HENRIQUE GUEDES DA MOTTA RIZZO

Características da força de trabalho dos cirurgiões-dentistas no Brasil

São Paulo

2017

HENRIQUE GUEDES DA MOTTA RIZZO

Características da força de trabalho dos cirurgiões-dentistas no Brasil

Versão Corrigida

Dissertação de Mestrado apresentado à
Faculdade de Odontologia da
Universidade de São Paulo no Programa
de Pós-Graduação em Ciências
Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Campos
de Almeida Carrer

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Rizzo, Henrique Guedes da Motta.

Características da força de trabalho dos cirurgiões-dentistas no Brasil / Henrique Guedes da Motta Rizzo ; orientador Fernanda Campos de Almeida Carrer. -- São Paulo, 2017.

116 p. : fig., quadro., tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida

1. Odontologia. 2. Mercado de trabalho - odontologia. 3. Recursos Humanos - odontologia. I. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. II. Título.

Rizzo HGM. Características da força de trabalho dos cirurgiões-dentistas no Brasil.
Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 20/02/2018

Banca Examinadora

Prof(a). Dr Gilberto Alfredo Pucca

Instituição: UNB _____ Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Julie Silvia Martins

Instituição: FOUSP _____ Julgamento: Aprovado

Prof(a). Dr(a). Maria Ercília de Araújo

Instituição: FOUSP _____ Julgamento: Aprovado

Aos meus pais, Vera e Leonardo, origem de toda minha vontade que, por destino e escolha, me trouxe até aqui. Também dedico este trabalho a qualquer um que o utilize algum dia, para algo, para o bem.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho passa longe de ser um fruto de um esforço individual. Na verdade, ele é produto da colaboração de pessoas que, direta e indiretamente, tornaram-no possível.

Agradeço ao Luciano Barreto, vínculo entre o Departamento de Odontologia Social da FOUSP e o CFO, pela ajuda e atenção ao disponibilizar os bancos de dados usados nessa pesquisa.

À minha irmã Luiza, pela imensurável ajuda durante a manipulação dos dados da pesquisa. Ao final desse trabalho me restou uma dúvida sobre você: seu cérebro ou seu coração, qual o maior?

Aos meus pais e à minha irmã Clara. Meus sobrinhos, melhores presentes de 2017! Minha família é a minha melhor qualidade.

A todos os colegas do Departamento, Mariana G., Maristela, Mari Lopes, Andrea, Julie, Gustavo, Nayara, Gabi, Amanda... Me desculpem se faltar alguém, são muitos os nomes que me passam pela cabeça. Obrigado por estarem sempre disponíveis para ajudar, mesmo sem terem menor obrigação.

Aos meus amigos, minha companhia diária durante todos esses anos em São Paulo.

À minha orientadora, Fernanda Carrer, que desde o começo me fez confundir a relação profissional com amor fraternal e carinho de mãe. Foi você o pilar mais forte dos momentos mais delicados desta dissertação, e foram suas as palavras encorajadoras que precisei ouvir.

"No novo tempo, apesar dos castigos
Estamos crescidos, estamos atentos, estamos mais vivos
Pra nos socorrer"

Ivan Lins

RESUMO

Rizzo H. Características da força de trabalho dos cirurgiões-dentistas no Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2017.

O Brasil concentra um quinto dos dentistas do mundo, entretanto esse dado não reflete, necessariamente, em bons indicadores de saúde bucal para população, tão pouco em uma distribuição geográfica homogênea desses profissionais, resultando em vazios assistenciais, que são reflexos do desenvolvimento desordenado e da falta de regulamentação específica da profissão e do mercado em odontologia. A Odontologia por muito tempo evoluiu em direção a um modelo de atenção privado, com um aumento do número de profissionais especializados. Esse estudo tem o objetivo de identificar e analisar características dinâmicas da força de trabalho em saúde bucal no Brasil, no que diz respeito à: 1. Perfil sócio demográfico; 2. Característica do aparelho formador; 3. Características do estoque da força de trabalho no país. Foi realizada uma pesquisa em base de dados de órgãos oficiais do Conselho Federal de Odontologia, Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, IBGE, SIGRAS/INEP/MEC. Os resultados das diferentes fontes de consulta foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva, com dados absolutos e relativos. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, sob o protocolo nº 754.608/2014. Em junho de 2017 o Brasil registrava 286.926 profissionais ativos, a maioria jovem (entre 25 e 35 anos) e do sexo feminino. A migração foi observada em 13% do estoque e sudeste é a única região que perde profissionais mais do que recebe. A distribuição espacial dos dentistas pelo território permanece desigual, com grande concentração nas regiões Sul e Sudeste, em detrimento das regiões Norte e Nordeste e o aparelho formador acompanha a mesma tendência. O Brasil possui 230 faculdades de odontologia, a maioria delas (71%) de natureza privada. Anualmente cerca de 15.000 profissionais são disponibilizados para o mercado de trabalho. O estoque de dentistas no país continua crescendo, cerca de 1/3 do total de profissionais tem pelo menos uma especialidade, sendo a ortodontia a com maior número de profissionais. Para

enfrentar as desigualdades identificadas nesse estudo, será necessário investimento do Estado, no que diz respeito à Formação, regulação de fluxo, distribuição e eficiência do estoque e regulação dos setores privado e público. O modelo conceitual aplicado neste estudo permite afirmar que para que se estabeleçam políticas de intervenção em Recursos Humanos, faz-se necessários ciclos periódicos de monitoramento e avaliação para subsidiar a tomada de decisão por parte dos gestores, portanto estudos como este precisam ser constantemente realizados para compor análise situacional e o planejamento de tais políticas.

Palavras-chave: Odontologia. Mercado de trabalho. Recursos Humanos.

ABSTRACT

Rizzo H. Dentist's workforce characteristics in Brazil [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2017.

Brazil is home to one-fifth of the world's dentists. However this data does not necessarily reflect good oral health indicators for the population or a homogeneous geographical distribution of these professionals. This reality leads to a lack of services as a result of the disorderly development of the profession in the face of no specific intervention regarding the regulation of the dentistry profession and market. Dentistry has for a long time evolved towards a model of private care, showing an increase in the number of specialized professionals. This study aims to identify and analyze the dynamic characteristics of the oral health workforce in Brazil, regarding: 1. Socio-demographic profile; 2. Characteristics of education sector; 3. Characteristics of the labor force in the country. This study utilized the databases of the Brazilian Federal Council of Dentistry, Ministry of Health and National Register of Health Establishments - CFO, CNES, IBGE, SIGRAS / INEP / MEC. The results of the different query sources were organized into Microsoft Excel spreadsheets and analyzed using descriptive statistics, with absolute and relative data. This project was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo, under protocol no. 754608/2014. In June 2017, Brazil registered 286,926 active professionals, most of whom are young (between 25 and 35 years old) and female. Migration was observed in 13% of the stock with the Southeast region demonstrating more loss of professionals than it receives. The spatial distribution of dentists across the territory remains unequal, with a great concentration in the South and Southeast regions. This is to the detriment of the North and Northeast regions. It was also noted that the concentration of dental schools follows the same trend. Brazil has 230 dental schools, most of which (71%) are private institutions. Annually about 15,000 professionals are available to the job market. The stock of dentists in the country continues to grow with about 1/3 of the total number of professionals having at least one specialty. Data shows that a majority of the specialists in Brazil are orthodontists. In order to confront the inequalities identified in this study, it will be necessary for the State to invest in training, regulation of flow, distribution and efficiency of the work

force. Additionally, further regulation of the private and public sectors are vital. The conceptual model applied in this study allows us to affirm that for the establishment of intervention policies in human resources, periodic cycles of monitoring and evaluation are necessary to aid in decision making by regulators. This therefore proves that studies like this need to be constantly carried out to compose analysis and planning of such policies.

Keywords: Dentistry, Labor Market, Human Resources

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1 - Dentistas ativos em 2017 por Região e por sexo.....	60
Figura 5.2 - Pirâmide etária dos dentistas ativos por Região	62
Figura 5.3 - Especialistas por sexo nas dez especialidades com maior contingente	65
Figura 5.4 - As 6 principais rotas de migração interregional	77
Figura 5.5 - Número de Cursos por Região.....	80
Figura 5.6 - Número de Cursos na Capital e no Interior por Região	83
Figura 5.7 - Número de Cursos nas Esferas Pública e Privada	84
Figura 5.8 - Número de Vagas em cursos de Odontologia por Região	85
Figura 5.9 - Número de Inscrições em vestibulares para Graduação em Odontologia	86
Figura 5.11 - Novas inscrições no CFO por Região	87
Figura 5.12 - Inscrições no CFO por Tipo e por Região	89

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.1 - Quadro conceitual traduzido desenvolvido por Stephen Birch	29
Quadro 1.2 - Quadro conceitual desenvolvido por Angélica de Souza	30
Quadro 1.3 - Quadro conceitual condutor do estudo.....	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1- Categorias de análise e aspectos considerados para o estudo	52
Tabela 5.1 - Profissionais dentistas ativos por tipo de inscrição no CFO-2017.....	58
Tabela 5.2 - Total de inscritos por sexo e por estado	61
Tabela 5.3 - Dentistas ativos com 1 ou 2 especialidades	63
Tabela 5.4 - Inscrições Ativas e Percentual de Especialistas por Região	63
Tabela 5.5 - Profissionais ativos por Especialidade	64
Tabela 5.6 - Dentistas ativos por sexo nas Especialidade	66
Tabela 5.7 - Distribuição dos profissionais por Região	67
Tabela 5.8 - Dez UFs com maior número de cirurgiões-dentistas.....	67
Tabela 5.9 - Habitantes por Cirurgião-Dentista por Região.....	69
Tabela 5.10 - Habitantes por Cirurgião-Dentista nas Capitais por Região	69

Tabela 5.11 - Habitantes por Cirurgião-Dentista no Interior por Região	70
Tabela 5.12 - Habitantes por Cirurgião-Dentista por UF.....	70
Tabela 5.13 - Percentual de Registro do tipo Transferência por Região	73
Tabela 5.14 - Percentual de Registro do tipo Transferência por UF	74
Tabela 5.15 - Profissionais migrados e imigrados por Região.....	75
Tabela 5.16 - Profissionais migrados e imigrados por UF	76
Tabela 5.17 - Inscritos como Transferência por Região e por sexo.....	78
Tabela 5.18 - Inscritos como Transferência por UF e por sexo	78
Tabela 5.19 - Cursos de Odontologia por Região e Esfera	79
Tabela 5.20 - Número de Dentistas por esfera de atuação e por UF	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
APSB	Atenção Primária à Saúde Bucal
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-Dentista
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PNSB	Programa Nacional de Saúde Bucal
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RHSB	Recursos Humanos em Saúde Bucal
ROREHS	Rede de Observatório de Recursos Humanos em Saúde

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SIGRAS	Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TPD	Técnico em Prótese Dentária
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
1.1	QUADRO CONCEITUAL SOBRE A TEMÁTICA ESTUDADA	27
2	REVISÃO DA LITERATURA	333
3	PROPOSIÇÃO	49
4	METODOLOGIA	51
4.1	PESQUISA EM BASE DE DADOS DE ÓRGÃOS OFICIAIS	51
4.1.1	Validação do banco de dados	53
4.2	REVISÃO DA LITERATURA	53
4.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	53
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	54
5	RESULTADOS	55
6	DISCUSSÃO	93
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
	REFERÊNCIAS	105
	ANEXOS	113

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tomou como referência as pesquisas sobre Demografia Médica no Brasil, realizadas nos anos de 2011, 2013 e 2015 pelo Prof. Dr. Mário Scheffer, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Como infere na introdução do seu trabalho,

Demografia médica é o estudo estatístico da população de médicos, que pode ser também aplicado aos demais profissionais de saúde, compreende ainda a regulação populacional das profissões no contexto mais vasto da gestão dos sistemas de saúde de um país.^{1, p.9}

Logo, caberia dizer que o estudo estatístico da demografia da força de trabalho em saúde bucal compreende a regulação populacional dos dentistas e pessoal auxiliar (TSBs e ASBs) do país.

Esta temática tem tido destaque em pesquisas ao redor do mundo, à medida que é impossível se pensar em sistemas de saúde sem uma força de trabalho qualificada e motivada.²⁻⁴ A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a importância de análises situacionais nos países visando um correto diagnóstico e consequentemente planejamentos e ações pertinentes às realidades locais. Para esse diagnóstico não bastam estudos superficiais, que apenas quantifiquem a força de trabalho e sua necessidade no mercado, é necessário também contextualizar indicadores sociais, econômicos, políticos, geográficos e tecnológicos da área em enfoque.⁵⁻⁷ Sistemas de serviço de saúde encontram-se imersos nos determinantes sociais de um território. A eficiência desses sistemas é resultado da relação entre os recursos disponíveis e as necessidades da população.^{8,9} Quando se discute políticas de intervenção para adequado funcionamento desses sistemas, avaliações estatísticas precisas e confiáveis precisam ser realizadas a fim de conduzir essa discussão. Características demográficas, competências, distribuição, volume e tipo de atividades, fatores que influenciam a retenção de profissionais, entre outros, são dados imprescindíveis para esse tipo de estudo.¹⁰⁻¹²

Em março de 1986, em Brasília - Distrito Federal ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, fato marcante e fundamental para a discussão da questão “Saúde no Brasil”. Em 1988, na constituição cidadã foi criado o Sistema único de Saúde (SUS), que prevê pela primeira vez ações que englobam a formação e a regulação de recursos humanos para o sistema de saúde brasileiro.¹³ Segundo o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.¹³

A saúde passa a assumir uma dimensão política, estando agora vinculada à democracia. Neste cenário, destaca-se a Política Nacional de Saúde Bucal (2004), denominada Brasil Sorridente, que em 12 anos contribuiu para mudar o mercado de trabalho em saúde bucal, à medida que quadruplicou suas equipes de saúde bucal na ESF, aumentando expressivamente o número de dentistas que prestam serviço ao SUS.^{14,15}

Nos últimos anos muito tem sido estudado no sentido de produzir evidência científica capaz de subsidiar a tomada de decisão de gestores em torno do tema de Recursos Humanos em Saúde. Linhas de pesquisas como regulação do trabalho e das profissões de saúde, monitoramento do mercado de trabalho em saúde, estudos de identificação de áreas de escassez de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, política, planejamento e gestão em Saúde e compreensão e crítica da medicina preventiva; são alguns temas contemporâneos e que vem ganhando bastante força em tempos nos quais os resultados são cada vez mais exigidos das políticas públicas, por parte da sociedade e dos governos.¹⁶⁻¹⁸

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) foi um componente importante nas ações do governo brasileiro voltadas aos recursos humanos em saúde. A Secretaria tem o compromisso de formular políticas públicas voltadas à gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.¹⁹

Especificamente na área de saúde bucal foi publicado em 2010 um estudo inédito que traçou um perfil do dentista brasileiro.²⁰ Este estudo nos trouxe características inéditas e importantes como total de CD e distribuição regional, migrações de profissionais, perfil da formação técnico-científica do CD brasileiro e perfil do mercado de trabalho da Odontologia. Esse foi um trabalho pioneiro em levantamento de dados do Mercado de Trabalho da Saúde Bucal no Brasil, de extrema importância quando se deseja fazer inferências sobre o panorama da Odontologia brasileira até 2010.²⁰ Entretanto observa-se carência de estudos que atualizem e aprofundem discussões neste tema e contribuam para formulação de uma política de RHSB capaz de corrigir as iniquidades apontadas por Morita e colaboradores, além de ser um trabalho que possui uma meia-vida curta quando se deseja usar levantamentos mais fiéis ao perfil atual.

