

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**MODELO PARA ESTIMAR RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS
EM ODONTOLOGIA SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

MAURÍCIO ANTÔNIO BORTOLOTTO DE OLIVEIRA

PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2008

MAURÍCIO ANTÔNIO BORTOLOTTO DE OLIVEIRA

**MODELO PARA ESTIMAR RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS
EM ODONTOLOGIA SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública, no Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Paul Fisher

Porto Alegre, junho de 2008

Dedico este estudo à memória de meus avós maternos, Lourenço e Noemia Pogliá Bortolotto, pelo que me ensinaram. Exemplo de luta, perseverança e conduta a ser seguido.

À Mariana Pacheco Machado, pelo incansável apoio, carinho e companheirismo.

Aos professores Roger dos Santos Rosa e Paul Fisher, pela compreensão e credibilidade que depositaram em minha idéia.

Aos meus pais e irmãos. Para que sirva de motivação ao caçula, Paulo Eduardo Bortolotto de Oliveira.

*“Das utopias
Se as coisas são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos se não fora
A mágica presença das estrelas!”*

(Mario Quintana. Espelho Mágico.)

RESUMO

A implantação do Sistema Único de Saúde teve como principal finalidade a universalização da prestação dos serviços de saúde no Brasil, incluindo posteriormente a saúde bucal. Inexiste, porém, um modelo específico que permita estimar os recursos humanos necessários para atendimento da demanda existente. O presente trabalho propõe um modelo prático sistemático, especificando o tempo de atendimento efetivo de cada paciente, consideradas as necessidades da população, de acordo com a respectiva faixa etária. Pretende-se, com este modelo, permitir a identificação das necessidades da população para os serviços odontológicos, estimar o número e o tipo de profissionais necessários e prever o custo necessário para se conseguir a cobertura integral e universal prometida pelo Sistema Único de Saúde. É do senso comum que há profissionais cirurgiões-dentistas suficientes para atender a população, porém a grande parte não atende no setor público, o que provoca distorções entre demanda e oferta de serviços. Logo, a inclusão de profissionais técnicos como THDs e ACSs poderiam equacionar carências na capacidade de atendimento em saúde bucal. Este estudo, portanto, objetiva diagnosticar o melhor método de aplicabilidade de gestão em saúde bucal pública em uma comunidade e, assim, maximizar o acesso aos serviços odontológicos pelos usuários brasileiros.

Palavras-chave:

Saúde pública – serviços odontológicos – modelo de organização – recursos humanos – demanda populacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Definição do Problema.....	11
1.2 Justificativa	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos.....	14
3 MÉTODOS	15
3.1 Modelo	15
3.2 Aplicação	19
4 RESULTADOS	23
5 DISCUSSÃO	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXO I.....	42
ANEXO II.....	44
ANEXO III.....	48
ANEXO IV	50
ANEXO V	52

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, pelos constituintes de 1988, no processo de “Reforma Sanitária Brasileira”¹. Os resultados mais marcantes do processo foram uma maior participação dos poderes locais na administração da assistência à saúde, a introdução do conceito de equipes multiprofissionais e do conceito promocional preventivo-curativo.

A promoção da saúde pública está definida como “qualquer combinação de ações educacionais, sociais e ambientais que levam à saúde de uma população de uma área definida geograficamente”, sendo que a educação e a promoção da saúde têm sido descritas como “os mecanismos que conectam atividades de prevenção, desenvolvimento de políticas, e implementação, manutenção e avaliação de programas” (BURT, 2007, pg. 50).

Contudo, tão somente melhorando o acesso aos serviços não necessariamente há melhora na saúde da população. Já na década de 1970, um novo conceito mais complexo e integrado de promoção da saúde começou a adquirir força a partir de um documento escrito pelo ministro da saúde do Canadá na época (Marc Lalonde), ao tentar avaliar o impacto das políticas de saúde em seu país, observando que a simples melhoria no acesso aos serviços não determinou a melhora das condições de saúde da população, introduziu o conceito de campo de saúde. Portanto, não é nova a concepção de que, para a efetividade de um modelo de saúde, as necessidades da população precisam ser avaliadas.

Também o conceito de prevenção vem sofrendo diversas alterações nos últimos tempos. Tradicionalmente, era considerada atividade de prevenção todo e qualquer conjunto de medidas adotadas na área de saúde, relacionadas aos indivíduos, coletividades e meio ambiente, com a finalidade de evitar o aparecimento de doenças. Atualmente, além de possuir um sentido mais abrangente, englobando não só o conceito de profilaxia tradicional (medidas de promoção e proteção específicas de saúde), mas também de medidas de limitação do dano e reabilitação, o conceito de prevenção passa a ser entendido de forma mais global, tal como afirma Batista Filho et al (1989):

¹ Vide art. 198, da Constituição Federal. BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 8ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006, p. 131.

Por fim, sob a ótica mais atual, o processo saúde/doença passa a ser entendido, em seu sentido integral, dentro de uma lógica compreensiva. A epidemiologia social, na medida em que questiona os níveis de saúde e suas relações com as estruturas e funções da sociedade, amplia e até mesmo universaliza a abordagem dos problemas setoriais, identificando-os com a qualidade de vida da população. Este posicionamento implica um compromisso político e ideológico mais totalizante e profundo na análise e tratamento dos problemas de saúde.

Enquanto as reformas associadas à criação do SUS traziam importantes inovações teóricas no sistema então vigente, os problemas apareceram na implementação prática dos conceitos acima referidos e dos objetivos pretendidos pela aludida reforma:

- a) Os municípios precisavam aprender como administrar seus serviços, alocando recursos de acordo com as necessidades de sua população;
- b) Os profissionais em saúde precisavam aprender como atuar em equipes, considerando que o paciente não podia mais ser visto como um conjunto de órgãos e sistemas separados, mas sim como um ser humano complexo e integrado, que necessita de serviços integrados;
- c) Estes profissionais precisavam também aprender que saúde é muito mais do que a ausência de morbidades e que os serviços em saúde deveriam incluir necessariamente atividades de prevenção e promoção.

Estes problemas ainda existem hoje e eles não podem ser resolvidos de forma isolada. Há necessidade de solução integrada, pois as necessidades curativas, preventivas e promocionais afetam a disponibilidade de serviços correlatos e a distribuição de recursos.

Entre os serviços em saúde a serem considerados neste contexto, encontram-se os serviços relacionados à saúde bucal, principalmente os serviços odontológicos. O papel clássico do cirurgião- dentista é curativo - o paciente aparece com algum tipo de morbidade e o dentista resolve.

Ao comentar sobre o modelo tradicional de saúde bucal, assim leciona Narvai:

Pode-se dizer que este modelo, hegemônico, decorre de uma concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada com exclusividade por um sujeito individual – o cirurgião-dentista – no restrito ambiente clínico cirúrgico. (2002, pg, 81).

Mas, no novo conceito cuja implementação teórica foi pretendida pelo sistema (SUS), cada morbidade deveria ser um indicador do fracasso das ações preventivo-promocionais.

A concepção plasmada nas diretrizes trazidas pelo SUS não reside na eliminação do serviço curativo, mas na redução da demanda para este serviço, através de atividades preventivas e promocionais. Todavia, esta concepção não veio acompanhada de um modelo prático para estimar as necessidades odontológicas da população, para que se consiga um equilíbrio entre serviços curativos e serviços preventivos e promocionais. Existem apenas conceitos genéricos de modelos de saúde ao longo da história, algo abrangente, que dificulta ações específicas em determinada área. E esse é o caso da odontologia.

Em apoio a essa idéia, tem-se o resultado obtido por países como a Noruega e a Suécia a partir do momento em que intensificaram a atividades preventivas. A propósito, é ilustrativa a seguinte passagem:

Os estudos epidemiológicos retrospectivos mostram que, 30 a 40 anos atrás, países como a Noruega, a Finlândia e a Suécia, entre outros, apresentavam tanto ou mais em cárie dentária do que o Brasil, em número e severidade de lesão. No entanto, em decorrência dos seus programas preventivos e educativos conseguiram controlar a doença alcançando índices próximos de 1 mesmo antes do ano 2000, atingindo precocemente as metas da OMS para 2010 (BASTOS, 2003, pg. 120).

O Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição Federal e regulado pela Lei Orgânica da Saúde (Leis ns. 8.080/90 e 8.142/90), traz como princípios norteadores do funcionamento do sistema a universalidade, equidade e integralidade.

De acordo com o princípio da universalidade da atenção, todos os indivíduos – e não somente os contribuintes da previdência social – possuem direito à assistência à saúde, garantido pelo Estado. Na verdade, como bem salienta Roncalli, “o conceito de universalidade é uma consequência direta de uma discussão mais ampla sobre o direito à saúde” (2003, pg. 34). E prossegue o citado autor, explicando que:

O princípio da universalidade da atenção, pois, incorpora o direito à assistência como constructo da cidadania e aponta para um modelo que pressupõe uma lógica de seguridade social baseada nos moldes dos estados de bem-estar (2003, pg.35).

Já o princípio da equidade, derivado diretamente da universalidade, orienta no sentido da compreensão das diferenças entre os indivíduos, com a aplicação do sentido clássico² de igualdade, atrelado à justiça social. Com efeito, segundo Roncalli, “equidade significa tratar desigualmente os desiguais, ou seja, alocar recursos onde as necessidades são maiores” (2003, pg. 35). Após fazer a distinção entre equidade em saúde e equidade no uso ou no consumo de serviços de saúde, Roncalli conclui que:

De uma maneira geral, portanto, considerando a política assistencial proposta pelo SUS, garantir acesso universal e equitativo é apenas uma das estratégias redistributivas contempladas em uma política de proteção social (2003, pg. 35).

Pelo princípio da integralidade, tem-se o reconhecimento de que, na prática dos serviços de saúde, cada pessoa é um todo complexo, integrante de uma comunidade, e de que as ações de promoção da saúde e as unidades prestadoras dos serviços respectivos formam um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Neste sentido, resume Roncalli:

O homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde (2003, pg. 36)..

Como se pode observar, muito embora o Sistema Único de Saúde mereça todos os encômios pela forma de organização de saúde no país e pela introdução de relevantes conceitos na saúde pública brasileira, ele, assim como os modelos que o antecederam, também não apresenta um modelo sistemático, com indicativos específicos, com vistas a atingir o que proclamam seus princípios formativos.

² Diz-se sentido clássico porque a idéia de igualdade relativa, baseada nas diferenças, a partir da qual se deve tratar os iguais de forma igual e os desiguais na medida da desigualdade já existia em Aristóteles, na Grécia Antiga.

O modelo proposto no presente trabalho é baseado no tempo indispensável de efetivo atendimento ao paciente, de modo a atender às distintas necessidades, de acordo com as respectivas faixas etárias.

Não há dúvida de que, dentre um conjunto de variáveis para a avaliação das necessidades odontológicas, a idade é apenas uma delas, que foi assim escolhida, no presente estudo, pela homogeneidade dos dados disponíveis, até porque, em se tratando de um modelo geral, não há como tratar de cada um individualmente. E sem o conhecimento das necessidades peculiares de cada município, é impossível prever e alocar o número e o tipo de recursos profissionais e econômicos para prestar serviços em saúde bucal, com base em critérios técnicos minimamente seguros.

Assim sendo, com base na legislação vigente, em informações oficiais acerca das características da população, em dados técnicos fornecidos pelas entidades profissionais e na experiência profissional, criou-se um modelo, baseado no tempo necessário de atendimento a cada paciente, tendo em vista as específicas necessidades de cada faixa etária, com o objetivo de orientar especificamente os gestores de saúde na distribuição de recursos humanos e econômicos para uma otimização da prestação de serviços odontológicos, considerando a densidade populacional, a disponibilidade de recursos de cada município e a política de atenção básica desejada.

