

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública**

**Panorama da Atenção em Saúde Bucal no Sistema  
Único de Saúde do Estado de São Paulo de 1995 a  
2003**

**Maria da Candelária Soares**



Dissertação de Mestrado apresentada à  
Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo para obtenção  
do título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde  
Pública

Orientador: Professor Dr. Roberto Augusto  
Castellanos Fernandez

**São Paulo**  
2005

46792/2005 doc

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

*À memória  
de meus queridos pais, Maria de Lourdes e  
Milton Soares,  
e Mário e Daniel  
sempre lembrados.*

*Para Márcia, Marta, Milton,  
Neto, Renato, Ronaldo e Flávia, pelo apoio nas horas  
certas e incertas ...*

*Para Fernanda, Josué, Ricardo,  
Rafael, Clara Elis e Maria Luísa,  
esperança de vida sempre renovada.*

*Para Flamarion,  
companheiro de  
todos os  
momentos.*

*Caminhando e cantando e seguindo a canção  
Somos todos iguais, braços dados ou não,  
Nas escolas, nas ruas, campos, construções,  
Caminhando e cantando e seguindo a canção.  
Vem, vamos embora, que esperar não é saber,  
Quem sabe faz a hora, não espera acontecer...*

*Geraldo Vandré*

### Agradecimentos

Ao Professor Doutor Roberto Augusto Castellanos Fernandes, que tão prontamente acolheu-me como orientanda, possibilitando este trabalho, pela amizade, carinho e orientações recebidas.

Ao Professor Doutor José da Silva Guedes, Secretário de Estado da Saúde de São Paulo de 1995 a 2002, pela oportunidade e experiência incrível que me proporcionou na Secretaria Estadual da Saúde.

Ao Dr. Luis Roberto Barradas Barata, Secretário de Estado da Saúde a partir de 2003, pela oportunidade de continuar o trabalho iniciado.

Ao Vladen Vieira, pelo companheirismo, pelos anos de trabalho compartilhado na SES e pela colaboração inestimável para este trabalho.

À Ana Lucia Vieira, pela colaboração na preparação dos dados para digitação.

À Ana Flávia Pagliusi, Ângela Spadari D'Amelio, Francisco Ferreira de Souza, Julie Silvia Martins e Maria Eglúcia Brandão pelo apoio e companheirismo durante os anos de convivência na área técnica de saúde bucal da SES-SP.

À Tania Izabel Bigheti Forni, pela colaboração neste trabalho, pela amizade e pelo apoio sempre presente na área técnica de saúde bucal da SES-SP e da SMS-SP.

À Doralice Severo da Cruz pela colaboração com os gráficos e pela amizade e apoio sempre presente na área técnica de saúde bucal da SES-SP e da SMS-SP.

À Flávia Emanuela Pereira Soares Ramos e Rodrigo Bernardino S. Ramos, pela colaboração com a remessa dos questionários e com os telefonemas aos municípios.

À Márcia Soares, pelo auxílio com o resumo em inglês.

À Sueli Moraes, pela colaboração na obtenção dos dados da produção ambulatorial e na elaboração dos mapas.

A Maria Adelaide Perrone, do Centro de Vigilância Sanitária da SES, pelo fornecimento dos dados do PROAGUA.

A Nadja Maria Moscoso Abdalla, Viviane Armindo Prado de Miranda, Lúcia Maria Alves de Lima, Helda Maria Lucarelli Elias, Hiroko Hatada Nishiyama, Maureen Ohara, Elisa Ferraz de Alvarenga, Maria Ines Abrantes de A. Brito, Rosele Alves de Araújo, Renato Maurício Cruz, José Carlos Amantéa, Cleuber Landre, Maria Auxiliadora, Elaine Aparecida F. Casarin, Cláudio Abrahão, Suzel Marlene Longhi Nunes de Oliveira, Olga Koshimizu, Adilson de Oliveira, Diana Tsuyako Sjikura, Severino Florêncio Neto, Vera Lúcia Morando Simi, Aparecida Soares Franco, Airton Dias Paschoal, Sueli Elizabeth Lemes Moreira, Vera Lúcia de Carvalho Pirk, Júlio Gomes Pagliusi, Jarbas Calvino, Sandra Lourenço Gomes, Maria do Carmo Benício e Maristela Luzia, Interlocutores de Saúde Bucal das Direções Regionais de Saúde, pelos anos de trabalho compartilhado e pelo apoio na obtenção dos dados.

À Cássia Liberato Muniz Ribeiro, Fernanda Lúcia de Campos, Caio Márcio Filippes, Dalila Aparecida Nogueira e Regina Auxiliadora de Amorim Marques, companheiros da área técnica de saúde bucal da SMS-SP, pelo apoio na reta final deste trabalho.

À Rosa Maria Vranjac, Sílvia Cristina Fedato Barbosa, Flávia Brandão Tena Pierozzi, José Miguel Tomazevic, Rui de Andrade Dammenhain, José Geraldo Lupato Conrado, Catalina Riera Costa, Carlos Bottazzo, Mariângela B. Cruz, Ângela Márcia B. Oliveira e Maristela Villas Boas Fratucci pela colaboração e amizade durante os anos de trabalho na SES-SP.

Aos Professores Doutores Paulo Capel Narvai e Paulo Frazão, pela amizade e pelo apoio prestado durante os anos de trabalho na SES-SP.

Aos secretários municipais de saúde e, em especial, aos coordenadores de saúde bucal dos municípios, sem os quais não teria sido possível esta pesquisa.

A todos os que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse finalizado.

Às minhas irmãs Márcia e Marta, ao meu irmão Milton, aos meus sobrinhos Neto, Renato, Ronaldo, Flávia, ao Flamarion, a toda minha família e à Elenice, pelo apoio sempre presente.

À Deus, pela existência.

Soares MC. **Panorama da Atenção em Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo de 1995 a 2003**. São Paulo, 2005. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP-USP]

### RESUMO

A Constituição Brasileira de 1988 reconhece como inerente à condição do ser humano o direito à saúde e, portanto, à saúde bucal, que é parte indissociável da saúde geral, criando, para a realização desse direito, o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, objetivou-se analisar como esse direito, no que tange à saúde bucal, foi realizado no Estado de São Paulo no período de 1995 a 2003. Foram utilizados indicadores obtidos a partir de dados de produção do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS, dados informados por 520 municípios em resposta a questionário encaminhado aos 645 municípios do estado, analisados segundo porte de município e área de abrangência das Direções Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Indicadores de qualidade foram obtidos por meio de dados disponibilizados pelo Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde e dados oficiais de pesquisas epidemiológicas. Observou-se nesse período uma ampliação dos procedimentos odontológicos da atenção básica em relação ao total de procedimentos básicos e um índice médio de 0,65 procedimento individual básico por habitante. Os procedimentos especializados representaram em média 5,59% do total de procedimentos odontológicos, e um índice de 0,04 procedimento por habitante. Os índices foram mais desfavoráveis nos municípios e regiões de maior densidade populacional. Segundo dados da pesquisa, aproximadamente 30% dos municípios não universalizaram a assistência odontológica. A relação cirurgião-dentista (CD) por habitante variou, do menor para o maior porte, de 1CD:1.003 para 1 CD:8.548; a média do estado foi de 1CD:3.552 habitantes. 95% da população tem acesso à água tratada e fluoretada e o índice CPO-D, aos 12 anos, foi de 2,75 em 2002. Apesar da evolução observada no período, é necessário ainda um esforço dos três níveis de gestão do SUS, com a necessária participação da sociedade, para que o direito constitucional de acesso integral às ações e serviços de saúde bucal se efetive para o conjunto da população residente no Estado de São Paulo.

Descritores: SUS (BR), Saúde Bucal; Odontologia; Saúde Pública.

Soares MC. **Oral Health Care in the ambit of the Unified Health System (SUS) in the State of São Paulo, Brazil, from 1985 to 2003.** São Paulo (BR) 2005. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP - USP]

### SUMMARY

The right to health is consacrated as inherent to the human being condition by the Brazilian Constitution of 1988, which created the Unified Health System the so called “SUS”, in order to guarantee the accomplishment of this essential right, which includes the right to oral health since it is an indissociable part of the general health. Thus, the proposal of this research was to demonstrate how this constitutional precept was fulfilled in the State of São Paulo during the 1995-2003 period as far as oral health is concerned.

It were utilized indicators gotten from “SUS” System of Ambulatorial Information’s production data, wich were obtained from the responses to a questionnaire sent do the Regional Branches of the State Secretary of Health, representing 520 among the 645 cities of the State, analyzed in accordance with the scope of each replier. Quality Indicators were attained from data released by the Center of Sanitary Monitoring of the State Secretary of Health and from available official data of epidemiological researches. An improving of the odontological basic care procedures, in relation to the total basic care procedures, and a 0.65 average index of individual procedure per inhabitant were observed in the researched period. The specialized procedures represented a 5.59% average in relation to the total odontological procedures and a 0.04 index of procedures per inhabitant. The indices were more unfavorable in the cities and areas of higher populational density. Accordingly to the research, 30% of the cities had not universalized the odontological assistance. The relation dentist/inhabitant varied, from the minor up to the major cities and regions, from 1: 1,003 to 1: 8,548; the State average was 1 dentist/3,532 inhabitants. 95% of the population had access to treated and fluorinated water and the DMFT index, for the 12 years old ones, reached 2.75 in the year of 2002. In spite of the expansion verified in the period, it is imperative that the SUS three management spheres, together with the civil social groups, make an effort in order to grant to the whole population of the State of São Paulo its constitutional right of integral access to the actions and services of public oral health .

Descritors: SUS (BR); Oral Health; Odontology; Public Health.

## Lista de abreviaturas e siglas

ACD	Auxiliar (atendente) de Consultório Dentário
AIS	Ações Integradas de Saúde
ATSB	Área Técnica de Saúde Bucal
BIRD	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CADAIS	Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde
CADASE	Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência à Saúde do Escolar
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CD	Cirurgião-Dentista
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CF	Constituição Federal
CIR	Conselho Intergestores Regional
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
COSEMS	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRS	Coordenadoria de Região de Saúde
DAE	Departamento de Assistência ao Escolar
DENPAO	Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Odontológica
DIR	Direção Regional de Saúde
ERSA	Escritório Regional de Saúde
FSP	Faculdade de Saúde Pública
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
GATS	Grupo de Avaliação Técnica em Saúde
GSP	Grande São Paulo
GEPRO	Grupo Especial de Desenvolvimento de Programas
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde

NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PABA	Piso da Atenção Básica Ampliada
PIB	Procedimento Individual Básico
PC	Procedimento Coletivo
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMS	Programa Metropolitano de Saúde
POI	Programação e Orçamentação Integrada
PPA	Plano de Pronta Ação
PRAOD	Programa de Reorientação da Assistência Odontológica
PROÁGUA	Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
PRONAM	Programa de Alimentação e Nutrição
PSF	Programa de Saúde da Família
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados e Estatística
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tratamento Completado
TCE	Terapêutica do Controle Epidemiológico
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo

## Lista de Figuras

- Figura 1** - Mapa do Estado de São Paulo com a distribuição das Direções Regionais de Saúde. 31
- Figura 2** - Distribuição dos municípios do Estado de São Paulo participantes da pesquisa segundo porte demográfico e Direções Regionais de Saúde da SES-SP em 2003. 32
- Figura 3** - Prevalência de cárie dentária em escolares aos 12 anos de idade. Estado de São Paulo, 1982, 1986, 1998 e 2002. 117

## Lista de Quadros

- Quadro 1** – Direções Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e localização da sede em 2003 31
- Quadro 2** – Porte de municípios do Estado de São Paulo agrupados segundo número de habitantes. São Paulo, 2003. 32
- Quadro 3** - Número e tipo de equipamentos odontológicos no âmbito do SUS nos municípios participantes da pesquisa, no Estado de São Paulo, segundo tipo de unidade de saúde e Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003. 82
- Quadro 4** – Número e tipo de equipamentos odontológicos no âmbito do SUS, nos municípios participantes da pesquisa, no Estado de São Paulo, segundo tipo de unidade de saúde e porte de município, em 2003. 83

## Lista de Tabelas

- Tabela 1** - Número e percentual de municípios e população, em relação ao total do Estado, segundo Direção Regional de Saúde (DIR) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2003. 42
- Tabela 2** - Número e percentual de municípios segundo porte em relação ao total do Estado de São Paulo, em 2003. 42
- Tabela 3** - Percentual de procedimentos odontológicos em relação ao total de procedimentos da atenção básica, realizados no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde (DIR) da Secretaria de Estado da Saúde, nos anos de 1995 a 2003. 44
- Tabela 4** - Percentual de procedimentos odontológicos em relação ao total de procedimentos da atenção básica, realizados no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de município, nos anos de 1995 a 2003. 44
- Tabela 5** - Comparação percentual do incremento da produção da atenção básica (PAB) e dos procedimentos odontológicos (Odonto) realizados no SUS do Estado de São Paulo segundo Direção Regional de Saúde (DIR) da Secretaria de Estado da Saúde, entre 2000 e 2003. 46
- Tabela 6** - Comparação percentual do incremento da produção da atenção básica (PAB) e procedimentos odontológicos (Odonto) realizados no SUS do Estado de São Paulo segundo porte de município, entre 2000 e 2003. 46
- Tabela 7** - Relação percentual entre os valores financeiros dispendidos com os procedimentos odontológicos e o total de procedimentos realizados na rede básica do SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2000. 48
- Tabela 8** - Relação percentual entre os valores financeiros dispendidos com os procedimentos odontológicos e o total de procedimentos realizados na rede básica do SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, de 1995 a 2000. 48

- Tabela 9** - Percentual de Procedimentos Coletivos em relação ao total de procedimentos odontológicos básicos realizados na população de 0 a 14 anos de idade no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003. 50
- Tabela 10** - Percentual de Procedimentos Coletivos em relação ao total de procedimentos odontológicos básicos realizados na população de 0 a 14 anos de idade no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de município, de 1995 a 2003. 50
- Tabela 11** - Percentual de procedimentos individuais preventivos em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica do SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretária de Estado da Saúde, de 1995 a 2003. 52
- Tabela 12** -.Percentual de procedimentos individuais preventivos em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de município, de 1995 a 2003. 52
- Tabela 13** - Percentual de procedimentos individuais restauradores em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, por Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003. 54
- Tabela 14** - Percentual de procedimentos individuais restauradores em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de município, de 1995 a 2003. 54
- Tabela 15** - Percentual de exodontias em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003. 56
- Tabela 16** - Percentual de exodontias em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, de 1995 a 2003. 56

- Tabela 17** - Distribuição percentual de procedimentos odontológicos básicos e especializados realizados no SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2000, 2002 e 2003. 58
- Tabela 18** - Distribuição percentual de procedimentos odontológicos básicos e especializados realizados no SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, em 2000, 2002 e 2003. 58
- Tabela 19** - Distribuição percentual de procedimentos especializados, por tipo, realizados no SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretária de Estado da Saúde, em 2000 e 2003. 64
- Tabela 20** - Distribuição percentual de procedimentos especializados, por tipo, realizados no SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, em 2000 e 2003. 64
- Tabela 21** - Acesso à primeira consulta odontológica na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003. 67
- Tabela 22** - Acesso à primeira consulta odontológica na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de município, de 1995 a 2003. 67
- Tabela 23** - Cobertura de Procedimentos Coletivos na população de 0 a 14 anos de idade realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003. 69
- Tabela 24** - Cobertura de Procedimentos Coletivos na população de 0 a 14 anos de idade realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, de 1995 a 2003. 69
- Tabela 25** - Relação média dos Procedimentos Individuais Básicos (PIB) por habitante, realizados na rede básica de saúde do SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003. 71

- Tabela 26** - Relação média dos Procedimentos Individuais Básicos (PIB) por habitante, realizados na rede básica de saúde do SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, de 1995 a 2003. 71
- Tabela 27** - Relação média de procedimentos especializados por habitante realizados no SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2000, 2002 e 2003. 73
- Tabela 28** - Relação média de procedimentos especializados por habitante realizados no SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de município, em 2000, 2002 e 2003. 73
- Tabela 29** - Relação média por tipo de procedimento especializado por habitante realizado no SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003. 74
- Tabela 30** - Relação média por tipo de procedimento especializado por habitante realizado no SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de município, em 2003. 74
- Tabela 31** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa em relação aos existentes no Estado de São Paulo e abrangência populacional, segundo Direção Regional da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003. 76
- Tabela 32** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa em relação aos existentes no Estado de São Paulo e abrangência populacional, segundo porte de município, em 2003. 76
- Tabela 33** - Número de unidades de saúde com atendimento odontológico no âmbito do SUS, nos municípios participantes da pesquisa, no Estado de São Paulo, segundo tipo de unidade e Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003. 79
- Tabela 34** - Número de unidades de saúde com atendimento odontológico no âmbito do SUS, nos municípios participantes da pesquisa, no Estado de São Paulo, segundo tipo de unidade e porte de município, em 2003. 79

- Tabela 35** - Número e percentual de equipes de saúde bucal implantadas no Programa de Saúde da Família, nos municípios participantes da pesquisa, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo modalidade e Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde em 2003. 84
- Tabela 36** - Número e percentual de equipes de saúde bucal implantadas no Programa de Saúde da Família, nos municípios participantes da pesquisa, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo modalidade e porte de município, em 2003. 84
- Tabela 37** - Número e percentual de cirurgiões-dentistas da rede de saúde no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de unidade e Direção Regional de Saúde, em 2003. 86
- Tabela 38** - Número e percentual de cirurgiões-dentistas da rede de saúde no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de unidade e porte de município, em 2003. 86
- Tabela 39** – Número e percentual de cirurgiões-dentistas na rede básica no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisas, segundo carga horária semanal contratada e Direção Regional de Saúde, em 2003. 87
- Tabela 40** – Número e percentual de cirurgiões-dentistas na rede básica no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo carga horária semanal contratada e porte de município, em 2003. 87
- Tabela 41** - Relação cirurgião-dentista por habitante, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de atenção e Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003. 89
- Tabela 42** - Relação cirurgião-dentista por habitante, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de atenção e porte de município, em 2003. 89

- Tabela 43** - Número e percentual de auxiliares de consultório dentário da rede básica de saúde no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de unidade de saúde e Direção Regional de Saúde, em 2003. 91
- Tabela 44** - Número e percentual de auxiliares de consultório dentário da rede básica de saúde no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de unidade e porte de município, em 2003. 91
- Tabela 45** - Número e percentual de técnicos em higiene dental da rede básica no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa segundo a unidade de saúde e Direção Regional de Saúde, em 2003. 93
- Tabela 46** - Número e percentual de técnicos em higiene dental da rede básica no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo a unidade de saúde e porte de município, em 2003. 93
- Tabela 47** - Relação auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental por cirurgião-dentista, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003. 94
- Tabela 48** - Relação auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental por cirurgião-dentista, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo porte de município, em 2003. 94
- Tabela 49** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo população alvo em que são realizados Procedimentos Coletivos e Direção Regional de Saúde, em 2003. 96

- Tabela 50** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo população alvo em que são realizados Procedimentos Coletivos e porte de municípios, em 2003. 96
- Tabela 51** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo população alvo em que são realizadas ações educativas em unidades básicas de saúde, por Direção Regional de Saúde, em 2003. 98
- Tabela 52** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo população alvo em que são realizadas ações educativas em unidades básicas de saúde, por porte de município, em 2003. 98
- Tabela 53** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo população alvo em que são realizadas ações assistenciais programadas em unidades básicas de saúde e Direção Regional de Saúde, em 2003. 100
- Tabela 54** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo população alvo em que são realizadas ações assistenciais programadas em unidades básicas de saúde e porte de município, em 2003. 100
- Tabela 55** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo população alvo em que são realizadas ações assistenciais programadas em Unidades de Saúde da Família e Direção Regional de Saúde, em 2003. 102
- Tabela 56** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo em 2003, segundo população alvo em que são realizadas ações assistenciais programadas em Unidades de Saúde da Família e porte de município, em 2003. 102
- Tabela 57** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo e distribuição percentual segundo a utilização de materiais restauradores e Direção Regional de Saúde, em 2003. 104

- Tabela 58** - Número de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo e distribuição percentual segundo a utilização de materiais restauradores e porte de município, em 2003. 104
- Tabela 59** - Número de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo e distribuição percentual segundo a utilização de critérios de risco para as doenças bucais no planejamento dos procedimentos coletivos e ações assistenciais e Direção Regional de Saúde, em 2003. 106
- Tabela 60** - Número de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo e distribuição percentual segundo a utilização de critérios de risco para as doenças bucais no planejamento dos procedimentos coletivos e ações assistenciais e porte de municípios, em 2003. 106
- Tabela 61** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo local de atendimento às urgências odontológicas e Direção Regional de Saúde, em 2003. 108
- Tabela 62** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo local de atendimento às urgências odontológicas e porte de município, em 2003. 108
- Tabela 63** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo serviços especializados e Direção Regional de Saúde, em 2003. 110
- Tabela 64** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo serviços especializados e porte de município, em 2003. 110
- Tabela 65** - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo serviços especializados e Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003. 113

<b>Tabela 66</b> - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo serviços especializados e porte de município, em 2003.	113
<b>Tabela 67</b> - Percentual de crianças livres de cárie dentária aos 12 anos de idade, na rede pública e privada de ensino do Estado de São Paulo, nos anos de 1998 e 2002.	116
<b>Tabela 68</b> - Índice CPO-D em diferentes grupos etários, Estado de São Paulo, em 1998 e 2002.	118
<b>Tabela 69</b> - Índice ceo aos 5 anos e CPO-D aos 12, 18, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade, segundo Direção Regional de Saúde do Estado de São Paulo, em 1998.	118
<b>Tabela 70</b> - Percentual de crianças de 12 anos de idade segundo condição de oclusão no Estado de São Paulo, em 1998 e 2002.	119
<b>Tabela 71</b> - Percentual de escolares de 12 anos de idade, segundo graus de fluorose no Estado de São Paulo, em 1998 e 2002.	120
<b>Tabela 72</b> - Percentual de escolares de 12 anos de idade, segundo DIR e graus de fluorose no Estado de São Paulo em 1998.	121
<b>Tabela 73</b> - Percentual de escolares aos 5 anos de idade no Estado de São Paulo, segundo DIR e graus de fluorose, em 1998.	122
<b>Tabela 74</b> - Número e percentual de indivíduos segundo necessidade ou não de prótese dentária total superior inferior e idade. Estado de São Paulo em 2002.	123
<b>Tabela 75</b> - Número e percentual de indivíduos segundo necessidade ou não de prótese dentária total e idade. Estado de São Paulo em 2002.	123

## ÍNDICE

1. Introdução.....	1
2. Revisão da literatura.....	5
2.1. Antecedentes históricos.....	5
2.1.1. Sistemas de Saúde no Brasil e a Reforma Sanitária.....	5
2.1.2. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.....	8
2.2. Políticas Públicas de Saúde Bucal no Estado de São Paulo.....	12
2.2.1. Do início do século XX à década de 40.....	12
2.2.2. Da década de 40 até os anos 90.....	16
2.2.3. Diretrizes para a Política de Saúde Bucal de 1995 a 2003.....	20
3. Objetivos.....	23
3.1 Objetivo geral.....	23
3.2. Objetivos específicos.....	23
4. Método.....	24
4.1. Fonte de dados.....	30
4.2. Variáveis.....	38
4.3. Aspectos éticos.....	40
5. Resultados.....	41
5.1. Indicadores baseados nos dados do SIA/SUS.....	41
5.1.1. População de referência por DIR e porte de município.....	41
5.1.2. Indicador de eficiência.....	43
5.1.2.1. Priorização da Saúde Bucal na Atenção Básica.....	43
5.1.3 Indicador de Modelo de Atenção.....	49
5.1.3.1. Percentual de Procedimentos Coletivos.....	49
5.1.3.2. Percentual de Procedimentos Individuais Preventivos.....	51
5.1.3.3. Percentual de Procedimentos Restauradores.....	53
5.1.3.4. Percentual de Procedimentos Cirúrgicos (exodontias).....	55
5.1.3.5. Percentual de Procedimentos Especializados.....	57
5.1.3.6. Percentual de Procedimentos Especializados por tipo de procedimento.....	59

5.1.4. Indicadores de Efetividade.....	65
5.1.4.1. Acesso à primeira consulta odontológica.....	65
5.1.4.2. Cobertura de Procedimentos Coletivos.....	68
5.1.4.3. Relação média de procedimentos individuais básicos por habitante....	70
5.1.4.4. Relação média de procedimentos especializados por habitante.....	72
5.1.4.4.1. Relação média de procedimentos especializados por tipo.....	72
5.2. Indicadores baseados nos dados primários.....	75
5.2.1. Indicadores de Eficiência.....	77
5.2.1.1. Percentual de unidades de saúde com atendimento odontológico e relação média de unidades de saúde por habitantes.....	80
5.2.1.2. Relação equipamentos por habitante.....	80
5.2.1.3. Percentual de equipes de saúde bucal em PSF segundo modalidade...	83
5.2.1.4. Relação média Cirurgião-Dentista por habitante.....	85
5.2.1.5. Relação média ACD/CD.....	90
5.2.1.6. Relação média THD/CD.....	92
5.2.2. Indicadores de Modelo de Atenção.....	95
5.2.2.1. Percentual de municípios que realizam PC segundo população alvo...	95
5.2.2.2. Percentual de municípios que realizam ações educativas segundo população alvo.....	97
5.2.2.3. Percentual de municípios que realizam assistência individual programada segundo população alvo.....	99
5.2.2.4. Informações adicionais.....	103
5.2.2.4.1. Percentual de utilização de materiais restauradores .....	103
5.2.3.4.2. Percentual de municípios que utilizam critérios de risco no planejamento das ações coletivas e assistenciais.....	105
5.2.2.5. Percentual de municípios que realizam atendimento às urgências odontológicas.....	107
5.2.2.6. Percentual de municípios que ofertam atendimento odontológico especializado.....	109

5.3. Indicadores de Qualidade.....	114
5.3.1. Acesso à Água tratada e fluoretada.....	114
5.3.1.2. Vigilância da fluoretação das águas dos Sistemas Públicos de Abastecimento.....	115
5.3.2. Indicadores Epidemiológicos.....	116
5.3.2.1. Indicadores referentes à Cárie Dentária.....	116
5.3.2.2. Indicadores referentes à Condição Periodontal.....	119
5.3.2.3. Indicadores referentes à Oclusão Dentária.....	119
5.3.2.4. Indicadores referentes à Fluorose Dentária.....	120
5.3.2.5. Indicadores referentes à necessidade de prótese dentária total.....	123
6. Discussão.....	124
7. Conclusão.....	136
8. Referências.....	139
Anexos .....	
Anexo 1. Carta de apresentação do questionário .....	A1
Anexo 2. Questionário para a coleta de dados.....	A2
Anexo 3. Relação dos procedimentos odontológicos do SIA/SUS .....	A3
Anexo 4. Relação dos municípios que participaram da pesquisa segundo DIR.....	A4

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde como um direito inerente à condição humana é amplamente reconhecido pela Constituição Federal (CF) de 1988 em diferentes artigos, reconhecimento expresso inicialmente na caracterização da República Federativa do Brasil como um Estado Democrático de Direito, que tem como fundamentos, dentre outros, a “dignidade da pessoa humana” (CF, Art. 1º, III) e em seus objetivos fundamentais expressos no Artigo 3º - III - “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e IV – promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Esse direito é reiterado ao definir a saúde como um dos direitos sociais (Art. 6º) e é evidenciado expressamente no Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A competência para a realização desse direito é definida como comum às três esferas de governo: “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (...) cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (CF, Art. 23, II).

Todavia, cabe aos municípios “prestar, com a cooperação técnica e financeira do Estado e da União, serviços de atendimento à saúde da população”. Segundo DALLARI (1995) “a conclusão inevitável do exame da atribuição de competência em matéria sanitária é que a Constituição Federal vigente não isentou qualquer esfera de poder público da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde. Assim, a saúde - “dever do Estado (Art. 196) - é responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, operacionalizada em um Sistema Único de Saúde cuja instituição e diretrizes são expressas nos artigos 198, 199 e 200.

Sobre o conceito jurídico de saúde expresso na Constituição Federal, DALLARI (1995) considera que a mesma fornece muitas indicações nesse sentido. A partir do entendimento de que a palavra *saúde* apresenta “hodiernamente um núcleo claro, preciso, determinado: a ausência manifesta de doença” e “um halo nebuloso, expresso por termos imprecisos, ou seja o bem estar físico, mental e social”, reporta que a Constituição Federal estipula, nos diferentes artigos citados

anteriormente, além de outros, “critérios para que a saúde seja corretamente determinada em seu texto”. “Ao vincular sua realização à políticas sociais e econômicas e o acesso às ações e serviços destinados não só à sua recuperação, mas também à sua promoção e proteção, adota o conceito que engloba a ausência de doença e o bem-estar”, implicando a definição de uma política pública que vise seu cuidado, sua defesa e sua proteção (CF, Art. 23, II e Art. 24, XII). O conteúdo do conceito constitucional é lembrado também com referência ao educando (CF, Art. 208, VII) - “garantia da assistência sanitária”, como deve ser igualmente assegurado à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à saúde, que será promovido por programas de assistência integral à saúde, exigindo a aplicação de um percentual dos recursos públicos destinados à saúde para a assistência materno-infantil (CF, Art. 227, §1º, I)”.

Essa propositura parece-nos incorporar o entendimento de que “saúde e doença são estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais” aliados ao “meio ambiente, ao estilo de vida e ao acesso aos sistemas e serviços de saúde, numa permanente inter-relação e interdependência” (ALMEIDA e col. 2002).

“A saúde, enquanto questão humana e existencial, é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição e significados. Pois a saúde e a doença exprimem agora e sempre uma relação que pervade o corpo individual e social, confrontando com a turbulência do ser humano **enquanto ser total** (grifo da autora). Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos, vividos culturalmente porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pela qual ela enfrenta coletivamente seu

medo da morte e exorciza seus fantasmas. Nesse sentido, saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências. Portanto, qualquer ação de tratamento, prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige” (MINAYO 1989).

O conceito de saúde deve ser, assim, entendido na plenitude da condição do ser humano. E se uma “parte” localizada desse ser adocece, então é todo o ser que adocece, que sofre. Pois “a doença não diz respeito apenas a uma parte de nosso ser, mas envolve a totalidade de nossas vidas” (DIAS 2002).

Ora, é inconcebível um ser humano sem sua boca. Assim, a saúde da boca, ou saúde bucal, é inseparável da saúde geral do ser humano e assim deve ser considerada.

“A Saúde Bucal, parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à sua organização”. “A luta pela saúde bucal está intimamente vinculada à luta pela melhoria de fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos o que caracteriza a responsabilidade do Estado em sua manutenção” (1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal 1986).

A saúde bucal deve ser, portanto, entendida como um direito de cidadania, intrínseco ao ser humano, assegurado na Constituição Brasileira e em toda legislação subsequente.

Mas para que esse direito se concretize, segundo Bobbio (1992), citado por BELTRAME (2003) é necessária “a passagem do direito pensado ao direito realizado”.

E para que esse direito seja realizado, é indispensável um conjunto de medidas que configurem políticas públicas capazes de atuar de forma positiva nos determinantes socioeconômicos e culturais do processo saúde-doença.

Estas medidas implicam possibilitar ao conjunto de cidadãos o acesso universal e equânime a um sistema de atenção em saúde bucal que, para a autora, assume o significado expresso por NARVAI, em 1993:

“A atenção à saúde bucal é constituída, pelo conjunto de ações que, incluindo a assistência odontológica individual, não se esgota nela, buscando atingir grupos populacionais através de ações de alcance coletivo, com o objetivo de manter a saúde bucal. Tais ações podem ser desencadeadas e coordenadas externamente ao próprio setor saúde (geração de empregos, renda, saneamento, habitação, lazer) e mesmo internamente à área odontológica (difusão em massa de informações, ações educativas, controle de dieta, de placa etc.)”.

Este, pois, é o objeto deste estudo: a saúde bucal, enquanto direito de cidadania e como o Sistema Único de Saúde de São Paulo vem realizando esse direito.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. Antecedentes Históricos**

#### **2.1.1. Sistemas de Saúde no Brasil e a Reforma Sanitária**

O que hoje é denominado seguridade social tem início no Brasil em 1923, com a organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) - sociedades civis organizadas por empresas, com autonomia em relação ao estado, oferecendo como benefícios auxílios pecuniários e assistência médica, que compravam serviços de atenção médica junto ao setor privado. As CAP são substituídas no Estado Novo pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), com maior controle do Estado, e são organizadas por categorias profissionais. Aos que não se inseriam no mercado de trabalho restava o atendimento pelas instituições filantrópicas (BELTRAME 2003).

Em 1930 é criado o Ministério da Saúde e da Educação, voltado essencialmente à realização de campanhas sanitárias de forma centralizada, impondo aos estados e municípios uma estrutura para assistência às endemias em dispensários por patologias e, posteriormente, em unidades polivalentes - Centros de Saúde. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde composto pelos serviços nacionais de controle às endemias (CÂMARA FEDERAL 1995).

Os IAP são, em 1967, unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com o objetivo de uniformizar os benefícios para todos os contribuintes. A assistência médica passa a ser obrigatória a todos os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho e seus dependentes, com seqüente aumento de demanda por serviços médicos, superior à capacidade de oferta, expandindo-se credenciamentos, contratos e convênios com a rede privada, o que ocasionou fraudes e desvios. Em 1975, é estabelecido o Plano de Pronta Ação (PPA), que estende para toda população urbana o acesso aos serviços médico-ambulatoriais de urgência/emergência. Em 1975, a Lei 6.229 cria o Sistema Nacional de Saúde, onde a participação dos municípios seria principalmente nos serviços de emergência. Em 1977, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), separando-se as áreas de assistência social e assistência médica, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (ALMEIDA 1995; BELTRAME 2003).

É oportuno assinalar alguns fatos ocorridos também na década de 70. Frente ao crescente problema social, organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe

(CEPAL), efetuam recomendações sobre formulação de políticas sociais para as populações “marginalizadas”, que no Plano Decenal de Saúde para as Américas (OPAS/OMS, MS/1972) são traduzidas com a propositura de extensão dos serviços médicos sobretudo no campo. “Em função da crise social e da crise no setor saúde, é esboçado um referencial doutrinário e conceitual de regionalização, hierarquização e integração dos serviços, que o Brasil procura operacionalizar com o PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, a partir de 1976, inicialmente no Nordeste e posteriormente estendido a todo o país, procurando articular INAMPS, Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Prefeituras, e também o II PRONAM – Programa de Alimentação e Nutrição” (ALMEIDA 1995).

Fato relevante ocorrido em 1978, que teve grande influência no processo de expansão e articulação das secretarias municipais de saúde foi a Conferência Internacional de Saúde de Alma Ata – que formula as recomendações sobre os cuidados primários em saúde, iniciando-se convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, que, no entanto não logram atingir sua potencialidade (ALMEIDA 1995).

Nos anos 70, com a crise no sistema devido a iniquidades como desvios de verbas na Previdência e fraudes, inicia-se o que veio a denominar-se Movimento Sanitarista, encabeçado pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), objetivando discutir e propor ações para uma Política Nacional de Saúde – o que culmina com o denominado Movimento de Reforma Sanitária (BELTRAME 2003). Esse momento da história brasileira é bem retratado por BOTTAZO (2003):

“Foi no âmbito das lutas políticas dos anos 70 e 80, da luta contra a opressão e a ditadura, conduzida sob a égide das liberdades democráticas, que grupos de profissionais da saúde, professores universitários, pesquisadores e estudantes se aliaram ao movimento popular e dos trabalhadores para reivindicar melhores condições de vida para a população. São criticadas as políticas públicas de saúde, a estruturação dos serviços médicos e a própria medicina. São apontadas falhas estruturais do modelo implementado pelo regime militar, a centralização e a verticalização dos programas, as políticas do financiamento e a formação de recursos humanos e todas as iniquidades da ditadura e todas as fraudes do sistema são trazidas à tona”.

Em decorrência dessa crise, o governo cria o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária - CONASP (Decreto 86.329, de 2/9/1981), com o objetivo de estabelecer novas diretrizes para a assistência médica previdenciária, racionalizando-a e diminuindo custos. Surge então o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, que propõe três medidas básicas: integração e articulação dos serviços de saúde nos três níveis de governo; priorização e utilização da capacidade instalada, racionalização e restrição à compra de serviços de terceiros e busca de maior compromisso da assistência previdenciária com os serviços básicos de saúde: articulação e integração da estrutura da saúde pública com a medicina previdenciária. Esse Plano é aprovado pela Portaria MPAS 3.062, de 23/8/1982 e passa a ser denominado plano CONASP, materializando-se a partir de 1983 por meio de convênios interinstitucionais entre o INAMPS/SINPAS e as secretarias estaduais e municipais de saúde com o objetivo de implementar as denominadas “Ações Integradas de Saúde” (AIS). Em julho de 1987 é aprovado o Decreto 94.657 que institui o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que passa a orientar a estratégia de transição dos sistemas existentes – saúde pública e previdenciária – para um sistema integrado, com a gerência descentralizada para os estados e municípios através do estabelecimento de convênios de integração e articulação dos serviços existentes, apontando para um Sistema Único de Saúde que é, então criado pela Constituição de 1988 (CÂMARA FEDERAL 1995).

## 2.1.2. Secretaria da Saúde de São Paulo

No Estado de São Paulo, a atual Secretaria de Estado da Saúde (SES) teve sua origem no Decreto 28, de 1/3/1892, que organizou dentre outras, a Secretaria do Interior, que concentrava os assuntos relativos à saúde, educação e organização política. Essa Secretaria foi transformada em 1931 em Secretaria da Educação e Saúde Pública (Decreto 4.917). Os assuntos referentes à saúde foram desvinculados do ensino em 28 de junho de 1947, quando o Decreto-Lei 17.339 criou a Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social, que em 29/12/1967 teve sua denominação alterada para Secretaria de Saúde Pública, pelo Decreto 49.165 (FUNDAP 2003).

Posteriormente, por meio do Decreto nº 52.182, de 16/7/1969, a Secretaria da Saúde Pública passou a denominar-se Secretaria da Saúde e ganhou nova organização. O Decreto 13.350, de 9/3/1979, propôs sua ampla reestruturação; contudo, o Decreto 13.640, de 4/7/1979, o revogou e fez prevalecerem os dispositivos do Decreto 52.182/69 e outros posteriores, que lhe acrescentam unidades.

Com o propósito de se expandir os serviços de saúde, um grupo de trabalho foi instituído na SES, em 1979, para elaborar o documento que embasou o Programa Metropolitano de Saúde (PMS), implantado a partir de 1982, que resultou na expansão da oferta de serviços básicos na Região Metropolitana da Grande São Paulo (GUEDES e col. 1981).

A Secretaria foi reorganizada em 17/7/1986, pelo Decreto 25.519. Foram criados 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSA), como unidades de gerência e as respectivas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CRIS), instâncias interinstitucionais de coordenação regional dos serviços de saúde, com o objetivo precípuo de buscar a integração programática das ações desenvolvidas pelos níveis federal e estadual em articulação com os municípios.

Segundo TOLEDO (1991), essa reorganização levou “à formulação de uma nova estrutura para o nível central da SES, sintonizada com o novo modelo assistencial e concebida articuladamente com o nível regional, de forma a prover o trabalho agora desenvolvido pelos ERSA, de suporte técnico e administrativo. A estrutura central, verticalizada e compartimentalizada em coordenadorias, foi descentralizada e regionalizada”.

Continuando a reformulação, foram criadas, em 1987, cinco Coordenadorias de Regiões de Saúde (CRS) com a finalidade de coordenar os ERSA de suas respectivas áreas de abrangência, alocar recursos financeiros orçamentários e compatibilizar os planos, programas, projetos e propostas de orçamentos regionais.

Nesse mesmo ano, foi criado também o Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde (CADAIS), como órgão de assessoria ao Secretário de Saúde, dos ERSA e dos demais níveis da SES, cuja missão era fornecer subsídios técnicos e científicos requeridos pela nova proposta de política de modelo assistencial.

Paralelamente, no Instituto de Saúde foram constituídos os Grupos Especiais de Desenvolvimento de Programas (GEPRO), formados matricialmente por especialistas e técnicos de diversas instituições para promover o monitoramento e avaliação de programas específicos (TOLEDO 1991).

Finalmente, o Decreto 26.774, de 18/2/1987, dá nova organização básica à Secretaria da Saúde.

Em julho do mesmo ano, foi instituído, pelo Decreto Federal 94.657, de 20/7/1987, o Programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que viria a impactar a organização da Secretaria, uma vez que possibilitava que ela recebesse atribuições até então exclusivas do Governo Federal, exercidas pelo INAMPS (FUNDAP 2003).

Para tanto, foi assinado o convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com a participação do INAMPS de um lado e o Governo do Estado de São Paulo, com a participação da Secretaria de Estado da Saúde, com a interveniência do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Foi formada a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), que iniciou o trabalho de unificação dos órgãos federais e estaduais; inicialmente, a passagem das funções exercidas pelo INAMPS para a SES, em estruturas transitórias que gradualmente passaram a incorporar a estrutura da SES (TOLEDO 1991).

Um fato importante a ser recordado, quando da implantação das AIS, e posteriormente do SUDS, diz respeito ao planejamento. A partir de 1986, foi implantada a Programação e Orçamentação Integrada (POI) para integrar a programação de recursos dos estados e municípios ao do MPAS.

A POI/87 propunha a integralidade e a horizontalização na execução das ações, a superação da dissociação entre as ações de saúde coletiva e de assistência médico-hospitalar, a correção de paralelismo e superposição de ações, a otimização

dos recursos existentes e o fortalecimento da gestão colegiada, ao articular as esferas federal, estadual e municipal. Com a implantação do SUDS ocorre um aprimoramento dessa proposta que levou à proposição do Plano Diretor (TOLEDO 1991).

Em 1995, a SES sofreu nova reorganização, com a finalidade de adequá-la ao novo momento de implantação do Sistema Único de Saúde e às novas diretrizes do Governo Estadual por meio dos Decretos 39.896, de 1/1/1995 e 40.082, de 15/5/1995 (SÃO PAULO 1995 e 1996), pois, segundo RONCALLI, em 2003, citando Cunha e Cunha (1998):

“É claro que após alguns anos de sua implantação legal o SUS não é hoje uma novidade. No entanto, apesar do tempo decorrido e da clareza das definições legais, o SUS significa transformação e, por isso, processo político e prático de fazer das idéias a realidade concreta. A afirmação legal de um conceito é um passo importante, mas não é em si mesma uma garantia de mudança. Construção é a idéia que melhor sintetiza o SUS”.

Como já visto anteriormente, a descentralização das unidades de saúde estaduais – centros de saúde e laboratórios - para os municípios, começou a ocorrer em 1982, com o Programa Metropolitano de Saúde, a partir também de 1983, com as AIS e posteriormente com o SUDS. Entretanto, apenas a gerência estava municipalizada.

A municipalização da gestão iniciou-se efetivamente a partir da edição da Norma Operacional Básica (NOB 1/93), que instituiu três tipos de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Apenas neste último nível de gestão os municípios tinham o controle da gestão do sistema. Estabeleceram-se também as Comissões Intergestores Tripartite e Comissões Intergestores Bipartite, e a transferência fundo a fundo conforme o tipo de gestão (NOB1/93).

Em 1995, apenas 11 municípios encontravam-se na gestão semiplena; 123 na gestão incipiente e 323 sem nenhuma habilitação (BARATA e col. 2003).

Em 1996 foi editada a NOB 1/96, que trouxe mais avanços no sistema de descentralização. Foram instituídos o Piso da Atenção Básica (PAB) e incentivos financeiros para programas específicos, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (MS 1996). A partir de sua implantação, que viria a ocorrer apenas em 1998, verificou-se o aumento de

recursos financeiros federais diretamente para os fundos municipais de saúde. Foram redefinidos dois tipos de gestão: Plena do Sistema e Plena da Atenção Básica.

Desde o início de 1995, em parceria com o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) - Dr. Sebastião de Moraes, a SES coordenou um grande processo de municipalização e chegou a 2003 com 161 municípios habilitados na gestão plena do sistema e 483 na plena da atenção básica; a capital assumiu a gestão plena da atenção básica apenas em 2001 e em 2003 a gestão plena do sistema.

Até meados de 2002 todas as unidades de saúde estaduais da atenção básica da cidade de São Paulo foram municipalizadas.

Esse processo de municipalização trouxe inegáveis avanços, mas também alguns problemas como a fragmentação do sistema e alguns municípios “fechando suas portas para usuários de outros, no que diz respeito às ações de maior complexidade” (BARATA e col. 2003).

Para aprimorar esse processo foi editada pelo MS a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 1/2001, posteriormente reeditada em 2002, que propôs a estratégia da regionalização a partir de um plano diretor de regionalização, definindo áreas geográficas, fluxos e pactuações entre os gestores, no sentido de ordenar as redes de referência e contra-referência.

A NOAS propôs também nova forma de habilitação - o Piso da Atenção Básica Ampliada (PABA), para maior resolutividade nesse nível de atenção (MS 2002).

Posteriormente, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2023/GM, de 23/9/2004, que estabelece, em seu artigo 4º, como única modalidade de habilitação dos municípios a Gestão Plena do Sistema Municipal.

## **2.2. Políticas Públicas de Saúde Bucal no Estado de São Paulo.**

### **2.2.1. Do início do século XX até a década de 40**

As práticas de saúde bucal começaram a ser introduzidas nos sistemas públicos de São Paulo de forma tímida, se comparada à história das práticas sanitárias do começo do século XX e com uma inserção, segundo TOLEDO (1995), “reducionista, na linha do então movimento puericultor e de higiene escolar, numa prática meio que caritativa de assistência às crianças pobres, não se identificando como prática inserida na saúde pública”.

MARTINO (2003) efetuando uma revisão de leis, decretos e publicações dos 30 anos iniciais do século XX, encontrou uma primeira referência sobre a inserção de cirurgiões-dentistas no decreto 87, de 29 de julho de 1892, que organizou o Serviço Sanitário. Em 1931, com o Decreto 4891, que reorganizou esse serviço, foi criado um cargo de Inspetor Dentista na Inspetoria de Fiscalização de Medicina e Pharmacia e um cargo de Inspetor Dentário na Inspetoria de Hygiene Escolar e Educação Sanitária.

Entretanto, a inspeção médica escolar já fora criada em 1912, passando posteriormente a ser subordinada à Inspetoria Geral de Instrução Pública. E nessa inspetoria foi criado em 1925, com o Decreto 3.858, de 11 de junho, um cargo de inspetor dentário.

