

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

ESIELE MOLIN

**Distribuição dos recursos humanos de saúde bucal da atenção básica no rio  
grande do sul, 2013**

Porto Alegre - RS

Agosto / 2014

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

ESIELE MOLIN

**DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO  
BÁSICA NO RIO GRANDE DO SUL, 2013**

“Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do Certificado de Especialização em Saúde Pública.”

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre - RS

Agosto / 2014

Aos meus companheiros fiéis e inseparáveis de todos os momentos.

## RESUMO

Introdução: Em 2004, com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente surge como uma alternativa para a melhoria da atenção à saúde de todos os brasileiros. Tal política sugere a incorporação de pessoal auxiliar (técnicos e auxiliares), permitindo a elevação da qualidade, da produtividade e do rendimento dos serviços prestados pelo cirurgião-dentista. Objetivo: descrever a distribuição dos recursos humanos de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Rio Grande do Sul, em dezembro de 2013. Métodos: emprego de dados secundários provenientes do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES, envolvendo registros no tocante a 489 municípios, 3.634 trabalhadores cadastrados nas diferentes categorias profissionais nos 4462 estabelecimentos incluídos no estudo. Resultados: 75,4% dos estabelecimentos está cadastrado como Centro de Saúde/ Unidade Básica; Em 19% dos municípios não possuíam pessoal auxiliar cadastrado; 4% dos profissionais da Estratégia Saúde da Família trabalhavam com carga horária inferior a 40 horas semanais; 27% dos profissionais estavam cadastrados sob vínculos precários de trabalho. Quanto à relação cirurgião-dentista por habitante, 93,3% dos municípios apresentaram uma relação adequada. Verificou-se que a maior parte dos profissionais estão concentrados na Região Metropolitana: 31% dos cirurgiões-dentistas, 27,9% dos auxiliares e 90,3% dos técnicos. Conclusões: o Rio Grande do Sul apresenta uma relação cirurgião-dentista adequada na maioria dos municípios, embora a distribuição dos profissionais não seja homogênea entre as regiões.

Unitermos: saúde bucal, atenção primária à saúde, recursos humanos, administração e planejamento em saúde, políticas públicas.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tipos de Estabelecimentos de Saúde por região geográfica – RS, dez/2013 .....	17
Tabela 2 – Quantidade de profissionais de saúde bucal <i>versus</i> número de estabelecimentos de saúde em que estão cadastrados –RS, dez/2013.	18
Tabela 3 – Número de cada categoria profissional cadastrada, considerando apenas os Estabelecimentos de Saúde – RS, dez/2013 .....	19
Tabela 4 – Configuração das Equipes de Saúde Bucal dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, considerando os Estabelecimentos de Saúde – RS, dez/2013 .....	21
Tabela 5 – Carga horária total semanal por profissional, considerando o município trabalhado – RS, dez/2013.....	23
Tabela 6 – Tipos de vínculos dos profissionais cadastrados – RS, dez/2013.....	25
Tabela 7 - Relação número de habitantes/ profissional cirurgião-dentista segundo Coordenadoria Regional de Saúde – RS, dez/2013.....	27
Tabela 8 - Municípios com as maiores e as menores relações número de habitantes/ profissional cirurgião-dentista – RS, dez/2013.....	28
Tabela 9 - Distribuição dos profissionais por Região Geográfica – RS, dez/2013 ....	30

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	6
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA .....	6
1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....	7
1.3 OBJETIVOS .....	9
1.3.1 OBJETIVO GERAL .....	9
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	11
<b>3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO</b> .....	14
3.1 REVISÃO TEÓRICA .....	14
3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	16
3.2.1 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE .....	16
3.2.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA .....	18
3.2.3 CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO .....	21
3.2.4 VÍNCULOS DE TRABALHO .....	23
3.2.5 DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL DA ATENÇÃO BÁSICA E RELAÇÃO PROFISSIONAL/HABITANTE .....	25
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	31
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	32
<b>ANEXO A</b> .....	37
<b>ANEXO B</b> .....	39
<b>ANEXO C</b> .....	40
<b>APÊNDICE A</b> .....	41
<b>APÊNDICE B</b> .....	42
<b>APÊNDICE C</b> .....	43
<b>APÊNDICE D</b> .....	44

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PESQUISA

A prestação de serviços de saúde bucal no Brasil do século passado caracterizava-se por ações de baixa complexidade, abrangendo em grande parte ações curativas e mutiladoras, e com acesso apenas para uma pequena parcela da população. A maioria dos municípios do Brasil desenvolvia ações voltadas para o grupo de escolares, fazendo com que, dessa forma, o acesso à saúde bucal para a população adulta e idosa ficasse limitada aos serviços de urgência, geralmente mutiladores, colaborando para uma odontologia de marcada exclusão social (BRASIL, 2006a).

Em 2004, com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente surge como uma alternativa para a melhoria da atenção à saúde de todos os brasileiros. Esta política compreende um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2004).

Os principais agravos na área da saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: a cárie dentária, a doença periodontal, o câncer de boca, os traumatismos dentários, a fluorose dentária, o edentulismo e a má oclusão (BRASIL, 2008a).

Estudo que investigou o perfil de saúde bucal da população do Estado do Rio Grande do Sul identificou como principais problemas a cárie dentária, a doença periodontal, a má oclusão, o edentulismo e a necessidade de prótese (RIO GRANDE DO SUL, 2004). Ou seja, quadro semelhante ao observado para o país como um todo.

Segundo classificação adotada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie (SB Brasil 2003) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (SB Brasil 2010). Entretanto, foi identificado que cerca de 18% dos indivíduos de 12 anos nunca havia ido ao dentista, situação semelhante em todas as regiões do país, exceto a região Sul, com uma prevalência significativamente menor de crianças nesta condição (9,8%). O

serviço público foi marcadamente o mais utilizado em todas as regiões, e ir ao dentista para prevenção ou tratamento somaram os principais motivos em todo o país (BRASIL, 2012).

Apesar da expressiva redução da cárie dentária em crianças e adolescentes no Brasil entre 1980 e 2010, as condições de saúde bucal entre os adultos e idosos são graves. Em uma pesquisada realizada que teve por objetivo analisar o padrão de acesso e de utilização de serviços odontológicos no Brasil, observou-se que a utilização destes aumentou e a falta de acesso a eles diminuiu no Brasil entre 2003 e 2008. Os resultados deste estudo indicam avanço considerável na redução das desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos no Brasil de 1998 a 2008 (PERES et al., 2012).

Estudo realizado no município de Porto Alegre com dados provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS), no período de 2000-2007, apontou para uma diminuição no número de extrações dentárias e um aumento no número de procedimentos restauradores (LINHARES e BORDIN, 2012).

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011b).

E, neste contexto, a inclusão da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma forma de reorganização desta área no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2001).

## 1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O artigo 198 da Constituição Federal define a universalidade, a integralidade e a equidade das ações e serviços de saúde como os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1988). Desta forma, a integralidade da



atenção, surge como princípio constitucional norteador da formulação de políticas de saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004), atingida apenas quando os usuários do SUS tiverem a sua disposição uma equipe multiprofissional. Assim, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) deve estar inserida nos serviços de saúde, para que os princípios da universalidade e integralidade sejam atingidos.

Em dezembro de 2013, segundo o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, o Estado do Rio Grande do Sul possuía um total de:

a) 12.584 Equipes de Saúde da Família, 1.953 Centros de Saúde/ Unidades Básicas e 740 Postos de Saúde.

b) 973 Cirurgiões dentistas de ESF, 4.758 Cirurgiões-dentistas clínico-gerais, 402 Auxiliares em Saúde Bucal, 907 Auxiliares em Saúde Bucal de ESF, 69 Técnicos em Saúde Bucal, 63 Técnicos em Saúde Bucal de ESF.