1.1 Definição do Problema

Em resposta à consulta formal encaminhada para o Conselho Regional de Odontologia, com o objetivo de descobrir os critérios em que estaria fundada a conhecida relação de 1 dentista para cada 1.500 habitantes, assim se manifestou o Presidente da aludida instituição:

*Prezado Colega
Este número relativo tem sido usado não só pelos conselhos de Odontologia, mas como de resto por toda a Odontologia e sempre referindo sua definição a OMS. Acho, portanto, que a fonte ideal da tua consulta deverá ser a própria OMS.*

Obs: Se conseguires o dado, peço a gentileza de nos enviar.

Atenciosamente.

Joaquim Cerveira Presidente CRO/RS.³

³ Vide documento anexo (Anexo I).

Não foram encontrados dados que confirmassem a referida relação de profissionais por habitante em pesquisa junto à Organização Mundial de Saúde, menos ainda, por óbvio, qualquer justificativa a respeito.

Por outro lado, não se pode deixar de considerar que, caso essa relação de 1 dentista para cada 1.500 habitantes fosse verdadeira, realmente espelhando um critério de qualidade de saúde pública, a população brasileira estaria em outro patamar em saúde bucal, e não diante de uma evidente assimetria entre estes números e a realidade. Mesmo assim, esta relação foi utilizada em razão da ausência de um outro parâmetro e por tratar-se de um índice conhecido de há muito pelos profissionais que militam em odontologia, de modo a permitir os cálculos e projeções realizadas.

A ausência de resposta para todos estes questionamentos foi fator determinante da tentativa de elaboração de uma proposta de saúde bucal.

Para tanto, verificada a inexistência de critérios técnicos e parâmetros sócio-econômicos justificadores da forma da gestão pública da saúde bucal, passou-se à pesquisa bibliográfica, consulta à legislação e entrevistas com profissionais da área, com o objetivo de esboçar a criação de um modelo, alicerçado no número de horas de atenção direta do profissional perante seu público alvo, para estimar os recursos humanos necessários em odontologia social no Sistema Único de Saúde.

Uma das prováveis causas da ineficiência do Sistema Único de Saúde pode ser imputada à inexistência de modelos práticos e específicos de conduta, que permitam identificar as necessidades de determinada população para serviços odontológicos, a fim de que se possa estimar o número e o tipo de profissionais necessários para se conseguir cobertura integral e completa, dentro das disponibilidades orçamentárias de cada município. Muito embora o novo sistema de saúde tenha trazido conceitos e diretrizes de uma nova política de saúde, não apresenta orientação técnica específica aos gestores públicos para uma eficiente distribuição de recursos de modo a atingir os objetivos pretendidos.

Assim, para que seja possível garantir à população a universalidade, integralidade e equidade prometidas pelo sistema (Roncalli, 2003, pg.34), ainda que relativizadas pela limitação de recursos, faz-se necessário recorrer a critérios técnicos realmente voltados para os objetivos pretendidos.

A criação de um modelo para atingir as finalidades já mencionadas é possível e viável. Para estimar o número e tipo de serviços em saúde bucal e sua distribuição, deve-se qualificar e quantificar as necessidades da população a ser atendida. Para estimar o número e tipo de profissionais que prestem estes serviços, é necessário qualificar e quantificar os serviços necessários. Com base nestes dados é que se pode construir um modelo prático capaz de permitir a implementação das diretrizes do sistema.

1.2 Justificativa

Os mecanismos de controle e avaliação da eficiência e eficácia da produtividade das condutas em odontologia de saúde pública ainda não foram padronizados (Manfredini, 2003, pg.61), razão pela qual não há um critério seguro para a avaliação do resultado dos serviços prestados. Se há demanda, recursos, serviços de qualidade e um modelo de saúde pública descentralizado, que permite a cada município nomear suas necessidades básicas de saúde, porque a realidade demonstra que ainda não há eficiência nos serviços odontológicos da rede pública?

A literatura consultada não indica critérios específicos para o estabelecimento de prioridades no tratamento odontológico de determinada população (NARVAI, 2002, pg. 107). São apresentadas apenas técnicas individuais (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006) ou modelos de planos de saúde (NARVAI, 2002, pg.29-77) que priorizam somente determinados segmentos da população e que, quando aplicadas no âmbito coletivo, revelam-se ações pouco eficientes para as diferentes realidades de cada município, na medida em que não levam em consideração a média de idade da população, o saneamento básico disponível, o nível sócio-econômico da comunidade, a localização geográfica, o acesso aos serviços, entre outros.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Criar um modelo alternativo ao que está sendo aplicado na saúde bucal no presente momento, com vistas ao aperfeiçoamento do modelo do SUS, de modo alocar o número correto e o tipo adequado de profissionais para atender às necessidades odontológicas de uma população.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Estimar o número de cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental e agentes comunitários de saúde, para atender as necessidades odontológicas de uma determinada população;
- b) Comparar os recursos humanos necessários, através da classificação dos modelos em básicos, essenciais e ideais, com os números de recursos humanos atuais segundo os modelos montados;
- c) Analisar o impacto do custo dos serviços com a composição de diferentes equipes profissionais.

3 MÉTODOS

3.1 Modelo

O modelo proposto no presente trabalho oferece três opções distintas de estratégias assistenciais que poderiam ser adotadas (básica, essencial ou ideal). A intenção é permitir o gestor escolher de acordo com os interesses e com as políticas e disponibilidade de recursos humanos de cada município, tendo como base fundamental o tempo de atendimento por paciente, estipulado a partir da experiência profissional em serviço público, consideradas as específicas necessidades das distintas faixas etárias de pacientes.

A política básica representa o mínimo aceitável de atenção ao cidadão em saúde bucal, focada na cura das enfermidades. Seria a reedição do modelo curativo (reativo).

A política essencial, por sua vez, introduz atividades preventivas, além do modelo curativo (reativo), comprometendo-se, portanto, com uma política de promoção da saúde bucal (pró-ativa), com foco na cura das doenças e manutenção dos níveis de saúde.

Já a política ideal, como, aliás, a própria denominação já sugere, preocupa-se não só com a cura de doenças e manutenção da saúde, mas também e principalmente com o aprimoramento progressivo das diversas variáveis que influenciam na qualidade da saúde bucal da população, tais como pesquisa de novas tecnologias capazes de maximizar a eficiência e eficácia das atividades neste setor, permitindo inclusive prever futuros obstáculos que possam vir a comprometer as atividades integradas de atendimento universal.

Para cada política de atuação, cuja distinção básica reside no número de horas de atendimento efetivo ao paciente por ano⁴, foram previstas três alternativas⁵ distintas de gestão dos recursos humanos e econômicos, de acordo com o tipo de profissional a ser alocado. Na política básica, há alternativa para alocação somente

⁴ Para os efeitos do presente trabalho, considera-se atendimento efetivo ao paciente a presença física do profissional junto ao mesmo, realizando procedimentos, dando orientações, etc, pois se acredita que, em odontologia, por ser uma profissão eminentemente prática, tal requisito é determinante para o sucesso de qualquer modelo que se pretenda efetivo, sob pena de, em inexistindo, comprometer totalmente a aplicabilidade prática do respectivo modelo.

⁵ Básico (básico 1, básico 2 e básico 3); Essencial (essencial 1, essencial 2, essencial 3); Ideal (ideal 1, ideal 2, ideal 3).

de cirurgiões-dentistas (básico 1), cirurgiões-dentistas e técnicos em higiene dental (básico 2) e cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental e agentes comunitários de saúde (básico 3), mantendo-se entre estas modalidades o número de horas de atendimento da respectiva política. Nas demais políticas (essencial e ideal), estas alternativas são previstas do mesmo modo⁶.

A análise da demanda é outra importante variável na definição do modelo de saúde a ser adotado e da política a ser implementada, porque dependendo do perfil etário dos habitantes da região a ser considerada, escolher essa ou aquela ação em saúde coletiva depende muito disso. O modelo proposto no presente trabalho dividiu a população em quatro grupos etários: de 0 a 4 anos, de 5 a 19 anos, de 20 a 59 anos e acima dos 59 anos.

Estas faixas etárias foram assim consideradas em razão das semelhantes características e necessidades odontológicas do respectivo período de vida. Ademais, as ações de assistência comunitária não só possuem um foco mais definido se considerada uma precisa faixa etária, como principalmente permite a avaliação do trabalho realizado e a mensuração dos resultados pertinentes, até mesmo para o redimensionamento dos recursos e a readequação da política adotada.

Assim, o gestor público, de posse do mapeamento de seu público alvo, poderá tomar decisões com foco definido, com maior probabilidade de sucesso de sua escolha política do modelo a ser aplicado.

De 0 a 4 anos de idade, observa-se como principal característica a família como exemplo de conduta. Logo, ações dos agentes comunitários de saúde são indispensáveis no acompanhamento desse público. Visitar as residências e fazer prevenção intensa ajudará muito para que o início da dentição permanente seja saudável. Neste período da vida, onde as atividades de prevenção mostram-se mais eficientes e, por isso, necessárias quando comparadas aos serviços clínicos, a intervenção efetiva do dentista não é tão imprescindível quanto a supervisão das referidas atividades.

A propósito, veja-se:

As ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário, para evitar que ocorram de forma vertical

⁶ Em anexo, planilha contendo o modelo e respectivas alternativas (Anexo II).

e isolada da área médico-enfermagem. O trabalho de prevenção deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança (BRASIL, 2006, Cadernos ...nº 17, pg.52).

FLÓRIO e PEREIRA, ao tratarem de tema relacionado aos cuidados com a infância para a promoção de saúde bucal, informam que:

A Academia Americana de Odontologia Pediátrica – (AAOP) (1998) sugere que a primeira consulta odontológica da criança deve ser realizada por volta dos seis meses de vida, para que possam ser realizados procedimentos de educação dos pais, objetivando a prevenção da instalação das doenças bucais (2003, pg. 417).

Dos 5 aos 19 anos, o foco passa a ser a dentição permanente, sendo igualmente de grande relevo os agentes comunitários de saúde e os técnicos em higiene dental. Ações direcionadas à educação e prevenção junto as escolas e entidades do gênero assumem importante papel, pois é neste período que tem início a formação do indivíduo, com a aquisição de hábitos que normalmente o acompanham durante toda a vida.

Segundo as diretrizes de atenção básica:

A equipe de saúde deve dar continuidade ao trabalho que vinha sendo desenvolvido com as crianças e consolidar nesta faixa etária a idéia do autocuidado e da importância da saúde bucal. (...) Comentários sobre como o cuidado da saúde bucal torna o sorriso mais bonito e o hálito mais agradável podem estimular o autocuidado. Escutar o adolescente/jovem sempre antes de trabalhar os conceitos e a introdução de novos hábitos, conduzindo a conversa para temas de seu interesse (BRASIL, 2006, Cadernos ... nº 17, pg. 56-57).

Dos 20 aos 59 anos, o dentista passa a ser o protagonista. Caso as etapas anteriores não tenham sido exitosas, entra o cirurgião-dentista para atacar as patologias bucais. As ações destinadas a esta faixa etária representam maior custo para o sistema, porque além de conter o avanço das doenças, há necessidade de cultivo de novos hábitos, na tentativa de reconscientizar o cidadão. Trabalho caro, redobrado e de pouca eficácia em termos estatísticos epidemiológicos. É nesse período que o indivíduo mais abusa do fumo e do álcool, por exemplo, extremamente prejudiciais à saúde geral e, no caso específico, à saúde bucal.

Mesmo sendo a época da vida em que, teoricamente, a pessoa esteja trabalhando e, por conseguinte, remunerada, isso não significa que possa utilizar os serviços privados em odontologia. Logo, o setor público é quem vai absorver essa

demanda. Portanto, se as atividades de prevenção falharem, o custo desse processo de controle das doenças nessa faixa etária pesará em muito nos cofres públicos.

Como bem observa Starfield:

Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. A atenção especializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela. Além disso, os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles (2004, pg. 21).

Dos 59 anos em diante, tem-se a necessidade de cuidados mais especializados, como por exemplo, periodontia, prótese, odontogeriatría, psicologia, etc, razão pela qual os centros especializados em odontologia (CEO) são os destinos mais indicados para este público alvo. Não há dúvida de que a atenção multidisciplinar deve estar presente em todas as etapas; porém, neste período, tal forma de atuação deve ser intensificada, até porque a demanda intensa nessa faixa etária normalmente representa a falha total do sistema proposto na saúde pública.

