

Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil

A Review and discussion about the indicators for the demand forecast of the dental surgeons in Brazil

Deison Alencar Lucietto¹, Antenor Amâncio Filho², Sérgio Pacheco de Oliveira³

¹ Cirurgião-Dentista, Doutorando em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ.

² Advogado, Doutor em Educação, Pesquisador do DAPS/ENSP/FIOCRUZ.

³ Médico, Doutor em Saúde Coletiva, Pesquisador do DAPS/ENSP/FIOCRUZ.

Resumo

Este artigo tem como objetivo principal discutir a necessidade de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil a partir do indicador que expressa a proporção identificada como adequada entre o número de profissionais por uma quantidade determinada de população. Deste modo, serão observados dois indicadores: o primeiro é o indicador clássico preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS); o segundo é o proposto pelo Ministério da Saúde (MS) para a reorganização da Atenção Básica em Saúde no país, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com vistas a alcançar os objetivos traçados, optou-se por utilizar a Pesquisa Bibliográfica e a Pesquisa Documental. Destaca-se, neste sentido, a utilização de Fontes para Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde. Os resultados apontam para, tomando-se por base o indicador da OMS, um excesso e uma má distribuição dos cirurgiões-dentistas no país. Por outro lado, ao levar em consideração o indicador preconizado pelo Ministério da Saúde, evidencia-se a necessidade de um grande número de novos postos de trabalho em saúde pública, de modo a garantir a universalidade de acesso aos serviços odontológicos. Por fim, salienta-se que o tema precisa ser problematizado no interior da classe odontológica, pois a incoerência entre as necessidades de mercado e a oferta crescente de cirurgiões-dentistas pode trazer consequências indesejáveis, tanto para os profissionais quanto para os usuários das ações e serviços de saúde prestados.

Palavras-chave: Odontologia, Recursos humanos, População, Sistema Único de Saúde.

Abstract

This article has the main goal of discussing the demand for dental surgeons in Brazil starting from the indicator that expresses the proportion between the number of professionals and a determined amount of the population identified as adequate. Therefore, two indicators were observed: the first is the classic indicator advocated by the World Health Organization (OMS); the second is the one proposed by the Ministry of Health (MS) for the re-organization of the Basic Health Attention in the country, through the Family Health Strategy (ESF). To achieve the proposed goals, the Bibliographical Research and the Documental Research were used. In this regard, the use of Health Human Resources Study and Research Sources is highlighted. If the supporting indicator is the OMS, the results point to an excess and a bad distribution of the dental surgeons in the country. In the other hand, if the indicator advocated by the Ministry of Health is taken into consideration, the need of a high number of new work posts in public health is evident, to assure the universality of access to dental services. Lastly, it is brought up that the theme needs to be problematized inside the dental class, because the incoherence between the market demands and the rising offer of dental surgeons might bring undesired consequences, for both professionals and users of the provided actions and services.

Keywords: Dentistry, Human resources, Population, Public Health System.

Introdução

A centralidade dos recursos humanos nos processos de trabalho em saúde há muito vem sendo enfatizada no planejamento e na gestão no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Tendo em vista as particularidades em torno do cuidado e da assistência à saúde, salienta-se que são estes recursos, os profissionais e os trabalhadores em saúde, que conferem diferentes características às ações e aos serviços produzidos (NARVAI, 1999).

Neste sentido, há que se ter em mente que, no Brasil, o sistema de saúde está composto, grosso modo, sob a óptica do financiamento do setor, pelos subsistemas público (Sistema Único de Saúde – SUS) e pelo privado (incluindo desde a saúde suplementar – planos de saúde, odontologia de grupo e cooperativas – até a assistência estritamente particular).

Destaca-se, ainda, que a Odontologia brasileira, como profissão do setor de saúde, tem acompanhado os movimentos e as transformações na estrutura e no funcionamento do sistema de saúde nas últimas décadas. Tal fato, ou seja, o de *pertencer ao processo*, por sua vez, também provocou (e continua acarretando) mudanças importantes na forma como a profissão odontológica está organizada, sendo possível, hoje, evidenciar diversos desdobramentos ou possíveis campos de atuação para os cirurgiões-dentistas: no SUS, na saúde suplementar e na assistência particular.

Neste contexto, faz-se necessário explicitar que a formação acadêmica dos profissionais de Odontologia não pode ficar indiferente às modificações políticas, sociais, econômicas e culturais, em determinado tempo-espço. Estes aspectos têm sido bastante explorados nos meios científico e acadêmico nos últimos anos, tendo em vista as aproximações instigadas entre a formação profissional e a realidade do mercado de trabalho.

Também não é recente a ideia de que o ensino odontológico vem assumindo um caráter eminentemente mercantilista. Tal afirmativa está pautada na concepção da educação odontológica como um *negócio*. Assim sendo, nos últimos anos, tem vez uma indiscriminada abertura de cursos e faculdades de Odontologia privadas no país. Este aspecto precisa ser analisado criteriosamente, pois interfere na profissão, no qual diz respeito a suas relações com o mercado de trabalho e, até mesmo, mais especificamente, no modo como são produzidas as ações de saúde no âmbito odontológico, na dimensão ética e interpessoal.

Uma vez estabelecida simplória contextualização, lança-se a seguinte questão: o Brasil precisa formar mais cirurgiões-dentistas?

Desnecessário argumentar que uma resposta adequada a tal questão é tarefa nada fácil, pois o questionamento acima se desdobra em outros: como é possível aferir a necessidade de um número futuro exato de profissionais? Como apreender quantos cirurgiões-dentistas serão necessários no país nos próximos 5, 15, 20 ou 50 anos? Em quais conceitos ou relações podem ser baseados os argumentos para tentar responder às questões?