Em novembro de 2013, o RS possuía 431(92,3% do total) municípios com ESF. Destes, 355 (82,4%) com Equipe de Saúde Bucal (ESB). A diferença entre os percentuais ocorre devido a ESB não fazer parte da equipe mínima, contrariando a proposta da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que sugere a inserção da ESB na equipe mínima de ESF. Situação que permitiria que todos os componentes da ESF fossem veiculadores de informações em Saúde Bucal (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2013). Ainda assim, a diferença é pequena, quase atingindo a totalidade das ESF.

Quanto ao pessoal auxiliar cadastrado no mesmo período (Auxiliar em Saúde Bucal – ASB e Técnico em Saúde Bucal – TSB), proporcionalmente, estão mais presentes em ESF do que nos serviços de Atenção Básica não ESF (Unidades Básicas e Postos de Saúde). Esse fato é decorrente da legislação em vigor, a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, que estabelece que os profissionais de Saúde Bucal que compõem as ESF podem se organizar nas seguintes modalidades (BRASIL, 2011b):

I – quando for composta por Cirurgião - dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e Auxiliar em Saúde Bucal;

II – quando for composta por Cirurgião - dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal; e

III – quando os profissionais das modalidades I ou II operam em Unidade Odontológica Móvel.

A Política Nacional de Saúde Bucal sugere a incorporação do TSB e do ASB na execução de atividades preventivas em nível coletivo. A utilização de pessoal auxiliar odontológico permite, sob certas condições de trabalho, tanto do ponto de vista da eficiência quanto da eficácia, a elevação da qualidade, da produtividade e do rendimento dos serviços prestados pelo CD (Frazão et al, 1995).

Tendo em vista a expansão da Saúde Bucal nos serviços de Atenção Básica, torna-se importante conhecer como estão distribuídos os recursos humanos da área, especificamente o CD, TSB e ASB nos serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

Assim como os profissionais das demais áreas da saúde, os profissionais de Saúde Bucal concentram-se na área urbana e de forma não homogênea. Segundo Lima (2000), a falta de recursos humanos e financeiros, a dificuldade de acesso a uso de tecnologias e a inexistência de estruturas físicas, além da distância que dificulta o atendimento à saúde são dificuldades enfrentadas pelos municípios do interior do Brasil.

Neste contexto, este estudo objetiva descrever a distribuição dos recursos humanos em Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Rio Grande do Sul.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Descrever a distribuição dos recursos humanos de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Rio Grande do Sul, em dezembro de 2013.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Quantificar cada categoria profissional da equipe de saúde bucal por município do RS;
- Identificar os tipos de estabelecimentos de saúde em que estão inseridos tais profissionais.

- Descrever a carga horária de trabalho e tipo de vínculo empregatício dos profissionais.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo é de natureza quantitativa, onde foram utilizados dados secundários provenientes do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES. Tal sistema integra todas as informações relacionadas aos recursos físicos e humanos disponíveis para o uso do SUS.

O CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde. Dispõe de um vasto conteúdo de informações, proporcionando ao gestor conhecer a rede assistencial existente e sua potencialidade, imprescindíveis nos processos de planejamento em saúde, regulação, avaliação, controle e auditoria, bem como dar maior visibilidade ao controle social para o melhor desempenho de suas funções (BRASIL, 2006b).

Os dados foram buscados no CNES, na parte de 'Consultas' – 'Estabelecimentos'- 'Por localização geográfica' – 'Estabelecimento de Saúde' – 'Profissionais por competência'.

As variáveis foram coletadas com base nos dados cadastrados dos 497 municípios do Rio Grande do Sul para a competência de dezembro de 2013. A coleta dos dados foi iniciada em março e foi finalizada em abril de 2014.

As informações coletadas compreenderam as categorias profissionais cadastradas como:

- Auxiliar em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família;
- Técnico em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família;
- Cirurgião-dentista clínico geral, Cirurgião Dentista de Saúde Coletiva e Cirurgiã-dentista da Estratégia de Saúde da Família.

Não foram consideradas as demais especialidades de cirurgiões-dentistas, essencialmente por se vincularem a outros patamares de atenção, mesmo que inseridos em serviços de Atenção Básica.

Tais categorias profissionais descritas acima foram incluídas, quando inseridas nos estabelecimentos de saúde cadastrados como Posto de Saúde, Centro de saúde/Unidade Básica de Saúde, Policlínica, Unidade Mista, Unidade Móvel Terrestre e Unidade de Atenção à Saúde Indígena.

A descrição de tais tipos de estabelecimentos segue abaixo (BRASIL 2006b, GUARULHOS, 2012):

- Posto de Saúde: Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.

- Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 horas.

- Policlínica: Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 horas.

- Unidade Mista: Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina. Geralmente nível hierárquico 5.

-Unidade Móvel Terrestre: Veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente.

-Unidade de Atenção à Saúde Indígena: Estabelecimento de natureza pública ou privada que realiza atendimentos de atenção básica e integral à saúde da população indígena.

Foi criado um banco de dados com as informações coletadas, que foi digitado no programa Excel. Os dados foram analisados, de forma que se obtiveram as distribuições de frequência das variáveis e relação profissional/habitante.

As variáveis do banco de dados foram as seguintes:

- Município;
- Região geográfica;

- Coordenadoria Regional de Saúde;
- População;
- Estabelecimento;
- Tipo de Estabelecimento;
- Profissional;
- Categoria Profissional;
- Carga Horária Semanal;
- Tipo de Vínculo.

O estudo possui certas limitações como, por exemplo, o fato de empregar uma base de dados que depende da alimentação e atualização por parte dos municípios, o que pode ocorrer de forma incerta.

Para as populações de cada município foram utilizadas as Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2013 (IBGE, 2013).

As Regiões Geográficas e Coordenadorias Regionais de Saúde foram consultadas no site da Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Quanto aos tipos de vínculo, estes podem ser visualizados no Anexo A.

Este estudo foi encaminhado junto à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo sido aprovado quanto ao mérito (protocolo nº 26345). Não há necessidade de aprovação por Comitê de Ética, por se tratar de estudo que emprega dados do tipo secundário, presentes em um Sistema de Informações de acesso público.

### **3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO**

#### **3.1 REVISÃO TEÓRICA**

Os sistemas públicos de saúde têm incorporado, há várias décadas, recursos humanos de nível técnico com o objetivo de aumentar sua produtividade e qualidade, visando mudanças no processo de trabalho e na produção do cuidado. Tais recursos humanos são importantes para a promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal, em nível individual ou coletivo (Sanglard-Oliveira et al., 2013).

Para Zanetti, Oliveira e Mendonça (2012), o advento do SUS, a municipalização da saúde e a ESF favoreceram a ampliação da força de trabalho odontológica nos serviços públicos.

Dentre as propostas da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, está a implementação de uma política de combate à precarização do trabalho odontológico, onde no âmbito do SUS, deve haver valorização dos servidores concursados com um vínculo empregatício, exigindo-se a obrigatoriedade de concurso público para contratação de profissional. Quanto à ESF, também se propõem reafirmar o concurso público como único meio de seleção e contratação, sendo a jornada de trabalho de 40 horas semanais (BRASIL, 2005a).

Historicamente, as práticas da Saúde Bucal no Setor Saúde indicam que esta era realizada restrita ao trabalho individual do Cirurgião-dentista com seu equipamento odontológico. Atualmente, a incorporação das ações de Saúde Bucal pelas ESF visa transpor esse modelo, ao procurar integrar a prática dos profissionais da equipe (BRASIL, 2008a).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal propõe que se garanta o número de cargos nos serviços públicos de saúde, nas três esferas de governo, para trabalhadores de Saúde Bucal (CD, pessoal auxiliar e profissionais técnicos em manutenção de equipamentos e em radiologia), inclusive para especialistas, de acordo com as necessidades epidemiológicas da população, com vistas à ampliação do acesso da população aos serviços odontológicos, bem como para a atuação dos profissionais nas áreas de vigilância em saúde (BRASIL, 2005a).

