	06	0.12	17	0.34	0	0.00	215	4.30	4.18
10	50	09	145	2.90	03	0.06	12	0.24	03	0.06	163	3.26	3.14
11	50	05	207	4.14	17	0.34	18	0.36	06	0.12	248	4.96	4.50
12	50	03	245	4.90	16	0.32	33	0.66	03	0.06	297	5.94	5.56
13	50	04	261	5.22	38	0.76	25	0.50	20	0.40	344	6.88	5.72
14	50	01	255	5.10	36	0.72	23	0.46	06	0.12	320	6.40	5.56

Fonte: Levantamento Epidemiológico - Secretaria de Saúde de Itapissuma 1989.

A sua infra-estrutura de saúde está organizada, e distribuída conforme quadro e mapa abaixo:

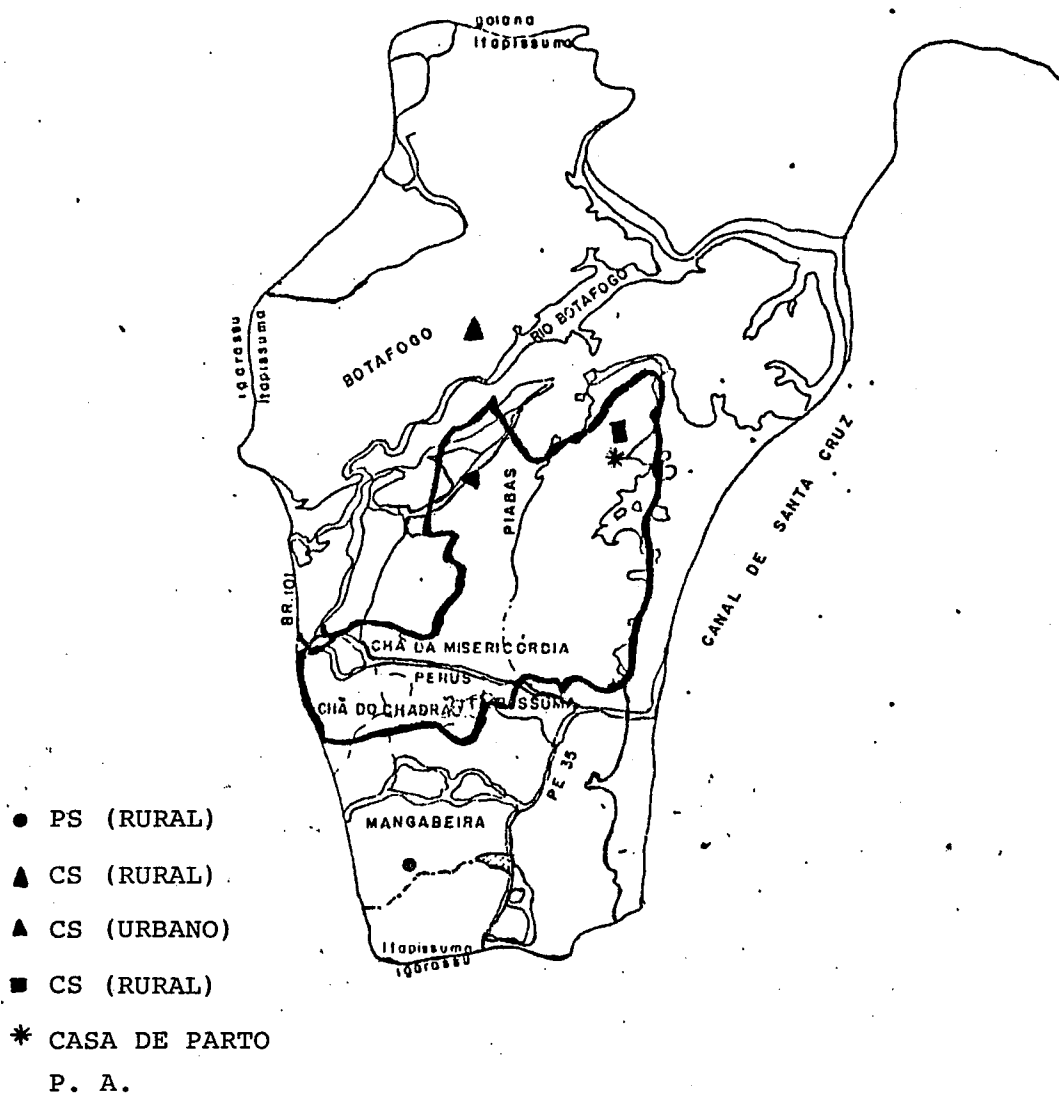
QUADRO 9:

DEMONSTRATIVO DE UNIDADES DE SAÚDE POR LOCALIZAÇÃO / TURNO DE FUNCIONAMENTO / SERVIÇOS OFERECIDOS / ENTIDADE MANTENEDORA.. 1992.