1.1 QUADRO CONCEITUAL SOBRE A TEMÁTICA ESTUDADA

Para melhor conduzir este trabalho, foi desenvolvida uma representação esquemática do funcionamento de serviços de saúde para a população. Esse framework foi desenvolvido a partir de outros dois publicados na literatura: o primeiro desenvolvido por Stephen Birch, da Universidade de Hamilton, Ontario, e o segundo desenvolvido pela Angélica Souza da Organização Mundial de Saúde.

O primeiro framework no qual esse estudo se baseou no planejamento para um uso racional de recursos humanos em saúde, estimando os efeitos das alterações demográficas do estoque de uma determinada categoria profissional no sistema de saúde. Este quadro conceitual prevê uma análise que incluiu as

necessidades de saúde da população, níveis de serviço para responder essas necessidades e a produtividade como variáveis adicionais na determinação de políticas de intervenção (Quadro 1.1).²¹

Esse framework demonstra primeiramente onde um Sistema de Serviço de Saúde se insere, seja este público ou privado. Determinantes sociais, políticos, econômicos e geográficos estão presentes nas regiões extremas desse fluxograma, demonstrando que todo o processo de gestão do serviço se encontra imerso nessas variáveis, sendo diretamente afetados a partir da alteração de algum desses fatores.

Mais ao centro, no limite externo do processo, estão representadas as necessidades da população e a eficiência do estoque de recursos humanos e não humanos. Interessante notar que a atenção às necessidades da população não é ampliada apenas com o aumento dos recursos disponíveis, mas sim pela eficiência destes.

No centro do fluxograma encontramos o planejamento do cuidados à saúde, que ocorre de forma completamente dependente dos elementos já descritos. O planejamento e a previsão tomam como base os recursos financeiros disponíveis, a produção de Recursos Humanos (educação e treinamento), gestão, organização, e a promoção dos serviços. A partir desse planejamento, medidas são implementadas, trazendo resultados para o Serviço.

Quadro 3.1 - Quadro conceitual traduzido desenvolvido por Stephen Birch

Fonte: Birch S. et al.²¹ (traduzido)

O segundo framework é menos abrangente e focado no mercado de trabalho na saúde e políticas de intervenção. Nele está esquematizado o aparelho formador de novos profissionais, os possíveis percursos que estes poderão ter no mercado, e as políticas de regulação. O primeiro componente, o setor de educação, é onde se formam os profissionais que atuarão na área da saúde direta ou indiretamente. É na Graduação e em cursos profissionalizantes que se forma o Estoque de Recursos Humanos Qualificados, ou seja, o grupo qualificado de pessoas para exercer assistência à saúde. Infelizmente, não são todos esses que chegarão a trabalhar na assistência à saúde para a população, devido aos extravios como migração, abandono da profissão, desemprego, entre outras razões.

Definidos os Recursos Humanos disponíveis, composto por profissionais da saúde em atividade, o fluxograma pontua características desse grupo como distribuição, produtividade e qualidade do cuidado. A partir daí, Políticas para regular

os diferentes setores serão discutidas, abordando diversos componentes do Mercado de Trabalho (Quadro 1.2).²²

Quadro 3.2 - Quadro conceitual desenvolvido por Angélica de Sousa

Fonte: Sousa A. et al.²² (traduzido)

Os quadros conceituais apresentados anteriormente abordavam redes de atenção à saúde como um todo, desconsiderando a especialidade do serviço. O presente estudo, por ser específico da saúde bucal, fará algumas adaptações para poder usar os estudos como referência. O quadro conceitual que norteia esse estudo foi desenvolvido a partir da união dos anteriores, com o intuito de possuir uma visão ampla das redes de atenção à saúde e abranger discussões sobre componentes específicos desses serviços, facilitando assim a visualização desses elementos e a definição de prioridades (Quadro 1.3).

Quadro 3.3 - Quadro conceitual condutor do estudo

Fonte: o autor

Inicialmente nesse framework está representado o cenário, onde todos os níveis de Atenção à Saúde estão inseridos. O cenário é composto pelo território (estático), sua população e determinantes sociais, econômicos e políticos. (dinâmicos). É do cenário que serão extraídos os dados necessários para a Análise Situacional do Sistema de Saúde instaurado. A Análise Situacional avalia tanto os Recursos Humanos e Não Humanos (bancos de dados) quanto as Necessidades da População (levantamentos Epidemiológicos). A partir desse cruzamento de dados (fonte x utilização) torna-se possível a discussão sobre o panorama atual, assim como a elaboração de futuras políticas de intervenção para aprimoramento do processo.²³ Nesse trabalho focaremos nos componentes relacionados aos recursos humanos do quadro conceitual.

Planos para mudança dos processos de Formação de RHS, Distribuição e Eficiência dos recursos e Regulação dos profissionais poderão agora ser avaliados a partir de um levantamento condizente com a realidade.²⁴ É importante notar que, após políticas de intervenção serem praticadas, os determinantes em que o cenário se encontra inserido sofrem modificações. Isso explica a necessidade do elo mais externo do fluxograma, onde após a Intervenção é realizado o Monitoramento e Avaliação das medidas adotadas. Assim, o processo torna-se um ciclo, o que faz todo sentido quando pensamos que ambiente social se modifica de forma constante. Isso evidencia a necessidade de uma análise situacional também constante para a adequação das ações em saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para compreendermos o mercado de trabalho de odontologia e os recursos humanos em saúde bucal na atualidade é necessário que se olhe para o passado afim de compreender o percurso histórico da saúde bucal no Brasil e como nossa profissão se configura na atualidade. Nesta revisão será feito um resgate histórico até a implementação do Sistema Único de Saúde e do Brasil Sorridente. Percorreremos as principais políticas de recursos humanos implantadas no Brasil nos últimos anos e seus principais resultados e por fim, faremos uma descrição dos estudos em saúde bucal e recursos humanos que têm sido desenvolvidos, afim de que possamos dialogar com a literatura e através dos resultados desta dissertação propor uma discussão sobre mercado de trabalho atual de saúde bucal no Brasil, perspectivas e desafios. Contextualização histórica e Recursos humanos em saúde no Brasil.

O primeiro fato marcante da história da Saúde Bucal no Brasil, podendo ser considerado como início desta, aconteceu em 1500 com a chegada dos portugueses ao Brasil. Há relatos de que o número de cáries nos tripulantes das embarcações que chegavam era muito superior ao encontrado nos índios. Um pouco mais tarde, esse panorama foi rapidamente modificado após a implantação da primeira atividade economicamente organizada do país: a produção de açúcar. O desenvolvimento do capitalismo produzia seu primeiro efeito colateral sobre a Saúde Bucal da época, ampliando o consumo de açúcar e provocando alterações no padrão alimentar da população. O Brasil era (e continua sendo) o principal produtor de açúcar do mundo.²⁴

A necessidade de cuidado à Saúde Bucal criou no período Colonial uma demanda de uma “força de trabalho” que na época era suprida por mestres cirurgiões e barbeiros vindos de Portugal, e por curandeiros no caso dos índios e negros. Em 1521 foi criada a Carta de Ofício, considerada a primeira política de regulação da atividade, pois era preciso tê-la para exercer o ofício de barbeiro, um exemplo emblemático de nossa história foi Tiradentes.²⁵

Durante o período imperial, após a chegada da Família Real ao Brasil em 1808, a formação de recursos humanos especializados e a organização das atividades profissionais na odontologia começaram a tomar forma. Medidas como a criação da “Carta de Dentista” como autorização para a atividade, criação dos primeiros cursos de odontologia na Bahia e no Rio de Janeiro e a manutenção de atividades assistenciais na área militar formam a história de construção da profissão de cirurgião dentista no Brasil e permitem compreender como a profissão se configura na atualidade. Vale ressaltar que a literatura relata que a assistência pública era restrita a atividades de instituições filantrópicas da época.²⁶

Com a proclamação da República, em 1889, aumentaram as medidas de administração federal. No início do século XIX, um período de consolidação do capitalismo, ocorreu a legalização da profissão junto ao mecanismo de diplomação universitária no Brasil. A Odontologia passaria, portanto, a ser uma profissão de saúde, de caráter predominantemente liberal e contava, conseqüentemente, com um mercado de trabalho que se consolidaria e se expandiria ao longo do tempo.

Outro fato histórico importante, que merece destaque foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, com a implementação de normas visando à reforma e regulação dos profissionais existentes, bem como a regulação do processo de formação dos dentistas. Nessa fase, houve o início da tecnificação dessa ciência, paralelamente à formação de indústrias de equipamentos, medicamentos e insumos.²⁷

Na década de 1950, iniciou-se ao redor do mundo um movimento mais concreto, e agora com discussões mais ricas e com mais embasamento, da área científica que começava a se definir, a Saúde Coletiva. Os debates se tornaram mais amplos, partindo da crítica ao modelo curativista, até a definição de novos conceitos de saúde e cuidado. A saúde possuía agora um conceito mais amplo, sendo vista como fruto de diversos fatores de diferentes níveis. As pesquisas da área partiam de evidências epidemiológicas, afim de tornar mais claros os problemas existentes na saúde das populações.²⁸

Essa fase durou até 1970 e acompanhou o desenvolvimento capitalista nacional. A concepção de ensino e a prática odontológica profissional se desenvolveram sob uma abordagem tecnicista, voltada para a venda de serviços no

campo privado. Com a expansão do número dos cursos de Odontologias, o aumento da competitividade desenfreada do mundo globalizado e o fomento de virtudes egocêntricas, foi mantido esse cenário em um país que contrasta 20 milhões de desdentadosii (10% da população) com mais de 250 mil cirurgiões-dentistasiii (20% dos dentistas do mundo). Tal movimento aumentou a concorrência entre os profissionais e gerou uma tendência à diferenciação profissional e comercial, o que se refletiu em uma busca por cursos de especialização.

Já na fase pré-democratização, no Brasil, destacam-se alguns momentos importantes para o contexto da discussão de RHS, como por exemplo, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde de 1986, que discutiu Ausência de integração ensino/serviço; Alienação das escolas de saúde em relação à realidade social e o Conflito de interesses entre o sistema de saúde e o sistema formador.

Em 1988, o advento do Sistema Único de Saúde brasileiro trouxe consigo enormes desafios à sociedade brasileira, que criou e institucionalizou um sistema de saúde ousado, inovador em um país com dimensões continentais, com uma grande população caracterizada por profundas desigualdades sócio econômicas. Um dos desafios apontados desde a criação do SUS é adequação e readequação dos recursos humanos para o trabalho no SUS, já que se exige deste profissional, capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, se auto-organizar e enfrentar situações em constantes mudanças.²⁹

Em 2001, Pierantoni já observava que na área de RH em saúde no Brasil havia uma mistura de movimentos que se caracterizam por um lado em debates de grande qualidade, com importante e robusta produção intelectual sobre tema, tornando a discussão inovadora e produtiva, ao mesmo tempo, convivia no mesmo cenário um movimento conservador, pela baixa institucionalização alcançada entre as discussões inovadoras do campo da teoria e as ações práticas do sistema de saúde focadas na área de recursos humanos.³⁰

A Odontologia, por sua vez, em 2004 fora caracterizada por Moysés como sendo “A passagem da Odontologia de mercado, de natureza liberal e privada, típica das últimas décadas do século XX, para uma Odontologia sujeita às oscilações da

oferta de emprego e renda, num mercado extremamente competitivo” e que a transformação do egresso para a nova realidade que se colocava era fundamental para adequá-lo ao mercado de trabalho, seja ele no serviço público ou privado.³¹

O fenômeno observado por Moysés encontra parte da explicação na década de 1990 até o início dos anos 2000 quando houve uma diminuição da concorrência (proporção candidato por vaga) nas instituições públicas de ensino, simultâneo a um vertiginoso crescimento do número de instituições privadas de ensino superior. Um número maior de profissionais era lançado no mercado de trabalho e este não possuía capacidade de absorção ordenada desta demanda.

A temática de RHS tem sido discutida no Brasil, em 1993, a II Conferência Nacional de Recursos destacou que havia necessidade de Integração entre Instituições de Ensino Superior (IES) e prestadores de serviço de saúde para efetiva e adequada formação de RHS para o SUS; que era necessária uma efetiva participação do SUS na regulação e na ordenação do processo de formação e que havia necessidade de revisão dos currículos de formação para os cursos da área de saúde. Em 1996, como resultado das discussões de anos anteriores, foi proposta a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) com as metas de promover uma universidade mais aberta às demandas da sociedade e mais universidade engajada no desenvolvimento da sociedade brasileira. Em 2002, no entanto, são lançadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Odontologia nas quais se indicava a necessidade de mudança da abordagem de ensino na formação profissional, visando a reflexão sobre as necessidades de saúde da população, o atendimento humanizado, e o desenvolvimento de um senso crítico.³²

Este debate persistiu nos últimos anos, vale recordar que o modelo clássico Flexneriano, herdado das escolas médicas, e aplicado no ensino odontológico, privilegia a assistência, é altamente biologista, centrada na figura do cirurgião-dentista, medicalocêntrico, com ensino fragmentado e dividido em disciplinas estanques.

Se por um lado temos a necessidade de mudança no perfil do trabalhador em saúde bucal e qualificação dos profissionais já formados, temos por outro lado um mercado em Odontologia caracterizado por profundas modificações estruturais,

portanto, repensar o modelo de formação de RH em Saúde Bucal tem sido uma agenda na qual a Universidade e os governos têm se debruçado na busca de atender à demanda de saúde bucal da sociedade e garantir condições de trabalho aos próprios trabalhadores de saúde bucal.

Observe que não estamos mais apenas tratando da formação específica de cirurgiões-dentistas, que tem importância indiscutível e que terá espaço nesta discussão, entretanto a partir de agora abordaremos o assunto sob a ótica da formação de RH para a saúde bucal, incluindo portanto outros atores tais como a ASB, TSB, TPD, além dos próprios docentes das universidades e cursos técnicos, dos trabalhadores da saúde bucal inseridos na rede de atenção à saúde e no SUS, gestores, dentre outros.

Araújo em 2006 afirma que “A questão da formação de profissionais de saúde envolve diretamente as oportunidades advindas do mercado de trabalho, o perfil profissional e a satisfação das demandas populacionais. Assim, a articulação entre as políticas de educação e de saúde é fundamental para que as transformações sejam possíveis.”³³

Observamos nas últimas décadas uma precarização do trabalho em Odontologia, aparentemente o modelo de atendimento individual e liberal está se esgotando, a renda do Cirurgião dentista sofreu quedas importantes, houve um grande aumento de profissionais no mercado e eles se concentram nos grandes centros especialmente no sul e sudeste, observamos uma expansão de cursos de odontologia que foram criados sem uma organização adequada, a profissão está se feminilizando, os convênios são uma realidade e o trabalho no serviço público tem sido uma opção bastante importante para o cirurgião-dentista atualmente.²⁰

Pensar a adequação da formação de RH em saúde bucal é necessariamente pensar ações integradas com as outras áreas da saúde. Para romper com o modelo tradicional de atenção em saúde bucal e formar profissionais da saúde bucal com uma visão ampliada do processo saúde doença, no qual os determinantes sociais são valorizados e são alvo de ações por parte dos trabalhadores de saúde, sempre buscando um trabalho em equipe, resolutivo, efetivo, com enfoque na atenção integral e humanizada do usuário, temos que, necessariamente, propor políticas públicas intersetoriais que contemplem a complexidade da atenção em saúde e em

saúde bucal necessárias para atender à demanda da sociedade brasileira e de seu sistema de saúde.