De tudo, fica uma certeza: embora existam inúmeras dificuldades operacionais, tal questão precisa ser problematizada, de modo que o iminente colapso entre o sistema de ensino odontológico e o mercado de trabalho, com suas consequências indesejáveis para a classe profissional e para a população em geral, possa ser evitado.

Objetivos

Buscar-se-á, no texto que se segue, tecer considerações sobre a necessidade de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil a partir do indicador que expressa a proporção identificada como adequada entre o número de profissionais por uma quantidade determinada de população.

Deste modo, serão observados dois indicadores: o primeiro é o indicador clássico preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS); o segundo é o proposto pelo Ministério da Saúde (MS) para a reorganização da Atenção Básica à Saúde no país, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Baseando-se nas proporções recomendadas por essas entidades, pretende-se discutir a realidade vivenciada pela sociedade brasileira no que diz respeito ao número de profissionais por população de um modo geral e, especificamente, com relação ao número de profissionais que são responsáveis por uma determinada quantidade de população no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Método e Materiais

Com vistas a alcançar os objetivos traçados, optou-se por utilizar a Pesquisa Bibliográfica e a Pesquisa Documental. Este tipo de procedimento tem a finalidade principal de colocar frente a frente os objetivos do pesquisador e os autores envolvidos em seu horizonte, num esforço de discussão de ideias e de pressupostos (CRUZ NETO, 1997).

A análise bibliográfica foi realizada principalmente em livros e artigos científicos que tratam dos temas da Atenção Básica em Saúde, da profissão odontológica e da inserção da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família. Assim sendo, foram feitos levantamentos nos principais livros brasileiros que tratam do assunto na atualidade, incluindo Odontologia Social, Promoção de Saúde Bucal, Saúde Bucal Coletiva e Odontologia em Saúde Coletiva.

A análise documental foi conduzida através de consultas na legislação específica de saúde e em torno da Atenção Básica em Saúde, incluindo a Estratégia de Saúde da Família. Os subsídios para fundamentar tal proposta de discussão também são oriundos de Fontes para Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde (OLIVEIRA; GARCIA, 2006), tais como dados disponibilizados pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), pelo Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP-MEC), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS), pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e pelo Ministério da Saúde (MS).

A Odontologia como profissão

As profissões são criadas nas sociedades a partir de determinadas necessidades (IYDA, 1998; NARVAI, 1999; BOTAZZO, 2000; CARVALHO, 2003) que, uma vez estabelecidas, impulsionam o surgimento de serviços com algum grau de eficiência e de regularidade de oferta. Com a Odontologia, a “profissionalização da atividade só se efetivou a partir da necessidade dos próprios homens negarem uma realidade agressiva e adversa” (IYDA, 1998, p. 132).

Assim sendo, a mudança no comportamento da doença cárie dentária, de afecção indolor para violenta e muito dolorosa, principalmente a partir do advento do consumo do açúcar, do século XVI em diante, foi uma das principais responsáveis para a organização de um corpo de práticas e de conhecimentos que originariam posteriormente a profissão de cirurgião-dentista (FREITAS, 2001).

A disseminação da doença cárie dental na população e as consequentes necessidades por tratamentos passaram a demandar

respostas em termos de serviços odontológicos, requerendo profissionais que pudessem resolver os problemas dos *dentes* e da *boca*. Deste modo, a Odontologia ganhou maior importância, no Ocidente, a partir de acontecimentos da metade do século XIX.

Hoje, no Brasil, as bases legais da profissão estão representadas na Lei 4.324, de 14 de abril de 1964, que instituiu os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, e na Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regulamenta o exercício da profissão no país. A Lei 4.324/64 foi regulamentada, posteriormente, através do Decreto 68.704/71.

De acordo com a Lei 5.081/66, “o exercício da Odontologia no território nacional só é permitido ao cirurgião-dentista habilitado por escola ou faculdade oficial ou reconhecida”, ou, para os profissionais “habilitados por escolas estrangeiras, após a revalidação do diploma”.

Em conformidade com o Artigo 6 desta lei, o campo de atuação legal do profissional cirurgião-dentista, está evidenciado pelo exercício das seguintes competências: I - praticar todos os atos pertinentes à Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação; II - prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em Odontologia; III - atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive, para justificação de faltas ao emprego; IV - proceder à perícia odontológica em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa; V - aplicar anestesia local e troncular; VI - empregar a analgesia e hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando constituírem meios eficazes para o tratamento; VII - manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese, aparelhagem e instalação adequadas para pesquisas e análises clínicas, relacionadas com os casos específicos de sua especialidade, bem como aparelhos de Raios X, para diagnóstico, e aparelhagem de fisioterapia; VIII - prescrever e aplicar medicação de urgência, no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente; e IX - utilizar, no exercício da função de perito-odontólogo, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça (BRASIL, 1966).

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO-2002), são atividades dos cirurgiões-dentistas: atender e orientar pacientes e executar tratamento odontológico; realizar radiografias e ajuste oclusal; aplicação de anestesia; extração de dentes; tratamento de doenças gengivais e canais; cirurgias bucomaxilofaciais; implantes; tratamentos estéticos e de reabilitação oral; confecção de prótese oral e extraoral; diagnosticar e avaliar pacientes e planejar tratamento; realizar auditorias e perícias odontológicas; administrar condições de trabalho; e adotar medidas de biossegurança. Além disso, desenvolver pesquisas na prática odontológica e integrar comissões de normatização do exercício da profissão (CBO, 2002).

