MARIANA GABRIEL

Distribuição geográfica dos Cirurgiões-Dentistas: percepção e motivação para a migração

São Paulo

2016

MARIANA GABRIEL

Distribuição geográfica dos Cirurgião-Dentista: percepção e motivação para a migração

Versão Original

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Odontologia Social

Orientador: Profa. Dra. Maria Ercilia de Araujo

São Paulo

2016

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.

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

Gabriel, Mariana.
Distribuição geográfica dos Cirurgiões-Dentistas: percepção e motivação para a migração / Mariana Gabriel ; orientador Maria Ercilia de Araújo. -- São Paulo, 2016.

155 p. : fig; tab.; 30 cm.

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

Versão original

1. Recursos humanos em Odontologia. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde Bucal. 4. Odontologia. 5. Saúde Pública. I. Araújo, Maria Ercilia.II. Título.

Gabriel M. Distribuição geográfica dos Cirurgião-Dentista: percepção e motivação para a migração. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: / /2017

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a)._____

Instituição: _____Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e a todos que direta ou indiretamente contribuíram com essa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Ao final desta etapa, são muitos os agradecimentos e muitas as pessoas a quem gostaria de deixar registrado o meu muito obrigada.

A Deus, pelo dom da vida, pela proteção constante e por ser minha fonte de fé e esperança sempre..."*É Dele a vitória alcançada em minha vida*".

Minha mãe Cecilia, por sempre me apoiar, por ter sido pai e mãe ao longo de toda a minha trajetória sempre me incentivando para que realizasse meu sonho. Deixo aqui toda a minha gratidão. Amo muito você, mãe.

Meu pai, que mesmo ausente foi minha fonte de inspiração para seguir sua profissão. (*in memorian*)

Ao meu marido, Luizinho, por ser meu companheiro e parceiro nesta vida, por sempre me apoiar, respeitar minhas escolhas e estar ao meu lado em todos os momentos. Muito obrigada! Minha vida é muito melhor ao seu lado!

Meus avós, pelo carinho e ternura. (*in memorian*)

Aos meus queridos familiares de São Paulo (principalmente: Beth, Glória, Herculano, Zé, Paulinha, Dani e Ju) por terem me acolhido com tanto amor durante todos esses anos em que estive aqui, no decorrer dessa jornada. Obrigada por tudo!

As minhas irmãs Glaucia e Flavia, que mesmo distante sempre torceram por mim.

Aos meus familiares e amigos de Botucatu, que sempre foram meu porto seguro...é sempre bom voltar para a casa!

Ao meu sogro e minha sogra (Luiz e Cidinha) que me acolheram em sua família com todo amor e carinho.

À minha orientadora Maria Ercilia, por ter me aberto tantas portas, por ter me acolhido e confiado no meu trabalho. Por ser uma pessoa generosa e uma profissional que admiro muito. Obrigada por tudo. Sem seu carinho, amizade e confiança, nada disso seria possível.

À professora Fernanda, que me acompanhou nesta jornada, sendo também uma das peças fundamentais para a conclusão deste trabalho. Agradeço muito a você, por todos os momentos compartilhados, pelos conselhos e por ter estado ao meu lado durante essa caminhada.

Ao professor Gilles, por ter me recebido em Lisboa com carinho, por disponibilizar de seu tempo, por me ensinar tanto e contribuir de maneira tão preciosa na escrita deste trabalho e na minha formação pessoal e profissional. Obrigada Professor!

Aos professores Edgar Michel Crosato e Maria Gabriela Haye, pelas oportunidades, confiança e amizade que sempre depositaram em mim.

Ao professor Gilberto Alfredo Pucca Jr. por todo auxílio com a elaboração dessa pesquisa e por seu engajamento profissional na defesa do Brasil Sorridente.

À professora Julie, por ter sido tão atenciosa comigo, principalmente nos momentos finais desta tese.

Aos professores: Dorival Pedroso, Simone Junqueira, Celso Zilbovicius, Dalton Ramos, Mazzili, Rogerio, Rodolfo Melani, que sempre estiveram dispostos a me ajudar no que fosse preciso.

Aos meus amigos de jornada que a pós-graduação trouxe para a minha vida: Paola, Andréa, Alana, Graci, Mari Lopes, Jana, Gustavo, Nayara, Gabriela, Eduardo, Paulo e Marcia. Obrigada pelos momentos de alegrias divididos e por tantas lembranças boas que levarei ao lado de vocês durante esses anos de convívio.

Aos amigos Maristela, Thaís, Jaque, Henrique, e Mari Chagas, por terem se dedicado e colaborado junto a mim na construção dessa tese. Vocês são maravilhosos!!!