Neste sentido, de articular ações intersetoriais que garantam políticas de formação de recursos humanos para atender à demanda da sociedade brasileira e que atendam as diretrizes da política nacional de saúde, que o governo federal criou em 2003 a Secretaria da Gestão do trabalho e da educação na saúde (SGTES), que estabelece em suas diretrizes: 1. A necessidade de buscar o alinhamento entre os atores envolvidos com as mudanças e processos dinâmicos nos sistemas de saúde; 2. Estabelecer estratégias que permitam a distribuição equitativa e adequada de profissionais de saúde; 3. Instituir mecanismos que regulem a migração de profissionais da saúde; 4. Promover a interação entre as instituições de ensino e de serviço de saúde de modo que os trabalhadores em formação incorporem os valores, as atitudes e as competências do modelo de atenção universal fundamentado na qualidade e equidade.

A SGTES é responsável por programas de formação e qualificação que atingem desde alunos de graduação, passando por docentes, e instituições de ensino públicas e privadas sem fins lucrativos, até profissionais já inseridos no SUS sejam eles profissionais de nível superior ou técnico, portanto, a seguir será feita uma breve descrição das principais ações e programas que o Brasil tem desenvolvido na área de educação em saúde e RH, destacando, quando possível a inserção da Odontologia em cada um deles.

1. Pró-Saúde: Programa de reorientação da formação da formação profissional em saúde visa à reorientação da formação dos profissionais de saúde favorecendo mudanças curriculares segundo três eixos – orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica – com o objetivo de fortalecer a integração entre instituições de ensino e serviço público de saúde, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O pró-saúde contemplou 379 projetos em todas as áreas da saúde até 2011, sendo que 13% deles foram em cursos de Odontologia de todo o Brasil, os dois cursos que superam a Odontologia em número de projetos aprovados são enfermagem com 21% e Medicina com 17%. Desde 2006 a Faculdade de

Odontologia da Universidade de São Paulo foi contemplada pelo Pró-saúde, afim de alavancar o processo de reestruturação curricular que já acontecia antes de 2006.

2. Pet-Saúde: “Programa de ensino pelo trabalho”, como objetivo de promover a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do (SUS), o programa de Educação pelo trabalho para saúde (PET-Saúde), tem sido uma importante experiência para as instituições de ensino, assim com para os serviços, que recebem alunos, trocam saberes com a academia, vivem a rotina da tutoria e podem estabelecer diálogo entre a academia e as práticas cotidianas dos serviços de saúde. De 2009 a 2012 foram contemplados 334 projetos em saúde da família, vigilância e saúde mental e no final de 2011, a SGTES decidiu fundir Pró-Saúde e Pet-Saúde em um único edital estabelecendo assim um senso entre a reorientação da formação promovida pelo Pró e a educação pelo trabalho proposta pelo PET. Mais uma vez a USP foi contemplada em um grande projeto aprovado com todas as áreas da saúde, sob coordenação de uma docente da FOUSP. Até o ano de 201XXX a USP participou de todas as edições desse programa.

3. Telessaúde Programa Nacional de telessaúde- Brasil Redes: Funciona com Núcleos de Telessaúde implementados em 11 estados e oferecem teleconsultorias, telediagnósticos e tele-educação a aproximadamente 1.500 Unidades Básicas de Saúde. Já foram ofertadas mais de 45 mil teleconsultorias e 400 mil exames de apoio diagnóstico no âmbito do Programa.

Estudo desenvolvido pelo Núcleo do Rio Grande do Sul aponta que a cada duas teleconsultorias realizadas, um encaminhamento é evitado. Há casos também em que a necessidade de encaminhamento é identificada a partir da teleconsultoria. Em ambos os casos, o serviço melhora a resolubilidade da atenção, reduz os custos operacionais dos serviços, contribui para a qualificação e redução do isolamento dos profissionais.

Instituído pelo Ministério da Saúde em 2007, o telessaúde, num primeiro momento se tinha como objetivo fortalecer a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família por meio do maior acesso trazido pela telessaúde.

Hoje o Programa se expande para todas as Redes de Atenção e oferece os seguintes serviços:

1. Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo online e off-line.

2. Telediagnóstico: serviço autônomo para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distância e temporal;

3. Segunda Opinião Formativa: resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas originadas das teleconsultorias;

4. Tele-educação: conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

5. PROFAPS- Programa de profissionalização dos trabalhadores de nível médio da área da saúde, que tem como objetivo formar e qualificar trabalhadores de nível médio em áreas técnicas estratégicas para a saúde, visando à melhoria da atenção e da assistência à saúde do usuário do SUS. Em 2012 todos os estados brasileiros possuíam pelo menos uma ETSUS (Escola técnica do Sistema Único de Saúde).

Cursos para TSBs, ASBs e para técnicos de próteses dentárias tem sido oferecidos pelo Brasil e compõem uma importante rede de formação de trabalhadores de nível médio em saúde bucal para comporem as equipes de saúde bucal em todo o Brasil.

6. UNASUS: O Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS foi criado com a finalidade de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio do desenvolvimento da modalidade de educação a distância na área da saúde. A Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com estados, municípios, instituições públicas de ensino superior e organismos internacionais para oferta de cursos de pós-graduação e de extensão

universitária. Com foco na qualidade didático-pedagógica, a UNASUS tem como finalidade atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio de cursos a distância, utilizando a internet como veículo de atualização profissional ao longo da vida. O UNASUS tem oferecido cursos de qualificação para profissionais de saúde, dentre eles cirurgiões-dentistas e outras categorias profissionais.

7. Observatório: A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil (ROREHS) é uma iniciativa do Ministério da Saúde em conjunto com a OPAS/OMS. Compõe um projeto de âmbito continental da OPAS, já implantado em diversos países das Américas. O propósito geral da Rede é propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre recursos humanos de saúde no País, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais, bem como regulação social dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde. O propósito geral da rede é produzir estudos e pesquisas na área de recursos humanos em saúde, a fim de contribuir para o desenvolvimento da área. É composta por Estações de Trabalho formadas por Instituições de Ensino, pesquisa e serviço, sendo interligadas pela OPAS/OMS.^{31,34-}

36

A Faculdade de Odontologia da USP sedia o único Observatório voltado às questões de saúde bucal da Rede, o OBSERVARHODONTO, que realiza pesquisas sobre aos recursos humanos odontológicos no campo da gestão, formação e regulação das profissões e ocupações de saúde bucal no Brasil.

Como podemos observar aquela efervescência de ideias e discussões observadas em 2001 por Pierantoni, que resultava em teorias ousadas sobre a formação de RH para saúde no Brasil, mas com práticas ainda tradicionais, resultaram em um volumoso e consistente conjunto de ações e políticas que tem pensado de forma séria a questão da formação de RH para SUS, como observamos, o MS que em última instância regula e orienta a formação de profissionais de saúde no Brasil, tem fomentado e induzido ações que vão da formação técnica para saúde bucal, passando pela reorientação do modelo de formação superior para CDs, trabalhando a readequação e requalificação de profissionais de saúde bucal da rede

do SUS, envolvendo o serviços em ações de ensino, fazendo com que o próprio serviço e território sejam cenários de prática.³⁰

Araújo 2006 finaliza seu texto sobre palavras e silêncios, afirmando que “A saúde deve ser o eixo que orienta a estruturação curricular, encetando a formação de um profissional apto a interferir na realidade do indivíduo e da comunidade, buscando a sua transformação. A educação do profissional também não pode se encerrar com a conclusão do curso, pois deve se manter numa continuidade durante toda sua vida. Assim, estudantes, professores, profissionais de saúde e usuários devem ser sujeitos dessa mudança, constituindo o processo coletivo de reflexão crítica sobre as práticas tradicionais, de aquisição de novos conhecimentos”, entretanto não temos dúvida de esta é uma reflexão e um convite para que pensemos a adequação e a readequação da formação de RH em Odontologia e não só no ensino superior de modo que os outros profissionais de saúde bucal sejam alvo de ações transformadoras e inovadoras para a nova Odontologia que é realidade, com a expansão do Brasil Sorridente, do número de equipes de saúde bucal, com status de área estratégica que hoje a saúde bucal conquistou no MS, desde 2004.³³

A Política Nacional de Saúde Bucal, processo de trabalho e recursos humanos em saúde bucal

O Brasil viveu na instalação e nos primeiros anos do SUS a realidade do neoliberalismo e sua teoria do estado mínimo e os obstáculos que a Odontologia, especialmente a Saúde Bucal Coletiva, enfrentou para se estabelecer e expandir seu alcance, dando voz aos ideais por ela proclamados e estabelecidos, dentre outros movimentos, pelas 1ª e 2ª CNSB, podem ser explicados por razões políticas e ideológicas.

Em 2002, no entanto, o Brasil elege um novo presidente, figura importante na redemocratização do país e que sempre se opôs ao modelo neoliberal. Neste novo contexto político, é que se deu a 3ª Conferência de Saúde Bucal e nela definidos o que seria em 2004 o documento de diretrizes da nova política nacional de saúde bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente”.¹⁵

No novo governo, em 2002, a saúde bucal foi declarada área estratégica e a Coordenação Nacional de Saúde Bucal recebeu apoio político e aporte financeiro para tirar do campo da teoria as aspirações da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. Pucca afirma que a PNSB é o resultado de anos de construção social, que teve nos momentos históricos que discutiram o modelo de saúde do Brasil, à saber: Reforma sanitária, 7 e 8 conferências nacionais de saúde e 1,2 e 3 Conferências nacionais de saúde bucal, importantes marcos históricos. O mesmo autor afirma que em 2004 a saúde bucal coletiva, enfim, começou a ver sair do papel o sonho de uma atenção à saúde bucal integral, em busca da universalidade e equidade, como reza a Constituição de 1988 e os desafios para romper com o modelo tradicional de assistência odontológica no SUS seriam enormes.

Para a organização deste novo modelo, alinhado à Política Nacional de saúde e baseado nos princípios da estratégia de saúde da família, Pucca ainda afirma que é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar e neste modelo era imperativo a reorientação da formação na área de saúde bucal.^{14,37}

O trabalho observando-se a linha do cuidado implica um redirecionamento do processo de trabalho, no qual o bom funcionamento da equipe de trabalho é um de seus fundamentos mais importantes, e que a atenção em saúde bucal precisa romper com o modelo de atenção centrada exclusivamente no cirurgião-dentista, que continua a ser o chefe da ESB, mas que tem em seus outros membros (técnicos e auxiliares) pessoas chave para viabilizar o trabalho e as ações em saúde bucal. Para se adequar esse processo ao novo modelo é fundamental que se trabalhe, tanto nos cursos de graduação quanto nas capacitações e cursos de pós-graduação, os conceitos da interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, que devem ser pensadas e realizadas na lógica da integralidade da atenção, da intersetorialidade, ampliando a rede e qualificando a assistência.³⁸

Para que a saúde bucal rompesse com o modelo passado e adequasse a atenção à saúde bucal aos preceitos constitucionais, a gestão central assumiu alguns compromissos: qualificar a atenção básica, assegurar integralidade das ações, utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o

planejamento, centrar a atuação na vigilância em saúde, financiar e definir uma agenda de pesquisa científica, esses preceitos passam necessariamente pela formação de recursos humanos, pois são os profissionais que executarão a política, esse novo modo de cuidado e precisam estar capacitados para tanto.

A PNSB e a proposta de um novo modelo de atenção em saúde bucal tem avançado porque houve uma decisão política de reconhecimento do papel estratégico da SB na atenção integral à saúde e porque houve um financiamento considerável para área, já que a SB estava estagnada há anos e reverter o quadro encontrado em 2002, só seria possível com um robusto financiamento.³⁹

O especial de saúde bucal, publicado no caderno de atenção básica, em 2006, revela um modelo de atenção em saúde bucal, planejado em uma rede de atenção integrada, com característica poliárquicas, regionalizada e hierarquizada, tendo a atenção básica a responsabilidade de organização do usuário pelo interior do sistema e o mais importante, a saúde bucal está sendo, desde 2004, integrada ao SUS e às equipes de ESF, de modo a corrigir um dos maiores erros que a odontologia cometeu, que foi levar para o serviço público a lógica do trabalho autônomo privado, como foi o caso do dentista na escola.⁴⁰

Como parte importante da estratégia de expansão e adequação do modelo de atenção à saúde bucal no SUS, o aumento de ESB junto à ESF, tem proporcionado melhoria no acesso e tem permitido que o resto da rede se viabilize, lembrando que é a APS a responsável pela organização da rede, de modo prioritário. O número de ESB saltou de 4261 em 2002 para 22.139 em 2012, entretanto além do aumento de número de equipes, procurou-se espalhar a ASB pelo território nacional, portanto outro número expressivo, que demonstra a estruturação da rede é a presença de equipes por municípios, em 2012 os registros do MS indicavam que 4907 cidades possuíam pelo menos 1 equipe, este número era de apenas 2.302 em 2002. Como consequência deste incremento no número absoluto e no número relativo de ESB pelos municípios, a cobertura cresceu de 7% em 2002 para 39% em 2012. O SUS passou a ser um grande empregador em saúde bucal e esta nova realidade tem imposto novas discussões e movimentos para adequar currículos para esta formação.

A criação dos CEOS, Centros de especialidades odontológicas, foi um marco na atenção à saúde bucal no Brasil. Pucca afirma que a atenção especializada é um importante gargalo na atenção à saúde e não só na saúde bucal no Brasil.¹⁴ A criação, pela primeira vez na história do Brasil, de uma rede estruturada de atenção secundária foi tão importante para a saúde bucal, que apesar de nos parecer um erro, os CEOS se tornaram quase que sinônimo de Brasil Sorridente. Atualmente, a rede de atenção integrada à saúde bucal pode contar com a APSB alocada na Unidade Básica de Saúde, ao lado de profissionais tais como médicos, enfermeiros, ACS, além da TSB e ASB e com atenção secundária mais dispersa pelo território da rede, respeitando o princípio da gestão de que recursos mais abundantes e com necessidade e demanda maior por parte da clientela deve ficar mais próxima do usuário e dispersa no território, enquanto recursos mais escassos e com menor demanda devem ficar mais concentrados em determinados locais, nos quais o deslocamento não é fator tão decisivo.