UNIDADE DE SAÚDE	LOCALIZAÇÃO	TURNO DE FUNCIONAMENTO	SERVIÇOS OFERECIDOS	ENTIDADES MANTENEDORA
POSTO DE SAÚDE	RURAL	02	ATENDIMENTO BÁSICO, CLÍNICA MÉDICA	PREFEITURA
CENTRO DE SAÚDE (ANTIGO PAM)	URBANA	02	ATENDIMENTO BÁSICO, GINECOLOGIA, PEDIATRIA, CLÍNICA MÉDICA, ODONTOLOGIA*	PREFEITURA
CENTRO DE SAÚDE	RURAL	02	ATENDIMENTO BÁSICO, CLÍNICA MÉDICA, ODONTOLOGIA (UNIDADE MÓVEL)	PREFEITURA
HOSPITAL JOÃO RIBEIRO / CASA DE PARTO	URBANA	02	ATENDIMENTO BÁSICO, GINECOLOGIA E OBSTETRIA, PEDIATRIA, CLÍNICA MÉDICA, ODONTOLOGIA	PREFEITURA
MÓDULO ODONTOLÓGICO	ESCOLA MUNICIPAL URBANA	02	ODONTOLOGIA	PREFEITURA

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

* Consultório em fase de implantação



Quanto a participação popular, a Lei Orgânica Municipal define o gerenciamento das unidades de saúde através do conselho gestor formado por representação do poder público, de trabalhadores das unidades e da população de sua abrangência.

Recentemente foi constituído por lei, o Conselho Municipal, que se reúne ordinariamente uma vez por mês desde sua organização enquanto CIMS, sendo sua composição atual conforme determinação legal. Entretanto, devido a fragilidade da organização dos usuários e trabalhadores de saúde, a participação não se traduz em controle das ações de saúde.

É nesta realidade que a secretaria municipal de saúde de Itapissuma vem desenvolvendo as suas ações.

II.

EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

II. EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

A odontologia é predominantemente liberal no Brasil, baseando-se no exercício individual em consultório privado com remuneração direta por parte dos pacientes que provêm em sua grande maioria das camadas economicamente privilegiadas. O sistema de seguro social possui serviços próprios, mas a maior parte de seus recursos são aplicados através da compra do trabalho clínico desenvolvido em consultórios particulares. O setor público, embora se responsabilize por aproximadamente 41% do total de gastos em saúde bucal no país, está dividido em um grande número de instituições - Federais, Estaduais, Municipais e para oficiais também - não coordenados entre si, o que lhe tira forças.

O quadro 12 e o gráfico 2 fornecem uma idéia bastante aproximada a respeito dos padrões de gastos com atividades odontológicas e de saúde em geral para o ano de 1984. De um total de gastos em saúde bucal estimado em 435,4 milhões de dólares, 55% é proveniente de dispêndios pessoais (Pagamento direto ao profissional), 24,5% de programas a cargo do setor público diretamente - Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Educação, Prefeituras Municipais, FUNAI (indígenas) e também de órgãos de atendimento a comerciários (SESC) e industriários (SESI), restando 16% para a previdência social - INAMPS. Apenas 0,5% dos recursos eram empregados na fluoretação da água.

Quanto ao INAMPS, os serviços eram contratados ou conveniados com terceiros, incluindo o atendimento a população rural. Responsabilizavam-se por 71% dos seus gastos em odontologia, o que na prática representa um esforço significativo à prática privada*.

Em 1985 o INAMPS iniciou uma política de gradativo aumento nos repasses financeiros para órgãos públicos, com prioridades para a atenção odontológica ao escolar, buscando dessa forma um maior equilíbrio de gastos entre prestadores públicos e privados (INAMPS 1983, 1986).

Em torno de 3,5% dos recursos disponíveis para saúde em geral no país em 1986 foram dispendiosos com serviços odontológicos conforme o gráfico 2. Os gastos odontológicos são mais representativos na área privada (5%) do que na pública (2,6%), não obstante a maior parte da população não disponha de renda suficiente para custear diretamente os serviços de que necessita.

QUADRO 12:

GASTOS COM SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS, PÚBLICOS E PRIVADOS, POR REGIÃO - BRASIL, 1984.