Embora o profissional da Odontologia por vezes receba denominações distintas, como *dentista*, *odontólogo* e *odontologista*, o título fornecido ao aluno concluinte de curso, faculdade oficial ou reconhecida de Odontologia no Brasil é o de *cirurgião-dentista*. O diploma do egresso deve ser registrado junto ao Ministério da Educação (MEC) e, depois, o profissional deve se inscrever no Conselho Regional de Odontologia de seu Estado (CRO), a fim de que possa exercer, dentro dos princípios regulamentares e éticos, a profissão de cirurgião-dentista. A descrição desta ocupação profissional está presente na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO-2002), na família geral *Cirurgiões-Dentistas*, sob o código 2232.

As relações profissionais do cirurgião-dentista com os outros trabalhadores de saúde

A atuação profissional do cirurgião-dentista pode ser analisada, a partir das características principais de seus processos de trabalho, de duas maneiras básicas distintas: (1) aquela que se dá nos limites do consultório odontológico, remetendo a uma prática essencialmente clínica, e mais condizente com a atividade liberal (de

consultório próprio ou compartilhado, em odontologia de grupo, em planos de saúde ou como empregado em clínicas odontológicas); e (2) aquela que se dá no campo da Saúde Pública/Coletiva, quando, além das atividades clínicas, o profissional executa as chamadas “ações coletivas de saúde”, incluindo as de promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças e de educação em saúde.

Além do Cirurgião-Dentista (CD), outros profissionais, igualmente inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia (CROs), de nível técnico e auxiliar, complementam a força de trabalho em Odontologia: o Técnico em Higiene Dental (THD), o Técnico em Prótese Dentária (TPD), o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e o Auxiliar de Prótese Dentária (APD) (QUELUZ, 2003; MS, 2004; CONSELHO, 2008a ou b). Tais profissionais são englobados, na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO-2002), no título geral “Técnicos em Odontologia” sob o código 3224.ⁱⁱ

Assim sendo, diferentes profissionais podem ser alocados para compor equipes e atuar no atendimento individual aos pacientes tanto em consultório particular quanto em Saúde Pública/Coletiva.

Vale destacar que os processos de trabalho em consultório têm uma abordagem fundamentalmente individual e seguem uma sequência comum de etapas em torno da clínica odontológica. Alguns profissionais executam, além disso, ações de prevenção e de educação em saúde [bucal], mas essas são bem mais pontuais.

A atuação do cirurgião-dentista em âmbito coletivo se dá basicamente através de sua inserção profissional no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim sendo, percebem-se modificações substanciais com relação aos seus processos de trabalho nesta esfera.

De acordo com Zanetti (2001), nos serviços públicos, os processos de trabalho são mais “complexos” quando comparados àqueles do consultório privado. No âmbito do SUS, além das ações clínicas, existem as ações extraclínicas, que exigem do cirurgião-dentista habilidades para lidar com as escolhas e com as ações em âmbito coletivo. Estas ações, por sua vez, são mediadas por processos governamentais de tomada de decisão e de realização. Estes processos, então, apresentam grande nível de incerteza, envolvem disputas políticas, variedade de opções nas tomadas de decisões, conflitos e valores individuais, dentre outros (ZANETTI, 2001). Isto, por si só, coloca o cirurgião-dentista de Saúde Pública frente a uma gama de outros atores sociais, como coordenadores de unidades de saúde, gestores municipais, membros da comunidade e dos Conselhos de Saúde etc.

Em complementaridade, a inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir de 2001, tem provocado inovações nos processos de trabalho do cirurgião-dentista que atua no SUS. Assim, a possibilidade de realizar a prática odontológica para além dos limites do consultório implica mudanças no sujeito do trabalho odontológico, quando a ação isolada do cirurgião-dentista vem cedendo lugar à da equipe de saúde bucal (NARVAI, 1999).

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) da ESF devem ser compostas minimamente por CD e ACD, podendo ou não incorporar o THD (BRASIL, 2000). No entanto, além destas equipes, as concepções em torno da Estratégia de Saúde da Família têm instigado a realização de práticas de saúde multiprofissionais e interdisciplinares, o que tem causado, por sua vez, uma proximidade de relações, profissionais e pessoais, do cirurgião-dentista com outros trabalhadores de saúde, como é o caso dos médicos, dos enfermeiros, dos auxiliares de enfermagem e dos próprios agentes comunitários de saúde.

Indicadores passíveis de serem utilizados para predizer a demanda de cirurgiões-dentistas

O indicador clássico da Organização Mundial de Saúde (OMS)

O indicador clássico utilizado pela Odontologia brasileira para aferir a demanda ou a necessidade de cirurgiões-dentistas está baseado na relação proporcional *profissional por população*.

A concentração de cirurgiões-dentistas por quantidade de população preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 1 (um) cirurgião-dentista (CD) para cada 1.500 (mil e quinhentos) habitantes. Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a proporção de 1 (um) cirurgião-dentista para cada 2.000 (dois mil) habitantesⁱⁱⁱ parece ser adequada para os países de modo geral (JEUNON; SANTIAGO, 1999, p. 81-82).

Esta relação (1CD:1.500hab.) tem sido amplamente divulgada no meio odontológico, servindo de base para as análises sobre o mercado de trabalho em artigos científicos, dissertações e teses e, até mesmo, em apresentações e palestras realizadas pelos CROs e pelo CFO.

Este indicador pode ser utilizado para problematizar relações com o contingente de profissionais em determinado espaço geográfico e com a distribuição dos cirurgiões-dentistas pelo território nacional. Ou seja, tomando tal proporção (1CD:1.500hab) como eixo de análise, é possível identificar onde (cidades, estados, regiões) há excesso ou escassez de profissionais, tomando o cuidado de emitir juízos sempre relativos a tal proporção.