Entende-se que:

O idoso requer uma avaliação global, que freqüentemente envolve a atenção de diversas especialidades, não só pelo processo fisiológico do envelhecimento, como também na maioria das vezes, por apresentar alterações sistêmicas múltiplas associadas às respostas inadequadas às drogas específicas.

A compreensão da situação sistêmica, emocional, cognitiva, social e econômica do idoso é importante para a formulação de um plano preventivo/terapêutico adequado à sua realidade. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da sua condição de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social (BRASIL, 2006, Caderno ... nº17, pg. 61-62).

Em ensaio sobre prevenção em odontogeriatría, Hebling assevera que:

A utilização de um critério meramente cronológico representa uma situação limitada e inapropriada, considerando as pronunciadas diferenças existentes quanto às condições médicas de cada pessoa. Dessa forma, a Federação Dentária Internacional (FDI) considera como pessoas idosas aquelas com mais de 60 anos e as classifica de acordo com sua capacidade de autonomia de vida em três grupos: a) idosos totalmente independentes [...]; b) idosos parcialmente dependentes [...] e c) idosos totalmente dependentes [...].

Independentemente de seu tipo classificatório (cronológico da idade, autonomia de vida e relação de dependência), o paciente geriátrico tem sua importância no planejamento de ações preventivas e terapêuticas, pelo seu crescente aumento na população geral e pela inevitável passagem de todos os seres humanos pela senescência (2003, pg.426).

3.2 Aplicação

A partir das variáveis acima elencadas, foram coletadas informações no banco de dados do Sistema Único de Saúde⁷, no portal de informações de saúde, nas informações demográficas e socioeconômicas baseadas no censo de 2000, do qual foram destacados os dados populacionais por microrregionais estaduais, divididos em quatro grupos⁸, de acordo com a respectiva faixa etária⁹, tendo em vista as distintas necessidades odontológicas.

A opção pela análise da população das microrregionais de saúde justifica-se para evitar conclusões divorciadas da realidade decorrentes da existência de regiões metropolitanas que mascaram as necessidades dos serviços em saúde. Com efeito, nos municípios mais próximos das sedes das regionais, há maior facilidade de deslocamento dos usuários ao grande centro, o que faz com que os números de profissionais por habitante fiquem bastante alterados com relação à realidade dos serviços efetivamente prestados.

O modelo sugerido no presente trabalho levou em consideração, como base territorial, primeiramente o município porque, de acordo com a Constituição Federal, é competência deste ente federado “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, Constituição ... 2006, pg.46). Porém, por questões didáticas¹⁰ e para evitar equívocos decorrentes de distorções regionais, optou-se pela exposição baseada nas microrregiões.

Com efeito, distorções regionais como a maior ou menor urbanização do município, a proximidade do município aos grandes centros urbanos, com acesso a

⁷ O banco de dados do Sistema Único de Saúde pode ser acessado no seguinte endereço: www.datasus.gov.br

⁸ O presente trabalho considerou apenas o estado do Rio Grande do Sul. Vide planilha com o número de pessoas por microrregião, divididas em diferentes faixas etárias (Anexo III).

⁹ A população foi dividida em grupos de 0 a 4 anos, de 5 a 19 anos, de 20 a 59 anos e a partir de 60 anos.

¹⁰ O grande número de municípios dificultaria o exame comparativo das planilhas.

serviços especializados, etc ensejam números irrealistas, divorciados da realidade, o que fica diluído na análise por microrregiões.

Nos grandes centros, verifica-se o constante deslocamento da população de um município para tratamento nos grandes centros, ensejando um acréscimo flutuante da população da metrópole, não identificado com o que realmente se verifica em termos de dados oficiais.

As microrregiões, de acordo com o § 3º do art. 25 da Constituição Federal (BRASIL, Constituição ..., 2006, pg 43), são constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum, definidas por lei complementar.

Também do banco de dados do Sistema Único de Saúde foram extraídas informações relativas à quantidade de profissionais de odontologia existentes no serviço público federal, estadual e municipal, por microrregião¹¹.

Realizada a comparação do número de dentistas por determinada população, constatou-se que o mesmo está aquém das necessidades que seriam estimadas pela Organização Mundial da Saúde¹².

Com base na legislação vigente no país e considerando-se a necessidade de trabalho de 40 horas semanais¹³, relacionou-se o custo de cada profissional por ano para o erário público¹⁴. Cumpre esclarecer que se considerou, como parâmetro, para a definição do custo total, 14 meses de remuneração, pois foram computados não só o 13º salário, como também a remuneração de profissional substituto para o período de férias do titular, de modo a não comprometer a continuidade do atendimento.

O piso salarial de cirurgiões-dentistas é estabelecido na Lei n. 3.999/61, sendo de 3 salários-mínimos por 20 horas semanais, mais o adicional de insalubridade no valor de 40% do respectivo salário¹⁵, sendo que tais valores também incidem no 13º salário, férias e FGTS. Já o valor do salário dos técnicos em higiene dental não possui regulamentação, já que, como referido anteriormente, a

¹¹ Vide planilha com o número de dentistas por microrregião (Anexo IV).

¹² Relação de um cirurgião-dentista para cada 1.500 habitantes.

¹³ Cumpre registrar que, destas 40 horas semanais, são consideradas 30 horas de atendimento específico do paciente, tendo em vista que as 10 horas restantes (aproximadamente 2 horas por dia) devem ser atribuídas a intervalos para manutenção, limpeza e esterilização de material, dentre inúmeras outras atividades afins, nas quais o profissional não fica em contato direto com o paciente.

¹⁴ Vide planilha contendo relação discriminada dos custos com profissionais por ano e hora (Anexo V).

¹⁵ Portaria n. 3214/78, completada pela Portaria n 12/79, da CLT.

própria atividade ainda não está reconhecida legalmente. Todavia, pode-se dizer que, em não havendo acordo coletivo de trabalho firmado entre o Sindicato dos Odontologistas e o Sindicato dos Empregados em Estabelecimento de Saúde, aplica-se, em média, um salário mínimo regional ao ACS e dois salários-mínimos regionais ao THD¹⁶, para uma jornada de 40 horas semanais.

No mesmo sentido, Queluz, ao mencionar a seguinte relação para se atingir a remuneração dos profissionais auxiliares: “[THD = 2/3 do CD – 2 salários] [ACD = 1/10 do CD – 1 salário]” (2003, PG. 149).

Vale lembrar, a propósito, que compete às Secretarias Municipais de Saúde:

Assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006, pg. 21).

A partir destes dados, elaborou-se uma planilha com a proposta de um modelo de saúde pública bucal, que leva em consideração os valores referenciais de determinada microrregião, o número de profissionais disponíveis, o número e o tipo de profissional desejado de acordo com as necessidades da população local, a política a ser adotada pelos gestores da saúde naquela localidade (básica, essencial ou ideal) e os recursos disponíveis para que se consiga uma melhor eficácia sem prejudicar a eficiência dos serviços odontológicos, na concepção inaugurada pelo Sistema Único de Saúde no Brasil.

Da combinação destes dados, é possível realizar um preciso planejamento orçamentário capaz de suportar os custos da equipe desejada.

Cumpra asseverar que as nove possibilidades apresentadas no referido modelo constituem-se aplicativos que têm por objeto nortear os gestores públicos em saúde, o que passa necessariamente pelo prévio mapeamento da população, pela definição dos recursos financeiros disponíveis e do pessoal habilitado e credenciado para exercer as atividades em questão.

¹⁶ <http://www.sindodonto.com.br/perguntas.php>, acessado em 23-5-2008, às 19h.

Impõe-se ressaltar, contudo, que diferentes modelos de atenção à saúde podem ser concebidos a partir das respostas dadas pelos usuários, vez que diferentes combinações podem ser feitas, dependendo das características básicas presentes em qualquer modelo, através da análise das necessidades odontológicas do objeto, para que seja possível enquadrar os sujeitos adequados nos chamados sistemas de atendimento.

Cumpra registrar, outrossim, o risco de se trabalhar com modelos quando o mesmo é visto como algo estanque, definido *a priori*, pois pode conduzir ao engessamento da máquina administrativa, quando não prevista a possibilidade de modificações em razão da opção adotada pelo gestor público, o que não é o caso do presente modelo.

4 RESULTADOS

Após a elaboração do modelo que especifica o tempo necessário de atendimento efetivo ao paciente, baseado nas necessidades odontológicas das diferentes faixas etárias, e depois da coleta de dados relativos ao número da população e de dentistas de cada microrregião, realizou-se uma análise comparativa que permitiu constatar que a realidade da saúde pública bucal atual ainda é bastante distinta do que preconiza o SUS e a OMS, que é de um dentista para cada 1.500 habitantes.

A propósito, observou-se também que o número de dentistas cadastrados, em determinadas localidades, é superior ao modelo de política - básico 1- e, em outras, inferior ao mesmo, o que comprova a total ausência de critérios.

Outra importante constatação é a de que, em algumas microrregiões, o número de unidades básicas e ambulatoriais é infinitamente inferior ao número de dentistas cadastrados. Algumas microrregionais, como por exemplo a Litoral Lagunar, possuem cerca de quatro vezes mais dentistas do que ambulatórios. Para se ter uma idéia geral do Rio Grande do Sul, até 2007, há 2.455 unidades ambulatoriais catalogadas e 5.951 dentistas. Tais dados sugerem que ou os profissionais não estão cumprindo a carga horária devida, ou os atendimentos estão sendo realizados em horário-extra.

Tal realidade, aliás, considerando-se as planilhas do modelo, está próxima, em termos de número de profissionais, do modelo da política a ser adotada - básica 1- proposta, de viés eminentemente curativo. Porém, ainda com grandes distorções, tendo em vista que não é observada uma relação direta entre o número de dentistas e de ambulatórios existentes. Há 2 dentistas por infra-estrutura registrada no DATASUS, pelo menos no RS. Isso sem falar na inobservância da carga horária necessária de atendimento efetivo ao paciente.

Rio Grande do Sul	ambulatórios	cd's públicos	cd's cro/ rs
total	2455	5951	12869

17

Por outro lado, observa-se que a relação preconizada pelo SUS de um cirurgião-dentista para cada 1.500 habitantes está muito próxima do modelo de política - essencial 1- proposto, o que permite concluir que se esta razão fosse justificável com base em critérios técnico-profissionais, bastaria a utilização do

¹⁷ ANEXO IV – pg. 51

modelo de política em saúde bucal - essencial 1- para atingir as metas propostas, o que, até a presente pesquisa, não se tem conhecimento.

Nesse contexto, de posse da radiografia populacional das microrregiões, realizaram-se os cálculos para estimar o número de profissionais necessários para o atendimento da população, de acordo com o tempo necessário para tanto, fixado no modelo proposto.

custo		
básico 1	básico 2	básico 3
392.855.458,90	246.990.851,34	194.620.567,51 ¹⁸

A partir destes dados, com a utilização da planilha que permite a aplicação prática do modelo, dependendo da política a ser adotada (básica, essencial ou ideal), obtém-se automaticamente:

- a) o número e o tipo de recursos humanos necessários para atender aquela demanda;
- b) o custo para o erário público com toda a equipe, de acordo com o modelo pretendido.

A título de exemplo, vale observar que o modelo preconizado pelo SUS, o qual, no presente trabalho, aproxima-se com a política - essencial 1⁻¹⁹, para ser efetivamente aplicado em todo Rio Grande do Sul, acarretaria um custo de R\$ 785.710.917,81 aos cofres públicos. Já o modelo - essencial 3 - proposto, com a inclusão de técnicos e auxiliares, para atendimento do mesmo número de pacientes na mesma carga horária, representaria um custo de tão somente R\$ 392.855.858,90. Observa-se, pois, que com aproximadamente a metade do custo é possível atender, com o mesmo apoio (ou até melhor), o mesmo número de indivíduos. E esta é apenas uma, dentre as nove possibilidades de políticas previstas no modelo proposto.