À amiga e parceira de trabalho Ana Paula, pela contribuição nessa tese e em outras pesquisas, você me ensinou muito durante minha estadia em Lisboa...obrigada!
À minha prima Liliana, pela atenção na leitura dessa tese.

Aos meus amigos, Silvana e Thadeu por terem feitos os momentos que estivemos em Lisboa serem tão felizes e cheios de boas lembranças para recordar.

Ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa e aos professores: Zulmira e Isabel, Luzia, Giuliano, Lapão e a amiga Ana Teixeira.

Aos meus amigos e professores da Universidade Estadual de Londrina (UEL), vocês certamente tiveram um papel fundamental para eu estar aqui hoje. Obrigada!

As secretárias do Departamento de Odontologia Social: Sônia e Andréa, sempre tão atenciosas e dispostas a ajudar.

As bibliotecárias Glauci e Vânia pela atenção no processo na elaboração final desta tese e de outros trabalhos no decorrer do meu doutorado.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Ministério da Educação (CAPES - MEC) e ao governo brasileiro pela bolsa de doutorado sanduiche (PDSE) a mim concedida (Processo nº 99999.006953/2015-08).

“Cada pessoa deve trabalhar para o seu aperfeiçoamento e, ao mesmo tempo, participar da responsabilidade coletiva por toda a humanidade”.

Marie Curie

RESUMO

Gabriel M. Distribuição geográfica dos Cirurgiões-Dentistas: percepção e motivação para a migração [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Original

A má distribuição geográfica de dentistas é um problema enfrentado pelos sistemas de saúde ao redor do mundo. No Brasil os vazios sanitários e as desigualdades socioeconômicas regionais impactam o acesso aos serviços de saúde no país. A má distribuição dos profissionais de saúde bucal no território brasileiro vem sendo tema de grandes debates na esfera pública tanto em relação à formação dos profissionais como na regulação da profissão. O presente estudo tem como objetivo identificar e analisar os fatores que influenciam a distribuição e a mobilidade geográfica dos dentistas no Brasil, afim de contribuir para criação de uma Política Nacional de Regulação de Recursos Humanos em Odontologia inserida na Política Nacional de Saúde Bucal – "Brasil Sorridente". Foi utilizada a abordagem de estudo de caso com métodos mistos de coleta de dados, entre eles: revisão da literatura (em base de dados científicos e literatura cinzenta), dados secundários de órgãos governamentais e não governamentais e entrevistas com informantes chaves (dentistas que migraram para o interior do país). Esse trabalho foi organizado em três estudos complementares. A partir dos achados dos três estudos observou-se, que, no contexto global, as intervenções implementadas para corrigir a problemática ainda são incipientes e centralizadas em alguns países. No Brasil, essas intervenções também foram elementares e não apresentaram continuidade de suas ações. As entrevistas com os dentistas, foram reveladoras, e possibilitaram verificar a importância da oportunidade no contexto da organização do mercado de trabalho. Identificou-se, também, barreiras quanto ao vínculo de trabalho dos dentistas com o Sistema Único de Saúde (SUS), entre elas destacam-se, as diferenças nas formas de contratação e nos salários dos profissionais. Conclui-se que, processos de intervenção, articulados com outras áreas e setores, devem ser elaborados. O processo de formulação política, deve considerar a complexidade do fenômeno da distribuição geográfica dos profissionais e propor soluções ousadas que levem em conta todos os componentes do quadro teórico conceitual sobre a temática e a realidade política, econômica e

social do Brasil, no sentido de regular o mercado e favorecer a disponibilidade dos dentistas no território nacional.

Palavras-chave: Recursos Humanos em Odontologia. Políticas Públicas. Saúde Bucal. Odontologia. Saúde Coletiva

ABSTRACT

Gabriel M. Dentist's geographic distribution: a perception and motivations to migration [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2016. Versão Original.

The unequal geographical distribution of dentists is a problem founded in the health systems around the world. Brazil faces a serious problem of sanitary voids and regional socioeconomic inequalities that affect the access to health services in the country. The poor distribution of oral health professionals in Brazilian territory has been the subject of great debates in the public policy, regarding professionals training in the professional regulation. This study aims to identify and analyze the factors that influence the distribution and geographic mobility of dentists in Brazil, in order to contribute with the creation of a National Policy for Regulation of Human Resources in Dentistry inserted in the National Oral Health Policy - "Smiling Brazil" (Brasil Sorridente). The case study was realized with mixed methods of data collection: literature review (in scientific data and gray literature), secondary data from governmental and non-governmental agencies and interviews with key informants (dentists who migrated to remote areas of the country). This research was organized in three complementary studies. The results of the three studies demonstrated that the interventions implemented to correct the problem still incipient and centralized in some countries. In Brazil, these interventions were also elementary and did not find continuous actions. The interviews with the dentists revealed and verified the importance of the opportunity in the context of the organization in the labor market. It was also identified barriers regarding the dentists' work-related with the Unified Health System (SUS), among them the differences in the contracting forms and in the salary. It is concluded that, the intervention processes articulated with other areas and sectors must be elaborated. The process of political formulation must consider the complexity of the professionals' geographical distribution phenomenon. Additionally, it need to propose courageous solutions that includes all the components of the framework in the political, economic and social reality of Brazil. This polices should focus in the labor market regulation and it needs to ensure an equal dentists distribution in the national territory.