Um olhar mais criterioso sobre esta proposição, no entanto, permite evidenciar algumas pendências importantes: a partir de que conceitos ou pressupostos foi determinada que a proporção de 1CD:1.500hab está adequada para as nações de um modo geral? Tendo em vista as grandes disparidades entre as nações, esta proporção deve ser usada indiscriminadamente por países ricos e pobres? Este indicador foi construído com o intuito de *reservar mercado* ou para favorecer o acesso a serviços odontológicos de qualidade para a população?

Em decorrência desses questionamentos, sublinham-se algumas limitações para o uso acrítico de tal indicador: (1) ele não leva em consideração outros elementos passíveis de serem utilizados para o planejamento da demanda ou da necessidade de profissionais em um determinado tempo-espaço, como, as condições de saúde bucal, as condições sociais (como nível de educação), as condições econômicas (trabalho, renda, acesso a produtos de higiene dental etc.), as condições ambientais (água de abastecimento fluoretada) e os aspectos culturais de uma determinada população (como hábitos alimentares e de higiene); (2) ele não possibilita identificar a distribuição dos profissionais entre a esfera pública e a esfera privada; (3) ele não expressa o acesso da população aos serviços odontológicos; e (4) também não permite aferir a qualidade dos serviços recebidos pela parcela da população que teve acesso à Odontologia.

Mas, mesmo diante de tais limitações, este indicador tem sido o eixo norteador amplamente utilizado pelas entidades de classe e pelos estudos em torno do mercado de trabalho para averiguar o comportamento da profissão odontológica no país, uma vez que não existem proposições alternativas disponíveis em torno da temática de modelos de previsão para a demanda de cirurgiões-dentistas.

O indicador preconizado pelo Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica no Brasil através da Estratégia de Saúde da Família

A rede de Atenção Básica à Saúde do SUS está organizada por dois *modelos* assistenciais distintos: aquele dito *tradicional*, estruturado através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aquele dito *Saúde da Família*, com uma concepção substitutiva em relação ao modelo tradicional, através das Unidades de Saúde da Família (USF).

Desde 2001 as ações de saúde bucal foram incluídas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que tem possibilitado a abertura de um *novo mercado* para os profissionais da Odontologia.

Partindo desse pressuposto, buscar-se-á refletir acerca da demanda por cirurgiões-dentistas no SUS, no escopo da ESF, a partir das proporções preconizadas por Portarias e Normas emitidas pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito à relação entre o número de profissionais e uma determinada quantidade de população.^{iv}

Assim sendo, a Portaria nº 648/2006^v determinou os seguintes critérios necessários para a implantação das Equipes de Saúde da Família: existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a *média recomendada de 3.000 habitantes*; jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes; e composição mínima de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006).

Para a incorporação das Equipes de Saúde Bucal, ficaram explicitados os seguintes elementos necessários: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário (podendo ou não ter técnico em higiene dental); trabalho integrado a uma ou duas Equipes de Saúde da Família; e responsabilidade sanitária pela *mesma população e território* das Equipes de Saúde da Família às quais estão vinculadas (BRASIL, 2006). Vale ressaltar que, se uma mesma ESB estiver vinculada a duas Equipes de Saúde da Família, sua responsabilidade passa a ser o dobro da população.

Tendo em vista a crescente expansão da Estratégia de Saúde da Família, que não foram explicitados, na Portaria 648/2006, parâmetros de número de profissionais por população no modelo de atenção básica tradicional, optou-se por fundamentar a discussão em torno da determinação da demanda por cirurgiões-dentistas no SUS, de modo geral, pela ideia de que cada Equipe de Saúde Bucal seja responsável por 3.000 habitantes.^{vi} Ou seja, isto quer dizer que, no âmbito da ESF, cada cirurgião-dentista deveria ser responsável por 3.000 habitantes, o que resulta na relação 1CD:3.000hab.

Atualmente (março de 2008) existem 27.886 Equipes de Saúde da Família implantadas no país, presentes em 5.141 municípios e cobrindo 47,5% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 89,3 milhões de pessoas. Para este mesmo período, existem 16,3 mil Equipes de Saúde Bucal implantadas, distribuídas em 4,4 mil municípios e com uma cobertura populacional de 42,5% da população, o que corresponde a cerca de 79,9 milhões de pessoas.^{vii}

Discussão sobre a necessidade de demanda de cirurgiões-dentistas no Brasil a partir do indicador clássico da OMS

Tem sido relatado que a quantidade de cirurgiões-dentistas vem aumentando de maneira acelerada no Brasil a partir da metade da década de 1960 e início dos anos 1970, quando começaram a proliferar faculdades particulares de Odontologia no país. De acordo com Pinto (1993), este fato não pode ser constatado para

os tradicionais e grandes centros formadores de recursos humanos nesta área, quando os Estados Unidos e os países europeus vêm adotando uma política de restrição de novas vagas e até mesmo do número de cirurgiões-dentistas (PINTO, 1993, p. 38).

Desta forma, já no ano de 1980, o Brasil contava com 61.628 cirurgiões-dentistas inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia. Em 1989 este número subiu para 101.880 profissionais. Ou seja, num período de dez anos (1980-1989) “o estoque de profissionais cresceu extraordinariamente na ordem de 65,3% ao passo que a população brasileira aumentava em 20%” (PINTO, 1993, p. 37-38).

Em 1992, cerca de 11% dos dentistas de todo o mundo estavam no Brasil (PINTO, 1993; NARVAI, 2002). Freitas (2001) cita que, neste mesmo ano de 1992, existiam cerca de 123 mil cirurgiões-dentistas e 84 Cursos de Odontologia, “o maior número de cursos existentes em qualquer país” (FREITAS, 2001, p.41).