A Política Nacional de Saúde Bucal sugere para a ampliação e qualificação da assistência, a adequação da disponibilidade de recursos humanos de acordo com o fluxo de demanda da realidade local. Tal política traz também que, as atividades coletivas educativas e preventivas devem ser executadas preferencialmente pelo pessoal auxiliar. Já o planejamento, a supervisão e a avaliação implicam participação e responsabilidade do CD (BRASIL, 2004).

Em 2008 foi sancionada a lei nº 11.889, que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal e de Auxiliar em Saúde Bucal (BRASIL, 2008b). Para Frazão e Narvai (2011), esta lei se configura como um marco regulatório no campo da gestão do trabalho em saúde.

Frazão (1998), em estudo realizado em municípios do Estado de São Paulo, constatou que o pessoal auxiliar odontológico vem dedicando sua jornada de trabalho mais para a promoção do que para a assistência, contribuindo para as práticas da Odontologia em Saúde Coletiva. Este mesmo autor cita que, em 1993, na 2ª Conferência Estadual de Saúde Bucal de São Paulo, afirmava-se que

“as políticas de Saúde Bucal deveriam favorecer a transformação da prática odontológica, através da incorporação de pessoal auxiliar e de novas tecnologias, e o desenvolvimento de ações coletivas de saúde, sem as quais não seria possível obter impacto na cobertura à população nem alterar suas características epidemiológicas”.

Costa et al. (2012) ressaltam que a presença do Auxiliar em Saúde Bucal na equipe de Saúde Bucal é relevante, porque aumenta a eficiência do trabalho, eleva o rendimento, otimiza o tempo, minimiza o custo operacional, aumenta a produtividade e diminui o risco de contaminações. Estes autores realizaram um estudo em nove municípios do estado de São Paulo, objetivando verificar a participação do ASB na equipe de Saúde Bucal do serviço público. Constataram que 28% dos cirurgiões-dentistas trabalhavam sem ASB, acarretando o acúmulo de funções desenvolvidas diariamente e fragilizando a prestação de serviços aos usuários do sistema.

Em estudo qualitativo realizado em um município da Região Sul, onde não houve ampliação do número de equipes de Saúde Bucal devido à falta de profissionais auxiliares, foi observado que a escassez de recursos humanos, principalmente o ASB, é considerada um obstáculo para que ocorram



transformações no processo de trabalho, assim como a ampliação das equipes (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

### 3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Do total de 497 municípios do Rio Grande do Sul (RS), 8 (1,6%, correspondendo a 0,52% da população) municípios não possuíam profissionais de Saúde Bucal cadastrados, de acordo com os critérios de inclusão do estudo (Apêndice A). Portanto, os resultados apresentados no estudo referem-se aos demais 489 municípios.

O fato de alguns municípios não possuírem profissionais cadastrados revela a limitação do emprego da base de dados, pois esta depende da alimentação e atualização pelos gestores. Um exemplo é o caso de São Sebastião do Caí, um município com um certo porte populacional, mas que na competência estudada inexistia profissionais de saúde bucal cadastrados.

#### 3.2.1 Estabelecimentos de Saúde

Os tipos de estabelecimentos de saúde incluídos no estudo com sua distribuição estão representados na Tabela 1. Pode-se notar que a maioria dos estabelecimentos está cadastrado como Centro de Saúde/ Unidade Básica (75,4%).

Apenas seis (0,1%) estabelecimentos estão cadastrados como Unidade Mista, estando localizados nos municípios Paraíso do Sul, pertencente à Região Centro-oeste; Áurea e Itatiba do Sul, ambos situados na Região Norte. Como Unidade de Atenção à Saúde Indígena estão cadastrados nove (0,2%) estabelecimentos, situados nos seguintes municípios: Viamão, que pertence à Região Metropolitana; Benjamin Constant, Constantina, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros e Ronda Alta, que estão localizados na Região Norte.

Tabela 1- Tipos de Estabelecimentos de Saúde por região geográfica – RS, dez/2013.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	Centro de Saúde/ Unidade Básica	Policlínica	Posto de Saúde	Unidade de Atenção à Saúde Indígena	Unidade Mista	Unidade Móvel Terrestre	Total	
REGIÃO	n	n	n	n	n	n	n	%
<b>Centro-Oeste</b>	311	6	49	0	1	14	381	8,5
<b>Metropolitana</b>	950	132	305	2	0	13	1.402	31,4
<b>Missioneira</b>	484	11	43	0	0	9	547	12,3
<b>Norte</b>	626	41	168	7	5	7	854	19,2
<b>Serra</b>	387	4	34	0	0	19	444	9,9
<b>Sul</b>	280	35	54	0	0	28	397	8,9
<b>Vales</b>	327	03	95	0	0	12	437	9,8
<b>Total n</b>	<b>3.365</b>	<b>232</b>	<b>748</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>102</b>	<b>4.462</b>	<b>100</b>
<b>%</b>	<b>75,4</b>	<b>5,2</b>	<b>16,8</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>2,3</b>		<b>100</b>

Fonte: CNES.

Na Tabela 2, pode-se observar o número de estabelecimentos diferentes em que cada profissional estava cadastrado na competência de dezembro de 2013. Observa-se que 96,5% dos profissionais estavam vinculados a um ou dois estabelecimentos de saúde. Um mesmo profissional estava cadastrado em 26 estabelecimentos diferentes em um mesmo município (Camaquã) com cargas horárias de uma ou duas horas semanais em cada estabelecimento, ora cadastrado como cirurgião-dentista clínico-geral, ora como cirurgião-dentista de saúde coletiva.

Tabela 2 - Quantidade de profissionais de saúde bucal *versus* número de estabelecimentos de saúde em que estão cadastrados – RS, dez/2013.

NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS	PROFISSIONAL DE SAÚDE BUCAL	
	n	%
1	3.073	84,56
2	435	11,97
3	70	1,93
4	30	0,83
5	12	0,33
6	5	0,14
7	3	0,08
8	1	0,03
11	4	0,11
26	1	0,03
<b>Total</b>	<b>3.634</b>	<b>100,00</b>

Fonte: CNES.

### 3.2.2 Profissionais de Saúde Bucal da Atenção Básica

Foi identificado um total de 3.634 profissionais registrados, considerando cada profissional individualmente, independente de variáveis como carga horária semanal de trabalho e categoria profissional. Considerando o cadastro por cada estabelecimento de saúde e por categoria profissional, este valor altera-se para 4.462, já que um mesmo profissional pode estar registrado em diferentes categorias e em diversos estabelecimentos de saúde concomitantemente.

Considerando cada estabelecimento de saúde, a categoria que mais prevaleceu foi a de cirurgião-dentista clínico-geral (45,1%), seguido de cirurgião-dentista de Estratégia de Saúde da Família (23,2%). Apenas 1,6% dos cirurgiões-dentistas estavam cadastrados na especialidade de Saúde Coletiva. Os auxiliares representaram 27,7% dos profissionais, sendo que o nível técnico correspondeu apenas a 2,5% (Tabela 3). Os dados mostram que no RS os cirurgiões-dentistas

praticamente não têm um profissional técnico no ambiente de trabalho. Quanto aos auxiliares, a realidade é um pouco melhor, principalmente para os cirurgiões-dentistas de ESF.

Tabela 3- Número de cada categoria profissional cadastrada, considerando apenas os Estabelecimentos de Saúde - RS, dez/ 2013.

<b>CATEGORIA PROFISSIONAL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cirurgião-dentista Clínico-geral</b>	2.012	45,1
<b>Cirurgião-dentista Saúde-coletiva</b>	72	1,6
<b>Cirurgião-dentista Estratégia Saúde da Família</b>	1.033	23,2
<b>Auxiliar em Saúde Bucal</b>	284	6,4
<b>Auxiliar em Saúde Bucal – Estratégia Saúde da Família</b>	951	21,3
<b>Técnico em Saúde Bucal</b>	44	1,0
<b>Técnico em Saúde Bucal – Estratégia Saúde da Família</b>	66	1,5
<b>Total</b>	<b>4.462</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CNES.