Keywords: Human Resources in Dentistry. Public Policies. Oral Health. Dentistry. Community Dentistry

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 2.1 - Categorias de intervenção segundo o documento Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations.[31] 22

Quadro 2.2 – Classificação das Intervenções regulatórias 24

Quadro 2.3 – Rede de saúde bucal da política Brasil Sorridente 33

Figura 2.1 - Quadro conceitual do fenômeno estudado (Distribuição de Recursos Humanos em Saúde) dividido em três componentes: Determinantes da distribuição, Estratégias de Intervenção e Monitoramento e avaliação dos resultados. 37

Quadro 4.1 – Informações referentes aos estudos que compõem a tese. 40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15

2 REVISÃO DA LITERATURA 19

2.1 DETERMINANTES DA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 19

2.2 INTERVENÇÕES/ESTRATÉGIAS PARA RESPONDER AOS DESEQUILÍBRIOS DA DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE 22

2.3 MENSURANDO OS RESULTADOS: ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES 29

2.4 O BRASIL E O PAPEL DA ODONTOLOGIA DENTRO DO CONTEXTO DA MÁ DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE. 30

2.5 QUADRO CONCEITUAL 36

3 PROPOSIÇÃO 38

3.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 38

4 METODOLOGIA 39

5 RESULTADOS 41

5.1 CAPÍTULO 1 - UM PANORAMA GLOBAL DA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DE DENTISTAS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESCOPO 41

5.2 CAPITULO 2 **-** DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS DENTISTAS BRASILEIROS: MOTIVAÇÃO E PERCEPÇÃO PARA A MIGRAÇÃO 76

5.3 CAPÍTULO 3- MEDIDAS REGULATÓRIAS DA EXPANSÃO E CONTRATAÇÃO DE DENTISTAS: UMA AGENDA PRIORITÁRIA PARA O FORTALECIMENTO DO BRASIL SORRIDENTE 109

6 DISCUSSÃO GERAL 127

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 134

REFERÊNCIAS 135

APÊNDICES 145

ANEXOS 153

1 INTRODUÇÃO

A má distribuição de profissionais de saúde é um problema que afeta inúmeros países ao redor do mundo. Essa realidade impacta, dentre outros fatores, o acesso aos serviços de saúde e, portanto, é um desafio que necessita ser superado[1,2,3].

Desde a Declaração de Alma Ata, em 1978, um marco mundial da saúde, discute-se intensivamente estratégias de combater as desigualdades entre os povos e atingir uma cobertura universal de saúde para a população mundial. No entanto, esta ousada meta deve ser planejada de maneira transversal, articulada com diferentes órgãos e setores governamentais. Sendo assim, na perspectiva da intersetorialidade, por vezes, se faz necessário, estabelecer um paralelo entre cobertura universal e disponibilidade de recursos humanos em saúde[4].

Em 2013, o Brasil foi sede da terceira edição do Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, que teve como tema central “Recursos Humanos para a Saúde: fundação para a cobertura universal de saúde e agenda de desenvolvimento pós-2015”. Nas duas primeiras edições do fórum que ocorreram, respectivamente, em Uganda em 2008 e na Tailândia em 2011, a grande expectativa foi elencar estratégias para alcançar as metas de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que se encerou em 2015. Já na 3ª edição, foi apresentado um relatório que visou consolidar o que já era conhecido até o momento em RHS e corroborar com as ações para alcançar, sustentar e acelerar o processo de cobertura universal de saúde para o período pós 2015[5].

Dentre as discussões e orientações do relatório do 3º Fórum, estão presentes a necessidade de redução dos desequilíbrios geográficos e uma distribuição mais equitativa da força de trabalho de saúde[6]. No Brasil, programas foram propostos pelo governo federal para tentar corrigir essa situação, entre eles o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) em 2001, o Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB) em 2011 e mais recentemente o Programa Mais Médicos[7], mas ainda é preciso avançar nas políticas públicas de saúde brasileira, tratando-as de maneira integrada e coordenada com a realidade do país e não apenas de maneira reativa em resposta a uma crise[8].