- EM MIL DÓLARES -

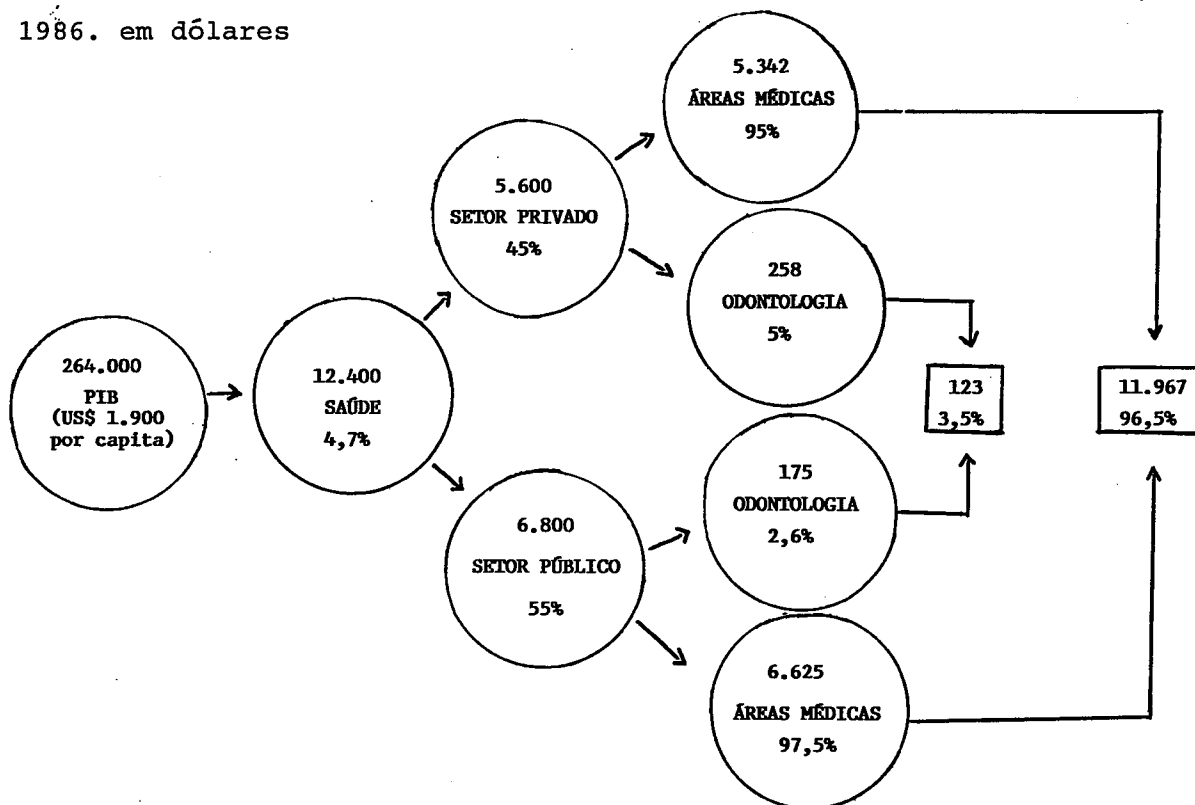
REGIÃO	GASTOS PÚBLICOS	GASTOS PRIVADOS	T O T A L
NORTE	6.273	4.222	10.495
NORDESTE	45.113	20.582	65.695
SUDESTE	83.804	15.272,13	241.017
SUL	31.381	48.233	79.614
CENTRO-OESTE	11.143	27.397	38.540
BRASIL	1.177,14	257.647	435.361

Fonte: Ministério da Saúde

* O método indireto, ou a privatização dos serviços, tem produzido resultados sofríveis no Brasil e nos países latino-americanos que o adotam (como Argentina e Uruguai). São basicamente curativos, não seguem prioridades, inexistente um programa de cobertura populacional e os custos são aumentados pela interveniência de um terceiro elemento - que paga a conta entre o paciente e o profissional. Adicionalmente, tem sido constatada um significativo volume de fraudes, além de desvios ético-profissionais devido ao condicionamento da ação clínica à forma de remuneração.

GRÁFICO 2

ESTIMATIVA DO PIB DOS GASTOS EM SAÚDE GERAL E EM ODONTOLOGIA - BRASIL, 1986. em dólares



Fonte: BRASIL(1983,1986), DISTRIBUIÇÃO DE GASTOS(1982); INAMPS(1986); VIANNA ET AL(1984).

A partir de 1989, o país passou a contar com a Divisão Nacional de Saúde Bucal, no ministério da saúde, como organismo central de coordenação do setor. Com isto foi aprovada a política Nacional de Saúde Bucal, baseada em 05 grandes princípios: universalização do atendimento, participação da comunidade, descentralização, hierarquização das ações e integração institucional.

Historicamente a atenção a saúde bucal da população brasileira prestada pelo serviço público é calcada na dicotomia preventivo - curativo, o que vem determinar o atual quadro da saúde bucal vivenciado nacionalmente.

No Brasil os principais riscos a saúde bucal são:

- cárie dentária: CPO 6,65 aos 12 anos.

Menor renda maior CPOD

- Doença Periódontal: manifesta-se em 69% das pessoas.

- Má Oclusão: poucos dados, porém grave devido a mutilação.
- Doenças nos tecidos moles e duros: se desconhece a magnitude.
- Doenças genéticas: 01 em cada 1000 nascidos vivos.
- Câncer bucal: 8,5% em homens e 2,3% em mulheres.
- Miséria - Pobreza - desnutrição - deficiente educação.

Diante dessa problemática, o município de Itapissuma, localizado na região nordestina apresenta como agravante ao risco de adoecer as precárias condições sócio-econômicas, a influência da cultura canavieira e hábitos alimentares caracterizado por alto consumo de sacarose.