O Decreto 4.600, de 30.5.1929, que regulamentou pela primeira vez o “Serviço Dentário Escolar”, deixou claro, em seu texto, a existência prévia de gabinetes dentários em estabelecimentos de ensino. A Revista Odontológica Brasileira de 1912 citou a inauguração do primeiro Dispensário de Assistência Dentária Escolar de São Paulo, no Grupo Escolar Prudente de Moraes. Em seguida foram inaugurados mais dois dispensários em Grupos Escolares da Barra Funda e da Bela Vista, conforme a Revista Odontológica Brasileira de 1913. Segundo a mesma revista, em sua edição de 1929, quando ocorreu a primeira regulamentação dos serviços dentários escolares já existiam 25 gabinetes dentários em escolas. Na verdade, os primeiros dispensários foram criados por iniciativa particular e faziam parte da Associação Paulista de Assistência Dentária Escolar; entretanto, em 1913 a Câmara Municipal de São Paulo aprovou um auxílio financeiro à mesma, segundo a revista já citada em sua edição de 1914 (MARTINO 2003).

Com a reforma de 1931, a Inspetoria Geral de Instrução Pública passou a fazer parte do Serviço Sanitário com o nome de Inspetoria de Hygiene Escolar e Educação Sanitária.

MARTINO (2003) referiu que o discurso do Dr. Vieira de Mello, médico e diretor geral da Assistência Dentária Escolar, proferido quando foi inaugurado o primeiro dispensário em 1911, revelava preocupação “com os estragos produzidos pela cárie dentária e outras affecções da bocca sobre a saúde geral da infância e do adolescente”. A preocupação com um sistema de referências para especialidades já era presente também em citações de Vieira de Mello:

“é ainda de nosso programa a criação de dispensários nas principais cidades deste Estado e de um Dispensário Central, na Capital, confiando a Cirurgiões–Dentistas que tenham se especializado em trabalhos de prothese dentária para a execução de trabalhos que não possam ser efetuados nos dispensários escolares”. E também a preocupação com um sistema de informação: “no que diz respeito a registro de escolares que vão ser tratados, nada falta, encontrando-se na portaria um livro para o registro geral e no gabinete dos dentistas, fichas dentárias individuaes, com esquema de dentes temporários e permanentes, livros registrados, cartões, guias de inscrições etc.”.

MARTINO (2003) constatou também a disputa pela primazia da idéia de instalação de clínicas dentárias escolares:

“(....) que embora se queira attribuir ao doutor Vieira de Mello essa iniciativa, em São Paulo, em absoluto ela não é verdadeira. A criação de clínicas dentárias escolares é um problema que foi bastante discutido em assembléia de 29 de março de 1912, da Associação Paulista de Cirurgiões–Dentistas”.

### 2.2.2. Da década de 40 até os anos 90

A despeito da separação, em 1967, das secretarias de educação e de saúde, permaneceu na secretaria da educação a assistência médico-odontológica ao escolar. Esta foi fortalecida com a criação, em 1976, do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE), por meio do Decreto 7.510, de 29 de janeiro, que reorganizou a Secretaria de Estado da Educação. No DAE foram criadas três divisões: Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Odontológica (DENPAO); Divisão de Estudos, Normas e Programas em Assistência Médica e Divisão de Estudos, Normas e Programas em Nutrição.

O DAE foi transferido para a Secretaria da Saúde pelo Decreto 26.962, de 22/4/1987, sendo transformado no Centro de Apoio ao Desenvolvimento da Assistência à Saúde do Escolar (CADASE), constituindo-se em órgão de assessoria aos níveis regionais e municipais. Seus recursos humanos e materiais foram transferidos para os ERSA correspondentes à sua situação geográfica, aos quais se vincularam administrativamente (ARAÚJO 1994).

Com a descoberta dos efeitos do flúor na redução da prevalência da cárie dentária e a proposição, nos anos 50, do denominado Sistema Incremental de Atendimento, que racionalizava a assistência aos escolares, a cárie dentária passou a ser encarada como um problema de saúde pública, uma vez que preenchia os requisitos propostos por Sinai: (1) constitui causa comum de morbidade e mortalidade; (2) existem métodos eficazes de prevenção e controle e (3) tais métodos não estão sendo utilizados adequadamente (CHAVES 1986; p. 25).

CHAVES relatou que um grupo de consultores, reunidos em 1954 pela OMS, enumerou as cinco principais doenças que constituíam maior agravo à saúde bucal: (1) cárie dentária; (2) periodontopatias; (3) maloclusões; (4) lábio leporino e goela-de-lobo e (5) câncer da boca. E a essas, baseado em sugestão de Striffler em 1956, acrescentou as seguintes doenças: (6) fluorose dentária; (7): seqüelas de traumatismos faciais; (8) estigma de sífilis congênita e (9) doenças ocupacionais com manifestações bucais (CHAVES 1986; p. 25).

Em 1952 foi implantado em Aimorés (MG) o primeiro Programa Incremental de Atendimento Odontológico, pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (criado em 1942); este programa foi disseminado para todo o país, dirigido especialmente a escolares, com o objetivo de controlar a cárie dentária que exibia

alta prevalência no país e também em São Paulo. Até o final dos anos 70 e década de 80, os programas incrementais, com algumas modificações, predominaram e basicamente realizaram-se em escolas pelos serviços dentários escolares, então pertencentes às Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, como em São Paulo (NARVAI 1993; TOLEDO 1995).

Segundo NARVAI (1993), “Transformado em receita, em padrão a ser reproduzido de forma acrítica, recaiu e ainda recai sobre esse sistema de atendimento uma série monumental de críticas, que, na maioria das vezes, estão dirigidas efetivamente não ao sistema de atendimento em si, mas à precariedade gerencial, à falta de recursos e à ausência de enfoque epidemiológico dos programas”.

Nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com recursos escassos, e frente às grandes necessidades acumuladas de tratamento apresentadas pela população, optou-se pelo atendimento materno infantil (pré-escolares e gestantes).

Aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho era ofertado pelas CAP e depois pelos IAP, atendimento odontológico, que na sua grande maioria se restringia a urgências (extrações dentárias), o que foi reproduzido posteriormente pelo INAMPS, configurando-se numa verdadeira “tragédia para os trabalhadores brasileiros, transformando-nos num dos grupos populacionais mais desdentados do mundo” (TOLEDO 1995).

No final da década de 70 e início dos anos 80, a despeito da gravidade do quadro epidemiológico das doenças bucais, principalmente cárie dentária e doença periodontal, as práticas odontológicas no sistema público reproduziam a odontologia de mercado, embasadas em um paradigma cirúrgico-restaurador, revelando-se ineficazes para impactar positivamente a saúde bucal da população.

Acompanhando as discussões da Reforma Sanitária, iniciou-se um grande movimento por parte de técnicos de saúde bucal dos serviços públicos e das universidades, no sentido de rever essas práticas e fazer a propositura de um novo modelo, mais democrático e abrangente, mais efetivo e eficaz. Essa trajetória é muito bem desvelada por NARVAI (1993 e 2002).

Segundo TOLEDO (1995), um marco importante para a reflexão foi a Carta de Alma Ata, fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, ocorrida em 1978 em Alma-Ata, na extinta União Soviética, promovida pela Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), cujas propostas visavam obter melhores níveis de saúde para toda a população, no ano 2.000: a atenção em saúde deveria ser descentralizada,

hierarquizada e com tecnologias apropriadas a um custo suportável para as comunidades e que permitisse acesso para toda a população.

Em contraposição à prática clínica do cirurgião-dentista usual, isolada e solitária no então denominado “gabinete odontológico” - prática essa pouco eficiente, de baixa produtividade e que proporcionava pequena extensão em cobertura, surgiram, nos anos 70, propostas inovadoras que incluíam a utilização de pessoal auxiliar e a introdução de um novo ambiente de trabalho, coletivo e ergonômico (TOLEDO 1995).

Essas propostas foram experimentadas por Sérgio Pereira, no Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE) da Fundação Educacional do Distrito Federal, em Brasília, com uma simplificação de equipamentos e utilização de pessoal auxiliar, então denominado pessoal auxiliar com função expandida (o atual Técnico de Higiene Dental); foram também pesquisadas e testadas no Departamento de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e passaram a ser reproduzidas por várias secretarias municipais de saúde, talvez de forma um pouco açodada, o que pode ter levado a algumas distorções (NARVAI 1993; TOLEDO 1995).

Essas propostas foram denominadas “odontologia simplificada ou odontologia comunitária” (NARVAI 1993).

Segundo TOLEDO (1995), “(...) essas proposições desencadeiam nacionalmente uma grande discussão sobre propostas inovadoras nos serviços odontológicos que apontassem para a democratização do acesso e o direito de cidadania e, já no auge do movimento da Reforma Sanitária, os técnicos dos serviços públicos interessados organizam os Encontros Nacionais de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO), iniciados em 1984”.

Em 1983, com a edição do Plano de Reorientação da Assistência Odontológica (PRAOD), elaborado pelo CONASP, se apontava também à necessidade de incorporar pessoal auxiliar na assistência odontológica, como forma de aumentar a produtividade do cirurgião-dentista, bem como a necessidade de enfatizar as ações de prevenção em saúde bucal.

Essas propostas inovadoras foram reafirmadas pela 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida em 1986, em função da 8ª Conferência Nacional de Saúde e pelo Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica, articulado por técnicos engajados na luta pela redemocratização do país e pelas propostas inovadoras, em

defesa principalmente da inclusão do Técnico de Higiene Dental na equipe de saúde bucal, que enfrentava grande resistência da classe odontológica (TOLEDO, 1995).

Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 1983, a Coordenadoria de Saúde da Comunidade abrigava os Programas de Saúde, onde se inseria o “Subprograma de Saúde Bucal”. Segundo NARVAI (2001):

“no âmbito do subprograma desencadeou-se um amplo processo de reorientação das práticas odontológicas, das definições programáticas, da formação e utilização de pessoal auxiliar compondo as equipes de saúde bucal e das inovações tecnológicas com a proposição de novos ambientes de trabalho, como as clínicas fixas e transportáveis. Através do Programa Metropolitano de Saúde – PMS, dezenas de unidades de saúde foram construídas nos municípios da região metropolitana e na capital, incorporando a lógica do trabalho em módulos clínicos”.

Acompanhando a política de interiorização em curso na SES, foram expandidos serviços de odontologia para mais de 150 municípios, e a atuação da coordenação de saúde bucal e do então secretário da saúde conseguiu, junto ao governo do Estado, a formidável expansão da fluoretação das águas no interior e nos municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo, que se conclui em 1986 (NARVAI 2001).

Posteriormente, com a instituição do SUDS, o GEPRO de saúde bucal (criado em 1987 no Instituto de Saúde e transferido para o CADAIS em 1989 - transformando-se na Área Técnica de Saúde Bucal – ATSB em 1991) iniciou uma discussão com os técnicos regionais e municipais sobre uma *Política Estadual de Saúde Bucal*, que incorporasse as discussões anteriormente mencionadas - o que resultou no documento “Diretrizes para os Programas Regionais e Municipais de Saúde, aprovada pela Resolução CIS – SP nº 12, de 18/1/1989 (TOLEDO 1991a, 1995b).

É importante reportar também que o SUDS-SP elegeu a saúde bucal como uma de suas dez prioridades e, em função disso, foi designado um assistente técnico específico para o programa de saúde bucal nos 62 ERSA. Em 1990, foi publicado o Manual de Planejamento da SES, objetivando auxiliar os municípios na elaboração de seus planos municipais de saúde, estabelecendo como objetivo geral a “redução e o controle da cárie dental, da doença periodontal e das oclusopatias”, a partir da

descentralização das ações, da prioridade para as ações de natureza coletiva, da hierarquização do sistema em níveis de complexidade, da reorganização do processo de trabalho com a inclusão de pessoal auxiliar -Atendente de Consultório Dentário - ACD e Técnico em Higiene Dental - THD, compondo, com o cirurgião-dentista, a equipe de saúde bucal, trabalhando em clínicas modulares e do desenvolvimento de recursos humanos com formação em serviço de pessoal auxiliar e da capacitação dos profissionais para as novas propostas.

Outra proposta foi a da “Terapêutica do Controle Epidemiológico” (TCE), em substituição aos tratamentos completados. Essas atividades seriam financiadas pelo repasse de recursos federais, estadualizados, juntamente com recursos do orçamento do Estado, mediante os planos municipais de saúde e contrapartida dos municípios com recursos próprios de seu orçamento (TOLEDO 1991a, 1995b).

Um retrocesso ocorreu em 1990, quando o Presidente Collor de Mello, ao sancionar a lei 8.080 - Lei Orgânica da Saúde, vetou alguns artigos que facilitariam a reorganização do sistema e, ainda pior, reeditou a tabela de procedimentos do INAMPS - agora no MS, restabelecendo pagamento por produção, colocando os municípios como vendedores de serviços e não como gestores do sistema. Em termos de saúde bucal, retornou-se ao pagamento por tratamento completado - TC, restabelecendo o modelo curativista da odontologia tradicional.

Esse retrocesso levou a uma articulação de técnicos das Secretarias de Saúde dos Estados de Paraná, São Paulo e Rio Grande do Sul, além dos municípios de Curitiba, Porto Alegre e São Paulo, no sentido de propugnarem por uma mudança na tabela de procedimentos de forma que esta pudesse apontar para um novo modelo de saúde bucal, de cunho epidemiológico; essas intervenções resultaram na exclusão do TC e inclusão dos Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal (PC), definidos como um conjunto de procedimentos a serem desenvolvidos com todos os participantes de grupos populacionais previamente definidos, visando ao controle epidemiológico de todo o grupo, em programa de ciclo anual, realizado pelos serviços públicos através de suas unidades devidamente cadastradas junto ao gestor local do SUS, utilizando os espaços sociais de sua área de abrangência.(TOLEDO 1995). Segundo o autor:

“(....) essa Tabela de Procedimentos explicita claramente uma Política de Saúde Bucal que permite ao sistema local de saúde, dependendo de como colocá-la em prática, propiciar o desenvolvimento de uma ação bastante pertinente de saúde

bucal coletiva, buscando reverter o atual quadro epidemiológico e, principalmente, construindo junto com o usuário dos serviços uma consciência sanitária crítica que lhe possibilite o exercício de seu direito à saúde, inclusive sua saúde bucal e, portanto, desenvolvendo a construção e a prática da cidadania”.

De 1987 a 1990, segundo pesquisa efetuada pela ATSB em 475 municípios do estado (exceto a capital), houve um aumento de 195% de cirurgiões-dentistas em seus quadros, provavelmente em consequência da discussão de um novo modelo de atenção, com inclusão de pessoal auxiliar e também da descentralização dos serviços, com maior responsabilidade municipal (ARAÚJO 1994; TOLEDO 1995).

### **2.2.3. Diretrizes para a Política de Saúde Bucal de 1995 a 2003**

Com a reorganização da SES em 1995, as áreas técnicas sofreram alterações, no intuito de se adequarem ao papel que o gestor estadual deveria assumir no SUS, não mais de executor, porém, sobretudo, de articulador, incentivador, assessor e promotor da equidade entre os programas locais de saúde. O CADAIS foi extinto em 1996 e substituído pelo Grupo de Avaliação Técnica em Saúde (GATS), que abrigou as áreas técnicas, incluindo a de saúde bucal (SÃO PAULO 1996)

Impunha-se, para a área de saúde bucal, nesse contexto de implantação do SUS, em que as ações de saúde bucal, sobretudo as de atenção primária ou básica, encontram-se sob gestão municipal, discutir quais seriam os princípios norteadores que pautariam sua ação junto aos municípios.

Foi formalizado um Grupo de Trabalho, por meio de Portaria do Diretor do CADASE, resultando na elaboração das “Diretrizes para a Política de Saúde Bucal para o Estado de São Paulo”, apreciadas pelo Conselho Estadual de Saúde em dezembro de 1995 (SES - SP 1995).

Não se tratava mais de um programa de saúde bucal, mas sim de princípios norteadores para auxiliar os municípios na definição de seus programas e metas locais em consonância, todavia, com metas de saúde bucal estabelecidas pelos gestores estadual e federal.

Apesar de elaboradas em 1995, seus princípios, norteados que foram pelos princípios do SUS, encontram abrigo inclusive em normas editadas posteriormente, como a NOB 1/96 e NOAS 1/2002 (MS 1996 e 2002).

Reconhecendo os determinantes sócio-econômicos e culturais do processo saúde-doença, propugnava pela articulação de ações de promoção, prevenção e assistência em saúde bucal, nos diferentes níveis de complexidade, articuladas por um sistema de referência e contra-referência.

Retomou e reafirmou as propostas inovadoras que já vinham sendo desenvolvidas anteriormente segundo alguns pressupostos:

(1) prioridade para a atenção primária compreendendo, nesta atenção, o desenvolvimento de ações de natureza coletiva e individual, visando ao objetivo de prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal, que deve ser desenvolvida fundamentalmente pela rede básica de saúde, atendendo a população em geral, bem como os espaços sociais a ela referenciados; (2) hierarquização e articulação do

sistema de atenção à saúde bucal, buscando o aumento da resolutividade do atendimento e garantindo-se a referência e contra-referência; (3) reorganização do processo de trabalho odontológico com a incorporação de pessoal auxiliar: Atendente de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD), trabalhando em clínicas modulares - fixas ou transportáveis e (4) vigilância dos teores de flúor nas águas dos sistemas públicos de abastecimento (SES-SP 2002).

Com o objetivo de implementar esses princípios, grande esforço foi dispendido pelas instâncias centrais e regionais da SES, realizando oficinas, seminários, treinamentos e cursos dirigidos aos interlocutores das Direções Regionais de Saúde (DIR) e aos coordenadores municipais de saúde bucal, enfatizando o planejamento de ações coletivas e individuais embasado no perfil epidemiológico local, com a incorporação de critérios de risco social e biológico, estimulando as ações de saúde bucal com abordagem familiar, mesmo quando não implantados os programas de saúde da família, universalizando a atenção, ainda que priorizando alguns grupos como gestantes, crianças, idosos e pacientes portadores de necessidades especiais.

Foram retomadas as realizações dos Encontros Paulistas dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO), por reconhecer serem estes fóruns importantes para a troca de experiências e discussões entre os programas locais de saúde, universidades, entidades de classe e institutos de pesquisa (SES - SP 2002).

De 1995 a 1998, implementou-se o projeto Inovações no Ensino Básico (IEB) - componente Saúde, com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), desenvolvido na Região Metropolitana da Grande São Paulo e posteriormente estendido aos municípios do Vale do Ribeira, cuja estratégia principal foi o fortalecimento do processo de municipalização por meio da implementação dos Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal (SES-SP 2002).

Reconhecendo a epidemiologia como importante ferramenta de trabalho, foram realizados três importantes estudos epidemiológicos; o primeiro na capital, em 1996, e os demais em âmbito estadual, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com a participação de faculdades de odontologia e secretarias municipais de saúde.

O último estudo foi também em parceria com o Ministério da Saúde e seus resultados integram o Projeto SB Brasil 2003 - Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - 2002-2003 (MS 2004).

O Piso Assistencial Básico, instituído pela NOB 1/96 (posteriormente denominado Piso da Atenção Básica) incorporou as ações básicas de saúde bucal, incluindo os Procedimentos Coletivos, com algumas modificações (MS 1996).

Por outro lado, a NOAS 1/2001, reeditada como NOAS 1/2002 (MS 2002), colocou a saúde bucal como uma das ações estratégicas da atenção básica, definindo como prioridades ampliar as ações coletivas para crianças de 0 a 14 anos e gestantes, ações de assistência para essa mesma faixa etária e urgências.

E no pacto da Atenção Básica, que se iniciou em 1999, é incluído na SES-SP o indicador de cobertura de PC além do indicador de Concentração de Procedimentos Coletivos pelo Ministério da Saúde (SES - SP 2002).

Em 1998, iniciou-se no Estado, com maior ênfase, o processo de implantação dos programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, sendo que a equipe de saúde bucal recebeu incentivos financeiros para tanto apenas a partir 28 de dezembro de 2000, com a edição da Portaria GM 1444 (MS 2000), regulamentada posteriormente pela Portaria GM 267, de 6/3/2001, prevendo a relação de uma equipe de saúde bucal para duas da Saúde da Família (MS 2001).

Essa portaria foi alterada em 2003, pela Portaria GM 673, de 3/6/2003 (MS 2003), que propiciou a relação de uma equipe de saúde bucal para uma de saúde da família (não obrigatória) e reajustou os incentivos financeiros.

Foram muitas, e dinâmicas, as mudanças ocorridas desde 1995.

Os municípios foram recebendo e absorvendo mais responsabilidades, com a municipalização também de ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica.

Foram intensas as negociações nas instâncias regionais, no estabelecimento das Programações Pactuadas Integradas (PPI), na elaboração dos planos diretores de regionalização, investimentos etc.

Entretanto, o pressuposto é o de que, nas instâncias de pactuação loco-regionais - Conselhos Intergestores Regionais (CIR), que envolvem o gestor estadual e os gestores municipais, assim como na Comissão Intergestores Bipartite, a discussão continue centrada nos recursos financeiros, que são sempre exíguos, relegando a um segundo plano a perspectiva técnica; outro pressuposto é o de que as ações de saúde bucal continuam na periferia do sistema.

Buscar-se-á responder, pelo menos em parte, a essas pressuposições.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Analisar como o Sistema Único de Saúde vem realizando, no Estado São Paulo, o direito constitucional dos cidadãos à saúde bucal, por meio da avaliação da evolução do Sistema de Atenção em Saúde Bucal no período de 1995 a 2003, de forma a verificar sua tendência no sentido de efetivar os princípios finalísticos do SUS, a saber: propiciar o acesso universal e equânime da população às ações de promoção da saúde, prevenção específica e tratamento das doenças bucais.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

**3.2.1.** Analisar a evolução das ações básicas de saúde bucal nos municípios, segundo porte e Direção Regional de Saúde (DIR) da SES-SP, de 1995 a 2003.

**3.2.2.** Analisar a organização das ações básicas de saúde bucal quanto ao sistema de atendimento e de trabalho (incluindo recursos humanos e físicos) segundo porte de municípios e DIR, em 2003.

**3.2.3.** Analisar o sistema de atenção em saúde bucal (regionalização e hierarquização da assistência) segundo porte de municípios e DIR, em 2003.

## 4. MÉTODO

### 4.1. Objeto de estudo

O presente estudo traça o panorama da Atenção em Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na população do Estado de São Paulo, território situado na região sudeste do país, que chega ao ano de 2005 com uma população de 40 milhões de habitantes distribuída em 645 municípios, ocupando uma área territorial de 28.209.426 km<sup>2</sup> (SEADE 2005).

De 1995 a 2003, observou-se um incremento da população da ordem de 8,84%. A Região Metropolitana da Grande São Paulo concentrava 48,12% da população em 6% dos municípios do estado.

O desenvolvimento socioeconômico dos municípios paulistas pode ser avaliado por meio do Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS, desenvolvido em 2001 pela Fundação SEADE a pedido da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo (SEADE 2004).

O IPRS é composto de quatro indicadores: três sintéticos setoriais, que mensuram as condições de cada município em termos de renda, escolaridade e longevidade, o que permite ordenar os municípios do Estado de São Paulo segundo cada uma dessas dimensões; e uma tipologia constituída por cinco grupos, assim caracterizados: Grupo 1: municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais; Grupo 2: municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais; Grupo 3: municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores nas demais dimensões; Grupo 4: municípios que apresentam baixos níveis de riqueza e nível intermediário de indicadores sociais. Grupo 5: municípios mais desfavorecidos, tanto em riqueza como nos indicadores sociais.

Segundo esse índice, em âmbito estadual houve um aumento da riqueza entre 1992 e 1997 e estabilidade no período subsequente até o ano 2000. Em duas outras dimensões do índice - escolaridade e longevidade, houve crescimento ao longo dos dois períodos, embora de forma diferenciada nas diversas regiões. No item riqueza, o escore mais elevado foi obtido pela Região Metropolitana de São Paulo, seguida pelas regiões administrativas de Campinas, São José dos Campos e Ribeirão Preto. As regiões com menores registros foram Marília, Presidente Prudente e Registro. Na

longevidade, embora com intensidades diferentes, os progressos foram generalizados, destacando-se as regiões de Registro e Sorocaba que avançaram 6 pontos. A melhor posição ficou com São José do Rio Preto. E as piores colocadas foram São José dos Campos e a Baixada Santista.

Quanto à escolaridade, os resultados foram muito bons. O escore médio passou de 53, em 1992, para 71, em 1997 e para 87, no ano 2000. As regiões melhor posicionadas foram São José do Rio Preto, Araçatuba e Presidente Prudente. As últimas colocações ficaram com Franca, Sorocaba e Registro (SEADE 2004).

Em 2002, a situação dos 5 grupos pode ser assim resumida:

Grupo 1: incluiu 71 municípios, num total de 19 milhões de habitantes (50% da população do estado – maior grupo em termos populacionais), localizados ao longo dos principais eixos rodoviários como vias Anhangüera e Presidente Dutra, que se interceptam no município de São Paulo. Englobou grandes municípios paulistas como São Paulo, Campinas, São José dos Campos, São Bernardo do Campo, Sorocaba e Ribeirão Preto, além de importantes pólos regionais como Presidente Prudente, São José do Rio Preto, Araçatuba, São Carlos e Araraquara.

Grupo 2: incluiu 81 municípios, num total de mais de 10 milhões de habitantes, situados principalmente nas áreas metropolitanas – Baixada Santista, Campinas, São Paulo – e em seu entorno, identificando-se três importantes segmentos: a) municípios industriais, como Mauá, Cubatão, Diadema, Santo André e Guarulhos; b) municípios que abrigam condomínios de alto padrão, como Cotia, Santana de Parnaíba e Itapeverica da Serra e c) municípios turísticos, tais como Santos, Guarujá, São Vicente, Praia Grande e Campos do Jordão.

Grupo 3: incluiu 201 municípios, englobando uma população de 3,0 milhões de pessoas equivalendo a uma média de 15,1 mil habitantes por município, localizados em sua maioria no noroeste paulista, caracterizado por pequenos e médios municípios. Dentre os municípios desse grupo apenas Marília possuía mais de 100 mil habitantes.

Grupo 4: incluiu 188 municípios, totalizando 3,4 milhões de habitantes. composto por municípios dispersos em todas as regiões do Estado, com destaque para áreas tradicionalmente consideradas problemáticas, mas sem um claro padrão espacial.

Grupo 5: incluiu 104 municípios totalizando aproximadamente 2,1 milhões de habitantes; localizavam-se em áreas bem específicas do Estado, como parte do Vale do Paraíba, Vale do Ribeira e Pontal do Paranapanema e alguns municípios da região da Serra da Mantiqueira.

No item riqueza, o impacto do racionamento da energia elétrica ocorrido em 2001 se fez presente ainda em 2002, tanto no cotidiano das pessoas como em praticamente todos os segmentos da economia. Nesse ano, o consumo de energia elétrica por ligação residencial equivalia a aproximadamente 79% do valor observado em 2000 e nos setores primário e terciário da economia essa proporção era de 85%.

O componente associado à renda das famílias – rendimento médio dos assalariados do setor formal – mostrou a perda do poder de compra, no período, passando de R\$ 1.175,00 para R\$ 1.082,00. Observou-se um ligeiro aumento do valor adicionado fiscal per capita, passando de R\$ 8.046,00 para R\$ 8.118,00.

No item longevidade, a taxa de mortalidade infantil diminuiu aproximadamente 9% no período de 2000 a 2002, passando de 16,8 para 15,3 (por mil nascidos vivos). Neste último ano, o valor observado no Brasil era de 27,8 mortes por mil nascidos vivos, portanto, quase o dobro da taxa do Estado de São Paulo. A taxa de mortalidade perinatal (por mil nascidos) também decresceu (de 18,3 para 16,8) e a das pessoas de 60 anos ou mais (por mil habitantes) variou de 39,7 para 38,9. A taxa de mortalidade de pessoas entre 15 e 39 anos (por mil habitantes) passou de 2,2 para 2,0, reflexo da diminuição dos homicídios e principalmente da menor mortalidade por AIDS.

Quanto à escolaridade, houve bom desempenho dos indicadores de cobertura do ensino fundamental e da educação infantil. A proporção de jovens de 15 a 17 anos de idade que concluíram o ensino fundamental cresceu de 60,5% para 68,1% e a proporção de crianças de 5 a 6 anos freqüentando a pré-escola aumentou de 59,7% para 75,1%. O percentual de jovens de 18 a 19 anos de idade com ensino médio completo variou de 34,7% para 37,7%, desempenho bem mais modesto, com baixos níveis de conclusão na faixa etária considerada, o que pode ser consequência do atraso escolar, ainda presente no sistema educacional.

Para o conjunto do Estado de São Paulo, os indicadores mostram que a despeito do crescimento econômico pouco significativo, houve progressos nas dimensões longevidade e escolaridade, evidenciando-se um aumento expressivo da cobertura da educação infantil e a redução da mortalidade em todas as faixas etárias consideradas. Algumas mudanças importantes ocorreram nas condições de vida, registrando-se um avanço no Vale do Ribeira e um relativo agravamento no Pontal do Paranapanema (SEADE 2004).

É preciso considerar também que “o IPRS, ao classificar os municípios paulistas segundo diferentes graus de desenvolvimento, não responde integralmente às questões de equidade e pobreza existentes no interior dessas localidades. Isso porque, mesmo em municípios melhor posicionados nos grupos, sobretudo nos de maior porte – como São Paulo e Campinas, há parcelas de seus territórios que abrigam expressivos segmentos populacionais expostos a diferentes condições de vulnerabilidade social. A partir dessa constatação, a Fundação SEADE e a Assembléia Legislativa criaram o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS, que permitirá uma visão mais detalhada da realidade de cada município” (SEADE 2004).

#### **4.2. Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, que buscou traçar um panorama da atenção em saúde bucal no Estado de São Paulo, a partir da avaliação das ações e serviços de saúde expressos em números, taxas e proporções, cuja técnica de análise será dedutiva, isto é, a partir dos resultados (TANAKA e MELO 2001).

A avaliação poderia ser definida como um processo técnico-administrativo com finalidade de uma tomada de decisão, envolvendo momentos de medir, comparar, emitir um juízo de valor e, com base nesse juízo de valor, seriam tomadas decisões. Se não está claro para quem se destina a avaliação e se esta (pessoa) não tem o poder de tomada de decisão, não seria uma avaliação, porém um diagnóstico (TANAKA e MELO 2001).

Segundo OLIVEIRA (1997) citado por PINTO (2000; p. 25), a avaliação em saúde é “o procedimento pelo qual se determina o grau de êxito alcançado na execução de objetivos pré-determinados” ou, segundo BLINKKHORN (1993),

citado pelo mesmo autor (p. 25), “uma investigação sobre a *performance* de um programa em termos de seu sucesso ou insucesso no alcance de objetivos pré-estabelecidos”.

Para NARVAI (1996), no documento elaborado para a I Oficina de Planejamento da SES – SP, “avaliação é parte do processo gerencial, influenciada pelo contexto organizacional e político e que se constitui em poderoso e indispensável instrumento de transformação, não se limitando a mera atividade acadêmica”. Desta forma, dependendo dos interesses que norteiam o processo de avaliação, esta pode assumir inúmeras dimensões, referenciadas pelo autor da publicação da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS denominada “Desenvolvimento e fortalecimento dos Sistemas Locais de Saúde; avaliação para transformação. São algumas dessas dimensões...: “contexto político, instrumentos de política, desconcentração e descentralização, processos de planejamento e administração (recursos humanos e materiais), sistemas de financiamento, estrutura organizacional, definição de espaços políticos, administrativos, geográficos e populacionais, sistemas de informação, formas e estilos de coordenação e articulação intra e intersetorial, participação social, programação e enfoque de risco, integralidade das ações, tipos de serviços oferecidos, acessibilidade, cobertura, utilização e produção de serviços, qualidade e eficácia, impacto, satisfação, eficiência, pesquisa de serviços de saúde, entre outras”.

Pretendeu-se, com este trabalho, realizar uma avaliação e não apenas um diagnóstico, pois a autora disponibilizará os resultados aos tomadores de decisão. Por outro lado, optou-se pela utilização de alguns indicadores, partindo do pressuposto que indicador pode ser conceituado como uma variável, atributo de estrutura ou de processo que pode dar um maior significado ao objeto a ser avaliado (TANAKA e MELO 2001).

E optou-se por avaliar uma série histórica, pois “uma das características da avaliação é estar centrada na análise de tendência dos indicadores e menos na precisão absoluta e contínua da informação” (TANAKA e MELO 2001).

Segundo PINTO (2000), em programas odontológicos são utilizados indicadores que medem cinco características: esforço, eficácia, rendimento, cobertura ou adequação e qualidade. A avaliação de esforço, segundo esse autor, é simples e refere-se à quantificação de recursos físicos e humanos, procedimentos realizados, valores dispendidos etc. A adequação, segundo o mesmo, costuma ser dimensionada em função da cobertura populacional proporcionada e, assim, considera como sinônimos esses dois termos (adequação ou cobertura).

TANAKA e MELO (2001; p. 24), propõem uma avaliação sistêmica baseada em Donabedian (1989, 1990), que em síntese são indicadores de estrutura, processo e resultado. Das relações entre esses indicadores pode-se ter uma avaliação melhor dos serviços, sistemas ou programas.

NARVAI (1996), considera que

“...indicadores quantitativos (e também os qualitativos...) se referem a realidades complexas que não devem ser simplificadas, mas compreendidas em sua complexidade. Para efeito de análise quantitativa, entretanto, fazemos essa simplificação quando pretendemos apreender uma característica dessa realidade e transformá-la num número. Isso não é necessariamente ruim quando não se perde a referência da realidade como um todo e quando se compreende a simplificação que se está fazendo, colocando-a no seu devido lugar. Por isso, junto com números há de haver outras informações e há que se valorizar, também, outras formas de conhecimento e mesmo a intuição. Tudo isso para reafirmar que números são importantes, expressam uma dimensão da realidade, mas não são *a realidade*”, assim

propõe indicadores (a seguir assinalados) que, segundo o entendimento da autora, englobam as proposições de PINTO (2000) e TANAKA e MELO (2001) e que serão utilizados neste trabalho, pois considera que os mesmos atendem aos objetivos propostos.

- “... **Indicadores do modelo de atenção:** relativos à programação e enfoque de risco; indicam o grau de integralidade das ações;
- **Indicadores da eficiência:** relacionados à utilização dos recursos humanos e materiais e aos custos das ações e serviços;
- **Indicadores da efetividade:** expressam o grau de acessibilidade às ações e serviços, a cobertura e a satisfação/insatisfação dos usuários, bem como os tipos de serviços oferecidos e a produção e utilização dos recursos existentes;
- **Indicadores da eficácia:** referem-se à qualidade das ações e serviços e seu impacto nos níveis de saúde bucal da população”.

“*Eficiência, efetividade e eficácia* são termos utilizados, com o significado que lhes atribuiu o Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde, *apud* TINÔCO (1977). A *eficácia* diz respeito aos objetivos substantivos ou finalidade das ações desenvolvidas; a *efetividade* está relacionada aos objetivos imediatos, aos aspectos operacionais; e a *eficiência* se refere à relação entre custos e efeitos” (NARVAI 1996).

### 4.3. Fonte de dados secundários

Foram utilizados dados secundários, obtidos por meio de revisão de documentos e bancos de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) do Ministério da Saúde e dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

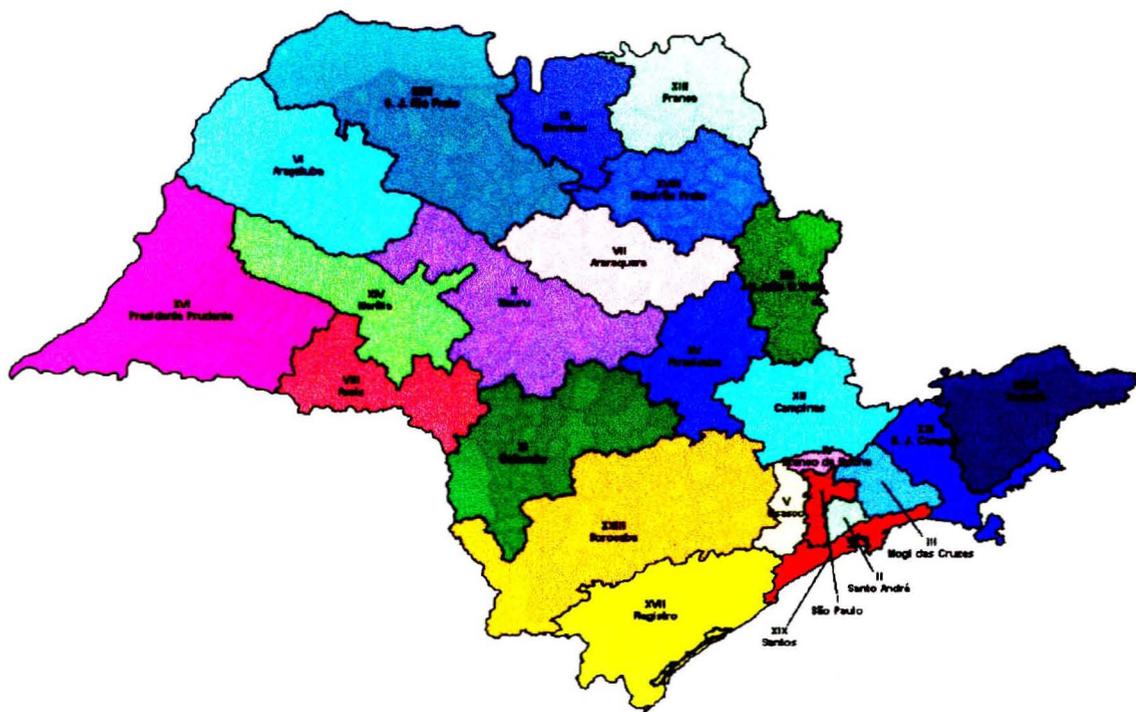
Os dados de produção dos serviços de saúde municipais foram obtidos a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) nos anos de 1995 a 2003, e analisados duas formas: (1) por área de abrangência das Direções Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde e (2) por porte demográfico dos municípios.

No Quadro I são listadas as vinte e quatro Direções Regionais de Saúde e o município sede correspondente e na Figura I mostra-se sua distribuição geográfica.

Quadro 1 - Direções Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e localização da sede em 2003.

DIR	REGIÃO	DIR	REGIÃO
I	Capital	XIII	Franca
II	Santo André	XIV	Marília
III	Mogi das Cruzes	XV	Piracicaba
IV	Franco da Rocha	XVI	Presidente Prudente
V	Osasco	XVII	Registro
VI	Araçatuba	XVIII	Ribeirão Preto
VII	Araraquara	XIX	Baixada Santista
VIII	Assis	XX	São João da Boa Vista
IX	Barretos	XXI	São José dos Campos
X	Bauru	XXII	São José do Rio Preto
XI	Botucatu	XXIII	Sorocaba
XII	Campinas	XXIV	Taubaté

Figura 1: Regiões de Saúde da SES-SP e respectivos municípios sede



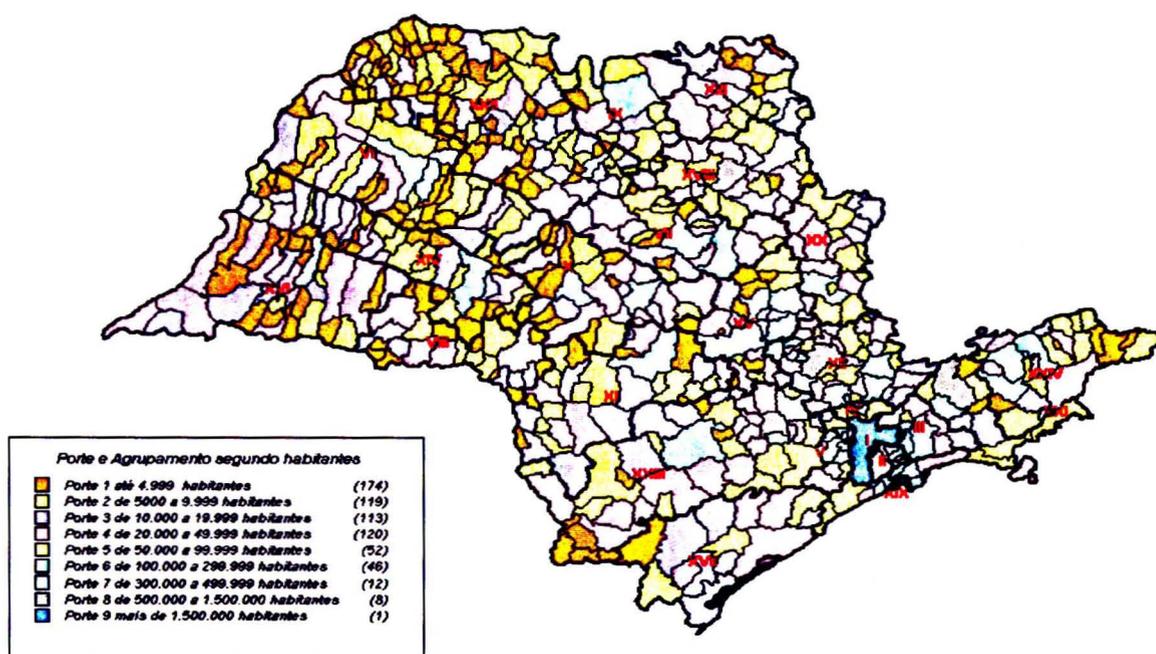
Fonte: SES-SP

Os municípios foram estratificados pela autora em 9 portes, conforme o Quadro 2. A finalidade dessa classificação foi para que, agrupando um menor número de municípios em cada porte demográfico, os valores médios obtidos para os indicadores propostos expressassem a realidade com maior clareza.

Quadro 2 - Porte de municípios do Estado de São Paulo agrupados segundo número de habitantes. São Paulo, 2003.

Porte	Agrupamento segundo habitantes
1	até 4.999 habitantes
2	de 5.000 a 9.999 habitantes
3	de 10.000 a 19.999 habitantes
4	de 20.000 a 49.999 habitantes
5	de 50.000 a 99.999 habitantes
6	de 100.000 a 299.999 habitantes
7	de 300.000 a 499.999 habitantes
8	de 500.000 a 1.500.000 habitantes
9	mais que 1.500.000 habitantes

Figura 2. Distribuição dos Municípios segundo porte demográfico nas Direções Regionais de Saúde. São Paulo, 2003



Fonte: SES-SP

Os dados de produção dos serviços ambulatoriais foram obtidos por meio dos registros constantes no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), no banco de dados do Ministério da Saúde – DATASUS – no *site* <http://www.datasus.gov.br>. Da tabela de procedimentos ambulatoriais, no grupo referente aos procedimentos odontológicos, foram identificados os procedimentos individuais e os procedimentos coletivos. A somatória de ambos resulta nos procedimentos básicos.

- Procedimentos coletivos: conjunto de procedimentos de baixa complexidade, dispensando equipamentos odontológicos, incluindo um conjunto de atividades de educação e prevenção realizadas no mínimo trimestralmente, devendo ser desenvolvido em espaços sociais como escolas, creches e outros. O registro refere-se a indivíduo/mês.
- Procedimentos individuais: compreendem três grupos: procedimentos preventivos individuais, procedimentos restauradores, procedimentos cirúrgicos e procedimentos periodontais básicos. Dos procedimentos restauradores, foram selecionadas as restaurações de amálgama de prata, resina composta fotopolimerizável ou não e ionômero de vidro. Dos procedimentos cirúrgicos, foram selecionadas as exodontias de dentes decíduos e permanentes e remoção de raiz residual.
- 1ª consulta odontológica: primeiro exame do paciente com finalidade diagnóstica e ou plano de tratamento, devendo ser anotada apenas uma vez ao ano. De 1995 a dezembro de 1997 foi utilizado o procedimento exame clínico, como era registrado.
- No total de procedimentos básicos individuais foram computados o conjunto de procedimentos que integram a tabela do SIA/SUS.

Além dos procedimentos básicos, foram também obtidos os dados relativos aos procedimentos especializados, por tipo de procedimento. Consideraram-se os dados apresentados, por expressarem o que efetivamente foi informado pelos municípios.

Algumas considerações merecem ser efetuadas com relação à tabela de procedimentos ambulatoriais do SIA/SUS. A mesma foi criada em 1991 com uma

finalidade basicamente contábil, sofrendo modificações no decorrer dos anos para adaptá-la às necessidades decorrentes da implantação do Sistema Único de Saúde.

Essa tabela de procedimentos foi estruturada segundo a seguinte organização: código e nome do procedimento; sua descrição; seu valor; nível de hierarquia; atividade profissional; serviço/classificação; tipo do prestador; tipo de atendimento; *grupo de atendimento*; faixa etária; CID-10 e motivo de cobrança.

De 1995 a dezembro de 1997, o grupo denominado “Atendimento Odontológico” subdividia-se em dois subgrupos: (a) subgrupo que englobava os procedimentos coletivos II e III - PC II e PC III (os procedimentos coletivos I - PCI integravam o grupo denominado AVEIANN) e (b) subgrupo que englobava os procedimentos individuais - PI.

O subgrupo denominado procedimentos individuais incluía alguns procedimentos de forma isolada, como, por exemplo, exame clínico, que possuía uma codificação exclusiva, e outros procedimentos agrupados sob um código único, com diversos componentes, como, por exemplo, a odontologia preventiva II, cujos componentes eram aplicação tópica de flúor, aplicação de carióstático, aplicação de selante e coleta de material (citologia esfoliativa). Os procedimentos especializados seguiam a mesma lógica.

Em janeiro de 1998, com a implantação do PAB, toda a tabela foi alterada; o PCI passou para o grupo de procedimentos odontológicos sob a denominação de procedimentos coletivos - PC; deixaram de existir as denominações PCII e PCIII e suas atividades passaram a integrar com códigos exclusivos o grupo de procedimentos individuais. Os agrupamentos de procedimentos deixaram de existir e cada componente recebeu uma codificação exclusiva (códigos compostos por 3 dígitos) e alguns procedimentos sofreram mudanças em sua denominação.

Em decorrência dessa alteração, é provável que muitos sistemas locais tenham passado a anotar procedimentos como escariação e selamento provisório de cavidades (antes pertencentes ao grupo de PCIII) como passo intermediário de restaurações, ampliando artificialmente o número total de procedimentos individuais, sobretudo em municípios que utilizam como sistema de informação apenas o SIA/SUS.

Para evitar esse sobre-registro, neste trabalho considerou-se como procedimento restaurador apenas as restaurações realizadas com amálgama de prata, resina composta fotopolimerizável ou não e ionômero de vidro.

A partir de novembro de 1999, ocorreu nova mudança. Todos os códigos de procedimentos foram alterados de três para sete dígitos. Os procedimentos odontológicos passaram a integrar a tabela em dois grupos: (a) grupo 03, denominado “ações básicas em odontologia”, integrado pelos procedimentos da atenção básica e (b) grupo 10, denominado “ações especializadas em odontologia” (anexo 3).