Ainda na média complexidade, afim de superar e pagar parte de uma dívida histórica que temos com uma parte da população mutilada por uma Odontologia com práticas equivocadas, tendo em vista que mais de 70% dos idosos no Brasil são desdentados e na faixa etária de 30 a 44 anos, 30 % dos adultos não tem um dente na boca, os LRPD são estruturas importantes no contexto da rede de atenção à saúde e no novo modelo de atenção à SB proposto pelo MS. Atualmente, contamos com cerca de 1380 laboratórios, que necessitam de um investimento de mais de 8 MILHOES/MÊS.^{14,32,39,41}

A alta complexidade em Odontologia sempre foi um nó crítico, pois outros atores entram neste cenário, com interesses diversos, entretanto o Brasil Sorridente tem enfrentado as resistências e tem aberto, de modo bem mais tímido é verdade, caminhos para a Odontologia no nível terciário de atenção. O credenciamento de Cacons e Unacons foi vinculado à presença do dentista na equipe, isso garante que os pacientes oncológicos tenham acesso à atenção odontológica antes, durante e depois de seu tratamento. Atualmente o CD pode internar pacientes, isso não era possível legalmente no passado. Também está na agenda do MS a ampliação dos atendimentos de pacientes com necessidades especiais sob sedação e anestesia geral, além de outros elementos da Odontologia Hospitalar.

Como se pode observar, os elementos básicos do modelo de atenção a SB proposto em 2004 são a APS, CEOS e Alta Complexidade, entretanto muitos outros atores e práticas são parte integrante deste processo. Devemos lembrar que no modelo estão previstas atividades extra-clínicas, tais como as visitas domiciliares, levantamentos de necessidades, com encaminhamentos de pacientes aos demais níveis, atendimentos e assistência domicilia, atividades de educação em saúde. Ainda, como citado acima, a atenção odontológica está organizada por ciclo de vida e grupos prioritários, afim de trabalhar na lógica da universalidade, incluindo todos os grupos na atenção, mas organizando o fluxo por necessidade e risco e por ciclo de vida. Esse novo modelo impõe desafios ao aparelho formador, aos gestores e aos profissionais de saúde bucal que necessariamente terão que se adequar para atender às necessidades do modelo proposto pelo SUS, mas fundamentalmente pelo Brasil Sorridente.

A discussão sobre Recursos Humanos em Saúde se fortaleceu nas últimas décadas, mas a literatura ainda aponta que vivemos “uma crise de recursos humanos”, que se configura por diferentes vertentes, entre elas financeira e de formação e que os países precisam expandir na força de trabalho em saúde para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da saúde e tornar os serviços de saúde mais acessíveis e eficazes para a população.⁴² No Brasil pode-se observar grandes avanços nessa área, sendo importante destacar que embora algumas iniciativas não tenham sido bem sucedidas o país manteve um movimento de mudança e implementação de políticas de Recursos Humanos (descritas acima) que permitiu o progresso mesmo durante as mudanças de contextos políticos e sociais ao longo dos anos.⁴³

Na odontologia, devido a sua característica predominantemente privada e com poucas iniciativas de inclusão nos serviços públicos de saúde, apresenta poucas políticas públicas voltadas aos Recursos Humanos quando comparada as outras áreas da saúde, por exemplo a medicina, esse fato certamente é um desafio para os sistemas de saúde globais. Somado a isso os dentistas tendem a se concentrar em áreas urbanas e mais ricas, deixando as populações com maior vulnerabilidade social sem acesso a esse cuidado.⁴⁴

Para um melhor dimensionamento geográfico dos Recursos Humanos na Odontologia e aumentar o suplemento de profissionais em áreas remotas e rurais os países estão apostando em cinco grandes grupos de estratégias, a saber: a educação, a regulação, o financiamento e o apoio pessoal e profissional tanto no setor público quanto no privado e segundo o documento da Organização Mundial de Saúde,⁴⁵ essas estratégias podem ser:

A educação com medidas de recrutamento e admissão de estudantes com perfil para atuar onde o país necessita, oferecendo experiências de interesse durante a formação e por meio de programas de educação continuada.

A regulação para melhorar a distribuição, auxiliar o recrutamento e retenção dos profissionais em áreas rurais e remota, ampliar as equipes de saúde e o serviço obrigatório em localidades pré determinadas pelo Estado.

O financiamento, que pode ser por meio de pagamentos diretos ao profissional ou uma combinação de incentivos financeiros (fiscal, subsídios, férias, entre outros) para compensar os custos associados ao trabalho em áreas escassas.

O apoio profissional e pessoal visando melhorar as condições de vida e de trabalho dos profissionais e de sua família, com um ambiente de trabalho e moradia adequados para suas necessidades.

Cada país deve ser sensível a seu contexto para implementar estratégias de dimensionamento, considerando que um pacote de intervenções pode ter maior impacto que intervenções isoladas.⁴⁶

3 PROPOSIÇÃO

Identificar e analisar características dinâmicas da força de trabalho dos cirurgiões-dentistas no Brasil.

Questões de Investigação

1. Como é o perfil sócio demográfico atual e a distribuição espacial dos cirurgiões-dentistas, segundo sexo, idade, ano e local de formado e atuação profissional?
2. Como está caracterizado o aparelho formador, em relação ao número de escolas, número de vagas, fluxo de egressos, distribuição das escolas?
3. Com se caracteriza o estoque da força de trabalho de cirurgiões-dentistas do país (dentistas segundo título de especialista; evolução da população de dentistas; evolução da razão profissional/habitante)?

4 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos desse estudo, foi realizada uma pesquisa sobre o perfil da força de trabalho atual dos cirurgiões-dentistas no Brasil em base de dados de órgãos oficiais.

4.1 PESQUISA EM BASE DE DADOS DE ÓRGÃOS OFICIAIS

Para a análise quantitativa, alguns bancos de dados secundários provenientes de web sites e de parcerias estabelecidas foram consultados. Dados disponibilizados por entidades como o Conselho Federal de Odontologia - CFO, Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, IBGE, SIGRAS/INEP/MEC. A partir desses dados foi elaborada uma análise do perfil atual do cirurgião-dentista no Brasil do ponto de vista sociodemográfico, da formação técnico-científica e do mercado de trabalho.

As características da força de trabalho em saúde bucal foram coletadas de acordo com a tabela 4.1, definida com base no quadro conceitual que norteia este estudo.

Tabela 0.1 - Categorias de análise e aspectos considerados para o estudo

Categorias de análise	Aspectos considerados	Fontes de Consulta
Características dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Idade • Local de atuação • Inscrições secundárias • Atuação no serviço público • Atuação no serviço privado • Pós Graduação 	Conselho Federal de Odontologia (CFO) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES
Cenário: Características geográficas, sociais, econômicas das regiões.	<ul style="list-style-type: none"> • População Total • População Interior • População Capital 	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Brasil (PNUD Brasil) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
Características Políticas	<ul style="list-style-type: none"> • Dados sobre a Política Nacional de Saúde Bucal • Dados sobre a Política de formação de Força de Trabalho em Saúde 	SGTES/ MS Departamento de Atenção Básica (DAB) Literatura Cinzenta
Formação de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Número e distribuição Geográfica de Universidades • Número de vagas ofertadas • Número e distribuição geográfica dos egressos 	SIGRAS INEP MEC CFO

4.1.1 Validação do banco de dados

Para que se tenha um retrato fiel da situação, é necessária uma coleta de dados sistemática visando a diminuição de vieses, para posteriormente se fazer uma análise minuciosa da informação obtida. Para isso, também faz parte dessa coleta um processo de validação dos dados, onde se exclui impasses existentes, como por exemplo, duplicidade de cadastros. Quando necessário, será especificado diante do resultado a metodologia seguida para aquela análise.

4.2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi realizada a partir de textos oficiais e científicos relacionados ao perfil da força de trabalho em Saúde Bucal, a formação e o mercado de trabalho que estes se incluem. Foram utilizadas bases de dados científicos, PubMed, BVS, GoogleScholar e Literatura Cinzenta. Não houve restrição de idioma, período ou profissões da saúde. Foram usados alguns termos específicos para a busca, alguns desses descritores foram: *“Dentists”, “Manpower”, “Dental staff”, “Health personnel”, “Health workforce”, “Professional health”, “Health resource”, “Health worker”, “Dental workforce”, “Public policy”, “Distribution”, “Retention strategy”, “Regulation of Professional”, “Dentist Migration”, “Supply of Dentists”, “Dentist shortage”*.

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados das diferentes fontes de consulta foram organizados em planilhas do Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva, com dados absolutos e relativos.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto integra uma pesquisa mais ampla intitulada Análise da distribuição e fixação territorial dos Cirurgiões Dentistas egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) do ponto de vista das migrações aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, sob o protocolo nº 754.608/2014 (ANEXO A), conforme preconiza a Resolução 196 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

5 RESULTADOS

Seguindo os passos da metodologia do estudo e do framework, foi feita a análise situacional a partir do cenário brasileiro. Os achados apresentados estão em quatro sessões, a saber:

- i- Dados sociodemográficos: números e evolução dos dentistas no Brasil, sexo, faixa etária e especialistas.
- ii- Dimensionamento: distribuição, concentração e migração profissional.
- iii- Dados sobre a formação: número de cursos, localização dos cursos, esfera, número de vagas ofertadas, inscrições no vestibular, ingressos e egressos.
- iv- Dados sobre o Mercado de Trabalho.

- i Dados sociodemográficos: número, sexo, faixa etária e especialistas.

Os dados referentes ao total de dentistas atuantes no país foram extraídos a partir do banco de dados fornecido pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO 2017. Para esse estudo, foi feita uma análise das variáveis existentes no cadastro dos profissionais visando diminuição de vieses durante as análises realizadas. Para possibilitar as análises, adaptações foram feitas no banco, filtros foram aplicados e cada estratégia de análise será descrita ao longo do capítulo de resultados, à medida que for necessária. Vale ressaltar que a pesquisa em bancos de dados secundários requer que o pesquisador compreenda as possibilidades existentes no processo de registro dos dados para extrair dos mesmas respostas fiéis à sua pergunta de pesquisa.

No CFO, os profissionais possuem três possibilidades de tipo de inscrição. São esses: **a)** Principal (249.841); **b)** Transferência (37.087) e **c)** Secundária (5.749).

a) Inscrição Principal: é concedida aos profissionais possuidores de Diploma de Graduação a mais de dois anos, e que não passaram por processo de transferência.

b) Inscrição Transferência: é concedida aos profissionais que migraram do seu estado de atuação original (Inscrição Principal)

c) Inscrição Secundária: é uma possibilidade concedida àqueles profissionais que solicitam a regularização para atuar em outro Estado além daquele cadastrado em sua Inscrição Principal.

Outra categoria de cadastro no CFO são os sub-tipos. Não é necessário a especificação dessa categoria, sendo que 261.670 cadastros não possuem um sub-tipo. As opções de cadastro dessa categoria são a) Provisório (21.110); b) Reativado (3.776); e Estrangeiro (384).

a) Inscrição Provisória: é a inscrição concedida a recém-formados e tem validade de dois anos improrrogáveis a partir da data de colação de grau.

b) Inscrição Reativada: é a inscrição de profissionais que, após terem seus registros desativados, recuperam seu cadastro tornando-o novamente ativo.

c) Inscrição Estrangeira: relativa aos profissionais estrangeiros que realizaram o processo de validação e registro do diploma de Graduação no Brasil.

A última categoria utilizada para a obtenção dos CDs atuantes no país foi referente à Situação Profissional. Nessa variável foram realizadas adaptações que serão descritas a seguir. As classificações foram reagrupadas em: a) Ativo (286.927); b) Encerrado (48.627); c) Falecimento (13.757); e d) Cancelado (6.961).

- a) **Ativo:** situação referente às inscrições ativas no Conselho
- b) **Encerrado:** referentes às inscrições tidas como encerradas e encerradas com débito
- c) **Falecimento:** referentes ao cadastro de profissionais que de alguma forma tiveram seu óbito comunicado ao Conselho.
- d) **Cancelado:** nessa categoria foram agrupada as seguintes classificações: Cancelado, Suspensão Temporária, Número de Inscrição Inválido, Caducidade, Cancelado por Uso de Declaração Falsa, Cassação, Cassado por Diploma Falso, Débito Definitivo (5 anos) e Débito Provisório (3 anos).

A tabela 5.1 foi extraída da base de dados utilizada para quantificar os profissionais em atividade no Brasil. Para esse valor, foram utilizados os filtros considerando Inscrição Principal e Inscrição Transferência; e Situação Ativa. Por se tratar de uma parcela considerável de profissionais, assim como um importante grupo recém inserido no mercado de trabalho, este trabalho também está considerando os registros desse tipo. Não foram consideradas inscrições Secundárias a fim de eliminar duplicidades de cadastros. As tabelas nos mostram o número de cadastro de dentistas ativos registrados como Principal ou Transferência.

Tabela 0.2 - Profissionais dentistas ativos por tipo de inscrição no CFO-2017

C.R.O.	Principal	Transferência	Total
AC	398	240	638
AL	2.336	415	2751
AM	3.270	641	3911
AP	445	219	664
BA	9.773	1883	11656
CE	5.540	984	6524
DF	4.917	1883	6800
ES	4.376	1010	5386
GO	7.624	2025	9649
MA	3.076	588	3664
MG	28.675	4770	33445
MS	2.716	1167	3883
MT	3.073	1380	4453
PA	3.880	1105	4985
PB	3.338	876	4214
PE	6.706	957	7663
PI	2.354	444	2798
PR	15.910	2417	18327
RJ	28.031	2239	30270
RN	2.986	579	3565
RO	1.444	602	2046
RR	416	235	651
RS	16.294	1357	17651
SC	8.180	2888	11068
SE	1.489	377	1866
SP	81.369	5108	86477
TO	1.224	697	1921
Brasil	249840	37086	286926

Fonte: Banco de dados CFO 2017

Na tabela 5.1 Observa-se que o Brasil registrava em 2017 um total de 286.926 cirurgiões-dentistas com inscrição ativa, desses 249.840 (87%) possuíam inscrição principal e 37.086 eram transferência (13%).

Na figura 5.1, apresenta-se o total de profissionais e sua distribuição por sexo, no Brasil e por macrorregião, extraídos a partir dos mesmos filtros da tabela anterior. A região que apresentou o maior número absoluto de profissionais foi a Sudeste, com 155.578 (54%) dentistas ativos, e a Região com menor número absoluto de profissionais foi a Região Norte, com 12.895 (4%) profissionais ativos. A população de profissionais mais feminilizada é da Região Norte, com 62% dos dentistas do sexo feminino, e a menor proporção é da Região Sul, onde 57% do total são dentistas mulheres. É possível ainda observar que do total de profissionais ativos, 60% são mulheres.

Figura 0.1 - Dentistas ativos em 2017 por Região e por sexo

Fonte: Banco de dados CFO 2017

Na tabela 5.2 podemos observar o total de Cirurgião-Dentista em cada UF e por sexo. O estado com a população de profissionais mais feminilizada é a Paraíba, com 66% dos dentistas do sexo feminino, e a menor proporção é o Acre, onde o número de dentistas homens é igual ao de dentistas mulheres. É possível ainda observar no Brasil temos 60% dos profissionais do sexo feminino.