Questões mais específicas que dificultam a operacionalização das ações odontológicas tais como: defasagem de Recursos Humanos, manutenção de equipamentos, pulverização da rede aumentando a relação custo/benefício.

Em relação a atenção odontológica prestada, o diagnóstico situacional pode ser verificado nos quadros abaixo:

QUADRO 10: .

DEMONSTRATIVO DO NÚMERO DE ODONTÓLOGOS, Nº DE HORAS TRABALHADAS, TIPO DE SERVIÇO OFERECIDO.

UNIDADE DE SAÚDE	NÚMERO DE ODONTÓLOGOS	NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS	SERVIÇO OFERECIDOS
CENTRO DE SAÚDE RURAL	01	12	PREVENTIVO CURATIVO RADICAL
CENTRO DE SAÚDE URBANO	03	36	PREVENTIVO CURATIVO
MÓDULO ODONTOLÓGICO	02	24	Educativo Preventivo Curativo Radical

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

QUADRO 11: .

DEMONSTRATIVO DE ATIVIDADES PREVENTIVAS OFERECIDAS A POPULAÇÃO ESCOLAR DE 6 A 14 ANOS MATRICULADOS NA REDE ESTADUAL, MUNICIPAL E PARTICULAR NO MUNICÍPIO DE ITAPISSUMA.

ESCOLAS	QUANTIDADE	ATIVIDADE PREVENTIVA	NÚMERO DE ESCOLARES ATINGIDOS
ESTADUAL	02	BOCHECHO SEMANAL COM FLUORETO DE SÓDIO A 0,2% E APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR GEL ACIDULADO A 2% (BIANUAL)	3.365
MUNICIPAL	07		
PARTICULAR	01		
T O T A L	10	-	3.365

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

O índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) na faixa de 6 a 14 anos da rede escolar é em torno de 6, aproximando-se da média nacional que é em torno de 7, este dado do município não leva em consideração a população dentro da faixa que está fora da escola.

Diante deste quadro propõe-se:

- Reorganização e redirecionamento do modelo e das ações de atenção odontológica visando a integralidade, equidade e universalidade.
- Expansão da cobertura de prevenção para o grupo etário de 0 a 14 anos.
- Investimento em Recursos Humanos contratação, treinamento, reciclagem, capacitação e formação de pessoal auxiliar (atendente de consultório dentário e técnico em higiene dentário).
- Implantação da fluoretação das águas de abastecimento, salientando que as ações de saneamento são executadas e supervisionadas com a participação da secretária municipal de saúde.

III.

MODELO ORGANIZACIONAL DA ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

I. DEFINIÇÃO

A construção deste modelo fundamenta-se no esquema hierárquico de atenção a saúde nos níveis primário, secundário e terciário, como forma de viabilizar um sistema de referência e contra-referência.

A sua estruturação é estabelecida pela determinação das ações e serviços de saúde bucal a serem desenvolvidos na rede, baseadas na integralidade das ações preventivas, curativas e reabilitadoras, na resolutividade e nas competências técnico-administrativas.

É necessário enfatizar que a integralidade das ações vai desde o atendimento individual até os procedimentos coletivos e em relação a universalidade, expandimos a faixa prioritária de 6 a 14 anos para 0 a 14 anos, por ser o grupo de 0 a 6 anos onde se inicia a construção dos hábitos alimentares, de higiene bucal, que se relacionam com a formação da cárie, além dos vícios que se desenvolvem nesta fase como: chupar dedo, chupeta, etc.

Considera-se fundamental um estudo desta realidade através da análise epidemiológica local, utilizando-se levantamentos estatísticos de CPO - D (dentes cariados, perdidos e obturados), para melhor conhecer o problema saúde/doença bucal a fim de proporcionar as bases para o adequado planejamento e coordenação dessas ações odontológicas.

II. AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE BUCAL

PROPOSTA 1: AÇÕES EDUCATIVAS: ORIENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO EM SAÚDE BUCAL.

Atualmente vem sendo desenvolvido nas escolas da rede municipal e estadual atividades de natureza coletiva, utilizando para tanto recursos audio-visuais, animação teatral, técnicas e métodos educativos/pedagógicos, levando informações sobre cárie dentária e doenças das gengivas.

Propõe-se:

- Ampliar as ações de natureza coletiva a toda população, através de fóruns de debates em associações de moradores e colônias de pescadores, através do PAISC (Programa de Assistência a Saúde da Criança) e do PAISM (Programa de Assistência a Saúde da Mulher), tais como:
 - . Esclarecimento sobre a etio-patogenia das doenças e como controlá-las por meio de ações individuais.
 - . Uso e benefício dos dentifrícios fluoretados. Seu uso regular chega a reduzir a aparição de lesões cariosas em até 25%.
- Informações sobre problemas odontológicos em períodos de vida específico como, por exemplo, durante a gestação e na faixa etária de 0 a 14 anos.
- Levar informações pertinentes a prevenção do câncer bucal, já que grande parte da população ativa trabalha sob exposição solar, como os pescadores.