De acordo com os registros de cada estabelecimento de saúde, 92 (19%) municípios não possuíam pessoal auxiliar cadastrado (Apêndice B), com o cirurgião-dentista trabalhando sozinho. Curiosamente, em 20 municípios, havia pelo menos um estabelecimento de saúde sem cirurgião-dentista cadastrado, mas com algum pessoal auxiliar (Apêndice C). Isto não significa necessariamente que o auxiliar ou o técnico trabalhavam sem a supervisão de um cirurgião-dentista. O que poderia explicar tal situação seria a mudança de profissionais no estabelecimento, ficando

algum período sem este profissional ou até mesmo a demora na atualização do cadastro no sistema CNES.

Especificamente para os profissionais de Estratégia de Saúde da Família, constatou-se que apenas em 4% dos estabelecimentos onde os profissionais estavam cadastrados na modalidade ESF, a ESB era modalidade II (quando conta com CD, ASB e TSB), estando a maior parte destes localizados na Região Metropolitana. Em 11,5% dos estabelecimentos, o cirurgião-dentista de ESF trabalha sem o pessoal auxiliar, não seguindo a legislação que estabelece as modalidades da ESB para a ESF (Tabela 4).

O trabalho sem pessoal auxiliar é prejudicial tanto para a ESF como também para os outros modelos de atenção. E infelizmente não é apenas uma realidade para o Estado do Rio Grande do Sul. Em um estudo realizado no município de Itajaí-SC, com relação ao trabalho com o Auxiliar em Saúde Bucal, 100% dos profissionais trabalhavam sem o ASB. Esse fato vai contra uma organização do trabalho onde critérios ergonômicos devam ser os elementos orientadores e que é um fato preocupante, pois se relaciona com o desenvolvimento de doenças de caráter ocupacional bem como com uma menor produtividade e uma pior qualidade dos serviços ofertados (LAZERIS; CALVO; REGIS FILHO, 2007).

Tabela 4- Configuração das Equipes de Saúde Bucal dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, considerando os Estabelecimentos de Saúde - RS, dez/ 2013.

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL	CD – ESF sem ASB-ESF e sem TSB-ESF		CD-ESF com ASB-ESF e sem TSB-ESF		CD-ESF sem ASB-ESF e com TSB-ESF		CD-ESF com ASB-ESF e com TSB-ESF		Sem CD-ESF e com ASB-ESF ou TSB-ESF		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>REGIÃO</b>												
<b>Centro-Oeste</b>	11	15,1	61	83,6	0	0	0	0	1	1,4	<b>73</b>	<b>7,5</b>
<b>Metropolitana</b>	33	12,4	156	58,6	12	4,5	35	13,2	30	11,3	<b>266</b>	<b>27,3</b>
<b>Missioneira</b>	21	12	144	82,3	0	0	1	0,6	9	5,1	<b>175</b>	<b>18,0</b>
<b>Norte</b>	24	10,9	182	82,4	0	0	2	0,9	13	5,9	<b>221</b>	<b>22,7</b>
<b>Serra</b>	5	6,7	63	84	0	0	0	0	7	9,3	<b>75</b>	<b>7,7</b>
<b>Sul</b>	7	8,1	73	84,9	0	0	0	0	6	7	<b>86</b>	<b>8,8</b>
<b>Vales</b>	11	14,1	63	80,8	0	0	1	1,3	3	3,8	<b>78</b>	<b>8,0</b>
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>11,5</b>	<b>742</b>	<b>76,2</b>	<b>12</b>	<b>1,2</b>	<b>39</b>	<b>4</b>	<b>69</b>	<b>7,1</b>	<b>974</b>	<b>100</b>

Fonte: CNES.

### 3.2.3 Carga horária semanal de trabalho

De acordo com a Portaria nº 576 de 19 de setembro de 2011, o profissional Cirurgião-Dentista clínico geral deverá atuar com carga horária semanal mínima de 20 horas cada profissional, podendo atuar no máximo em duas equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

Para os profissionais de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011), a carga horária semanal de trabalho é de 40 horas semanais, sendo que cada profissional de saúde deve ser cadastrado em apenas uma Estratégia de Saúde da Família, com exceções apenas para os profissionais médicos. (BRASIL, 2012).

A carga horária semanal dos profissionais por estabelecimento de saúde variou de uma hora até 60 horas. Já a carga horária total semanal por profissional,

considerando o município, variou de uma hora até 132 horas. Um total de 295 (7,7%) profissionais trabalhavam menos de 20 horas semanais em um mesmo município, mostrando que nem sempre a carga horária mínima semanal apontada pela legislação é seguida.

Especificamente em relação à Estratégia de Saúde da Família, 4% dos profissionais trabalhavam com carga horária inferior a 40 horas semanais, o que vai de encontro ao que a Política Nacional de Atenção Básica preconiza para a Estratégia Saúde da Família. No Estado de Minas Gerais, em um estudo realizado com Equipes de Saúde Bucal de ESF, 93,3% dos municípios relataram 40 horas semanais de trabalho (Lourenço et al., 2009).

Dados da carga horária podem ser visualizados na Tabela 5. O fato de existirem profissionais com carga horária semanal elevada pode estar relacionada ao atraso na atualização do profissional no CNES.

Tabela 5- Carga horária total semanal por profissional, considerando o município trabalhado – RS, dez/2013.

CARGA HORÁRIA	CD-ESF		CD-Clinico geral		CD-Saúde coletiva		ASB		ASB-ESF		TSB		TSB-ESF	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Menos de 20h</b>	11	1,1	259	16,8	13	25	8	3	1	0,1	1	2,8	2	3,1
<b>20h</b>	44	4,5	787	51,1	27	51,9	10	3,7	4	0,4	2	5,6	1	1,6
<b>Mais de 20h e menos de 40h</b>	6	0,6	217	14,1	6	11,5	44	16,4	8	0,9	13	36,1	0	0
<b>40h</b>	908	92,7	245	15,9	6	11,5	198	73,9	892	97,8	14	38,9	60	93,8
<b>Mais de 40h até 60h</b>	8	0,8	28	1,8	0	0	4	1,5	6	0,7	6	16,7	1	1,6
<b>Mais de 60h</b>	2	0,2	5	0,3	0	0	4	1,5	1	0,1	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>979</b>	<b>25,4</b>	<b>1541</b>	<b>40,0</b>	<b>52</b>	<b>1,3</b>	<b>268</b>	<b>6,9</b>	<b>912</b>	<b>23,7</b>	<b>36</b>	<b>0,9</b>	<b>64</b>	<b>1,8</b>

Fonte: CNES

### 3.2.4 Distribuição dos vínculos de trabalho

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal propôs a implementação de uma política de combate à precarização do trabalho odontológico, tanto no setor privado como no setor público. No âmbito do SUS, propunha-se valorizar os servidores concursados com um vínculo empregatício, oriundos das esferas municipal, estadual ou federal, exigindo-se o cumprimento da obrigatoriedade de concurso público para contratação de profissional e pondo fim à terceirização, aos contratos temporários e à contratação por meio de cargos em comissão e de parcerias público-privado, que não oferecem garantias ao profissional, geram insegurança no trabalhador e contribuem para dificultar as políticas de humanização nos serviços (BRASIL,2005).