Tabela 0.3 - Total de inscritos por sexo e por estado

C.R.O.	CD	Masculino	Feminino	(%)
AC	638	319	319	50%
AL	2751	977	1774	64%
AM	3911	1345	2566	66%
AP	664	248	416	63%
BA	11656	4503	7153	61%
CE	6524	2721	3803	58%
DF	6800	2678	4122	61%
ES	5386	2020	3366	62%
GO	9649	3986	5663	59%
MA	3664	1495	2169	59%
MG	33445	13401	20044	60%
MS	3883	1549	2334	60%
MT	4453	1674	2779	62%
PA	4985	1810	3175	64%
PB	4214	1416	2798	66%
PE	7663	2900	4763	62%
PI	2798	1226	1572	56%
PR	18327	7575	10752	59%
RJ	30270	11663	18607	61%
RN	3565	1526	2039	57%
RO	2046	862	1184	58%
RR	651	291	360	55%
RS	17651	7655	9996	57%
SC	11068	5147	5921	53%
SE	1866	648	1218	65%
SP	86477	34151	52326	61%
TO	1921	771	1150	60%
Brasil	286926	114557	172369	60%

Fonte: Banco de dados CFO 2017

A figura 5.2 nos traz as pirâmides etárias por Região do Brasil. Os dados utilizados para essa análise foram fornecidos pelo Conselho Federal de Odontologia, e foram considerados os dentistas ativos em Junho de 2017. No Brasil, a faixa etária com o maior número de dentistas é de 25 a 45 anos, totalizando 107.838 cirurgiões-dentistas, ou seja, 38% do estoque brasileiro de dentistas encontra-se nessa faixa etária.

Figura 0.2 - Pirâmide etária dos dentistas ativos por Região

Fonte: Banco de dados CFO 2017

Esse estudo também se preocupou em fazer uma análise separada dos profissionais especializados. Contudo, vale ressaltar que o registro da especialidade no Conselho é uma prerrogativa do profissional. Sendo assim, os números apresentados são inferiores ao total de titulados existentes. A tabela 5.3 foi extraída do banco do CFO e nos mostra, dentre os profissionais ativos, aqueles que possuem 1 ou 2 especialidades cadastrada no Conselho por Região.

Tabela 0.4 - Dentistas ativos com 1 ou 2 especialidades

Região	1 especialidade		2 especialidades	
Sudeste	47927	53,60%	8096	51,30%
Sul	19187	21,46%	3619	22,93%
Centro-Oeste	10157	11,36%	2159	13,68%
Nordeste	8925	9,98%	1300	8,24%
Norte	3221	3,60%	607	3,85%
Total geral	89417	100%	15781	100%

Fonte: Banco de dados CFO 2017

Como podemos observar, a Região Sudeste concentra 53,6% dos dentistas do Brasil que possuem uma especialidade cadastrada e 51,3% dos profissionais no Brasil que possuem 2 especialidades. No outro extremo, temos a Região Norte, concentrando 3,6% dos dentistas atuantes no Brasil com 1 especialidade, e 3,85% dos profissionais com 2 especialidades cadastradas.

Tabela 0.5 - Inscrições Ativas e Percentual de Especialistas por Região

Região	Inscrições Ativas	1 especialidade		2 especialidades	
Sul	47046	19187	40,78%	3619	7,69%
Centro-Oeste	26706	10157	38,03%	2159	8,08%
Sudeste	155578	47927	30,81%	8096	5,20%
Norte	12895	3221	24,98%	607	4,71%
Nordeste	44701	8925	19,97%	1300	2,91%
Total geral	286926	89417	31%	15781	6%

Fonte: Banco de dados CFO 2017

De acordo com a tabela 5.4, a Região que possui o estoque de profissionais ativos mais especializado é a Região Sul, e a que possui o menor valor é a Região Nordeste. A Região que possui a maior proporção de profissionais com 2 especialidades cadastradas é a Centro-Oeste, mesmo tendo uma proporção menor de profissionais com 1 especialidade que o da Região Sul. No Brasil, 31% dos profissionais possuem uma especialidade cadastrada e 6% com duas especialidades.

A tabela 5.5 abaixo nos apresenta o número de títulos de especialista por especialidade.

Tabela 0.6 - Profissionais ativos por Especialidade

Especialidade	Total de Especialistas
ODONTOLOGIA DO ESPORTE	8
PRÓTESE BUCO MAXILO FACIAL	60
HOMEOPATIA	190
ODONTOGERIATRIA	270
ACUPUNTURA	332
PATOLOGIA ORAL E MAXILO FACIAL	406
PACIENTES C/ NECESSIDADES ESPECIAIS	635
ODONTOLOGIA LEGAL	672
ESTOMATOLOGIA	901
ODONTOLOGIA DO TRABALHO	1149
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	1179
SAÚDE COLETIVA	2463
RADIOLOGIA	4694
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAIS	5048
DENTÍSTICA	5947
ODONTOPEDIATRIA	8344
PERIODONTIA	9511
PRÓTESE DENTARIA	10988
IMPLANTODONTIA	12856
ENDODONTIA	14416
ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL	25129
Total Geral	105198

Fonte: Banco de dados CFO 2017

A especialidade com o maior número de inscritos no Brasil é Ortodontia e Ortopedia Facial, com 25.129 inscritos (24% dos inscritos). Na sequência vem a Endodontia (14.416), Implantodontia (12.856) e Prótese Dentária (10.988). Essas quatro especialidades concentram 60% dos profissionais especializados.

A distribuição por sexo das 10 especialidades com maior contingente é apresentada na figura 5.3 e na Tabela 5.6 temos esse dado para todas as especialidades. Na maioria delas percebemos que o número de especialistas mulheres é maior que o de homens, com exceção de quatro especialidades: Implantodontia, Prótese Dentária, Radiologia, Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Faciais.

Figura 0.3 - Especialistas por sexo nas dez especialidades com maior contingente

Fonte: Banco de dados CFO 2017

Tabela 0.7 - Dentistas ativos por sexo nas Especialidade

Especialidade	Masculino	(%)	Feminino	(%)	Total de Especialistas
ORTODONTIA E ORTOPEdia FACIAL	10573	42%	14556	58%	25129
ENDODONTIA	5164	36%	9252	64%	14416
IMPLANTODONTIA	9308	72%	3548	28%	12856
PRÓTESE DENTARIA	5645	51%	5343	49%	10988
PERIODONTIA	4400	46%	5111	54%	9511
ODONTOPEdiATRIA	956	11%	7388	89%	8344
DENTÍSTICA	2012	34%	3935	66%	5947
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAIS	3935	78%	1113	22%	5048
RADIOLOGIA	2440	52%	2254	48%	4694
SAÚDE COLETIVA	729	30%	1734	70%	2463
DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR	592	50%	587	50%	1179
ODONTOLOGIA DO TRABALHO	393	34%	756	66%	1149
ESTOMATOLOGIA	365	41%	536	59%	901
ODONTOLOGIA LEGAL	300	45%	372	55%	672
PACIENTES C/ NECESSIDADES ESPECIAIS	133	21%	502	79%	635
PATOLOGIA ORAL E MAXILO FACIAL	187	46%	219	54%	406
ACUPUNTURA	103	31%	229	69%	332
ODONTOGERIATRIA	106	39%	164	61%	270
HOMEOPATIA	45	24%	145	76%	190
PRÓTESE BUCO MAXILO FACIAL	35	58%	25	42%	60
ODONTOLOGIA DO ESPORTE	6	75%	2	25%	8
Total Geral	47427	45%	57771	55%	105198

Fonte: Banco de dados CFO 2017

ii Dimensionamento: distribuição, concentração e migração profissional.

O Brasil possui 286.926 profissionais ativos, espalhados nas 5 macro regiões que o compõem. A distribuição dos dentistas nessas Regiões está apresentada na tabela 5.7 abaixo. Observa-se que 70% dos dentistas estão nas Regiões Sul e Sudeste.

Tabela 0.8 - Distribuição dos profissionais por Região

C.R.O.	CD	(%)
Norte	12895	4%
Centro-Oeste	26706	9%
Nordeste	44701	16%
Sul	47046	16%
Sudeste	155578	54%
Total geral	286926	100%

Fonte: Banco de dados CFO 2017

A tabela 4.6 apresenta o mesmo dado, porém agora das dez UF com o maior número de profissionais. Os três Estados com o maior número de dentistas (SP,RJ e MG) concentram 52% dos dentistas.

Tabela 0.9 - Dez UFs com maior número de cirurgiões-dentistas

C.R.O.	CD	(%)
SP	86477	30%
MG	33445	11,66%
RJ	30270	10,55%
PR	18327	6,39%
RS	17651	6,15%
BA	11656	4,06%
SC	11068	3,86%
GO	9649	3,36%
PE	7663	2,67%
DF	6800	2,37%
Brasil	286926	100%

Fonte: Banco de dados CFO 2017

Para os dados referentes à concentração de profissionais, foi necessário o uso de bancos de dados públicos disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Os dados utilizados foram coletados no censo ocorrido no ano de 2010 (IBGE 2010), e por esse motivo os dados do CFO utilizados para essas análises serão referentes ao ano de 2010.

Um problema encontrado no cruzamento desses dados foi a divergência do cadastro realizado a nível de Município. Havia uma incompatibilidade considerável dessa variável entre os dois bancos. Mesmo assim, ainda foi possível fazer a análise do número de profissionais por localização interior/capital. Sendo assim, referente à localização e concentração dos profissionais, este estudo se limitou à análise por Região, Unidade Federal e Capital/Interior.

O número absoluto de profissionais, quando analisado de forma isolada, não possui muita significância quanto a concentração de dentista. Esse dado nos dá uma melhor noção dos RHs disponíveis, quando cruzado com o número de habitantes de cada Região. Essa análise está representada na tabela 5.9, e foi utilizado o número de habitantes (IBGE, 2010) e a população de dentistas do ano de 2010. Observa-se que a proporção habitantes/CD nas Regiões Norte e Nordeste destoa das demais regiões do país. Nas duas regiões menos favorecidas, a quantidade de habitantes por dentista é aproximadamente o dobro do valor encontrado no resto do país.

As tabelas 5.10 e 5.11 nos mostra essa mesma proporção habitante/profissional por Região, porém dessa vez analisando também a localização desses profissionais (capital/interior). Esses mesmos dados estão apresentados na tabela 5.12, dessa vez mostrando os valores por Unidade Federal.

Tabela 0.10 - Habitantes por Cirurgião-Dentista por Região

Região	CD	População	Proporção Pop/CD média	Maior Proporção Pop/CD/UF	Menor Proporção Pop/CD/UF
Norte	8715	15864454	1820	2334 Acre	1136 Tocantins
Nordeste	31293	53081950	1696	3010 Maranhão	1267 Rio Grande do Norte
Centro-Oeste	17900	14058094	785	1007 Mato Grosso	490 Distrito Federal
Sul	35562	27386891	770	780 Rio Grande do Sul	762 Paraná
Sudeste	123995	80364410	648	847 Espírito Santo	648 São Paulo
Brasil	217465	190755799	877	3010 Maranhão	648 São Paulo

Fonte: Banco de dados CFO 2010 e IBGE 2010

Tabela 0.11 - Habitantes por Cirurgião-Dentista nas Capitais por Região

Região	CD	População	Proporção Pop/CD média	Maior Proporção Pop/CD/UF	Menor Proporção Pop/CD/UF
Norte	5644	4870827	863	1327 Amapá	567 Tocantins
Nordeste	19542	11525763	590	740 Ceará	434 Paraíba
Centro-Oeste	11270	5210056	462	548 Mato Grosso do Sul	381 Goiás
Sudeste	48017	20276901	422	448 São Paulo	213 Espírito Santo
Sul	10802	3582498	332	353 Paraná	266 Santa Catarina
Brasil	95275	45466045	477	1327 Amapá	266 Santa Catarina

Fonte: Banco de dados CFO 2010 e IBGE 2010

Tabela 0.12 - Habitantes por Cirurgião-Dentista no Interior por Região

Região	CD	População	Proporção Pop/CD média	Maior Proporção Pop/CD/UF	Menor Proporção Pop/CD/UF
Norte	3071	10993627	3580	10385 Roraima	1417 Tocantins
Nordeste	11751	41556187	3536	10847 Sergipe	2415 Paraíba
Centro-Oeste	6630	8848038	1335	1386 Goiás	1198 Mato Grosso do Sul
Sul	24760	23804393	961	995 Paraná	888 Santa Catarina
Sudeste	75978	60087509	791	1218 Espírito Santo	707 São Paulo
Brasil	122190	145289754	1189	10385 Roraima	707 São Paulo

Fonte: Banco de dados CFO 2010 e IBGE 2010

Tabela 0.13 - Habitantes por Cirurgião-Dentista por UF

C.R.O.	CD total	População Total	Proporção Pop/CD média	CD capital	População Capital	Proporção Pop/CD média capital
AC	362	733559	2026	279	336038	1204
AL	1903	3120494	1640	1574	932748	593
AM	2068	3483985	1685	1828	1802014	986
AP	332	669526	2017	300	398204	1327
BA	8233	14016906	1703	4111	2675656	651
CE	4547	8452381	1859	3315	2452185	740
DF	5249	2570160	490	5249	2570160	490
ES	4152	3514952	847	1536	327801	213
GO	6813	6003788	881	3421	1302001	381
MA	2184	6574789	3010	1389	1014837	731
MG	26623	19597330	736	7121	2375151	334
MS	2823	2449024	868	1435	786797	548
MT	3015	3035122	1007	1165	551098	473
PA	3248	7581051	2334	2056	1393399	678
PB	2928	3766528	1286	1668	723515	434
PE	5791	8796448	1519	3196	1537704	481
PI	1821	3118360	1712	1261	814230	646
PR	13705	10444526	762	4969	1751907	353
RJ	25703	15989929	622	14271	6320446	443
RN	2500	3168027	1267	1780	803739	452
RO	1223	1562409	1278	530	428527	809
RR	264	450479	1706	248	284313	1146
RS	13708	10693929	780	4249	1409351	332
SC	8149	6248436	767	1584	421240	266
SE	1386	2068017	1492	1248	571149	458
SP	67517	41262199	611	25089	11253503	449
TO	1218	1383445	1136	403	228332	567
Brasil	217465	190755799	877	95275	45466045	477

Fonte: Banco de dados CFO 2010 e IBGE 2010

A tabela 5.13 nos mostra o número de cadastro de dentistas ativos registrados como Principal ou Transferência. No CFO, o registro do tipo Transferência é concedido aos profissionais que migraram do estado original da sua inscrição. Nesse processo, a sua inscrição Principal é desativa, e ativa-se uma nova (Transferência) no novo estado de atuação. Logo, a soma desses dois grupos é igual ao total de dentistas em atividade. A região que possui maior parcela de dentistas com o registro do tipo Transferência é a Centro-Oeste (27%) e a que possui a menor parcela desse tipo é a Sudeste. Nessa análise, pouco se pode deduzir sobre origem/destino desses profissionais cadastrados como transferidos, porém temos uma noção de onde estão aqueles profissionais que nunca se deslocaram do seu local de atuação desde o cadastro no conselho (Principal). No Brasil, 87% dos profissionais ativos não se deslocaram do local de atuação desde o cadastro no CFO.