PROPOSTA 2: FLUORTERAPIA TÓPICA E SISTÊMICA

2.1 - Fluorterapia Tópica

A coordenação de saúde bucal, vem desenvolvendo nos últimos dois anos, um programa de prevenção através de campanhas bianuais de aplicação tópica de flúor gel acidulado a 2% e bochechos fluorados semanais a 0,2%, dirigidos a população escolar de 6 a 14 anos, atingindo uma cobertura de 68,2% desta faixa etária.

Em relação ao bochecho fluorado a 0,2%, a restrição que se faz está relacionada aos problemas de descontinuidade do método devido a evasão escolar, feriados, greves frequentes, o que vem interferir na relação concentração/frequência. Este método preventivo apresenta resultados positivos, reduzindo o índice de cárie em torno de 30%, após um período de 6 a 8 anos de uso ininterrupto.

A fim de redirecionar tais ações, superando assim as dificuldades, propõe-se:

- manutenção e aumento da frequência da aplicação tópica de flúor gel

acidulado para 4 vezes ao ano. Este benefício será ampliado para o grupo etário de 6 a 14 anos fora da escola, passando a cobrir 80% desta faixa etária, reduzindo o índice de cárie em torno de 50% utilizando como estratégia postos de aplicação nas unidades de saúde. A medida em que se for ampliando a aplicação tópica, vai se retirando o bochecho fluorado. Outra alteração que se sugere é a substituição das moldeiras descartáveis pela escova dental, visando atingir uma melhor relação custo/benefício, além de contribuir para o desenvolvimento do hábito de escovação, a nível da escola. Nos postos de aplicação, este procedimento poderá ser efetuado através do uso de cotonetes ou pelotas de algodão.

2.2 - Fluoroterapia sistêmica: Fluoretação das águas de abastecimento

Este método de prevenção é comprovadamente o mais eficiente e eficaz, possui baixo custo, maior abrangência e apresenta uma redução do índice de cárie em torno de 60%. Apesar de seu uso está garantido por lei federal nº 6050, promulgada em 24/05/74 e regulamentada pelo Artigo 169 da Constituição Estadual, sua implantação depende de vontade, compromisso e decisão política dos dirigentes.

A utilização deste método a nível da rede de abastecimento de água do município de Itapissuma, é considerado viável por esta ser constituída de poços artesianos, bastando para tanto uma discussão e decisão política entre os órgãos interessados e responsáveis pela ação: Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde e a COMPESA.

Propõe-se que se estabeleça uma ampla discussão a nível da comunidade, profissionais de saúde e os órgãos citados acima, como forma de viabilizar a implantação do método, que é uma bandeira de luta dos profissionais comprometidos com a saúde pública.

III. AÇÕES DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

A fim de superar a problemática descrita anteriormente em relação a odontologia e segundo os objetivos traçados por esta propos

ta de reorganização do programa de saúde bucal.

Propõe-se:

- Implantação da clínica odontológica integrada com atendimento odontopediátrico, endodôntico, clínico, preventivo, no Hospital João Ribeiro, a médio prazo.

Depois de instalada, esta irá possibilitar uma melhor relação custo/benefício, uma maior eficiência e eficácia, além de proporcionar a clientela atendida uma capacidade de resolutividade de 90% das necessidades de saúde bucal a nível primário e secundário. Outro fator bastante positivo é o trabalho realizado em equipe constituída de ACD (auxiliar de consultório dentário), THD (Técnico de higiene dental), C.D (Cirurgião-dentista), que irá proporcionar um melhor desempenho das atividades do ponto de vista qualitativo e maior produtividade.

O acesso ao serviço pela população não será dificultado por este está localizado na área central do município, onde o maior raio de distância entre ele e a periferia é em torno de 6km.

Os investimentos necessários são basicamente:

- Ampliação da sala existente.
- Construção de 05 salas integradas.
- Compra de 02 equipamentos, materiais de consumo, instrumentais.
- Contratação de novos Recursos Humanos.

03 Cirurgião-dentista com 20 horas/semanais ou 12 com 12 horas/semanais, 06 auxiliares de consultório dentário, 04 técnicos de higiene dental.

PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO PARA A CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA

NÚMERO E TIPO DE SALAS	TURNO DE FUNCIONAM.	Nº DE PROFISSIONAIS			Nº DE ATENDIMENTOS	Nº DE PROCEDIMENTOS
		C. D.	THD	ACD		
01 Sala para prevenção	02	-	-	02	42*	42
01 Sala para atend. Clínico	03	03	03	03	24	36
01 Sala para odontopediatria	02	02	02	02	10	20
01 Sala para endodontia	02	02	-	02	08	08
01 Sala para esterização (da unidade)	02	-	-	02	-	-
T O T A L	-	09	05	11	84	100

- * a ser acrescido com a clientela diária de pediatria e ginecologia,
- ** levando-se em conta carga horária semanal de 20 horas P'C.D.

LEGENDA:

- CD = Cirurgião-dentista
- THD = Técnico em Higiene Dental
- ACD = Auxiliar de Consultório Dentário.