Porém, por diversas razões, ainda há uma precarização dos vínculos trabalhistas, o que também pôde ser visualizado no presente estudo. Como pode ser visto na Tabela 6, dos 4.463 cadastros, 73% possuem vínculos estáveis (estatutários e emprego público). Referindo-se apenas aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, o percentual de vínculos não estáveis é de 25,2% (Apêndice D). Desta forma, comparando com o estudo de Minas Gerais (LOURENÇO et al.,2009) , onde os vínculos estáveis representavam 33%, poder-se-ia dizer que precarização dos vínculos das ESB de ESF do Rio Grande do Sul é um pouco inferior, embora sejam anos diferentes. Os autores do estudo acima relataram que a precarização das relações de trabalho dos profissionais das ESF é um dos grandes problemas ainda enfrentados. Os tipos de vínculos não estáveis, além de não resguardar os direitos trabalhistas dos profissionais, fazem com que estes fiquem à mercê das mudanças políticas. De acordo com Moraes e Oliveira (2012), a expansão da Política da Atenção Básica configurada no modelo da Estratégia Saúde da Família ocorreu fortemente vinculada ao trabalho desprotegido.

Conforme dados do presente estudo, 27% dos profissionais estavam vinculados precariamente ao trabalho. Tal precarização geralmente resulta na não fixação dos profissionais nos seus locais de trabalho, ou seja, alta rotatividade o que implica o prejuízo do vínculo dos profissionais, que é preconizado pelos princípios da Atenção Básica.

Dentre as formas de vínculos precários, observou-se que 11,7% dos trabalhadores estavam vinculados sob a forma de contrato por tempo determinado. Cherchglia (1999) observa que há uma prorrogação indefinida deste tipo de contrato, podendo alcançar até mais de cinco anos, o que gera consequências como diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, menores salários, ausência de benefícios e níveis mais altos de rotatividade.

Para Girardi (2007), as formas mais precárias de contratação correspondem a bolsa, contrato informal e verbal. Estes tipos de vínculos representaram apenas 0,24% dos registros.

O Ministério da Saúde considera como trabalho precário tanto aquele que não garante os direitos sociais do trabalhador (contratos via cooperativas ou por bolsas de trabalho, prestação de serviços temporários via CLT), com aquele no qual a

forma de inserção na administração pública se deu sem concurso público ou seleção pública (BRASIL, 2005a).

Tabela 6- Tipos de vínculos dos profissionais cadastrados – RS, dez/2013.

<b>TIPOS DE VÍNCULOS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estatutário</b>	2.457	55,05
<b>Emprego Público</b>	804	18,01
<b>Contrato por prazo determinado</b>	523	11,72
<b>Sem intermediação (RPA)</b>	98	2,20
<b>Intermediado por entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos</b>	62	1,39
<b>Intermediado por organização social (OS)</b>	29	0,65
<b>Intermediado por OSCIP</b>	26	0,58
<b>Cargo comissionado</b>	25	0,56
<b>Intermediado por empresa privada</b>	22	0,49
<b>Contrato verbal/informal</b>	9	0,20
<b>Celetista</b>	8	0,18
<b>Intermediado por cooperativa</b>	4	0,09
<b>Bolsa</b>	2	0,04
<b>Sem Tipo</b>	394	8,83
<b>Total</b>	<b>4.463</b>	<b>100,00</b>

Fonte: CNES

### 3.2.5 Distribuição dos Profissionais de Saúde Bucal da Atenção Básica e Relação Profissional/habitante.

A portaria nº 1101 de 12 de junho de 2002, dentre outros assuntos, define a razão de alguns recursos humanos por habitante. No caso do profissional cirurgião-dentista, esta razão é de 1 profissional para 1500 a 5000 habitantes. Para que os valores numéricos fossem passíveis de comparação, padronizou-se como o equivalente a um profissional a carga horária de 20 horas semanais, que é o que

está preconizado na Portaria nº 576 de 19 de setembro de 2011 (BRASIL, 2011a). Assim, calculou-se a quantidade de profissionais em cada município.

Dos 489 municípios incluídos no estudo, 93,3% destes estão com a relação profissional/habitante adequada, segundo a portaria acima. Analisando-se esta mesma relação por Coordenadoria Regional de Saúde, todas estão dentro do intervalo preconizado, sendo que a 2ª Coordenadoria apresenta a pior relação (Tabela 7). Para consultar o mapa ilustrativo das Coordenadorias Regionais de Saúde, observar o Anexo B. O fato de apresentar uma relação profissional/habitante dentro do intervalo preconizado não quer dizer que esta relação seja realmente adequada, pois há diversos fatores que influenciam no acesso da população aos serviços de saúde bucal.

Os municípios com as melhores e piores relações profissional cirurgião-dentista por habitante estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 7- Relação número de habitantes/ profissional cirurgião-dentista segundo Coordenadoria Regional de Saúde - RS, dez/2013.

<b>COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE</b>	<b>Nº habitantes/ Cirurgião-Dentista</b>
<b>1<sup>a</sup></b>	3.644
<b>2<sup>a</sup></b>	4.865
<b>3<sup>a</sup></b>	3.480
<b>4<sup>a</sup></b>	1.716
<b>5<sup>a</sup></b>	1.819
<b>6<sup>a</sup></b>	1.247
<b>7<sup>a</sup></b>	3.005
<b>8<sup>a</sup></b>	2.637
<b>9<sup>a</sup></b>	2.281
<b>10<sup>a</sup></b>	3.713
<b>11<sup>a</sup></b>	1.262
<b>12<sup>a</sup></b>	2.106
<b>13<sup>a</sup></b>	2.993
<b>14<sup>a</sup></b>	2.014
<b>15<sup>a</sup></b>	1.450
<b>16<sup>a</sup></b>	2.528
<b>17<sup>a</sup></b>	1.782
<b>18<sup>a</sup></b>	1.982
<b>19<sup>a</sup></b>	1.672
<b>RS</b>	2.431

Fonte: CNES.

Tabela 8 – Municípios com as maiores e as menores relações número de habitantes/ profissional cirurgião-dentista – RS, dez/2013.

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>REGIÃO</b>	<b>Nº habitantes/ Cirurgião-Dentista</b>
Quevedos	Centro-Oeste	238
Engenho Velho	Norte	266
Santa Cecília do Sul	Norte	283
Nicolau Vergueiro	Norte	294
Gentil	Norte	343
Vanini	Norte	398
São José do Sul	Metropolitana	411
União da Serra	Serra	416
Doutor Ricardo	Vales	416
André da Rocha	Norte	426
Imbé	Metropolitana	13.813
Esteio	Metropolitana	12.877
Três Coroas	Metropolitana	12.768
Capão da Canoa	Metropolitana	12.363
Viamão	Metropolitana	11.738
Carlos Barbosa	Serra	11.240
Roca Sales	Vales	10.837
Ibirubá	Missioneira	10.058
Ivoti	Metropolitana	8.250
Guaíba	Metropolitana	8.056

Fonte: CNES.

Verificou-se que a Região Metropolitana de Porto Alegre concentra 31% do total de cirurgiões-dentistas, 27,9% dos auxiliares e 90,3% dos trabalhadores de nível técnico. Ou seja, nas demais regiões praticamente não existe trabalho do técnico na Saúde Bucal. Pode-se atribuir a este fato, que o profissional de nível

técnico é mais caro para o município manter do que um profissional auxiliar. No entanto, sabe-se que quando o cirurgião-dentista trabalha conjuntamente com um técnico, dentre várias vantagens, a produtividade é aumentada fato que, segundo contribui significativamente para a ampliação do acesso aos serviços odontológicos (FRAZÃO; NARVAI, 2011).

A partir dos resultados obtidos no presente estudo, pode-se concluir que os profissionais de saúde bucal se distribuem de forma não homogênea pelo Estado (observar Tabela 9). Estudo realizado em 2008 quanto à necessidade de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil, concluiu que o país não precisava de um maior número destes profissionais. Tal estudo utilizou o indicador clássico da OMS, que preconiza a relação de um cirurgião-dentista para 1.500 habitantes. Neste estudo, defendeu-se que o acesso aos serviços de Saúde Bucal deveria ser considerado como fundamental no processo de averiguação de demanda por mais profissionais. Embora existissem profissionais “sobrando”, havia uma polarização das doenças bucais. Assim, a população que mais necessitava de cuidados, não estava chegando ao encontro de tais profissionais. Os autores desta pesquisa ainda apontam que não seriam necessários mais cirurgiões-dentistas, mas, sim, deveria ocorrer uma melhor distribuição dos profissionais pelo território nacional, haja vista a concentração desigual destes nos diferentes Estados e Regiões do país (LUCIETTO; AMÂNCIO FILHO; OLIVEIRA, 2008).