Também em 2013, o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS/SGTES/MS), com o apoio da Organização Pan-Americana da

Saúde (OPAS) realizou um Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde, destacando a importância da interdisciplinaridade das equipes de saúde para o enfrentamento dos problemas de acesso à saúde do país com vistas a integralidade do cuidado. O objetivo do seminário foi o intercâmbio de experiências de outros países como: Canadá, Estados Unidos, Itália, Argentina e Espanha na superação dos desafios sobre o tema proposto. No caso do Brasil, além da regulamentação do serviço, também foi discutido a má distribuição dos cursos das áreas da Saúde. O Conselho Federal de Odontologia (CFO) reconhece 203 cursos, sendo que 129 estão localizadas nas regiões sul e sudeste[9]. Essa situação tende a agravar as desigualdades de distribuição profissional no país, sem priorizar o acesso à saúde da população.

Um estudo inédito e de grande contribuição para a Odontologia, publicado em 2010, mapeou o perfil atual e as tendências do Cirurgião Dentista brasileiro destacando informações relevantes para as políticas públicas de saúde do país, tais como o perfil sociodemográfico, perfil da formação tecnocientífica e o perfil do mercado de trabalho. Identificou-se que a distribuição de cirurgiões dentistas (CD) pelo Brasil é altamente desigual, uma vez que, segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), 75,1% dos cirurgiões dentistas se situam nas regiões Sul e Sudeste do país, enquanto apenas 57,2% dos brasileiros vivem nestas regiões[10]. Esta diferença de concentração pode ser chamada, também, de “pletora”. Esta característica da distribuição de Cirurgiões Dentistas acaba por gerar diversos problemas, tanto no âmbito social, no sentido da saúde coletiva (ligada ou não ao governo), como no âmbito econômico, estando diretamente ligada à oferta de emprego e serviços na esfera geográfica em que o profissional atua[11]. Nesse momento, é necessário aprimorar a qualidade das informações de modo a elucidar os caminhos a serem tomados na Odontologia, uma vez que, o Brasil apresenta um sistema de saúde universal: o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o cuidado em todos os níveis de atenção e inovando em 2004, quando instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal, denominada “Brasil Sorridente” que vem transformando o cuidado em saúde bucal, por meio de uma complexa rede articulada com o SUS, com o objetivo de alcançar a integralidade do cuidado prevista em sua criação[12].

Desse modo, pesquisas nessa área são importantes para delinear o impacto dessa política na escassez e ausência de profissionais de saúde bucal, em áreas rurais e do interior do país, pois, simplesmente, contar a população e dividir pelo

número de profissionais não expressará um indicador aceitável para as tomadas de decisão da saúde pública brasileira[13] e também não irá garantir que toda população tenha acesso a saúde bucal.

Cerca de 9.000 Cirurgiões Dentistas ingressam no mercado de trabalho, anualmente no Brasil [10], contribuindo para a sua saturação, caso não ocorra uma gestão adequada dos recursos humanos em Odontologia. Nessa perspectiva, a Universidade tem papel fundamental na formação de profissionais conscientes dos problemas sociais que atingem sua área. Em 2002, foram implantadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que orientam uma formação condizente com a realidade do país e acima de tudo estruturada em competências gerais e especificas que o Cirurgião Dentista deve desenvolver durante a graduação para atuar de maneira resolutiva na sociedade[14].

Após essas mudanças nas matrizes curriculares dos cursos de graduação em Odontologia é necessário conhecer o entendimento desse novo profissional formado, no que se refere à responsabilidade social e seu papel modificador da saúde bucal de uma população. Além disso, conhecer suas opções e aspirações profissionais, em relação à fixação territorial, vínculos afetivos e pretensões de carreira e salarial, pois desse modo teremos subsídios para compreender as escolhas que estão sendo feitas e motivar as migrações para áreas não assistidas, como por exemplo, por meio de melhores planos de carreira e infraestrutura de trabalho[15,16].

Os desafios dos sistemas de saúde contemporâneos são específicos de cada país, estado ou até mesmo região, porém, alguns princípios podem ser aplicados a todos para sua superação, entre eles:

> "... (1) adoção de objetivos claros e específicos em termos de qualidade nas suas dimensões técnicas e de serviço, (2) um verdadeiro compromisso político ao mais alto nível que apoie esses objetivos; (3) a mobilização da capacidade para atingir os objetivos"[17].

A capacidade de mobilização para alcançar os objetivos deve existir em três níveis: no nível da força de trabalho, no nível das organizações prestadoras e no nível institucional. Para atingir a qualidade do serviço certamente os recursos financeiros são indispensáveis, mas o grande entrave que influenciam os comportamentos dos prestadores de serviço são os de natureza organizacional e cultural[17].