Essa alteração ocasionou uma dificuldade adicional na coleta de dados, sobretudo para a análise do grupo de procedimentos especializados, pois se incluíram na tabela com uma lógica diferente da anterior. Por esse motivo, optou-se pela apresentação dos dados referentes aos anos de 2000, 2002 e 2003, para todo o grupo de procedimentos especializados (grupo 10 da tabela do SIA-SUS).

Outro fator a ser considerado é o de que no início do período estudado, por meio dos procedimentos informados no SIA/SUS transferiam-se os recursos financeiros federais para os gestores locais; todos procedimentos tinham valores financeiros agregados o que, talvez, possa ter ocasionando um sobre-registro dos dados nos primeiros anos da série histórica. Isso deixou de ocorrer com a implantação efetiva do piso da atenção básica – PAB, implantado pela Norma Operacional Básica 1/96, que estabeleceu um valor per-capita para o custeio das ações e serviços de saúde da atenção básica (MS, 1998). Até o ano 2.000, apesar do PAB, o sistema ainda informava os valores financeiros agregados. Deve-se ressaltar, entretanto, que o repasse financeiro do governo federal sempre foi limitado ao teto financeiro estabelecido para o estado e municípios; por essa razão, preferiu-se, neste trabalho utilizar sempre as quantidades de procedimentos apresentadas e não as aprovadas, por corresponderem aos procedimentos efetivamente informados.

Os dados foram obtidos inicialmente por município e segundo Direção Regional de Saúde da SES-SP, conforme o registro no DATASUS. A população de referência foi a utilizada pelo Ministério da Saúde, existente na página do DATASUS, já mencionada, que tem como fonte os dados do IBGE – Censo

demográfico e contagem populacional e estimativas intercensitárias realizadas pelo MS/SE/DATA SUS.

Os dados populacionais e os de produção foram lançados em planilha eletrônica construída no Excel [Microsoft Excel 2.000 (9.0.2812)] Construiu-se uma planilha para cada ano, com a população total e a população de zero a 14 anos, inserindo-se na mesma os dados de produção, por tipo de atividade.

#### **4.4. Fonte de dados primários**

A coleta de dados primários realizou-se por meio de um questionário estruturado que foi encaminhado às secretarias municipais de saúde (anexo 2). Este questionário teve como objetivo a coleta de dados referentes a recursos físicos e humanos e organização dos serviços em 2003 e constou de 13 questões que abordaram os seguintes tópicos: (1) identificação dos municípios e tipo de gestão; (2) dados referentes ao coordenador (a) de saúde bucal; (3) recursos físicos; (4) recursos humanos; (5) modalidade de atendimento na rede básica; (5.1) procedimentos coletivos; (6) ações educativas e preventivas em grupos nas unidades de saúde; (7) ações de assistência nas unidades básicas de saúde (exceto PSF); (8) ações de assistência nas unidades de saúde da família; (9) atendimento das urgências odontológicas; (10) atendimentos especializados no próprio município; (11) atendimentos especializados referenciados para outros municípios; (12) informações adicionais e (13) sistema de informação.

Como unidades básicas de saúde (UBS) foram consideradas as unidades que prestam serviços médico-odontológicos no primeiro nível de atenção (atenção primária ou atenção básica); como unidades de saúde da família (USF) consideraram-se as unidades básicas de saúde que sediam programas de saúde da família (PSF) consoante as normas do MS.

Os questionários foram enviados para os secretários de saúde dos 645 municípios do estado, pelo correio, postagem simples, com envelope para resposta, já etiquetado, entre 13 a 20 de abril de 2004, solicitando-se retorno para o dia 15 de maio de 2004. Obteve-se inicialmente 50% de retorno. Após nova postagem, na segunda quinzena de junho de 2004, elevou-se o número de respostas. Realizaram-se, em julho e agosto de 2004, contatos telefônicos com os coordenadores de saúde bucal dos municípios restantes e novo encaminhamento do questionário foi efetuado,

por correio e também por endereço eletrônico. Nesta fase, um auxílio adicional foi prestado pelos interlocutores de saúde bucal das Direções Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde para o contato com esses municípios e reforço da solicitação, de forma que em novembro de 2004 chegaram as últimas respostas.

### **Digitação dos dados**

As respostas foram digitadas em uma ficha eletrônica utilizando-se o *software* EPI-INFO, versão 6.04, de domínio público (CDC-WHO 1990).

Previamente à digitação, os seguintes procedimentos foram observados: (1) codificação de cada item cujo preenchimento dependia apenas de uma assinalação; (2) codificação para cada grupo de questões e subitens; (3) transcrição das respostas para o questionário assim codificado e (4) posterior digitação.

Os dados obtidos foram condensados e transcritos em planilha do Programa Excel.

### **4.5. Dados de outras fontes**

Com a finalidade de atender ao objetivo geral proposto, fazia-se necessário, também, o conhecimento do acesso da população residente no estado à água tratada e fluoretada, bem como o conhecimento de seu perfil epidemiológico.

Assim, o acesso à água fluoretada e o sistema e vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público foram obtidos do banco de dados do Programa Estadual de Controle da Qualidade da Água para Consumo Humano (PROAGUA), coordenado pelo Grupo Técnico de Saneamento - GTS do Centro de Vigilância Sanitária - CVS da SES-SP.

O perfil epidemiológico da população residente no Estado de São Paulo foi traçado a partir de alguns dos resultados apresentados no relatório do “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998” (SES 1999) e no relatório sobre a “Condição de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002” (SES 2002). Elencaram-se os seguintes resultados:

(a) percentual de crianças livres de cárie aos 5 e 12 anos de idade; (b) índice ceo aos 5 anos de idade; (c) índice CPO-D em diferentes grupos etários; (d) condição periodontal em diferentes grupos etários; (e) alteração da oclusão dentária aos 12 anos de idade; (f) fluorose dentária aos 12 anos de idade e (g) necessidade de prótese dentária total.

## **4.6. Variáveis utilizadas**

As variáveis do estudo resultaram da construção de indicadores, baseados no documento elaborado em 1996 por NARVAI, para a I Oficina de Planejamento da SES-SP, já referidos, a partir dos quais foram construídas as tabelas segundo a fonte de dados. Os indicadores são os seguintes:

### **4.6.1. Indicadores de Eficiência**

- Priorização da atenção em saúde bucal (total de procedimentos odontológicos da atenção básica em relação ao total de procedimentos básicos);
- Priorização da atenção em saúde bucal (total dos gastos com saúde bucal em relação ao total dos gastos com a atenção básica);
- Relação unidades de saúde com serviços de saúde bucal por habitante;
- Equipamentos odontológicos por habitante;
- Relação Cirurgião-Dentista por habitante;
- Relação Auxiliar de Consultório Dentário por Cirurgião-Dentista;
- Relação Técnico em Higiene Dental por Cirurgião-Dentista.

### **4.6.2. Indicadores referentes ao Modelo de Atenção**

- Percentual de procedimentos individuais preventivos em relação ao total de procedimentos individuais (da atenção básica);
- Percentual de procedimentos cirúrgicos (exodontias) em relação ao total de procedimentos individuais (da atenção básica);
- Percentual de procedimentos coletivos em relação ao total de procedimentos da atenção básica;
- Percentual de procedimentos especializados em relação aos procedimentos da atenção básica;
- Percentual de procedimentos especializados, por tipo de procedimento;
- Percentual de municípios que realizam procedimentos coletivos, segundo população alvo;
- Percentual de municípios que realizam ações educativas em grupo, segundo população alvo;
- Percentual de municípios que realizam ações individuais programadas, segundo população alvo;

- Percentual de municípios que utilizam critérios de risco às doenças bucais no planejamento das ações coletivas e assistenciais;
- Percentual de municípios que realizam atendimento às urgências odontológicas, segundo local de realização;
- Percentual de municípios que ofertam atendimento especializado, por tipo de especialidade.

#### **4.6.3. Indicadores de Efetividade**

- Acesso à assistência odontológica programada (percentual da população que teve acesso à primeira consulta odontológica);
- Cobertura de Procedimentos Coletivos na população de 0 a 14 anos;
- Procedimentos individuais básicos por habitante;
- Procedimentos especializados por habitante.

#### **4.6.4. Indicadores de Eficácia**

- Acesso à água tratada e fluoretada e indicador de potabilidade da água quanto aos teores de flúor: percentual de amostras dentro do padrão estabelecido pela Resolução SS 25/95 (SES-SP 1995) em 2003;
- Perfil epidemiológico do Estado de São Paulo em 1998 e 2002.

### **4.7. Apresentação dos resultados**

Os resultados serão descritos em 3 grupos, conforme a respectiva fonte de dados, observando-se os indicadores propostos:

- Dados obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial;
- Dados obtidos das respostas aos questionários;
- Dados de outras fontes.

#### **4.8. Aspectos éticos**

Os dados obtidos junto às Instituições Públicas são isentos de autorização (são de domínio público). Não obstante, foi solicitada e obtida autorização junto ao Secretário de Estado da Saúde e Diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para o uso dos dados epidemiológicos.

Quanto aos dados obtidos por meio do questionário enviado aos municípios, foram observados os preceitos relacionados às pesquisas com seres humanos (MS 1996). O princípio da autonomia que implica no consentimento livre e esclarecido dos indivíduos envolvidos responsáveis pelas respostas aos questionários enviados, respeitando sua dignidade e sua vulnerabilidade, foi respeitado por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido, encaminhado junto com o questionário (anexo 1).

## **5. RESULTADOS**

### **5.1. Indicadores baseados nos dados obtidos do Sistema de Informação Ambulatorial**

#### **5.1.1. População de referência por Direção Regional de Saúde e porte de municípios**

De 1995 a 2003 observou-se um incremento de 8,84% na população geral e uma distribuição bastante desigual entre as diferentes regionais de saúde, bem como entre os portes dos municípios.

A tabela 1 especifica o número e o percentual de municípios e respectiva população, em relação ao total do Estado, segundo Direção Regional de Saúde (DIR) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, enquanto a tabela 2 especifica número de municípios e respectiva população segundo o porte demográfico proposto pela autora.

Em 2003, a região da Grande São Paulo, embora totalize apenas 6% dos municípios, concentrou 48,12 % da população total; já o porte 1, com o maior percentual de municípios (26,98%), compõe-se de apenas 1,45% da população total.

Tabela 1 - Número e percentual de municípios e população, em relação ao total do Estado, segundo Direção Regional de Saúde (DIR) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2003.

DIR	nº. mun.	%	População	%
I	1	0,16	10.677.017	27,58
II	7	1,09	2.449.008	6,33
III	11	1,71	2.499.624	6,46
IV	5	0,78	467.636	1,21
V	15	2,33	2.535.168	6,55
GSP	39	6,05	18.628.453	48,12
VI	40	6,20	674.998	1,74
VII	25	3,88	888.561	2,30
VIII	25	3,88	440.610	1,14
IX	19	2,95	399.295	1,03
X	38	5,89	1.011.251	2,61
XI	31	4,81	540.020	1,40
XII	42	6,51	3.596.160	9,29
XIII	22	3,41	617.693	1,60
XIV	37	5,74	598.216	1,55
XV	28	4,34	1.350.987	3,49
XVI	45	6,98	699.822	1,81
XVII	15	2,33	282.419	0,73
XVIII	25	3,88	1.160.842	3,00
XIX	9	1,40	1.555.846	4,02
XX	20	3,10	756.629	1,95
XXI	12	1,86	1.144.816	2,96
XXII	101	15,66	1.383.493	3,57
XXIII	45	6,98	2.027.031	5,24
XXIV	27	4,19	952.197	2,46
Interior	606	93,95	20.080.886	51,88
Estado	645	100	38.709.339	100

Fonte: DATA/SUS

Tabela 2 - Número e percentual de municípios segundo porte em relação ao total do Estado de São Paulo, em 2003.

Porte	nº mun.	%	População	%
1	174	26,98	561.974	26,98
2	119	18,45	855.280	18,45
3	120	18,60	1.750.421	18,60
4	113	17,52	3.646.378	17,52
5	52	8,06	3.710.728	8,06
6	46	7,13	7.425.705	7,13
7	12	1,86	4.205.774	1,86
8	8	1,24	5.876.062	1,24
9	1	0,16	10.677.017	0,16
Total	645	100	38.709.339	100

Fonte: DATA/SUS

## **5.1.2. Indicador de Eficiência**

### **5.1.2.1. Priorização da Saúde Bucal na Atenção Básica**

As tabelas 3 e 4 mostram a relação percentual entre os procedimentos odontológicos e a produção ambulatorial básica, segundo DIR e porte de município, respectivamente.

Conforme a tabela 3, com exceção da DIR I, em que esses percentuais registraram valores inferiores a 10% (exceto os anos 2000 e 2001) as demais DIR apresentaram valores que variaram de 10,7% a 40,54%, acompanhando, de forma geral, a ampliação dos procedimentos da atenção básica como um todo, nessa série histórica.

Na região da GSP vale destacar os dados referentes à DIR II, onde ocorreu uma ligeira diminuição nesses percentuais, de 15,44% em 1995 para 13,93% em 2003.

Em 2003, com exceção das DIR I e II, as demais apresentaram percentuais acima de 20%.

Em âmbito estadual, esses percentuais foram de 17,80% em 1995 para 24,33% em 2003, sendo que a região da GSP variou de 11,88% para 17,07% e a do interior de 21,71% para 28,29%.

Quando essa análise é efetuada para os municípios segundo porte, conforme a tabela 4, com exceção do porte 9, para todos os demais verifica-se um aumento do percentual de procedimentos odontológicos em relação à produção ambulatorial básica; esse aumento foi bastante expressivo nos municípios de porte 5 (de 18,84% em 1995 para 30,22% em 2003) e porte 8 (15,55% em 1995 para 27,53% em 2003).

Tabela 3 - Percentual de procedimentos odontológicos em relação ao total de procedimentos da atenção básica, realizados no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde (DIR) da Secretaria de Estado da Saúde, nos anos de 1995 a 2003.

DIR	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
I	7,9	4,59	3,97	5,84	11,65	12,97	9,98	9,66	9,06
II	15,44	16,38	14,89	17,47	15,08	15,64	13,16	13,54	13,93
III	15,76	17,46	15,43	17,51	22,86	24,85	24,5	28,52	31,55
IV	10,7	14,9	14,16	20,68	24,3	27,48	24,21	21,87	29,54
V	19,25	21,47	17,53	19,15	21,15	22,99	22,18	24,23	24,13
<b>GSP</b>	<b>11,88</b>	<b>11,9</b>	<b>11,1</b>	<b>13,44</b>	<b>17,09</b>	<b>18,43</b>	<b>16,08</b>	<b>16,49</b>	<b>17,07</b>
VI	26,44	28,78	27,06	24,15	24,5	33,14	28,95	26,78	28,9
VII	31,01	31,01	26,24	32,55	32,26	39,6	37,35	38,04	37,06
VIII	20,32	17,42	15,08	15,61	19,23	22,3	22,38	23,39	20,26
IX	26,79	31,25	26,36	27,37	29,61	35,55	33,96	31,00	30,70
X	18,43	17,7	15,67	15,75	18,17	28,74	28,03	33,34	34,91
XI	18,21	19,01	20,97	22,05	25,77	34,6	30,66	31,49	30,82
XII	17,01	19,61	18,92	20,52	22,54	25,59	25,46	25,51	27,22
XIII	24,37	23,73	20,95	20,99	25,21	28,29	25,16	30,18	31,07
XIV	24,04	23,05	24,24	23,57	26,38	33,48	31,14	30,16	30,03
XV	21,79	20,28	19,57	18,28	18,61	18,24	17,91	16,42	20,71
XVI	26,69	27,31	23,88	23,57	25,43	27,9	27,89	28,63	27,88
XVII	10,43	11,48	16,15	17,43	19,49	22,01	22,09	25,49	22,76
XVIII	19,8	20,53	17,79	22,89	26,2	30,26	29,05	29,24	27,27
XIX	15,86	16,34	17,98	18,37	22,00	24,51	23,84	24,69	23,28
XX	21,42	23,45	21,93	23,25	23,97	23,62	21,42	25,03	24,51
XXI	28,51	30,71	27,64	27,35	29,65	35,59	33,85	37,55	40,54
XXII	29,21	31,12	27,11	28,42	31,56	35,19	33,36	33,07	31,15
XXIII	22,14	22,99	19,80	18,96	22,27	27,04	27,41	30,16	27,4
XXIV	21,77	21,55	21,50	20,64	22,38	22,07	22,90	24,82	25,82
<b>Interior</b>	<b>21,71</b>	<b>22,63</b>	<b>21,14</b>	<b>22,12</b>	<b>24,50</b>	<b>28,41</b>	<b>27,43</b>	<b>28,47</b>	<b>28,29</b>
<b>Estado</b>	<b>17,80</b>	<b>18,61</b>	<b>17,68</b>	<b>19,00</b>	<b>22,12</b>	<b>25,11</b>	<b>23,52</b>	<b>24,24</b>	<b>24,33</b>

Fonte: SIA/SUS

Tabela 4 - Percentual de procedimentos odontológicos em relação ao total de procedimentos da atenção básica, realizados no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de município, nos anos de 1995 a 2003.

Porte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	27,23	28,75	28,92	23,51	25,78	27,8	25,5	26,34	28,46
2	24,59	25,28	25,48	22,95	23,75	26,53	24,78	25,9	26,2
3	22,58	23,14	22,89	22,46	24,29	28,48	26,95	28,43	28,06
4	21,97	21,51	21,42	22,19	23,97	28,76	27,10	28,87	27,76
5	18,84	21,26	20,07	20,95	23,74	28,00	27,51	29,14	30,22
6	21,03	20,94	18,35	20,65	22,76	26,13	24,92	26,14	26,43
7	19,96	22,3	19,66	21,44	23,73	24,01	22,81	22,73	22,10
8	15,55	18,45	16,64	19,26	21,60	25,14	24,69	25,80	27,53
9	7,90	4,59	3,97	5,84	11,65	12,97	9,98	9,66	9,06
<b>Total</b>	<b>17,80</b>	<b>18,61</b>	<b>17,68</b>	<b>19,00</b>	<b>22,12</b>	<b>25,11</b>	<b>23,52</b>	<b>24,24</b>	<b>24,33</b>

Fonte: SIA/SUS

As tabelas 5 e 6 mostram o incremento da produção ambulatorial da atenção básica e da produção de procedimentos odontológicos em 2003, em relação ao ano 2000. Tomou-se para essa comparação o ano 2000, considerando que a partir de novembro de 1999 a alteração ocorrida na tabela do SIA/SUS, introduziu nova codificação e reorganizou os procedimentos, conforme o descrito no capítulo referente ao método.

Segundo a tabela 5, houve, de forma geral, um aumento da produção ambulatorial básica nesse período; o mesmo ocorreu com os procedimentos odontológicos entre esses anos, sendo que no âmbito das DIR III, V, X, XIII, XV, XVII, XX, XXI e XXIV o percentual de aumento dos procedimentos odontológicos foi superior ao incremento da produção ambulatorial como um todo.

Entretanto, 4 regionais de saúde registraram ligeiro decréscimo nos procedimentos odontológicos nesse período. São as DIR II, VII, XVIII e XXII. Em âmbito estadual, registrou-se um aumento de 18,58% e 15,97% para a produção ambulatorial básica e para os procedimentos odontológicos, respectivamente.

É preciso ressaltar que a variação negativa nas regionais assinaladas e também a grande diferença de percentuais registrada no âmbito da DIR I contribuíram para a menor média estadual.

Na região da Grande São Paulo, o percentual de aumento dos procedimentos ambulatoriais básicos foi de 23,66%, enquanto a ampliação dos procedimentos odontológicos ficou em 17,57%. Na região do interior, esses percentuais foram proporcionais de 15,81% e 15,45% respectivamente.

A análise segundo porte (tabela 6) indica que para todos os portes houve variação positiva, quer se considere a produção ambulatorial básica ou os procedimentos odontológicos, ressaltando-se que nos municípios de porte 1, 5, 6 e 8 os percentuais de ampliação dos procedimentos odontológicos foram superiores aos da produção ambulatorial e no Município de porte 9, contrariando todos os outros, o aumento desta última foi desproporcional ao da odontológica.

Tabela 5 - Comparação percentual do incremento da produção ambulatorial básica (PAB) e dos procedimentos odontológicos (Odonto) realizados no SUS do Estado de São Paulo segundo Direção Regional de Saúde (DIR) da Secretaria de Estado da Saúde, entre 2000 e 2003.

DIR	2000		2003		%	%
	PAB	Odonto	PAB	Odonto	ampliação PAB	ampliação Odonto
I	23.141.634	3.002.621	37.428.888	3.389.802	38,17	11,42
II	14.857.301	2.323.152	16.051.454	2.235.780	7,44	-3,91
III	9.336.122	2.320.278	11.236.532	3.544.961	16,91	34,55
IV	3.334.560	916.493	3.377.619	997.789	1,27	8,15
V	17.040.701	3.917.430	20.606.846	4.971.883	17,31	21,21
<b>GSP</b>	<b>67.710.318</b>	<b>12.479.974</b>	<b>88.701.339</b>	<b>15.140.215</b>	<b>23,66</b>	<b>17,57</b>
VI	4.818.273	1.596.682	6.403.034	1.850.444	24,75	13,71
VII	6.469.851	2.562.262	6.836.214	2.533.613	5,36	-1,13
VIII	3.683.979	821.527	5.008.004	1.014.453	26,44	19,02
IX	3.671.343	1.305.317	4.430.095	1.360.248	17,13	4,04
X	5.777.739	1.660.405	7.480.977	2.611.714	22,77	36,42
XI	3.253.403	1.125.839	3.972.152	1.224.267	18,09	8,04
XII	22.672.250	5.802.670	23.507.106	6.398.518	3,55	9,31
XIII	3.781.524	1.069.719	4.515.749	1.403.159	16,26	23,76
XIV	4.512.692	1.511.023	6.025.506	1.809.455	25,11	16,49
XV	6.704.541	1.222.795	7.765.271	1.607.977	13,66	23,95
XVI	5.863.119	1.635.991	7.850.246	2.188.296	25,31	25,24
XVII	1.758.635	387.036	2.396.423	545.497	26,61	29,05
XVIII	10.914.873	3.302.983	12.037.394	3.282.463	9,33	-0,63
XIX	11.139.718	2.729.931	14.295.176	3.327.418	22,07	17,96
XX	5.216.322	1.231.853	7.313.051	1.792.651	28,67	31,28
XXI	6.520.957	2.320.673	7.917.085	3.209.199	17,63	27,69
XXII	9.791.642	3.445.261	11.021.227	3.433.400	11,16	-0,35
XXIII	13.837.172	3.741.306	16.328.196	4.474.432	15,26	16,38
XXIV	6.753.847	1.490.503	7.799.944	2.013.847	13,41	25,99
<b>Interior</b>	<b>137.141.880</b>	<b>38.963.776</b>	<b>162.902.850</b>	<b>46.081.051</b>	<b>15,81</b>	<b>15,45</b>
<b>Estado</b>	<b>204.852.198</b>	<b>51.443.750</b>	<b>251.604.189</b>	<b>61.221.266</b>	<b>18,58</b>	<b>15,97</b>

Fonte: SIA/SUS

Tabela 6 - Comparação percentual do incremento da produção ambulatorial básica (PAB) e procedimentos odontológicos (Odonto) realizados no SUS do Estado de São Paulo segundo porte de município, entre 2000 e 2003.

Porte	2000		2003		%	%
	PAB	Odonto	PAB	Odonto	ampliação PAB	ampliação Odonto
1	6.371.096	1.771.057	7.630.679	2.171.960	16,51	18,46
2	7.177.115	1.904.144	9.094.077	2.382.766	21,08	20,09
3	12.968.826	3.693.954	17.387.628	4.879.792	25,41	24,30
4	27.962.734	8.041.585	32.382.507	8.989.508	13,65	10,54
5	28.866.472	8.082.528	31.386.185	9.484.093	8,03	14,78
6	47.904.866	12.515.276	58.759.282	15.528.709	18,47	19,41
7	22.459.263	5.393.547	26.608.471	5.879.577	15,59	8,27
8	28.000.192	7.039.038	30.926.472	8.515.059	9,46	17,33
9	23.141.634	3.002.621	37.428.888	3.389.802	38,17	11,42
<b>Total</b>	<b>204.852.198</b>	<b>51.443.750</b>	<b>251.604.189</b>	<b>61.221.266</b>	<b>18,58</b>	<b>15,97</b>

Fonte: SIA/SUS

Quanto a valores financeiros, a comparação só pode ser realizada de 1995 a 2000. Isso porque, com a implantação do Piso Ambulatorial Básico proposto pela Norma Operacional Básica 1/96, deixou-se de agregar valores financeiros ao conjunto de procedimentos da atenção básica a partir de 2001.

As tabelas 7 e 8 registram os percentuais dispendidos com os procedimentos odontológicos em relação ao total dos procedimentos básicos segundo DIR e porte de municípios, respectivamente.

Verifica-se que há uma evolução positiva nesse período para ambas as análises (DIR e porte).

Conforme a tabela 7, em 1995 apenas as DIR I, IV e XVII registraram valores inferiores a 11%. Nas demais, os valores variaram de 11,21% a 26,93%. Em 2000 os menores valores encontrados foram de 11,59%, 15,83% e 17,87% nas DIR I, II e XV respectivamente. Nas demais, os valores variaram de 20,56% a 36,69%.

Na região da Grande São Paulo, o percentual variou de 8,69% em 1995 para 17,32% em 2000, ao passo que na região do interior o percentual foi de 19,08% para 26,82%, no mesmo período. A média estadual foi de 14,34% em 1995 para 23,85% em 2000.

Tabela 7 - Relação percentual entre os valores financeiros dispendidos com os procedimentos odontológicos e o total de procedimentos realizados na rede básica do SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2000.

<b>DIR</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
I	6,09	3,03	2,47	3,76	10,18	11,59
II	11,21	11,78	10,79	12,08	14,36	15,83
III	12,27	11,6	10,46	12,58	24,90	25,22
IV	6,69	8,77	9,67	15,69	27,09	22,61
V	15,79	15,36	14,06	16,35	23,09	22,07
<b>CSRMGSP</b>	<b>8,69</b>	<b>7,44</b>	<b>7,16</b>	<b>9,02</b>	<b>16,79</b>	<b>17,32</b>
VI	20,70	21,25	21,21	22,18	25,66	28,92
VII	25,55	22,74	23,44	31,56	38,86	36,69
VIII	16,17	11,21	10,10	13,02	17,58	20,56
IX	26,93	28,14	25,18	21,99	30,46	32,07
X	16,30	12,56	12,27	13,39	17,95	25,38
XI	15,66	14,94	17,52	19,07	27,36	32,60
XII	15,32	15,62	16,45	18,53	25,55	25,50
XIII	20,33	19,44	19,49	20,17	28,52	25,53
XIV	17,53	16,40	19,77	21,94	29,20	30,53
XV	23,25	16,54	16,16	17,44	20,96	17,87
XVI	19,69	19,74	19,88	21,72	27,26	24,59
XVII	8,98	9,69	13,43	15,83	22,66	20,56
XVIII	21,04	21,18	19,81	23,06	29,99	27,94
XIX	13,39	13,20	17,10	17,17	26,10	23,24
XX	21,87	19,80	20,10	22,87	27,14	21,78
XXI	22,32	26,28	25,20	28,68	36,73	34,25
XXII	24,37	23,16	24,40	26,94	37,07	32,36
XXIII	19,33	20,27	18,33	18,79	26,52	26,55
XXIV	19,52	19,49	20,58	20,51	26,26	22,36
<b>Interior</b>	<b>19,08</b>	<b>18,34</b>	<b>18,83</b>	<b>20,73</b>	<b>27,69</b>	<b>26,82</b>
<b>Estado</b>	<b>14,34</b>	<b>13,46</b>	<b>13,92</b>	<b>15,81</b>	<b>24,01</b>	<b>23,85</b>

Fonte: SIA/SUS

Tabela 8 - Relação percentual entre os valores financeiros dispendidos com os procedimentos odontológicos e o total de procedimentos realizados na rede básica do SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, de 1995 a 2000.

<b>porte</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
1	25,84	26,71	26,81	25,79	27,68	27,06
2	22,11	22,69	22,54	23,03	26,24	25,13
3	21,29	18,95	19,82	20,67	26,91	26,58
4	18,87	16,99	18,36	20,56	26,74	27,27
5	15,99	16,39	17,82	19,83	26,93	26,55
6	17,84	16,01	15,53	18,28	25,92	24,48
7	16,85	17,99	16,91	17,18	25,49	22,92
8	11,80	12,86	12,29	16,21	23,72	25,29
9	6,09	3,03	2,47	3,76	10,18	11,59
<b>Total</b>	<b>14,34</b>	<b>13,46</b>	<b>13,93</b>	<b>15,81</b>	<b>24,01</b>	<b>23,85</b>

Fonte: SIA/SUS

### **5.1.3. Indicadores de Modelo de Atenção**

#### **5.1.3.1 Percentual de procedimentos coletivos em relação ao total de procedimentos da atenção básica**

Conforme as tabelas 9 e 10, houve um crescimento significativo dos procedimentos coletivos ao longo do período estudado. Em 1995 já representavam um percentual relevante em relação ao total dos procedimentos da atenção básica. Nesse ano, com exceção da região da DIR IV, os percentuais registrados para as demais variavam de 19,06% (DIR XV) a 55,31% na região da DIR XII.

Situação semelhante ocorre quando se analisa por porte de municípios. Todos os portes, com exceção dos portes 1, 2 e 9, apresentaram percentuais superiores a 40%.

Em 2003, com exceção das DIR I (4,15%, que contrasta totalmente com o resto das regiões), DIR II (49,20%), DIR XIII (48,70%), DIR XV (39,53%) e DIR XXIV (48,12%), todas as demais regionais de saúde apresentaram percentuais superiores a 51%.

Quanto aos portes, com exceção do 9 (que corresponde a DIR I), nos demais os percentuais variam de 51,66% a 65,57%.

Em âmbito estadual esse percentual variou de 44,65% em 1995 para 59,17% em 2003, sendo que para a região da Grande São Paulo essa variação foi de 39,69% para 53,49% e para a região do interior foi de 46,55% para 61,04%, respectivamente.

É preciso assinalar que todos os municípios do estado habilitados no SUS incluem saúde bucal nos seus serviços de saúde e 95,19% deles realizavam os procedimentos coletivos.

Tabela 9 - Percentual de Procedimentos Coletivos em relação ao total de procedimentos odontológicos básicos realizados na população de 0 a 14 anos de idade no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003.

DIR	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I	35,18	9,12	10,46	15,69	17,10	9,42	6,38	4,14	4,15
II	41,22	45,27	38,51	18,03	30,98	50,04	47,87	46,53	49,20
III	32,84	37,74	42,95	35,42	32,13	44,36	55,15	58,57	65,37
IV	11,52	35,17	31,43	41,51	58,06	68,87	61,64	63,54	66,54
V	51,80	50,03	56,05	53,91	64,55	72,41	74,94	78,15	77,97
GSP	39,69	38,40	40,70	34,32	41,14	47,61	49,25	50,09	53,49
VI	51,55	53,27	48,30	55,95	56,75	67,82	62,82	66,56	68,89
VII	50,03	53,27	47,00	51,95	57,70	59,91	60,06	59,47	59,51
VIII	23,35	24,95	20,87	23,22	22,35	48,85	51,35	54,01	54,20
IX	39,00	45,22	44,44	35,99	44,89	53,24	56,34	57,84	58,81
X	34,11	34,74	38,79	42,62	51,07	61,20	65,21	71,54	74,95
XI	41,05	33,99	33,02	37,41	37,32	50,69	51,41	49,23	51,49
XII	55,31	60,94	61,46	57,92	61,07	66,83	66,66	67,84	70,38
XIII	41,09	43,10	40,30	36,47	42,10	41,95	40,44	46,93	48,70
XIV	42,84	43,69	40,68	53,23	56,09	61,21	63,93	67,70	62,66
XV	19,06	21,51	23,87	19,55	27,98	34,89	40,93	37,36	39,53
XVI	47,67	47,17	46,12	47,5	48,85	54,21	57,07	62,9	61,78
XVII	29,40	29,67	60,55	54,84	60,12	72,55	74,71	73,51	77,68
XVIII	52,40	50,88	50,53	42,45	47,69	54,20	58,03	55,92	55,40
XIX	58,20	51,46	60,29	51,88	61,22	67,32	66,48	66,35	64,36
XX	38,93	45,21	48,38	52,96	50,75	55,84	56,78	63,83	64,50
XXI	59,77	59,94	60,14	59,56	62,45	66,19	68,00	66,81	63,66
XXII	52,63	55,89	57,84	57,35	58,54	59,63	59,12	56,09	54,54
XXIII	40,78	31,28	38,31	36,96	42,34	52,56	59,25	60,55	59,76
XXIV	37,18	37,75	48,08	32,76	36,31	39,35	42,75	45,00	48,12
Interior	46,55	47,54	49,36	48,00	51,76	58,02	59,62	60,85	61,04
Estado	44,65	45,35	47,49	44,53	49,12	55,49	57,18	58,27	59,17

Fonte: SIA/SUS

Tabela 10 - Percentual de Procedimentos Coletivos em relação ao total de procedimentos odontológicos básicos realizados na população de 0 a 14 anos de idade no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de município, de 1995 a 2003.

Porte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	39,79	41,56	38,07	36,9	45,03	46,16	46,46	48,93	53,85
2	36,25	38,32	37,61	38,91	46,89	47,34	48,24	52,33	51,66
3	40,91	42,29	44,86	43,05	44,03	54,2	57,22	58,63	62,05
4	42,37	40,68	42,97	42,22	44,33	52,44	56,03	59,63	60,98
5	46,18	44,22	48,33	50,86	54,11	59,15	60,25	63,96	65,57
6	45,86	49,68	51,64	48,9	55,17	63,06	64,72	65,9	64,77
7	56,07	56,37	55,55	36,46	47,56	57,73	57,56	55,44	57,92
8	43,59	47,34	55,54	55,69	58,96	64,51	66,35	65,53	64,51
9	35,18	9,12	10,46	15,69	17,1	9,42	6,38	4,14	4,15
Total	44,65	45,35	47,49	44,53	49,12	55,49	57,18	58,27	59,17

Fonte: SIA/SUS

### **5.1.3.2. Percentual de procedimentos individuais preventivos em relação ao total de procedimentos**

Os procedimentos preventivos individuais, conforme indicam as tabelas 11 e 12, sempre representaram um percentual importante em relação aos procedimentos da atenção básica, apresentando um aumento gradativo no período estudado que teve seu pico em 2002. Em 2003, ocorreu um declínio acentuado, porém registrou valores desde 26,62%, na DIR XIV até 54,55%, na DIR XIX.

Situação similar ocorre quando se analisam os municípios segundo o porte.

Em 1995, o percentual variou de 18,75% (no porte 2) a 34,43%, nos municípios do porte 7.

Em 2003, o percentual variou de 30,34% nos municípios de porte 2 a 47,92%, no município de porte 9.

Em âmbito estadual, o percentual foi de 25,44% em 1995 para 48,33% em 2002, declinando para 39,02% em 2003.

A região da Grande São Paulo apresentou valores de 31,73% em 1995, 55,69% em 2001 e 43,40% em 2003, todos maiores que a região do interior que foram de 22,88%, 45,36% e 37,31% respectivamente.

Tabela 11 - Percentual de procedimentos individuais preventivos em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica do SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretária de Estado da Saúde, de 1995 a 2003.

DIR	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I	22,57	23,60	29,70	40,56	48,53	54,45	58,86	61,24	47,92
II	46,16	44,37	53,80	70,25	63,80	50,79	49,96	51,97	33,34
III	29,02	28,99	31,87	48,27	52,24	47,12	44,26	51,71	47,16
IV	40,85	39,68	48,46	68,76	61,34	66,21	71,06	63,88	49,33
V	35,10	35,90	34,40	41,33	45,74	43,23	42,94	43,76	34,39
<b>GSP</b>	<b>31,73</b>	<b>33,33</b>	<b>38,92</b>	<b>53,12</b>	<b>52,89</b>	<b>51,01</b>	<b>52,82</b>	<b>55,69</b>	<b>43,40</b>
VI	20,01	22,35	21,55	34,74	36,03	39,61	35,28	39,50	31,89
VII	21,70	20,13	27,46	39,99	44,23	45,25	42,42	44,00	39,78
VIII	35,40	20,24	24,18	25,77	49,10	36,80	37,47	39,72	34,10
X	27,06	25,12	33,69	46,21	49,05	48,98	45,66	47,50	41,27
X	15,96	18,34	19,78	30,69	31,09	30,98	37,41	38,84	34,59
XI	23,39	24,68	22,03	37,58	38,64	40,35	44,70	46,36	35,87
XII	23,23	26,05	28,63	40,88	46,99	44,37	45,87	47,16	37,10
XIII	24,11	23,55	27,50	38,38	41,27	47,44	48,93	51,44	44,56
XIV	18,74	19,01	42,69	28,60	30,74	33,79	33,12	36,15	26,62
XV	15,11	19,82	22,20	27,72	32,60	32,88	33,65	34,25	31,28
XVI	21,53	22,96	27,12	33,56	33,26	38,46	37,10	38,03	34,85
XVII	15,85	16,86	17,86	39,80	40,76	34,63	37,72	37,19	32,73
XVIII	25,72	27,57	26,37	37,23	42,55	43,92	46,84	46,17	38,60
XIX	15,76	21,10	21,58	35,71	44,03	47,70	53,36	58,52	54,55
XX	28,11	35,26	39,70	40,81	42,76	46,01	47,62	47,22	39,88
XXI	21,19	21,78	24,93	36,03	39,28	42,36	45,66	47,77	32,68
XXII	17,74	20,30	23,68	32,37	36,36	36,58	38,53	40,32	35,18
XXIII	30,74	28,65	32,24	35,86	39,10	45,92	48,05	49,39	32,97
XXIV	27,15	28,12	22,42	42,77	45,51	45,45	48,60	49,49	42,92
<b>Interior</b>	<b>22,88</b>	<b>24,12</b>	<b>27,08</b>	<b>36,46</b>	<b>40,81</b>	<b>42,10</b>	<b>43,58</b>	<b>45,36</b>	<b>37,31</b>
<b>Estado</b>	<b>25,44</b>	<b>26,61</b>	<b>29,95</b>	<b>41,47</b>	<b>44,29</b>	<b>44,64</b>	<b>46,15</b>	<b>48,33</b>	<b>39,02</b>

Fonte: SIA/SUS

Tabela 12 - Percentual de procedimentos individuais preventivos em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de município, de 1995 a 2003.

Porte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	21,03	20,97	19,8	32,61	34,3	36,01	31,63	35,54	31,63
2	18,75	18,51	18,03	30,65	33,41	34,34	30,34	37,88	30,34
3	27,28	23,70	23,63	33,22	35,06	36,83	34,45	39,99	34,45
4	22,91	24,10	30,39	35,26	39,91	36,13	34,39	39,43	34,39
5	27,3	30,34	31,03	38,46	41,73	47,94	38,4	50,18	38,40
6	25,33	27,91	30,18	45,16	47,27	48,12	41,57	50,67	41,57
7	34,43	33,93	39,09	55,57	57,38	47,54	42,03	53,94	42,03
8	22,96	22,54	26,80	40,03	42,54	46,29	36,99	48,29	36,99
9	22,57	23,60	29,70	40,56	48,53	54,45	47,92	61,24	47,92
<b>Total</b>	<b>25,44</b>	<b>26,61</b>	<b>29,95</b>	<b>41,47</b>	<b>44,29</b>	<b>44,64</b>	<b>46,15</b>	<b>48,33</b>	<b>39,02</b>

Fonte: SIA/SUS

### **5.1.3.3. Percentual de procedimentos restauradores em relação ao total de procedimentos individuais**

O percentual de procedimentos restauradores, conforme as tabelas 13 e 14, mostra um declínio no período de 1995 a 1997, quer no âmbito das DIR quanto nos municípios segundo porte.

Em 1998 ocorreu uma elevação (por porte), em virtude da alteração ocorrida na tabela de procedimentos ambulatoriais. Essa elevação foi mais acentuada nos municípios de porte 1, 2, 3 e 4, com percentuais de 73,73%, 68,13%, 57,51% e 54,80% respectivamente.

De 1999 a 2003, observa-se um declínio e em 2003 o menor valor foi encontrado na DIR IV (13,30%). Nas demais, o percentual variou de 15,78% na DIR XIX para 29,51% na DIR VI. Quanto aos portes, o maior percentual correspondeu aos municípios de porte 1 (29,08%) e o menor valor ao porte 7 (18,31%).

Em âmbito estadual, a variação foi de 31,74% em 1995 para 22,33% em 2003, sendo que na região da Grande São Paulo (GSP) esse percentual diminuiu de 24,64% para 19,75% e no interior de 34,63% para 23,34% respectivamente.

Tabela 13 - Percentual de procedimentos individuais restauradores em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, por Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003.

DIR	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I	25,74	23,69	23,02	18,43	16,81	17,33	17,57	17,84	19,30
II	22,92	22,07	17,08	9,84	12,29	18,10	18,47	18,35	18,30
III	26,12	26,34	25,28	15,86	16,40	18,77	20,42	20,15	19,71
IV	17,86	16,98	14,40	7,14	10,31	11,18	9,81	10,21	13,30
V	24,62	22,59	25,38	21,56	18,85	23,34	24,66	25,07	24,62
GSP	24,64	23,15	21,86	15,30	15,77	18,48	18,95	19,04	19,75
VI	39,68	39,80	31,02	33,73	32,95	31,22	28,54	28,34	29,51
VII	39,47	31,04	30,93	24,16	23,33	25,68	26,77	25,98	24,34
VIII	38,78	47,10	42,15	40,25	24,69	30,68	29,96	27,95	26,45
IX	34,68	37,22	35,30	25,41	22,78	22,03	23,52	3,31	24,53
X	30,10	32,83	32,60	25,40	27,05	25,64	26,09	26,03	27,34
XI	37,70	34,54	30,81	28,03	27,45	28,18	25,85	24,69	23,27
XII	31,38	32,11	33,50	25,78	22,77	24,20	24,31	25,37	24,06
XIII	36,62	35,74	34,27	29,24	26,17	23,88	24,06	21,73	20,79
XIV	43,29	40,73	28,36	32,62	29,12	27,93	26,16	29,88	24,81
XV	39,22	34,53	33,80	30,71	30,56	31,44	32,86	31,32	33,03
XVI	41,33	39,26	36,73	31,58	28,00	29,17	28,33	30,56	29,44
XVII	26,31	25,54	21,73	14,29	14,52	15,69	16,04	15,83	17,58
XVIII	32,01	31,76	33,56	26,34	25,98	27,89	21,78	21,15	19,60
XIX	25,70	23,22	23,15	19,01	18,55	21,79	18,59	17,36	15,78
XX	27,57	29,44	28,61	28,50	22,89	22,22	21,80	21,61	22,14
XXI	37,02	35,36	34,67	28,28	26,90	26,71	24,97	24,59	17,90
XXII	38,49	40,78	38,99	31,25	29,86	28,82	27,05	25,95	25,17
XXIII	33,58	34,06	29,05	26,89	22,76	20,79	21,56	19,75	20,64
XXIV	27,86	31,70	27,34	24,46	24,65	27,27	26,48	25,19	23,25
Interior	34,63	34,30	32,26	27,47	25,31	25,89	24,94	24,31	23,34
Estado	31,74	31,28	29,74	41,31	22,56	23,78	23,27	22,80	22,33

Fonte: SIA/SUS

Tabela 14 - Percentual de procedimentos individuais restauradores em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de município, de 1995 a 2003.

Porte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	39,40	40,85	31,60	73,73	30,81	31,51	31,16	31,82	29,08
2	44,14	38,83	32,96	68,13	32,14	27,82	27,81	28,42	26,42
3	35,37	34,30	31,12	57,51	29,60	28,18	27,45	25,93	24,92
4	38,81	38,31	33,82	54,80	25,64	29,17	27,07	26,42	25,79
5	31,81	30,80	28,47	35,49	23,46	21,40	20,77	20,71	23,93
6	28,50	30,24	28,36	31,85	21,16	23,34	23,16	22,83	21,74
7	25,08	25,89	31,12	36,39	15,10	20,24	19,41	18,96	18,31
8	27,29	25,26	23,26	23,83	21,50	22,15	22,93	21,92	18,79
9	25,74	23,69	23,02	18,43	16,81	17,33	17,57	17,84	19,30
Total	31,74	31,28	29,74	41,31	22,56	23,78	23,27	22,8	22,33

Fonte: SIA/SUS

#### **5.1.3.4. Percentual de procedimentos cirúrgicos (exodontias) em relação ao total de procedimentos individuais**

Os procedimentos cirúrgicos da atenção básica representaram, em relação aos procedimentos individuais restauradores e preventivos, os menores percentuais.

Em 1995, segundo a tabela 15, esses percentuais variaram de 7,13% (DIR II) até 24,30% (DIR XVII).

No período ocorreu, de forma geral, um declínio nos valores registrados e o ano de 2003 apresentou os menores percentuais.

Deve-se salientar a região da DIR XVII, que de 1995 a 2002 manteve percentuais elevados, que variaram de 18,21% a 24,30%, reduzindo para 14,40% em 2003.

Segundo porte, conforme a tabela 16, observa-se igualmente uma redução percentual, sendo que em 2003 todos os portes apresentaram valores inferiores a 10%.

Nesse ano, os menores valores foram encontrados nos municípios de porte 7, 8 e 9, que apresentaram 5,15%, 5,85% e 5,56% respectivamente.

Em âmbito estadual, o percentual foi de 13,40% em 1995 para 6,94% em 2003. Na região da Grande São Paulo (GSP) esses percentuais foram de 14,55% para 6,11% e no Interior de 12,93% para 7,27% respectivamente.

Tabela 15 - Percentual de exodontias em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003.