De acordo a Tabela 1,^{viii} no ano de 2008, existem mais de 219 mil cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Federal de Odontologia. Para este mesmo ano, a população estimada é de aproximadamente 190 milhões de pessoas. A relação cirurgião-dentista: habitantes para o Brasil fica em torno de 1CD:863 habitantes, isto é, bem abaixo daquela preconizada pela OMS, o que, a grosso modo, pode ser evidenciado como *excesso de profissionais* no país.

No entanto, há que se observar que existem diferenças significativas nestas proporções nas diferentes regiões do país. Assim, para as Regiões Norte e Nordeste, esta relação parece adequada, tendo em vista os resultados de 1CD:1.890hab e 1CD:1.761hab, respectivamente. Os resultados encontrados para as demais regiões, diferentemente, apontam para um excesso de profissionais, quando se encontra a seguinte relação: Sudeste: 1CD:623hab, Sul: 1CD:801hab e Centro-Oeste: 1CD:762hab. Observa-se, portanto, que a Região Sudeste apresenta o maior número de cirurgiões-dentistas por habitantes do país.

A necessidade de abertura de novos cursos de Odontologia no Brasil tem sido alvo de grandes discussões, parecendo existir consenso de que deveria haver um maior controle neste sentido, o que pode ser observado nas recomendações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal (1986; 1993) e da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO).

Botazzo (2000) destaca que a expansão desordenada dos cursos pode colocar em risco a credibilidade e a dignidade dos profissionais, concomitantemente ao rebaixamento da qualidade dos cursos de graduação. Há uma preocupação explícita, também, com a questão ética que deveria regular a profissão, a qual pode estar sendo colocada em xeque dada a natureza empresarial que o ensino vem assumindo (BOTAZZO, 2000). Além disso, destaca-se que a proporção crescente de egressos das faculdades tende a provocar queda no prestígio, na remuneração e do mérito atribuído ao diploma (JEUNON; SANTIAGO, 1999).

No ano de 1990, existiam 84 cursos de Odontologia no país (PINTO, 1993, p. 38). Em 2003, esta soma chegou a 161, ou seja, foi praticamente dobrado o número de escolas odontológicas em menos de quinze anos. De acordo com a Tabela 2, em 2007 este número passou para 188 faculdades, sendo 27 federais, 19 estaduais, 8 municipais e 134 particulares. Os maiores números de faculdades estão nos Estados de São Paulo (com 50), Minas Gerais (com 22) e Rio de Janeiro (com 20). O menor número de faculdades, por sua vez, está nos Estados do Acre, Amapá e Roraima, quando cada um possui apenas 1 faculdade de Odontologia (CONSELHO, 2008a ou b).

Desta forma, depreende-se que, tomando por base o valor do indicador clássico da OMS (1CD:1.500hab), o Brasil não demandaria de um maior número de cirurgiões-dentistas. Isto sugere que a formação em Odontologia deva ser reduzida, de modo que sirva apenas para a *reposição* da força de trabalho que se altera com o tempo (aposentadorias, abandono da profissão, mortes) e para o processo de educação continuada dos cirurgiões-dentistas que atuam tanto no âmbito privado quanto no público.

Evidentemente que tal proposição teria sentido na medida em que houvesse um mecanismo, tanto governamental quanto da classe odontológica, de redistribuição dos profissionais pelo país, com atrativos para a migração dos cirurgiões-dentistas para as regiões Norte e Nordeste e com propostas que facilitassem o acesso da população aos serviços odontológicos (incentivos para compra de equipamentos e materiais, incentivos fiscais para a abertura de consultórios e a diminuição dos impostos cobrados sobre materiais e serviços, por exemplo).

Embora esta seja uma visão *um tanto quanto utópica*, a realidade mostra suas facetas quando a relação entre a oferta de cirurgiões-dentistas e a ocupação efetiva desses trabalhadores caminha a largos passos para um colapso total no país.

Defende-se, assim, que o acesso aos serviços de Odontologia deva ser considerado como fundamental no processo de averiguação de demanda por mais profissionais, uma vez que, embora existam cirurgiões-dentistas “sobrando”, a população continua sofrendo das mazelas das doenças bucais (CONFERÊNCIA, 1986; CONFERÊNCIA, 1993; PINTO, 1999; RONCALLI, 1999; WEYNE, 1999; BARROS; BERTOLDI, 2002; CONFERÊNCIA, 2004).

Há um grande paradoxo neste sentido: temos profissionais *de sobra*, mas a população que mais necessita de cuidados odontológicos não está chegando ao encontro de tais profissionais (BARROS; BERTOLDI, 2002).

Tabela 1. Número de Cirurgiões-Dentistas (CD), População e Relação CD/habitantes por Região Brasil 2007/2008*

UF/Região	CD	População	Relação CD:hab.
Acre	368	703.447	1:1.911
Amapá	329	636.652	1:1.935
Amazonas	1.890	3.389.081	1:1.793
Pará	3.011	7.249.184	1:2.407
Rondônia	1.041	1.590.027	1:1.527
Roraima	265	415.281	1:1.567
Tocantins	1.210	1.358.889	1:1.123
Região Norte	8.114	15.342.561	1:1.890
Alagoas	1.929	3.085.053	1:1.599
Bahia	7.402	14.083.771	1:1.902
Ceará	4.401	8.335.849	1:1.894
Maranhão	2.031	6.265.102	1:3.084
Paraíba	2.853	3.650.180	1:1.279
Pernambuco	5.620	8.590.868	1:1.528
Piauí	1.703	3.065.488	1:1.800
Rio Grande do Norte	2.395	3.084.106	1:1.287
Sergipe	1.297	2.033.430	1:1.567
Região Nordeste	29.631	52.193.847	1:1.761
Espírito Santo	4.042	3.519.712	1:870
Minas Gerais	26.758	19.719.285	1:736
Rio de Janeiro	25.860	15.738.536	1:608
São Paulo	72.727	41.663.568	1:572
Região Sudeste	129.387	80.641.101	1:623
Paraná	13.728	10.511.933	1:765
Rio Grande do Sul	12.995	11.080.317	1:852
Santa Catarina	7.775	6.049.251	1:778
Região Sul	34.498	27.641.501	1:801