Tabela 0.14 - Percentual de Registro do tipo Transferência por Região

C.R.O.	Transferência	Inscrições Total	(%)
Centro-Oeste	7152	26706	27%
Norte	3042	12895	24%
Nordeste	7103	44701	16%
Sul	6662	47046	14%
Sudeste	13127	155578	8%
Brasil	37086	286926	13%

Fonte: Banco de dados CFO 2017

A tabela 5.14 nos mostra o número de cadastro de dentistas ativos registrados como Principal ou Transferência, por UF. O estado do Acre lidera o número de profissionais com registro do tipo Transferência, com 62% dos profissionais cadastrado originalmente no estado (Principal). São Paulo e Rio de Janeiro lideram o outro extremo, com 93% e 94%, respectivamente, dos profissionais ativos atuando no Estado desde o cadastro no Conselho.

Tabela 0.15 - Percentual de Registro do tipo Transferência por UF

C.R.O.	Transferência	Inscrições Total	(%)
AC	240	638	38%
AL	415	2751	15%
AM	641	3911	16%
AP	219	664	33%
BA	1883	11656	16%
CE	984	6524	15%
DF	1883	6800	28%
ES	1010	5386	19%
GO	2025	9649	21%
MA	588	3664	16%
MG	4770	33445	14%
MS	1167	3883	30%
MT	1380	4453	31%
PA	1105	4985	22%
PB	876	4214	21%
PE	957	7663	12%
PI	444	2798	16%
PR	2417	18327	13%
RJ	2239	30270	7%
RN	579	3565	16%
RO	602	2046	29%
RR	235	651	36%
RS	1357	17651	8%
SC	2888	11068	26%
SE	377	1866	20%
SP	5108	86477	6%
TO	697	1921	36%
Brasil	37086	286926	13%

Fonte: Banco de dados CFO 2017

Afim de se ter uma melhor noção do fluxo migratório de profissionais que ocorre em nosso país, foi feita uma análise mais aprofundada dessas movimentações. A tabela 5.15 abaixo nos apresenta o número de profissionais que migraram e imigraram para diferentes regiões.

Tabela 0.16 - Profissionais migrados e imigrados por Região

Região	Chegaram	Saíram	Saldo Migratório
SUDESTE	949	2061	-1121
NORDESTE	966	500	466
SUL	775	637	138
CENTRO-OESTE	1028	689	339
NORTE	646	447	199

Fonte: Banco de dados CFO 2017

Essa mesma análise é apresentada na tabela 5.16, porém agora por Unidade Federal. Observamos que os Estados com o saldo migratório mais negativo são São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, mesmo sendo também os Estados com o maior número de profissionais imigrados. No outro extremo, vemos Santa Catarina, Distrito Federal, Bahia e Paraíba, com o maior saldo de profissionais imigrados.

Tabela 0.17 - Profissionais migrados e imigrados por UF

UF	Saíram	Chegaram	Saldo Migratório
SP	3116	2326	-790
RJ	1301	1024	-277
MG	1707	1610	-97
RS	657	591	-66
PR	1023	971	-52
PI	185	173	-12
AC	55	59	4
AL	154	160	6
RN	225	233	8
RO	152	165	13
AP	30	48	18
RR	39	57	18
PE	340	366	26
PA	391	422	31
TO	149	191	42
AM	219	262	43
SE	107	153	46
MT	327	374	47
MS	266	314	48
ES	282	334	52
MA	161	217	56
GO	634	704	70
CE	260	333	73
PB	240	345	105
BA	387	545	158
DF	540	714	174
SC	438	694	256

Fonte: Banco de dados CFO 2017

A figura 5.4 a seguir nos apresenta as 6 rotas mais recorrentes entre os Dentistas migrados. Percebemos todas elas envolvem a Região Sudeste, sendo que as três mais expressivas são de profissionais imigrados para a essa Região.

Figura 0.4 - As 6 principais rotas de migração interregional

Fonte: Banco de dados CFO 2017

As tabelas 5.17 e 5.18 apresentam o número de inscrições do tipo transferência por sexo, na primeira por Região e na segunda por UF. Vemos que os valores absolutos apontam que há mais mulheres migrando para outros locais de atuação, porém deve-se levar em conta o maior número de profissionais mulheres no país (60% do sexo feminino).

Tabela 0.18 - Inscritos como Transferência por Região e por sexo

C.R.O.	Transferência	Masculino	(%)	Feminino	(%)
Centro-Oeste	6455	2750	43%	3705	57%
Nordeste	7103	3014	42%	4089	58%
Norte	3739	1750	47%	1989	53%
Sudeste	13127	5222	40%	7905	60%
Sul	6662	3053	46%	3609	54%
Brasil	37086	15789	43%	21297	57%

Fonte: Banco de dados CFO 2017

Tabela 0.19 - Inscritos como Transferência por UF e por sexo

C.R.O.	Transferência	Masculino	(%)	Feminino	(%)
AC	240	129	54%	111	46%
AL	415	162	39%	253	61%
AM	641	312	49%	329	51%
AP	219	98	45%	121	55%
BA	1883	800	42%	1083	58%
CE	984	465	47%	519	53%
DF	1883	693	37%	1190	63%
ES	1010	415	41%	595	59%
GO	2025	914	45%	1111	55%
MA	588	267	45%	321	55%
MG	4770	2095	44%	2675	56%
MS	1167	511	44%	656	56%
MT	1380	632	46%	748	54%
PA	1105	440	40%	665	60%
PB	876	328	37%	548	63%
PE	957	380	40%	577	60%
PI	444	191	43%	253	57%
PR	2417	1060	44%	1357	56%
RJ	2239	776	35%	1463	65%
RN	579	259	45%	320	55%
RO	602	314	52%	288	48%
RR	235	126	54%	109	46%
RS	1357	575	42%	782	58%
SC	2888	1418	49%	1470	51%
SE	377	162	43%	215	57%
SP	5108	1936	38%	3172	62%
TO	697	331	47%	366	53%
Brasil	37086	15789	43%	21297	57%

Fonte: Banco de dados CFO 2017

iii Dados sobre a formação: número de cursos, localização dos cursos, esfera, número de vagas ofertadas, inscrições no vestibular, ingressos e egressos

A tabela 5.19 e a figura 5.5 expressam a quantidade atual e a série históricado número de cursos de Odontologia no Brasil e nas Regiões que o compõem, e os dados foram extraídos do SIGRAS/MEC. Percebe-se que o número de escolas no país aumenta de uma forma genérica, em nenhuma região foi encontrada uma diminuição desse número. Nota-se que a Região Norte, mesmo ainda sendo a com menor número de escolas (21 cursos), é a Região que teve o aumento mais expressivo desse número. A Região Sudeste é a com maior número de escolas, com 100 cursos de Odontologia em funcionamento.

Tabela 0.20 - Cursos de Odontologia por Região e Esfera

Região	Privada	Pública	Total
Centro-Oeste	13	4	17
Nordeste	28	20	48
Norte	17	4	21
Sudeste	76	24	100
Sul	29	15	44
Total	163	67	230

Fonte: MEC/INEP/SIGRAS

Figura 0.5 - Número de Cursos por Região

Fonte: MEC/INEP/SIGRAS

A fim de realizar uma melhor avaliação da distribuição geográfica dos Cursos de Odontologia, também foi realizada uma análise da quantidade de escolas na Capital e no Interior, ilustrada na figura 5.6. Apenas as Regiões Sul e Sudeste possuem mais escolas no Interior do que na Capital. Os valores dessas duas Regiões são responsáveis pela superioridade de escolas no Interior do Brasil do que nas Capitais quando se leva em conta todo o país.

Na figura 5.7, essa mesma análise do número de escolas foi realizada levando em consideração a Esfera em que esses cursos se inserem (Pública/Privada). No Brasil, desde 1997 o número de Escolas Privadas superou o número de escolas públicas. Essa diferença se tornou mais notável ao longo dos anos, e atualmente 71% dos cursos de Odontologia do país são da Esfera Privada. O número de escolas particulares é hoje superior ao número de escolas públicas em todas as Regiões do país.

O número de vagas em cursos de Odontologia foi levantado a partir do banco do SIGRAS/MEC, representado pela figura 5.8. Assim como o número de cursos, o número de vagas em cursos se mostra crescente no Brasil ao longo dos anos. A Região Sudeste também é com maior número de vagas em cursos (574.235), e a Região Norte a que possui menos vagas (60.036).

Do banco de dados do SIGRAS/MEC, também foi extraído o número de inscrições em vestibulares para odontologia no Brasil. Esses dados estão representados na figura 5.9, apresentados por Região e no Brasil.

Figura 0.6 - Número de Cursos na Capital e no Interior por Região

Fonte: MEC/INEP/SIGRAS

Figura 0.7 - Número de Cursos nas Esferas Pública e Privada

Fonte: MEC/INEP/SIGRAS

Figura 0.8 - Número de Vagas em cursos de Odontologia por Região

Fonte: MEC/INEP/SIGRAS

Figura 0.9 - Número de Inscrições em vestibulares para Graduação em Odontologia

Fonte: MEC/INEP/SIGRAS

iv Dados sobre o Mercado de Trabalho

Figura 0.10 - Novas inscrições no CFO por Região

Fonte: Banco de dados CFO 2017

A figura 5.11 nos traz uma série histórica do número de novas inscrições no CFO até o ano de 2014. O aumento do número de inscrições acompanha o número de dentistas no Brasil, que se mantém em crescimento ao longo dos anos. Esse processo acontece de forma mais tardia na região Norte, onde só percebemos o aumento desse número de inscrições a partir do ano 2000. Esse fenômeno já ocorria nas outras regiões de forma notável desde o ano de 1970.

A figura 5.12 nos traz a situação atual (2017) dos cadastros de dentistas com idade compatível com a profissão, definida nesse estudo até 75 anos de idade.

Percebemos que a grande maioria desses profissionais se encontra ativa. A segunda situação de cadastro mais recorrente é de profissionais transferidos. Esse retrato só não se repete na Região Sudeste, onde se encontra um número de Encerramento de cadastros superior ao número de Transferências de cadastros. Cadastros encerrados por Falecimento e Cancelados por demais motivos são as duas situações menos recorrentes entre os profissionais.

Figura 0.11 - Inscrições no CFO por Tipo e por Região

Fonte: Banco de dados CFO 2017

Com base nos dados do CNES, também foi possível fazer uma comparação entre o número de Dentistas atuando no serviço Público e Privado. Essa relação está apresentada na tabela 5.20.

Tabela 0.21 - Número de Dentistas por esfera de atuação e por UF

Região/Unidade da Federação	Profissionais que atuam no Serviço Público	Total de CDs	%
Piauí	2055	2798	73%
Maranhão	2295	3664	63%
Paraíba	2622	4214	62%
Alagoas	1528	2751	56%
Acre	339	638	53%
Ceará	3459	6524	53%
Rio Grande do Norte	1869	3565	52%
Pernambuco	3991	7663	52%
Sergipe	950	1866	51%
Tocantins	954	1921	50%
Bahia	5610	11656	48%
Amapá	312	664	47%
Mato Grosso do Sul	1799	3883	46%
Roraima	293	651	45%
Pará	2064	4985	41%
Amazonas	1268	3911	32%
Espírito Santo	1716	5386	32%
Goiás	3009	9649	31%
Santa Catarina	3438	11068	31%
Minas Gerais	9973	33445	30%
Mato Grosso	1301	4453	29%
Rio Grande do Sul	5016	17651	28%
Paraná	5058	18327	28%
Rio de Janeiro	6587	30270	22%
Rondônia	441	2046	22%
São Paulo	17353	86477	20%
Distrito Federal	702	6800	10%
TOTAL	86002	286926	30%

Fonte: Banco de dados CFO 2017 CNES 2017

Observamos que no Brasil 30% dos profissionais atuam no Setor Público. Esse valor oscila quando analisado por UF. Os quatro Estados com maior parcela de profissionais atuando no setor público são Piauí (73%), Maranhão (63%), Paraíba (62%) e Alagoas (56%). Os Estados com os menores valores dessa mesma análise são Distrito Federal (10%), São Paulo (20%), Rondônia (22%) e Rio de Janeiro (22%).

6 DISCUSSÃO

A Odontologia no Brasil é uma ciência que há muito tempo é exercida e estudada, sempre despontando como uma necessidade da população. Essa área do conhecimento, porém, só começa a desenvolver um mercado de trabalho concreto a partir da segunda metade do séc. XX. Desde que se possui levantamentos de dados para análise da sua evolução, o número dos profissionais só aumentou e os achados desse estudo permitem uma análise situacional da atual realidade da força de trabalho em odontologia com vistas a melhorar o desempenho do sistema de saúde bucal do país. Um sistema de saúde forte é um pré-requisito necessário para maximizar o impacto dos programas de controle de doenças e orientar as necessidades dos serviços. Em Novembro de 2017, a carta de Dublin, publicada após o 4º Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, afirmou que expandir e transformar a força de trabalho global de saúde e serviços sociais, deve ser uma prioridade dos governos para alcançar a cobertura universal da saúde e garantir a segurança sanitária global ⁴⁷. Os sistemas de saúde em todo o mundo estão buscando melhorar acesso aos serviços e à eficácia do sistema de saúde e se o Brasil quiser enfrentar os problemas de acesso aos serviços de saúde bucal e cobertura de sua rede de assistência, certamente terá que incluir na agenda de governo as questões dos recursos humanos em saúde bucal.

Para garantir a consistência necessária entre os quadros de investimento, os programas de fortalecimento de um Sistema de Saúde são constantemente revisados, e para isso, é necessário um processo de Monitoramento e Avaliação (M&A) dos indicadores desse sistema, tanto das necessidades da população quanto dos recursos humanos disponíveis (Quadro 1.1) ²¹. O sistema de M&A refere-se a uma compilação de intervenções que visam melhorar a capacidade e o desempenho das principais funções do sistema de saúde, incluindo a prestação de serviços, financiamento, governança, sistemas de informação de saúde, recursos humanos e o sistema de gerenciamento da cadeia de suprimentos. São necessárias diferentes fontes de dados para medir os indicadores de resultados de um sistema. A avaliação desses dados ajudará a equipe a entender o contexto demográfico, político e econômico, bem como o perfil de saúde do país em que o programa é implementado. As considerações dessa análise devem se manter alinhadas com os

objetivos dos planos estratégicos do país. As intervenções em um Sistema de Saúde precisam ser compatíveis com as políticas e diretrizes normativas, ambiente de financiamento e características demográfica. O Observatório de Recursos Humanos em Odontologia (ObservaRhOdonto), em 2010, fez um completo levantamento do perfil dos dentistas no Brasil naquela época, entretanto, esses dados de devem ser atualizados e rediscutidos com frequência, para que de fato possam colaborar na tomada de decisão e influenciar a formulação de políticas e programas de saúde pública, como apontam os modelos teóricos nesse estudo.²⁰

No caso do Brasil, os RHs em Odontologia são regularizados e cadastrados pelo CFO. Quanto maior a fidelidade desses dados ao panorama real, maior será a capacidade de monitoramento do exercício. Assim, tratando-se de um país tão vasto, com 27 Unidades Federais, é preciso ficar alerta à padronização desses cadastros profissionais, o que facilita as análises e discussões sobre os recursos. Neste trabalho, por exemplo, uma das dificuldades encontradas foi a diferença dos cadastros entre estados e épocas diferentes. Como Arouca alegou no seu trabalho Censo Demográfico da Força de trabalho nas Especialidades Odontológica: Brasil 2010,⁴⁸.