Empregando-se esta relação de um cirurgião-dentista por 1.500 habitantes, a 6ª, 11ª e 15ª CRS estariam abaixo deste patamar (Tabela 7) e os oito municípios com as menores relações sequer atingiriam 1/6 deste número (Tabela 8).

Para Bastos et al. (2003), o problema é que a distribuição de cirurgiões-dentistas nos centros urbanos e interior é bastante desequilibrada, concentrando-se nas regiões de maior renda e com destaque para as clínicas particulares. Isto reforça a ideia de há falta de acesso para os usuários que dependem do setor público.

No desejo de mudar esta realidade, uma das propostas imposta pelo mercado de trabalho seria a de deslocar cada vez mais profissionais para o setor público, o que requer uma transformação urgente dos meios acadêmicos (LAZERIS; CALVO; REGIS FILHO, 2007).

Segundo o presidente do Conselho Federal de Odontologia, o Brasil enfrenta um problema sério na área de Odontologia: faltam dentistas no interior do país e isso acontece na maioria dos estados brasileiros. A falta de estrutura e os baixos salários, na maioria das cidades do interior, são motivos para que os profissionais desistam de ir para essas localidades. Diante deste problema, o Ministério da Saúde lançou mão de um programa que está beneficiando mais de 300 municípios brasileiros com a chegada de cirurgiões-dentistas, que se integram às equipes de atenção básica, em locais onde há falta desses profissionais, sendo uma iniciativa que valoriza a interiorização da profissão. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2014a). Tal programa chama-se Provac - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. O ministro da Saúde, Alexandre Padilha analisa da seguinte forma:

“o Provac é mais um dos programas do Ministério da Saúde que visa ampliar a assistência, principalmente aos usuários do SUS que ainda têm dificuldades para acessar serviços e profissionais de saúde. Além disso, o programa oferece aos participantes a oportunidade de conhecer diferentes realidades e de exercer a profissão onde a população mais necessita, fortalecendo a relevância social de sua atuação” (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2014b).

Tabela 9 – Distribuição dos profissionais por Região Geográfica – RS, dez/2013.

REGIÕES	CIRURGIÕES-DENTISTAS		TÉCNICOS		AUXILIARES	
	n	%	n	%	n	%
<b>Norte</b>	713	18,9	7	3,7	486	20,9
<b>Sul</b>	356	9,4	4	1,8	187	8,1
<b>Metropolitana</b>	1.173	31,0	171	90,3	647	27,9
<b>Serra</b>	357	9,4	2	1,1	256	11,0
<b>Missioneira</b>	474	12,5	4	1,8	363	15,6
<b>Vales</b>	346	9,2	2	1,1	208	8,9
<b>Centro-Oeste</b>	362	9,6	-	-	174	7,5
<b>TOTAL</b>	<b>3.782</b>	<b>100,0</b>	<b>190</b>	<b>100,0</b>	<b>2.321</b>	<b>100,0</b>

Fonte: CNES.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos 4.462 estabelecimentos de saúde incluídos no estudo, verificou-se que a maioria deles estava cadastrado como Centro de Saúde/ Unidade Básica (75,4%), seguido dos Postos de Saúde (16,8%). Apenas 0,1% estavam cadastrados como Unidade Mista e 0,2% como Unidade de Atenção à Saúde Indígena.

Considerando cada estabelecimento de saúde, a categoria que mais prevaleceu foi a de cirurgião-dentista clínico-geral (45,1%), seguido de cirurgião-dentista de Estratégia de Saúde da Família (23,2%), com apenas 1,6% dos profissionais cadastrados como cirurgião-dentista de Saúde Coletiva. O Auxiliar em Saúde Bucal de ESF representou 21,3% dos profissionais e o ASB apenas 6,4%. O nível técnico teve a menor representação dentre as categorias - 1,0 % para o TSB e 1,5% para o TSB de ESF.

A carga horária semanal dos profissionais, por estabelecimento de saúde, variou de uma hora até sessenta horas. Já a carga horária total semanal por profissional, considerando o município, variou de uma hora até 132 horas. Sendo assim, 295 (7,7%) profissionais trabalhavam menos de 20 horas semanais em um mesmo município . Especificamente em relação à Estratégia de Saúde da Família, 4% dos profissionais trabalhavam com carga horária inferior a 40 horas semanais.

Quanto aos vínculos trabalhistas, dos 4.463 cadastros, 73% possuíam vínculos estáveis. Referindo-se apenas aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, o percentual de vínculos não estáveis é de 25,2%.

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que o Estado do Rio Grande do Sul possui uma relação cirurgião-dentista/habitante adequada na maioria dos municípios estudados (93,3%), embora a distribuição dos profissionais técnicos não seja homogênea entre as regiões.



## REFERÊNCIAS

BASTOS, J. R. M. et al. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru-USP entre os anos de 1996 e 2000. **J. appl. oralsci.** Bauru, v. 11, n.4, p. 283-289, 2003.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 267 de 06 de março de 2001.** Brasília, 2001. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32\\_Portaria\\_267\\_de\\_06\\_03\\_2001.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/32_Portaria_267_de_06_03_2001.pdf) (acesso em: 18-12-2013).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101 de 12 de junho de 2002.** Brasília, 2002. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port\\_002/Gm/GM-1101.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port_002/Gm/GM-1101.htm) (acesso em: 15-05-2014).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social.** Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva.** Brasília, 2005b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_positiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf) (acesso em: 16-06-2014).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.** Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – versão 2.** Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008**. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal – ASB, 2008b. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm) (acesso em 18-12-2013).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 576 de 19 de setembro de 2011**. Brasília, 2011a. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0576\\_19\\_09\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0576_19_09_2011.html) (acesso em 15-05-2014).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 GM/MS de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) (acesso em 16-12-2013).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2010** – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília, 2012. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf) (acesso em 31-12-2013).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Histórico de Cobertura da Saúde Família [online]. Disponível na Internet via WWW.URL [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php). Arquivo consultado em 06 de janeiro de 2013.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CHERCHGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: Santana, P.; Castro J. L. (org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRRN, 1999. p. 374-375.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Prorrogadas as inscrições do Provab**. 2014a Disponível em: <http://cfo.org.br/imprensa/saiu-na-imprensa/prorrogadas-as-inscricoes-do-provab/> (acesso em 15-06-2014).

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Dentista para quem precisa**. Odontologia em revista. Edição especial. Abril, 2014b.

COSTA, A. O. et al. A participação do Auxiliar em Saúde Bucal na equipe de saúde e o Ambiente Odontológico. **Rev. odontol. UNESP**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 371-376, nov./dez. 2012.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, p. 1643-1652, 2010.

FRAZÃO, P. et al. Ambientes de trabalho odontológico na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Divulg. saúde debate.**, Londrina v. 10, p.21-28, 1995.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção da saúde bucal. **Rev. odontol. UNESP**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 329-336, out./dez. 1998.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Lei Nº 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 109-123, mar./jun. 2011.

GIRARDI, S. N. (coord.) et al. **Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família**. Relatório de pesquisa. Belo Horizonte, 2007. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2430.pdf> / (acesso em 16-06-2014).

GUARULHOS. Secretaria da Saúde. Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Guarulhos, 2012. Disponível em: [http://servicos.guarulhos.sp.gov.br/01\\_servicos/central\\_atend/form\\_saude/visa/manual\\_cnes\\_completo.pdf](http://servicos.guarulhos.sp.gov.br/01_servicos/central_atend/form_saude/visa/manual_cnes_completo.pdf) (acesso em 18-06-2014).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data referência em 1º de julho de 2013. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2013/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/nota_metodologica_2013.pdf) (acesso em 01-05-2014).