DIR	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I	20,80	14,15	11,39	9,24	7,87	7,21	6,77	6,51	5,56
II	7,13	7,23	6,18	3,85	5,24	6,99	6,53	6,46	5,53
III	14,96	14,69	13,46	8,24	6,40	7,30	8,32	7,75	6,05
IV	10,76	9,52	7,46	6,10	6,96	7,46	7,01	6,80	6,90
V	10,61	10,25	11,31	11,69	9,57	11,27	9,97	10,00	8,19
GSP	14,55	11,45	10,16	7,76	7,26	7,87	7,53	7,24	6,11
VI	11,04	10,58	7,82	9,66	11,13	10,31	18,50	10,67	8,07
VII	9,26	9,65	9,34	8,69	8,60	8,26	8,75	8,40	6,76
VIII	8,64	10,41	9,96	9,68	7,66	9,91	9,43	8,81	7,98
IX	10,07	10,49	9,00	7,39	7,59	7,99	7,07	7,34	6,48
X	22,92	11,15	11,14	11,50	12,70	17,75	12,00	10,49	8,89
XI	13,45	13,51	9,85	12,45	11,66	11,57	10,10	9,99	8,60
XII	11,98	11,80	11,08	10,28	10,10	10,65	9,98	10,19	8,84
XIII	11,52	12,07	12,44	10,64	10,22	9,32	7,78	7,30	5,99
XIV	11,28	11,69	8,52	11,46	11,02	9,95	9,15	10,29	6,80
XV	20,62	12,00	11,09	11,33	11,55	11,95	11,72	11,13	8,91
XVI	12,99	12,28	11,39	10,76	9,91	10,25	10,03	10,43	8,04
XVII	24,30	22,23	23,13	18,21	20,13	22,68	21,13	19,66	14,40
XVIII	10,79	10,13	10,32	8,75	8,73	8,54	7,69	7,46	6,22
XIX	10,84	10,35	9,92	8,12	7,69	9,34	7,82	6,84	4,56
XX	8,36	9,45	8,93	9,61	10,25	10,10	10,03	9,57	8,36
XXI	11,07	10,10	9,66	8,80	8,52	9,06	7,98	6,83	4,34
XXII	17,68	10,60	10,00	10,09	10,78	10,25	9,67	9,60	7,25
XXIII	12,11	15,37	16,15	10,67	13,19	10,10	8,67	8,80	7,93
XXIV	10,60	11,65	9,69	10,44	10,76	11,59	9,28	8,86	7,05
Interior	12,93	11,65	10,84	10,03	10,25	10,33	9,61	9,06	7,27
Estado	13,40	11,59	10,68	9,35	9,39	9,63	9,03	8,54	6,94

Fonte: SIA/SUS

Tabela 16 - Percentual de exodontias em relação aos procedimentos individuais básicos realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, de 1995 a 2003.

Porte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	11,60	12,46	8,59	10,83	10,48	10,33	9,54	9,57	7,60
2	12,22	12,62	10,11	11,47	12,95	11,08	10,27	10,91	8,56
3	13,09	13,47	10,96	12,35	12,89	12,19	11,67	10,89	9,23
4	12,55	12,80	11,17	10,92	10,48	11,77	10,30	10,06	8,65
5	10,74	9,74	9,46	10,08	11,49	9,80	10,17	8,24	7,16
6	13,33	11,80	9,72	8,88	8,65	9,51	8,72	8,45	6,72
7	11,74	8,56	10,28	5,91	6,08	7,53	7,05	7,10	5,15
8	14,31	12,04	10,07	8,47	7,41	8,27	7,90	7,72	5,85
9	20,80	14,15	11,39	9,24	7,87	7,21	6,77	6,51	5,56
<b>Total</b>	<b>13,40</b>	<b>11,59</b>	<b>10,68</b>	<b>9,35</b>	<b>9,39</b>	<b>9,63</b>	<b>9,03</b>	<b>8,54</b>	<b>6,94</b>

Fonte: SIA/SUS

### **5.1.3.5. Percentual de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos.**

O percentual de procedimentos especializados em relação aos da atenção básica pode ser visualizado nas tabelas 17 e 18, segundo Direção Regional de Saúde e porte de município, respectivamente, para os anos 2000, 2002 e 2003.

No âmbito das Direções Regionais de Saúde (tabela 17), esse percentual variou de 0,63% (DIR XVI) a 13,55%, (DIR XV) no ano 2000. Nesse ano, registraram percentuais superiores a 5% 7 regionais: DIR I, VII, IX, X, XII, XV, e XIX e percentuais inferiores a 3% 8 regionais: as DIR III, IV, VIII, XI, XVI, XVII, XX e XXI.

Em 2002, pode-se observar um ligeiro aumento desses percentuais e em 2003 para algumas regiões permaneceu a tendência de aumento, enquanto para outras ocorreu uma pequena redução.

De qualquer modo, em 2003 os percentuais variaram de 1,22% (DIR XVII) a 12,79% (DIR XV), que continuou exibindo o percentual mais elevado, não obstante ter registrado uma diminuição em relação ao ano 2000.

Em 2003, o número de regiões que apresentou percentual superior a 5% aumentou para 9; são as DIR I, V, VII, IX, X, XII, XV, XVIII e XIX, enquanto que o número de regionais com percentual inferior a 3% (DIR III, IV, VIII, XIII, XVI, XVII e XXI) diminuiu para 7.

Em âmbito estadual, percebe-se uma tendência de aumento da participação dos procedimentos especializados em relação aos da atenção básica, que aumentou de 4,83% em 2000 para 5,49% em 2002 e 5,59% em 2003, sendo que na região da GSP esses valores foram de 3,98%, 4,74% e 5,15% respectivamente e a região do interior apresentou percentuais de 5,16%, 5,78% e 5,77% para os anos considerados.

Quando se analisam os municípios segundo porte (tabela 18) em 2000 exibiram percentual inferior a 3% os portes 1 a 4 e percentual superior a 5% os portes 6 a 9. O maior percentual (11,45%) foi registrado pelo porte 7.

Em 2003, permaneceram com percentual inferior a 3% os portes 1 a 3 e com percentual superior a 5% os portes 5 a 9, sendo que o maior percentual continuou sendo registrado no porte 7 (10,67%). Os municípios de portes 6 a 9 registraram um aumento do percentual, em relação ao encontrado para o ano 2000.

Tabela 17 - Distribuição percentual de procedimentos odontológicos básicos e especializados realizados no SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2000, 2002 e 2003.

DIR	2000		2002		2003	
	Básico %	Espec. %	Básico %	Espec. %	Básico %	Espec. %
I	94,58	5,42	93,89	6,11	93,21	6,79
II	96,72	3,28	96,45	3,55	96,33	3,67
III	97,78	2,22	97,91	2,09	98,18	1,82
IV	98,42	1,58	98,52	1,48	98,13	1,87
V	96,27	3,73	94,59	5,41	93,73	6,27
GSP	96,02	3,98	95,26	4,74	94,85	5,15
VI	96,57	3,43	96,20	3,80	96,26	3,74
VII	93,58	6,42	93,59	6,41	93,08	6,92
VIII	98,20	1,80	97,93	2,07	98,03	1,97
IX	94,04	5,96	92,89	7,11	92,89	7,11
X	92,00	8,00	88,26	11,74	87,81	12,19
XI	97,27	2,73	96,23	3,77	96,31	3,69
XII	92,69	7,31	91,25	8,75	90,42	9,58
XIII	96,14	3,86	96,66	3,34	97,53	2,47
XIV	95,98	4,02	94,15	5,85	95,94	4,06
XV	86,45	13,55	84,13	15,87	87,21	12,79
XVI	99,37	0,63	99,13	0,87	98,91	1,09
XVII	98,55	1,45	99,18	0,82	98,78	1,22
XVIII	96,13	3,87	94,08	5,92	94,07	5,93
XIX	91,28	8,72	93,40	6,60	93,25	6,75
XX	97,55	2,45	96,18	3,82	96,15	3,85
XXI	97,66	2,34	96,19	3,81	97,19	2,81
XXII	96,72	3,28	96,58	3,42	96,84	3,16
XXIII	95,24	4,76	95,34	4,66	95,03	4,97
XXIV	96,08	3,92	95,93	4,07	95,35	4,65
Interior	94,84	5,16	94,22	5,78	94,23	5,77
Estado	95,17	4,83	94,51	5,49	94,41	5,59

Fonte: SIA/SUS

Tabela 18 - Distribuição percentual de procedimentos odontológicos básicos e especializados realizados no SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, em 2000, 2002 e 2003.

Porte	2000		2002		2003	
	Básico %	Espec. %	Básico %	Espec. %	Básico %	Espec. %
1	97,59	2,41	98,09	1,91	98,14	1,86
2	97,06	2,94	97,45	2,55	97,76	2,24
3	97,89	2,11	97,86	2,14	98,01	1,99
4	97,38	2,62	96,77	3,23	96,72	3,28
5	96,91	3,09	95,86	4,14	95,22	4,78
6	94,96	5,04	94,00	6,00	94,11	5,89
7	88,55	11,45	88,52	11,48	89,33	10,67
8	93,75	6,25	92,03	7,97	92,63	7,37
9	94,58	5,42	93,89	6,11	93,21	6,79
Total	95,17	4,83	94,51	5,49	94,41	5,59

Fonte SIA/SUS

### **5.1.3.6. Percentual de procedimentos especializados por tipo de procedimento**

As tabelas 19 e 20 mostram o percentual de procedimentos de endodontia, periodontia, ortodontia, cirurgia e prótese (todo o grupo de próteses odontológicas do SIA/SUS) em relação aos procedimentos especializados, bem como as radiografias odontológicas, nos anos de 2000 e 2003, segundo DIR e porte de município, respectivamente.

#### **a) Endodontia**

Conforme pode ser observado na tabela 19, no ano 2000 o percentual de procedimentos endodônticos variou de 2,05% na DIR VIII (a única região com percentual inferior a 5%) a 32,36% (DIR II), sendo que 9 regiões apresentaram percentuais entre 5% a 10%, 11 regiões com percentuais de 10 a 20% e 3 regiões com percentuais entre 20 a 33%.

Em 2003, o menor percentual foi encontrado novamente na DIR VIII (1,37%), inferior ao registrado em 2000. O número de DIR com percentual entre 5 a 10% diminuiu para 6; 8 regionais apresentaram percentual entre 10 a 20% e 9 regionais apresentaram percentual entre 20 e 50,58%, este último registrado na DIR IV (um aumento considerável em relação ao apresentado por essa DIR em 2000: 14,76%).

A tendência de aumento dos procedimentos endodônticos é observada no aumento da média do estado, que foi de 12,50% em 2000 para 15,16% em 2003. A região da GSP apresentou percentuais superiores à região do interior, aumentando de 16,15% em 2000 para 21,21% em 2003 enquanto o interior registrou 10,84% e 13,06% em 2000 e 2003, respectivamente.

Quando se examinam os registros por porte, no ano 2000 o menor percentual encontrado foi de 8,16% (porte 7) e o maior valor foi de 18,46% (porte 2). Em 2003, o menor percentual (10,69%) foi encontrado no porte 7 e o maior percentual (19,17%) ocorreu no porte 4. O porte 2 apresentou uma redução significativa (18,46% em 2000 para 12,95% em 2003). Os demais portes apresentaram aumento em 2003, sendo mais significativos nos portes 3 (de 11,35% em 2000 para 18,46% em 2003) e porte 9 (de 9,36% em 2000 para 16,66% em 2003).

Em 2003, apresentaram percentuais superiores aos procedimentos endodônticos os procedimentos radiográficos e periodontais.

#### **b) Periodontia**

Conforme a tabela 19, no ano 2000 o percentual de procedimentos periodontais variou de 1,13% na DIR VIII a 73,42% (DIR IV), sendo que 4 regiões apresentaram percentuais entre 2% a 10%, 10 regiões com percentuais de 10 a 20% e 9 regiões com percentuais entre 20 a 73,50%.

Em 2003, o menor percentual foi encontrado na DIR XIII (0,79%), inferior ao registrado em 2000 nessa DIR. O número de DIR com percentual entre 2 a 10% aumentou para 5; 6 regionais apresentaram percentual entre 10 a 20% e 11 regionais apresentaram percentual entre 20 e 59,47%, este último registrado na DIR VXII (uma redução em relação ao apresentado por essa DIR em 2000: 73,19%).

Em âmbito estadual, a tendência de aumento dos procedimentos periodontais é observada no aumento do valor percentual, que foi de 20,77% em 2000 para 22,92% em 2003. Esse aumento deveu-se, sobretudo, ao interior, cujo valor percentual aumentou de 15,15% em 2000 para 25,22% em 2003, enquanto a região da GSP apresentou uma pequena redução de 16,41% para 16,29% em 2000 e 2003, respectivamente.

Quando se examinam os registros por porte de município (tabela 20), no ano 2000 o menor percentual encontrado foi de 11,03% (porte 9) e o maior valor foi de 34,97% (porte 2). Em 2003, o menor percentual (10,65%) foi encontrado também no porte 9 e o maior percentual (33,58%) ocorreu no porte 5 (que no ano 2000 apresentara 26,34%). O porte 7 apresentou uma redução significativa (27,67% em 2000 para 14,86% em 2003). Em 2003, em âmbito estadual, apenas os procedimentos radiográficos apresentaram percentuais maiores que os periodontais.

#### **c) Ortodontia**

No âmbito das DIR IV, VIII, XVI, XVII, XIX e XXI não houve registro dessa especialidade nos dois anos considerados (tabela 19). Em 2003, nas demais regiões, há percentuais que vão de 0,05 a 4,80%, com exceção da DIR X (15,32%) DIR II (11,45%) e DIR I (8,04%).

Em âmbito estadual, o percentual foi de 2,09% em 2000 para 3,88%, em 2003, sendo que na região da GSP o percentual aumentou de 3,72% para 6,30% e no interior de 0,93% para 3,04% nos anos considerados.

Conforme a tabela 20, os municípios de portes 1, 2, 3 e 7, em 2000, registraram percentuais inferiores a 1%; Os municípios de porte 5, 6 e 8 apresentaram percentuais entre 1 e 2,5%. Os maiores percentuais foram apresentados pelos portes 4 (4,92%) e 9 (6,38%).

Em 2003 não registraram dados nessa especialidade os portes 1 e 3. Nos demais, os percentuais foram desde 1,28% (porte 6) a 8,04% (porte 9). A ortodontia apresentou os menores percentuais, dentre as 6 especialidades analisadas.

#### **d) Cirurgia:**

Conforme a tabela 19, na região da GSP, em 2000 os procedimentos cirúrgicos especializados apresentaram percentuais que variaram de 10,93% (DIR IV) até 21,42% (DIR I), sendo a média da região de 18,07%.

Na região do interior, o menor valor (2,24%), foi registrado na DIR VIII. Apresentaram percentuais entre 5 a 10% 10 regiões e entre 10 a 20% 5 regiões; os maiores percentuais foram registrados nas DIR XVI (21,67%), DIR XVIII (23,35%) e DIR XIX (75,05%).

Em 2003, na região da GSP, com exceção da DIR IV, as demais apresentaram uma redução, sendo que a média da região diminuiu para 10,96%.

Na região do interior, 7 das 19 DIR apresentaram percentuais superiores a 2000, sendo que o maior aumento foi observado na DIR XXI (de 9,09% em 2000 para 24,02% em 2003). Nas demais houve uma redução dos percentuais de procedimentos cirúrgicos; as reduções mais expressivas foram observadas nas DIR XVI (de 21,67% para 13,97%), DIR XVIII (de 23,35% para 6,44%) e DIR XIX (de 75,05% para 21,01%). A média do interior diminuiu de 34,94% em 2000 para 9,89% em 2003.

Em âmbito estadual, houve um decréscimo, de 13,24% em 2000, para 10,16% em 2003.

A análise segundo porte de municípios, (tabela 20) mostra um aumento de percentual no período analisado nos municípios de porte 5 (de 10,04% em 2000 para 12,03% em 2003) e porte 8 (de 6,40% em 2000 para 6,87% em 2003). Nos demais

portes, houve uma redução percentual, sendo as reduções mais expressivas observadas no porte 4 (de 16,90% em 2000 para 9,67% em 2003) e porte 9 (de 21,42% em 2000 para 11,48% em 2003).

Os procedimentos cirúrgicos especializados, no ano de 2003, mostraram percentuais superiores apenas em relação aos ortodônticos e aos de prótese.

#### **e) Próteses**

Conforme a tabela 19, na região da GSP, em 2000, apenas a DIR IV não apresentou registro desse procedimento. Nas demais, o percentual variou de 1,97% (DIRV) até 10,43% (DIR III).

Em 2003, observou-se na região da GSP uma redução de 5,21 em 2000 para 5,12% em 2003, uma vez que apresentaram redução de percentual as DIR II e III (nesta a redução mais significativa, de 10,43% para 5,36%); em contrapartida, a DIR IV registrou um diminuto percentual (0,35%) e a DIR V apresentou um aumento de 1,97% para 5,56% em 2000 e 2003 respectivamente.

Na região do interior, também ocorreu uma diminuição percentual de 9,64% em 2000 para 5,67% em 2003. Em 7 regionais registrou-se um aumento percentual e nas demais ocorreu redução, sendo as reduções mais expressivas observadas na região das DIR XVIII (de 31,48% em 2000 para 8,16% em 2003) e DIR XXII (de 16,32% em 2000 para 9,18% em 2003). A DIR VII apresentou o maior percentual em 2003 (17,94%).

Na análise segundo porte de municípios (tabela 20) observou-se uma redução percentual entre os anos analisados os municípios de portes 3 a 8 e uma ampliação os municípios de portes 1 e 2. O porte 9 manteve-se estável. Em 2003, os percentuais variaram de 2,27 (porte 7) a 11,41% (porte 1).

Em âmbito estadual, contudo, a média manteve-se estável (5,50% em 2000 para 5,53% em 2003).

#### **f) Radiografias odontológicas**

Embora sendo um recurso de diagnóstico, optou-se por analisá-las no conjunto das especialidades.

Segundo a tabela 20, na região da GSP observou-se uma redução similar nos procedimentos radiográficos, de 40,41% (2000) e 40,08% (2003); isso ocorreu em virtude da redução observada em 3 regionais, sendo a mais expressiva ocorrida na

DIR II (36,70% em 2000 para 29,33% em 2003); em contrapartida, a DIR IV apresentou um aumento considerável (de 0,89% em 2000 para 20,81% em 2003).

Na região do interior, ocorreu uma ampliação de 28,89% em 2000 para 42,75% em 2003. Em 13 regionais ocorreu um aumento dos percentuais de procedimentos radiográficos, sendo o mais expressivo na DIR XVI (de 0,18% em 2000 para 61,86% em 2003).

Em âmbito estadual, registrou-se uma redução de 45,64% em 2000 para 42,06% em 2003.

Na análise segundo porte de municípios (tabela 20), apenas 3 portes registraram aumento entre os anos 2000 e 2003: porte 2 (de 28,82% para 31,44%); porte 7 (de 48,09% para 54,20%) e porte 9 (de 46,46% para 47,82%). A redução mais expressiva ocorreu no porte 8 (61,09% para 41,96%).

Resumindo as especialidades, observou-se um aumento nos procedimentos periodontais e endodônticos, de forma geral, e uma redução nos procedimentos cirúrgicos e radiográficos. A especialidade com menor expressão foi a ortodontia.

Tabela 19- Distribuição percentual de procedimentos especializados, por tipo, realizados no SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretária de Estado da Saúde, em 2000 e 2003.

DIR	% endo		% perio		% orto		% cirurg.		% rx		% próteses	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003
I	9,36	16,66	11,03	10,65	6,38	8,04	21,42	11,48	46,46	47,82	5,29	5,28
II	32,36	35,61	15,42	11,17	0,04	11,45	10,42	8,33	36,70	29,33	5,06	4,11
III	17,13	20,66	11,41	15,61	0,05	0,07	15,30	14,54	45,67	43,75	10,43	5,36
IV	14,76	50,58	73,42	15,31	-	0,30	10,93	12,65	0,89	20,81	-	0,35
V	25,68	25,02	34,61	37,78	0,26	0,09	15,47	9,57	22,02	21,98	1,97	5,56
GSP	16,15	21,21	16,41	16,29	3,72	6,30	18,07	10,96	40,41	40,08	5,21	5,12
VI	7,31	8,85	14,10	8,10	0,62	1,46	6,53	7,89	65,69	67,47	5,74	6,23
VII	10,35	8,23	24,94	24,47	4,45	4,80	9,34	5,61	32,15	34,66	15,38	17,94
VIII	2,05	1,37	1,13	1,33	-	-	2,24	2,87	88,21	80,70	6,37	13,73
IX	12,86	7,58	28,70	44,33	0,12	0,49	15,22	11,48	35,38	27,14	6,78	7,76
X	6,97	6,87	5,10	9,88	0,58	15,32	5,71	14,69	77,61	48,26	3,93	4,77
XI	13,52	10,79	40,38	47,96	4,94	3,38	7,57	5,46	31,30	29,59	2,29	2,82
XII	9,73	11,67	18,68	37,27	1,28	1,83	6,68	9,64	59,93	36,33	3,69	3,23
XIII	14,15	24,47	2,74	0,79	2,16	3,03	11,57	4,11	63,28	61,83	6,10	5,75
XIV	16,34	20,47	39,79	40,01	0,27	0,35	7,54	4,94	32,96	31,51	3,11	2,72
XV	11,11	8,82	11,63	13,45	3,10	2,62	5,83	4,10	64,38	66,69	3,93	4,33
XVI	8,64	20,80	18,32	3,37	-	-	21,67	13,97	0,18	61,86	1,19	-
XVII	13,69	15,53	73,19	59,47	-	-	8,77	11,40	3,90	13,20	0,45	0,40
XVIII	21,95	20,10	11,81	21,93	0,17	3,05	23,35	6,44	11,06	40,31	31,48	8,16
XIX	6,82	30,14	6,27	7,94	-	-	75,05	21,01	7,05	39,14	4,80	1,76
XX	18,68	16,96	6,66	11,65	1,52	0,71	7,86	5,72	60,06	59,69	5,21	5,26
XXI	6,91	15,17	13,49	9,90	-	0,21	9,09	24,02	68,48	50,06	2,02	0,64
XXII	9,95	15,76	27,71	28,56	2,01	3,44	16,27	9,79	27,68	33,27	16,38	9,18
XXIII	5,33	7,25	60,74	54,92	0,08	0,78	13,34	10,91	18,14	22,13	2,38	4,02
XXIV	13,72	11,73	10,83	21,98	5,23	1,81	10,49	10,24	53,65	46,28	6,08	7,96
Interior	10,84	13,06	15,15	25,22	0,93	3,04	34,94	9,89	28,29	42,75	9,64	5,67
Estado	12,50	15,16	20,77	22,92	2,09	3,88	13,24	10,16	45,64	42,06	5,50	5,53

Fonte: SIA/SUS

Tabela 20 - Distribuição percentual de procedimentos especializados, por tipo, realizados no SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, em 2000 e 2003.

Porte	% endo		% perio		% orto		% cirurg.		% rx		% próteses	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003	2000	2003
1	14,32	17,38	22,15	22,45	0,67	-	12,24	9,09	40,69	39,68	9,94	11,41
2	18,46	12,95	34,97	31,17	0,12	5,51	14,77	13,69	28,82	31,44	2,84	5,23
3	11,35	18,46	18,11	17,61	0,13	-	11,49	7,95	49,25	48,70	9,68	7,28
4	15,57	19,17	21,74	28,14	4,92	5,00	16,90	9,67	32,72	30,35	8,14	7,68
5	16,67	16,49	26,34	33,58	2,04	1,62	10,04	12,03	39,88	30,55	5,03	5,73
6	15,70	17,95	19,86	25,61	1,28	1,28	12,52	8,79	41,61	37,48	7,90	7,77
7	8,16	10,69	27,67	14,86	0,63	5,33	13,37	12,59	48,09	54,20	2,06	2,27
8	12,82	11,88	12,69	31,16	1,15	3,45	6,40	6,87	61,09	41,96	5,85	4,66
9	9,36	16,66	11,03	10,65	6,38	8,04	21,42	11,48	46,46	47,82	5,29	5,28
Total	12,50	15,16	20,77	22,92	2,09	3,88	13,24	10,16	45,64	42,06	5,50	5,53

Fonte: SIA/SUS

## 5.1.4. Indicadores de Efetividade

### 5.1.4.1. Acesso à primeira consulta odontológica

Esse indicador foi calculado tomando-se por base, de 1995 a 1997, o item exame clínico, conforme a tabela de procedimentos do SIA/SUS e nos demais anos a primeira consulta odontológica, como passou a ser registrada a partir de janeiro de 1998. (Tabela 21).

O que se observa é que esse índice ou se manteve estável, com pequenas variações entre os anos, ou até diminuiu, sobretudo nas regiões mais densamente povoadas.

No período de 1995 a 2003, a região da Grande São Paulo apresentou índices sempre inferiores a 8%, chegando em 2003 a 6,11%.

As DIR II, III e V, de um patamar que oscilou entre 10,45% a 13,79% em 1995, exibiram índices inferiores a 10% em 2003. A DIR IV registrou uma redução gradativa, de 22,89% (1995) para 8,90 (2001) e chegou a 2003 com 11,78%.

O menor índice observado foi na DIR I, que não conseguiu percentuais superiores a 4,60%, em todo período analisado.

A região do interior, embora com índice superior ao da GSP, registrou também uma pequena redução. De um patamar de 18,06% em 1995 para 17,86% em 2003, sendo que os menores percentuais observados no período estudado foram em 2000 (15,48%) e 2002 (15,60%).

Em 1995, 11 regionais apresentaram percentuais entre 10,63% (DIR XII) e 19,95% (DIR XVI) e em 8 regionais os percentuais variaram de 20,57% (DIR VIII) a 27,80% (DIR XXIV).

Em 2003, a variação em 10 regiões foi de 8,64% (DIR XVII) para 19,45% (DIR XXIII) e em 9 regiões de 20,86% (DIR VIII) para 39,97% na DIR XIV.

A DIR XIX, de 1995 a 1999 exibiu índices na faixa de 20 a 18%; entretanto, nos anos seguintes, apresentou uma queda acentuada, chegando a 9,31% em 2003.

Uma região que merece reparo é a DIR XXI. Apresentou uma redução em 1998 (18,35%) e em 2002 (15,29%); registrou, porém, uma considerável ampliação em 2003 (39,67%).

Quando se analisam os municípios por porte (Tabela 22), os portes 1 e 2 exibiram sempre índices superiores a 25%, chegando em 2003 com 37,43% e 34,31% respectivamente.

Os demais portes, com exceção do porte 9 (4,41%) exibiram em 2003 patamares entre 10,66% (porte 7) e 19,20% (porte 4).

Registraram redução, em relação a 1998, os municípios de portes 3 a 7.

Em âmbito estadual, o índice de acesso situou-se sempre em faixa superior a 11%.

O menor índice (11,23%) foi observado em 2002 e o maior (13,14%) foi encontrado em 1997. Em 2003 registrou um índice de 12,20%.

Tabela 21 - Acesso à primeira consulta odontológica na rede básica de saúde do SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003.

DIR	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I	4,31	3,70	2,89	3,48	4,84	4,50	4,18	4,60	4,41
II	10,45	10,65	11,30	10,82	10,01	10,74	11,07	9,80	9,54
III	12,56	11,57	12,35	11,76	12,46	12,83	11,77	8,71	7,44
IV	22,89	26,36	26,06	19,11	14,19	9,31	8,90	12,81	11,78
V	13,79	15,71	12,32	13,40	12,94	9,43	9,04	8,20	7,57
GSP	7,52	7,62	6,96	7,21	7,85	7,16	6,85	6,52	6,11
VI	17,57	15,60	14,66	35,32	15,09	12,33	13,50	16,36	14,43
VII	21,38	19,58	24,32	21,79	21,92	20,89	21,95	21,27	19,39
VIII	20,57	19,49	20,92	19,15	21,12	19,84	20,04	21,18	20,86
IX	25,70	15,35	19,02	21,15	23,10	25,71	28,29	24,29	23,53
X	18,05	19,36	18,81	16,68	14,67	14,25	13,53	14,05	13,71
XI	18,61	20,99	42,32	20,45	20,25	18,10	17,26	16,93	18,89
XII	10,63	11,17	11,73	11,65	10,40	9,92	9,80	8,43	8,64
XIII	18,45	16,92	18,27	16,86	16,21	16,44	16,57	17,90	17,69
XIV	21,08	20,80	22,14	21,37	24,09	25,89	30,98	19,94	39,97
XV	13,33	13,16	14,72	14,70	14,69	12,91	12,61	12,31	12,07
XVI	19,95	19,77	22,85	20,35	29,63	19,90	25,57	19,74	23,30
XVII	11,23	13,39	16,48	13,46	12,70	9,61	10,10	12,60	8,97
XVIII	22,74	23,03	23,83	23,92	24,38	19,64	23,97	24,62	24,59
XIX	21,05	20,38	20,84	18,93	19,43	10,30	10,48	9,57	9,31
XX	15,65	17,13	16,73	16,49	15,24	13,27	13,29	14,20	15,14
XXI	18,35	18,67	17,95	17,17	17,10	14,38	14,20	15,29	39,67
XXII	21,63	22,10	24,87	21,26	20,75	20,66	23,74	24,06	21,96
XXIII	17,77	17,74	18,57	18,43	19,78	18,98	16,41	16,68	19,45
XXIV	27,80	17,89	17,37	16,67	16,85	13,08	15,28	15,39	19,24
Interior	18,06	17,40	18,95	17,42	17,70	15,48	16,19	15,60	17,86
<b>Estado</b>	<b>12,93</b>	<b>12,65</b>	<b>13,14</b>	<b>12,47</b>	<b>12,94</b>	<b>11,47</b>	<b>11,69</b>	<b>11,23</b>	<b>12,20</b>

Fonte: SIA/SUS

Tabela 22 - Acesso à primeira consulta odontológica na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de município, de 1995 a 2003.

Porte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	30,58	30,10	32,68	29,09	41,48	28,95	37,35	33,25	37,43
2	25,40	24,40	28,18	26,42	25,61	27,75	31,72	24,26	34,31
3	19,94	20,09	28,40	20,41	20,76	18,91	19,55	20,10	19,04
4	19,49	19,13	20,17	20,27	20,90	19,17	19,06	19,30	19,20
5	16,16	17,63	18,74	14,79	15,35	15,72	16,02	15,63	15,69
6	15,37	14,30	13,21	13,87	13,53	10,82	10,65	10,33	11,96
7	16,03	15,59	17,11	16,23	15,51	12,96	12,86	11,69	10,66
8	11,38	10,96	10,74	11,21	10,57	9,75	10,57	9,33	13,57
9	4,31	3,70	2,89	3,48	4,84	4,50	4,18	4,60	4,41
<b>Total</b>	<b>12,93</b>	<b>12,65</b>	<b>13,14</b>	<b>12,47</b>	<b>12,94</b>	<b>11,47</b>	<b>11,69</b>	<b>11,23</b>	<b>12,20</b>

Fonte: SIA/SUS

#### 5.1.4.2. Cobertura de Procedimentos Coletivos

Os percentuais de cobertura de procedimentos coletivos na população de 0 a 14 anos são apresentados nas tabelas 23 (segundo DIR) e 24 (segundo porte de municípios).

Conforme a tabela 23, na região da GSP observou-se no período uma variação positiva, tendo a média da região aumentado de 7,33% (1995) para 13,68% (2003). Com exceção da DIR I, que apresentou uma redução de 3,98% em 1995 para 0,44%, em 2003, as demais regionais apresentaram um aumento da cobertura nesse período.

Em 1995, os percentuais de cobertura variaram entre 3,05% (DIR IV) e 18,70% (DIR V).

As DIR III, IV e V, apresentaram em 2003 um aumento significativo, com percentuais de 25,58%, 38,08% e 43,13% respectivamente. Na DIR II, os valores variaram de 6,33% a 15,98% entre 1995 e 2002, chegando em 2003 com 14,50%.

Na região do interior houve uma ampliação significativa em todas as regionais de saúde, no período analisado.

Em 1995, os percentuais variaram entre 4,12% (DIR XVII) e 37,06% (DIR XVIII). As DIR XV e XVII foram as únicas que apresentaram percentuais inferiores a 10%.

Em 2003, com exceção da DIR XV, que atingiu uma cobertura de 15,12%, nas demais regionais os percentuais situam-se entre 31,11% na DIR XXIV e 64,25% na DIR VI. A média da região do interior aumentou de 22,04% em 1995 para 44,48% em 2003.

Quando se examinam os dados por porte de município (tabela 24), verifica-se que em 1995 os portes 1, 2, 3 e 9 apresentaram valores entre 20,59% (porte 2) e 29,16% (porte 1). Os portes 4, 5, 6 e 8 apresentaram valores de 10,11% (porte 8) a 19,84% (porte 4) e no porte 1 o índice foi de 3,98%. Em 2003, houve uma ampliação considerável nos portes 1 a 6, que apresentaram índices desde 41,18% (porte 6) a 65,02% (porte 1). Os portes 7 e 8 situaram-se na faixa de 25% e o valor de 0,44% foi encontrado para o porte 1.

No computo geral, o estado evoluiu de uma cobertura de 14,94% em 1995 para 29,58% em 2003.

Tabela 23 - Cobertura de Procedimentos Coletivos na população de 0 a 14 anos de idade realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003.

DIR	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I	3,98	0,51	0,46	0,95	1,44	0,91	0,62	0,46	0,44
II	11,36	13,74	1,78	6,33	9,15	15,98	14,19	12,92	14,50
III	7,01	8,62	10,71	8,15	7,83	12,32	16,76	19,14	25,58
IV	3,05	13,57	13,79	23,07	30,10	39,97	34,22	32,08	38,08
V	18,70	20,41	20,92	23,00	28,90	33,97	36,61	42,30	43,13
GSP	7,33	6,62	6,81	6,61	8,36	10,49	11,11	12,09	13,68
VI	27,84	31,65	36,50	35,32	37,03	56,05	52,89	61,51	64,25
VII	31,54	33,42	32,04	42,20	51,00	59,81	59,98	58,04	56,16
VIII	10,87	9,61	7,82	9,08	11,30	30,15	34,13	40,45	39,78
IX	26,83	30,62	32,08	25,87	37,82	57,11	60,38	60,38	63,85
X	12,87	12,96	14,69	15,84	19,29	34,40	39,80	54,74	63,49
XI	18,10	15,16	18,23	17,55	18,16	33,48	35,36	32,95	35,43
XII	19,77	27,52	31,70	29,19	30,31	37,15	36,75	36,17	40,58
XIII	19,28	20,06	19,81	16,00	20,58	23,27	22,19	32,38	33,80
XIV	21,73	23,35	28,62	32,77	37,92	52,80	61,85	65,02	63,19
XV	5,93	6,29	7,60	5,38	7,41	10,68	13,55	10,71	15,12
XVI	27,95	30,17	31,94	29,69	34,52	41,77	52,28	62,08	62,10
XVII	4,12	5,63	19,83	18,41	20,68	26,81	35,16	39,23	38,74
XVIII	37,06	41,04	38,73	29,80	39,51	51,37	55,80	50,91	49,81
XIX	25,74	22,39	32,25	23,88	38,19	40,06	42,66	47,31	44,07
XX	19,05	24,42	27,96	28,46	26,32	30,54	34,27	47,34	49,33
XXI	29,89	31,89	32,53	34,76	37,93	42,61	47,43	50,92	53,30
XXII	36,87	46,71	55,43	47,59	49,16	54,80	59,20	56,16	48,06
XXIII	17,87	13,93	17,56	14,16	18,80	29,82	37,21	41,27	38,29
XXIV	15,98	16,58	24,40	15,76	19,29	19,60	25,10	26,76	31,11
Interior	22,04	24,21	27,79	25,17	29,39	37,52	40,98	43,60	44,48
<b>Estado</b>	<b>14,94</b>	<b>15,73</b>	<b>17,68</b>	<b>16,24</b>	<b>19,28</b>	<b>24,42</b>	<b>26,53</b>	<b>28,35</b>	<b>29,58</b>

Fonte: SIA/SUS

Tabela 24 - Cobertura de Procedimentos Coletivos na população de 0 a 14 anos de idade realizados na rede básica de saúde do SUS no Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, de 1995 a 2003.

Porte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	29,16	32,40	39,15	26,08	39,61	44,04	48,36	54,16	65,02
2	21,92	22,88	28,52	23,31	29,07	33,88	38,12	43,08	44,32
3	20,59	21,81	28,91	24,05	26,32	37,51	44,26	49,67	52,63
4	19,84	19,14	23,90	22,64	25,12	35,21	39,00	45,67	45,67
5	19,35	20,73	25,72	24,14	29,95	38,30	41,37	47,47	51,86
6	17,59	20,25	21,64	22,30	26,33	33,85	35,96	38,18	41,18
7	27,98	31,05	27,81	17,38	23,49	25,46	26,66	24,98	25,44
8	10,11	14,08	16,37	19,31	19,82	28,46	30,72	28,92	29,73
9	3,98	0,51	0,46	0,95	1,44	0,91	0,62	0,46	0,44
<b>Total</b>	<b>14,94</b>	<b>15,73</b>	<b>17,68</b>	<b>16,24</b>	<b>19,28</b>	<b>24,42</b>	<b>26,53</b>	<b>28,35</b>	<b>29,58</b>

Fonte: SIA/SUS

### **5.1.4.3. Relação Média dos Procedimentos Individuais Básicos por habitante**

Considerando que os procedimentos coletivos integram os procedimentos básicos e que representam indivíduos inscritos e não procedimentos, optou-se pelo indicador de procedimentos básicos individuais como mais apropriado para expressar o procedimento relativo à assistência individual por habitante.

Essa relação pode ser verificada nas tabelas 25 e 26.

Conforme a tabela 25, constata-se uma certa estabilidade nos valores encontrados, com ligeiras oscilações entre os anos.

. Na média, a região da GSP exibiu valores de 0,41 a 0,38 procedimentos individuais básicos por habitante (PIB/hab.), menos da metade do apresentado pelo interior, na medida em que nas DIR I a V, essa relação, com exceção da DIR IV em 1995, 1997 e 1998, foi inferior a 1 e os menores valores sempre corresponderam à DIR I.

Em 2003, encontraram-se valores de 0,30 procedimento por habitante, na DIR I a 0,71, na DIR IV.

Na região do interior, em todo o período analisado o índice de acesso registrou valores entre 0,39 (DIR XVII em 2000) e 1,58 (DIR IX, em 1995). Em 1995, 7 regiões apresentaram valores inferiores a 1 pib/hab. e, em 2003, esse número elevou-se para 8 (DIR VI, X, XII, XV, XVII, XIX, XX e XXIII). Nas demais, os valores situaram-se entre 1,02 na DIR XXI e 1,40 na DIR IX, que em 1995 havia apresentado o maior valor (1,58).

A média da região do interior foi de 0,95, em 1995 para 0,89, em 2003.

Quando se analisa a relação por porte de municípios (Tabela 26), os municípios de menor porte exibiram valores superiores a 1 em todo período analisado (portes 1 a 3).

Os municípios de portes 4 a 9 apresentaram valores inferiores a 1, com exceção do porte 7 em 1998 (1,01) e em 2003 estes valores situaram-se entre 0,30 (porte 9) e 0,96 (porte 4).

A média do estado para o período diminuiu de 0,68 em 1995 para 0,65, em 2003.

Tabela 25 - Relação média dos Procedimentos Individuais Básicos (PIB) por habitante, realizados na rede básica de saúde do SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, de 1995 a 2003.

DIR	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
I	0,25	0,16	0,12	0,16	0,22	0,26	0,27	0,32	0,30
II	0,59	0,55	0,63	0,96	0,68	0,49	0,48	0,46	0,46
III	0,59	0,54	0,54	0,57	0,63	0,56	0,49	0,49	0,49
IV	1,02	0,99	1,19	1,29	0,86	0,67	0,79	0,69	0,71
V	0,73	0,76	0,61	0,74	0,59	0,46	0,43	0,42	0,43
GSP	0,41	0,35	0,33	0,42	0,40	0,37	0,36	0,38	0,38
VI	0,94	0,89	1,21	0,89	0,90	0,78	0,92	0,91	0,85
VII	1,14	0,96	1,19	1,28	1,23	1,21	1,20	1,19	1,15
VIII	1,32	0,97	1,00	1,01	1,32	0,99	1,01	1,08	1,05
IX	1,58	1,28	1,38	1,58	1,60	1,57	1,47	1,38	1,40
X	0,91	0,81	0,77	0,71	0,61	0,67	0,65	0,66	0,65
XI	1,01	1,04	1,31	1,04	1,08	1,07	1,10	1,12	1,10
XII	0,59	0,58	0,65	0,70	0,64	0,57	0,57	0,53	0,53
XIII	1,04	0,93	1,03	0,98	0,99	1,05	1,07	1,20	1,17
XIV	1,06	0,98	1,36	0,94	0,97	1,00	1,05	0,93	1,13
XV	0,93	0,78	0,82	0,75	0,64	0,62	0,61	0,56	0,72
XVI	1,14	1,13	1,25	1,10	1,21	1,10	1,22	1,14	1,20
XVII	0,45	0,54	0,53	0,62	0,56	0,39	0,46	0,55	0,43
XVIII	1,26	1,34	1,28	1,36	1,46	1,36	1,27	1,26	1,26
XIX	0,66	0,68	0,69	0,72	0,78	0,60	0,67	0,75	0,76
XX	1,11	1,00	1,01	0,85	0,86	0,75	0,81	0,83	0,84
XXI	0,81	0,76	0,77	0,84	0,81	0,73	0,75	0,85	1,02
XXII	1,14	1,14	1,25	1,09	1,07	1,04	1,15	1,24	1,13
XXIII	1,05	1,13	1,04	0,89	0,94	0,93	0,88	0,93	0,89
XXIV	1,05	0,96	1,13	1,13	1,18	0,99	1,10	1,07	1,10
Interior	0,95	0,90	0,97	0,92	0,93	0,85	0,87	0,88	0,89
<b>Estado</b>	<b>0,68</b>	<b>0,64</b>	<b>0,66</b>	<b>0,68</b>	<b>0,67</b>	<b>0,62</b>	<b>0,63</b>	<b>0,64</b>	<b>0,65</b>

Fonte: SIA/SUS

Tabela 26 - Relação média dos Procedimentos Individuais Básicos (PIB) por habitante, realizados na rede básica de saúde do SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de municípios, de 1995 a 2003.

Porte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1	1,68	1,57	2,19	1,54	1,67	1,64	1,78	1,81	1,78
2	1,46	1,29	1,66	1,28	1,15	1,23	1,33	1,28	1,35
3	1,16	1,06	1,37	1,13	1,19	1,04	1,09	1,15	1,06
4	1,07	0,98	1,11	1,09	1,11	1,04	1,00	1,02	0,96
5	0,87	0,91	0,96	0,81	0,88	0,86	0,89	0,87	0,88
6	0,78	0,71	0,71	0,81	0,75	0,65	0,65	0,65	0,74
7	0,81	0,81	0,62	1,01	0,86	0,58	0,61	0,62	0,59
8	0,48	0,52	0,57	0,52	0,47	0,49	0,49	0,48	0,51
9	0,25	0,16	0,12	0,16	0,22	0,26	0,27	0,32	0,30
<b>Total</b>	<b>0,68</b>	<b>0,64</b>	<b>0,66</b>	<b>0,68</b>	<b>0,67</b>	<b>0,62</b>	<b>0,63</b>	<b>0,64</b>	<b>0,65</b>

Fonte: SIA/SUS

#### **5.1.4.4. Relação média dos procedimentos especializados por habitante**

As tabelas 27 e 28 mostram a relação do total dos procedimentos especializados por habitante, nos anos 2000, 2002 e 2003.

Observa-se um ligeiro aumento nessa relação, em termos gerais.

Na região da GSP, a relação aumentou de 0,015 (2000) para 0,021 (2003). A DIR III apresentou os menores valores, decrescendo nesse período (de 0,013 em 2000 para 0,009 em 2003) enquanto os maiores percentuais foram registrados na DIR V (0,018 em 2000 e 0,029 em 2003).

A região do interior apresentou melhor relação que a região da GSP, aumentando de 0,046 (2000) para 0,055 (2003).

Em 2003, apresentaram pequena redução de valores, em relação a 2000, as DIR XIII, XVII e XIX; as demais registraram pequenos aumentos na relação analisada e os valores encontrados situaram-se entre 0,013 (DIR XVI) e 0,107 (DIR IX).

A tabela 28 mostra a relação segundo porte de municípios.

Os portes 1, 2 e 7 registraram uma redução na relação procedimentos especializados/habitante no período analisado e os demais registraram uma melhora. Em 2003, os valores de situaram-se entre 0,022 (porte 9) a 0,070 (porte 7).

Em âmbito estadual, essa relação aumentou de 0,031 (2000) para 0,038 (2003).

##### **5.1.4.4.1. Relação média de procedimentos especializados por habitante por tipo de procedimento**

Considerando a pequena variação ocorrida no período, optou-se por apresentar apenas os valores referentes ao ano de 2003.

As tabelas 29 e 30 apresentam a relação dos procedimentos de endodontia, periodontia, ortodontia, cirurgia, próteses e as radiografias odontológicas por habitante, segundo DIR e porte de municípios, respectivamente.

Como essa relação chegou a valores inferiores a 0,0010, utilizou-se 4 casas decimais, para sua visualização. No cômputo geral do estado, a melhor relação foi referente a radiografias odontológicas (0,0611 proc/habitante), seguida da periodontia (0,0088 proc/habitante), endodontia (0,0058 proc/habitante) e cirurgia (0,0039 proc/habitante).

Tabela 27 - Relação média de procedimentos especializados por habitante realizados no SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2000, 2002 e 2003.

<b>DIR</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
I	0,015	0,021	0,022
II	0,017	0,017	0,018
III	0,013	0,010	0,009
IV	0,011	0,010	0,014
V	0,018	0,024	0,029
<b>GSP</b>	<b>0,015</b>	<b>0,019</b>	<b>0,021</b>
VI	0,028	0,036	0,033
VII	0,083	0,082	0,086
VIII	0,018	0,023	0,021
IX	0,100	0,106	0,107
X	0,058	0,088	0,090
XI	0,030	0,044	0,042
XII	0,045	0,051	0,056
XIII	0,042	0,041	0,029
XIV	0,042	0,058	0,048
XV	0,097	0,105	0,106
XVI	0,007	0,010	0,013
XVII	0,006	0,005	0,005
XVIII	0,055	0,079	0,080
XIX	0,058	0,053	0,055
XX	0,019	0,033	0,034
XXI	0,017	0,034	0,029
XXII	0,035	0,044	0,037
XXIII	0,046	0,045	0,046
XXIV	0,040	0,045	0,054
<b>Interior</b>	<b>0,046</b>	<b>0,054</b>	<b>0,055</b>
<b>Estado</b>	<b>0,031</b>	<b>0,037</b>	<b>0,038</b>

Fonte: SIA/SUS

Tabela 28 - Relação média de procedimentos especializados por habitante realizados no SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de município, em 2000, 2002 e 2003.

<b>Porte</b>	<b>2000</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
1	0,040	0,035	0,034
2	0,037	0,033	0,031
3	0,022	0,025	0,022
4	0,028	0,034	0,033
5	0,028	0,038	0,044
6	0,035	0,042	0,046
7	0,075	0,081	0,070
8	0,033	0,041	0,041
9	0,015	0,021	0,022
<b>Total</b>	<b>0,031</b>	<b>0,037</b>	<b>0,038</b>

Fonte: SIA /SUS

Tabela 29 - Relação média por tipo de procedimento especializado por habitante realizado no SUS do Estado de São Paulo, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003.