Durante o período de implantação desta clínica, propõe-se alterações e manutenção das estruturas existentes, conforme é explicitado abaixo:

- Centro de Saúde (antigo PAM):

Será a unidade de referência para o atendimento odontopediátrico, uma vez que na sua recente reforma, já foi previsto toda a estrutura para este tipo de atendimento odontológico (equipamentos/materiais de consumo/instrumentais).

Esta unidade irá receber também, a clientela atendida pelo módulo odontológico da Escola Municipal Marcos Freire, que será posteriormente desativado, devido a sua péssima qualidade, difícil manutenção (permanece maior tempo quebrado), não permitindo o desempenho da atividade profissional ergonomicamente.

Propõe-se que seja transferido deste módulo para a unidade odontopediátrica, cadeira e equipo (após alguns ajustes) para a implantação do atendimento em equipe: Dentista, Técnica de higiene dental e Auxiliar de consultório dentário.

- Unidade Móvel do Centro de Saúde Botafogo:

Manutenção das atividades existentes.

- Consultório do Hospital João Ribeiro:

Deverá funcionar um turno com atendimento clínico (já existente) e propõe-se no outro (turno) o atendimento endodôntico, sendo necessário a complementação de materiais de consumo, instrumentais e a aquisição de um aparelho de raio X odontológico.

Após a implantação da clínica odontológica integrada, deverá ser desativada paulatinamente:

- A unidade de odontopediatria transferindo toda a sua estrutura para a clínica integrada. A sala desocupada poderá ser utilizada para outro tipo de atendimento.

As ações de atenção terciárias vão ser encaminhadas para as unidades de referência SIA/SUS.

PROPOSTA DE HIERARQUIZAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA PARA ODONTOLOGIA - MUNICÍPIO ITAPISSUMA

N Í V E L	L O C A L	PESSOAL	RECURSOS MATERIAIS	ATRIBUIÇÕES
PRIMÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> • ESCOLAS DA REDE MUNICIPAL E ESTADUAL. • UNIDADES DE SAÚDE • COLÔNIA DE PESCADORES • ASSOCIAÇÃO DE MORADORES • ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ÁGUA 	CD THD ACD AGENTE DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • AUDIO-VISUAIS • ESPELHO BUCAL • FLÚOR, ESCOVA FIO-DENTAL, GUARANAPOS 	<ul style="list-style-type: none"> • ORIENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO EM SAÚDE BUCAL • INFORMAÇÕES SOBRE CÁRIE DENTAL, DOENÇA DA GENGIVA, CÂNCER BUCAL • ENCAMINHAMENTO PARA OUTRAS UNIDADES • FLUORTERAPIA • FLOURETAÇÃO DAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO
SECUNDÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> • UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA ODONTOPEDIATRIA (INICIALMENTE) • CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA NO HOSPITAL JOÃO RIBEIRO • UNIDADE MÓVEL (BOTAFOGO) 	CD THD ACD CD THD ACD CD ACD	TODA ESTRUTURA PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E TRATAMENTO
TERCIÁRIO	UNIDADE DE REFERÊNCIA <ul style="list-style-type: none"> • HOSPITAL DO CÂNCER • HOSPITAL DA RESTAURÇÃO • HOSPITAL DAS CLÍNICAS • FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO 	EQUIPE MULTIPROFISIONAL	TODA ESTRUTURA PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO	TRATAMENTO E REABILITAÇÃO

IV. INVESTIMENTO EM RECURSOS HUMANOS:

No momento em que a tônica da discussão quanto as questões dos recursos humanos passa pela não qualificação e capacitação destes para o serviço público e pelo rompimento do individualismo, e levando-se em consideração as características insuridas por esta proposta na definição do modelo organizacional, propõe-se:

- treinamento, reciclagem, capacitação dos trabalhadores de saúde envolvidos no processo.
- Formação de novos Recursos Humanos: THD (Técnico em higiene dental) e ACD (auxiliar de consultório dentário), em um trabalho conjunto entre a secretaria de saúde e o centro formador do Estado.
- Contratação de novos Recursos Humanos. Atualmente conta-se com uma equipe técnica composta de acordo com o quadro abaixo:

QUADRO 13:

DEMONSTRATIVO DE RECURSOS HUMANOS ODONTOLÓGICOS

EQUIPE ODONTOLÓGICA	NÚMERO DE PROFISSIONAIS	L O T A Ç Ã O	Nº DE HORAS TRABALHADAS
ODONTÓLOGO SANITARISTA	02	01 Coordenação	12
		01 C.S. (antigo PAM)	12
CIRURGIÃO-DENTISTA	06	03 Hosp. João Ribeiro	12
		02 Módulo	12
		01 C.S.-Botafogo	
TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL* (THD)	01	MÓDULO	30
AUXILIAR DE CONSULTÓ- RIO DENTÁRIO (ACD)	03	02 Hosp. João Ribeiro	30
		01 C.S.-Botafogo	30
AGENTE DE SAÚDE	03	Secretaria de Saúde	30

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

* Foram treinados 03 THD'S, mas devido a não adaptação de 02 deles nesta função, os mesmos foram aproveitados para a função de ACD.