A literatura aponta intervenções importantes que estão feitas para superar a má distribuição de Recursos Humanos da Saúde, no entanto no Brasil a evidencia sobre essa problemática ainda é escassa, principalmente na área da Odontologia. Globalmente a saúde bucal se apresenta à margem das políticas de saúde, o que vem gerando uma carga de doenças bucais elevada em diversas populações. O Programa Global de Saúde Bucal da OMS enfatiza que a saúde bucal é parte integrante e essencial para a saúde geral, além de ser um fator determinante para a qualidade de vida. Destaca também que globalmente, desigualdades sociais acentuam a falta de cobertura nos cuidados de saúde bucal. As populações desfavorecidas, tais como, de comunidades mais necessitadas, pessoas com deficiência, pessoas com dificuldade de sair de casa, idosos e certas minorias étnicas não são suficientemente cobertas por esses cuidados[18].

A instituição do Brasil Sorridente está modificando positivamente o cenário da Odontologia brasileira, mas para isso acontecer muito investimento já foi realizado, em 10 anos mais de US$ 2,6 bilhões foram aplicados na saúde bucal. Além disso, observa-se também uma modificação importante no cenário de Recursos Humanos em Odontologia que contribuiu para esse avanço, atualmente cerca de um quarto de todos os dentistas do país apresentam algum vínculo com o serviço público e estima-se até 2020 cerca de 30.000 profissionais de saúde bucal (incluindo dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal) esteja atuando no Brasil Sorridente[12].

A partir desse novo contexto da Odontologia brasileira, torna-se pertinente investigar os fatores que influenciam a distribuição dos Dentistas no território brasileiro, principalmente, no que se refere as ações de recrutamento e retenção como uma das formas de sustentabilidade dos avanços alcançados. Esse estudo visa contemplar diferentes perspectivas sobre o tema, uma vez, que, as intervenções desenvolvidas em diferentes setores, tais como: educação, saúde e emprego, têm apresentado maior impacto[19].

2 REVISÃO DA LITERATURA

Essa revisão da Literatura, fundamentada em evidências cientifica disponível até o momento, visa fornecer uma melhor compreensão dos problemas relacionados com a má distribuição de Recursos Humanos da Saúde.

A busca foi conduzida na base de dados do PubMed, BVS e Google Scholar, não houve restrição de idioma, período, país de publicação ou profissões da saúde. As referências potencias dos artigos encontrados, principalmente das revisões sistemáticas, foram verificadas para contemplar artigos, relatórios e documentos que pudessem atender aos objetivos da revisão.

Para melhor entendimento, a revisão será apresentada em tópicos. O primeiro abordará os **determinantes da distribuição geográfica dos profissionais de saúde**. O segundo, as quatro grandes áreas de **intervenções/estratégias** que os formuladores de políticas no setor da saúde podem utilizar para responder a esses desequilíbrios: Educação, Regulação, Financeira, Apoio Pessoal e Profissional. O terceiro, o **acompanhamento e as avaliações das intervenções.** E por fim, o quarto tópico focará o **Brasil e o papel da Odontologia** dentro desse contexto.

2.1 DETERMINANTES DA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A OMS aponta que cerca de metade da população mundial vive em áreas rurais, no entanto, apenas 24% dos médicos do mundo atuam nessas áreas destaca-se também, que essa é uma problemática existente tanto em países desenvolvidos e não desenvolvidos, como em países pobres[20]. Com isso, fica claro que corrigir as restrições relacionados com os Recursos Humanos para a Saúde corroborará para melhorar o acesso aos serviços de saúde[3]. No entanto, é fundamental adequar as necessidades de saúde da população com uma oferta de trabalhadores competentes, motivados e adequados à realidade do país para atingir a Cobertura Universal de Saúde[21].

O relatório da WHO “A universal truth: no health without a workforce” apresenta dados de 36 países e expõe quatro importantes dimensões para avançarmos na cobertura universal em saúde: Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade e Qualidade da força de trabalho em saúde (AAAQ). Onde a disponibilidade refere-se aos profissionais com as competências necessárias para corresponder às demandas da população. Acessibilidade é a possibilidade de acesso da população aos serviços de saúde. Aceitabilidade é a capacidade dos profissionais estabelecerem laços de confiança com a população. E por fim, a qualidade que se relaciona diretamente com a competência intrínseca ao profissional e percebida pelos usuários. Os resultados desse relatório, embora tenham sido apresentados individualmente para cada país, identificam situações comuns em muitos dos países analisados, como por exemplo: escassez de algumas categorias profissionais, envelhecimento da força de trabalho em saúde e dificuldade em substitui-los, dificuldade em atrair e reter trabalhadores, falta de avaliação da qualidade do serviço, dificuldade para estimular os recursos humanos para as necessidades do país, formular políticas públicas a longo prazo, entre outros. O relatório também propõe algumas dimensões fundamentais para atingir a cobertura universal em saúde, como por exemplo, reduzir as diferenças financeiras no país, priorizar grupos vulneráveis, fornecer atendimentos eficazes a população, mas não perder o foco da promoção de saúde, formar profissionais generalistas, distinguir as demandas urbanas e rurais, estabelecer um bom planejamento em saúde, conhecer os gastos com a saúde e comparar com outros países, e, se necessário, recrutar profissionais de outros países. Sobretudo o relatório aponta que o sistema só opera com força de trabalho[22].