“A ausência de informações confiáveis e atualizadas a respeito, restringe grandemente a capacidade dos formuladores de políticas públicas em níveis nacionais e internacionais de desenvolver estratégias baseadas em evidências para resolver a crise da força de trabalho em saúde, ou de desenvolver sistemas de saúde que atendam às necessidades das populações carentes. Investimentos relativamente pequenos nessa área, feitos pela comunidade global, poderiam muito bem trazer retornos substanciais.”⁴⁸ p. prefácio

Embora exista deficiência nos sistemas de informação em saúde, é notória a ascensão dos Recursos Humanos na odontologia. O número de profissionais, cursos de graduação e a procura pela profissão aumentam desde que começaram a ser quantificadas. Segundo as tabelas 5.1 e 5.9, a população de dentistas aumentou 25% nos últimos 7 anos, ao passo que a população brasileira aumentou 8% (IBGE, 2017). O aumento expressivo da quantidade de dentistas nas últimas décadas tende a progredir com a abertura de mais cursos de Odontologia. As figuras 5.5 e 5.8 mostram o crescimento longitudinal do aparelho formador. A figura 5.9 exhibe um aumento ainda mais vertiginoso da procura pela formação em Odontologia.

No dia 17 de fevereiro de 2017 a mídia brasileira noticiou que o governo federal deve proibir a abertura de novos de medicina nos próximos 5 anos e aproveitando este movimento o CFO enviou em 21 de Novembro deste mesmo ano um ofício ao Ministro da Educação solicitando a suspensão de autorizações para abertura de novos cursos de Odontologia no país por um período de cinco anos também e O Conselho de Farmácia, por sua vez, também quer solicitar a suspensão de novos cursos . Espera-se, ainda, que outras categorias façam pedidos semelhantes ao Ministério da Educação nos próximos dias ⁴⁹⁻⁵¹.

Diante desses movimentos de solicitação de suspensão de autorização de novos cursos fica a questão: Seria esta uma solução para o problema de regulação de recursos humanos em saúde no país?;O Brasil tem mesmo excesso de mão de obra em saúde ou esta encontra-se mal distribuída pelo território nacional? Cabe também o questionamento se essas tomadas de decisão estão articuladas com outras medidas e se os diferentes atores envolvidos realizaram um Planejamento Estratégico Situacional (PES) com vistas a melhorar essa realidade. Nossos resultados embora não respondam todos esses questionamentos, permitem avançar na direção de algumas respostas.

Paralelamente ao aumento do estoque de dentistas, observa-se que não houve melhora espontânea na distribuição geográfica desses profissionais, ainda há grande concentração de dentistas nas regiões sul e sudeste, em detrimento do norte e nordeste do Brasil. Os resultados da Tabela 5.9 mostram um panorama médio do estoque atual de dentistas no Brasil. Porém, se tratando de um país com dimensões continentais, é necessário verificar as tendências de concentração populacional versus número de profissionais e as necessidades da população. Milton Santos em 1970 já alertava para necessidade de que o planejamento em saúde levasse em conta características locais do território para que se diminuíssem as injustiças e iniquidades.(52) O quadro conceitual aplicado neste estudo (Quadro 1.1) reforça a necessidade de que as políticas de intervenções na força de trabalho em saúde levem em consideração aspectos do cenário, tais como características sociais, políticas, geográficas e econômicas.

As tabelas, 5.10 e 5.11 ratificam a desigualdade gerada pela tendência de fixação dos dentistas nos grandes centros, especialmente, nas Capitais. O número de profissionais localizados em todas as 5.543 cidades do interior do Brasil é próximo ao encontrado nas capitais (27 cidades) e a razão habitante por profissional é quase três vezes maior no interior do país. Embora os estudos sobre a distribuição de dentistas sejam escassos no Brasil, observa-se que essa é uma tendência na área da saúde. Na medicina e na enfermagem também encontramos uma distribuição desigual no país. (53) No entanto, nos últimos 30 anos, as ações para corrigir a má distribuição ficaram centradas na área médica. Os programas implementados, por exemplo, Projeto Rondon, o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), o Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), e por último o Programa Mais Médicos tinham como objetivo central a medicina, muito embora o projeto Rondon e o PROVAB tivessem incluído dentistas e enfermeiros, sua participação foi ínfima e não conseguiu mudar o cenário nacional (54). As pesquisas ainda não conseguiram avaliar o impacto desses programas no país, no entanto, apontam que a possibilidade de sucesso aumenta quanto um conjunto de intervenções políticas são realizadas, e entre essas intervenções podemos citar: formação, fluxo de entrada e saída, correção da má distribuição e ineficiência e regulação do setor privado ²². Considerando esses critérios o Programa Mais Médicos foi o que mais avançou em sua abordagem, embora não tenha incluído a regulação do setor privado (54), cabe agora ao Estado aprender com suas próprias boas práticas e expandir a implementação de políticas e intervenções verticais de regulação de RHS para corrigir essa lacuna no SUS.⁵⁵

Os dados, ilustrados na figura 5.6 podem ser explicados também pelo maior número de escolas formadoras de dentistas nas capitais e grandes cidades e do baixo número de profissionais que se deslocam do seu local de formação (13%), o Brasil tem vivido ainda o fenômeno do crescimento de cidades de porte médio do interior, que crescem tanto, aproximando suas características de grandes metrópoles ⁵⁶, por outro lado, ainda persiste uma maioria de municípios pequenos que não atraem força de trabalho em saúde de forma espontânea.

Em todas as regiões do Brasil existe um maior número de dentistas do sexo masculino nas faixas etárias superiores a 60 anos (Figura 5.1), porém essa proporção se inverte nas faixas etárias inferiores, e torna evidente uma nova tendência na profissão: podendo se verificar o maior número de dentistas mulheres entre os mais jovens. Esse fenômeno da feminilização, já foi descrito em trabalhos anteriores e se mostra progressivo e contínuo até os tempos atuais. Vale ressaltar que este não é um fenômeno brasileiro, mas da profissão em si ⁵⁷.

O fenômeno da feminilização impacta, por exemplo, na tendência de deslocamento dos profissionais. É sabido que as mulheres geralmente migram menos que os homens ²⁰, o que sugere que o estoque de dentistas brasileiros é cada vez mais estático. Este fato impõe a criação de novas abordagens e políticas capazes de interiorizar essa mão de obra. Dentre as características desse grupo, também está a de possuir uma maior chance de atuar no serviço público, o que sugere uma janela de oportunidade para as políticas públicas.

Muitos países tentaram uma variedade de incentivos e estratégias para influenciar ou direcionar a escolha da prática localização dos profissionais de saúde. A Austrália, por exemplo, tem monitorado o serviço e a distribuição de profissionais de diversas áreas. A grande maioria (80% ou mais) de cuidados de saúde bucal é fornecida por profissionais privados. Aqueles que vivem fora das áreas metropolitana, especialmente em áreas rurais e remotas, estão em grande desvantagem quanto ao acesso a serviços de saúde bucal. A territorialização e a análise das discrepâncias existentes podem ajudar no planejamento de serviços de saúde para a abordagem desses problemas. Estudos mais específicos da área da saúde destacaram uma falta geral de acompanhamento ou avaliação das intervenções realizadas, o que limita a capacidade dos formuladores de políticas. A

odontologia na Austrália enfrentou e continua enfrentando questões significativas da força de trabalho, em particular, uma distorção grosseira da distribuição de mão-de-obra. Esse país tem procurado outros métodos para alcançar a equidade no acesso a uma melhor intervenção na saúde oral da população. A aplicação de diferentes modos de atendimento como serviços de visita domiciliar entre outros está sendo examinados e estendidos. É notório que essas novas propostas vão confiar em profissionais de fora da odontologia e até da área da saúde.⁵⁸⁻⁶⁰

Na África do Sul também já existem políticas de regulação e normas do serviço comunitário de saúde como um mecanismo para a equidade da distribuição e desenvolvimento profissional. Os profissionais da saúde são obrigados a contribuir com um ano de serviço em uma unidade de saúde pública enquanto recebem supervisão e remuneração. Estudos realizados nesse país mostraram que apesar dos desafios na distribuição equitativa dos profissionais, a satisfação dos participantes com o programa de serviço comunitário obrigatório é alta. Estes dados oferecem um ponto de partida para a concepção de novos programas e políticas que melhor atendam às necessidades de saúde de um país. Através de uma ênfase no gerenciamento mais apropriado de recursos humanos, no desenvolvimento profissional e supervisão é possível desenvolver habilidades profissionais, distribuir equitativamente os recursos de saúde e manter a mão-de-obra em áreas rurais, subatendidas.^{61,62}

Esse estudo também sugere que as transferências e a mobilidade dos profissionais são variáveis importantes a serem consideradas na implementação de medidas destinadas a reduzir as disparidades geográficas. Como expresso na tabela 5.13, a migração não é muito recorrente entre os dentistas, visto que apenas 13% dos profissionais do país se deslocam. Esse valor não é suficiente para que haja uma mudança da distribuição dos profissionais partindo apenas da sua movimentação. Imaginando uma situação hipotética, seria necessária a migração de 40% dos dentistas das capitais para o interior para igualar a razão habitantes/dentista desses dois grupos. Como é de se imaginar, não seria possível realizar tal feito apenas trabalhando com a migração sem desrespeitar a liberdade do cidadão, porém pensar no incentivo ao deslocamento de profissionais é, sim, uma forma algo que pode trazer benefícios à saúde pública.

Relacionando os resultados apresentados, no qual temos uma mudança de perfil profissional, buscou-se analisar o movimento que os profissionais estão realizando no país, ou seja, o fluxo migratório dos dentistas. Analisando as migrações regionais atuais no Brasil (Figura 5.4 e Tabelas 5.17 e 5.18), vemos que as três principais rotas realizadas pelos profissionais são de evasão da Região Sudeste. Esse achado acompanha o número absoluto de profissionais, o qual 54% se encontra nessa Região. Essa tendência migratória sugere um reflexo do mercado saturado de dentistas nos grandes centros. Ainda assim, a região sudeste possui a menor porcentagem de profissionais que migram do seu local inicial de atuação (8%), mostrando como esse fluxo precisa ser expandido.

Como já esperamos que a migração será realizada por uma pequena parcela do estoque de profissionais, é necessário que se faça discussões sobre estratégias para melhorar a distribuição de um estoque que se instala, em sua maioria, no local onde realizou o seu cadastro inicial no Conselho, normalmente próximo ao seu local de formação.

Verificou-se que um dos aspectos fundamentais para regular a distribuição de dentistas no país é democratizar o acesso à educação, e nossos dados apontam que existem divergências importantes em relação ao local de formação e demanda de profissionais, bem como as necessidades que a população apresenta. Estudos de estratégias para uma melhor distribuição de profissionais de saúde ressaltam abordagens e precauções do descontrole dessas concentrações. Para prosperar em uma zona rural, por exemplo, estudantes formados em ambientes urbanos precisam ser informados das diferenças que experimentarão nessa nova natureza social. Os estudantes também precisam ser capazes de se adaptar a situações profissionais e pessoais desconhecidas. Fornecer um suporte de infraestrutura de prática adequada também faz parte dessas estratégias, sendo que esses programas de colocação rural dependem de financiamento para sobrevivência, assim como deve ser incluída provisão para alojamento e subsídio de vida nessa assistência ^{60,63}.

Segundo a tabela 5.19, 67% dos cursos de Odontologia se encontram nas Regiões Sul e Sudeste. Chama atenção também a considerável inferioridade dessa quantidade nas regiões Norte e Centro-Oeste, com 15% das escolas. As Regiões Sul e Sudeste também foram as únicas a possuírem mais escolas no interior do que

nas Capitais. Esse fato pode ser devido a existência de grandes cidades no interior dessas Regiões, onde já existe um Mercado de Trabalho estabelecido e que demanda mais profissionais. O acesso à essas escolas é mais um empecilho para ser considerado por novas políticas de intervenção. Não devendo ser dependente da formação Privada, é preciso que o número de cursos públicos de Odontologia acompanhe o crescimento e a demanda pela profissão. Como visto na figura 5.7, todas as Regiões do Brasil possuem mais escolas Privadas, e no Brasil 71% dos cursos são particulares. Vale ressaltar que o modelo conceitual aplicado na análise dos dados do presente estudo considera a necessidade da regulação dos setores privado e público e para tanto, as pesquisas e políticas de intervenção terão que levar em conta essas variáveis, já que no sistema de saúde brasileiro o público e o privado coexistem em diversos momentos, como no financiamento, gestão, infraestrutura e recursos humanos (Quadro 1.1).

A literatura aponta que são dois os principais componentes interligados de um sistema saúde sustentável, no que diz respeito à força de trabalho em saúde, são eles: 1. Manter os recursos humanos escassos do sistema por estratégias efetivas de retenção; 2. Uso racional da força de trabalho para que essa seja aplicada na melhoria da saúde da população. A natureza dinâmica do mercado de trabalho significa que políticas de retenção e distribuição devem estar alinhadas com as mudanças da força de trabalho da saúde. As prioridades do sistema de saúde devem ser mantidas sob revisão periódica para avaliar seu impacto.⁶⁴

Os dentistas movimentam-se entre a variedade de possibilidades do mercado de acordo com escolhas pessoais, condições de trabalho ou de remuneração. Contudo o aumento do contingente global de dentistas via abertura massiva de cursos de odontologia, pode não ter o efeito esperado de levar a Saúde Bucal a locais e serviços públicos de difícil ou nenhum acesso devido a tendência de maior atuação no setor privado. Esse fato poderia, por exemplo acirrar ainda mais as desigualdades no acesso da população a dentistas e serviços de saúde no Brasil se não houver uma regulação racional dos RHs. Apenas decisões políticas são capazes de gerar transformações no sistema de saúde brasileiro, devendo lutar contra o desvio por interesses que incentivam o crescimento do mercado privado, neste sentido o Brasil Sorridente deverá ter papel central na construção de uma política de recursos humanos na odontologia. Estratégias de intervenção e de

regulação devem entrar na pauta da Política Nacional de Saúde Bucal, afim de que se corrija as desigualdades apontadas nesse estudo, contemplando os interesses do Sistema Único de Saúde, compatibilizando e valorizando os desejos dos trabalhadores e enfrentando as influências do mercado privado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados analisados é possível afirmar que o perfil sócio demográfico atual do cirurgião dentista no Brasil é de maioria jovem, entre 25 e 35 anos e do sexo feminino. Quanto à distribuição espacial desses profissionais foi possível observar que persistem grandes concentrações nas regiões Sul e Sudeste, em detrimento das regiões Norte e Nordeste e o aparelho formador acompanha a mesma tendência.

O aparelho formador de cirurgiões-dentistas no Brasil tem um total de 230 escolas, a maioria de origem privada. Anualmente formam-se no país cerca de 15.000 profissionais, que se inscrevem, via de regra, no estado da federação onde cursam a faculdade. O fluxo de profissionais é discreto, cerca de 13%, e o estado que mais atrai essa mão de obra é Santa Catarina. Poucas escolas de odontologia estão localizadas nos vazios sanitários e a maior está nas capitais e cidades de médio e grande porte.