A nova reorganização da rede pressupõe a necessidade de mais odontólogos, THD'S e ACD'S.

Para definição da necessidade de profissionais de nível superior o cálculo foi feito levando-se em conta duas cargas horárias (12 e 20 horas semanais).

O quadro abaixo permite visualizar o gasto com os recursos humanos num esquema de 12 e 20 horas semanais para o dentista:

QUADRO 14:

DEMONSTRATIVO DE INVESTIMENTO EM RECURSOS HUMANOS ODONTOLÓGICOS

CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA SEMANAL	NÚMERO DE PROFISSIONAIS	CUSTOS MENSAIS
CD	20	03	1.348.050,00
THD	30	04	384.000,00
ACD	30	06	576.000,00
T O T A L	-	13	2.308.050,00

* Cálculo sobre o salário base de abril de 1992

CD(Cirurgião dentista) Cr\$ 449.350,00

THD(Técnico de Higiene Dental) Cr\$ 96.000,00(estimativa)

ACD(Auxiliar de Consultório Dentário) Cr\$ 96.000,00(estimativa)

QUADRO 15:

DEMONSTRATIVO DE INVESTIMENTO EM RECURSOS HUMANOS ODONTOLÓGICOS

CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIO SEMANAL	NÚMERO DE PROFISSIONAL	CUSTOS MENSAL
CD	12	12	5.392.200,00
THD	30	04	384.000,00
ACD	30	06	576.000,00
T O T A L	-	-	6.252.200,00

* Cálculo sobre o salario base de abril de 1992

CD(Cirurgião dentista) Cr\$ 449.350,00

THD(Técnico em Higiene Dental) Cr\$ 96.000,00(estimativa)

ACD(Auxiliar de Consultório Dentário) Cr\$ 96.000,00(estimativa)

Baseado nos custos e no fato de ser mais bem aproveitado para o serviço, o profissional com 20 horas/semanais sugerimos esta opção e salientamos a necessidade de melhores condições salariais e de trabalho por ser o município de Itapissuma localizado em considerada distância da capital.

Salientamos ainda a necessidade de uma revisão geral na carga horária dos profissionais de nível superior da prefeitura municipal uma vez que existe atualmente profissionais de 20, 16, 12, 08 e até 04 horas semanais, precisando para tal viabilização urgente do PCCS e grande esforço político para esta decisão.

Os quadros acima, portanto, demonstram a necessidade de aquisição de Recursos Humanos para quando montada a clínica integrada, restando apenas se fazer as opções de carga horária acima citadas.

IV.

ANÁLISE DE VIABILIDADE

I. VIABILIZAÇÃO

POLÍTICA

O município de Itapissuma conta hoje com apenas 10 anos de emancipação. Passou por duas eleições locais e neste ano elegerá o 3º prefeito de sua História e o respectivo legislativo.

Embora conte com alguns elementos que indicam uma organização popular em construção (especialmente dos que sobrevivem da pesca), no plano político institucional a participação é bastante restrita.

Na verdade não se verifica a existência de forças políticas organizadas e com perfil claro e definido. Predominam as lideranças que se destacaram na defesa da emancipação do município e que têm comandado a prefeitura nessas duas gestões. Ao nível partidário verifica-se a presença do PMDB dirigindo a prefeitura e outras representações (PFL, PDC, PTB, etc) que compõem o legislativo municipal.

Por ser um município de pequeno porte e pelo trabalho e influência da atual gestão têm-se como provável a eleição do candidato apoiado pelo atual prefeito.

Neste contexto a organização da política de saúde local tem se mantido em consonância com os rumos da reforma sanitária no país. Em 1986, foi assinado termo de adesão às ações integradas de saúde (AIS) e a instituição do CIMS - Comissão Intermunicipal de Saúde; em 1988, o termo de adesão ao convênio SUDS-PE e manutenção das instâncias colegiadas das AIS. Em 1991, foi assinado o termo de municipalização da saúde dentro dos princípios do SUS.

Diante da proximidade da IX Conferência Nacional de Saúde, Itapissuma junto com os municípios vizinhos de Abreu e Lima, Igarassu, Itamaracá e Goiana vivenciaram a 1ª Conferência Intermunicipal de Saúde, espaço de grande relevância, pela troca de experiências na busca das soluções aos problemas comuns.

Portanto, nota-se que este cenário político mostra a possibilidade de viabilização deste projeto pela gestão que assumirá a pre-

feitura, uma vez que acredita-se na disposição da mesma em acelerar as conquistas no campo da saúde no município.

ECONÔMICA

Apesar da não priorização de investimentos no setor público em saúde no país, a presente proposta é viável do ponto de vista econômico, haja visto que os recursos financeiros para a manutenção do mesmo são de pequeno porte, havendo até uma racionalidade dos gastos atuais com o setor odontológico.