Distrito Federal	5.284	2.434.033	1:460
Goiás	6.730	5.840.650	1:867
Mato Grosso	2.870	2.910.255	1:1.014
Mato Grosso do Sul	2.831	2.331.243	1:823
Região Centro-Oeste	17.715	13.516.181	1:762
Total	219.345	189.335.191	1:863

Tabela 2. Número de Faculdades de Odontologia Existentes no Brasil (CFO, 2007)

UF/Região	Número de Faculdades	Dependência Administrativa		
		F	E	M
Acre	1	-	-	-
Amapá	1	-	-	-
Amazonas	7	1	1	-
Pará	3	1	-	-
Rondônia	3	-	-	-
Roraima	1	-	-	-
Tocantins	3	-	-	1
Região Norte	19	2	1	1
Alagoas	2	1	-	-
Bahia	6	1	2	-
Ceará	3	1	-	-
Maranhão	3	1	-	-
Paraíba	3	1	1	-
Pernambuco	4	1	1	-
Piauí	4	1	1	-
Rio Grande do Norte	2	1	-	-
Sergipe	3	1	-	-
Região Nordeste	30	9	5	-
Espírito Santo	3	1	-	-
Minas Gerais	22	5	1	-
Rio de Janeiro	20	2	1	-
São Paulo	50	-	7	5
Região Sudeste	95	8	9	5
Paraná	14	1	4	-
Rio Grande do Sul	10	3	-	-
Santa Catarina	7	1	-	2
Região Sul	31	5	4	2
Distrito Federal	4	1	-	-
Goiás	4	1	-	-
Mato Grosso	3	-	-	-
Mato Grosso do Sul	3	1	-	-
Região Centro-Oeste	14	3	-	-
Total	188	27	19	8

F: Federal
E: Estadual
M: Municipal
P:Particular

Discussão sobre a necessidade de demanda de cirurgiões-dentistas no Brasil a partir do indicador preconizado na reorganização da Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família

Sabe-se que o sistema de saúde brasileiro representa um *mix* público-privado, quando as ações de saúde são realizadas por variadas instituições, modalidades de prestadores, de gestão e de financiamento. Desta forma, muitos brasileiros dependem exclusivamente das ações odontológicas ofertadas pelo SUS, outros possuem planos de saúde e ainda outros buscam assistência em consultórios e clínicas particulares.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD/98), é possível afirmar que, de uma população residente de aproximadamente 160 milhões de brasileiros para o ano de 1998, mais de 29 milhões deles nunca tinham consultado um cirurgião-dentista (IBGE, 2000).

Assim sendo, uma análise conduzida por Barros e Bertoldi (2002) sobre os microdados da PNAD/98, evidenciou, em relação ao modo de financiamento dos atendimentos odontológicos, que 24,2% deles foram realizados pelo Sistema Único de Saúde. Depreende-se, assim, que “do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno” (BARROS; BERTOLDI, 2002, p. 710).

Levando em consideração o exposto até o momento e a importância da consolidação do SUS, buscar-se-á determinar quantos cirurgiões-dentistas seriam necessários para atuar na atenção básica em saúde pública tendo em vista dois pressupostos básicos: (1) o Sistema Único de Saúde (SUS) pretende, ao menos conceitualmente, ser um sistema de saúde com acesso universal à população; e (2) a Estratégia de Saúde da Família se conforma num mecanismo importante de substituição do modelo tradicional de assistência à saúde no escopo da Atenção Básica.

Desta forma, serão tecidas relações a partir da construção hipotética de que 100% da população deveria ser coberta pelo SUS e de que a Atenção Básica estaria pautada pelos parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde para a Estratégia de Saúde da Família.

Assim sendo, de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo MS para a consolidação da Atenção Básica, cada Equipe de Saúde Bucal (ESB) deve ser responsável por uma média 3.000 habitantes (isto é, 1CD:3.000hab).

Levando em consideração que o país possui uma população estimada em aproximadamente 190 milhões de habitantes (IBGE, 2007), seriam necessários em torno de 63 mil cirurgiões-dentistas atuando na Estratégia de Saúde da Família, de modo que houvesse uma cobertura total da população por tal estratégia.

Dados recentes da Estratégia de Saúde da Família (março de 2008) apontam para a existência de 16,3 mil Equipes de Saúde Bucal. Portanto, para que as ações de saúde bucal fossem estendidas à população em geral, seria demandada a inserção de aproximadamente mais 46,7 mil novos cirurgiões-dentistas nesta estratégia.^{ix}

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2008), existem quase 30 mil cirurgiões-dentistas – Clínicos Gerais, de Saúde da Família e de Saúde Coletiva – em atividade nos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família no país (CNES, 2008 – Tabela 3).

Caso fosse considerado esse contingente de profissionais que já atua na Atenção Básica (seja ela Saúde da Família ou modelo tradicional), seria demandada a inserção de aproximadamente mais 33 mil novos cirurgiões-dentistas, de modo que as ações básicas de saúde bucal, dentro da concepção desenhada para o Saúde da Família, fossem estendidas aos quase 190 milhões de brasileiros, através do SUS.*

Em acréscimo, considerando o pressuposto de que a Atenção Básica em Saúde pode apresentar uma resolutividade de 70 a 80% sobre os problemas de saúde da população, pode-se pensar que, no caso das ações e dos serviços odontológicos, faz-se necessário complementar o escopo da assistência para a Atenção Especializada. Levando em conta este aspecto, seria necessário um acréscimo de, pelo menos, mais 20% do número de cirurgiões-dentistas demandados pela Atenção Básica. Assim, seriam demandados mais 16 mil profissionais para assegurar a continuidade da assistência na atenção especializada no SUS.