Como visto, com a utilização do modelo proposto, qualquer gestor de saúde pública, de posse do perfil populacional de sua região, poderá escolher o tipo e número de profissionais e ainda estimar os recursos necessários para aplicar a política desejada.

¹⁸ ANEXO V –pg.54

¹⁹ É possível esta comparação, na medida em que, segundo o SUS, no Rio Grande do Sul, haveria a necessidade de 7.386,9 dentistas para atingir a relação de um dentista para cada 1.500 habitantes (OMS); sendo que no modelo essencial 1, requer-se 7.271,9 dentistas. Como visto, números muito próximos.

A partir destes dados, com a utilização da planilha que permite a aplicação prática do modelo, dependendo da política a ser adotada (básica, essencial ou ideal), obtém-se automaticamente:

- a) o número e o tipo de recursos humanos necessários para atender aquela demanda;
- b) o custo para o erário público com toda a equipe, de acordo com o modelo pretendido.

A respeito dos encargos, é possível afirmar que o custo da política 3, que prevê a participação não só do cirurgião-dentista, mas também do técnico em higiene dental e do agente comunitário de saúde, é sempre muito inferior às demais políticas para atendimento do mesmo número de pacientes e para o mesmo tempo de atendimento. Restou comprovado, portanto, que a contratação de técnicos e auxiliares maximiza os resultados e minimiza os custos em média 50%.

A título de exemplo, vale observar que o modelo preconizado pelo SUS, o qual, no presente trabalho, aproxima-se com a política - essencial 1 -²⁰, para ser efetivamente aplicado em todo Rio Grande do Sul, acarretaria um custo de R\$ 785.710.917,81 aos cofres públicos. Já o modelo - essencial 3 - proposto, com a inclusão de técnicos e auxiliares, para atendimento do mesmo número de pacientes na mesma carga horária, representaria um custo de tão somente R\$ 392.855.858,90. Observa-se, pois, que com aproximadamente a metade do custo é possível atender, com o mesmo apoio (ou até melhor), o mesmo número de indivíduos. E esta é apenas uma, dentre as nove possibilidades de políticas previstas no modelo proposto.

Figure-se ainda outro exemplo, para análise dos conteúdos importados das base de dados já indicadas, no modelo proposto, observando-se a microrregião de Santa Maria.

Esta microrregião possui, segundo dados do CRO/RS, uma população de 373.105 pessoas, 696 dentistas e uma média de 536,07 habitantes por dentista. Segundo dados do Data Sus, possui 381.578 pessoas, 235 dentistas na rede pública e uma média de 1623 habitantes por dentista, que atuam em 125 ambulatórios credenciados ao serviço público.

²⁰ É possível esta comparação, na medida em que, segundo o SUS, no Rio Grande do Sul, haveria a necessidade de 7.386,9 dentistas para atingir a relação de um dentista para cada 1.500 habitantes (OMS); sendo que no modelo essencial 1, requer-se 7.271,9 dentistas. Como visto, números muito próximos.

Microrregional	CD	População	Pop/CD
Santa Maria	696	373105	536,07

Considerando-se a relação de um dentista por ambulatório, essa média sobe para 3052,62 habitantes por dentista.

Microrregional	população				modelo SUS	atual
	0 a 5	5 a 19	20 a 59	60 a 89		
43018 Santa Maria	30410	101851	204987	44330	254,4	235 ²¹

De posse desses dados, é possível avaliar a situação em que se encontra a microrregião dentro do modelo e qual o objetivo a ser atingido pelo gestor público.

No caso da microrregional Santa Maria, analisando os dados antes mencionados, verifica-se que o número de ambulatórios enquadra-se no modelo Básico 1, que prevê 125,6 dentistas e tem um custo anual de operacionalidade estimado em R\$13.575.363, 18 (treze milhões, quinhentos e setenta e cinco mil, trezentos e sessenta e três reais e dezoito centavos).

Microrregional	básico 1	custo		
	dentista	básico 1	básico 2	básico 3
43018 Santa Maria	125,6	13.575.363,18	8.552.989,81	6.751.623,10 ²²

Desconsiderando-se o número de ambulatórios, focando-se apenas no número de dentistas, observa-se a proximidade com o modelo Essencial 1, que prevê 251,3 dentistas por habitante e tem um orçamento anual estimado em R\$ 27.150.726,36 (vinte e sete milhões, cento e cinquenta mil, setecentos e vinte e seis reais e trinta e seis centavos).

Microrregional	essencial 1	custo		
	dentista	essencial 1	essencial 2	essencial 3
43018 Santa Maria	251,3	27.150.726,36	17.982.170,18	14.050.865,29 ²³

Por outro lado, observando-se os dados contidos no mapa da odontologia do RS, divulgado pelo CRO, que inclui profissionais da rede privada, observa-se o enquadramento do mesmo no modelo Ideal 1, que prevê 585,3 dentistas como suficientes para atender a demanda. Neste caso, ter-se-ia um custo estimado aos cofres públicos no valor de R\$ 63.237.850,94, considerada a universalidade propalada pelo sistema.

Microrregional	cd's cro/ rs
43018 Santa Maria	696 ²⁴

²¹ ANEXO V – pg. 53

²² ANEXO V – pg. 54

²³ ANEXO V – pg. 55

Microrregional	ideal 1	custo		
	dentista	ideal 1	ideal 2	ideal 3
43018 Santa Maria	585,3	63.237.850,94	36.888.746,38	29.616.393,52 ²⁵

Como visto, com a utilização do modelo proposto, qualquer gestor de saúde pública, de posse do perfil populacional de sua região, poderá escolher o tipo e número de profissionais e ainda estimar os recursos necessários para aplicar a política desejada.

²⁴ ANEXO V – pg. 52

²⁵ ANEXO V – pg. 56

5 DISCUSSÃO

A organização da assistência odontológica coletiva vem tendo grande desenvolvimento nos últimos tempos. Os conceitos do Sistema Único de Saúde incrementaram oportunidades de trabalho para os profissionais de odontologia, principalmente com a inserção da saúde bucal na estratégia de saúde da família.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de odontologia de fevereiro de 2002, encontra-se em destaque que “a formação do cirurgião-dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência, e o trabalho em equipe” (BRASIL, Ministério da Educação ..., 2002, pg.10).

A propósito, o art. 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais enfatiza a necessidade do cirurgião-dentista “atuar interdisciplinarmente, multiprofissionalmente e transdisciplinarmente, com extrema produtividade na promoção da saúde, baseado na convicção científica, de cidadania e de ética” (BRASIL, Ministério da Educação ..., 2002, pg.10).

Por sua vez, ao apresentar o documento Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Secretário de Atenção à Saúde, José Gomes Temporão assim afirma:

As discussões para alcançar o formato final da PNAB se fundamentaram nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação. Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006, pg. 3).

Nesse contexto, refletir e discutir as novas competências das equipes de saúde bucal é imprescindível para que a população ganhe qualidade nos serviços prestados nas secretarias de saúde.

Como se pode observar, os conceitos são extremamente genéricos, abrangentes e pouco factíveis, o que evidencia a necessidade de maior especificidade.

O presente estudo, destarte, tem por objeto sugerir um modelo prático, consentâneo com a realidade do trabalho cotidiano das equipes de saúde bucal, que viabilize a promoção das diretrizes do sistema de saúde vigente no país.

Para tanto, deve-se partir de uma análise teleológica do modelo que se pretende construir, definindo-se os precisos objetivos do mesmo, passando necessariamente pela relação sujeito-objeto na prática odontológica. Tal relação, aliás, representa atualmente um dos aspectos mais polêmicos dos diferentes modelos de trabalho que vêm se desenvolvendo em todo o Brasil.

Com efeito, ao se examinar quem deve ser o objeto da prática dos profissionais de saúde, se a doença ou o doente, advém como aparentemente natural a conclusão de que o doente é que deve se o objeto da mesma, tanto que geralmente se diz que é preciso compreender a pessoa em todas as suas dimensões, como um todo e não se deter apenas no órgão comprometido. Todavia, ao se constatar que a doença está presente não apenas em uma, mas em várias, centenas, milhares de pessoas, o que parecia ser natural ganha outra dimensão, revelando que o verdadeiro foco de qualquer modelo que se pretenda universal e integral deve ser a doença.

No tocante ao sujeito da prática odontológica, discute-se se o mesmo deve ser o cirurgião-dentista ou uma equipe de saúde bucal. No Brasil, na última década, o número de auxiliares odontológicos cresceu consideravelmente nas equipes de saúde bucal, o que indica a tendência da crescente utilização de equipes no desenvolvimento de ações nesta área da saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, dentre os itens necessários à realização da Atenção Básica nos municípios, tem-se:

Equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006, pg. 3)

Neste modelo, são atribuições do cirurgião-dentista:

I – realizar o diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II – realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III – realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV – encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V – coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI – acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII – contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII – realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006, pg. 46-47).

Compete ao técnico em higiene dental (THD):

I – realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

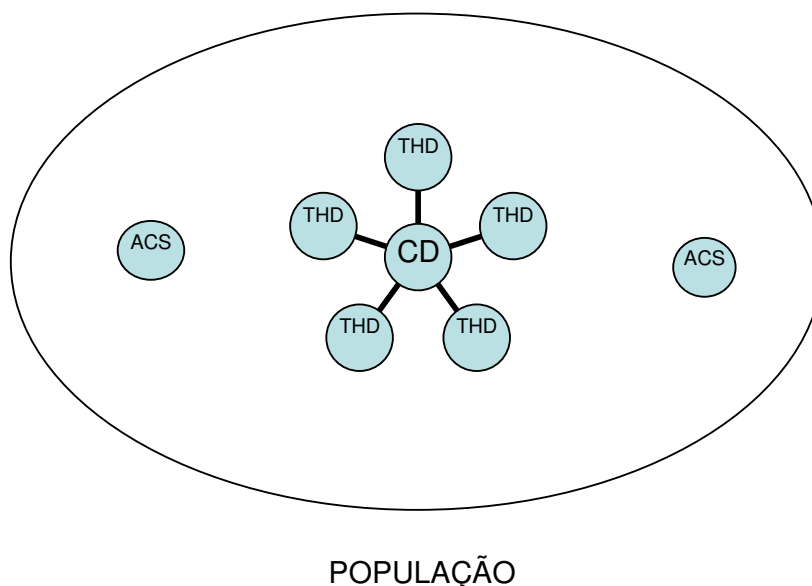
II – coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III – acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV – apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V – participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006, pg. 47).

Segundo refere Queluz, a proporção máxima de técnicos em higiene dental por cirurgião-dentista é na razão de cinco para um, respectivamente (2003, pg. 148), como se pode observar no esquema abaixo:



Vale lembrar a que a profissão de técnico em higiene dental (THD) não possui reconhecimento legal, muito embora já haja projeto de lei neste sentido em tramitação no Congresso Nacional (PL 1140/2003)²⁶ e exista regulamentação feita pelo Conselho Federal de Odontologia no sentido de aprovar normas para habilitação do exercício desta profissão²⁷. Alguns autores estão usando técnico em saúde bucal (ASB).

Queluz, em ensaio a respeito dos recursos humanos na área odontológica, elenca os requisitos necessários para a atuação de técnico em higiene dental:

Para habilitar-se ao registro e à inscrição, como técnico em higiene dental, o interessado deverá ser portador de diploma ou de certificado que atenda, integralmente, ao disposto no Parecer n. 460/75, aprovado pela Câmara de Primeiro e Segundo Grau, do Conselho Federal de Educação. (2003, pg. 148)

Segue o mesmo autor, enfatizando as restrições legais da função:

É vedado ao técnico em higiene dental e ao atendente de consultório dentário:

- a) exercer a atividade de forma autônoma;*
- b) prestar assistência, direta ou indiretamente, a paciente sem a indispensável supervisão do cirurgião-dentista;*
- c) realizar, na cavidade bucal do paciente, procedimentos não discriminados pela Resolução CFO- 185/93;*

²⁶ http://www.crors.org.br/projetos_de_lei.htm, acessado em 19-5-2008, às 22h52min.