DIR	Tipo de procedimento					
	endo/hab	perio/hab	orto/hab	cir/hab	rx/hab	prot/hab
I	0,0037	0,0024	0,0018	0,0025	0,0427	0,0012
II	0,0063	0,0020	0,0020	0,0015	0,0201	0,0007
III	0,0019	0,0014	0,0000	0,0013	0,0132	0,0005
IV	0,0069	0,0021	0,0000	0,0017	0,0091	0,0000
V	0,0072	0,0109	0,0000	0,0028	0,0215	0,0016
GSP	0,0044	0,0033	0,0013	0,0022	0,0311	0,0011
VI	0,0029	0,0027	0,0005	0,0026	0,0912	0,0021
VII	0,0071	0,0210	0,0041	0,0048	0,1181	0,0154
VIII	0,0003	0,0003	-	0,0006	0,0654	0,0029
IX	0,0081	0,0476	0,0005	0,0123	0,1115	0,0083
X	0,0062	0,0089	0,0138	0,0132	0,1706	0,0043
XI	0,0045	0,0202	0,0014	0,0023	0,0454	0,0012
XII	0,0065	0,0208	0,0010	0,0054	0,0789	0,0018
XIII	0,0072	0,0002	0,0009	0,0012	0,0668	0,0017
XIV	0,0098	0,0191	0,0002	0,0024	0,0603	0,0013
XV	0,0093	0,0142	0,0028	0,0043	0,2715	0,0046
XVI	0,0027	0,0004	-	0,0018	0,0313	-
XVII	0,0008	0,0032	-	0,0006	0,0022	0,0000
XVIII	0,0160	0,0174	0,0024	0,0051	0,1224	0,0065
XIX	0,0166	0,0044	-	0,0116	0,0829	0,0010
XX	0,0057	0,0039	0,0002	0,0019	0,0778	0,0018
XXI	0,0045	0,0029	0,0001	0,0071	0,0528	0,0002
XXII	0,0058	0,0105	0,0013	0,0036	0,0521	0,0034
XXIII	0,0034	0,0255	0,0004	0,0051	0,0358	0,0019
XXIV	0,0063	0,0118	0,0010	0,0055	0,0908	0,0043
Interior	0,0071	0,0138	0,0017	0,0054	0,0891	0,0031
Estado	<b>0,0058</b>	<b>0,0088</b>	<b>0,0015</b>	<b>0,0039</b>	<b>0,0611</b>	<b>0,0021</b>

Fonte: SIA /SUS

Tabela 30 - Relação média por tipo de procedimento especializado por habitante realizado no SUS do Estado de São Paulo, segundo porte de município, em 2003.

Porte	Tipo de procedimento					
	endo/hab	perio/hab	orto/hab	cir/hab	rx/hab	prot/hab
1	0,0059	0,0076	-	0,0031	0,0502	0,0038
2	0,0040	0,0096	0,0017	0,0042	0,0359	0,0016
3	0,0043	0,0041	-	0,0019	0,0418	0,0017
4	0,0060	0,0088	0,0016	0,0030	0,0348	0,0024
5	0,0073	0,0148	0,0007	0,0053	0,0501	0,0025
6	0,0083	0,0118	0,0006	0,0041	0,0630	0,0036
7	0,0075	0,0104	0,0037	0,0088	0,1436	0,0016
8	0,0049	0,0128	0,0014	0,0028	0,0656	0,0019
9	0,0037	0,0024	0,0018	0,0025	0,0427	0,0012
Total	<b>0,0058</b>	<b>0,0088</b>	<b>0,0015</b>	<b>0,0039</b>	<b>0,0611</b>	<b>0,0021</b>

Fonte: SIA/SUS

## **5.2. Indicadores baseados em dados primários**

Dos 645 municípios do Estado de São Paulo, responderam ao questionário enviado 520 (80,62%), abrangendo 92,58% da população, conforme se verifica nas tabelas 31 e 32, onde essa representação está distribuída por Direção Regional de Saúde (DIR) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e por porte demográfico de município.

Os percentuais de respostas, no âmbito das DIR, variaram de 60% (DIR IV, XI, e XXIV) até 100% (DIR I, II, XII e XX).

A região da GSP apresentou um percentual maior de participação (87,18%) que a do interior (80,20%).

Quanto aos portes de municípios, a menor participação foi dos municípios de porte 3 (72,50%) e a maior de porte 9 (100%).

É necessário ressaltar que o município de porte 9 é único e corresponde à área da DIR I.

Todos os municípios participantes eram habilitados em 2003 em alguns dos tipos de gestão do SUS, sendo que apenas 18,46% na gestão plena do sistema.

Tabela 31 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa em relação aos existentes no Estado de São Paulo e abrangência populacional, segundo Direção Regional da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003.

DIR	Municípios			População		
	existentes	participantes	%	existentes	participantes	%
I	1	1	100,00	10.677.017	10.677.017	100,00
II	7	7	100,00	2.449.008	2.449.008	100,00
III	11	9	81,82	2.499.624	2.128.684	85,16
IV	5	3	60,00	467.636	345.303	73,84
V	15	14	93,33	2.535.168	2.355.959	92,93
<b>GSP</b>	<b>39</b>	<b>34</b>	<b>87,18</b>	<b>18.628.453</b>	<b>17.955.971</b>	<b>96,39</b>
VI	40	33	82,50	674.998	617.252	91,45
VII	25	21	84,00	888.561	817.129	91,96
VIII	25	18	72,00	440.610	403.014	91,47
X	19	17	89,47	399.295	283.462	70,99
X	38	30	78,95	1.011.251	924.714	91,44
XI	31	20	64,52	540.020	431.677	79,94
XII	42	42	100,00	3.596.160	3.596.160	100,00
XIII	22	17	77,27	617.693	555.555	89,94
XIV	37	29	78,38	598.216	513.639	85,86
XV	28	24	85,71	1.350.987	1.247.458	92,34
XVI	45	33	73,33	699.822	361.397	51,64
XVII	15	11	73,33	282.419	217.306	76,94
XVIII	25	22	88,00	1.160.842	1.070.764	92,24
XIX	9	7	77,78	1.555.846	1.458.596	93,75
XX	20	20	100,00	756.629	756.629	100,00
XXI	12	11	91,67	1.144.816	1.130.973	98,79
XXII	101	79	78,22	1.383.493	843.983	61,00
XXIII	45	35	77,78	2.027.031	1.877.648	92,63
XXIV	27	17	62,96	952.197	771.930	81,07
<b>Interior</b>	<b>606</b>	<b>486</b>	<b>80,20</b>	<b>20.080.886</b>	<b>17.879.286</b>	<b>89,04</b>
<b>Estado</b>	<b>645</b>	<b>520</b>	<b>80,62</b>	<b>38.709.339</b>	<b>35.835.257</b>	<b>92,58</b>

Tabela 32 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa em relação aos existentes no Estado de São Paulo e abrangência populacional, segundo porte de município, em 2003.

Porte	Municípios			População		
	existente	participante	%	existente	participante	%
1	174	133	76,44	561.974	431.471	76,78
2	119	90	75,63	855.280	648.002	75,76
3	120	87	72,50	1.750.421	1.221.032	69,76
4	113	103	91,15	3.646.378	3.296.942	90,42
5	52	47	90,38	3.710.728	3.466.330	93,41
6	46	41	89,13	7.425.705	6.742.723	90,80
7	12	10	83,33	4.205.774	3.475.678	82,64
8	8	8	100,00	5.876.062	5.876.062	100,00
9	1	1	100,00	10.677.017	10.677.017	100,00
<b>Total</b>	<b>645</b>	<b>520</b>	<b>80,62</b>	<b>38.709.339</b>	<b>35.835.257</b>	<b>92,58</b>

### **5.2.1. Indicadores de Eficiência**

#### **5.2.1.1. Percentual de Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família com atendimento odontológico e relação média de unidades de saúde com serviços de saúde bucal por habitante**

As tabelas 33 e 34 mostram o número de unidades de saúde que contam com serviços de odontologia, conforme o tipo de unidade, DIR e porte de município.

Quanto à atenção básica, em âmbito estadual, existiam serviços de saúde bucal em 87,11% das Unidades Básicas de Saúde e em 45,50% das Unidades de Saúde da Família.

Além desses serviços, há unidades exclusivas para atendimento odontológico: são os Centros Odontológicos, representando 6,32% do total de unidades de saúde. Estes centros situam-se principalmente na região do interior (97,14%).

Serviços odontológicos direcionados exclusivamente a escolares são relevantes no estado, representando 40,80% dos serviços de atenção básica. Concentram-se na região do interior (92,96%), apesar de persistirem em todas as DIR e portes de município, com exceção das DIR I e II e do porte 9.

Incluindo as escolas que contam com serviços odontológicos como parte da atenção básica, em âmbito estadual registrou-se uma relação de 1 unidade de saúde com serviço odontológico para 8.096 habitantes; excluindo-se as unidades escolares, essa relação passa a ser de 1 unidade de saúde para 13.677 habitantes.

Serviços odontológicos que oferecem atendimento especializado foram registrados em todas as DIR (com exceção da DIR XVII) e portes de municípios, resultando, em âmbito do estado, numa relação de 1 centro de especialidades para 311.610 habitantes. Na região da GSP essa relação era de 1 para 690.614 habitantes e na região do interior de 1 para 200.890 habitantes.

Os serviços exclusivos para urgência 24 horas encontram-se distribuídos em todas as regiões, embora de forma não uniforme; as regiões com maior número desses serviços são as DIR I, III e V na GSP e DIR XII, XVIII e XXII na região do interior. (tabela 33).

Na análise por porte, a relação serviços de urgência 24 h por município foi de 0,08 (porte 1) a 0,19 (porte 3); de 0,27 (porte 5) e 0,31 (porte 4); nos portes 6 e 7 essa relação foi de 0,60 e 0,65 respectivamente. No porte 8 essa relação foi de 2 serviços por município e no porte 9 de 12 serviços por município.

Atendimento em âmbito hospitalar foi registrado em todas as regiões e portes de municípios (50,46% em hospitais próprios).

Na região da GSP localizavam-se 15,55% dos hospitais. Na região do interior, o maior número de hospitais foi registrado na DIR XII.

Tabela 33 - Número de unidades de saúde com atendimento odontológico no âmbito do SUS, nos municípios participantes da pesquisa, no Estado de São Paulo, segundo tipo de unidade e Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003.

DIR	UBS			USF			CO	Escola	CE	PA/PS	Hospital	
	Total	c/a.o.*	%	Total	c/a.o.*	%					Próp.	Conv.
I	296	235	79,39	90	26	28,89	-	-	10	12	4	-
II	65	65	100,00	30	12	40,00	1	-	6	5	4	2
III	96	88	91,67	33	22	66,67	5	44	5	5	1	1
IV	13	13	100,00	12	6	50,00	-	3	1	1	-	1
V	95	83	87,37	27	15	55,56	2	80	4	7	2	2
<b>GSP</b>	<b>565</b>	<b>484</b>	<b>85,66</b>	<b>192</b>	<b>81</b>	<b>42,19</b>	<b>8</b>	<b>127</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>6</b>
VI	46	46	100,00	92	44	47,83	17	82	5	5	1	1
VII	83	69	83,13	28	15	53,57	15	88	3	5	-	1
VIII	49	47	95,92	38	16	42,11	6	33	4	4	3	2
X	48	31	64,58	16	13	81,25	9	37	1	5	2	1
X	95	95	100,00	21	6	28,57	9	94	2	7	2	2
XI	42	41	97,62	34	17	50,00	8	56	3	5	1	-
XII	254	174	68,50	92	53	57,61	33	184	10	10	8	12
XIII	49	47	95,92	22	10	45,45	7	50	2	3	2	1
XIV	46	46	100,00	71	51	71,83	8	83	5	5	1	3
XV	91	76	83,52	64	23	35,94	19	81	5	2	6	4
XVI	44	44	100,00	67	25	37,31	21	67	3	4	1	1
XVII	17	17	100,00	44	3	6,82	8	16	-	1	-	1
XVIII	86	79	91,86	43	19	44,19	26	148	8	12	-	1
XIX	61	60	98,36	16	14	87,50	4	14	9	8	4	3
XX	73	68	93,15	39	9	23,08	24	36	8	8	4	4
XXI	67	67	100,00	56	24	42,86	2	196	4	1	4	4
XXII	123	123	100,00	69	45	65,22	20	187	7	17	1	2
XXIII	162	128	79,01	83	27	32,53	24	128	8	8	1	2
XXIV	93	82	88,17	47	21	44,68	12	99	2	6	2	2
<b>Interior</b>	<b>1.529</b>	<b>1340</b>	<b>87,64</b>	<b>942</b>	<b>435</b>	<b>46,18</b>	<b>272</b>	<b>1.679</b>	<b>89</b>	<b>116</b>	<b>43</b>	<b>47</b>
<b>Estado</b>	<b>2.094</b>	<b>1.824</b>	<b>87,11</b>	<b>1.134</b>	<b>516</b>	<b>45,50</b>	<b>280</b>	<b>1.806</b>	<b>115</b>	<b>146</b>	<b>54</b>	<b>53</b>

\*c/a.o.: com atendimento odontológico; \*\*C.O. Centro Odontológico

C.E. Centro de Especialidade; PA Pronto Atendimento; PS Pronto Socorro

Hospital próprio; Hospital conveniado

Tabela 34 - Número de unidades de saúde com atendimento odontológico no âmbito do SUS, nos municípios participantes da pesquisa, no Estado de São Paulo, segundo tipo de unidade e porte de município, em 2003.

Porte	UBS			USF			C.O.	Escola	CE	PA/PS	Hospital	
	Total	c/ a.o.*	%	Total	c/a.o.*	%					Próp.	Conv.
1	116	115	99,14	93	70	75,27	27	184	4	11	1	-
2	110	103	93,64	87	38	43,68	35	111	3	12	2	-
3	167	148	88,62	138	48	34,78	52	223	6	17	1	2
4	342	304	88,89	225	92	40,89	71	384	19	32	6	5
5	271	217	80,07	178	74	41,57	50	264	30	13	18	15
6	404	340	84,16	215	116	53,95	36	313	25	27	10	20
7	154	128	83,12	55	18	32,73	8	42	4	6	8	6
8	234	234	100,00	53	34	64,15	1	285	14	16	4	5
9	296	235	79,39	90	26	28,89	-	-	10	12	4	-
<b>Total</b>	<b>2.094</b>	<b>1.824</b>	<b>87,11</b>	<b>1.134</b>	<b>516</b>	<b>45,50</b>	<b>280</b>	<b>1.806</b>	<b>115</b>	<b>146</b>	<b>54</b>	<b>53</b>

### **5.2.1.2. Relação média de equipamentos por habitante**

Os quadros 3 e 4 mostram o número de equipamentos odontológicos existentes por tipo de unidade de saúde e tipo de equipamento. Existem 4.660 equipamentos odontológicos (equipo) na rede de atenção básica (UBS e USF e escolas), perfazendo a relação de um equipo por 7.466 habitantes (excluídos os existentes em serviços de urgência, hospitalares e especializados). Na região da GSP essa relação foi de 1 equipo para 13.696 habitantes e na região do interior de 1 equipo para 5.338 habitantes.

Excluindo-se os equipamentos existentes em escolas, essa relação foi de 1 equipo para 11.111 habitantes, em âmbito estadual, com a seguinte distribuição: 1 equipo para 14.434 habitantes na região da GSP e 1 equipo para 9.025 habitantes na região do interior.

A distribuição numérica de aparelhos de Rx odontológico (RX) está apresentada também nos quadros 3 e 4. Sua relação por habitante é bastante desigual, ao considerar-se a região da GSP e a região do interior.

Na região da GSP, a melhor relação foi encontrada na região da DIR II (1 para 54.422 habitantes) e a pior relação foi encontrada na DIR I (1 para 213.540 habitantes). Nas demais, os valores situaram-se entre 1 para 65.443 habitantes (DIR V) e 1 para 86.325 habitantes (DIR IV), perfazendo uma relação regional de 1 aparelho de Rx para 108.824 habitantes.

A região do interior apresenta uma relação bem mais favorável: 1 aparelho para 24.593 habitantes. A relação mais desfavorável foi encontrada na região da DIR XIX (1 para 54.022) e a melhor relação foi apresentada na região da DIR IX (1 para 8.858). Valores situados entre 1 para 11.405 e 1 para 19.621 foram encontrados nas DIR VI, VII, XI, XIII, XIV, XVIII e XXII. Relação entre 1 para 20.549 e 1 para 53.647 foi encontrada nas DIR VIII, X, XII, XV, XVI, XVII, XX, XXI, XXIII e XXIV. Em âmbito estadual, registrou-se um aparelho de Rx odontológico para 40.174 habitantes.

Na análise segundo porte, registrou-se 1 aparelho de Rx para 4.590 habitantes nos municípios de porte 1 e 1 para 8.100 habitantes nos municípios de porte 2. Os portes 3 a 5 apresentaram uma relação que se situou entre 1 para 15.456

e 1 para 28.412 (ordem crescente). Nos portes 6 a 8 os valores situaram-se entre 1 para 50.697 e 1 para 57.927.

Em âmbito do estado, a relação de aparelhos de RX por habitante foi de 1 para 40.174.

Duas outras variáveis pesquisadas referiram-se à existência de equipamentos transportáveis e clínicas modulares, cujas quantidades apresentam-se nos quadros 3 e 4.

Dos 94 equipamentos transportáveis, apenas 15,96% encontraram-se na região da GSP e destes 10% pertencentes à região da DIR V. Na região do interior, com exceção da DIR XII (13,83%) e DIR XXIII (11,70%) os percentuais de equipamentos transportáveis variaram de 1,06% (DIR XIII e XVIII) a 7,45% (DIR XXIV).

Na análise segundo porte, os menores percentuais foram encontrados nos portes 1, 2, 3, 5 e 7 (entre 1,25% e 5,94%). E os maiores percentuais foram de 12,19% (porte 4), 20,63% (porte 6) e 25,83% (porte 8).

Existem, nos municípios participantes da pesquisa, 320 clínicas modulares (clínicas que apresentam dois ou mais equipamentos na mesma área física). Destas, 61,56% encontram-se na região da GSP principalmente na DIR I (40,63%) e DIR V (10, %).

A região do interior detém 38,88% das clínicas modulares. Todas as regionais, com exceção da DIR XVI, contam com no mínimo uma clínica modular. O maior percentual situa-se na DIR XII (12,50%).

Quadro 3 - Número e tipo de equipamentos odontológicos no âmbito do SUS, nos municípios participantes da pesquisa, no Estado de São Paulo, segundo tipo de unidade de saúde e Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003.

DIR	RX	Equipamentos odontológicos					Total	Equipo transp.	Cl. modular
		UBS/USF	PA/PS	Escolas	Hospital P C				
I	51	678	15	-	6	-	750	-	130
II	45	209	7	-	9	-	270	1	17
III	29	171	4	21	1	1	227	4	14
IV	4	28	1	3	-	-	36	1	4
V	36	158	10	43	3	2	252	9	32
<b>GSP</b>	<b>165</b>	<b>1.244</b>	<b>37</b>	<b>67</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>1535</b>	<b>15</b>	<b>197</b>
VI	39	108	14	83	-	1	245	4	6
VII	56	146	13	87	-	-	302	5	5
VIII	18	65	10	30	-	-	123	3	0
IX	32	40	11	31	1	2	117	2	4
X	45	87	20	94	-	2	248	4	1
XI	22	60	6	42	-	-	130	2	1
XII	95	400	23	120	8	14	660	13	40
XIII	35	44	15	40	-	-	134	1	4
XIV	35	99	13	57	-	1	205	2	1
XV	26	121	21	92	1	1	262	6	4
XVI	17	64	18	64	-	-	163	-	5
XVII	5	20	4	9	-	-	38	3	1
XVIII	89	50	56	148	-	1	344	1	6
XIX	27	36	6	15	1	3	88	5	3
XX	23	85	33	28	2	-	171	2	13
XXI	33	128	4	113	2	-	280	4	1
XXII	74	152	30	163	2	5	426	4	10
XXIII	35	162	27	77	-	3	304	11	15
XXIV	21	114	16	75	1	-	227	7	3
<b>Interior</b>	<b>727</b>	<b>1.981</b>	<b>340</b>	<b>1.368</b>	<b>18</b>	<b>33</b>	<b>4.467</b>	<b>79</b>	<b>123</b>
<b>Estado</b>	<b>892</b>	<b>3.225</b>	<b>377</b>	<b>1.435</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>6.002</b>	<b>94</b>	<b>320</b>

RX: aparelho de Rx odontológico; UBS : unidade básica de saúde;

USF: unidade de saúde da família; PA: pronto atendimento; PS: pronto socorro;

Hospital P: hospital próprio; C: hospital conveniado;

Eq. transp.: equipamento transportável; Cl. modular: clínica modular

Quadro 4- Número e tipo de equipamentos odontológicos no âmbito do SUS, nos municípios participantes da pesquisa, no Estado de São Paulo, segundo tipo de unidade de saúde e porte de município, em 2003.

Porte	Equipamentos odontológicos						Total	Equipo transp.	Cl modular
	RX	UBS/USF	PA/PS	Escolas	Hospital P	Hospital C			
1	94	151	29	104	-	1	379	7	4
2	80	122	37	124	2	7	372	6	8
3	79	170	59	162	2	5	477	8	11
4	165	495	99	327	11	2	1099	20	39
5	122	337	87	223	3	2	774	20	19
6	133	649	25	301	4	6	1118	25	66
7	60	194	7	47	2	5	315	5	12
8	109	429	19	147	7	8	719	3	31
9	50	678	15	-	6	-	749	-	130
<b>Total</b>	<b>892</b>	<b>3.225</b>	<b>377</b>	<b>1.435</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>6.002</b>	<b>94</b>	<b>320</b>

RX: aparelho de Rx odontológico;

UBS : unidade básica de saúde; USF: unidade de saúde da família;

PA: pronto atendimento; PS: pronto socorro;

Hospital P: hospital próprio; C: hospital conveniado;

Eq. transp.: equipamento transportável; Cl. modular: clínica modular

### 5.2.1.3. Percentual de equipes de saúde bucal em PSF segundo modalidade

Nas tabelas 35 e 36 estão discriminados os números de equipes de saúde bucal implantadas em Programas de Saúde da Família (PSF) até o final de 2003, segundo DIR e porte de municípios

Existiam 444 equipes de saúde bucal implantadas correspondendo 82,88 % à modalidade I e 17,12% à modalidade II.

Das equipes implantadas, apenas 13,06% localizavam-se na região da GSP.

Na região do interior o maior percentual de equipes foi encontrado na DIR XII (21,40%), seguido da DIR XIV (9,46%) e DIR VI (9,23%).

A DIR XVII foi a única que não habilitou equipes de saúde bucal em PSF.

Na análise segundo porte verifica-se que o menor percentual de equipes de PSF foi encontrado nos municípios de porte 7 (3,60%) seguido pelo porte 2 (4,28%). Os maiores percentuais foram encontrados nos municípios de porte 4 (19,37%) e porte 6 (18,24%).

Tabela 35 - Número e percentual de equipes de saúde bucal implantadas no Programa de Saúde da Família, nos municípios participantes da pesquisa, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo modalidade e Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde em 2003.

DIR	Modalidade I		Modalidade II		Total		% total de equipes
	número	%	número	%	número	%	
I	1	3,70	26	96,3	27	100,00	6,08
II	9	81,82	2	18,18	11	100,00	2,48
III	9	100,00	-	-	9	100,00	2,03
IV	4	100,00	-	-	4	100,00	0,90
V	3	42,86	4	57,14	7	100,00	1,58
GSP	26	44,83	32	55,17	58	100,00	13,06
VI	41	100,00	-	-	41	100,00	9,23
VII	2	100,00	-	-	2	100,00	0,45
VIII	13	100,00	-	-	13	100,00	2,93
IX	12	100,00	-	-	12	100,00	2,70
X	2	100,00	-	-	2	100,00	0,45
XI	11	100,00	-	-	11	100,00	2,48
XII	79	83,16	16	16,84	95	100,00	21,40
XIII	6	85,71	1	14,29	7	100,00	1,58
XIV	42	100,00	-	-	42	100,00	9,46
XV	16	100,00	-	-	16	100,00	3,60
XVI	21	100,00	-	-	21	100,00	4,73
XVII	-	-	-	-	-	100,00	-
XVIII	9	90,00	1	10	10	100,00	2,25
XIX	9	100,00	-	-	9	100,00	2,03
XX	2	7,14	26	92,86	28	100,00	6,31
XXI	21	100,00	-	-	21	100,00	4,73
XXII	31	100,00	-	-	31	100,00	6,98
XXIII	15	100,00	-	-	15	100,00	3,38
XXIV	10	100,00	-	-	10	100,00	2,25
Interior	342	88,60	44	11,4	386	100,00	86,94
Estado	368	82,88	76	17,12	444	100,00	100,00

Tabela 36 - Número e percentual de equipes de saúde bucal implantadas no Programa de Saúde da Família, nos municípios participantes da pesquisa, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo modalidade e porte de município, em 2003.

Porte	Modalidade I		Modalidade II		Total		% total de equipes
	número	%	número	%	número	%	
1	60	100,00	-	-	60	100,00	13,51
2	19	100,00	-	-	19	100,00	4,28
3	28	96,55	1	3,45	29	100,00	6,53
4	59	68,60	27	31,4	86	100,00	19,37
5	49	100,00	-	-	49	100,00	11,04
6	75	92,59	6	7,41	81	100,00	18,24
7	16	100,00	-	-	16	100,00	3,60
8	61	79,22	16	20,78	77	100,00	17,34
9	1	3,70	26	96,3	27	100,00	6,08
Total	368	82,88	76	17,12	444	100,00	100,00

#### 5.2.1.4. Relação cirurgião-dentista por habitante (CD/habitante)

O número e percentual de Cirurgiões-Dentistas existentes na rede de saúde dos municípios que responderam ao questionário encaminhado, conforme o tipo de unidade (unidade básica de saúde - UBS, unidade de saúde da família - USF ou centro de especialidade) encontram-se descritos nas tabelas 37 e 38.

Conforme a tabelas 37, a rede básica e especializada totalizava 10.088 cirurgiões-dentistas em âmbito estadual, sendo 89,75% em Unidades Básicas de Saúde, 4,40% em Unidades de Saúde da Família e 5,85% em serviços de especialidades.

Na região da GSP, 91,16% dos CD prestavam serviços em UBS; 2,35% em USF e 6,49% em serviços de especialidades.

A DIR IV apresentou o maior percentual de CD em USF (7,27%); em centros de especialidades os maiores percentuais foram encontrados nas DIR II (11,61%) e DIR III (10,34%).

Na região do interior, o percentual de CD em UBS foi de 89,29%; em USF 5,06% e 5,64% em serviços de especialidades.

As DIR que apresentaram os maiores percentuais de CD em USF foram a DIR VI (12,50%), DIR VIII (10,92%), DIR XIV (16,94%) e DIR XVI (11,23%). Em serviços de especialidades as DIR XIX (13,87%) e DIR XXI (11,52%) foram as que apresentaram os maiores percentuais.

Segundo a tabela 38, o porte 1 é o que apresentava o maior percentual de CD em USF (13,95%). Nos demais portes esse percentual variou de 2,16% (porte 9) a 5,22% (porte 3). Em serviços de especialidades, os maiores percentuais foram encontrados nos portes 6 (7,41%), porte 7 (7,86%) e porte 8 (7,09%).

A carga horária semanal contratada, para a rede básica, mais usual é a de 20 horas semanais (84,84%), seguido de 40 horas (7,06%) (tabelas 39 e 40).

Para os serviços especializados, 69,49% dos profissionais são contratados por 20 horas semanais; 10,68 % por 40 horas semanais e 19,83% distribuídos por outras cargas horárias (12 horas, 24 e 30 horas semanais).

Tabela 37 - Número e percentual de cirurgiões-dentistas da rede de saúde no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de unidade e Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	UBS		USF		C.ESPECIALIDADE		Total CD	
	n°.	%	n°.	%	n°	%	n°	%
I	1.177	94,24	27	2,16	45	3,60	1.249	100,00
II	301	85,27	11	3,12	41	11,61	353	100,00
III	338	87,34	9	2,33	40	10,34	387	100,00
IV	48	87,27	4	7,27	3	5,45	55	100,00
V	384	91,00	7	1,66	31	7,35	422	100,00
GSP	2.248	91,16	58	2,35	160	6,49	2.466	100,00
VI	270	82,32	41	12,50	17	5,18	328	100,00
VII	298	94,30	2	0,63	16	5,06	316	100,00
VIII	99	83,19	13	10,92	7	5,88	119	100,00
IX	121	84,03	12	8,33	11	7,64	144	100,00
X	500	98,23	2	0,39	7	1,38	509	100,00
XI	484	94,35	11	2,14	18	3,51	513	100,00
XII	933	84,90	95	8,64	71	6,46	1.099	100,00
XIII	242	93,80	7	2,71	9	3,49	258	100,00
XIV	194	78,23	42	16,94	12	4,84	248	100,00
XV	348	87,00	16	4,00	36	9,00	400	100,00
XVI	160	85,56	21	11,23	6	3,21	187	100,00
XVII	43	97,73	-	-	1	2,27	44	100,00
XVIII	715	95,59	10	1,34	23	3,07	748	100,00
XIX	320	83,77	9	2,36	53	13,87	382	100,00
XX	572	92,56	28	4,53	18	2,91	618	100,00
XXI	271	82,12	21	6,36	38	11,52	330	100,00
XXII	458	89,80	31	6,08	21	4,12	510	100,00
XXIII	469	89,33	15	2,86	41	7,81	525	100,00
XXIV	309	89,83	10	2,91	25	7,27	344	100,00
Interior	6.806	89,29	386	5,06	430	5,64	7.622	100,00
Estado	9.054	89,75	444	4,40	590	5,85	10.088	100,00

Tabela 38 - Número e percentual de cirurgiões-dentistas da rede de saúde no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de unidade e porte de município, em 2003.

Porte	UBS		USF		C.ESPECIALIDADE		Total CD	
	n°.	%	n°.	%	n°	%	n°	%
1	351	81,63	60	13,95	19	4,42	430	100,00
2	383	88,66	19	4,40	30	6,94	432	100,00
3	521	90,29	29	5,03	27	4,68	577	100,00
4	1.475	89,50	86	5,22	87	5,28	1.648	100,00
5	1.575	92,21	49	2,87	84	4,92	1.708	100,00
6	1.918	88,84	81	3,75	160	7,41	2.159	100,00
7	500	89,29	16	2,86	44	7,86	560	100,00
8	1.154	87,09	77	5,81	94	7,09	1.325	100,00
9	1.177	94,24	27	2,16	45	3,60	1.249	100,00
Total	9.054	89,75	444	4,40	590	5,85	10.088	100,00

Tabela 39 – Número e percentual de cirurgiões-dentistas na rede básica no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisas, segundo carga horária semanal contratada e Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	20h		24h		30h		40h		12h e outras		Total CD	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
I	1.177	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	1.177	100,00
II	128	42,52	3	20,93	20	6,64	79	26,25	11	3,65	301	100,00
III	304	89,94	10	2,96	-	-	24	7,10	-	-	338	100,00
IV	48	100,00	-	-	-	-	-	-	-	-	48	100,00
V	340	88,54	7	1,82	4	1,04	28	7,29	5	1,30	384	100,00
<b>GSP</b>	<b>1.997</b>	<b>88,83</b>	<b>80</b>	<b>3,56</b>	<b>24</b>	<b>1,07</b>	<b>131</b>	<b>5,83</b>	<b>16</b>	<b>0,71</b>	<b>2.248</b>	<b>100,00</b>
VI	229	84,81	-	-	7	2,59	8	2,96	26	9,63	270	100,00
VII	237	79,53	-	-	12	4,03	5	1,68	44	14,77	298	100,00
VIII	81	81,82	-	-	12	12,12	5	5,05	1	1,01	99	100,00
IX	112	92,56	-	-	-	-	8	6,61	1	0,83	121	100,00
X	440	88,00	-	-	20	4,00	35	7,00	5	1,00	500	100,00
XI	475	98,14	-	-	-	-	-	-	3	0,62	484	100,00
XII	634	67,95	24	2,57	42	4,50	92	9,86	141	15,11	933	100,00
XIII	198	81,82	-	-	4	1,65	17	7,02	23	9,50	242	100,00
XIV	163	84,02	-	-	2	1,03	29	14,95	-	-	194	100,00
XV	281	80,75	2	0,57	9	2,59	49	14,08	7	2,01	348	100,00
XVI	140	87,50	-	-	7	4,38	13	8,13	-	-	160	100,00
XVII	38	88,37	1	2,33	1	2,33	3	6,98	-	-	43	100,00
XVIII	672	93,99	-	-	10	1,40	33	4,62	-	-	715	100,00
XIX	154	48,13	41	12,81	35	10,94	87	27,19	3	0,94	320	100,00
XX	537	93,88	6	1,05	21	3,67	-	-	8	1,40	572	100,00
XXI	220	81,18	1	0,37	9	3,32	41	15,13	-	-	271	100,00
XXII	388	84,72	1	0,22	27	5,90	23	5,02	19	4,15	458	100,00
XXIII	423	90,19	-	-	2	0,43	43	9,17	1	0,21	469	100,00
XXIV	262	84,79	2	0,65	2	0,65	11	3,56	32	10,36	309	100,00
<b>Interior</b>	<b>5.684</b>	<b>83,51</b>	<b>78</b>	<b>1,15</b>	<b>222</b>	<b>3,26</b>	<b>508</b>	<b>7,46</b>	<b>314</b>	<b>4,61</b>	<b>6.806</b>	<b>100,00</b>
<b>Estado</b>	<b>7.681</b>	<b>84,84</b>	<b>158</b>	<b>1,75</b>	<b>246</b>	<b>2,72</b>	<b>639</b>	<b>7,06</b>	<b>330</b>	<b>3,64</b>	<b>9.054</b>	<b>100,00</b>

Tabela 40 – Número e percentual de cirurgiões-dentistas na rede básica no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo carga horária semanal contratada e porte de município, em 2003.

Porte	20 h		24h		30h		40h		12h e outras		Total CD	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1	286	81,48	3	0,85	17	4,84	28	7,98	17	4,84	351	100
2	312	81,46	2	0,52	19	4,96	33	8,62	17	4,44	383	100
3	450	86,37	-	-	37	7,1	26	4,99	8	1,54	521	100
4	1.299	88,07	17	1,15	22	1,49	58	3,93	79	5,36	1.475	100
5	1.426	90,54	17	1,08	36	2,29	80	5,08	16	1,02	1.575	100
6	1.594	83,11	77	4,01	12	0,63	172	8,97	63	3,28	1.918	100
7	243	48,6	16	3,2	60	12	161	32,2	20	4	500	100
8	894	77,47	26	2,25	43	3,73	81	7,02	110	9,53	1.154	100
9	1.177	100	-	-	-	-	-	-	-	-	1.177	100
<b>Total</b>	<b>7.681</b>	<b>84,84</b>	<b>158</b>	<b>1,75</b>	<b>246</b>	<b>2,72</b>	<b>639</b>	<b>7,06</b>	<b>330</b>	<b>3,64</b>	<b>9.054</b>	<b>100</b>

As tabelas 41 e 42 apresentam a relação CD/habitante, considerando-se a atenção básica e especializada.

No que diz respeito à atenção básica, os índices mais desfavoráveis foram encontrados na região da Grande São Paulo, onde se registraram relações desde 1 CD/6.025 habitantes na região da DIR V a 1 CD/8.818 habitantes na DIR I.

Quanto aos CD especialistas, a melhor relação foi encontrada na DIR II: 1 CD/59.732 habitantes e a pior relação na DIR I: 1 CD/237.267 habitantes.

A relação média da região da GSP foi de 1CD/7.787 habitantes na atenção básica e 1 CD/112.225 habitantes para a atenção especializada, totalizando 1 CD/7.281 habitantes.

Na região do interior, a relação média foi de 1 CD/2.486 habitantes para a atenção básica e 1 CD/41.580 habitantes para a atenção especializada, totalizando 1 CD/2.346 habitantes.

A pior relação foi encontrada na DIR XVII: 1 CD/5.054 habitantes da atenção básica e 1 CD/217.306 habitantes da especializada, perfazendo um 1 CD/4.939 habitantes.

A melhor relação foi encontrada na região da DIR XI, 1 CD/872 habitantes para a atenção básica e para a especializada 1 CD/23.982 habitantes.

De acordo com a tabela 42, nos municípios de porte 1 a 5 a relação CD/Habitante variou, para a atenção básica, de 1CD/1.050 habitantes (porte 1) a 1 CD/2.220 habitantes (porte 3). Nos demais portes, essa relação situou-se entre 1CD/3.373 habitantes (porte 6) e 1 CD/8.868 habitantes (porte 9).

Quanto à atenção especializada, a relação nos portes 1 e 2 foram as mais favoráveis (1CD/ 22.709 e 1 CD/21.600 habitantes respectivamente). Nos portes 3 a 8 essa relação situou-se entre 1CD/37.896 habitantes (porte 4) e 1 CD/ 78.993 habitantes (porte8). O porte 9 apresentou a pior relação (1CD/237.267 habitantes).

Em âmbito estadual, encontrou-se na atenção básica a relação média de 1 CD/3.773 habitantes e na especializada 1 CD/60738 habitantes, totalizando 1 CD/3.552 habitantes.

Tabela 41 - Relação cirurgião-dentista por habitante, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de atenção e Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003.

<b>DIR</b>	<b>Atenção Básica</b>	<b>A.especializada</b>	<b>Total</b>
I	8.868	237.267	8.548
II	7.849	59.732	6.938
III	6.135	53.217	5.500
IV	6.640	115.101	6.278
V	6.025	75.999	5.583
<b>GSP</b>	<b>7.787</b>	<b>112.225</b>	<b>7.281</b>
VI	1.985	36.309	1.882
VII	2.724	51.071	2.586
VIII	3.598	57.573	3.387
IX	2.131	25.769	1.968
X	1.842	132.102	1.817
XI	872	23.982	841
XII	3.498	50.650	3.272
XIII	2.231	61.728	2.153
XIV	2.176	42.803	2.071
XV	3.427	34.652	3.119
XVI	1.997	60.233	1.933
XVII	5.054	217.306	4.939
XVIII	1.477	46.555	1.432
XIX	4.433	27.521	3.818
XX	1.261	42.035	1.224
XXI	3.873	29.762	3.427
XXII	1.726	40.190	1.655
XXIII	3.879	45.796	3.576
XXIV	2.420	30.877	2.244
Interior	2.486	41.580	2.346
<b>Estado</b>	<b>3.773</b>	<b>60.738</b>	<b>3.552</b>

Tabela 42 - Relação cirurgião-dentista por habitante, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de atenção e porte de município, em 2003.

<b>Porte</b>	<b>Atenção Básica</b>	<b>A.especializada</b>	<b>Total</b>
1	1.050	22.709	1.003
2	1.612	21.600	1.500
3	2.220	45.223	2.116
4	2.112	37.896	2.001
5	2.134	41.266	2.029
6	3.373	42.142	3.123
7	6.736	78.993	6.207
8	4.773	62.511	4.435
9	8.868	237.267	8.548
<b>Total</b>	<b>3.773</b>	<b>60.738</b>	<b>3.552</b>

#### **5.2.1.5. Relação média Auxiliar de Consultório Dentário por Cirurgião-dentista (ACD/CD)**

O número e o percentual de Auxiliares de Consultório Dentário (ACD) são apresentados nas tabelas 43 e 44, segundo tipo de unidade de saúde (UBS ou USF) e segundo DIR e porte de município.

Entre 70 a 100% dos ACD encontravam-se em Unidades Básicas de Saúde, com exceção dos municípios pertencentes à área da DIR XIV (Marília), onde esse percentual é de 43,06%, conforme mostra a tabela 43, uma vez que o maior percentual, nessa região, situou-se em unidades de saúde da família.

Na região da GSP, 6,29% de ACD prestavam serviços em USF, enquanto na região do interior esse percentual elevou-se para 13,41%.

O número total de ACD, em âmbito estadual, foi de 3.356; vale informar que 23,08% eram contratados com carga horária semanal de 30 horas e 74,42% com 40 horas semanais. O maior percentual de contratados com carga horária semanal de 30 horas foi encontrado na DIR I (94,21%).

As tabelas 47 e 48 mostram a relação Auxiliar de Consultório Dentário por Cirurgião-Dentista (ACD/CD).

Na região da GSP, essa relação variou de 0,39 a 0,46.

Nas demais regiões do estado, essa relação variou de 0,15, na DIR XI a 0,63, na DIR XXI. Entretanto, várias regionais apresentaram relação superior a 0,50 (DIR VI, VIII, XII, XVI, XIX, XX e XXI.).

Em âmbito estadual, a relação ACD/CD foi de 0,40.

De acordo com o porte (tabela 48), a pior relação foi apresentada pelos municípios de porte 5 (0,29). Nos demais, variou de 0,33 (porte 4) a 0,58 (porte 7).

Tabela 43 - Número e percentual de auxiliares de consultório dentário da rede básica de saúde no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de unidade de saúde e Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	UBS		USF		Total	
	nº	%	nº.	%	nº.	%
I	439	94,21	27	5,79	466	100,00
II	128	92,09	11	7,91	139	100,00
III	128	93,43	9	6,57	137	100,00
IV	20	83,33	4	16,67	24	100,00
V	149	95,51	7	4,49	156	100,00
GSP	864	93,71	58	6,29	922	100,00
VI	133	76,44	41	23,56	174	100,00
VII	111	98,23	2	1,77	113	100,00
VIII	47	78,33	13	21,67	60	100,00
IX	29	70,73	12	29,27	41	100,00
X	144	98,63	2	1,37	146	100,00
XI	62	84,93	11	15,07	73	100,00
XII	444	82,37	95	17,63	539	100,00
XIII	66	90,41	7	9,59	73	100,00
XIV	31	42,47	42	57,53	73	100,00
XV	54	77,14	16	22,86	70	100,00
XVI	86	80,37	21	19,63	107	100,00
XVII	21	100,00	-	-	21	100,00
XVIII	175	94,59	10	5,41	185	100,00
XIX	161	94,71	9	5,29	170	100,00
XX	299	91,44	28	8,56	327	100,00
XXI	164	88,65	21	11,35	185	100,00
XXII	169	84,50	31	15,50	200	100,00
XXIII	216	93,51	15	6,49	231	100,00
XXIV	80	88,89	10	11,11	90	100,00
Interior	2.492	86,59	386	13,41	2.878	100,00
<b>Estado</b>	<b>3.356</b>	<b>88,32</b>	<b>444</b>	<b>11,68</b>	<b>3.800</b>	<b>100,00</b>

Tabela 44 - Número e percentual de auxiliares de consultório dentário da rede básica de saúde no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo tipo de unidade e porte de município, em 2003.

Porte	UBS		USF		Total	
	nº	%	nº.	%	nº.	%
1	146	70,87	60	29,13	206	100,00
2	126	86,90	19	13,10	145	100,00
3	214	88,07	29	11,93	243	100,00
4	426	83,20	86	16,80	512	100,00
5	425	89,66	49	10,34	474	100,00
6	817	90,98	81	9,02	898	100,00
7	281	94,61	16	5,39	297	100,00
8	482	86,23	77	13,77	559	100,00
9	439	94,21	27	5,79	466	100,00
<b>Total</b>	<b>3.356</b>	<b>88,32</b>	<b>444</b>	<b>11,68</b>	<b>3.800</b>	<b>100,00</b>

### **5.2.1.6. Relação média Técnico em Higiene Dental -THD por Cirurgião-Dentista (THD/CD)**

O número e o percentual de Técnicos em Higiene Dental (THD) existentes nos municípios que responderam ao questionário são apresentados nas tabelas 45 e 46, segundo tipo de unidade de saúde (UBS ou USF) e segundo DIR e porte de município. Os municípios pesquisados contavam com 338 THD, 22,49% dos quais em unidades com Programas de Saúde da Família.

A região da GSP deteve 31% desses profissionais (106 THD) e destes 30,19% em USF. Apresentaram os maiores percentuais as áreas de abrangência das DIR I (17,16%), DIR V (6,80%) e DIR III (2,37%).

Na região do interior encontravam-se 68,64% (232 THD) e destes 18,97% em USF. Não houve registros de THD nos municípios das DIR VIII, IX, X, XIV, XVI e XVII. As regiões que apresentaram os maiores percentuais foram as abrangidas pelas DIR XXI (24,26%), DIR XII (12,43%), DIR XX (10,95%), DIR XVIII (6,51%) e DIR XXIII (4,44%).

Não houve registro desse profissional nos municípios de porte 1.

Quanto à carga horária semanal, 78,99 % desses profissionais são contratados por 40 horas semanais, e 15,68% por 30 horas.

O maior número de profissionais contratados por 30 horas semanais foi encontrado nas DIR I e V, da região da GSP.

A relação Técnico em Higiene Dental por Cirurgião-Dentista (THD/CD) pode ser visualizada nas tabelas 47 e 48.

Na região da GSP, essa relação foi de 0,05 e situou-se entre 0,02 (DIR III e IV) e 0,06 (DIR V), enquanto que na região do interior, a relação média encontrada foi de 0,03 THD/CD. Com exceção das oito regionais que não contavam com esse profissional, nas demais regiões a relação variou de 0,01 a 0,06 THD/CD, com exceção da DIR XXI, que obteve a melhor relação do estado (0,28).

De acordo com a tabela 48, com exceção do porte 1, que não contava com esse profissional, a relação THD/CD situou-se, nos demais portes, entre 0,01 e 0,10, que foi o melhor valor encontrado (porte 8).

Em âmbito estadual, encontrou-se uma relação média de 0,04 THD/CD.

Tabela 45 - Número e percentual de técnicos em higiene dental da rede básica no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa segundo a unidade de saúde e Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	UBS		USF		Total	
	n°.	%	n°.	%	n°.	%
I	32	55,17	26	44,83	58	100,00
II	14	87,50	2	12,50	16	100,00
III	8	100,00	-	-	8	100,00
IV	1	100,00	-	-	1	100,00
V	19	82,61	4	17,39	23	100,00
GSP	74	69,81	32	30,19	106	100,00
VI	4	100,00	-	-	4	100,00
VII	6	100,00	-	-	6	100,00
VIII	-	-	-	-	-	-
IX	-	-	-	-	-	-
X	-	-	-	-	-	-
XI	1	100,00	-	-	1	100,00
XII	26	61,90	16	38,10	42	100,00
XIII	5	83,33	1	16,67	6	100,00
XIV	-	-	-	-	-	-
XV	4	100,00	-	-	4	100,00
XVI	-	-	-	-	-	100,00
XVII	-	-	-	-	-	100,00
XVIII	21	95,45	1	4,55	22	100,00
XIX	9	100,00	-	-	9	100,00
XX	11	29,73	26	70,27	37	100,00
XXI	82	100,00	-	-	82	100,00
XXII	1	100,00	-	-	1	100,00
XXIII	15	100,00	-	-	15	100,00
XXIV	3	100,00	-	-	3	100,00
Interior	188	81,03	44	18,97	232	100,00
Estado	262	77,51	76	22,49	338	100,00

Tabela 46 - Número e percentual de técnicos em higiene dental da rede básica no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo a unidade de saúde e porte de município, em 2003.