O estoque de dentistas no país continua crescendo, cerca de 1/3 desses profissionais tem pelo menos uma especialidade registrada no CFO. A maioria dos especialistas brasileiros é ortodontista. A razão habitantes/profissional revela que a distribuição dos profissionais pelo território brasileiro não é homogênea e não respeita nenhum critério de necessidade da população ou do Sistema de saúde vigente.

Foi possível identificar que o mercado de trabalho e o mercado de formação em odontologia se desenvolveram sem regulação efetiva do estado e que isso não foi suficiente para adequar a distribuição espacial dos dentistas por todo o território nacional. O mercado para os cirurgiões-dentistas no serviço público cresceu sobremaneira, impulsionado pelo Brasil Sorridente, entretanto, não houve uma política específica de RH. Para enfrentar as desigualdades identificadas nesse estudo, será necessário investimento do Estado, no que diz respeito à Formação, regulação de fluxo, distribuição e eficiência do estoque e regulação dos setores privado e público. O modelo conceitual aplicado neste estudo permite afirmar que para que se estabeleçam políticas de intervenção em RH, faz-se necessários ciclos

periódicos de monitoramento e avaliação para subsidiar a tomada de decisão por parte dos gestores, portanto estudos como este precisam ser constantemente realizados para compor análise situacional e o planejamento de tais políticas e esta é uma das missões do Observatório de Recursos Humanos em Odontologia da FOUP/OPAS/MS (ObservaRhOdonto).

REFERÊNCIAS¹

1. Scheffer M, coordendor, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil: Vol. 1, Dados gerais e descrições de desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina; 2011 [citado 28 nov. 2017]. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>.
2. Rao M, Rao KD, Kumar AS, Chatterjee M, Sundararaman T. Human resources for health in India. *Lancet*. 2011;377(9765):587-98.
3. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JL, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet*. 2004 Nov-Dec;364(9449):1984-90.
4. World Health Organization. Global Health Workforce Alliance. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 23 nov. 2017]. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA_AUniversalTruthReport.pdf.
5. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Dec;31 Suppl 1:3-23.
6. Arditi C, Burnand B. Démographie médicale: indicateurs et observatoires. *Revue des pratiques en Suisse et ailleurs*. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive; 2014 [citado 21 nov. 2017]. (Raisons de santé, 236).Disponível em: https://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds236_fr.pdf.
7. Kaplan A, Dominis S, Palen J, Quain E. Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low- and middle-income countries? *Hum Resour Health*. 2013 Feb;11:6.
8. Birch S. Health human resource planning for the new millennium: inputs in the production of health, illness, and recovery in populations. *Can J Nurs Res*. 2002 Mar;33(4):109-14.

¹ De acordo com estilo Vancouver.

9. WHO. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (WCSDH). Implementando ações sobre os determinantes sociais da saúde. 2011. p. 2-4.
10. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. France: OECD; 2014 [citado 23 nov. 2017]. (OECD health working papers, no. 69). Disponível em: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5jz5sq5ls1wl-en.pdf?expires=1512767253&id=id&accname=guest&checksum=1D9CCC575DE36D6FA27D5F7B67F214D1>.
11. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. France: IRDES; 2006 [citado 23 nov. 2017]. (Rapport no. 534 (biblio n° 1635). Disponível em: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>.
12. Jiang HJ, Begun JW. Dynamics of change in local physician supply: an ecological perspective. Soc Sci Med. 2002 May;54(10):1525-41.
13. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. Lancet. 2011 May;377(9779):1778-97.
14. Pucca Jr GA, Gabriel M, de Araujo ME, de Almeida FC. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil : innovation, boldness, and numerous challenges. J Dent Res. 2015 Oct;94(10):1333-7.
15. Soares CLM. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. Braz Oral Res. 2012;26 Suppl 1:94-102.
16. Girardi SN, Seixas PH. Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. Formação. 2002 maio;2(5):29-43.
17. Entrevista: Sérgio Arouca. Trab. Educ. Saúde. 2003 Sep;1(2):355-61.
18. Entrevista com o professor Gilles Dussault : desafios dos sistemas de saúde contemporâneos, por Eleonor Minho Conill, Ligia Giovanella e José-Manuel Freire. Ciênc Saúde Coletiva. 2006 Jun;16(6):2889-92.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 21 nov. 2017]. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf.
20. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press; 2010 [citado 21 nov. 2017]. Disponível em: http://wp.ufpel.edu.br/pecos/files/2015/03/Livro_perfil_cd.pdf.
21. Birch S, Kephart G, Murphy GT, O'Brien-Pallas L, Alder R, MacKenzie A. Health human resources planning and the production of health: development of an extended analytical framework for needs-based health human resources planning. J Public Health Manag Pract. 2009 Nov;15(6 Suppl):S56-61.
22. Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J, Boerma T. A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. Bull World Health Organ. 2013 Nov;91(11):892-4.
23. Pinto VG. Saúde bucal no Brasil. Rev Saude Publica. 1983;17(4):316-27.
24. Otávio J, Barreto M, Souza NM. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri-Piauí. Ciênc Saúde Coletiva. 2013 Jan;18(1):25-34.
25. Rosenthal E. A Odontologia no Brasil no Século XX: história ilustrada. São Paulo: Editora Santos; 2001. p. 97-116.
26. Paim J. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. [citado 21 nov. 2017]. p. 91-122. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6234/1/Paim%20JS.%20Cap%20Livro%201.2008.pdf>
27. Lima ALGS, Pinto MMS. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. História, Ciências, Saúde. 2003 Set-Dez;10(3):1037-51.

28. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Dal Poz MR, França T, organizadores. O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ; 2011. vol. 001, p. 103-16.
29. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93 [citado 23 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>.
30. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;6(2):341-60 [citado 23 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7007.pdf>.
31. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev ABENO*. 2003;4(1):30-7.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 18 nov. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
33. Araujo ME. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):179-82 [citado 18 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29462.pdf>.
34. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF, Barros SG, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(6):1791-803 [citado 18 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1791.pdf>.
35. Bertolozzi MR, Greco RM. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev Esc Enferm USP*. 1996 Dez;30(3):380-98 [citado 18 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>.

36. Bravo MIS. Política de saúde no Brasil. 2001. Este texto é uma versão revista e ampliada dos artigos: "As Políticas de Seguridade Social Saúde". In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e "A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica". In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.
37. Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, Williams DM, et al. FDI Vision 2020: Shaping the future of oral health. *Int Dent J*. 2012 Dec;62(6):278-91.
38. Hamilton CB, Smith CA, Butters JM. Interdisciplinary student health teams: combining medical education and service in a rural community-based experience. *J Rural Health*. 1997 Fall;13(4):320-8.
39. Aquilante AG, Aciole GG. Oral health care after the National Policy on Oral Health- "Smiling Brazil": a case study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 Jan;20(1):239-48 [citado 18 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/1413-8123-csc-20-01-00239.pdf>.
40. Mattos GCM, Ferreira EFE, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):373-82 [citado 27 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00373.pdf>.
41. Craveiro IMR, Hortale VA, Oliveira APC, Dussault G. Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(10):2985-98 [citado 27 nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/en_1413-8123-csc-20-10-2985.pdf.
42. Dussault G. Working in health: financing and managing the public sector health workforce. *Bull World Health Organ*. 2010 May;88(5):400.
43. Buchan J, Fronteira I, Dussault G. Continuity and change in human resources policies for health : lessons from Brazil. *Hum Resour Health*. 2011 Jul;9:17.
44. Zillén PA, Mindak M. World dental demographics. *Int Dent J*. 2000 Aug;50(4):194-234.

45. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.
46. Kroezen M, Dussault G, Craveiro I, Dieleman M, Jansen C, Buchan J, et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy*. 2015 Dec;119(12):1517-28.
47. Heaney S. Dublin Declaration on Human Resources for Health : Building the Health Workforce of the Future. 2017 [citado 23 nov. 2017]. Disponível em: <http://hrhforum2017.ie/wp-content/uploads/2017/09/Zero-Draft-Dublin-Declaration-25-Sept-2017-For-Consultation.pdf>.
48. Arouca R, Pereira HC, Alves LC. Censo Demográfico da Força de Trabalho nas Especialidades Odontológicas: Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010. Vol. 1.
49. Após MEC anunciar suspensão de novos cursos de Medicina, CRF-SP quer barrar graduações de Farmácia. *O Estado de S. Paulo*. 22 nov. 2017: .Edu [citado 28 nov. 2017]. Disponível em: <http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,apos-mec-suspender-novos-cursos-de-medicina-crf-sp-quer-barrar-graduacoes-de-farmacia,70002093158>.
50. CFO pede a Ministro da Educação que não autorize novos cursos de Odontologia no país. *Folha Uberaba, Uberaba*, 22 nov. 2017 [citado 27 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.folhauberaba.com.br/noticias/cfo-pede-ministro-da-educacao-que-nao-autorize-novos-cursos-de-odontologia-no-pais>.
51. Governo Federal vai suspender a abertura de novos cursos de medicina, diz MEC. Entretanto, editais lançados na gestão anterior para criação de novas vagas que estão em andamento serão implementados. *G1, São Paulo*, 17 nov. 2017 [citado 23 nov. 2017]. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/governo-federal-vai-suspender-a-abertura-de-novos-cursos-de-medicina-diz-mec.ghtml>.
52. Construção SEA, Perspectiva DEUMA, Dos DEA. *Hygeia: Rev Bras Geografia Médica Saúde*. 1980;9(16):131-47. <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>.
53. Sousa A, Dal Poz MR, Carvalho CL. Monitoring inequalities in the health workforce: the case study of brazil 1991-2005. *PLoS One*. 2012;7(3):e33399.

54. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 Apr;22(4):1165-80 [citado 23 nov. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/en_1413-8123-csc-22-04-1165.pdf.
55. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Aug;15(5):2355-65 [citado 21 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a11.pdf>
56. Oliveira AT, Simões AG. Deslocamentos populacionais no Brasil: uma análise dos Censos Demográficos de 1991 e 2000. 14º Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 20-24 set 2004; Caxambú, BR. [Caxambú: ABEP]; 2004.
57. Matos IB, Toassi RFC, Oliveira MC. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea Digit*. 2013;13(2):239-44.
58. Tennant M, Kruger E. Turning Australia into a “flat-land”: What are the implications for workforce supply of addressing the disparity in rural-city dentist distribution? *Int Dent J*. 2014 Feb;64(1):29-33.
59. Kruger E, Tennant M, George R. Application of geographic information systems to the analysis of private dental practices distribution in Western Australia. *Rural Remote Health*. 2011;11(3):1736.
60. Johnson G, Blinkhorn A. The influence of a clinical rural placement programme on the work location of new dental graduates from the University of Sydney, NSW, Australia. *Eur J Dent Educ*. 2013 Nov;17(4):229-35.
61. Hatcher AM, Onah M, Kornik S, Peacocke J, Reid S. Placement, support, and retention of health professionals: national, cross-sectional findings from medical and dental community service officers in South Africa. *Hum Resour Health*. 2014 Feb;12:14).
62. Couper ID, Hugo JF, Conradie H, Mfenyana K; Members of the Collaboration for Health Equity through Education and Research (CHEER). Influences on the choice of health professionals to practise in rural areas. *S Afr Med J*. 2007 Nov;97(11):1082-6.

63. Page S, Birden H. Twelve tips on rural medical placements : what has worked to make them successful. *Med Teach*. 2008;30(6):592-6.
64. Katz I, Chee G, Hulme A, Koseki S. Framework and Guideline for the Assessment and Evaluation of Health Systems Strengthening Program. Bethesda, MD: Abt; 2012. Health Systems 20/20 project.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Análise da distribuição e fixação territorial dos Cirurgiões Dentistas egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) do ponto de vista das migrações.

Pesquisador: Maria Ercília de Araujo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33354314.9.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.730.960

Apresentação do Projeto:

Atualmente o Brasil enfrenta um grave problema de vazios sanitários e desigualdades socioeconômicas regionais que impactam o acesso aos serviços de saúde do país. A má distribuição dos profissionais de saúde bucal no território brasileiro vem sendo tema de grandes debates na esfera pública tanto em relação a formação dos profissionais como na regularização da profissão, no entanto pouco conseguiu avançar em ações no sentido de corrigir essa realidade. O presente estudo tem como objetivo descrever e analisar a distribuição e fixação territorial dos Cirurgiões Dentistas egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) do ponto de vista das migrações. Para atingir esse objetivo será utilizada a estratégia da Triangulação, que possibilita o desenvolvimento de pesquisas mais precisas e interessantes por meio da combinação de metodologias quali-quantitativas. A abordagem quantitativa será desenvolvida a partir de dados secundários e será organizada em duas etapas, a pesquisa documental e o levantamento em bases de dados de órgãos oficiais. A abordagem qualitativa será realizada com entrevistas

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.730.960

semiestruturadas com uma amostra intencional de Cirurgiões Dentistas egressos da FOUSP que migraram para o interior do país. Espera-se com esse estudo uma melhor compreensão das escolhas que estão sendo feitas pelos profissionais de saúde bucal em relação à mobilidade regional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

•Identificar e analisar os fatores que influenciam a distribuição, fixação e mobilidade territorial dos Cirurgiões Dentistas egressos da FOUSP.

Objetivo Secundário:

•Construir um mapa de fluxo migratório dos egressos;•Mapear a distribuição dos egressos no país de acordo com os indicadores sociais de cada uma das cinco regiões;•Analisar o perfil, percepção e motivações dos egressos que migraram para o interior do estado de São Paulo;•Analisar o perfil, percepção e motivações dos egressos que migraram para o interior do país;•Analisar a contribuição da matriz curricular da FOUSP na decisão profissional dos egressos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na entrevista citada apresenta riscos mínimos e controláveis considerando que serão realizadas entrevistas.

Benefícios:

Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado e poderá nortear as reformas curriculares e as políticas públicas de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de extrema importância para a Odontologia e a FOUSP. A partir dessa análise pode-se determinar ajustes de conduta dos atores da formação profissional e inclusive ajustes curriculares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE

- Autorização da FOUSP - banco de dados de ex-alunos

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final, utilizando-se da opção "Enviar

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.730.960

Notificação" (descrita no Manual "Submeter Notificação", disponível na Central de Suporte - canto superior direito do site www.saude.gov.br/plataformabrasil).

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "emenda" a este CEP, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Esta ementa se justifica pelo fato de que as análises demandaram muito mais tempo do que se planejou inicialmente. Será necessária a inclusão de novos membros na equipe e ampliação do prazo para execução do trabalho para que o mesmo seja concluído. Não foram alterados título, objetivo, número de participantes e metodologia empregada na pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_777205 E1.pdf	24/08/2016 16:43:26		Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 3.pdf	05/08/2014 09:43:20		Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE 2.pdf	04/08/2014 14:30:13		Aceite
Folha de Rosto	Folha de rosto 10-07.pdf	10/07/2014 16:19:51		Aceite
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto - Mariana Gabriel - CEP.pdf	10/07/2014 11:08:32		Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorização.jpg	07/07/2014 17:13:10		Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/07/2014 10:50:52		Aceite

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.730.960

Não

SAO PAULO, 16 de Setembro de 2016

Assinado por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br