²⁷ <http://www.cfo.org.br/download/pdf/consolidacao.pdf>.

d) fazer propaganda de seus serviços, mesmo em revistas, jornais ou folhetos especializados na área odontológica. (2003, pg. 149)

São atribuições específicas do agente comunitário de saúde (ACS):

I – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II – tratar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III – estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV – cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V – orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII – acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII – cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria n. 44/GM, de 3 de janeiro de 2002. (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006, pg. 43-44).

O trabalho dos cirurgiões-dentistas, associado aos serviços prestados pelos técnicos e auxiliares tanto é mais eficiente para os modelos de saúde bucal que, segundo dados da *WHO Oral Health Country/Area Profile Programme* referentes ao ano de 2004, o número de dentistas por habitantes, em países como a Itália e Canadá, por exemplo, que são considerados modelos de saúde pública para o mundo, não difere em muito desta relação no Brasil.

Enquanto na Itália²⁸, há 1 dentista para cada 1.154 habitantes (50.419 dentistas) e 2.300 técnicos em higiene dental; no Canadá²⁹, há 1 dentista para cada 1.788 habitantes (18.340 dentistas) e 14.865 técnicos em higiene dental; no Brasil³⁰, há 1 dentista para cada 1.500 habitantes (190.000 dentistas), sendo que existem tão somente 390 técnicos em higiene dental.

²⁸ <http://www.whocollab.od.mah.se/euro/italy/data/italymanpow.html>, acessado em 23-5-2008, às 18h.

²⁹ <http://www.whocollab.od.mah.se/amro/canada/data/canadamanpow.html>, acessado em 23-5-2008, às 18h.

³⁰ <http://www.whocollab.od.mah.se/amro/brazil/data/brazilmanpow.html>, acessado em 23-5-2008, às 18h.

A propósito, merece destaque a impressionante relação observada entre o número de dentistas e o número de técnicos (higienistas e auxiliares) em países como a Noruega³¹, outro ícone em saúde bucal mundial. Ao passo em que se tem 4.005 dentistas (1 dentista para cada 1.150 habitantes), existem 4.610 técnicos, sendo 1.010 técnicos em higiene dental e 3500 auxiliares de consultório dental.

Vê-se, portanto, que a grande diferença entre os modelos reside justamente na quantidade de técnicos e não no número de dentistas por habitante, o que pode potencializar as ações em saúde e minimizar seu custo.

A respeito dos encargos, é possível afirmar que o custo da política 3, que prevê a participação não só do cirurgião-dentista, mas também do técnico em higiene dental e do agente comunitário de saúde, é sempre muito inferior às demais políticas para atendimento do mesmo número de pacientes e para o mesmo tempo de atendimento. Restou comprovado, portanto, que a contratação de técnicos e auxiliares maximiza os resultados e minimiza os custos em média 50%.

Não se desconhece que diversos outros fatores devem ser levados em consideração para a avaliação dos fatores determinantes da qualidade da saúde pública em outros países, principalmente as diversidades geográficas, econômicas, políticas culturais, etc.

A propósito, é válida a pertinente observação feita por Starfield ao referir que “uma riqueza nacional maior não garante as condições socioeconômicas que produzam um alto nível de saúde” (2004, pg. 25). Nessa linha, prossegue a referida autora:

Os serviços de saúde, na qualidade de um dos determinantes diretos, podem ter um papel na melhora da saúde, mesmo em face das notáveis eqüidades na distribuição das riquezas. Como nível global de gastos em serviços de saúde não está uniformemente associado a melhores níveis da saúde, qualquer efeito dos serviços de saúde deve ser uma consequência de características específicas destes serviços de saúde. Com base apenas na teoria, é provável que a obtenção de efetividade e eqüidade exija que o sistema de saúde tenha uma forte orientação de atenção primária. (2004, pg. 27).

De qualquer sorte, pela análise da relação entre os profissionais em questão, pode-se afirmar que a utilização de técnicos na prestação de serviços odontológicos maximiza a eficiência do modelo de saúde pública adotado. Além

³¹ <http://www.whocollab.od.mah.se/euro/norway/data/norwaymanpow.html>, acessado em 23-5-2008, às 19h.

disso, é certo que quanto maior a diversidade de profissionais na equipe, menor o risco de desestruturação da equipe como um todo, de modo a comprometer o andamento das atividades comuns. Ou seja, na falta de um, haverá outros que possam suportar a carga de atividade até que a equipe se recomponha.

Se esta é uma proposta viável, depara-se com diversas resistências na prática do serviço público. Sob um primeiro aspecto, têm-se as dificuldades de superar os diferentes interesses políticos em jogo. Sob uma segunda vertente, encontra dificuldades de implantação em decorrência da qualificação de profissionais e comprometimento dos mesmos com os objetivos perseguidos pelas diretrizes teóricas do sistema.

Observa-se que, na realidade prática, a distribuição de recursos humanos e econômicos está, em sua maioria, relacionada a interesses políticos de grupos que ocupam os cargos de poder, não necessariamente associados à realidade e necessidade sociais, em termos de serviços odontológicos. A propósito, é ilustrativa a seguinte passagem que constou do “Relatório Final” do Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), realizado em Recife (PE), em 1988:

É urgente que os níveis estaduais e municipais desenvolvam ações objetivando alterar as características do atendimento em nível local, de tal sorte que essa alteração seja sentida pelos usuários [...]. Nos estados onde o processo de municipalização está mais avançado, observa-se que a necessidade de definir e planejar programas de saúde bucal em nível local vem estimulando a criatividade e fazendo amadurecer a compreensão de que programas padronizados de âmbito nacional ou estadual não podem mais ser aceitos passivamente [...]. A Divisão Nacional de Saúde Bucal de Ministério da Saúde deve evitar a elaboração de “pacotes” técnicos inadequados às realidades locais mas, ao contrário, deve atuar como apoiadora e facilitadora das ações [...]. A admissão para cargo público apenas através de concurso público em todos os níveis de governo vem sendo simplesmente ignorada e o clientelismo partidário observado nas contratações contribui para desacreditar o SUDS e o setor público, estimulando a apatia e a desesperança [...]. A isonomia nos salários, jornadas e condições de trabalho é condição indispensável para a construção do Sistema Único de Saúde. A ênfase dada à construção de hospitais e unidades não encontra, muitas vezes, justificativas técnicas de desenvolvimento da rede física, mas ocorre em detrimento do desenvolvimento de recursos humanos [...].(ENATESPO, 1988).

Contudo, não se pode deixar de enfatizar como elemento definidor do modelo em questão as diferentes formas de organizar os recursos ao fluxo de usuários dos serviços odontológicos.

Nesse contexto, observa-se, como recomendação de infra-estrutura e recursos para a implantação das equipes de Saúde da Família, especificamente como item necessário à incorporação de profissionais de saúde bucal:

No caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

No caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes. (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006, pg. 24-25).

Quanto à população e ao território das Equipes de Saúde da Família (ESF), tem-se:

Existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006, pg. 24).

A delimitação territorial é fator de extrema relevância para a adequação do modelo de saúde, sendo um dos princípios gerais da Atenção Básica, como se pode ver na seguinte passagem:

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006, pg. 10).

No mesmo sentido, a estratégia de Saúde da Família, ao reorganizar a Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, cabendo à mesma:

Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos

e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população. (BRASIL, Ministério da Saúde ..., 2006, pg. 20).

Tendo em vista os princípios basilares do SUS, de universalidade e equidade na promoção da saúde, no modelo proposto, levaram-se em consideração tão somente os profissionais que estão cadastrados no serviço público, pois de acordo com a concepção deste sistema, tais profissionais deveriam atender à integralidade da população, com capacidade de prestar os serviços necessários à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Muito embora se saiba que, na realidade, inúmeros profissionais não vinculados ao serviço público também prestam estes serviços, contribuindo, ainda que indiretamente, para a saúde pública, tal fato não altera a aplicabilidade do modelo ora proposto. A inserção destes profissionais da iniciativa privada no modelo em tela apenas alteraria a relação entre o número de profissionais por habitante de determinada região e, por conseguinte, modificaria os custos e a política a ser adotada dentre as nove possibilidades que o modelo oferece.

De qualquer sorte, considerando-se a ampla extensão territorial do país e a infinidade da demanda, qualquer modelo de saúde, ainda que se proponha universal e integral, não afasta a necessidade dos profissionais da iniciativa privada, na medida em que as carências do setor ainda estão muito distantes da solução desejada.

A propósito, é válida a transcrição do realista diagnóstico feito por Narvai em relação às ações odontológicas empreendidas no Brasil:

Ainda que este campo assistencial não tenha estado à margem das transformações vividas pelo sistema de saúde nas últimas décadas, e ainda que as pressões populares por acesso a serviços de saúde tenham incluído – e incluam – o acesso a cuidados odontológicos, tais serviços se têm revelado claramente insuficientes e ineficazes, do ponto de vista epidemiológico.

O imperativo legal da saúde como direito de todos e dever do Estado, consagrado na Constituição da República, promulgada em outubro de 1988 (art. 196), não tem alterado em nada a insuficiência e ineficácia referidas, assim como não as alterou o fato de termos assistido, nas últimas quatro décadas, notável expansão da cobertura assistencial odontológica, em números absolutos. (2002, pg. 7).

O fato é que, como restou comprovado pelas planilhas apresentadas, levando-se em consideração a rede privada, o Brasil está próximo do ideal

preconizado pelo SUS e OMS relativamente ao número de dentistas. Todavia, a realidade da saúde bucal da população está muito longe de atingir este ideal, o que leva a crer que **(a)** na prática, ainda não foram implementadas as diretrizes de saúde pública, vigorando a conduta hegemônica curativa, de base individualista; **(b)** o modelo não é aplicado na prática, não sendo observado, com rigor, o necessário tempo de efetivo atendimento ao paciente, de acordo com as respectivas necessidades odontológicas e **(c)** nem todas as faixas etárias estão recebendo a atenção igualitária, considerada esta a partir dos seus diferentes níveis de necessidades.

Igualmente, a partir da análise dos dados coletados, podem ser feitas as seguintes inferências:

- a) não há registro significativo de THDs;
- b) a odontologia aplicada é eminentemente curativa;
- c) o custo para o sistema público é elevadíssimo;
- d) existe demanda e dentistas suficientes;
- e) faltam ambulatórios;
- f) a odontologia privada absorve muito a demanda especializada.

Nesse contexto, observa-se que deveriam ser contratados mais técnicos, aumentado o número de ambulatórios e demitidos os dentistas atuais, de modo a aplicar o modelo Ideal 3 (*vide tabela verde anexa - modelo 3*), que prevê 193,1 CD's, 193,1 THD's e 99,5 ACS's. Tudo isso custaria aos cofres público o valor anual estimado de R\$ 29.616.393,52 (vinte e nove milhões, seiscentos e dezesseis mil, trezentos e noventa e três reais e cinqüenta e dois centavos). Este custo, além de representar praticamente a metade se comparado com o sistema privado, seria suficiente para atender o mesmo público alvo, com bem menos encargos sociais e com um atendimento integralizado, na forma pretendida pelo SUS.

Parece claro, portanto, que a identificação de um modelo de saúde bucal que se pretenda eficaz e eficiente não pode estar desvinculado das particularidades inerentes a cada população.

Por outro lado, também como possível causa da ineficiência da saúde oral pública está na inadequada distribuição dos diversos profissionais da área odontológica, considerando-se que os mesmos não deveriam estar limitados aos cirurgiões dentistas, incluindo também os técnicos em higiene dental e os agentes comunitários de saúde.

A partir da avaliação da demanda, é possível concluir pelo tipo de serviço e profissional necessário para o atendimento da população, de modo que seja possível melhor distribuir os recursos também entre os diferentes tipos de profissionais, com vistas a atingir o objetivo maior, que é o mais próximo possível da integralidade e universalidade da saúde pública. Também por isso justifica-se o presente estudo, que pretende indicar uma fórmula capaz de orientar esta distribuição de recursos humanos e econômicos.