Haverá uma necessidade de um maior aporte de recursos na implantação da clínica odontológica integrada do Hospital João Ribeiro, mas que por sua estrutura modular poderá ser feito a curto e a médio prazo com recursos municipais e do SUS. No ano de 1991 o município investiu 10% da sua arrecadação em saúde que representaram 95% do total de investimentos no setor.

Quanto a participação financeira da união (SUS), a perspectiva é de um maior volume de recursos nos próximos anos, pois, com a nova tabela de procedimentos ambulatoriais de odontologia do Ministério da Saúde, portaria 184 de 10/10/91, serão incluídos para remuneração mensal por cliente os procedimentos coletivos: exame epidemiológico, educação em saúde, bochechos fluorados, higiene bucal supervisionada, aplicação tópica, etc.

Os custos de manutenção e recursos humanos atuais são da ordem de aproximadamente Cr\$ 148.527.320 ao ano com a implantação da clínica integrada o investimento com ampliação/construção/equipar total será de aproximadamente Cr\$ 170.500,000 ao ano e os gastos com a manutenção e Recursos Humanos serão de aproximadamente Cr\$ 216.454.000 ao ano

TÉCNICO-ORGANIZATIVA

Avalia-se que a Coordenação de odontologia, e a equipe técnica da secretaria, conta com capacidade técnica e compromisso político

co para o desenvolvimento das ações, haja vista que faz aparte de suas atribuições o planejamento, execução, controle e avaliação dos serviços de odontologia já existentes.

V.

C R O N O G R A M A

CRONOGRAMA DE IMPLANTACÃO

AÇÕES \ ANO	1992	1993	1994
- ORIENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO EM SAÚDE BUCAL	X		
- FLUORTERAPIA TÓPICA	X		
- FLUORTERAPIA SISTÊMICA (ÁGUA DE ABASTECIMENTO)		X	
- UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA ODONTOPEDIATRIA	X		
- CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRAL			X
- DESATIVAÇÃO DO MÓDULO	X		
- DESATIVAÇÃO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA ODONTOPEDIATRIA			X
- CONTRATAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS		X	

VI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a construção dessa proposta venha contribuir com a política de saúde a ser desenvolvida pela próxima gestão administrativa da Secretaria Municipal de Saúde, apesar de considerar que esta enfrenta obstáculos diversos uma vez que implica em reformulações na prestação dos serviços. A postura tradicionalmente passiva dos mesmos em relação ao processo saúde/doença, a força do corporativismo e dos interesses de grupo suplantando o interesse coletivo, a relação profissional/paciente alienada e alienante, o perfil da maioria dos profissionais hoje formados nas universidades, o caráter excludente dos serviços, entre outros fatores não se transformam por decretos ou medidas administrativas, sendo possíveis quando construídas através de decisões políticas articuladas no todo da sociedade.

VII.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

01. CORDON, Jorge. A Saúde Bucal e a Municipalização da Saúde. Revista Saúde em Debate nº 32, p. 60-65 - Londrina, 1991.
02. PINTO, Vitor Gomes. Saúde Bucal. Panorama Internacional - Brasília, 1990.
03. Divulgação - Londrina, outubro de 1991.
04. Plano Municipal de Saúde de Itapissuma
05. Constituição Federal e Estadual.

E R R A T A

PAG. 03

QUADRO 5:

DESPESAS REALIZADAS EM SAÚDE

ELEMENTO DESPESA	FONTE	MUNICÍPIO	INAMPS SUS	T O T A L
Pessoal Civil		11.710.253,39	332.207,57	12.042.460,96
Material de Consumo		7.114.818,75	57.903,40	7.172.722,15
Serv.Ter. e Encargos		5.285.525,00	101.107,35	5.386.632,35
Obras e Instalações		154.750,00	---	154.750,00
Equip.Mat.Permanente		1.520.910,04	39.798,00	1.560.708,04
T O T A L		25.786,257,18	531,016,32	26.317.273,50

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

QUADRO EPIDEMIOLÓGICO

Em relação a mortalidade por sexo, observa-se um maior gistro no sexo masculino, ao invés de feminino.

PAG. 11

QUADRO 11: o valor 3.365 refere-se ao número total de escolares atendidos.

PAG. 15

PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO PARA A CLÍNICA ODONTOLÓGICA INTEGRADA

NÚMERO E TIPO DE SALAS	TURNO DE FUNCIONAM.	Nº DE PROFISSIONAIS			Nº DE ATENDIMENTOS	Nº DE PROCEDIMENTOS
		C.** D.	THD	ACD		
01 Sala para prevenção	02	-	-	02	42*	4
01 Sala para atend. Clínico	03	03	03	03	24	3
01 Sala para odontopediatria	02	02	02	02	10	2
01 Sala para endodontia	02	02	-	02	08	0
01 Sala para esterização	02	-	-	02	-	0
(da unidade)	-	09	05	11	84	
T O T A L	-					