Tabela 3. CNES – Recursos Humanos – Profissionais – Indivíduos – Segundo CBO 2002 – Brasil

Quantidade por Região/UF	
Esfera Administrativa: Federal, Estadual, Municipal	
Natureza: Administração Direta da Saúde (MS, SES, e SMS)	
Tipo de Estabelecimento: Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Posto de Saúde, e Unidade de Saúde da Família	
Ocupações em geral: 223208 – Cirurgião-Dentista Clínico Geral, 223272 – Cirurgião-Dentista de Saúde Coletiva e 2232B1 – Cirurgião-Dentista de Saúde da Família	
Período: Fevereiro 2008	
Região/UF	Quantidade
Região Norte	1.723
Rondônia	108
Acre	107
Amazonas	397
Roraima	60
Pará	594
Amapá	104
Tocantins	353
Região Nordeste	8.238
Maranhão	932
Piauí	615
Ceará	1.288
Rio Grande do Norte	775
Paraíba	952
Pernambuco	1.147
Alagoas	569
Sergipe	339
Bahia	1.621
Região Sudeste	11.698
Minas Gerais	3.287
Espírito Santo	671
Rio de Janeiro	1.599
São Paulo	6.141
Região Sul	5.232
Paraná	1.997
Santa Catarina	1.322
Rio Grande do Sul	1.913
Região Centro-Oeste	2.230
Mato Grosso do Sul	585
Mato Grosso	404
Goiás	1.114
Distrito Federal	127
Total	29.121

Conclusão

Através do exposto, procurou-se ilustrar um mecanismo de previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil, tendo como eixo norteador o uso de indicadores de *número de profissionais por quantidade de população*, tanto em termos gerais quanto no âmbito da Atenção Básica em Saúde no SUS.

Tomando-se o indicador clássico preconizado pela OMS e amplamente utilizado pelas entidades de classe na Odontologia para aferir a situação do mercado de trabalho, ficou evidente que o Brasil possui um contingente gigantesco de cirurgiões-dentistas atrelado a um grande número de faculdades. Sob esse ponto de vista, não seriam necessários *mais cirurgiões-dentistas*, mas, sim, deveria ocorrer uma melhor distribuição dos profissionais pelo território nacional, haja vista a concentração desigual destes nos diferentes Estados e Regiões do país.

Além disso, salienta-se que a maior oferta de cirurgiões-dentistas no mercado não significa nem acesso aos serviços odontológicos nem qualidade da assistência prestada. Talvez seja este aspecto que precise ser encarado com seriedade, imparcialidade e postura pró-ativa por parte das entidades de classe odontológicas (e dos próprios profissionais), bem como pelos condutores das políticas educacionais no país, os quais parecem estar ludibriados com falsa sensação de que a abertura de mais escolas de Odontologia, por si só, possa trazer impactos na educação, na saúde e na qualidade de vida da população.

Por outro lado, tomando o indicador preconizado pelo Ministério da Saúde para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, no escopo da Atenção Básica, ficou saliente a necessidade de incorporação de um número razoavelmente grande de mais cirurgiões-dentistas, de modo que as ações básicas de saúde bucal sejam estendidas à totalidade da população brasileira. Neste sentido, existe uma demanda real por maior número de profissionais da Odontologia.

Embora o exercício de refletir sobre a demanda por cirurgiões-dentistas no atual contexto brasileiro esteja envolto de limitações intrínsecas, haja vista a inexistência de literatura específica e até mesmo das dificuldades em trabalhar com bases de dados com concepções e estruturas distintas, muitas vezes com divergências até mesmo dos dados disponibilizados (OLIVEIRA; GARCIA, 2006), salienta-se que o tema precisa ser problematizado no interior da classe odontológica, pois a incoerência entre as necessidades de mercado e a oferta crescente de cirurgiões-dentistas pode trazer consequências indesejáveis, tanto para os profissionais quanto para os usuários das ações e serviços de saúde.

Por fim, reitera-se que a Odontologia continua não chegando a muita gente, gente essa que, em grande parte, necessita de cuidados em saúde bucal. Uma possível saída para tal realidade pode estar na ampliação, por parte de iniciativas governamentais, do acesso da população às ações e aos serviços odontológicos básicos, a exemplo da expansão das Equipes de Saúde Bucal, o que, por sua vez, demanda a inserção de um grande número de cirurgiões-dentistas no SUS.

Notas

ⁱ Na mesma acepção defendida por Botazzo (1992) *apud* Narvai (2002).

ⁱⁱ Para maiores informações consultar QUELUZ, D. P. Recursos humanos na área de Odontologia. In: *Odontologia em Saúde Coletiva planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: ArtMed, 2003.; Perfil de competências profissionais do técnico em higiene dental e do auxiliar de consultório dentário. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, Classificação Brasileira de Ocupações 2002 (disponível em <http://www.mteco.gov.br>) e Conselho Federal de Odontologia (disponível em <http://www.cfo.org.br/index.htm>).

ⁱⁱⁱ Embora exista este registro na literatura, não há consenso a respeito desta relação de 1CD:2000 habitantes.

^{iv} Na mesma concepção do indicador preconizado pela OMS, mas utilizando diferentes relações proporcionais.