Por fim, não se pode olvidar que, sendo a saúde um todo complexo e interligado e considerando-se que, pela boca, ingressam diversas doenças, há necessidade de um método de controle dos resultados, com o propósito de prever e planejar ações futuras de curto, médio e longo prazo, evitando-se, outrossim, a tendência existente em deixar a saúde bucal apenas como coadjuvante nas políticas de saúde pública. O modelo que será apresentado no presente estudo permite tal análise, justificando-se, portanto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde, não obstante preconize a universalidade, integralidade e equidade da assistência em saúde, não indica um modelo sistemático capaz de atender a estes princípios.

Todavia, existe demanda identificada pela necessidade da população, em péssimas condições de saúde bucal, e existem profissionais qualificados para o atendimento da mesma, o que somente reforça a conclusão de que grande parte das mazelas de nosso sistema de saúde pública está realmente na ausência de especificidade na distribuição de recursos humanos e econômicos.

Diante dessa caótica realidade, ações que se pretendam eficazes em saúde pública adquirem, não só aos olhos do público em geral, mas até mesmo de especialistas no assunto, uma conotação de utopia, tamanhas as deficiências do setor e as necessidades da população.

Tanto é assim que Manfredini afirma que “organizar a assistência odontológica nos serviços públicos é realizar cotidianamente ‘escolhas de Sofia’ (filme de Alan J. Pakula, no qual Meryl Streep representa uma mãe que, presa em um campo de concentração nazista teve que escolher entre os seus dois filhos aquele que iria para a câmara de gás).” (2003, pg. 57)

Nesse contexto, a criação dos nove modelos surgiu para solucionar impasses desta natureza, na medida em que, com a aplicação dos mesmos, não há necessidade de sacrifício da atenção básica essencial a nenhum segmento da população. As alternativas permitem opções consentâneas com a relação necessidade dos serviços e possibilidade de atendimento.

Talvez resida neste ponto a principal contribuição do presente estudo, no sentido de não necessariamente solucionar todos os problemas existentes, mas de demonstrar que há possibilidade de reduzir a abissal distância entre a realidade social e o ideal de saúde pública almejado, justificando, outrossim, a epígrafe escolhida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, José Roberto de Magalhães. PERES, Silvia Helena de Carvalho Sales. RAMIRES, Irene. "Educação para a saúde." in PEREIRA, Antônio Carlos (org). *Odontologia em saúde coletiva. Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BATISTA FILHO, Malaquias. BLEIL, Susana Inez. EYSDEN, Lea Maria Van. "Prevenção da desnutrição energético-protéica". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 5. N. 3. Jul/Set. Rio de Janeiro, 1989.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 8ª edição. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução n. CNE/CES 3/2002, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial, Brasília, 04 mar 2002, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 17.

BURT, Brian A. EKLUND, Stephen A. *Odontologia, Prática Dental e Comunidade*. 6ª edição. São Paulo: Santos, 2007.

ENATESPO, 5º. Recife, PE, 1988. *Relatório final*. Recife: mimeo, 1988.

FLÓRIO, Flávia Martão. PEREIRA, Antônio Carlos. "Alicerce para a promoção de saúde bucal: o início precoce." in PEREIRA, Antônio Carlos (org). *Odontologia em saúde coletiva. Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HEBLING, Eduardo. "Prevenção em odontogeriatria." in PEREIRA, Antônio Carlos (org). *Odontologia em saúde coletiva. Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MANFREDINI, Marco Antônio. "Planejamento em saúde bucal". in PEREIRA, Antônio Carlos (org). *Odontologia em saúde coletiva. Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

NARVAI, Paulo Capel. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. 2ª edição. São Paulo: Santos, 2002.

QUELUZ, Dagmar de Paula. "Recursos humanos na área odontológica." *in* PEREIRA, Antônio Carlos (org). *Odontologia em saúde coletiva. Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

RONCALLI, Ângelo Giuseppe. "O desenvolvimento das políticas públicas no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde." *in* PEREIRA, Antônio Carlos (org). *Odontologia em saúde coletiva. Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

ANEXO I

Email Presidente CRO/RS em resposta ao questionamento a respeito da relação entre habitantes e o número de cirurgiões-dentistas

De: **secretaria** (secretaria@crors.org.br)

Enviada: quarta-feira, 12 de março de 2008 15:15:14

Para: mabo.rs@hotmail.com

----- Original Message -----

From: secretaria

To: mabo.rs@hotmail.com

Sent: Monday, February 25, 2008 5:15 PM

Subject: Resposta Presidente CRO/RS

Prezado Colegal!

Este numero relativo tem sido usado não só pelos conselhos de Odontologia, mas como de resto por toda a Odontologia e sempre referindo sua definição a O.M.S. Acho, portanto, que a fonte ideal da tua consulta deverá ser a propria O.M.S.

Obs: Se conseguires o dado, peço-te a entileza de nos enviar.

Atenciosamente,

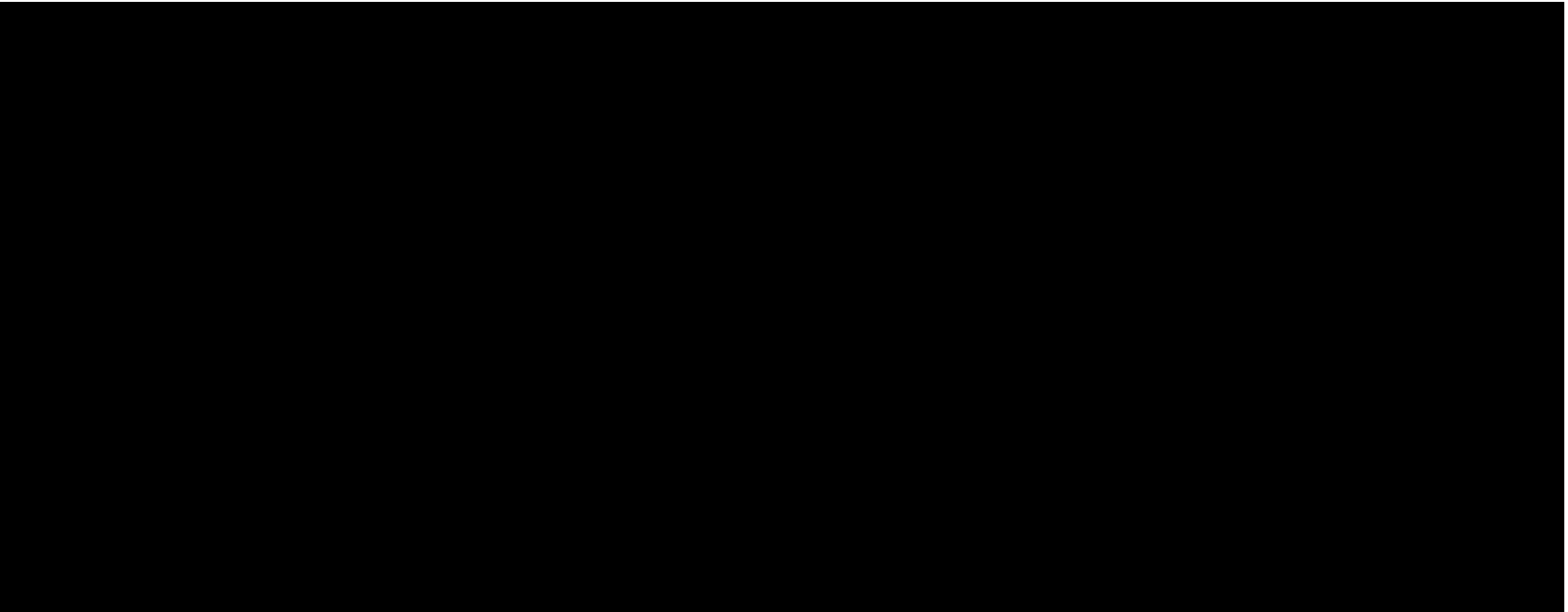
Joaquim Cerveira
Presidente CRO/RS

ANEXO II

Planilha contendo modelo e respectivas alternativas

BÁSICO	Básico 1				Básico 2				Básico 3						
		faixa etária	horas/cons	cons/ano	horas/ano		faixa etária	horas/cons	cons/ano	horas/ano		faixa etária	horas/cons	cons/ano	horas/ano
BÁSICO	CD	0-4	0,33	1	0,33	CD	0-4	0,16	1	0,16	CD	0-4	0,08	1	0,08
		5-19	0,50	1	0,50		5-19	0,25	1	0,25		5-19	0,20	1	0,20
		20-59	0,33	1	0,33		20-59	0,16	1	0,16		20-59	0,08	1	0,08
		>59	0,50	1	0,50		>59	0,25	1	0,25		>59	0,20	1	0,20
	THD	0-4	0,25	1	0,25	THD	0-4	0,25	1	0,25	THD	0-4	0,25	1	0,20
		5-19	0,25	1	0,25		5-19	0,25	1	0,25		5-19	0,20	1	0,20
		20-59	0,16	1	0,16		20-59	0,16	1	0,16		20-59	0,08	1	0,08
		>59	0,25	1	0,25		>59	0,25	1	0,25		>59	0,20	1	0,20
	ACS	0-4	0,20	1	0,20	ACS	0-4	0,20	1	0,20	ACS	0-4	0,20	1	0,20
		5-19	0,20	1	0,20		5-19	0,20	1	0,20		5-19	0,20	1	0,20
		20-59	0,20	1	0,20		20-59	0,20	1	0,20		20-59	0,20	1	0,20
		>59	0,20	1	0,20		>59	0,20	1	0,20		>59	0,20	1	0,20

ESSENCIAL	Essencial 1				Essencial 2				Essencial 3						
		faixa etária	horas/cons	cons/ano	horas/ano		faixa etária	horas/cons	cons/ano	horas/ano		faixa etária	horas/cons	cons/ano	horas/ano
ESSENCIAL	CD	0-4	0,33	2	0,66	CD	0-4	0,16	2	0,32	CD	0-4	0,08	2	0,16
		5-19	0,50	2	1,00		5-19	0,25	2	0,50		5-19	0,20	2	0,40
		20-59	0,33	2	0,66		20-59	0,16	2	0,32		20-59	0,08	2	0,16
		>59	0,50	2	1,00		>59	0,25	2	0,50		>59	0,20	2	0,40
	THD	0-4	0,25	2	0,50	THD	0-4	0,25	2	0,50	THD	0-4	0,20	2	0,40
		5-19	0,25	2	0,50		5-19	0,25	2	0,50		5-19	0,20	2	0,40
		20-59	0,16	2	0,32		20-59	0,16	2	0,32		20-59	0,08	2	0,16
		>59	0,25	2	0,50		>59	0,25	2	0,50		>59	0,20	2	0,40
	ACS	0-4	0,20	2	0,40	ACS	0-4	0,20	2	0,40	ACS	0-4	0,20	2	0,40
		5-19	0,20	2	0,40		5-19	0,20	2	0,40		5-19	0,20	2	0,40
		20-59	0,20	2	0,40		20-59	0,20	2	0,40		20-59	0,20	2	0,40
		>59	0,20	2	0,40		>59	0,20	2	0,40		>59	0,20	2	0,40



ANEXO III

Planilha com o número de pessoas por microrregião, separadas em diferentes faixas etárias