Porte município	UBS		USF		Total	
	n°.	%	n°.	%	n°.	%
1	-	-	-	-	-	100,00
2	4	18,18	-	-	4	100,00
3	23	44,23	1	4,17	24	100,00
4	19	17,92	27	58,70	46	100,00
5	17	24,64	-	-	17	100,00
6	42	35,29	6	12,50	48	100,00
7	16	50,00	-	-	16	100,00
8	109	58,60	16	12,80	125	100,00
9	32	54,24	26	44,83	58	100,00
Total	262	37,11	76	22,49	338	100,00

Tabela 47 -Relação auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental por cirurgião-dentista, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003.

DIR	ACD/CD	THD/CD
I	0,39	0,05
II	0,45	0,05
III	0,39	0,02
IV	0,46	0,02
V	0,40	0,06
GSP	0,40	0,05
VI	0,56	0,01
VII	0,38	0,02
VIII	0,54	-
IX	0,31	-
X	0,29	-
XI	0,15	-
XII	0,52	0,04
XIII	0,29	0,02
XIV	0,31	-
XV	0,19	0,01
XVI	0,59	-
XVII	0,49	-
XVIII	0,26	0,03
XIX	0,52	0,03
XX	0,55	0,06
XXI	0,63	0,28
XXII	0,41	0,00
XXIII	0,48	0,03
XXIV	0,28	0,01
Interior	0,40	0,03
<b>Estado</b>	<b>0,40</b>	<b>0,04</b>

\* CD da Atenção básica

Tabela 48- Relação auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental por cirurgião-dentista, no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, nos municípios participantes da pesquisa, segundo porte de município, em 2003.

Porte	ACD/CD	THD/CD
1	0,50	-
2	0,36	0,01
3	0,44	0,04
4	0,33	0,03
5	0,29	0,01
6	0,45	0,02
7	0,58	0,03
8	0,45	0,10
9	0,39	0,05
<b>Total</b>	<b>0,40</b>	<b>0,04</b>

## **5.2.2. Indicadores de Modelo de Atenção**

### **5.2.2.1. Percentual de municípios que realizam Procedimentos Coletivos segundo população alvo**

Todos os municípios participantes da pesquisa realizam procedimentos coletivos (PC) e estes são efetuados ou pelas equipes de saúde bucal das unidades básicas de saúde ou por equipes específicas (equipes de prevenção) ou por ambas, conforme informaram os municípios em resposta aos questionários encaminhados.

As tabelas 49 e 50 mostram o número e percentual de municípios que realizam PC segundo população alvo, considerando-se as faixas etárias de 0 a 3; 4 a 6; 7 a 10; 11 a 14 e 15 a 20 anos de idade.

Em âmbito estadual, 96,15% dos municípios realizaram PC para as crianças de 7 a 10 anos de idade; 92,31% para as crianças de 4 a 6 anos de idade e 79,04% para crianças de 11 a 14 anos de idade. As crianças de 0 a 3 anos de idade são incluídas em PC em 60% dos municípios e os adolescentes de 15 a 20 anos de idade foram incluídos por apenas 10,96% dos municípios.

Na região da GSP, entretanto, o maior percentual foi encontrado para as crianças de 4 a 6 anos (94,12%), seguido da faixa etária de 7 a 10 anos (67,55%). Para as DIR I a IV esses percentuais foram de 100% para essas duas faixas etárias, porém a DIR V registrou valores de 85,71% (4 a 6 anos de idade) e 21,43% (7 a 10 anos de idade).

A faixa etária de 0 a 3 anos não recebeu PC em 20,59% dos municípios da GSP e os adolescentes de 15 a 20 anos foram incluídos nesses procedimentos apenas na região da DIR V (14,29%).

Na região do interior, 98,15 % dos municípios realizam PC para as crianças de 7 a 10 anos de idade; 92,18% para crianças de 4 a 6 anos de idade e 80,04% para crianças de 11 a 14 anos de idade. A faixa etária de 0 a 3 anos não foi incluída em 41,36% dos municípios e os adolescentes de 15 a 20 anos são incluídos em apenas 11,32% dos municípios, nenhum situado nas DIR XV, XVII, XX e XXI.

A análise por porte evidenciou que o município de porte 9 direcionou os PC apenas para as faixas etárias de 7 a 10 e 11 a 14 anos de idade. Para a faixa etária de 0 a 3 anos de idade o percentual entre os demais portes variou de 50,00% (porte 2) para 80,49% (porte 6).

Tabela 49 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo população alvo em que são realizados Procedimentos Coletivos e Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	Munic.	Faixas etárias									
		0 a 3	%	4 a 6	%	7 a 10	%	11 a 14	%	15 a 20	%
I	1			1	100,00	1	100,00	-	-	-	-
II	7	6	85,71	7	100,00	7	100,00	5	71,43	-	-
III	9	8	88,89	9	100,00	9	100,00	7	77,78	-	-
IV	3	1	33,33	3	100,00	3	100,00	-	-	-	-
V	14	12	85,71	12	85,71	3	21,43	10	71,43	2	14,29
GSP	34	27	79,41	32	94,12	23	67,65	22	64,71	2	5,88
VI	33	23	69,70	31	93,94	33	100,00	33	100,00	11	33,33
VII	21	12	57,14	18	85,71	21	100,00	15	71,43	3	14,29
VIII	18	10	55,56	14	77,78	18	100,00	13	72,22	2	11,11
IX	17	9	52,94	15	88,24	17	100,00	14	82,35	1	5,88
X	30	14	46,67	27	90,00	30	100,00	27	90,00	2	6,67
XI	20	10	50,00	17	85,00	20	100,00	13	65,00	1	5,00
XII	42	28	66,67	39	92,86	39	92,86	25	59,52	4	9,52
XIII	17	7	41,18	16	94,12	17	100,00	15	88,24	1	5,88
XIV	29	20	68,97	30	103,45	29	100,00	26	89,66	4	13,79
XV	24	7	29,17	18	75,00	23	95,83	12	50,00	-	-
XVI	33	20	60,61	33	100,00	33	100,00	29	87,88	2	6,06
XVII	11	6	54,55	11	100,00	11	100,00	7	63,64	-	-
XVIII	22	13	59,09	21	95,45	21	95,45	21	95,45	6	27,27
XIX	7	5	71,43	6	85,71	6	85,71	6	85,71	2	28,57
XX	20	10	50,00	18	90,00	17	85,00	13	65,00	-	-
XXI	11	7	63,64	11	100,00	11	100,00	8	72,73	-	-
XXII	79	57	72,15	77	97,47	79	100,00	75	94,94	12	15,19
XXIII	35	20	57,14	33	94,29	35	100,00	24	68,57	2	5,71
XXIV	17	7	41,18	13	76,47	17	100,00	13	76,47	2	11,76
Interior	486	285	58,64	448	92,18	477	98,15	389	80,04	55	11,32
Estado	520	312	60,00	480	92,31	500	96,15	411	79,04	57	10,96

Tabela 50 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo população alvo em que são realizados Procedimentos Coletivos e porte de municípios, em 2003.

Porte	Munic.	Faixas etárias									
		0 a 3	%	4 a 6	%	7 a 10	%	11 a 14	%	15 a	%
1	133	77	57,89	125	93,98	129	96,99	116	87,22	19	14,29
2	90	45	50,00	82	91,11	89	98,89	73	81,11	8	8,89
3	87	46	52,87	78	89,66	80	91,95	69	79,31	5	5,75
4	103	62	60,19	95	92,23	99	96,12	74	71,84	10	9,71
5	47	35	74,47	44	93,62	45	95,74	37	78,72	7	14,89
6	41	33	80,49	39	95,12	40	97,56	27	65,85	5	12,20
7	10	8	80,00	8	80,00	9	90,00	9	90,00	3	30,00
8	8	6	75,00	8	100,00	8	100,00	6	75,00	-	-
9	1	-	-	1	100,00	1	100,00	-	-	-	-
Total	520	312	60,00	480	92,31	500	96,15	411	79,04	57	10,96

### **5.2.2.2. Percentual de municípios que realizam ações educativas segundo população alvo**

Os percentuais de municípios que realizaram ações educativas direcionadas a grupos etários específicos e a portadores de doenças crônicas encontram-se descritos nas tabelas 51 e 52.

Pode-se verificar que os percentuais são bastante variáveis com relação às DIR e portes de municípios, sendo que os menores percentuais pertenceram a pacientes crônicos e idosos.

Em âmbito estadual, 63,65% dos municípios realizaram ações educativas para grupos de 0 a 5 anos; 67,31% para maior de 5 anos de idade; 54,81% para adolescentes; 65,90% para gestantes; 46,54% para idosos; 25,77% para pacientes crônicos e 28,27% para adultos em geral, sendo similares os percentuais entre GSP e interior.

Na região da GSP, apenas a DIR I informou realizar ações para todas as faixas etárias e grupos considerados.

Na região da DIR IV, em 100% dos municípios foram relatadas ações educativas para crianças maiores de 5 anos, gestantes e idosos.

Na região do interior, em nenhuma regional houve registro de ações educativas para todas as faixas etárias e grupos considerados.

O maior percentual de ações educativas para as crianças de 0 a 5 anos de idade foi encontrado na DIR VI (78,79%) e o menor percentual na DIR XIX (7,14%). Para gestantes, o maior percentual foi encontrado na DIR XXIII (74,29%) e o pior percentual na DIR XVII (45,45%). Para os idosos, os percentuais situaram-se entre 7,27% (DIR XVII) e 64,71% (DIR XXIV). Para grupos de pessoas portadoras de doenças crônicas, os percentuais variaram entre 9,09% (DIR XVII) e 41,18% (DIR XXIV). Para os adultos, encontraram-se percentuais entre 16,67% (DIR XII) e 36,36% (DIR XVII).

Na análise segundo porte, com exceção do porte 1, que informou realizar ações educativas para todos os grupos propostos, nos demais portes os percentuais variaram de 20,00% (porte 2 – ações para portadores de doenças crônicas) a 80,45% (porte 1 – ações educativas para crianças maiores de 5 anos).

Tabela 51 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo população alvo em que são realizadas ações educativas em unidades básicas de saúde, por Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	n.º munic.	População alvo (grupos etários e portadores de doenças crônicas)													
		0 a 5 anos	%	> 5 anos	%	adolescente	%	gestante	%	idoso	%	d. crônicas	%	adultos	%
I	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00
II	7	6	85,71	3	42,86	3	42,86	4	57,14	2	28,57	2	28,57	2	28,57
III	9	7	77,78	8	88,89	7	77,78	8	88,89	4	44,44	2	22,22	3	33,33
IV	3	2	66,67	3	100,00	2	66,67	3	100,00	3	100,00	2	66,67	1	33,33
V	14	7	50,00	7	50,00	8	57,14	9	64,29	6	42,86	4	28,57	3	21,43
GSP	34	23	67,65	22	64,71	21	61,76	25	73,53	16	47,06	11	32,35	10	29,41
VI	33	26	78,79	25	75,76	21	63,64	23	69,70	20	60,61	11	33,33	13	39,39
VII	21	13	61,90	15	71,43	10	47,62	14	66,67	8	38,10	4	19,05	5	23,81
VIII	18	10	55,56	8	44,44	9	50,00	12	66,67	11	61,11	6	33,33	5	27,78
IX	17	9	52,94	10	58,82	9	52,94	8	47,06	6	35,29	2	11,76	5	29,41
X	30	21	70,00	21	70,00	18	60,00	19	63,33	18	60,00	4	13,33	8	26,67
XI	20	14	70,00	16	80,00	11	55,00	10	50,00	6	30,00	2	10,00	3	15,00
XII	42	28	66,67	22	52,38	17	40,48	25	59,52	11	26,19	10	23,81	7	16,67
XIII	17	9	52,94	8	47,06	6	35,29	11	64,71	7	41,18	2	11,76	3	17,65
XIV	29	22	75,86	24	82,76	19	65,52	20	68,97	14	48,28	9	31,03	8	27,59
XV	24	11	45,83	13	54,17	10	41,67	15	62,50	12	50,00	6	25,00	5	20,83
XVI	33	25	75,76	28	84,85	22	66,67	21	63,64	14	42,42	10	30,30	10	30,30
XVII	11	5	45,45	5	45,45	2	18,18	5	45,45	3	7,27	1	9,09	4	36,36
XVIII	22	12	54,55	16	72,73	15	68,18	13	59,09	13	9,09	8	36,36	10	45,45
XIX	7	4	7,14	3	42,86	2	28,57	4	57,14	4	57,14	2	28,57	2	28,57
XX	20	15	75,00	14	70,00	13	65,00	13	65,00	3	15,00	4	20,00	4	20,00
XXI	11	4	36,36	6	54,55	4	36,36	7	63,64	6	54,55	4	36,36	2	18,18
XXII	79	55	69,62	64	81,01	52	65,82	55	69,62	48	60,76	25	31,65	29	36,71
XXIII	35	16	45,71	20	57,14	17	48,57	26	74,29	11	31,43	6	17,14	8	22,86
XXIV	17	9	52,94	10	58,82	7	41,18	12	70,59	11	64,71	7	41,18	6	35,29
Interior	486	308	63,37	328	67,49	264	54,32	313	64,40	226	46,50	123	25,31	137	28,19
Estado	520	331	63,65	350	67,31	285	54,81	338	65,00	242	46,54	134	25,77	147	28,27

Tabela 52 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo população alvo em que são realizadas ações educativas em unidades básicas de saúde, por porte de município, em 2003.

Porte mun.	n.º munic.	População alvo (grupos etários e portadores de doenças crônicas)													
		0 a 5 anos	%	> 5 anos	%	adolescente	%	gestante	%	idoso	%	d. crônicas	%	adultos	%
1	133	87	65,41	107	80,45	90	67,67	82	61,65	70	52,63	38	28,57	45	33,83
2	90	54	60,00	62	68,89	48	53,33	50	55,56	40	44,44	18	20,00	29	32,22
3	87	55	63,22	53	60,92	46	52,87	51	58,62	37	42,53	13	14,94	20	22,99
4	103	63	61,17	67	65,05	45	43,69	72	69,90	42	40,78	22	21,36	18	17,48
5	47	29	61,70	23	48,94	23	48,94	36	76,60	20	42,55	15	31,91	14	29,79
6	41	28	68,29	26	63,41	22	53,66	32	78,05	22	53,66	17	41,46	12	29,27
7	10	8	80,00	7	70,00	7	70,00	8	80,00	6	60,00	6	60,00	5	50,00
8	8	6	75,00	4	50,00	3	37,50	6	75,00	4	50,00	4	50,00	3	37,50
9	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00
Total	520	331	63,65	350	67,31	285	54,81	338	65,0	242	46,54	134	25,77	147	28,27

### **5.2.2.3. Percentual de municípios que realizam ações assistenciais programadas segundo população alvo**

Os percentuais de municípios que realizaram ações assistenciais programadas em UBS direcionadas a grupos etários específicos e a portadores de doenças crônicas encontram-se descritos nas tabelas 53 e 54 e nas tabelas 55 e 56, com relação à USF.

Pode-se verificar que os percentuais variaram bastante com relação às DIR e portes de municípios, sendo que os menores percentuais ficaram com grupos de pacientes crônicos e idosos.

Em âmbito estadual, 75,77% dos municípios realizaram ações assistenciais programadas para grupos de 0 a 5 anos; 82,50% para maiores de 5 anos de idade; 80,96% para adolescentes; 73,65% para gestantes; 65,19% para idosos; 50,19% para pacientes crônicos e 70,77% para adultos em geral.

Na região da GSP, os percentuais são maiores que os encontrados na região do interior, com exceção das ações dirigidas ao grupo de idosos e adultos, em que a média do interior foi de 65,64% e 72,02%, respectivamente e a da GSP foi de 58,82% (idosos) e 52,94% (adultos).

Apenas a DIR I, na GSP, informou realizar ações em todas as faixas etárias e grupos considerados. Na região da DIR II, 100% dos municípios relataram ações programadas para as crianças de 0 a 5 e maiores que 5 anos de idade.

Na região da DIR IV, em 100% dos municípios foram relatadas ações para as faixas etárias de crianças maiores de 5 anos, adolescentes e gestantes; entretanto, em nenhum dos municípios houve registro de ações direcionadas aos adultos.

Nas demais DIR, os percentuais situaram-se entre 33,33% (doentes crônicos – DIR III) e 92,85% (adolescentes – DIR V).

Na região do interior, em nenhuma das DIR ações assistenciais programadas conforme os grupos considerados foram realizadas por 100% dos municípios. O menor percentual (27,28%) foi registrado na DIR VIII, referente à ações para portadores de doenças crônicas e o maior percentual (95,24%) foi encontrado na DIR XII, referente à ações para crianças maiores de 5 anos de idade.

Tabela 53 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo população alvo em que são realizadas ações assistenciais programadas em unidades básicas de saúde e Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	Mu- ni- cí- pios	0 a 5 anos	%	> 5 a- nos	%	adoles- cente	%	ges- tan- te	%	Idoso	%	d. cro- cas	%	adul- tos	%
I	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00
II	7	7	100,00	7	100,00	6	85,71	4	57,14	3	42,86	3	42,86	4	57,14
III	9	9	100,00	9	100,00	9	100,00	7	77,78	4	44,44	3	33,33	5	55,56
IV	3	2	66,67	3	100,00	3	100,00	3	100,00	1	33,33	2	66,67	-	-
V	14	12	85,71	12	85,71	13	92,86	12	85,71	11	78,57	11	78,57	8	57,14
GSP	34	31	91,18	32	94,12	32	94,12	27	79,41	20	58,82	20	58,82	18	52,94
VI	33	21	63,64	23	69,70	24	72,73	25	75,76	21	63,64	15	45,45	23	69,70
VII	21	16	76,19	19	90,48	20	95,24	17	80,95	13	61,90	9	42,86	15	71,43
VIII	18	12	66,67	12	66,67	12	66,67	12	66,67	11	61,11	5	27,78	12	66,67
IX	17	12	70,59	11	64,71	11	64,71	10	58,82	12	70,59	10	58,82	11	64,71
X	30	25	83,33	28	93,33	27	90,00	21	70,00	19	63,33	13	43,33	26	86,67
XI	20	15	75,00	19	95,00	17	85,00	13	65,00	13	65,00	10	50,00	17	85,00
XII	42	36	85,71	40	95,24	36	85,71	37	88,10	29	69,05	19	45,24	26	61,90
XIII	17	12	70,59	13	76,47	15	88,24	12	70,59	9	52,94	5	29,41	13	76,47
XIV	29	16	55,17	15	51,72	19	65,52	15	51,72	10	34,48	9	31,03	16	55,17
XV	24	17	70,83	21	87,50	21	87,50	19	79,17	19	79,17	12	50,00	19	79,17
XVI	33	24	72,73	27	81,82	24	72,73	23	69,70	22	66,67	16	48,48	24	72,73
XVII	11	7	63,64	8	72,73	7	63,64	4	36,36	2	18,18	4	36,36	4	36,36
XVIII	22	17	77,27	20	90,91	19	86,36	19	86,36	18	81,82	16	72,73	19	86,36
XIX	7	6	85,71	6	85,71	6	85,71	6	85,71	6	85,71	5	71,43	6	85,71
XX	20	18	90,00	19	95,00	18	90,00	16	80,00	15	75,00	13	65,00	16	80,00
XXI	11	8	72,73	8	72,73	8	72,73	10	90,91	10	90,91	9	81,82	9	81,82
XXII	79	58	73,42	65	82,28	67	84,81	60	75,95	59	74,68	47	59,49	60	75,95
XXIII	35	23	65,71	28	80,00	24	68,57	23	65,71	18	51,43	13	37,14	19	54,29
XXIV	17	12	70,59	15	88,24	14	82,35	14	82,35	13	76,47	11	64,71	15	88,24
Interior	486	363	74,69	397	81,69	389	80,04	356	73,25	319	65,64	241	49,59	350	72,02
Estado	520	394	75,77	429	82,50	421	80,96	383	73,65	339	65,19	261	50,19	368	70,77

Tabela 54 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo população alvo em que são realizadas ações assistenciais programadas em unidades básicas de saúde e porte de município, em 2003.

Porte	n.º Munic	0 a 5 a	%	> 5	%	adoles- cente	%	Ges- tante	%	Idoso	%	d.cro- nicas	%	adul- tos	%
1	133	83	62,41	99	74,44	102	76,69	84	63,16	81	60,90	58	43,61	97	72,93
2	90	63	70,00	73	81,11	73	81,11	62	68,89	59	65,56	46	51,11	66	73,33
3	87	66	75,86	73	83,91	72	82,76	62	71,26	57	65,52	38	43,68	60	68,97
4	103	79	76,70	90	87,38	82	79,61	86	83,50	68	66,02	48	46,60	75	72,82
5	47	40	85,11	41	87,23	40	85,11	42	89,36	34	72,34	34	72,34	32	68,09
6	41	34	82,93	36	87,80	37	90,24	33	80,49	28	68,29	25	60,98	25	60,98
7	10	9	90,00	9	90,00	8	80,00	6	60,00	5	50,00	5	50,00	5	50,00
8	8	7	87,50	7	87,50	6	75,00	7	87,50	6	75,00	6	75,00	7	87,50
9	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00
total	520	394	75,77	429	82,50	421	80,96	383	73,65	339	65,19	261	50,19	368	70,77

Nos municípios segundo porte (tabela 54), com exceção do porte 1, que informou realizar ações assistenciais programadas para todos os grupos considerados, nos demais portes os percentuais variaram de 43,61% (porte 1 – ações para portadores de doenças crônicas) a 90,24% (porte 6 – ações para adolescentes).

Os percentuais de municípios que realizam ações assistenciais programadas em Programas de Saúde da Família, conforme a população alvo proposta, encontram-se descritos nas tabelas 55 e 56.

Em âmbito estadual, 31,73% dos municípios realizaram ações assistenciais programadas para grupos de 0 a 5 anos; 34,04% para maiores de 5 anos de idade; 34,23% para adolescentes; 34,04%, para gestantes; 33,27% para idosos; 30,38% para pacientes portadores de doenças crônicas e 34,23% para adultos.

Na região da GSP, os percentuais são maiores que os encontrados na região do interior, para todos os grupos etários. Apenas a região da DIR I, informou realizar ações para todas as faixas etárias e grupos considerados.

Nas demais DIR, os percentuais variaram desde 33,33% (DIR III e IV, para ações direcionadas a diversos grupos etários) e 71,43% (DIR II) para os grupos que englobam crianças, adolescentes e gestantes.

Na região do interior, em municípios da DIR XIX e em 6 municípios da DIR XX foram realizadas ações assistenciais programadas para todas faixas etárias propostas.

A análise segundo porte (tabela 56), mostra que apenas os municípios de portes 8 e 9 realizaram ações programadas para todos os grupos etários propostos.

Vale ressaltar, entretanto, que esses percentuais foram calculados em relação ao total de municípios que participaram do estudo e não em relação àqueles que tinham equipes habilitadas em PSF.

Tabela 55 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo população alvo em que são realizadas ações assistenciais programadas em Unidades de Saúde da Família e Direção Regional de Saúde, em 2003.

População alvo (grupos etários e portadores de doenças crônicas)															
DIR	n° munic.	0 a 5 anos	%	< 5 anos	%	adolescente	%	gestante	%	idoso	%	d. crônicas	%	adultos	%
I	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00
II	7	5	71,43	5	71,43	5	71,43	4	57,14	3	42,86	3	42,86	4	57,14
III	9	3	33,33	3	33,33	3	33,33	4	44,44	4	44,44	3	33,33	3	33,33
IV	3	2	66,67	2	66,67	1	33,33	2	66,67	1	33,33	1	33,33	1	33,33
V	14	7	50,00	7	50,00	7	50,00	6	42,86	6	42,86	6	42,86	5	5,71
GSP	34	18	52,94	18	52,94	17	50,00	17	50,00	15	44,12	14	41,18	14	1,18
VI	33	16	48,48	19	57,58	20	60,61	23	69,70	20	60,61	15	45,45	20	60,61
VII	21	3	14,29	4	19,05	4	19,05	3	14,29	3	14,29	11	52,38	4	19,05
VIII	18	9	50,00	9	50,00	8	44,44	9	50,00	8	44,44	7	38,89	7	38,89
IX	17	6	35,29	6	35,29	6	35,29	7	41,18	7	41,18	7	41,18	8	47,06
X	30	5	16,67	6	20,00	6	20,00	5	16,67	6	20,00	6	20,00	6	20,00
XI	20	3	15,00	4	20,00	4	20,00	3	15,00	3	15,00	3	15,00	4	20,00
XII	42	9	21,43	9	21,43	10	23,81	10	23,81	10	23,81	10	23,81	11	26,19
XIII	17	4	23,53	4	23,53	5	29,41	4	23,53	4	23,53	3	17,65	5	29,41
XIV	29	18	62,07	18	62,07	20	68,97	19	65,52	19	65,52	16	55,17	20	68,97
XV	24	6	25,00	6	25,00	4	16,67	5	20,83	5	20,83	5	20,83	5	20,83
XVI	33	12	36,36	14	42,42	15	45,45	13	39,39	12	36,36	9	27,27	13	39,39
XVII	11	-	-	1	9,09	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-
XVIII	22	8	36,36	8	36,36	8	36,36	9	40,91	9	40,91	9	40,91	9	40,91
XIX	7	2	28,57	2	28,57	2	28,57	2	28,57	2	28,57	2	28,57	2	28,57
XX	20	6	30,00	6	30,00	6	30,00	6	30,00	6	30,00	6	30,00	6	30,00
XXI	11	6	54,55	6	54,55	6	54,55	6	54,55	6	54,55	5	45,45	6	54,55
XXII	79	19	24,05	19	24,05	20	25,32	20	25,32	20	25,32	16	20,25	20	25,32
XXIII	35	8	22,86	10	28,57	9	25,71	9	25,71	10	28,57	7	20,00	10	28,57
XXIV	17	7	41,18	8	47,06	8	47,06	7	41,18	8	47,06	7	41,18	8	47,06
Interior	486	147	30,25	159	32,72	161	33,13	160	32,92	158	32,51	144	29,63	164	33,74
Estado	520	165	31,73	177	34,04	178	34,23	177	34,04	173	33,27	158	30,38	178	34,23

Tabela 56 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo em 2003, segundo população alvo em que são realizadas ações assistenciais programadas em Unidades de Saúde da Família e porte de município, em 2003.

População alvo (grupos etários e portadores de doenças crônicas)															
Porte	muni-cípios	0 a 5 anos	%	> 5 anos	%	adolescente	%	gestante	%	idoso	%	d. crônicas	%	adultos	%
1	133	50	37,59	56	42,11	59	44,36	60	45,11	57	42,86	49	36,84	59	44,36
2	90	20	22,22	21	23,33	23	25,56	22	24,44	22	24,44	19	21,11	22	24,44
3	87	16	18,39	16	18,39	16	18,39	16	18,39	16	18,39	14	16,09	18	20,69
4	103	29	28,16	33	32,04	32	31,07	30	29,13	30	29,13	30	29,13	33	32,04
5	47	20	42,55	20	42,55	19	40,43	19	40,43	19	40,43	18	38,3	18	38,3
6	41	20	48,78	21	51,22	19	46,34	20	48,78	20	48,78	19	46,34	18	43,9
7	10	4	40,00	4	40,00	4	40,00	4	40,00	4	40,00	4	40,00	4	40,00
8	8	5	62,50	5	62,50	5	62,50	5	62,50	4	50,00	4	50,00	5	62,50
9	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00
Total	520	165	31,73	177	34,04	178	34,23	177	34,04	173	33,27	158	30,38	178	34,23

#### **5.2.2.4. Informações adicionais**

##### **5.2.2.4.1. Percentual de utilização de materiais restauradores**

A utilização dos seguintes materiais utilizados em restaurações odontológicas: resina composta fotopolimerizável, amálgama de prata e ionômero restaurador pelos municípios que participaram desta pesquisa encontra-se detalhada nas tabelas 57 e 58.

O amálgama de prata foi utilizado por 100% dos municípios, com exceção de 2 municípios da DIR VIII, 1 município da DIR XI e 1 município da DIR XVII, o que resultou, em âmbito estadual, num percentual de utilização desse material da ordem de 99,23%.

Nos municípios de portes 1, 2 e 9 o percentual de utilização situou-se entre 90% (porte 7) e 97,78% (porte 2). Nos demais portes a utilização foi em 100% dos municípios.

A resina fotopolimerizável foi utilizada por 85,96% dos municípios. O percentual foi de 100% nas DIR I, IV, IX, XIII, XX e XXI. Apresentaram os menores percentuais de utilização as DIR XI (60%), DIR X (70%), DIR XVI (78,79%) e DIR XIV (72,41%). Nas demais regiões, o percentual variou de 81,01% (DIR XXII) a 96,67% (DIR VI).

Apenas o porte 9 registrou 100% de utilização.

O ionômero de vidro não foi utilizado como material restaurador por 15,57% dos municípios.

Tabela 57 - Número de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo e distribuição percentual segundo a utilização de materiais restauradores e Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	nº. munc.	Resina fotopolimerizável		Amálgama de prata		Ionômero p/ restauração	
		nº.	%	nº.	%	nº.	%
I	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00
II	7	6	85,71	7	100,00	6	85,71
III	9	7	77,78	9	100,00	8	88,89
IV	3	3	100,00	3	100,00	3	100,00
V	14	13	92,86	14	100,00	13	92,86
GSP	34	30	88,24	34	100,00	31	91,18
VI	33	32	96,97	33	100,00	21	63,64
VII	21	18	85,71	21	100,00	18	85,71
VIII	18	15	83,33	16	88,89	13	72,22
IX	17	17	100,00	17	100,00	13	76,47
X	30	21	70,00	30	100,00	24	80,00
XI	20	12	60,00	19	95,00	15	75,00
XII	42	40	95,24	42	100,00	40	95,24
XIII	17	17	100,00	17	100,00	16	94,12
XIV	29	21	72,41	29	100,00	25	86,21
XV	24	21	87,50	24	100,00	20	83,33
XVI	33	26	78,79	33	100,00	28	84,85
XVII	11	9	81,82	10	90,91	10	90,91
XVIII	22	21	95,45	22	100,00	20	90,91
XIX	7	6	85,71	7	100,00	5	71,43
XX	20	20	100,00	20	100,00	16	80,00
XXI	11	11	100,00	11	100,00	10	90,91
XXII	79	64	81,01	79	100,00	56	70,89
XXIII	35	31	88,57	35	100,00	30	85,71
XXIV	17	15	88,24	17	100,00	16	94,12
Interior	486	417	85,80	482	99,18	396	81,48
Estado	520	447	85,96	516	99,23	427	82,12

Tabela 58 - Número de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo e distribuição percentual segundo a utilização de materiais restauradores e porte de município, em 2003.

Porte	nº. munc.	Resina fotopolimerizável		Amálgama de prata		Ionômero p/ restauração	
		nº.	%	nº.	%	nº.	%
1	133	112	84,21	131	98,50	107	80,45
2	90	73	81,11	88	97,78	62	68,89
3	87	68	78,16	87	100,00	73	83,91
4	103	93	90,29	103	100,00	88	85,44
5	47	45	95,74	47	100,00	42	89,36
6	41	40	97,56	41	100,00	39	95,12
7	10	9	90,00	9	90,00	9	90,00
8	8	6	75,00	8	100,00	6	75,00
9	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00
Total	520	447	85,96	516	99,23	427	82,12

#### **5.2.2.4.2. Percentual de municípios que utilizam critérios de risco às doenças bucais no planejamento dos procedimentos coletivos em saúde bucal e ações assistenciais programadas**

As tabelas 59 e 60 mostram a utilização, pelos municípios que responderam ao questionário enviado, de critérios de risco com relação às doenças bucais para o planejamento dos procedimentos coletivos e ações assistenciais programadas.

Desses municípios, 51,35% relataram utilizar critérios de risco às doenças bucais no planejamento, quer dos procedimentos coletivos, quer das ações assistenciais; 13,65% relataram utilizá-los apenas em procedimentos coletivos e 12,50% apenas em ações assistenciais.

Na região da GSP 55,88% dos municípios informaram utilizar esses critérios quer no planejamento de procedimentos coletivos quer no planejamento de ações assistenciais programadas, enquanto 17,65% os utilizam apenas em procedimentos coletivos ou em ações assistenciais. Os percentuais de utilização desses critérios em ambos (procedimentos coletivos e assistenciais) variaram de 33,33% (DIR IV) até 100% (DIR I).

Na região do interior, 51,03 % dos municípios utilizam esses critérios tanto no planejamento dos procedimentos coletivos como nos assistenciais; 13,37% apenas para os procedimentos coletivos e 12,14% apenas para os procedimentos assistenciais.

Os maiores percentuais de utilização em ambos (PC e ações assistenciais) foram encontrados nas DIR XXII (68,35%), DIR XXI (63,24%) e DIR VIII (61,11%) e o menor percentual foi registrado na DIR IX (29,41%).

Nos municípios segundo porte, os maiores percentuais de utilização para ambos procedimentos foram exibidos pelo porte 9 (100%), porte 8 (75%) e porte 7 (70%). Nos demais, os percentuais variaram de 34,15% (porte 6) a 59,22% (porte 4).

Tabela 59 - Número de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo e distribuição percentual segundo a utilização de critérios de risco para as doenças bucais no planejamento dos procedimentos coletivos e ações assistenciais e Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	no. munc.	Usa apenas em PC		Usa apenas em atend.		Usa em ambos		não informou	Total %
		no.	%	no.	%	no.	%		
I	1	-	-	-	-	1	100,00	-	100,00
II	7	1	14,29	1	14,29	5	71,43	-	100,00
III	9	1	11,11	1	11,11	6	66,67	1	100,00
IV	3	1	33,33	1	33,33	1	33,33	-	100,00
V	14	3	21,43	3	21,43	6	42,86	2	100,00
GSP	34	6	17,65	6	17,65	19	55,88	3	100,00
VI	33	3	9,09	5	15,15	17	51,52	6	100,00
VII	21	2	9,52	9	42,86	8	38,10	7	100,00
VIII	18	2	11,11	2	11,11	11	61,11	3	100,00
IX	17	2	11,76	2	11,76	5	29,41	8	100,00
X	30	8	26,67	3	10,00	17	56,67	2	100,00
XI	20	5	25,00	2	10,00	6	30,00	7	100,00
XII	42	5	11,90	3	7,14	23	54,76	11	100,00
XIII	17	1	5,88	3	17,65	8	47,06	5	100,00
XIV	29	4	13,79	2	6,90	13	44,83	10	100,00
XV	24	2	8,33	1	4,17	12	50,00	9	100,00
XVI	33	7	21,21	7	21,21	15	45,45	4	100,00
XVII	11	2	18,18	1	9,09	4	36,36	4	100,00
XVIII	22	-	-	2	9,09	13	59,09	7	100,00
XIX	7	2	28,57	1	14,29	3	42,86	1	100,00
XX	20	3	15,00	1	5,00	8	40,00	8	100,00
XXI	11	2	18,18	1	9,09	7	63,64	1	100,00
XXII	79	6	7,59	6	7,59	54	68,35	13	100,00
XXIII	35	7	20,00	6	17,14	14	40,00	8	100,00
XXIV	17	2	11,76	2	11,76	10	58,82	3	100,00
Interior	486	65	13,37	59	12,14	248	51,03	114	100,00
Estado	520	71	13,65	65	12,50	267	51,35	117	100,00

Tabela 60 - Número de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo e distribuição percentual segundo a utilização de critérios de risco para as doenças bucais no planejamento dos procedimentos coletivos e ações assistenciais e porte de municípios, em 2003.

DIR	no. munc.	Usa apenas em PC		Usa apenas em atend.indiv.		Usa em ambos		não informou	Total
		no.	%	no.	%	no.	%		
1	133	22	16,54	14	10,53	73	54,89	24	100,00
2	90	12	13,33	13	14,44	42	46,67	23	100,00
3	87	11	2,64	9	10,34	42	48,28	25	100,00
4	103	8	7,77	14	13,59	61	59,22	20	100,00
5	47	5	10,64	8	17,02	21	44,68	13	100,00
6	41	11	26,83	6	14,63	14	34,15	10	100,00
7	10	1	10,00	-	-	7	70,00	-	100,00
8	8	1	12,50	1	12,5	6	75,00	-	100,00
9	1	-	-	-	-	1	100,00	-	100,00
Total	520	71	13,65	65	12,5	267	51,35	117	100,00

### **5.2.2.5. Percentual de municípios que realizam atendimento às urgências odontológicas, segundo local de realização**

As tabelas 61 e 62 apresentam as unidades de saúde em que eram realizadas as urgências odontológicas nos municípios que participaram da pesquisa.

Em âmbito estadual, 90% dos municípios atendiam urgências odontológicas em unidades básicas de saúde enquanto 50,38% ofereciam atendimento de urgência em unidades básicas de saúde (UBS) e em unidades de pronto socorro (PS), pronto atendimento (PA) ou em hospitais. A oferta de atendimento de urgência apenas em PS, PA ou em hospitais foi informada por 6,73% dos municípios. Entretanto, disponibilizavam atendimento de urgência 24 horas 6,92% dos municípios.

Na região da GSP, 17,65% dos municípios ofereciam atendimento de urgência 24 horas, todos localizados nas DIR I, II e III.

No interior, na região das DIR VI, XIII, XVI, XVII, XXI e XXIII nenhum município relatou oferecer serviços de urgência 24 horas e nas demais DIR os percentuais dessa oferta variaram de 3,45% (DIR XIV) a 71,43% (DIR XIX).

Quanto aos portes, a oferta de atendimento de urgência em UBS variou de 74,47% (porte 5) a 96,99 (porte 1) com exceção dos municípios de porte 9 (100%). Os que realizavam concomitantemente em UBS e PS/PA e hospitais representam percentuais que variaram de 2,22% (porte 2) a 90% (porte 7) exceto DIR I (100%). Na DIR I, que corresponde ao porte 9, as urgências são realizadas em UBS, PA/PS e hospitais.

Atendimento resolutivo durante 24 horas foi informado em todos os portes, com percentuais que variaram de 1,15% (porte 3) a 100% (porte 9).

Tabela 61 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo local de atendimento às urgências odontológicas e Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	n° munic.	Todas UBS	%	UBS e PS	%	Só PA, PS/ Hosp.	%	At. 24 h	%
I	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00
II	7	5	71,43	5	71,43	1	14,29	3	42,86
III	9	9	100,00	4	44,44	-	-	2	22,22
IV	3	3	100,00	1	33,33	-	-	-	-
V	14	12	85,71	3	21,43	1	7,14	-	-
<b>GSP</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>88,24</b>	<b>14</b>	<b>41,18</b>	<b>3</b>	<b>8,82</b>	<b>6</b>	<b>17,65</b>
VI	33	31	93,94	16	48,48	1	3,03	-	-
VII	21	20	95,24	9	42,86	-	-	1	4,76
VIII	18	14	77,78	12	66,67	2	11,11	1	5,56
IX	17	13	76,47	10	58,82	2	11,76	1	5,88
X	30	28	93,33	14	46,67	2	6,67	3	10,00
XI	20	18	90,00	8	40,00	2	10,00	1	5,00
XII	42	33	78,57	13	30,95	7	16,67	5	11,90
XIII	17	15	88,24	8	47,06	-	-	-	-
XIV	29	29	100,00	16	55,17	1	3,45	1	3,45
XV	24	21	87,50	8	33,33	2	8,33	2	8,33
XVI	33	31	93,94	17	51,52	1	3,03	-	-
XVII	11	9	81,82	3	27,27	-	-	-	-
XVIII	22	17	77,27	12	54,55	2	9,09	3	13,64
XIX	7	6	85,71	5	71,43	-	-	5	71,43
XX	20	18	90,00	12	60,00	2	10,00	2	10,00
XXI	11	11	100,00	9	81,82	-	-	-	-
XXII	79	77	97,47	44	55,70	2	2,53	4	5,06
XXIII	35	32	91,43	23	65,71	2	5,71	-	-
XXIV	17	14	82,35	9	52,94	4	23,53	1	5,88
Interior	486	438	90,12	248	51,03	32	6,58	30	6,17
<b>Estado</b>	<b>520</b>	<b>468</b>	<b>90,00</b>	<b>262</b>	<b>50,38</b>	<b>35</b>	<b>6,73</b>	<b>36</b>	<b>6,92</b>

Tabela 62. Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo, segundo local de atendimento às urgências odontológicas e porte de município, em 2003.

Porte	n° munic.	Todas UBS	%	UBS e PS	%	Só PA, PS/ Hosp.	%	At. 24 h	%
1	133	129	96,99	63	47,37	5	3,76	4	3,01
2	90	83	92,22	47	2,22	3	3,33	4	4,44
3	87	75	86,21	37	2,53	8	9,20	1	1,15
4	103	91	88,35	51	49,51	5	4,85	6	5,83
5	47	35	74,47	24	51,06	11	23,40	6	12,77
6	41	38	92,68	25	60,98	1	2,44	6	14,63
7	10	9	90,00	9	90,00	-	-	4	40,00
8	8	7	87,50	5	62,50	1	12,50	4	50,00
9	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00
<b>Total</b>	<b>520</b>	<b>468</b>	<b>90,00</b>	<b>262</b>	<b>50,38</b>	<b>35</b>	<b>6,73</b>	<b>36</b>	<b>6,92</b>

#### **5.2.2.6. Percentual de municípios que ofertam atendimento odontológico especializado**

As tabelas 63 e 64 mostram o percentual de municípios que efetuam atendimento nas especialidades de endodontia, periodontia, ortodontia e cirurgia oral menor. Em âmbito estadual 32,50% dos municípios ofereciam tratamento endodôntico; destes, 44,12% localizados na região da GSP e 31,69% na região do interior.

Os percentuais de oferta situaram-se entre 9,09% (DIR XVII), que apresentou o menor percentual e DIR I (100%), o maior.

Os portes 1 e 2 foram os que apresentaram percentuais menores (12,78% e 13,33%) respectivamente. Dos municípios de porte 8, apenas um não oferecia essa especialidade.

O atendimento especializado em periodontia foi ofertado por 19,42% dos municípios, dos quais 20,59% localizados na região da GSP e 19,34% no interior, com uma distribuição bastante variada entre as DIR e portes. Em 4 regiões essa especialidade não registrou oferta: DIR I, IV, VIII e XIX.

Quanto aos portes, os percentuais situaram-se entre 11,11% (porte 2) e 62,50% (porte 8), com exceção do porte 9, que informou não oferecer essa especialidade.

A ortodontia é uma especialidade pouco ofertada, encontrada apenas em 6,15% dos municípios pesquisados, 2,94% localizados na região da GSP e 6,38% no interior. Na DIR I encontrou-se o maior percentual (100%) e o segundo correspondeu a DIR VII (23,81%).

Quanto aos portes, o percentual variou de 2,30%, nos municípios de porte 3 a 100%, no porte 9.

Tabela 63 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo serviços especializados e Direção Regional de Saúde, em 2003.

DIR	no. munic.	Endodontia		Peridontia-		Ortodontia		Cirurgia	
		no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
I	1	1	100,00	-	-	1	100,00	1	100,00
II	7	4	57,14	2	28,57	-	-	4	57,14
III	9	2	22,22	2	22,22	-	-	2	22,22
IV	3	2	66,67	-	-	-	-	2	66,67
V	14	6	42,86	3	21,43	-	-	7	50,00
GSP	34	15	44,12	7	20,59	1	2,94	16	47,06
VI	33	9	27,27	8	24,24	3	9,09	15	45,45
VII	21	9	42,86	6	28,57	5	23,81	5	23,81
VIII	18	4	22,22	-	-	-	-	6	33,33
IX	17	7	41,18	5	29,41	1	5,88	10	58,82
X	30	7	23,33	1	3,33	1	3,33	8	26,67
XI	20	6	30,00	5	25,00	2	10,00	8	40,00
XII	42	22	52,38	12	28,57	3	7,14	24	57,14
XIII	17	6	35,29	3	17,65	1	5,88	6	35,29
XIV	29	6	20,69	2	6,90	-	-	6	20,69
XV	24	11	45,83	5	20,83	2	8,33	12	50,00
XVI	33	7	21,21	3	9,09	3	9,09	9	27,27
XVII	11	1	9,09	1	9,09	-	-	4	36,36
XVIII	22	12	54,55	6	27,27	4	18,18	13	59,09
XIX	7	4	57,14	?	-	-	-	3	42,86
XX	20	10	50,00	6	30,00	1	5,00	12	60,00
XXI	11	6	54,55	2	18,18	-	-	3	27,27
XXII	79	11	13,92	16	20,25	3	3,80	26	32,91
XXIII	35	11	31,43	9	25,71	-	-	17	48,57
XXIV	17	5	29,41	4	23,53	2	11,76	6	35,29
Interior	486	154	31,69	94	19,34	31	6,38	193	39,71
Estado	520	169	32,50	101	19,42	32	6,15	209	40,19

Tabela 64 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo serviços especializados e porte de município, em 2003.

Porte	no. munic.	Endodontia		Periodontia		Ortodontia		Cirurgia	
		no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
1	133	17	12,78	18	13,53	7	5,26	37	27,82
2	90	12	13,33	10	11,11	3	3,33	21	23,33
3	87	19	21,84	14	16,09	2	2,30	30	34,48
4	103	50	48,54	21	20,39	8	7,77	49	47,57
5	47	27	57,45	17	36,17	3	6,38	31	65,96
6	41	32	78,05	12	29,27	6	14,63	27	65,85
7	10	4	40,00	4	40,00	1	10,00	6	60,00
8	8	7	87,50	5	62,50	1	12,50	7	87,50
9	1	1	100,00	-	-	1	100,00	1	100,00
Total	520	169	32,50	101	19,42	32	6,15	209	40,19

Segundo as tabelas 65 e 66, os serviços de cirurgia oral menor foram ofertados por 40,19% dos municípios, 47,06% na região da GSP e 39,71% no interior.

Na GSP, os percentuais variaram de 22,22% na DIR III a 100% na DIR I.

No interior, os valores médios em cada regional de saúde situaram-se entre 23,81% (DIR VII) a 60% (DIR XX).

Os municípios pertencentes ao porte 2 apresentaram um menor percentual de oferta dessa especialidade (23,33%) e os de porte 5 a 9 exibem percentuais iguais ou superiores a 60% (tabela 62).

As tabelas 65 e 66 mostram os municípios que ofereciam serviços especializados para prótese total, semiologia, atendimento a pacientes especiais e cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, além de serviço de radiografias odontológicas (intraoral).

A prótese total foi ofertada por 30% dos municípios participantes da pesquisa, dos quais 20,59% na região da GSP e 30,66% na região do interior.

Na GSP, os percentuais variaram de 11,11% (DIR III) a 100% na DIR I.

No interior, os valores médios em cada regional de saúde situaram-se entre 9,09% (XVII) a 59,09% (DIR XVIII), com exceção da DIR XIX, que não registrou a oferta dessa especialidade.