^v Aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

^{vi} O Ministério da Saúde utiliza a estimativa populacional de 3.450 hab. por Equipe de Saúde da Família para calcular a cobertura desta Estratégia no país, mesmo que este número seja diferente daquele proposto na Portaria 648/2006 (que é de 3.000 hab.).

^{vii} Este cálculo leva em consideração a estimativa de 1ESB para cada 6.900 habitantes.

^{viii} O número de cirurgiões-dentistas refere-se aos profissionais registrados no CFO em abril de 2008. Os dados relativos à população, no entanto, dizem respeito ao ano de 2007. Sabe-se das limitações de utilizar dados de períodos distintos, mas estes foram utilizados em função de limitações operacionais das próprias bases de dados.

^{ix} Deve ficar claro, entretanto, que este número diz respeito a uma construção hipotética, não levando em consideração os profissionais que estão inseridos atualmente na Atenção Básica no modelo tradicional de assistência.

^x Considerando que pudesse existir uma “conversão” dos Cirurgiões-Dentistas Clínicos Gerais e de Saúde Coletiva para Cirurgiões-Dentistas de Saúde da Família.

Referências

ABENO. *Subsídios para o Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia*. Disponível em <http://www.abeno.org.br>. Acesso em nov. 2003.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na Utilização e no Acesso a Serviços Odontológicos: uma Avaliação em Nível Nacional. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BOTAZZO, C. *Saúde Bucal Coletiva: um Conceito em Permanente Construção*. São Paulo, Mimeo, p. 6-9, 1992.

_____. *Da Arte Dentária*. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000.

BRASIL. Decreto nº 68.704 de 03 de junho de 1971. Disponível em www.cfo.org.br. Acesso em 26 de abr. 2008.

_____. *Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966*. Disponível em www.cfo.org.br. Acesso em 26 de abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação – competência março/2008*. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/resumo_por_uf_03_2008.pdf. Acesso em abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Perfil de Competências Profissionais do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário*. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1444 de 28 de dezembro de 2000*. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao.phpf>. Acesso em abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648 de 24 de março de 2006*. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília, 2001.

- _____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3 de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 10, Seção 1, 4 mar. 2002.
- _____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2002*. Disponível em <http://www.mteco.gov.br>. Acesso em abr. 2008.
- CARVALHO, A. C. P. *Educação e Saúde em Odontologia: Ensinando a Prática e Prática do Ensino*. São Paulo: Liv. Santos, 1995.
- CARVALHO, C. L. Dentistas Práticos no Brasil: História de Exclusão e Resistência na Profissionalização da Odontologia Brasileira. 2003. *Tese (Doutorado em Saúde Pública)* – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 1., 1986, Brasília, DF. *Relatório Final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Universidade Federal de Brasília, 1986.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2., 1993, Brasília, DF. *Relatório Final*. [Rio de Janeiro]: Conselho Federal de Odontologia, 1993.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 3., 2004, Brasília, DF. *3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: Acesso e Qualidade Superando a Exclusão Social: Relatório Final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Faculdades de Odontologia Existentes no Brasil*. Disponível em www.cfo.org.br. Acesso em 19 de abr. 2008.
- _____. *Profissionais Existentes no Brasil*. Disponível em www.cfo.org.br. Acesso em 19 de abr. 2008.
- CRUZ NETO, O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes, p. 51-66, 1997.
- FERNANDES NETO, A. J. *A Evolução dos Cursos de Odontologia no Brasil*. Disponível em www.abeno.org.br. Acesso em dez. 2003.
- FREITAS, S. F. T. *História Social da Cárie Dentária*. Bauru: EDUSC, 2001.
- IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/ 1998)*. 2000. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em mar. 2004.
- _____. *População Estimada 2007*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em jun. 2008.
- IYDA, M. Saúde Bucal: uma Prática Social. In: Botazzo, C.; Freitas, S. F. T. *Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e Perspectivas*. Bauru, SP: EDUSC/UNESP, p. 127-139, 1998.
- JEUNON, F. A.; SANTIAGO, M. O. A Formação de Recursos Humanos e o Mercado de Trabalho em Odontologia. *Rev. do CROMG*, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 79-94, maio/jun. 1999.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais)*. Disponível em www.inep.gov.br. Acesso em jun. 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em jun. 2008.
- _____. *Departamento de Informática do SUS (DATASUS)*. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em jun. 2008.
- NARVAI, P. C. *Odontologia e Saúde Bucal Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Liv. Santos, 2002.
- _____. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal. In: KRIGER, L. et al. *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, p. 448-463, 1999.
- OLIVEIRA, S. P.; GARCIA, A. C. P. Variáveis e Indicadores para Análise de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2006.
- PINTO, V. G. *A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnóstico e Caminhos a Seguir*. São Paulo: Liv. Santos, 1993.
- _____. Epidemiologia das Doenças Bucais no Brasil. In: Kriger, L. et al. *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Aboprev, p. 28-41, 1999.
- QUELUZ, D. P. Recursos Humanos na Área de Odontologia. In: PEREIRA, A. C. et al. *Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed, p. 140-159, 2003.
- RING, M. E. *História Ilustrada da Odontologia*. São Paulo: Manole, 1998.
- RONCALLI, A. G. *Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-1996*. 1999. Disponível em www.angelonline/artigos/art_epid/epi_bra.pdf. Acesso em set. 2004.
- WEINE, S. C. A Construção do Paradigma de Promoção de Saúde – um Desafio para as Novas Gerações. In: Kriger, L. et al. *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Aboprev, p. 2-26, 1999.
- ZANETTI, C. H. G. *Odontologia: Habilidades e Escolhas*. 2001. Disponível em <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br>. Acesso em jun. 2004.