População Residente - Brasil													
População Resident por Microrregião e Faixa Etária													
Unidade Federação: Rio Grande do Sul													
Período:2007													
Microrregião	Menor 1 an	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 an	15 a 19 an	20 a 29 an	30 a 39 an	40 a 49 an	50 a 59 an	60 a 69 an	70 a 79 an	80 anos e	Total
43001 Santa Rosa	2362	9862	14150	15100	15079	24407	25856	22083	15607	10357	5833	2075	162771
43002 Três Passos	2158	8996	12328	13351	13096	19165	20246	18792	13650	9228	5235	2125	138370
43003 Fred.Westphalen	2752	11796	16500	17846	17568	24055	25139	22425	15565	10528	5751	2117	172042
43004 Erechim	3398	13559	19316	19856	20350	34034	34968	28927	20248	13989	8144	2839	219628
43005 Sananduva	837	3458	5098	5465	5222	7534	9100	8277	6133	3949	2124	808	58005
43006 Cerro Largo	915	3940	5569	6259	6173	8776	9949	9285	6559	4682	2590	954	65651
43007 Santo Ângelo	3278	13644	18637	19823	20039	30743	30651	27055	19362	13061	7364	3091	206748
43008 Ijuí	2920	11768	15796	16916	17519	29118	28398	24388	16946	11362	6617	2593	184341
43009 Carazinho	2683	11012	14918	15682	15878	24377	24979	21529	14513	10047	5465	2250	163333
43010 Passo Fundo	5333	21921	29155	30476	31839	52981	51822	43734	28634	18340	10092	3807	328134
43011 Cruz Alta	2540	10801	14298	14883	15491	24924	24549	20967	14648	9721	5558	2343	160723
43012 Não-Me-Toque	594	2508	3554	3833	3969	6339	6933	5764	4103	2805	1625	677	42704
43013 Soledade	1315	5427	7177	7140	7390	10754	10238	8598	6395	4090	2320	953	71797
43014 Guaporé	1693	7092	10175	10759	10936	18726	19781	17762	12209	8042	4763	1786	123724
43015 Vacaria	2888	11761	14917	14666	15046	24070	24291	20317	14932	10330	5483	2066	160767
43016 Caxias do Sul	11231	47033	61796	64868	69938	129148	131977	106581	64377	39614	21886	7712	756161
43017 Santiago	1967	7797	10380	10991	11270	17271	17467	14965	10683	7542	4152	1670	116155
43018 Santa Maria	6230	24180	31930	33161	36760	60833	58629	50382	35143	24555	14054	5721	381578
43019 Restinga Seca	1040	4175	5822	6155	6345	9730	10283	9043	6842	5003	3077	1245	68760
43020 S. Cruz do Sul	5309	20938	27471	28011	29628	51651	51875	43518	30073	20409	11483	4187	324553
43021 Lajeado-Estrela	4285	17717	25104	26342	28298	46985	48569	42271	28939	19948	11686	4316	304460
43022 Cachoeira Sul	2562	9901	13175	14263	15334	23150	24020	21674	16008	11707	6892	2675	161361
43023 Montenegro	3267	12930	17473	17984	18724	32246	33543	27192	17577	12130	6836	2640	202542
43024 Gramado-Canela	5135	21091	27153	27799	29845	54681	53202	39345	25016	16018	9099	3311	311695
43025 S. Jerônimo	2513	9846	12606	12906	13775	22749	22482	18688	12854	8708	4637	1695	143459
43026 Porto Alegre	69147	268079	332648	336297	365089	645940	605837	518765	329785	201408	109492	40175	3822662
43027 Osório	6165	23995	31600	32071	32903	50414	52772	43680	30873	20526	10528	3702	339229
43028 Camaquã	2388	9475	12092	12200	12410	20997	20921	16299	11911	8656	4783	1877	134009
43029 Campanha Ocid.	7566	31303	39500	39050	39807	64747	61854	49575	33823	22306	11960	5242	406733
43030 Campanha Centr.	3689	14591	18763	18255	19250	30841	30924	25809	19670	14192	7346	3290	206620
43031 Campanha Merid.	3166	12562	16287	16362	17035	26858	27202	23011	16802	12272	6753	3094	181404
43032 Serras Sudeste	2046	7812	10538	10740	10693	17619	19080	16430	12328	8844	5134	2079	123343
43033 Pelotas	8316	33252	41945	43515	48295	78667	76181	68766	50067	34532	20129	7651	511316
43034 Jaguarão	1048	3978	5185	5145	5522	8686	8987	7658	6027	4195	2402	1003	59836
43035 Litoral Lagunar	4542	18553	22976	23351	25206	40832	40068	36332	24525	16258	9480	3585	265708
Total	187278	746753	966032	991521	1051722	1774048	1742773	1479887	992827	649354	360773	137354	11080322

ANEXO IV

Planilha com o número de dentistas por microrregião

CNES - Recursos Físicos - Rio Grande do Sul			
Odontólogos por microrregional			
Tipo de Estabelecimento: Centro de saúde/ unidade básica/ privados			
Tipo de Prestador: Público e Todos os segmentos			
Período:Dez/2007			
Microrregional	ambulatorios	cd's públicos	cd's cro/ rs
43001 Santa Rosa	39	77	133
43002 Três Passos	52	78	102
43003 Fred.Westphalen	69	89	140
43004 Erechim	81	161	250
43005 Sananduva	28	43	68
43006 Cerro Largo	20	53	42
43007 Santo Ângelo	48	166	162
43008 Ijuí	59	105	191
43009 Carazinho	51	88	151
43010 Passo Fundo	145	564	602
43011 Cruz Alta	38	147	159
43012 Não-Me-Toque	18	44	38
43013 Soledade	18	32	52
43014 Guaporé	39	65	148
43015 Vacaria	46	100	147
43016 Caxias do Sul	119	338	1199
43017 Santiago	48	71	107
43018 Santa Maria	125	235	696
43019 Restinga Seca	21	38	60
43020 S. Cruz do Sul	72	282	363
43021 Lajeado-Estrela	80	142	288
43022 Cachoeira Sul	36	90	159
43023 Montenegro	52	128	136
43024 Gramado-Canela	66	139	252
43025 S. Jerônimo	31	58	56
43026 Porto Alegre	564	1523	5487
43027 Osório	80	140	256
43028 Camaquã	25	75	66
43029 Campanha Ocid.	93	215	245
43030 Campanha Centr.	29	61	155
43031 Campanha Merid.	54	95	131
43032 Serras Sudeste	28	59	51
43033 Pelotas	138	312	575
43034 Jaguarão	12	19	29
43035 Litoral Lagunar	31	119	173
total	2455	5951	12869

ANEXO V

Planilha contendo relação discriminada dos custos com profissionais por ano e hora

Microrregional	população				modelo SUS	atual
	0a 5	5 a 19	20 a 59	60 a 89		
43001 Santa Rosa	12224	44329	87953	18265	108,5	77
43002 Três Passos	11154	38775	71853	16588	92,2	78
43003 Fred. Westphalen	14548	51914	87184	18396	114,7	89
43004 Erechim	16957	59522	118177	24972	146,4	161
43005 Sananduva	4295	15785	31044	6881	38,7	43
43006 Cerro Largo	4855	18001	34569	8226	43,8	53
43007 Santo Ângelo	16922	58499	107811	23516	137,8	166
43008 Ijuí	14688	50231	98850	20572	122,9	105
43009 Carazinho	13695	46478	85398	17762	108,9	88
43010 Passo Fundo	27254	91470	177171	32239	218,8	564
43011 Cruz Alta	13341	44672	85088	17622	107,1	147
43012 Não-Me-Toque	3102	11356	23139	5107	28,5	44
43013 Soledade	6742	21707	35985	7363	47,9	32
43014 Guaporé	8785	31870	68478	14591	82,5	65
43015 Vacaria	14649	44629	83610	17879	107,2	100
43016 Caxias do Sul	58264	196602	432083	69212	504,1	338
43017 Santiago	9764	32641	60386	13364	77,4	71
43018 Santa Maria	30410	101851	204987	44330	254,4	235
43019 Restinga Seca	5215	18322	35898	9325	45,8	38
43020 S. Cruz do Sul	26247	85110	177117	36079	216,4	282
43021 Lajeado-Estrela	22002	79744	166764	35950	203,0	142
43022 Cachoeira Sul	12463	42772	84852	21274	107,6	90
43023 Montenegro	16197	54181	110558	21606	135,0	128
43024 Gramado-Canela	26226	84797	172244	28428	207,8	139
43025 S. Jerônimo	12359	39287	76773	15040	95,6	58
43026 Porto Alegre	337226	1034034	2100327	351075	2548,4	1523
43027 Osório	30160	96574	177739	34756	226,2	140
43028 Camaquã	11863	36702	70128	15316	89,3	75
43029 Campanha Ocid.	38869	118357	209999	39508	271,2	215
43030 Campanha Centr.	18280	56268	107244	24828	137,7	61
43031 Campanha Merid.	15728	49684	93873	22119	120,9	95
43032 Serras Sudeste	9858	31971	65457	16057	82,2	59
43033 Pelotas	41568	133755	273681	62312	340,9	312
43034 Jaguarão	5026	15852	31358	7600	39,9	19
43035 Litoral Lagunar	23095	71533	141757	29323	177,1	119

Microrregional	básico 1	básico 2		básico 3			custo		
	dentista	dentista	thd	dentista	thd	acs	básico 1	básico 2	básico 3
43001 Santa Rosa	53,6	26,4	27,3	17,1	18,3	27,1	5.794.516,90	3.835.898,03	2.997.583,41
43002 Três Passos	45,9	21,1	23,4	14,8	14,0	21,2	4.958.808,02	3.125.487,25	2.481.541,09
43003 Fred. Westphalen	57,3	26,3	29,3	18,5	17,5	26,2	6.188.092,25	3.894.043,02	3.102.988,83
43004 Erechim	72,4	33,4	36,9	23,1	22,0	33,8	7.819.123,79	4.933.149,81	3.894.158,87
43005 Sananduva	19,2	8,9	9,8	6,1	5,8	9,0	2.070.442,30	1.308.808,75	1.034.512,09
43006 Cerro Largo	21,8	10,1	11,1	7,0	6,7	10,1	2.352.134,79	1.487.596,82	1.179.169,25
43007 Santo Ângelo	68,5	31,5	35,0	22,0	20,9	31,6	7.398.475,43	4.659.370,58	3.696.275,87
43008 Ijuí	60,7	27,9	31,0	19,4	18,4	28,3	6.561.078,30	4.133.974,98	3.264.369,89
43009 Carazinho	54,0	24,8	27,6	17,3	16,4	24,9	5.836.410,40	3.671.157,00	2.910.369,53
43010 Passo Fundo	107,8	49,4	55,1	34,2	32,4	50,1	11.643.411,25	7.320.554,50	5.771.246,24
43011 Cruz Alta	53,0	24,3	27,1	16,9	16,1	24,6	5.729.072,73	3.604.140,74	2.851.346,96
43012 Não-Me-Toque	14,1	6,5	7,2	4,5	4,3	6,6	1.520.856,74	961.843,76	758.718,07
43013 Soledade	23,9	10,9	12,3	7,7	7,2	10,8	2.578.267,62	1.614.281,83	1.287.405,51
43014 Guaporé	40,6	18,8	20,6	12,9	12,3	19,2	4.387.371,72	2.775.707,03	2.181.474,28
43015 Vacaria	53,1	24,2	27,2	17,0	16,0	24,4	5.733.655,73	3.591.987,84	2.847.918,26
43016 Caxias do Sul	245,6	113,0	125,1	77,0	73,1	116,3	26.536.522,29	16.714.691,58	13.046.420,93
43017 Santiago	38,5	17,6	19,7	12,3	11,7	17,7	4.155.494,37	2.613.932,50	2.074.205,04
43018 Santa Maria	125,6	57,8	64,1	40,1	38,0	58,5	13.575.363,18	8.552.989,81	6.751.623,10
43019 Restinga Seca	22,8	10,5	11,6	7,3	7,0	10,6	2.466.247,91	1.558.444,55	1.236.871,84
43020 S. Cruz do Sul	106,4	48,9	54,3	33,8	32,0	49,7	11.498.436,25	7.236.328,43	5.695.242,26
43021 Lajeado-Estrela	100,1	46,3	50,9	31,9	30,4	47,1	10.817.303,26	6.840.690,58	5.385.730,32
43022 Cachoeira Sul	53,4	24,7	27,3	17,2	16,3	24,8	5.774.846,92	3.645.602,64	2.889.372,36
43023 Montenegro	66,4	30,5	33,9	21,1	20,0	31,1	7.178.172,64	4.519.774,53	3.557.451,46
43024 Gramado-Canela	101,8	46,6	52,0	32,1	30,4	47,6	10.994.484,42	6.903.544,03	5.418.542,45
43025 S. Jerônimo	47,1	21,6	24,1	15,0	14,2	21,9	5.094.159,61	3.197.940,39	2.524.255,74
43026 Porto Alegre	1247,5	568,6	638,9	393,4	370,9	580,9	134.784.078,58	84.445.614,08	66.319.046,65
43027 Osório	111,9	51,1	57,3	35,7	33,7	51,5	12.089.728,92	7.581.999,26	6.005.195,39
43028 Camaquã	44,2	20,2	22,7	14,1	13,3	20,4	4.778.028,88	2.997.278,77	2.374.549,18
43029 Campanha Ocid.	134,2	60,9	69,0	42,9	40,3	61,3	14.501.636,31	9.063.405,57	7.191.339,09
43030 Campanha Centr.	68,3	31,2	35,0	21,9	20,7	31,4	7.380.605,32	4.631.086,83	3.674.086,58
43031 Campanha Merid.	60,1	27,5	30,8	19,3	18,2	27,6	6.489.117,98	4.076.191,35	3.236.135,36
43032 Serras Sudeste	40,7	18,7	20,8	13,0	12,4	18,9	4.400.036,65	2.772.760,04	2.193.449,50
43033 Pelotas	168,4	77,3	86,0	53,7	50,9	78,3	18.193.854,11	11.453.446,01	9.045.428,62
43034 Jaguarão	19,8	9,1	10,1	6,3	6,0	9,1	2.136.877,80	1.343.915,38	1.064.966,99
43035 Litoral Lagunar	87,4	39,9	44,7	27,8	26,3	40,4	9.438.745,55	5.923.213,10	4.677.576,53