Os municípios pertencentes ao porte 7 apresentaram um menor percentual de oferta de serviços de prótese total. (10%). Nos demais portes, os percentuais situaram-se entre 18,80% (porte 1) e 100% (porte 9).

A oferta de serviços para diagnóstico bucal (semiologia) foi encontrada em 39,42% dos municípios, dos quais 64,71% localizados na região da GSP e 37,65% no interior.

Na GSP, os percentuais variaram de 44,44% (DIR IV) a 100% (DIR I).

No interior, o menor percentual encontrado foi de 23,53% (DIR XXIV) e o maior na DIR XIX (57,14%).

Quanto aos portes, variou de 24,44% (porte 2) a 100% (porte 9).

O atendimento a pacientes especiais foi realizado por 30,58% dos municípios. Na região da Grande São Paulo, o percentual variou de 44,44% na DIR III a 100%, na DIR I.

No interior, esse atendimento foi oferecido por 71,43% dos municípios da região da DIR XIX.

Quanto aos portes, variou de 9,77% nos municípios de porte 1 a 100% (porte 9).

Os serviços de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial foram realizados por 11,54% dos municípios, dos quais 17,65% na GSP e 11,11% no interior.

Na GSP, não foram ofertados esses serviços na DIR IV; nas demais DIR, o percentual variou de 7,14% (DIR V) a 100% (DIR I).

No interior, o serviço de CTBMF não foi ofertado nos municípios das DIR XI, XVI e XVII. Nas demais, os percentuais de oferta variaram de 4,76% (DIR VII) a 45,45% na DIR XXI.

A complementação diagnóstica por meio de radiografias intrabucais foi ofertada por 65,77% dos municípios, dos quais 73,53% localizavam-se na região da GSP e 65,23% no interior.

Na GSP, o percentual de municípios que ofertava esse recurso variou de 66,67% (DIR III e IV) a 78,57% (DIR V).

Na região do interior, os percentuais variaram entre 36,36% (DIR XVI e XVII) e 81,82% (XXI).

A distribuição por porte variou de 51,11% nos municípios de porte 2 a 100% (portes 8 e 9).

A complementação diagnóstica por meio de radiografias extrabucais foi ofertada por 5,38% dos municípios (8,82% na GSP e 5,14% no Interior).

Não registraram a existência desse serviço as DIR III, IV, (GSP) e IX, XVI, XVIII, XX e XXIV.

A distribuição por porte variou de 1,50% a 3,45% (portes 1 a 4); de 10,64% a 40% (portes 5 a 8) e 100% no porte 9.

Com exceção da DIR I e dos municípios de porte 8 e 9, os demais municípios informaram encaminhar os usuários do SUS para outra localidade para atendimento especializado, quando não disponível no próprio município.

Tabela 65 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo serviços especializados e Direção Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, em 2003.

DIR	n° munic	Prótese total		Semiologia		Pacientes especiais		CTBMF		RX intrabucal		RX extrabucal	
		no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%	no.	%
I	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00
II	7	1	14,29	5	71,43	6	85,71	3	42,86	5	71,43	1	14,29
III	9	1	11,11	4	44,44	4	44,44	1	11,11	6	66,67	-	-
IV	3	1	33,33	2	66,67	2	66,67	-	-	2	66,67	-	-
V	14	3	21,43	10	71,43	9	64,29	1	7,14	11	78,57	1	7,14
GSP	34	7	20,59	22	64,71	22	64,71	6	17,65	25	73,53	3	8,82
VI	33	11	33,33	15	45,45	7	21,21	2	6,06	23	69,70	1	3,03
VII	21	8	38,10	5	23,81	4	19,05	1	4,76	14	66,67	2	9,52
VIII	18	6	33,33	6	33,33	6	33,33	3	16,67	10	55,56	2	11,11
IX	17	7	41,18	9	52,94	6	35,29	2	11,76	13	76,47	-	-
X	30	8	26,67	13	43,33	6	20,00	2	6,67	20	66,67	1	3,33
XI	20	6	30,00	5	25,00	6	30,00	-	-	9	45,00	1	5,00
XII	42	10	23,81	19	45,24	18	42,86	11	26,19	35	83,33	1	2,38
XIII	17	7	41,18	6	35,29	5	29,41	1	5,88	12	70,59	3	17,65
XIV	29	9	31,03	7	24,14	4	13,79	2	6,90	18	62,07	4	13,79
XV	24	6	25,00	9	37,50	9	37,50	6	25,00	14	58,33	1	4,17
XVI	33	6	18,18	13	39,39	6	18,18	-	-	12	36,36	-	-
XVII	11	1	9,09	3	27,27	3	27,27	-	-	4	36,36	2	18,18
XVIII	22	13	59,09	7	31,82	9	40,91	4	18,18	21	95,45	-	-
XIX	7	-	-	4	57,14	5	71,43	3	42,86	5	71,43	1	14,29
XX	20	11	55,00	11	55,00	10	50,00	3	15,00	13	65,00	-	-
XXI	11	3	27,27	4	36,36	4	36,36	5	45,45	9	81,82	4	36,36
XXII	79	25	31,65	29	36,71	9	11,39	2	2,53	49	62,03	-	0,00
XXIII	35	7	20,00	14	40,00	15	42,86	4	11,43	24	68,57	2	5,71
XXIV	17	5	29,41	4	23,53	5	29,41	3	17,65	12	70,59	-	-
Interior	486	149	30,66	183	37,65	137	28,19	54	11,11	317	65,23	25	5,14
Estado	520	156	30,00	205	39,42	159	30,58	60	11,54	342	65,77	28	5,38

Tabela 66 - Número e percentual de municípios participantes da pesquisa no âmbito do SUS do Estado de São Paulo segundo serviços especializados e porte de município, em 2003.

Porte	n° munic.	Prótese total		Semiologia		Pacientes especiais		CTBMF		RX intrabucal		RX extrabucal	
		n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
1	133	25	18,80	39	29,32	13	9,77	2	1,50	70	52,63	2	1,50
2	90	21	23,33	22	24,44	11	12,22	3	3,33	46	51,11	3	3,33
3	87	28	32,18	31	35,63	25	28,74	0	-	51	58,62	3	3,45
4	103	34	33,01	41	39,81	38	36,89	10	9,71	82	79,61	2	1,94
5	47	25	53,19	27	57,45	28	59,57	16	34,04	40	85,11	5	10,64
6	41	17	41,46	30	73,17	28	68,29	16	39,02	37	90,24	7	17,07
7	10	1	10,00	7	70,00	8	80,00	6	60,00	7	70,00	4	40,00
8	8	4	50,00	7	87,50	7	87,50	6	75,00	8	100,00	1	12,50
9	1	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00
total	520	156	30,00	205	39,42	159	30,58	60	11,54	342	65,77	28	5,38

### **5.3. Indicadores de Qualidade**

#### **5.3.1. Acesso à água tratada e fluoretada**

A fluoretação das águas dos Sistemas Públicos de Abastecimento, como um método mais abrangente de prevenção e controle da cárie dentária, foi adotado no Brasil em 1953, em Baixo Guandu, Espírito Santo (CALVO 1996). No Estado de São Paulo, Marília, em 1954, foi o primeiro município a ter seu sistema público de abastecimento de água fluoretado (CALVO 1996). No Brasil, a Lei 6.050, de 24 de maio de 1974, regulamentada pelo Decreto 76.872, de 22.12.1975, determinou a inclusão da fluoretação nos sistemas públicos de abastecimento onde houvesse estação de tratamento. Normas e padrões para a fluoretação foram estabelecidos pela Portaria 635, de 25.12.1975 (MS 1975).

No Estado de São Paulo, a Lei 4.687, de 18/4/1958, da Assembléia Legislativa, já determinava que o Departamento de Águas e Esgotos adicionasse o flúor em porcentagem considerada satisfatória para a profilaxia da cárie dentária. E o decreto 10.330, de 13/9/1977 dispôs sobre a atuação dos órgãos estaduais no tocante ao cumprimento das normas federais que disciplinaram a fluoretação, mencionando assistência técnica a ser prestada pela Secretaria de Saúde, pela Companhia de Tecnologia do Saneamento Ambiental (CETSB) e assistência financeira pelo Banco do Estado de São Paulo SA, enquanto agente financeiro do Banco Nacional de Habitação e gestor do Fundo de Financiamento de Água e Esgoto do Estado de São Paulo. O código sanitário implantado pelo Decreto 12.342, de 27/9/1978, no livro II – Saneamento Básico, mencionava a fluoretação das águas. A Resolução SS-329, de 13/11/1987, constituiu o Grupo Estadual de Controle da Fluoretação (GECOF).

Em 31 de outubro de 1985 a SABESP (Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo), anunciou oficialmente a conclusão da implantação da fluoretação nas Estações de Tratamento da Região Metropolitana da Grande São Paulo (SMS-SP 1992; NARVAI 2001).

Investigação efetuada por CALVO, em 1996, revelou que “a população urbana de 431 dos 625 municípios do estado dispunha de água fluoretada naquele ano: 144 contavam com flúor na água há mais de 10 anos, 211 entre 5 e 10 anos e 76

há menos de 5 anos. Isso correspondia a 79,3% da população total do Estado e a 91,8% da “população que recebe água através da rede pública de abastecimento”.

Em 2003, 525 municípios, dos 645 existentes, eram abastecidos por água tratada e fluoretada, correspondendo, portanto, a 81,86% dos municípios e cobrindo aproximadamente 95,53% da população total (SES SP 2004). Esse percentual deverá ser ampliado com a conclusão do projeto implementado pelo Governo do Estado de São Paulo em 2004, financiando equipamentos e insumos para concluir a fluoretação dos sistemas públicos dos 117 municípios ainda sem esse benefício (SES SP 2004).

### **5.3.1.2. Vigilância dos teores de flúor nos Sistemas Públicos de Abastecimento (heterocontrole)**

O heterocontrole da fluoretação deve ser realizado por uma instituição diferente da empresa responsável pelo abastecimento de água, com o objetivo de avaliar a qualidade da fluoretação, por meio de coleta de amostras periódica e sistematicamente, para análise dos teores de flúor (CALVO 1996).

Em âmbito estadual, esse controle vem sendo realizado pelo Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (PROÁGUA), coordenado pelo Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, implantado em 31/1/1992 pela Resolução Estadual SS 45. Em 1995, a Resolução SS 250, da Secretaria de Estado da Saúde, dispôs sobre os teores de flúor nos Sistemas Públicos de Abastecimento de Água (SES-SP 1996), indicando como ótimo o valor de 0,7 ppm. A resolução SS 65, de 12/04/2005, atualizou os procedimentos e responsabilidades relativas ao Controle e Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano no Estado de São Paulo (SES-SP 2005).

A análise do parâmetro flúor foi realizada, no ano 2000, em 23,41% dos municípios e, em 2001, ampliou-se para 76,9% dos municípios; porém, neste último ano, apenas 59,28% das amostras encontravam-se dentro dos padrões estabelecidos pela Resolução SS 250, de 15/8/1995 (SES SP 2002).

Em 2003, dados ainda preliminares, disponibilizados pelo Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, indicaram que realizaram análise do parâmetro flúor 73,02% dos municípios (se considerados apenas os fluoretados, esse percentual eleva-se para 89,20%) com 67,69 das amostras dentro do

padrão. Foi analisado também o parâmetro flúor em 95,97% de 1.616 sistemas alternativos, sendo que 65.20% das amostras encontravam-se dentro do padrão de potabilidade estabelecido pela Resolução SS 250 de 1/8/1995 (SES-SP 2005).

### 5.3.2. Indicadores epidemiológicos

Os dados que serão apresentados referem-se ao Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - Estado de São Paulo, 1998 e Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002, estudos conduzidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 1998 e 2002, sendo que o estudo de 2002 integrou o Projeto do Ministério da Saúde – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, concluído em 2003 (SES-SP 2002).

#### 5.3.2.1. Cárie dentária

Em âmbito estadual, registrou-se, em 1998, um percentual de 39% de crianças livres de cárie aos 5 anos de idade. Em 2002, esse percentual foi de 47%, sendo 46% das crianças da rede pública de ensino e 72% da rede privada.

Aos 12 anos de idade, constatou-se uma diminuição do CPO-D de 3,72 (1998) para 2,52 (2002), mostrando também uma diferença quando analisadas as crianças da rede pública e privada, conforme a Tabela 67.

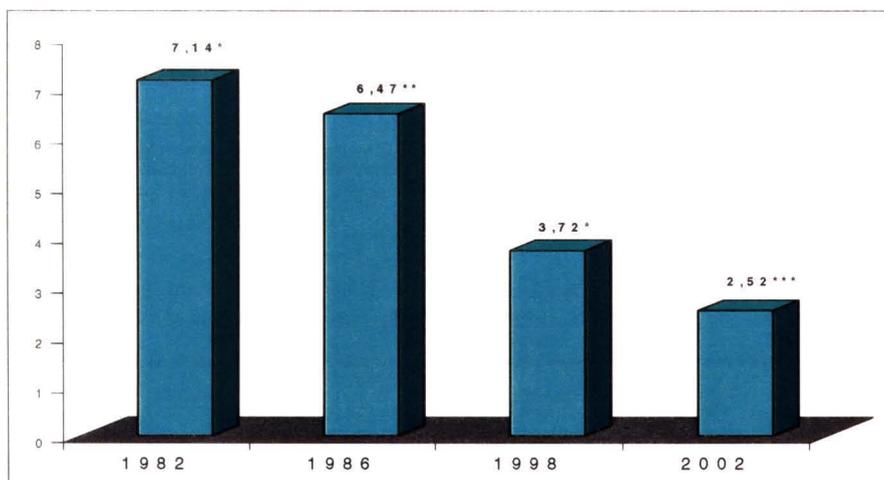
Tabela 67 - Percentual de crianças livres de cárie dentária aos 12 anos de idade, na rede pública e privada de ensino do Estado de São Paulo, nos anos de 1998 e 2002.

Rede estadual de ensino	Ano do estudo	
	1998*	2002**
Pública	19%	32%
Privada	47%	43%

Fontes: \*.Relatório do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998 (SES/FSP USP); \*\* Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002 (SES-SP)

A figura 3 mostra a evolução do CPO-D no Estado de São Paulo, de 1982 a 2002 (SES SP 2002).

Figura 3 - Prevalência de cárie dentária em escolares aos 12 anos de idade. Estado de São Paulo, 1982, 1986, 1998 e 2002.



Fontes: \*.Relatório do Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998 (SES/FSP – USP, 1999);\*\* Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal : Brasil, zona urbana, (MS,1986). \*\*\* Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002 ( SES-SP 2002)

Em 1998, houve uma variabilidade dos índices ceo-d e CPO-D nas diferentes regiões do estado, conforme mostra a Tabela 69. Em municípios com água fluoretada o CPO-D aos 12 anos de idade foi de 3,2. Em municípios de pequeno porte demográfico (até 10 mil habitantes), sem flúor na água, o CPO-D foi de 4,8 caindo para 2,5 em municípios de grande porte que têm suas águas fluoretadas. Os valores do CPO-D aos 12 anos, quanto ao porte dos municípios, foram respectivamente 4,3; 3,7; e 2,6 para pequeno, médio (10 a 50 mil habitantes) e grande porte (mais de 50 mil habitantes) (SES SP/FSP USP 1999)

A situação encontrada para outras faixas etárias pode ser visualizada na Tabela 68. Pode ser constatada uma ampliação significativa do CPO-D dos 12 aos 18 anos de idade.

Tabela 68 - Índice CPO-D em diferentes grupos etários, Estado de São Paulo, em 1998 e 2002.

Idade/faixa etária	Ano do estudo	
	1998*	2002**
18 anos	8,64	6,4?
35 a 44 anos	21,00	20,03
65 a 74 anos	28,65	28,1?

Fontes: \*.Relatório do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998 (SES/FSP USP); \*\* Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002 (SES-SP)

Tabela 69- Índice ceo-d aos 5 anos e CPO-D aos 12, 18, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade, segundo Direção Regional de Saúde do Estado de São Paulo, em 1998.

DIR	ceo-d 5	CPO 12	CPO 18	CPO 35   44	CPO 65   74
I	1,55	2,06	6,44	18,94	28,18
II	1,74	1,89	5,98	20,85	29,08
III	2,49	3,43	5,87	18,30	16,94 (*)
IV	2,07	2,39	9,57	21,72	30,47
V	2,67	2,90	7,84	20,74	29,95
VI	2,20	3,53	7,73	19,70	25,05
VII	2,95	3,40	8,30	20,80	30,34
VIII	3,55	4,49	10,07	24,38	30,97
IX	2,07	2,96	7,12	19,57	30,11
X	3,57	4,94	9,47	23,09	29,08
XI	4,19	5,70	8,83	13,67 (*)	2,43 (*)
XII	3,28	4,05	7,84	21,31	26,78
XIII	3,05	3,73	9,08	17,06	8,14 (*)
XIV	3,56	4,94	10,69	22,95	29,48
XV	2,93	3,67	8,48	20,53	28,98
XVI	2,15	2,81	7,31	19,44	8,53 (*)
XVII	2,90	3,75	8,58	22,20	29,07
XVIII	3,54	3,45	8,46	19,83	11,84 (*)
XIX	2,07	1,43	6,53	20,32	25,80
XX	3,52	4,14	10,21	22,62	30,22
XXI	2,66	2,89	8,59	21,23	30,67
XXII	2,67	4,49	10,39	20,39	30,08
XXIII	3,05	2,59	6,84	17,57	8,93 (*)
XXIV	3,45	3,94	8,96	19,99	20,30 (*)
<b>ESTADO</b>	<b>2,94</b>	<b>3,72</b>	<b>8,64</b>	<b>21,00</b>	<b>28,65</b>

(\*) Valores CPO subestimados em razão de erro de codificação. Excluídos do cálculo dos valores médios para o Estado.

Fonte: SES SP/FSP-USP. Relatório do Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998.

### 5.3.2.2. Condição periodontal

A condição periodontal encontrada em ambos os estudos realizados pode ser resumida da seguinte forma:

- Em 1998, 17% das crianças de 5 anos de idade apresentaram sangramento gengival localizado em alguma parte da arcada diferente do valor de 4,51% em 2002;
- Em 1998, 30% das crianças de 12 anos de idade, apresentaram sangramento e 17% cálculo, e em 2002 esses percentuais foram de 17,39% e 13,6% respectivamente;
- aos 18 anos de idade, sangramento e cálculo comprometiam 48% dos indivíduos, em 1998; em 2002, esse percentual foi de 33% para a faixa etária de 15 a 19 anos;
- na faixa etária de 35-44 anos, 30% não apresentavam problemas gengivais caindo para 7% entre os idosos, em 1998. Em 2002, esses percentuais foram respectivamente de 29,86% e 9,08%.

### 5.3.2.3. Oclusão Dentária

Os valores encontrados em 1998 e 2002 para alterações da oclusão em crianças de 12 anos de idade estão apresentados na Tabela 70.

Tabela 70 - Percentual de crianças de 12 anos de idade no Estado de São Paulo, segundo condição de oclusão, em 1998 e 2002.

Condição de oclusão	Ano do estudo	
	1998*	2002**
Normal ou com discreta alteração	64,00%	60,81%
Má-oclusão definida	18,00%	19,29%
Má-oclusão severa ou incapacitante	9,00%	7,19%

Fontes: \*.Relatório do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Estado de São Paulo, 1998 (SES/FSP USP); \*\*.Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002 (SES-SP)

### 5.3.2.4. Fluorose dentária

A fluorose dentária apresentou os valores discriminados na Tabela 71, nos estudos de 1998 e 2002. Em 1998, aos 12 anos a condição “normal” foi encontrada em 75% dos examinados em área com fluoretação da água e em 90% dos examinados em áreas sem água fluoretada. Em 2002, esses valores foram de 71,09 e 96,17 respectivamente.

Tabela 71 - Percentual de escolares aos 12 anos de idade segundo os graus de fluorose. Estado de São Paulo, em 1998 e 2002.

	1998*	2002**
<b>Sem fluorose</b>		
Normal	80,80	84,70
Questionável	8,00	9,80
<b>Sub-total</b>	<b>88,80</b>	<b>93,50</b>
<b>Com fluorose</b>		
Muito leve	8,50	9,31
Leve	1,70	1,86
Moderada	0,60	0,54
Severa	0,10	0,05
Sem informação/excluído	0,30	3,52
<b>Sub-total</b>	<b>11,20</b>	<b>6,50</b>
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte. SES SP/FSP-USP. Relatório do Levantamento epidemiológico em Saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998. SES -SP. Condições de Saúde Bucal n o Estado de São Paulo em 2002.

(\*) (n= 9.327)

(\*\*) (n= 5.969)

Em 1998, observou-se uma variabilidade entre as regiões de saúde do estado, conforme mostram as tabelas 72 e 73.

Tabela 72- Percentual de escolares aos 12 anos de idade, segundo DIR e graus de fluorose no Estado de São Paulo em 1998.

DIR	Sem fluorose			Com fluorose			Sem informação/ excluído	n
	0 <i>Normal</i>	1 <i>Questio nável</i>	2 <i>Muito leve</i>	3 <i>Leve</i>	4 <i>Moderada</i>	5 <i>Severa</i>		
I	44,8	13,6	27,2	8,8	5,6	-	-	125
II	9,0	8,2	80,3	1,6	0,8	-	-	122
III	69,3	21,6	9,1	-	-	-	-	88
IV	69,8	16,3	8,7	2,3	2,9	-	-	172
V	59,4	10,8	23,9	5,6	0,4	-	-	251
VI	94,3	4,3	1,2	-	0,2	-	-	577
VII	89,7	9,8	0,5	-	*	-	-	417
VIII	95,1	3,3	1,0	-	0,5	-	-	390
IX	70,6	11,1	15,1	2,3	0,6	0,2	0,2	530
X	99,6	0,2	0,2	-	-	-	-	531
XI	74,4	15,3	6,9	2,9	0,5	-	-	418
XII	91,2	4,9	3,1	0,8	-	-	-	638
XIII	90,1	7,8	1,7	0,1	0,1	0,1	-	761
XIV	98,8	0,8	0,4	-	-	-	-	500
XV	71,1	15,4	9,0	3,5	0,4	0,4	0,4	547
XVI	87,8	6,1	3,8	1,2	0,7	0,2	0,2	426
XVII	75,3	6,3	13,9	3,2	1,3	-	-	158
XVIII	90,5	5,2	3,2	0,9	0,3	--	-	347
XIX	53,9	11,0	28,8	5,5	0,9	-	-	219
XX	97,8	1,1	0,9	0,2	-	-	-	451
XXI	39,2	14,9	36,5	5,9	2,4	1,0	-	288
XXII	92,5	3,9	2,9	0,4	0,4	-	-	559
XXIII	71,5	8,9	11,1	2,9	1,1	0,4	4,0	449
XXIV	45,2	22,0	22,0	8,3	2,5	-	-	363
<b>Estado</b>	<b>80,8</b>	<b>8,0</b>	<b>8,5</b>	<b>1,8</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>9.327</b>

Fonte: SES SP FSP USP

\*normal e questionável: n = 8282: 88,8%

\*\*outras: n= 1.044: 11,2%

Tabela 73 - Percentual de escolares aos 5 anos de idade, segundo DIR e graus de fluorose no Estado de São Paulo em 1998.

DIR	Sem fluorose		Com fluorose				Sem informação/ excluído	n
	0 <i>Normal</i>	1 <i>Questionável</i>	2 <i>Muito leve</i>	3 <i>Leve</i>	4 <i>Moderada</i>	5 <i>Severa</i>		
I	91,5	6,7	1,0	-	-	1,0	-	104
II	37,6	32,9	28,2	1,2	-	-	-	85
III	95,2	3,2	-	-	-	-	1,6	125
IV	74,7	18,0	5,6	1,1	-	-	0,6	178
V	68,3	8,3	5,4	2,0	-	-	16,1	205
VI	98,3	1,2	-	0,2	-	-	0,4	517
VII	96,7	2,2	1,1	-	-	-	-	92
VIII	99,6	0,4	-	-	-	-	-	270
IX	93,3	3,9	1,6	0,8	-	-	0,4	254
X	99,8	-	0,2	-	-	-	-	526
XI	89,2	8,9	2,0	-	-	-	-	203
XII	96,7	1,8	0,2	-	0,2	-	1,0	492
XIII	95,0	2,1	0,3	0,3	-	-	2,4	337
XIV	100,0	-	-	-	-	-	-	385
XV	89,8	5,5	3,6	0,3	0,3	-	0,6	362
XVI	96,6	1,7	0,3	0,3	0,3	-	0,7	292
XVII	91,1	0,9	5,3	2,7	-	-	-	112
XVIII	95,4	2,8	0,4	-	-	-	1,4	285
XIX	80,8	4,8	12,5	1,9	-	-	-	208
XX	99,4	0,6	-	-	-	-	-	309
XXI	55,7	10,6	30,2	3,4	-	-	-	235
XXII	98,1	0,5	0,5	-	-	-	0,8	367
XXIII	93,6	2,1	2,4	0,3	0,3	-	1,8	375
XXIV	69,2	16,5	13,5	0,4	-	-	0,4	260
<b>Estado</b>	<b>91,0</b>	<b>4,0</b>	<b>3,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>1,1</b>	<b>6.578</b>

FORNTE: SES SP-FSPUSP, 1999

\*Normal e questionável: n= 6.249: 95%

\*\* Outras: n = 329: 5%

### 5.3.2.5. Necessidade de prótese dentária total

As tabelas 74 e 75 apresentam o número e percentual das pessoas que participaram da pesquisa que necessitavam de prótese total superior ou inferior. A necessidade de reabilitação protética para a arcada superior, entre as pessoas de 65 a 74 anos de idade, representou 25,89% da amostra, enquanto para a arcada inferior representou 29,32% sendo que 21,23% necessitam de reabilitação protética para ambas as arcadas dentárias.

Tabela 74 - Número e porcentagem de indivíduos segundo necessidade ou não de prótese dentária total superior e inferior, por faixa etária, no Estado de São Paulo em 2002.

Faixa etária	Prótese superior			Prótese inferior		
	examinados	necessidade	%	examinados	necessidade	%
15   19	1.863	–	–	1.863	–	–
35   44	1.718	100	5,82	1.718	93	5,41
65   74	815	211	25,89	815	239	29,32
<b>Total</b>	<b>4.396</b>	<b>311</b>	<b>7,07</b>	<b>4.396</b>	<b>332</b>	<b>7,55</b>

Fonte. SES-SP- Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2.002.

Tabela 75 - Número e porcentagem de indivíduos segundo necessidade ou não de prótese dentária total, por faixa etária, no Estado de São Paulo em 2002.

Faixa etária	Prótese total superior e inferior		
	examinados	necessidade	%
15   19	1.863	–	–
35   44	1.718	52	3,03
65   74	815	173	21,23
<b>Total</b>	<b>4.396</b>	<b>225</b>	<b>5,12</b>

Fonte. SES -SP - Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2.002.

## 6. DISCUSSÃO

Inicialmente, faz-se necessário discorrer sobre algumas limitações deste estudo e cuidados referentes à informação.

A informação tem um papel decisivo no desenvolvimento da pesquisa, da educação e da atenção à saúde e a consciência sobre essa importância vem-se ampliando entre as autoridades, profissionais de saúde, de informação e setores da sociedade (Zaher 1993, citado por LEMOS 2002).

A utilização de sistemas de informação como instrumentos de planejamento e gestão tem-se ampliado com a implementação do Sistema Único de Saúde, e a consulta a bancos de dados de desenvolvimento social, como o índice de desenvolvimento humano municipal e censo, e banco de dados sobre Sistemas de Informações em Saúde do Ministério da Saúde permite recuperar informações importantes na implementação de políticas sociais e programas de saúde (TERRERI e GARCIA 2001).

O único sistema de abrangência nacional que registra o conjunto de procedimentos realizados pelas equipes de saúde bucal do SUS é o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). Esse sistema foi utilizado por BARROS e CHAVES, em 2003, no estudo da reorganização das ações de saúde bucal em dois municípios da Bahia e também por OLIVEIRA, em 2001, no estudo realizado sobre o acesso e utilização dos serviços odontológicos do SUS em Pernambuco.

Dados de produção do SIA/SUS foram também utilizados por JUNQUEIRA (2001) e BALDANI (2002) em trabalhos que associaram indicadores epidemiológicos, indicadores sociais e provisão de serviços odontológicos nos Estados de São Paulo e Paraná, respectivamente.

Cabe lembrar que as alterações ocorridas nessa tabela em janeiro de 1998 e outubro de 1999 podem ter influenciado, de certa forma, no quantitativo dos procedimentos informados no desenrolar do período, conforme já mencionado anteriormente.

Outro ponto que deve ser levantado, também, refere-se ao descrito por LEMOS, em 2002, quanto ao financiamento dos Procedimentos Coletivos. Se até 1997 eram remunerados por procedimento, o que poderia levar a um sobre-registro, com o advento do PAB temia-se que deixassem de ser realizados e que os

procedimentos médicos fossem sobrepujados em detrimento dos procedimentos odontológicos. Aparentemente isso não ocorreu, pelos resultados encontrados no presente estudo.

Uma ressalva também deve ser realizada quanto ao registro, no SIA/SUS, das primeiras consultas odontológicas; estas, por definição, devem ser informadas apenas uma vez ao ano, por ocasião da primeira consulta do usuário, consulta destinada a um exame bucal com finalidade de tratamento programado; entretanto, é bem provável que haja um sobre-registro desse item, ocasionando uma distorção no indicador de acesso.

Deve ser também lembrado que, no período de 1995 a 1998, foi desenvolvido no Estado de São Paulo o Projeto Inovações no Ensino Básico – componente Saúde, por meio do qual houve importante incentivo financeiro do gestor estadual, com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), para a implementação dos Procedimentos Coletivos nos 39 municípios da região Metropolitana da Grande São Paulo, sendo estendido posteriormente para 40 municípios da região do Vale do Ribeira (áreas adstritas às Direções Regionais de Saúde de Registro - DIR XV e Sorocaba - DIR XXIII) (SES SP 1999). Sobre os procedimentos coletivos, vale ainda lembrar que em 1992 e 1999, a SES implantou algumas rotinas para melhor acompanhar e avaliar o desenvolvimento desses procedimentos no Estado de São Paulo, o que de certa forma contribuiu para um melhor desempenho dos Procedimentos Coletivos neste estado (SES SP 2002).

Com as ressalvas e observações assinaladas, na série histórica estudada observou-se uma certa regularidade nas informações, o que pode indicar que, apesar de falhas prováveis no registro dos dados, há uma correspondência com a realidade.

No período analisado neste trabalho, observou-se um incremento da população da ordem de 8,84%. A Região Metropolitana da Grande São Paulo concentra 48,12% da população em 6% dos municípios do estado.

Embora a descentralização das ações de saúde tenha se iniciado já na década de 80, a gestão municipal só se efetivou a partir do grande processo de municipalização que ocorreu no período de 1995 a 2003 (BARATA e col. 2003). Em 1995, dos 625 municípios do estado, ações de saúde bucal foram registradas em 620.

Em 2003, dos 645 municípios, apenas dois não haviam registrado ações no SIA/SUS, por ainda não terem habilitação até aquele momento.

Na atenção básica observou-se um aumento dos procedimentos ambulatoriais totais maior que o crescimento populacional ocorrido no período, acompanhado também por uma ampliação dos procedimentos odontológicos, embora de forma diferenciada nas diferentes regiões e portes de municípios. Os procedimentos odontológicos ocuparam, em relação aos procedimentos ambulatoriais, percentuais superiores a 20%, na média, com exceção de duas importantes regiões – DIR I e DIR II e do município de porte 9.

Esse aumento deveu-se, em parte, à implementação dos procedimentos coletivos, que tomou grande impulso em todo o estado e representou, com raras exceções, em média, mais que 50% do total de procedimentos odontológicos da atenção básica. Em termos financeiros, no ano 2000, último em que se agregaram valores financeiros aos procedimentos da atenção básica, apenas em 3 regiões do estado (DIR I, DIR II e DIR XV) e no município de porte 9 os valores dispendidos com os procedimentos odontológicos representaram percentuais inferiores a 17,87%.

Dentro do grupo de procedimentos individuais, os preventivos sempre ocuparam, de forma geral, o maior percentual, o que poderia ser tributado à priorização da faixa etária de escolares no atendimento odontológico programado.

Apenas em 2003 observou-se uma diminuição desse percentual, de forma geral, em todo o estado, que, talvez, possa ser atribuída à extensão de ações programáticas a outras faixas da população, além do escolar e gestantes.

Quanto às restaurações, ocorreu uma diminuição nos percentuais ao longo do período, mas essa diminuição pode ser em decorrência da forma como eram registradas na tabela de procedimentos ambulatoriais até 1999, como mencionado anteriormente. De qualquer forma, em âmbito estadual, representaram, nos últimos cinco anos, percentuais em torno de 22% do total dos procedimentos individuais. Neste particular, é importante lembrar que 14% dos municípios que participaram da pesquisa não realizam restaurações fotopolimerizáveis. Esta é uma tecnologia que deveria estar disponível em todos os sistemas básicos de saúde.

Os procedimentos cirúrgicos (exodontias) sempre representaram um percentual bem inferior aos demais já comentados, ficando em torno de 10% do total

dos procedimentos individuais na atenção básica (com exceção da DIR XVII) e mostraram um declínio ao longo dessa série histórica.

Se, por um lado, esse achado pode revelar um programa menos mutilador, por outro pode reforçar a suposição de ações programáticas mais voltadas à faixa do escolar.

Esses resultados podem indicar um modelo de atenção em saúde bucal que prioriza os procedimentos coletivos e as ações preventivas, mas que não consegue expandir em níveis significativos a oferta de ações assistenciais, mesmo na atenção básica, sobretudo nos municípios e regiões mais densamente povoadas, não obstante serem esses os municípios melhores posicionados em relação ao IPRS (SEADE 2003).

E é assim que os municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo, e aqueles de maior densidade populacional, de forma geral, apresentaram maior dificuldade na expansão da oferta de serviços a toda população, exibindo sempre menores índices de acesso aos serviços. Nos municípios adstritos às direções regionais de saúde do interior, o índice de acesso à primeira consulta odontológica foi de 17,86%, em 2003, enquanto na Região Metropolitana da Grande São Paulo foi de apenas 12,20%. Esse índice também foi maior nos municípios de menor porte.

A cobertura de Procedimentos Coletivos na população de zero a 14 anos foi consideravelmente ampliada atingindo patamares superiores a 29% no estado, com exceção da capital (DIR I), da Região de Santo André e da Região de Piracicaba.

É preciso lembrar que esses indicadores - acesso e cobertura de Procedimentos Coletivos, fazem parte do pacto da atenção básica, instituído pelo Ministério da Saúde em 1999. Nesta portaria, o indicador proposto é o de concentração de Procedimentos Coletivos que, em 2003, foi substituído por razão de procedimentos coletivos. A autora discorda desses indicadores, pois como já foi explicado anteriormente os procedimentos coletivos referem-se a indivíduos inscritos no programa e não às atividades realizadas. O indicador de cobertura, no parecer da autora, é mais apropriado e a meta constante na NOAS 1/2002 refere-se a uma cobertura de 80% das crianças dessa faixa etária.

Uma crítica comumente efetuada é a de que os PC são excludentes na medida em que não abrangem todas as faixas etárias. Entretanto, há que se considerar que

foram implantados para substituir os tratamentos completados anteriormente realizados em escolas do ensino fundamental, segundo a lógica de que nesses espaços far-se-ia a educação em saúde e atividades preventivas, ações de baixa complexidade que dispensassem o uso de equipamento odontológico, encaminhando-se para as unidades básicas de saúde, as crianças que necessitassem de procedimentos restauradores-cirúrgicos. Outros grupos populacionais devem receber ações de educação em saúde e prevenção, mas estas não tem as características peculiares aos PC.

JUNQUEIRA (2001), ao relacionar renda, indicadores sociais e produção de serviços odontológicos no Estado de São Paulo no final do século XX, constatou uma relação inversamente proporcional ao número de procedimentos individuais preventivos e coletivos e renda média da população. Quanto menor a renda média, maior o número de procedimentos preventivos e coletivos. Também constatou que o número de procedimentos individuais não cirúrgicos era superior aos preventivos, enquanto que os procedimentos cirúrgicos exibiam os menores percentuais, sobretudo em determinadas regiões, como a GSP. Constatou ainda que quanto menor a renda média e maior o grau de analfabetismo, maior o percentual de procedimentos cirúrgicos. De certa forma, esses dados encontram uma correspondência com os achados no presente trabalho, sobretudo quanto aos procedimentos cirúrgicos, cujos maiores percentuais foram encontrados em regiões piores situadas em relação ao IPRS, como o Pontal do Paranapanema (DIR XVI) e Vale do Ribeira (DIR XVII).

O atendimento integral às necessidades de saúde é um dos princípios fundamentais do SUS. Para tanto, é necessário considerar não apenas o acesso às ações básicas, mas também às ações especializadas, segundo as necessidades individuais apresentadas. De 2000 a 2003, embora ainda em valores muito aquém das necessidades, registrou-se um pequeno aumento dos percentuais de procedimentos especializados em relação ao total de procedimentos odontológicos, sobretudo nos municípios de maior porte. Essa ampliação pode ser em decorrência das propostas da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 1/2001, posteriormente editada como NOAS 1/2002, que coloca a endodontia e as radiografias intrabucais como procedimentos integrantes do mínimo da média complexidade, no sistema de regionalização proposto por essa norma. Dentre os

procedimentos especializados, merece uma investigação a redução nos procedimentos cirúrgicos ocorrida no último ano (seguido em menor escala pelos procedimentos de prótese, uma vez que nesse grupo encontram-se também as próteses complementares a cirurgias buco-maxilo-faciais).

A dificuldade de ampliar a oferta de serviços nos grandes centros é mais uma vez evidenciada quando se analisa a relação procedimentos individuais básicos por habitante. Na região Metropolitana da Grande São Paulo, essa relação girou em torno de 0,38 a 0,48 procedimento/habitante, menos da metade do índice apresentado na região do interior. A média do estado, em 2003, foi de 0,65 procedimento por habitante, mas em municípios de menor densidade populacional há valores superiores a 1.

Esses valores, com exceção dos encontrados na Grande São Paulo, situaram-se dentro dos parâmetros preconizados pela Portaria 1.101, de 12.6.2002, do Ministério da Saúde, que é de 0,4 a 1,6 procedimentos básicos por habitante. Observe-se também que essa portaria menciona procedimentos da atenção básica e o índice deste trabalho foi calculado levando-se em conta os procedimentos individuais básicos, excluindo-se os coletivos, podendo-se concluir que os parâmetros dessa portaria não atendem às reais necessidades da população.

A relação procedimentos especializados por habitante revelou-se, conforme o esperado, extremamente desfavorável, embora tenha ocorrido um ligeiro aumento entre os anos 2000 a 2003. Nesse último ano, a média do estado girou em torno de 0,038; valores inferiores a esse índice foram encontrados, como sempre, na região metropolitana da Grande São Paulo. A Portaria 1.101/2002, do MS, já referida, propunha como parâmetro 0,04 a 0,06 procedimentos especializados por habitante ano, parâmetro também subestimado e que necessita de urgente revisão. Este parâmetro encontra-se muito aquém das necessidades de tratamentos especializados apontadas no estudo Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2002 (SES SP 2002).

Como já foi reportado, o SIA/SUS é a única fonte de dados de âmbito nacional para o conjunto de procedimentos odontológicos realizados no sistema. Não obstante algumas alterações ocorridas recentemente, seria necessária uma revisão no enunciado e descritivo dos procedimentos odontológicos que integram a tabela de

procedimentos, para que as informações coletadas atendam às necessidades locoregional e nacional, o que permitiria uma avaliação quantitativa mais efetiva da produção ambulatorial dos serviços odontológicos.

Os indicadores baseados nos dados informados pelos 520 municípios que participaram da pesquisa, segundo o entendimento da autora, são bastante significativos, pois representam 81,40% dos municípios do estado e 92,8% da população. Ressalvas devem ser efetuadas quanto a eventuais dificuldades de entendimento, por parte dos informantes, das questões apresentadas no questionário. Este estudo, entretanto, pode ser considerado como exploratório e estudos adicionais, de preferência de caráter qualitativo, precisam ser realizados para melhor compreensão da realidade.

Pelas informações obtidas, pode-se inferir que o SUS estadual dispõe de uma considerável capacidade instalada na atenção básica, tanto em número de unidades de saúde quanto a equipamentos; todavia, não foram registradas informações quanto ao tempo de uso desses equipamentos. É relevante ressaltar também a persistência de serviços odontológicos voltados exclusivamente a escolares, que representaram 40% do total da atenção básica. Serviços alternativos com equipamentos transportáveis apresentaram-se em número bastante reduzido.

Os cirurgiões-dentistas contratados pelos serviços dos municípios que participaram do estudo representaram 13,83% dos cirurgiões-dentistas registrados no Conselho Regional de Odontologia (CFO 2005), perfazendo, em âmbito estadual, uma relação de 1 cirurgião-dentista do SUS para cada 3.552 habitantes. Essa relação, entretanto, apresentou uma distribuição muito variável, sendo bastante desfavorável nos municípios e regiões de maior densidade populacional. No interior, a pior relação foi encontrada na DIR XVII, porém 7 regionais apresentaram uma relação inferior a 1CD:2.000 habitantes, Relação similar também foi apresentada pelos municípios com menos de 10.000 habitantes.

Excetuando, como sempre, a região da Grande São Paulo e os municípios de porte 6 e 8, a relação CD/habitante atendeu aos parâmetros preconizados pela Portaria 1.101/2002, que propõe 1 CD para 1.500 a 5.000 habitantes. Cabe salientar, porém, que cerca de 80% dos profissionais foram contratados em jornadas de 20 horas semanais.

A relação equipamento odontológico por cirurgião-dentista da rede básica, em âmbito estadual, foi de 0,53, indicando uma melhora em relação ao encontrado por JUNQUEIRA em 2001 (0,95), significando um melhor aproveitamento desse recurso.

Quando se analisam os recursos humanos auxiliares, infere-se que, de forma geral, o sistema de trabalho predominante continuou centrado na figura do cirurgião-dentista. Mas essa afirmação precisa ser acompanhada por uma análise mais cuidadosa, pois, diferentemente dos cirurgiões-dentistas, aproximadamente 80% dos ACD foram contratados por 40 horas semanais.

No conjunto dos municípios a relação foi de 0,40 ACD por CD. Já o THD apresentou um percentual bastante pequeno na rede básica, totalizando 0,04 THD por CD. O número total de ACD representou 36,65% dos ACD inscritos no CRO (CFO 2005).

De qualquer forma, os dados encontrados evidenciam um aumento em comparação a alguns dados de 1996, quando a relação era de 1 CD para 4.152 habitantes, e 0,39 auxiliar (ACD e THD) por CD (SES SP 1996), e também em comparação a dados disponíveis para o ano de 2002, que indicavam um total de 9.796 CD, 3981 ACD e 265 THD, resultando numa relação de 1 CD para 3.897 habitantes, 0,40 ACD/CD, e 0,03 THD/CD (SES SP 1996 e 2002). Ressalve-se que esses dados eram para todos os municípios do estado. Para a ampliação de recursos humanos constatada nos 525 municípios deve ter contribuído a implantação das equipes de saúde bucal em PSF, segundo os parâmetros da Portaria GM/MS 1.444, de 28.12.2000.

No início dos anos 80, houve uma considerável expansão da rede básica de saúde no estado, realizada pela Secretaria de Estado da Saúde, levando-se cirurgiões-dentistas para 150 municípios que não contavam com esse profissional (NARVAI 2001). Foram propostos programas inovadores, baseados em serviços de saúde bucal com clínicas odontológicas modulares, fixas ou transportáveis, com 3 equipamentos; objetivava-se a implantação de um sistema de trabalho de alta cobertura, que incluísse na equipe de saúde bucal, além do CD, o ACD e o THD (NARVAI 2001).

Essa proposição foi reiterada nas Diretrizes para a Política de Saúde Bucal do Estado de São Paulo (SES SP 1995). Dos dados informados infere-se que essa

proposição não prosperou no estado, de forma geral, uma vez que, embora existam 320 clínicas modulares, o sistema de trabalho preconizado não foi implementado, pois as equipes de saúde bucal carecem de ACD e, sobretudo de THD. Também deve ser salientado que a implantação de equipes de saúde bucal no PSF na modalidade II (Portaria 1.444 MS 2000), composta por 1 CD, 1ACD e 1 THD, de uma certa forma se contrapõe à proposta de trabalho em clínicas modulares que, se efetivamente implantada, otimizaria o rendimento da equipe e possibilitaria uma melhor extensão em cobertura. Estudos nesse sentido são recomendados para verificar a compatibilização das duas propostas.

Quanto ao modelo de atenção, embora todos os municípios realizaram os Procedimentos Coletivos, estes foram direcionados, sobretudo, à faixa do escolar do ensino fundamental e ao pré-escolar; 40% dos municípios não os realizam para crianças de zero a 3 anos de idade. E os dados epidemiológicos encontrados em crianças até 5 anos de idade indicam uma necessidade imperiosa de ações educativas e preventivas abrangentes também para esse grupo etário, de forma contínua.

O Programa de Saúde da Família vem apresentando um crescimento tímido no estado e isso pode refletir a dificuldade em se transformar a rede já existente ou expandi-la, considerando o crescimento econômico pouco significativo ocorrido nos últimos anos (SEADE 2004) e as restrições impostas pela denominada “lei da responsabilidade fiscal”.

Segundo estudo realizado pela SES-SP em 2004, as regiões com maior cobertura populacional de equipes de saúde bucal em relação à população coberta por Programas de Saúde da Família situavam-se, até setembro de 2004, no âmbito da DIR XIV (Marília), com 33,77%, DIR VI (Araçatuba), com 27,88%, e DIR XVI (Presidente Prudente), com 19,57%, o que coincide com os dados encontrados nos municípios participantes da pesquisa (SES-SP 2004).

Segundo JUNQUEIRA em 2001, há uma relação inversa entre despesa em saúde, por parte dos municípios e o número de cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia, significando que nos municípios com menor renda *per capita* os recursos do SUS são os mais utilizados, como parece estar ocorrendo.

Ações educativas não são realizadas de forma rotineira a todos os grupos etários, concentrando-se mais na faixa dos pré-escolares, escolares, gestantes, adolescentes, idosos e em menor percentual aos pacientes portadores de doenças crônicas e adultos em geral. Aproximadamente 30% dos municípios não universalizaram as ações programadas com finalidade de tratamento, mesmo em programas de saúde da família.

O planejamento das ações de saúde bucal baseados em critérios de risco às doenças bucais foi utilizado por 51% dos municípios. Considerando os indicadores epidemiológicos, a utilização de critérios de risco permite racionalizar os recursos, facilitando a equidade no acesso às ações de saúde, estabelecendo-se um programa conforme a condição apresentada pelo usuário.