LAZERIS, A. M.; CALVO, M. C. M.; REGIS FILHO, G. I. A formação de recursos humanos em Odontologia e as exigências do setor público – uma contribuição para serviços de saúde públicos e de qualidade. **Rev. odonto ciênc.**, Porto Alegre, v.22, n.56, p. 166-176, abr./jun. 2007.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.985-986, out./dez. 2000.

LINHARES, L. L.; BORDIN, R. Oral health care profile of a Brazilian state capital according to data from the Outpatient Clinic Information Database of the National Health System. **Rev. gauch. odontol.**, Porto Alegre, v.60, n.1, p. 41-47, jan./mar. 2012.

LOURENÇO, E. C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1367-1377, 2009.

LUCIETTO, D. A.; AMÂNCIO FILHO, A.; OLIVEIRA, S. P. Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre.*, Porto Alegre, v.49, n.3, p.28-35, set./dez., 2008.

MORAIS, H. M.; OLIVEIRA, R. S. O trabalho em saúde e os desafios para o SUS. In: Goes, P. S. A.; Moysés, S. M. (org.). *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 93-102.

PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p.250-258, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **2ª Conferência Estadual de Saúde Bucal**: relatório final. Porto Alegre, 2004.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde e Macrorregionais. Porto Alegre, 2014. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias\\_Regionais](http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais) (acesso em 01-05-2014).

SANGLARD-OLIVEIRA, C. A. et al. Atribuições dos técnicos em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2453-2460, 2013.

ZANETTI, C. H. G.; OLIVEIRA, J. A. A.; MENDONÇA, M. H. M. Divisão do trabalho odontológico em perspectiva: desafio de interpretar as competências dos técnicos. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 195-222, jul./out. 2012.

## ANEXO A -Tipos de Vínculos.

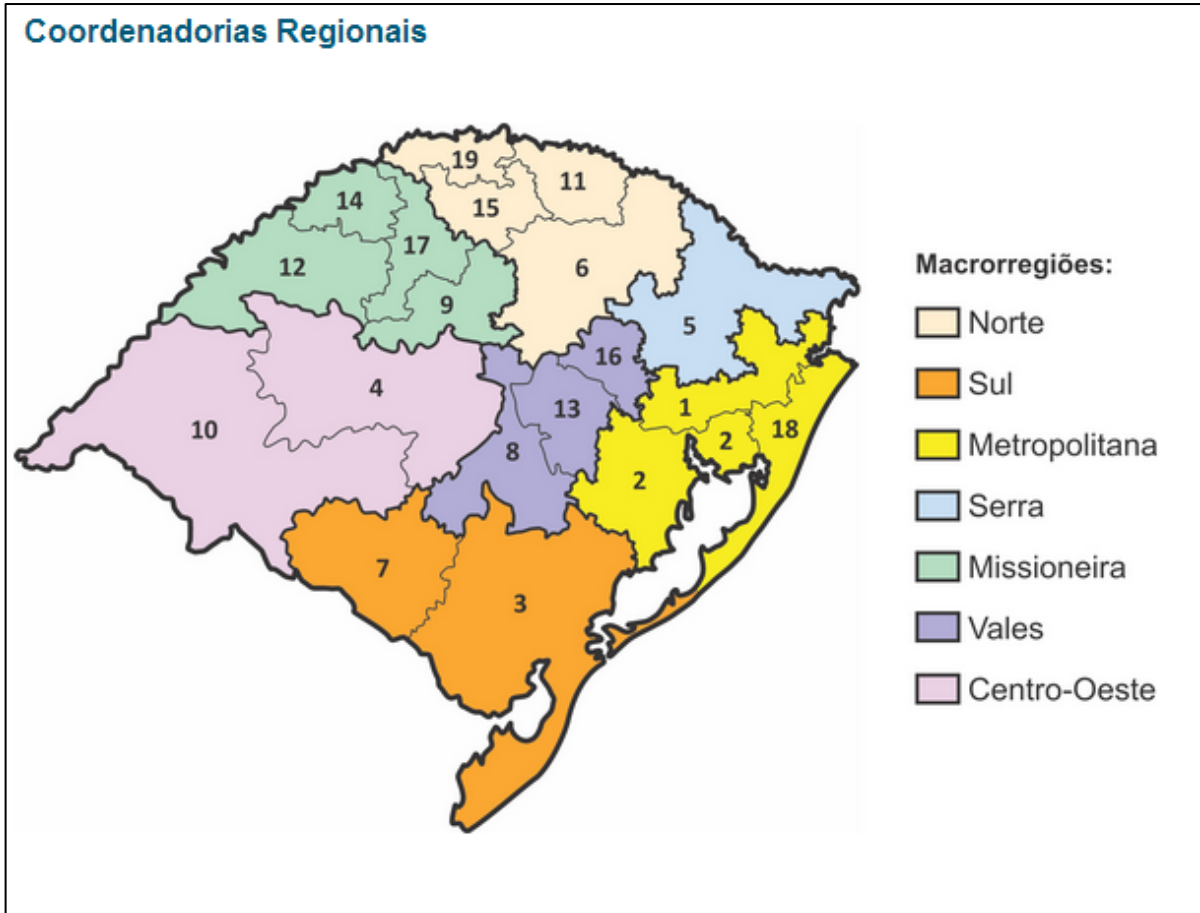
Vínculos Direto com a Administração Pública – Força de trabalho que desempenha suas atividades nos estabelecimentos públicos de saúde.				
Item	Vínculo	Item	Subtipo	Conceito do Vínculo
1	Vínculo Empregatício	1	Estatutário – Cargo Público	Cargo Público, também denominado Estatutário, é a prestação de serviços de forma pessoal e não eventual ao Estado e às entidades da Administração Pública direta ou indireta. É regido por Estatuto próprio do Poder Público a que se serve e seu provimento depende de aprovação prévia em Concurso ou Processo Seletivo Público.
		2	Emprego Público + (CLT)	É a prestação de serviços de forma pessoal e não eventual ao Estado e às entidades da Administração Pública direta ou indireta. É regido pela CLT e seu provimento depende de aprovação prévia em Concurso ou Processo Seletivo Público.
		3	Contrato por Prazo Determinado	Trata-se de contratação por tempo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público. Tais contratações dispensam a realização de Concurso Público em circunstâncias de patente gravidade relacionada à saúde pública. Nas demais situações a contratação se dá após a realização de processo seletivo simplificado.
		4	Cargo Comissionado	Os cargos de provimento em comissão (cujo provimento dispensa concurso público) são aqueles vocacionados para serem ocupados em caráter transitório por pessoa de confiança da autoridade competente para preenchê-los. Trata-se de cargos de livre nomeação e exoneração.