Há uma diversidade de fatores que influenciam a distribuição geográfica dos profissionais da saúde, entre eles, podemos destacar os fatores: pessoais, profissionais, organizacionais, econômicos, políticos e culturais que estão diretamente relacionados com as tomadas de decisões de diferentes atores, entre eles, indivíduos, comunidades e governos[23].

Conhecer os determinantes da distribuição geográfica dos profissionais de saúde são essenciais para planejar as ações em saúde. O relatório da Joint Learning Initiative (JLI), que apresenta conclusões e recomendações de diversos líderes globais do setor saúde, aponta que os serviços de saúde são altamente dependentes do profissional e que são eles que gerenciam todos os outros recursos para a saúde,

incluindo: financiamento, tecnologia, informação e infraestrutura, sendo assim, para serem eficazes, devem ser bem distribuídos, motivados, qualificados e apoiados[24].

A Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) aponta que a escolha da localização prática é complexa, mas que nos países por eles analisados foi possível identificar fatores chaves que influenciam médicos e estudantes de medicina nessa escolha. Locais pouco atraentes para morar e trabalhar, organização do trabalho, salários e condições de trabalho são determinantes para a má distribuição de profissionais[25].

Um estudo que analisou os fatores que influenciam a retenção de fisioterapeutas em cidades do interior, apontou que os fatores pessoais se sobressaíram em relação aos fatores profissionais, nesse grupo permanecer perto da família e ter um estilo de vida mais saudável e próximo ao meio ambiente foram os fatores mais relevantes. Além disso, o estudo também discute que a atuação em cidades regionais é menos desafiadora, em relação a atuação em comunidades rurais ou remotas[26]. Por conta dessas peculiaridades, Thammatacharee et al.[27], analisou a relação entre as características pessoais dos profissionais graduados em Medicina, Odontologia e Farmácia e suas preferências por trabalhar em áreas rurais da Tailândia. Nos três casos, a proximidade com a cidade natal foi também apontada como a razão mais importante para seleção do local de trabalho e no caso da medicina os graduandos selecionados a partir de um programa de cotas para estudantes de área rural apresentaram maior tendência (10% a mais) na escolha do trabalho nessas áreas, em relação àqueles recrutados por meio do exame convencional de admissão. Outro estudo realizado em Iowa/EUA, analisou as características individuais de todos os Dentistas atuantes no setor privado e relacionou com a escolha da atuação na área rural. Essas características incluíram escola que realizou a graduação, local de nascimento e de atuação, sexo e idade. O estudo concluiu que a força de trabalho em Odontologia nas áreas rurais de Iowa é, na sua maioria, caracterizada por homens mais velhos que nasceram e se graduaram em Iowa[28].

Dieleman et al.[29], identificou fatores que motivam e desmotivam as decisões dos trabalhadores em permanecer ou deixar um local de saúde rural, no Norte do Vietnam. Segundo esse estudo, os fatores que motivam estão relacionados a valorização e apoio dos gestores, respeito das pessoas em relação ao trabalho, estabilidade financeira e profissional, oportunidade de educação continuada e amor pelo trabalho. E da mesma forma, os que desmotivam são: baixos salários, dificuldade

com transportes, informação não atualizada, falta de conhecimento, sobrecarga de trabalho e falta de planejamento do trabalho.

2.2 INTERVENÇÕES/ESTRATÉGIAS PARA RESPONDER AOS DESEQUILÍBRIOS DA DISTRIBUIÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Frente às necessidades, os formuladores de políticas do setor saúde estão utilizando estratégias para responder aos desequilíbrios na distribuição de profissionais, e em resposta a solicitações de líderes mundiais da sociedade civil e de Estados-Membros, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou recomendações, baseadas em evidências, para melhorar a atração, recrutamento e retenção dos trabalhadores de saúde em áreas remotas e rurais. Embora existam outras, o documento aponta recomendações voltadas apenas para intervenções referentes ao planejamento e gestão de recursos humanos e elas foram divididas em quatro grandes categorias: Educação, Regulação, Financeira, Apoio pessoal e profissional (Quadro 2.1), é importante destacar que essas estratégias podem ser aplicadas de maneira a combinar diferentes categorias para uma intervenção[30].