Serviços de urgência foram disponibilizados em geral pela rede básica de saúde, pela rede de saúde e postos de pronto atendimento ou pronto socorro em 51% dos municípios e serviços de urgência 24 horas foram disponibilizados principalmente nas regiões com maior densidade populacional, em apenas 6.92% dos municípios participantes do estudo. Infere-se que um percentual significativo da população não tem acesso a atendimento de urgência durante as 24 horas do dia. Programas com plantonistas à distância seriam uma alternativa para essas localidades.

O atendimento em âmbito hospitalar foi registrado também em todas as regiões e portes de municípios. Dos serviços especializados, a distribuição também foi bastante variável no estado, porém em termos gerais, as especialidades mais ofertadas foram cirurgia oral menor (40,19%), semiologia (39,42%), endodontia (32,50%), tratamento a pacientes com necessidades especiais (30,58%) prótese total (30%) e periodontia (19,42%). A cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial foi ofertada por cerca de 11,54% dos municípios, geralmente os de maior porte, por requerer o atendimento em âmbito hospitalar. ZILBOVICIUS, em 2003, numa pesquisa semelhante, encontrou a endodontia como a primeira especialidade ofertada. A ortodontia foi ofertada apenas por 6,15% dos municípios pesquisados. Deve ser lembrado que a produção ambulatorial já apontada anteriormente para os 645 municípios indicou uma pequena oferta dos serviços especializados à população.

Aproximadamente 34% dos municípios não contavam com serviços próprios de radiografia odontológica intrabucal, geralmente os de menor porte.

Quanto ao acesso às ações especializadas, o desafio é maior. Avançar na implementação das propostas contidas na Política Nacional de Saúde Bucal, implementadas pelo Governo Federal por meio do Programa Brasil Sorridente (MS 2003) com a colaboração também do gestor estadual, é uma necessidade. Embora a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (MS 2004) seja uma estratégia muito interessante e oportuna, que trouxe um aporte de recursos financeiros significativo, não pode ser descartado repensar o financiamento de ações especializadas isoladas, como endodontia, bem como a garantia de diagnóstico radiográfico intrabucal em todos os municípios, mesmo nos de pequeno porte; isso é possível com investimentos suportáveis para o sistema.

Cabe ressaltar que não foram levantados especificamente os serviços de saúde pertencentes à Secretaria de Estado da Saúde ainda sob sua gestão. É bem provável que os procedimentos de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial registrados, bem como uma parcela de atendimento a pacientes especiais sejam realizados pelos hospitais estaduais.

Extremamente importante, no período estudado, foi o avanço observado na fluoretação das águas dos sistemas públicos de abastecimento, uma vez que este é o método mais seguro e eficaz para a prevenção e o controle da patologia bucal mais prevalente - a cárie dentária. Registrou-se uma ampliação no heterocontrole da fluoretação, realizado pelo Programa Estadual de Vigilância a Qualidade da Água para Consumo Humano (PROAGUA); entretanto, o número de amostras fora do padrão é preocupante, indicando a necessidade de uma atuação dos órgãos responsáveis junto às Companhias de Abastecimento de Água na manutenção dos níveis adequados do íon flúor, para que os efeitos benéficos da fluoretação sejam mantidos e para que não ocorram os efeitos indesejáveis, mantendo-se sob controle a fluorose dentária, conforme os índices registrados nos estudos epidemiológicos apresentados.

Houve uma melhora considerável nos indicadores epidemiológicos, sobretudo os da cárie dentária, expresso pela queda do índice CPO-D na idade de 12 anos. Em

outras faixas etárias, embora tenha ocorrido uma redução, ainda que tímida, os índices são elevados, mas refletem a alta prevalência da cárie dentária no passado.

Igualmente importante foram os dados referentes à condição periodontal e oclusopatias. Quanto à condição periodontal, os dados encontrados, principalmente em crianças e adolescentes, indicam a necessidade urgente de programas educativo-preventivos que enfatizem também essa problemática, além da cárie dentária.

Os dados de oclusopatias são significativos e indicam a necessidade de incluir-se essa especialidade nos centros de especialidades, bem como programas de prevenção e interceptação na rede básica, mediante capacitação dos profissionais.

A necessidade de prótese total na população idosa indica a necessidade de estratégias regionais, principalmente em regiões de menor densidade populacional, para implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária para suporte a vários municípios concomitantemente.

De qualquer forma, os gestores do SUS dispõem hoje de um referencial epidemiológico importante para o dimensionamento e planejamento das ações de saúde bucal requeridas pela população, desde as da atenção básica até as especializadas. É oportuna também uma recomendação à Secretaria de Estado da Saúde. Os achados no âmbito das DIR poderiam servir como referencial para uma ação de avaliação e assessoria técnica junto aos municípios. Em algumas regionais de saúde a relação CD/habitante encontrada nos municípios participantes da pesquisa se contrapõe à produção e ao acesso encontrado na produção ambulatorial. Também em algumas regionais a carência de recursos na atenção básica é mais significativa e este estudo poderia auxiliar a SES no sentido de elaborar projetos que envolvam recursos financeiros adicionais aos do PAB. O mesmo ocorre com a atenção especializada. A formação de recursos humanos auxiliares e a capacitação das equipes de saúde bucal é também uma outra área em que a SES poderia investir complementarmente aos Pólos de Educação Permanente.

## 6. Conclusões

A análise e discussão dos resultados obtidos neste trabalho permitem concluir que, no período estudado, houve um avanço na implementação do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo, a despeito do pequeno crescimento econômico observado no período.

Aumentou a cobertura da população com água tratada e fluoretada e a prevalência da cárie dentária, sobretudo na população infantil, diminuiu de forma significativa.

Houve um aumento da produção ambulatorial da atenção básica acompanhando também por uma ampliação dos procedimentos odontológicos, maior que o crescimento populacional ocorrido no período, embora de forma diferenciada segundo as regiões e portes de municípios. Os procedimentos odontológicos ocuparam um percentual importante da produção ambulatorial total, com exceção do município de São Paulo (DIR I) e região do ABC (DIR II).

Dentre os procedimentos odontológicos da atenção básica, os procedimentos coletivos aumentaram gradualmente sua participação de 1995 a 2003, representando neste ano mais da metade dos procedimentos odontológicos no estado. A única região que apresentou um decréscimo acentuado foi a DIR I. A cobertura na população de 0 a 14 anos foi consideravelmente ampliada, sobretudo nas regionais de saúde do interior e nos municípios de menor porte. Os menores percentuais de cobertura foram encontradas na região da DIR I e DIR II. Contudo, a população alvo preponderante constituiu-se em crianças em idade escolar; 40% dos municípios participantes da pesquisa não realizaram procedimentos coletivos para a população de 0 a 6 anos de idade. Ações educativas programadas não foram realizadas para todos os grupos etários, ocorrendo em menor proporção para os idosos, pessoas portadoras de doenças crônicas e adultos de forma geral.

Dentre os procedimentos individuais da atenção básica, os procedimentos preventivos foram preponderantes, seguidos pelos restauradores e, em última posição, pelos cirúrgicos; estes apresentaram maiores percentuais em regiões piores situadas em relação ao IPRS, como o Vale do Ribeira (DIR XVII) e em municípios com população inferior a 100.000 habitantes. Em 51% dos municípios foram utilizados

critérios de risco às doenças bucais no planejamento dos procedimentos coletivos e individuais, segundo informações dos municípios.

O aumento da produção ambulatorial ocorrida não foi acompanhado por um aumento do acesso à assistência odontológica de forma significativa, conforme mostra o indicador de acesso à primeira consulta odontológica, sobretudo nas regiões mais densamente povoadas, como a região metropolitana da GSP e, no interior, as regiões das DIR XII e DIR XIX, além da DIR XVII, região menos desenvolvida sócio-econômicamente. A relação procedimentos individuais básicos por habitante mostrou uma estabilidade no período estudado, apresentando melhor relação na região do interior e nos municípios de menor porte. Aproximadamente 30% dos municípios informaram não realizar ações programadas com finalidade de tratamento para todos os grupos etários. Atendimento às urgências odontológicas (24 horas) foi disponibilizado por apenas 6,92% dos municípios, os de maior densidade populacional. A implantação de equipes de saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família foi pouco significativa, até o ano estudado.

A atenção básica dispunha de uma capacidade instalada razoável no que diz respeito a recursos materiais e humanos nas regionais do interior e municípios de menor porte, sendo desfavorável nas regiões com maior densidade populacional, sobretudo na região da GSP. Contudo, infere-se, quer pela relação ACD e THD por CD, quer pelo tipo de clínica odontológica, que o sistema de trabalho preponderante continuou centrado no CD, comprometendo a efetividade possível nesse nível de atenção.

O acesso aos serviços especializados de saúde bucal continuava precário em todo estado, embora com uma ligeira tendência de aumento observada em 2003. Dos serviços especializados a ortodontia foi a especialidade menos ofertada. Com exceção da periodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, prótese total e ortodontia, as demais especialidades estavam disponíveis em todas as regiões de saúde.

O conjunto de dados apresentados poderia indicar que, em vários municípios e regiões do estado, sobretudo nos de menor densidade populacional, é possível a universalização da atenção em saúde bucal, no que diz respeito às ações coletivas e assistenciais da atenção básica, com extensão da oferta de serviços a maiores

parcelas da população, mediante uma reorientação das ações de saúde bucal, planejamento criterioso que inclua critérios de risco social e biológico e com implantação de sistemas de trabalho e atendimento que ocasionem maior rendimento da equipe de saúde bucal. È provável que isso possa ser realizado com pequeno investimento, mediante a complementação de pessoal auxiliar ou com a transformação das equipes atuais em equipes de Saúde da Família, uma vez que há locais com boa relação CD/habitante.

O mesmo não acontece em municípios de grande porte, onde, para ocorrer a extensão em cobertura, são necessários investimentos de maior envergadura em infra-estrutura de serviços e na contratação de recursos humanos.

A ampliação do acesso às ações especializadas requer investimentos em serviços e recursos humanos em todas as regiões do estado.

Apesar da evolução observada no período, requer-se um esforço dos 3 níveis de gestão do SUS, com a indispensável participação da sociedade, para que o direito constitucional de acesso integral às ações e serviços de saúde bucal se efetive para o conjunto da população residente no Estado de São Paulo.

## 8. REFERÊNCIAS

1. Almeida ES, Castro CG, Vieira CAAL. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização*. São Paulo, 2.002. p.16. [Texto produzido para a série Saúde Bucal e Cidadania – para gestores municipais de serviços de saúde].
2. Almeida ES. *Contribuição à implantação do SUS: Estudo do processo com a estratégia Norma Operacional Básica 01/93*. São Paulo, 1995. p. 6-17. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP].
3. Araújo ME. *A Saúde Bucal no Estado de São Paulo com a implantação do Sistema Único de Saúde. Uma Análise*. São Paulo, 1994. p. 4-5. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia da USP].
4. Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. *O papel do gestor Estadual no Sistema Único de São Paulo*. São Paulo, 2.003. p. 2-3 [mimeo ].
5. Barros SG, Chaves SCL. *A Utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2003; 12(1): 41-51.
6. Beltrame NS. *O Conselho de Saúde do Município de São José dos Campos, como instrumento de proteção ao Direito à Saúde*: São Paulo, 2003. p. 13, 20-24. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
7. Bottazo C. Saúde Bucal e Cidadania. In Pereira AC (Org). *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p.16-27.
8. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo. IMESP, 2001.
9. Calvo MCM. Ações preventivas em saúde bucal. In *Manual Básico de orientação para operacionalização de procedimentos coletivos em saúde bucal*. São Paulo: FUNDAP,1996; P. 14-30 [Manual produzido para o Projeto Inovações no Ensino Básico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo]
10. [CDC-WHO] Centers for Disease Control ad Prevention – World Health Organization. *Epi Info. Epidemiologia em microcomputadores: um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatísticas* [programa de computador]. Atlanta: OPAS/WHO; 1990.

11. Câmara dos Deputados. Comissão de Seguridade Social. *I Simpósio Internacional sobre Política de Saúde e Financiamento*. Brasília, 1995. p. 13-16. [Relatório Final].
12. Chaves M.M. *Odontologia Social*. 3ª ed. Rio de Janeiro. Artes Médicas, 1986. p. 25.
13. Dias ZM. *Aos cuidados dos outros!* Juiz de Fora; 2002. p.7 [Algumas notas sobre a ética do cuidado – texto produzido para o Encontro sobre a Saúde Bucal no PSF da região sudeste, promovido pelo Conselho Federal de Odontologia em 2002].
14. [FSP USP; SES SP] Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Estado de São Paulo – 1998*. [Relatório Final elaborado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 1999].
15. [FUNDAP] Fundação para o Desenvolvimento Administrativo. *Perfil da Administração Pública*, disponível em <URL//http://perfil.fundap.sp.gov.br/ em 29.01.2004.
16. Guedes JS, Jatene AD, Barata LR. *Assistência à Saúde na Região Metropolitana de São Paulo- Brasil*. Washington DC, 1981.[Trabalho apresentado à Reunião Regional da OMS/OPS sobre desenvolvimento de Serviços de Saúde nas Grandes Cidades da América Latina]
17. Junqueira SR. *Financiamento da Saúde, Indicadores Sociais e Recursos Odontológicos dos Municípios do Estado de São Paulo no Final do Século XX*. São Paulo, 1001. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo] p.112-113.
18. Lemos AMF. *Investimentos e Cobertura em Procedimentos Coletivos em Odontologia realizados no Brasil pelo Governo Federal na população de 5 a 14 anos na década de 90*. São Paulo, 2002. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]. p. 171-175.
19. Martino LVS. *O Cirurgião-Dentista e o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo: Uma Revisão Histórica*. São Paulo, 2003 [Monografia do curso de especialização em Saúde Bucal Coletiva apresentada a FUNDECTO – Universidade de São Paulo]. p. 31-37.

20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Rio de Janeiro, 1.989*, [Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública]. p. 14-15.
21. Ministério da Previdência e Assistência Social. INAMPS. *Programa de Reorientação da Assistência Odontológica*. Rio de Janeiro: MPASS/CCS, 1983.
22. Ministério da Saúde. *1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 1986. [Relatório Final].
23. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196*, 10.10.96. [Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos].
24. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.203 de 5/11/1.996. *Diário Oficial da União*, 6/11/1996; Seção I, p. 22.932. Brasília, DF.[Norma Operacional Básica 1/96].
25. Ministério da Saúde. Portaria GM 832. *Diário oficial da União* 122,
26. 20/06/1999. Seção I pág. 23. Brasília, DF [regulamenta processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica].
27. Ministério da Saúde. Portaria GM 1444, de 28 /12/2000. *Diário Oficial da União* 250 E, 29/12/2000. Seção I. p. 85. Brasília, DF [institui incentivos financeiros para implantação de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família].
28. Ministério da Saúde. Portaria GM 267, de 6/3/2001. *Diário Oficial da União* 46E, 7/3/01. Seção I.p. 67. Brasília, DF [regulamenta a implantação das equipes de saúde bucal no PSF].
29. Ministério da Saúde. Portaria GM n.º 373 de 27/2/ 2.002. *Diário Oficial da União*, 28/2/2.002; Seção I, p. 52. Brasília, DF.[Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/ 2.002].
30. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.101, de 12/6/.2002. *Diário Oficial da União*, 13/06/2002. Seção I. Brasília, DF. disponível em URL <https://www.in.gov.br/imprimir>, em 13/06/2002. [estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde].
31. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 673, de 3/6/2003. *Diário Oficial da União*, 04/062005. Seção 1. Brasília, DF. [atualiza e revê o incentivo financeiro às ações de saúde bucal no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso da Atenção Básica].

32. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2004.
33. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.570, de 29/07/2004. *Diário Oficial da União* 146, 30/7/2004. Seção I. p.71/72. [institui incentivos financeiros para os Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária].
34. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.023 de 23/09/2004. *Diário Oficial da União* 185, 24/9/2004. Seção I.p.44/45 [define responsabilidades dos municípios e Distrito Federal na gestão do sistema municipal].
35. Narvai PC. *A Prática Odontológica no Brasil: propostas e ações no período de 1952-1992*. São Paulo, 1993. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].
36. Narvai PC. *Avaliação em Saúde Bucal. 1ª Oficina de Planejamento em Saúde Bucal*. São Paulo, 1996. [texto produzido para a SES-SP para a 1ª Oficina de Planejamento em Saúde Bucal, São Paulo, 1996].
37. Narvai PC. *Memorial*. São Paulo, 2001. [mimeo].
38. Narvai PC. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos, 2002. p. 13; 53-59; 20-24; 69; 79-81.
39. Oliveira LMA. *Saúde Bucal em Pernambuco: acesso e utilização dos serviços odontológicos no SUS em 2001*. Disponível em <http://www.bvssp.cict.fiocruz.br/cgi-bin/wxis1660.exe/lildbhi/iah/> em 12.10.2003.
40. Pinto, MHB. *Relação entre Prevalência de Cárie, Desenvolvimento Social e Provisão de Serviços Odontológicos no Estado do Paraná, Brasil, 1996*. Rio de Janeiro, 2002. p. 34-38. [Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz]
41. Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Santos, 2000. p. 25-27.
42. Roncalli AG. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC (Org.). *Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p.28-49.
43. São Paulo (Estado). Decreto 39.896, de 1º de janeiro de 1995. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, Seção Especial, p. 4. São Paulo, janeiro de 1995

- [altera a denominação da Coordenadoria de Planejamento, Orçamento e Gestão da Secretaria da Saúde].
44. São Paulo (Estado). Decreto 41.315, de 13.11.1996. *Diário oficial do Estado de São Paulo*, 14.11.1996. Seção 1, p. 3 a 5.[Reorganiza a Coordenadoria de Planejamento em Saúde].
  45. [SEADE] Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Divulgação do índice de desenvolvimento sócio-econômico dos municípios paulistas*. Disponível em URL//www.projetopróximopasso.org.br em 22.02.2004.
  46. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Resolução SS 45 de 31/1/1992* Disponível em URLhttp://www.cvs.saude.sp.gov.br [Institui o Programa de Vigilância da Qualidade da Água para o Consumo Humano (PROÁGUA) e aprova diretrizes para sua implantação, no âmbito da Secretaria de Saúde].
  47. Secretaria de Estado da Saúde de Paulo. *Resolução SS 250/95 de 15/8/1995*. Disponível em URL http://www.cvs.saude.sp.gov.br [institui a concentração do flúor nas águas dos Sistemas públicos de abastecimento do Estado de São Paulo].
  48. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Diretrizes para a Política de Saúde Bucal do Estado de São Paulo*. São Paulo, 1995.
  49. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *A Inserção da Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde: uma proposta para o SUS/SP*. São Paulo, 1998.
  50. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS 164/00 de 21.12.2000. *Diário Oficial do Estado de São Paulo de 27 e 30/12/2000*. São Paulo, dezembro de 2000 [institui as *Recomendações sobre o uso de produtos fluorados no âmbito do SUS SP*].
  51. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *A Organização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica: uma proposta para o SUS SP*. São Paulo, 2001.
  52. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Centro de Vigilância Sanitária. Consolidado de análises laboratoriais realizadas pelo PROÁGUA nos Sistemas Públicos de Abastecimento em 495 municípios do Estado de São Paulo no ano 2000 in *Boletim do PROÁGUA* nº 7 p. 9 a 24. São Paulo, 2001.

53. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Síntese das Principais ações de saúde bucal desenvolvidas de 1995 a 2002*. p. 7-11 [Relatório apresentado pelo Centro Técnico de Saúde Bucal em 2002].
54. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Condições de Saúde Bucal no Estado de São Paulo em 2.002* [Relatório Final elaborado pelo Centro Técnico de Saúde Bucal em 2002].
55. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS 65, de 12/04/2005. Disponível em URL <http://www.cvs.saude.sp.gov.br> [Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano no Estado de São Paulo e dá outras providências]
56. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2005. [Relatório preliminar do PROÁGUA referente a 2001 disponibilizado à autora pelo CVS].
57. Tanaka OY, Melo C. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente*. São Paulo: Edusp, 2001. p. 13-25.
58. Toledo JPG. *A Saúde Bucal no Estado de São Paulo – Das Ações Integradas de Saúde ao Sistema Único de Saúde*. São Paulo, 1991. [Texto produzido para a Divisão Nacional de Saúde Bucal do MS por meio da OPAS].
59. Toledo JPG. *A Saúde Bucal e as Políticas Públicas de Saúde – São Paulo*, 1.995. [texto produzido para o CADASE – SES SP].
60. Zilbovicius C. *A Saúde Bucal e o Sistema Único de Saúde: integralidade Seletiva em uma conjuntura neoliberal*. São Paulo, 2005. [Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo]. p.4.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

**SOLICITAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Senhor(a),

São Paulo, 13 de abril de 2004.

Estamos realizando na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo uma pesquisa intitulada "*Panorama da atenção em Saúde Bucal no Estado de São Paulo de 1995 a 2.003*".

Para isso, vimos solicitar a Vossa Senhoria a especial gentileza de responder o questionário em anexo, que contém informações imprescindíveis para o bom resultado dessa pesquisa.

Pedimos o obséquio de enviar a resposta, se possível, até o dia 15 de maio próximo, no envelope anexo, já selado e endereçado a/c da pesquisadora.

Qualquer dúvida por favor encaminhar por e-mail para [mcandelaria@uol.com.br](mailto:mcandelaria@uol.com.br) ou telefonar para 0 XX 11 6202 4392 .

As informações serão utilizadas única e exclusivamente nesta pesquisa, sendo que, em nenhuma hipótese, os participantes serão identificados nominalmente.

Ressaltamos, outrossim, que este trabalho objetiva contribuir na avaliação das ações de saúde bucal no Sistema Único de Saúde e, portanto, a informação desse município é extremamente importante.

Consideramos, outrossim, que sua resposta ao questionário expressará seu esclarecimento e livre consentimento na participação da pesquisa.

Agradecendo sua atenção e colaboração para que pesquisa seja levada a termo, subscrevemo-nos atenciosa e cordialmente.

Maria da Candelária Soares  
Pesquisadora

Prof. Dr. Roberto A. Castellanos Fernandez  
Orientador da Pesquisa

**Ilmo (a) Sr (a).**  
**Secretário (a) Municipal de Saúde**  
**A/c Coordenador(a) de Saúde Bucal**



**3. Recursos Físicos:**

3.1. Nº total de Unidades Básicas de Saúde do município (por UBS entende-se as unidades que prestam atenção básica, isto é, vacinação, consultas médicas (pré-natal, G.O. pediatria), odontologia, etc. **que não sejam PSF** [ ] Se não houver, anotar “0”

3.2 Nº total de Unidades Básicas de Saúde, caracterizada acima, com equipamento odontológico: [ ]

3.3. Nº de Unidades de Saúde exclusiva pra atendimento Odontológico Básico (unidades que atendem apenas a atenção básica em separado das demais áreas de assistência. Ex.: Centro Odontológico p/ atenção básica ) Se não tiver nenhuma, anotar “0” [ ]

3.4. Nº total de Unidades de Saúde da Família. Se não houver, anotar “0” [ ]

3.5 Nº total de Unidades de Saúde da Família com atendimento odontológico Se não houver, anotar “0” [ ]

3.6 Nº de escolas que contam com atendimento odontológico .  
Se não existir, anotar “0” [ ]

3.7. Nº de unidades de Pronto Atendimento ou Pronto Socorro que contem com atendimento odontológico exclusivamente para urgências. Se não existir, anotar “0” [ ]

3.8. Atendimento odontológico hospitalar . Anotar o número de hospitais da rede própria que contam com atendimento odontológico. Se não existir, anotar “0”. [ ]

Se existir, qual o tipo de atendimento? Urgências odontológicas [ ]  
C.Traumatismo BMF [ ]  
Ambas [ ]

3.9. Atendimento odontológico hospitalar . Anotar o número de hospitais conveniados que contam com atendimento odontológico especificado acima no próprio município. Se não existir, anotar “0”. [ ] referenciados para outro município [ ]

3.10. Centros de especialidades odontológicas. Se existirem, anotar o numero; Se não existirem, anotar “0” [ ]

3.11. Nº de unidades com aparelho de RX odontológico (intrabucal). Se não existir anotar “0” [ ]

3.12. Nº total de equipamentos odontológicos: Quando não existir, anotar “0”

Em unidades básicas ou de PSF [ ] Em Pronto Atendimento [ ]  
em escolas [ ] em hospitais próprios [ ] em hospitais conveniados [ ]

3.13. Existem equipamentos transportáveis? Sim [ ] Não [ ] (assinale com X)

3.14. Nº de clínicas tipo modular, com 3 equipamentos (informar o número de clínicas e não de equipamentos. Estes devem ser incluídos no item anterior) Se não existir, anotar "0" [ ]

**4. Recursos Humanos em Saúde Bucal: (quando não existir, anotar "0").**

4.1. Nº de Cirurgiões –Dentistas da rede básica de saúde, **exceto** do PSF, conforme carga horária:

12 horas semanais [ ] 20 horas semanais [ ] 24 horas semanais [ ]  
30 horas semanais [ ] 40 horas semanais [ ] Outras [ ]

4.2. Nº de A C D da rede básica de saúde, **exceto** do PSF, conforme carga horária:

12 horas semanais [ ] 20 horas semanais [ ] 24 horas semanais [ ]  
30 horas semanais [ ] 40 horas semanais [ ]

4.3. Nº de THD da rede básica de saúde, **exceto** do PSF, conforme carga horária:

12 horas semanais [ ] 20 horas semanais [ ] 24 horas semanais [ ]  
30 horas semanais [ ] 40 horas semanais [ ]

4.5. Nº de Equipes de Saúde Bucal em PSF, efetivamente implantadas até 31.12.2003 segundo modalidade Se não existir, colocar "0"

Modalidade I : CD e ACD [ ] Modalidade II : CD, ACD e THD [ ]

4.7. Nº de Equipes de Saúde Bucal em PSF, qualificadas mas não implantadas até 31.12.2003, segundo modalidade Se não existir, colocar "0"

Modalidade I: CD e ACD [ ] Modalidade II : CD, ACD e THD [ ]

4.7.1 tipo de contrato dos profissionais do PSF: (assinale com X)

Estatutário [ ] CLT [ ] outros [ ]

4.7.2. Número de C.Dentistas em especialidades, segundo carga horária (assinale com X)

12 horas semanais [ ] 20 horas semanais [ ] 24 horas semanais [ ]  
30 horas semanais [ ] 40 horas semanais [ ]. Outras [ ]

4.8. Existem C.Dentistas com vínculo empregatício estadual ou federal? Se existir, preencha o número total desses profissionais:

C.D. com vínculo estadual [ ] CD com vínculo federal [ ]

**5. Modalidade de atendimento na rede básica:**

5.1. Procedimentos coletivos (anotar aqui apenas os PC efetuados em espaços sociais e que seguiram o ciclo anual, com ações educativas e preventivas no mínimo trimestrais)

5.1.1. Nº de escolas públicas do ensino fundamental incluídas em PC em 2.003 [ ]

5.1.2. Nº de alunos inscritos em PC no ano de 2.003: [ ]

**Os PC são executados:**

5.1.3. pela equipe de saúde bucal da UBS ou USF? anotar 1 para sim e 0 para não  
Sim [ ] Não [ ]

5.1.4. por uma equipe de prevenção sim [ ] não [ ] (assinale com X)

5.1.5. Qual a faixa etária abrangida pelo PC? Anotar com 1 quando for sim e 0 quando não  
0 a 3 anos [ ] 4 a 6 anos [ ] 7 a 10 anos [ ] 11 a 14 anos [ ]  
15 a 20 anos [ ]

6. Ações educativas e preventivas em grupos nas unidades de saúde: (anotar 1 para sim e 0 para não).

Crianças de 0 a 5 anos [ ] crianças > 5 anos [ ] adolescentes [ ] gestantes [ ]  
Idosos [ ] pacientes portadores de doenças crônicas [ ] adultos em geral [ ]

**7. Ações de assistência nas unidades de saúde (exceto PSF):** atendimento odontológico programado, com objetivo de completar tratamento e com retornos agendados:  
anotar 1 para sim e 0 para não.

Crianças de 0 a 5 anos [ ] crianças > 5 anos [ ] adolescentes [ ] gestantes [ ]  
Idosos [ ] pacientes portadores de doenças crônicas [ ] adultos em geral [ ]

**8. Ações de assistência nas unidades de Saúde da Família:** atendimento odontológico programado, com objetivo de completar tratamento e com retornos agendados:  
anotar 1 para sim e 0 para não.

Crianças de 0 a 5 anos [ ] crianças > 5 anos [ ] adolescentes [ ] gestantes [ ]  
Idosos [ ] pacientes portadores de doenças crônicas [ ] adultos em geral [ ]

9. Atendimento das urgências odontológicas: Anotar 1 para sim e 0 para não:

9.1. É efetuado em todas as unidades de saúde da atenção básica? [ ]

9.2. É efetuado em todas as unidades de saúde da atenção básica e também em Pronto Atendimento [ ]

9.3. É efetuado só em Pronto Atendimento ou Pronto Socorro ou Hospital [ ]

9.4. Existe atendimento de urgência 24 horas (não apenas para medicar) [ ]

**10. atendimentos especializados no próprio município.** Anotar 1 para sim e 0 para não.

Endodontia [ ] periodontia [ ] ortodontia [ ] cirurgia oral menor [ ]  
 Prótese dentária total [ ] prótese parcial removível Outras próteses [ ]  
 diagnóstico bucal [ ] biópsias [ ] pacientes portadores de necessidades especiais [ ]  
 cirurgia e traumatologia buço-maxilo-facial [ ] Rx : intrabucal [ ] extrabucal [ ]

**11. atendimentos especializados referenciados para outros municípios.**

Anotar 1 para sim e 0 para não.

Endodontia [ ] periodontia [ ] ortodontia [ ] cirurgia oral menor [ ]  
 prótese dentária [ ] diagnóstico bucal [ ] biópsias [ ]  
 pacientes portadores de necessidades especiais [ ] cirurgia e traumatologia buço-  
 maxilo-facial [ ] Rx : intrabucal [ ] extrabucal [ ]

**12. Informações adicionais:**

12.1. O município utiliza na Atenção Básica, seja PSF ou não, os seguintes materiais:  
 anotar 1 para sim e 0 para não:

Resina composta fotopolimerizável [ ] Amálgama de prata [ ] Ionômero de vidro  
 para restauração [ ]

12.2. O município utiliza, na atenção básica algum tipo de critério de risco para a triagem e  
 inclusão em ações coletivas e tratamento individual? [ ] 1 para sim e 0 para não

12.3. Utiliza só em procedimentos coletivos [ ]

Utiliza só no atendimento individual [ ]

Utiliza em PC e em atendimento individual [ ]

13. O município possui um sistema próprio de informação?

Anotar 1 para sim e 0 para não [ ]

Local e data.

Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

Obrigada pela sua atenção !.

**Maria da Candelaria Soares - R João Souto Maior, 912, ap. 24-C - Vila Medeiros - São Paulo -  
 SP- CEP 02218-000. – fone 0 11 6202 4392 –**

**e-mail mcandelaria @uol.com.br**

**PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DO SIA/SUS****GRUPO 3 - PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS BÁSICOS**

- 0301101 procedimentos coletivos (paciente/mes)
- 0302101 consulta odontológica (1 a consulta)
- 0302201 aplicação terapêutica intensiva com flúor - por sessão
- 0302202 aplicação de carioestático por dente
- 0302203 aplicação de selante por dente.
- 0302204 controle da placa bacteriana
- 0302205 escariação por dente
- 0302206 rap - raspagem, alisamento e polimento por hemi-arcada
- 0302207 curetagem sub-gengival e polimento dentário por hemi-arcada
- 0302208 selamento de cavidades com cimento provisório - por dente
- 0303101 capeamento pulpar direto em dente permanente
- 0303102 pulpotomia em dente decíduo ou permanente e selamento provisório
- 0303103 restauração a pino
- 0303104 restauração com amálgama de duas ou mais faces
- 0303105 restauração com amálgama de uma face
- 0303106 restauração com compósito de duas ou mais faces
- 0303107 restauração com compósito de uma face
- 0303108 restauração com compósito envolvendo ângulo incisal
- 0303109 restauração com silicato de duas ou mais faces
- 0303110 restauração com silicato de uma face
- 0303111 restauração fotopolimerizável de duas ou mais faces
- 0303112 restauração fotopolimerizável de uma face
- 0304101 exodontia de dente decíduo
- 0304102 exodontia de dente permanente
- 0304103 remoção de resto radicular
- 0304105 tratamento de alveolite
- 0304106 tratamento de hemorragia ou pequenos procedimentos de emergência
- 0304107 ulotomia,

**GRUPO 10 – AÇÕES ESPECIALIZADAS EM ODONTOLOGIA**

- subgrupo 02 – periodontia
- subgrupo 03 - ortodontia
- subgrupo 04 - endodontia
- subgrupo 07 - implantodontia
- subgrupo 08 - próteses odontológicas
- subgrupo 09 - outras próteses de face e cabeça
- subgrupo 10 - odontorradiologia I

## MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA SEGUNDO DIR

**DIR I - S.Paulo**

... São Paulo

**DIR II - Santo André**

... Diadema

... Mauá

... Ribeirão Pires

... Rio Grande da Serra

... Santo André

... São Bernardo do Campo

... São Caetano do Sul

**DIR III - Moji das Cruzes**

... Arujá

... Biritiba-Mirim

... Ferraz de Vasconcelos

... Guarulhos

... Itaquaquecetuba

... Poá

... Salesópolis

... Santa Isabel

... Suzano

**DIR IV - Franco da Rocha**

... Caieiras

... Francisco Morato

... Franco da Rocha

**DIR V - Osasco**

... Barueri

... Carapicuíba

... Cotia

... Embu

... Embu-Guaçu

... Itapeverica da Serra

... Jandira

... Juquitiba

... Osasco

... Pirapora do Bom Jesus

... Santana de Parnaíba

... São Lourenço da Serra

... Taboão da Serra

... Vargem Grande Paulista

**DIR VI - Araçatuba**

... Alto Alegre

... Andradina

... Araçatuba

... Auriflama

... Bento de Abreu

... Bilac

... Birigui

... Braúna

... Brejo Alegre

... Buritama

... Castilho

... Clementina

... Coroados

... Gabriel Monteiro

... Glicério

... Guaraçai

... Guararapes

... Guzolândia

... Ilha Solteira

... Itapura

... Lourdes

... Luiziânia

... Murutinga do Sul

... Nova Castilho

... Nova Luzitânia

... Penápolis

... Pereira Barreto

... Piacatu

... Santópolis do Aguapeí

... Sud Mennucci

... Suzanápolis

... Turiúba

... Valparaíso

**DIR VII - Araraquara**

... Américo Brasiliense  
... Araraquara  
... Boa Esperança do Sul  
... Borborema  
... Cândido Rodrigues  
... Descalvado  
... Dobrada  
... Dourado  
... Ibaté  
... Ibitinga  
... Itápolis  
... Matão  
... Motuca  
... Porto Ferreira  
... Ribeirão Bonito  
... Rincão  
... Santa Lúcia  
... Santa Rita do Passa Quatro  
... São Carlos  
... Tabatinga

**DIR VIII - Assis**

... Assis  
... Bernardino de Campos  
... Cândido Mota  
... Canitar  
... Cruzália  
... Florínia  
... Ipaussu  
... Maracaí  
... Ourinhos  
... Palmital  
... Paraguaçu Paulista  
... Pedrinhas Paulista  
... Platina  
... Ribeirão do Sul  
... Santa Cruz do Rio Pardo  
... São Pedro do Turvo  
... Tarumã  
... Timburi

**DIR IX - Barretos**

... Altair  
... Bebedouro  
... Colina  
... Colômbia  
... Embaúba  
... Guaíra  
... Guaraci  
... Jaborandi  
... Monte Azul Paulista  
... Olímpia  
... Severínia  
... Taiacu  
... Taiúva  
... Taquaral  
... Terra Roxa  
... Viradouro  
... Vista Alegre do Alto

**DIR X - Bauru**

... Agudos  
... Arealva  
... Avaí  
... Balbinos  
... Bariri  
... Barra Bonita  
... Boraceia  
... Bauru  
... Borebi  
... Brotas  
... Cabrália Paulista  
... Cafelândia  
... Dois Córregos  
... Duartina  
... Getulina  
... Guaiçara  
... Iacanga  
... Itaju  
... Jaú  
... Lençóis Paulista  
... Lins  
... Macatuba  
... Mineiros do Tietê  
... Pederneiras

**DIR X - Bauru (continuação)**

- .... Pirajuí
- .... Piratininga
- .... Pongaí
- .... Presidente Alves
- .... Reginópolis
- .... Torrinha

**DIR XI - Botucatu**

- .... Águas de Santa Bárbara
- .... Anhembi
- .... Arandu
- .... Areiópolis
- .... Avaré
- .... Bofete
- .... Botucatu
- .... Conchas
- .... Coronel Macedo
- .... Itaberá
- .... Itaí
- .... Itaporanga
- .... Itatinga
- .... Pardinho
- .... Piraju
- .... Pratânia
- .... São Manuel
- .... Taguaí
- .... Taquaritiba
- .... Torre de Pedra

**DIR XII - Campinas**

- .... Águas de Lindóia
- .... Americana
- .... Amparo
- .... Artur Nogueira
- .... Atibaia
- .... Bom Jesus dos Perdões
- .... Bragança Paulista
- .... Cabreúva
- .... Campinas
- .... Campo Limpo Paulista
- .... Cosmópolis
- .... Holambra
- .... Hortolândia
- .... Indaiatuba
- .... Itatiba

**DIR XII - Campinas (continuação)**

- .... Itupeva
- .... Jaguariúna
- .... Jarinu
- .... Joanópolis
- .... Jundiaí
- .... Lindóia
- .... Louveira
- .... Monte Alegre do Sul
- .... Monte Mor
- .... Morungaba
- .... Nazaré Paulista
- .... Nova Odessa
- .... Paulínia
- .... Pedra Bela
- .... Pedreira
- .... Pinhalzinho
- .... Piracaia
- .... Santa Bárbara d'Oeste
- .... Santo Antônio de Posse
- .... Serra Negra
- .... Socorro
- .... Sumaré
- .... Tuiuti
- .... Valinhos
- .... Vargem
- .... Várzea Paulista
- .... Vinhedo

**DIR XIII - Franca**

- .... Aramina
- .... Buritizal
- .... Cristais Paulista
- .... Franca
- .... Igarapava
- .... Ipuã
- .... Itirapuã
- .... Ituverava
- .... Jariquera
- .... Morro Agudo
- .... Nuporanga
- .... Orlandia
- .... Patrocínio Paulista
- .... Restinga
- .... Sales Oliveira

**DIR XIII - Franca (continuação)**

- .... São Joaquim da Barra
- .... São José da Bela Vista

**DIR XIV - Marília**

- .... Adamantina
- .... Álvaro de Carvalho
- .... Alvinlândia
- .... Arco-Íris
- .... Campos Novos Paulista
- .... Echaporã
- .... Fernão
- .... Flórida Paulista
- .... Garça
- .... Guaimbê
- .... Guarantã
- .... Herculândia
- .... Iacri
- .... Inúbia Paulista
- .... Lucélia
- .... Lupércio
- .... Mariápolis
- .... Marília
- .... Ocauçu
- .... Oscar Bressane
- .... Parapuã
- .... Pompéia
- .... Quintana
- .... Rinópolis
- .... Sagres
- .... Salmourão
- .... Tupã
- .... Ubirajara
- .... Vera Cruz

**DIR XV - Piracicaba**

- .... Águas de São Pedro
- .... Analândia
- .... Araras
- .... Capivari
- .... Charqueada
- .... Conchal
- .... Cordeirópolis
- .... Corumbataí
- .... Engenheiro Coelho
- .... Itirapina

**DIR XV - Piracicaba (continuação)**

- .... Jumirim
- .... Leme
- .... Limeira
- .... Mombuca
- .... Piracicaba
- .... Rafard
- .... Rio Claro
- .... Rio das Pedras
- .... Saltinho
- .... Santa Cruz da Conceição
- .... Santa Gertrudes
- .... Santa Maria da Serra
- .... São Pedro
- .... Tietê

**DIR XVI - Presidente Prudente**

- .... Alfredo Marcondes
- .... Álvares Machado
- .... Anhumas
- .... Caiuá
- .... Dracena
- .... Emilianópolis
- .... Estrela do Norte
- .... Iepê
- .... Indiana
- .... João Ramalho
- .... Marabá Paulista
- .... Martinópolis
- .... Mirante do Paranapanema
- .... Monte Castelo
- .... Nantes
- .... Nova Guataporanga
- .... Ouro Verde
- .... Panorama
- .... Piquerobi
- .... Pirapozinho
- .... Presidente Bernardes
- .... Presidente Venceslau
- .... Quatá
- .... Rancharia
- .... Regente Feijó
- .... Ribeirão dos Índios
- .... Sandovalina
- .... Santa Mercedes

**DIR XVI - Presidente Prudente (cont.)**

.... Santo Anastácio  
 .... Santo Expedito  
 .... São João do Pau d'Alho  
 .... Tarabai  
 .... Tupi Paulista

**DIR XVII - Registro**

.... Barra do Turvo  
 .... Cajati  
 .... Cananéia  
 .... Eldorado  
 .... Iguape  
 .... Ilha Comprida  
 .... Iporanga  
 .... Juquiá  
 .... Parquera-Açu  
 .... Registro  
 .... Sete Barras

**DIR XVIII - Ribeirão Preto**

.... Altinópolis  
 .... Batatais  
 .... Brodowski  
 .... Cajuru  
 .... Cássia dos Coqueiros  
 .... Cravinhos  
 .... Dumont  
 .... Guariba  
 .... Guatapará  
 .... Jaboticabal  
 .... Jardinópolis  
 .... Luís Antônio  
 .... Monte Alto  
 .... Pradópolis  
 .... Ribeirão Preto  
 .... Sta. Cruz da Esperança  
 .... Sta. Rosa do Viterbo  
 .... Sto. Antônio da Alegria  
 .... São Simão  
 .... Serra Azul  
 .... Serrana  
 .... Sertãozinho

**DIR XIX - Santos**

.... Cubatão  
 .... Guarujá  
 .... Itanhaém  
 .... Praia Grande  
 .... Santos  
 .... São Vicente

**DIR XX - S.João da Boa Vista**

.... Aguai  
 .... Águas da Prata  
 .... Caconde  
 .... Casa Branca  
 .... Divinolândia  
 .... Espírito Santo do Pinhal  
 .... Estiva Gerbi  
 .... Itapira  
 .... Itobi  
 .... Mococa  
 .... Mogi Guaçu  
 .... Moji-Mirim  
 .... Santa Cruz das Palmeiras  
 .... Santo Antônio do Jardim  
 .... São João da Boa Vista  
 .... São José do Rio Pardo  
 .... São Sebastião da Gramma  
 .... Tambaú  
 .... Tapiratiba  
 .... Vargem Grande do Sul

**DIR XXI - S.José dos Campos**

.... Caçapava  
 .... Caraguatatuba  
 .... Igaratá  
 .... Ilhabela  
 .... Jacareí  
 .... Jambeiro  
 .... Monteiro Lobato  
 .... Paraibuna  
 .... São José dos Campos  
 .... São Sebastião  
 .... Ubatuba

**DIR XXII S.José do Rio Preto**

.... Álvares Florence  
 .... Américo de Campos  
 .... Ariranha

**DIR XXII S.José do Rio Preto (cont.)**

.... Aspásia  
 .... Bálsamo  
 .... Cardoso  
 .... Cosmorama  
 .... Catanduva  
 .... Catiguá  
 .... Cedral  
 .... Elisiário  
 .... Estrela D'Óeste  
 .... Fernando Prestes  
 .... Fernandópolis  
 .... Floreal  
 .... Gastão Vidigal  
 .... General Salgado  
 .... Guarani d'Oeste  
 .... Icem  
 .... Irapuã  
 .... Jaci  
 .... Jales  
 .... José Bonifácio  
 .... Macaubal  
 .... Magda  
 .... Marapoama  
 .... Marinópolis  
 .... Mendonça  
 .... Mesópolis  
 .... Mira Estrela  
 .... Mirassol  
 .... Mirassolândia  
 .... Monções  
 .... Monte Aprazível  
 .... Neves Paulista  
 .... Nhandeara  
 .... Nipoã  
 .... Nova Aliança  
 .... Nova Canaã Paulista  
 .... Novais  
 .... Novo Horizonte  
 .... Onda Verde  
 .... Orindiúva  
 .... Ouroeste  
 .... Pirangi  
 .... Planalto

**DIR XXII S.José do Rio Preto (cont.)**

.... Poloni  
 .... Palestina  
 .... Palmares Paulista  
 .... Palmeira d'Oeste  
 .... Paraíso  
 .... Paranapuã  
 .... Parisi  
 .... Paulo de Faria  
 .... Pontalinda  
 .... Pontes Gestal  
 .... Populina  
 .... Potirendaba  
 .... Riolândia  
 .... Rubinéia  
 .... Sales  
 .... Santa Albertina  
 .... Santa Rita d'Oeste  
 .... Santana da Ponte Pensa  
 .... São João das Duas Pontes  
 .... São João de Iracema  
 .... Sebastianópolis do Sul  
 .... Tabapuã  
 .... Tanabi  
 .... Turmalina  
 .... Uchoa  
 .... União Paulista  
 .... Urânia  
 .... Urupês  
 .... Valentim Gentil  
 .... Vitória Brasil  
 .... Votuporanga  
**DIR XXIII - Sorocaba**  
 .... Apiaí  
 .... Araçariguama  
 .... Araçoiaba da Serra  
 .... Boituva  
 .... Bom Sucesso de Itararé  
 .... Buri  
 .... Capão Bonito  
 .... Capela do Alto  
 .... Cerquilha  
 .... Guapiara  
 .... Guareí

**DIR XXIII - Sorocaba (cont.)**

.... Ibiúna  
.... Iperó  
.... Itapetininga  
.... Itapeva  
.... Itaóca  
.... Itararé  
.... Itu  
.... Mairinque  
.... Piedade  
.... Pilar do Sul  
.... Porto Feliz  
.... Quadra  
.... Ribeira  
.... Ribeirão Branco  
.... Ribeirão Grande  
.... Riversul  
.... Salto  
.... Salto de Pirapora  
.... São Miguel Arcanjo  
.... Sarapuí  
.... Sorocaba  
.... Tapiraí  
.... Tatuí  
.... Tietê  
.... Votorantim

**DIR XXIV - Taubaté**

.... Aparecida  
.... Arapeí  
.... Cachoeira Paulista  
.... Cunha  
.... Guaratinguetá  
.... Lavrinhas  
.... Lorena  
.... Natividade da Serra  
.... Pindamonhangaba  
.... Piquete  
.... Potim  
.... Redenção da Serra  
.... São José do Barreiro  
.... São Luís do Paraitinga  
.... Silveiras  
.... Taubaté  
.... Tremembé