Microrregional	essencial 2			essencial 3			custo		
	essencial 1	dentista	thd	dentista	thd	acs	excencial 1	excencial 2	excencial 3
43001 Santa Rosa	107,3	52,8	54,6	34,2	36,7	54,3	11.589.033,81	7.671.796,06	5.995.166,81
43002 Três Passos	91,8	45,2	46,9	29,5	31,8	46,1	9.917.616,03	6.572.350,02	5.163.941,88
43003 Fred. Westphalen	114,5	56,4	58,6	37,0	39,9	57,3	12.376.184,49	8.207.251,45	6.467.956,04
43004 Erechim	144,7	71,2	73,8	46,2	49,6	73,2	15.638.247,58	10.354.874,55	8.093.677,06
43005 Sananduva	38,3	18,9	19,5	12,3	13,1	19,3	4.140.884,59	2.741.367,54	2.146.367,95
43006 Cerro Largo	43,5	21,4	22,2	14,0	15,0	21,9	4.704.269,58	3.115.078,71	2.445.766,67
43007 Santo Ângelo	136,9	67,4	70,0	44,0	47,4	68,9	14.796.950,85	9.806.307,63	7.697.280,79
43008 Ijuí	121,4	59,8	62,0	38,7	41,7	61,4	13.122.156,60	8.691.149,13	6.793.239,27
43009 Carazinho	108,0	53,2	55,2	34,6	37,4	54,4	11.672.820,79	7.736.902,29	6.067.356,73
43010 Passo Fundo	215,5	106,1	110,1	68,5	73,9	109,4	23.286.822,50	15.426.367,07	12.033.278,77
43011 Cruz Alta	106,0	52,2	54,2	33,9	36,6	53,6	11.458.145,46	7.592.670,11	5.942.936,81
43012 Não-Me-Toque	28,2	13,9	14,3	9,0	9,6	14,2	3.041.713,47	2.013.064,14	1.573.296,53
43013 Soledade	47,7	23,5	24,5	15,4	16,7	23,9	5.156.535,25	3.422.818,07	2.696.220,02
43014 Guaporé	81,2	40,0	41,3	25,8	27,5	41,2	8.774.743,43	5.804.532,58	4.521.147,63
43015 Vacaria	106,1	52,2	54,4	33,9	36,9	53,6	11.467.311,46	7.606.051,16	5.959.633,70
43016 Caxias do Sul	491,2	241,5	250,3	154,0	165,6	252,1	53.073.044,57	35.108.119,32	27.142.051,97
43017 Santiago	76,9	37,9	39,3	24,7	26,6	38,7	8.310.988,75	5.509.191,03	4.324.238,85
43018 Santa Maria	251,3	123,7	128,2	80,1	86,2	127,2	27.150.726,36	17.982.170,18	14.050.865,29
43019 Restinga Seca	45,7	22,5	23,3	14,7	15,7	22,9	4.932.495,83	3.267.146,70	2.567.654,69
43020 S. Cruz do Sul	212,8	104,7	108,7	67,5	72,8	108,2	22.996.872,50	15.228.900,65	11.863.136,89
43021 Lajeado-Estrela	200,2	98,5	101,8	63,7	68,1	101,5	21.634.606,51	14.315.315,56	11.167.669,63
43022 Cachoeira Sul	106,9	52,6	54,5	34,3	36,8	53,8	11.549.693,83	7.650.296,48	6.003.176,71
43023 Montenegro	132,9	65,4	67,8	42,2	45,4	67,5	14.356.345,27	9.506.226,41	7.406.576,26
43024 Gramado-Canela	203,5	100,1	104,0	64,2	69,4	103,9	21.988.968,83	14.562.726,78	11.309.359,10
43025 S. Jerônimo	94,3	46,4	48,3	30,0	32,5	47,8	10.188.319,23	6.751.975,45	5.271.070,66
43026 Porto Alegre	2494,9	1227,1	1277,7	786,7	854,2	1274,2	269.568.157,15	178.607.579,31	138.710.812,77
43027 Osório	223,8	110,2	114,7	71,5	77,5	113,1	24.179.457,84	16.032.985,93	12.553.507,92
43028 Camaquã	88,4	43,5	45,3	28,3	30,6	44,7	9.556.057,77	6.336.361,18	4.962.725,63
43029 Campanha Ocíd.	268,4	132,1	138,0	85,8	93,6	135,6	29.003.272,62	19.246.727,31	15.082.625,78
43030 Campanha Centr.	136,6	67,3	70,0	43,8	47,4	68,9	14.761.210,65	9.788.867,62	7.677.356,89
43031 Campanha Merid.	120,1	59,1	61,5	38,5	41,7	60,5	12.978.235,96	8.605.546,96	6.755.498,39
43032 Serras Sudeste	81,4	40,1	41,6	26,1	28,0	41,1	8.800.073,29	5.829.554,50	4.564.420,52
43033 Pelotas	336,8	165,8	172,0	107,4	115,7	170,4	36.387.708,22	24.104.573,35	18.839.408,07
43034 Jaguarão	39,6	19,5	20,2	12,7	13,7	19,9	4.273.755,61	2.832.642,79	2.220.441,49
43035 Litoral Lagunar	174,7	86,0	89,4	55,6	60,2	88,6	18.877.491,10	12.511.852,73	9.771.044,64

Microrregional	ideal 1			ideal 2			ideal 3			custo		
	dentista	dentista	thd	dentista	thd	acs	ideal 1	ideal 2	ideal 3			
43001 Santa Rosa	250,9	125,5	62,7	82,8	82,8	42,7	27.110.296,91	15.814.339,86	12.696.655,72			
43002 Três Passos	212,0	106,0	53,0	70,0	70,0	36,0	22.908.882,49	13.363.514,78	10.728.993,30			
43003 Fred. Westphalen	262,5	131,2	65,6	86,6	86,6	44,6	28.361.303,12	16.544.093,49	13.282.543,63			
43004 Erechim	337,8	168,9	84,4	111,5	111,5	57,4	36.496.715,21	21.289.750,54	17.092.628,29			
43005 Sananduva	89,5	44,8	22,4	29,5	29,5	15,2	9.672.023,00	5.642.013,42	4.529.730,77			
43006 Cerro Largo	101,3	50,7	25,3	33,4	33,4	17,2	10.948.060,15	6.386.368,42	5.127.341,50			
43007 Santo Ângelo	316,4	158,2	79,1	104,4	104,4	53,8	34.183.605,26	19.940.436,40	16.009.321,80			
43008 Ijuí	282,8	141,4	70,7	93,3	93,3	48,1	30.550.879,14	17.821.346,16	14.307.995,06			
43009 Carazinho	249,4	124,7	62,3	82,3	82,3	42,4	26.946.605,44	15.718.853,17	12.619.993,55			
43010 Passo Fundo	501,5	250,7	125,4	165,5	165,5	85,2	54.182.056,99	31.606.199,91	25.375.263,36			
43011 Cruz Alta	245,6	122,8	61,4	81,1	81,1	41,8	26.540.348,06	15.481.869,70	12.429.729,67			
43012 Não-Me-Toque	66,0	33,0	16,5	21,8	21,8	11,2	7.131.473,75	4.160.026,35	3.339.906,87			
43013 Soledade	108,4	54,2	27,1	35,8	35,8	18,4	11.715.015,01	6.833.758,76	5.486.532,03			
43014 Guaporé	191,6	95,8	47,9	63,2	63,2	32,6	20.698.057,19	12.073.866,70	9.693.590,12			
43015 Vacaria	243,5	121,8	60,9	80,4	80,4	41,4	26.312.728,67	15.349.091,73	12.323.127,93			
43016 Caxias do Sul	1163,2	581,6	290,8	383,8	383,8	197,7	125.676.332,85	73.311.194,16	58.858.415,88			
43017 Santiago	177,3	88,7	44,3	58,5	58,5	30,1	19.158.745,10	11.175.934,64	8.972.678,95			
43018 Santa Maria	585,3	292,6	146,3	193,1	193,1	99,5	63.237.850,94	36.888.746,38	29.616.393,52			
43019 Restinga Seca	105,9	53,0	26,5	34,9	34,9	18,0	11.443.096,29	6.675.139,50	5.359.183,43			
43020 S. Cruz do Sul	497,2	248,6	124,3	164,1	164,1	84,5	53.718.534,61	31.335.811,85	25.158.180,37			
43021 Lajeado-Estrela	470,8	235,4	117,7	155,4	155,4	80,0	50.864.648,54	29.671.044,98	23.821.610,40			
43022 Cachoeira Sul	248,2	124,1	62,0	81,9	81,9	42,2	26.813.347,25	15.641.119,23	12.557.584,30			
43023 Montenegro	310,6	155,3	77,6	102,5	102,5	52,8	33.556.751,56	19.574.771,74	15.715.745,31			
43024 Gramado-Canela	475,8	237,9	118,9	157,0	157,0	80,9	51.406.865,29	29.987.338,08	24.075.548,58			
43025 S. Jerônimo	218,5	109,3	54,6	72,1	72,1	37,1	23.608.307,87	13.771.512,92	11.056.557,52			
43026 Porto Alegre	5809,1	2904,5	1452,3	1917,0	1917,0	987,5	627.652.525,89	366.130.640,10	293.950.599,63			
43027 Osório	515,1	257,6	128,8	170,0	170,0	87,6	55.656.720,86	32.466.420,50	26.065.897,60			
43028 Camaquã	203,6	101,8	50,9	67,2	67,2	34,6	21.995.883,85	12.830.932,25	10.301.405,60			
43029 Campanha Ocid.	613,1	306,6	153,3	202,3	202,3	104,2	66.244.443,67	38.642.592,14	31.024.481,12			
43030 Campanha Centr.	313,9	157,0	78,5	103,6	103,6	53,4	33.916.008,42	19.784.338,25	15.883.997,28			
43031 Campanha Merid.	276,1	138,1	69,0	91,1	91,1	46,9	29.834.706,44	17.403.578,76	13.972.587,52			
43032 Serras Sudeste	189,1	94,6	47,3	62,4	62,4	32,2	20.436.222,87	11.921.130,01	9.570.964,38			
43033 Pelotas	782,9	391,5	195,7	258,4	258,4	133,1	84.591.574,41	49.345.085,07	39.617.054,01			
43034 Jaguarão	91,4	45,7	22,8	30,1	30,1	15,5	9.870.109,49	5.757.563,87	4.622.501,28			
43035 Litoral Lagunar	404,4	202,2	101,1	133,4	133,4	68,7	43.689.415,69	25.485.492,49	20.461.209,68			