Quadro 2.1 - Categorias de intervenção segundo o documento Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations.[30]

Categoria das Intervenções	Breve descrição
EDUCAÇÃO	A educação é a base para a formação de profissionais de saúde competentes. Por conseguinte, é importante selecionar os alunos "certos", isto é, aqueles que são mais propensos a praticar em áreas remotas e rurais, treiná-los nesses locais e utilizar métodos e currículos que influenciem uma possível futura prática nessas áreas. Além disso, também é importante o apoio aos profissionais de saúde já graduados ao longo da carreira, por meio da educação continuada, esse apoio é particularmente necessário em áreas isoladas, onde o acesso ao conhecimento e informação nem sempre são fáceis
REGULAÇÃO	As medidas de regulamentação podem ser definidas de forma ampla, medidas que abrangem o controle do governo, exercido por meio de ferramentas legislativas, administrativas, jurídicas ou políticas.
FINANCEIRA	Abrangem todos os benefícios adicionais pagos ou fornecidos a trabalhadores de saúde, para atraí-los ao trabalho em uma área remota ou rural.
APOIO PESSOAL E PROFISSIONAL	Apoio no nível pessoal são relacionados com boa infraestrutura, oportunidades para interações sociais, escolaridade para os filhos e oportunidades de emprego aos cônjuges. Apoio no nível profissional, são relacionadas as oportunidades para progredir nas carreiras, networks, tele saúde entre outras.

2.2.1 Educação

A literatura aponta diversas estratégias voltadas a categoria educação, entre elas podemos citar, programas de admissão de estudantes de origem rural, práticas em áreas rurais, melhorias nas matrizes curriculares dos cursos de graduação das áreas da saúde, entre outros[31,32]. Neill[33], relata a experiência do Programa Clínicas rurais e remotas que iniciou em 1998. O programa consiste em uma prática de 05 a 16 semanas para estudantes de enfermagem, em um hospital rural da Austrália central. Os estudantes têm apoiado esses estágios e relataram que essa experiência mudou suas vidas e influenciou nas futuras escolhas na carreira.

Em um estudo realizado na universidade de James Cook, situada em uma área rural, no norte da Austrália, que foi criada em 1999, para atender às necessidades da força de trabalho em saúde dessa região, egressos de medicina foram acompanhados no seu local de prática e os resultados sugerem que o impacto em relação a força de trabalho dos grupos estudados está começando a ser sentida na Austrália rural e regional. O estudo também aponta que se essas tendências se mantiverem, melhorias significativas serão observadas na próxima década[3]. Outro estudo, também realizado na Austrália, no entanto na Universidade de Sidney, que fica localizada na cidade mais populosa do país, verificou influência positiva de um estágio rural realizado no último ano do curso de Odontologia na escolha do local de trabalho dos egressos do curso. Houve uma associação entre os egressos que participaram do estágio com uma maior atuação na zona rural. Outro ponto que a pesquisa destaca foi o efeito “Hawthorne” entre os estudantes que não participaram do estágio[34].

Em um outro contexto socioeconômico, porém, com a mesma problemática, os países da África também articulam estratégias para melhorar a oferta e a distribuição de profissionais da saúde. Ao analisar as expectativas profissionais de estudantes de medicina das escolas públicas de Angola, Guiné-Bissau e Moçambique, Ferrinho et al.[35] concluem, entre outros pontos, que a educação médica é um importante investimento nacional, mas que os retornos, muitas vezes, não são tão eficientes como esperado, chamando a atenção para a necessidade de controlar o “brain-drain” e considerar o custo-benefício desse investimento.

2.2.2 Regulação

Intervenções regulatórias ou “serviços obrigatórios” são relatados na literatura, desde o século 20 e ao longo dos anos, mais de 70 países criaram e implementaram algum tipo de programa nessa categoria. Com base na revisão da literatura e entrevistas com informantes-chave, desses países, um estudo organizou um sistema que classificou os programas em três áreas conforme apresentado no quadro 2.2[36].

Quadro 2.2 – Classificação das Intervenções regulatórias

Fonte: Frehywot (2010)[36]

Uma investigação feita para avaliar o serviço rural obrigatório, a partir da perspectiva de médicos que estavam atuando ou já tinham atuado no programa do Equador, apontou que para uma parte dos profissionais, provavelmente, o serviço rural obrigatório é um fardo, e, por esse motivo, não tenham participado da pesquisa. Por outro lado, para os respondentes a experiência de serviço rural promove uma maior consciência das condições de saúde existentes nessa zona que também é vista como uma continuação de sua formação médica. Porém, fizeram recomendações importantes para melhorar o serviço, como por exemplo, uma capacitação antes da atuação, maior envolvimento das autoridades de saúde no processo, aquisição de pessoal de apoio, melhores estruturas físicas, melhor distribuição de medicamentos,

melhores salários e melhor definição do trabalho rural. A pesquisa conclui que embora o serviço obrigatório apresente vantagens, a recomendação é que seja considerada a substituição do programa por um "corpo de saúde rural," assim como, outras mudanças fundamentais nesse setor[37].