## ANEXO A – continuação.

Vínculos Intermediados - Força de trabalho mediada por um agente contratante que não o próprio ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, e que desempenha suas atividades nos ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.				
Item	Vínculo	Item	Subtipo	Conceito do Vínculo
2	Autônomo	1	Intermediado por Organização Social (OS)	Trabalhadores inseridos no serviço público através de vínculo de qualquer natureza interposta por uma OS.
		2	Intermediado por Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP)	Trabalhadores inseridos no serviço público através de vínculo de qualquer natureza interposta por uma OSCIP.
		3	Intermediado por Organização Não Governamental (ONG)	Trabalhadores inseridos no serviço público através de vínculo de qualquer natureza interposta por uma ONG.
2	Autônomo	4	Intermediado por Instituição/ Entidade Filantrópica e/ou sem fins lucrativos	Trabalhadores inseridos no serviço público através de vínculo de qualquer natureza interposta por instituição/ entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos.
		5	Intermediado por Empresa Privada	Trabalhadores inseridos no serviço público através de vínculo, de qualquer natureza, interposto por empresa privada com fins lucrativos.
		6	Consultoria	Contratação de pessoa física especializada, durante determinado prazo, para prestação de apoio técnico com objetivos específicos.
		7	Sem Intermediação (RPA)	Contratação de pessoa física especializada, durante determinado prazo, para prestação de apoio técnico com objetivos específicos.
		8	Intermediado por Cooperativa	Trabalhadores inseridos no serviço público através de vínculo, de qualquer natureza, interposto por cooperativa.
3	Cooperativa	1	Cooperado	Destina-se as situações onde o profissional é cooperado, ou seja, participa de uma cooperativa
4	Outros	1	Bolsa	Destina-se a estudantes e/ou professores de instituições de ensino superior, com atividades de ensino e/ou pesquisa.
		2	Contrato Verbal/ Informal	Profissionais que atuam no estabelecimento através de acordo não escrito ou não registrado.
		3	Proprietário	Destina-se as situações onde o profissional é o proprietário do estabelecimento de saúde (consultório isolado).
5	Residência	1	Residente	Profissional inscrito e freqüentando regularmente curso de Residência Médica, Residência em Área Profissional de Saúde ou Residência Multiprofissional em Saúde, modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu sob a forma de especialização, caracterizadas pelo treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, em instituição de saúde universitária ou não, devidamente credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica ou pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, e sob a orientação de profissionais de saúde de elevada qualificação ética e profissional.

Fonte: Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2012.

**ANEXO B – Mapa das Coordenadorias Regionais de Saúde**



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde.



## ANEXO C - Aprovação da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina – UFRGS.

**Sistema Pesquisa - Pesquisador: Ronaldo Bordin**

**Dados Gerais:**

Projeto Nº:	26345	Título:	DISTRIBUICAO DOS RECURSOS HUMANOS DE SAUDE BUCAL DA ATENCAO BASICA NO RIO GRANDE DO SUL 2013		
Área de conhecimentos:	Epidemiologia	Início:	21/01/2014	Previsão de conclusão:	31/07/2014
Situação:	Projeto em Andamento				
	Não possui projeto pai		Não possui subprojetos		
Origem:	Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Social		Projeto da linha de pesquisa: Gestão do Trabalho em Saúde		
Local de Realização:	não informado		Projeto sem finalidade adicional Projeto não envolve aspectos éticos		
Objetivo:	<p>                     Geral: Descrever a distribuição dos recursos humanos de Saúde Bucal da Atenção Básica no Estado do Rio Grande do Sul, em dezembro de 2013.                      Específicos: - Quantificar cada categoria profissional da equipe de saúde bucal (TSB, ASB e CI) por município do RS;                      - Identificar os tipos de estabelecimentos de saúde em que estão inseridos tais profissionais (UBS, Postos de Saúde e ESF).                      - Descrever a carga horária de trabalho e tipo de vínculo empregatício dos profissionais.                 </p>				

**Palavras Chave:**

ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE  
 EPIDEMIOLOGIA  
 GESTÃO EM SAÚDE  
 POLÍTICAS DE SAÚDE  
 SAÚDE BUCAL

**Equipe UFRGS:**

**Nome:** RONALDO BORDIN  
 Coordenador - Início: 21/01/2014 Previsão de término: 31/07/2014  
**Nome:** ESTELE MOLIN  
 Pesquisador - Início: 21/01/2014 Previsão de término: 31/07/2014

**Avaliações:**

Comissão de Pesquisa de Medicina - Aprovado em 01/04/2014 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

**Anexos:**

[Projeto Completo](#) Data de Envio: 20/01/2014

**APÊNDICE A-** Municípios não incluídos no estudo, segundo Região de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde.

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>REGIÃO</b>	<b>CRS</b>
Entre Rios do Sul	Norte	11 <sup>a</sup>
Gaurama	Norte	11 <sup>a</sup>
Palmares do Sul	Metropolitana	18 <sup>a</sup>
Pinto Bandeira	Serra	5 <sup>a</sup>
Porto Vera Cruz	Missioneira	14 <sup>a</sup>
São Sebastião do Caí	Metropolitana	1 <sup>a</sup>
Sertão Santana	Metropolitana	2 <sup>a</sup>
Vila Flores	Serra	5 <sup>a</sup>

Fonte: CNES.

**APÊNDICE B** – Quantidade de municípios sem pessoal auxiliar cadastrado por região geográfica - RS, dez/ 2013.

<b>REGIÃO</b>	<b>QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS</b>
Centro- Oeste	13
Metropolitana	21
Missioneira	12
Norte	17
Serra	9
Sul	6
Vales	14
<b>Total</b>	<b>92</b>

Fonte: CNES.

**APÊNDICE C** - Quantidade de estabelecimentos de saúde sem profissional cirurgião-dentista cadastrado, mas com algum pessoal auxiliar cadastrado por município - RS, dez/ 2013.

<b>MUNICÍPIO</b>	<b>REGIÃO</b>	<b>QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS</b>
Alecrim	Missioneira	1
Bossoroca	Missioneira	1
Cachoeira do Sul	Vales	1
Cachoeirinha	Metropolitana	3
Canguçu	Sul	1
Doutor Maurício Cardoso	Missioneira	1
Fontoura Xavier	Norte	1
Horizontina	Missioneira	3
Não-Me-Toque	Norte	1
Novo Hamburgo	Metropolitana	1
Novo Machado	Missioneira	2
Osório	Metropolitana	1
Porto Alegre	Metropolitana	8
Porto Lucena	Missioneira	3
Sananduva	Norte	1
Santa Tereza	Serra	1
Sapucaia do Sul	Metropolitana	1
Três Coroas	Metropolitana	1
Triunfo	Metropolitana	1
Vacaria	Serra	2
<b>Total</b>	---	<b>35</b>

Fonte: CNES.

**APÊNDICE D** - Tipos de vínculos por categoria profissional cadastrada, considerando o município trabalhado – RS, dez/2013.

TIPO DE VÍNCULO	CD-ESF		CD-Clinico geral		CD-Saúde coletiva		ASB		ASB-ESF		TSB		TSB-ESF	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Bolsa</b>	0	0	0	0	0	0	1	0,4	1	0,1	0	0	0	0
<b>Cargo comissionado</b>	3	0,3	11	0,5	0	0	4	1,4	7	0,7	0	0	0	0
<b>Celetista</b>	1	0,1	2	0,1	0	0	0	0	3	0,3	1	2,3	1	1,5
<b>Contrato por prazo determinado</b>	155	15	168	8,3	6	8,3	33	11,6	157	16,5	3	6,8	1	1,5
<b>Contrato verbal/informal</b>	2	0,2	4	0,2	1	1,4	0	0	2	0,2	0	0	0	0
<b>Emprego Público</b>	242	23,4	263	13,1	7	9,7	28	9,9	208	21,9	18	40,9	38	56,7
<b>Estatutário</b>	507	49,1	1248	62	33	45,8	170	59,9	460	48,4	21	47,7	18	26,9
<b>Intermediado por OSCIP</b>	8	0,8	14	0,7	0	0	0	0	4	0,4	0	0	0	0
<b>Intermediado por cooperativa</b>	0	0	4	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Intermediado por empresa privada</b>	6	0,6	14	0,7	0	0	0	0	2	0,2	0	0	0	0
<b>Intermediado por entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos</b>	8	0,8	16	0,8	0	0	27	9,5	11	1,2	0	0	0	0
<b>Intermediado por organização social (OS)</b>	5	0,5	17	0,8	2	2,8	0	0	5	0,5	0	0	0	0
<b>Sem intermediação (RPA)</b>	3	0,3	75	3,7	14	19,4	0	0	6	0,6	0	0	0	0
<b>Sem Tipo</b>	93	9	176	8,7	9	12,5	21	7,4	85	8,9	1	2,3	9	13,4
<b>Total</b>	<b>1033</b>	<b>100</b>	<b>2012</b>	<b>100</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>284</b>	<b>100</b>	<b>951</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fonte: CNES.