A Indonésia também é um dos países que implementou serviço obrigatório, entre outras estratégias, para recrutar trabalhadores nas áreas rurais e remotas, no entanto vem modificando sua proposta ao longo do tempo. Segundo estudo publicado por Efendi[38], leis instituídas em 1961 obrigavam todos os licenciados, incluindo os profissionais de saúde, a servir pelo menos 03 anos em instalações governamentais. Em 1988 essa lei foi regulamentada para que médicos e dentistas trabalhassem em unidades de saúde, podendo ser privadas, do governo, em universidade ou militares por um período mínimo de 05 anos para completar o serviço obrigatório. Mais recentemente, esse programa foi considerado uma violação dos direitos humanos. Desde 2003, o serviço obrigatório já não é mais aplicado na Indonésia e segundo o autor vem gerando, novamente, escassez de alguns profissionais de saúde em locais menos favorecidos.

Na Índia, cerca de 74% dos médicos, vivem em áreas urbanas, enquanto a população rural continua em grande parte desassistida. Desde 2005, o governo vem promovendo diversas iniciativas, em âmbito estadual e nacional, para corrigir o problema de assimetria dos profissionais da saúde. Antes dessa data, a estratégia mais comum era relacionada com o serviço obrigatório rural, no entanto, atualmente, o país realiza um conjunto de intervenções visando corrigir o problema, entre eles, aumento nos postos de serviços públicos de saúde, incentivos profissionais, políticas de gestão da força de trabalho em saúde, recrutamento específico para cada localidade e criação de um novo quadro de serviços, especificamente para o setor público. Essas medidas estão adicionando profissionais de saúde no setor público e necessitam de acompanhamento continuo para avaliar o impacto dos resultados[39].

Um estudo realizado na África do Sul, examinou três questões de investigação no serviço obrigatório do país, sendo eles distribuição, apoio e retenção. Um questionário estruturado foi aplicado a 685 médicos e dentistas que atuaram no programa, nesse país os profissionais são distribuídos tanto em áreas urbanas como em áreas rurais. Em relação a distribuição, as características pessoais da força de trabalho selecionada para as áreas rurais foram, em sua maioria, do sexo masculino, solteiros e negros. Aqueles que serviram em uma instalação rural, que relataram

desenvolvimento profissional e os que apresentaram níveis mais elevados de satisfação em relação a supervisão foram mais propensos a planejar continuar no trabalho rural, mas, no geral, apenas 25% apresentaram intenção de continuar na prática rural, após o período obrigatório. O estudo conclui que apesar dos desafios na distribuição equitativa dos profissionais, médicos e dentistas apresentam elevada satisfação. Aponta, também, que é necessária maior transparência na escolha de alocação dos profissionais[40].

Khan[41], avaliou por meio de um questionário a percepção e atitude de terapeutas, no início e no fim do programa de serviço obrigatório, na província de Kwazulu-Natal, na África do Sul. A proporção de terapeutas que responderam que iriam trabalhar no setor público no futuro e na área rural, diminuiu 15% e 24% respectivamente, do início do programa para o final. Também houve diminuição da opinião dos profissionais em relação ao fornecimento de apoio e supervisão durante esse tempo. Os autores concluem que é necessária maior investigação para avaliar o impacto, mas que apesar dos desafios, os terapeutas sentiram que tinham feito a diferença e que sua experiência tinha sido pessoalmente e profissionalmente gratificante. Levanta, porém, uma preocupação quanto a melhoria no apoio e supervisão, na infraestrutura, no treinamento e nas barreiras linguísticas para melhorar o serviço.

2.2.3 Financeira

Uma revisão sistemática da literatura buscou consolidar evidências existente sobre o impacto dos incentivos financeiros e não-financeiros sobre, a motivação e retenção dos profissionais da saúde em países em desenvolvimento. O estudo concluiu que, embora sejam fundamentais, os incentivos financeiros, por si só, não são a resposta adequada para motivação profissional. Aponta que provas inconclusivas foram encontradas nos estudos a respeito dos fatores motivacionais e sugerem maior exploração do tema, levando em conta os fatores contextuais[42].

Estudo realizado na África do Sul investigou os fatores financeiros, particularmente, o salário, que é a principal razão para a motivação do movimento de trabalhadores africanos dentro e fora do país. O estudo utiliza dados transversais

coletados em 2009. Um total de 694 profissionais de saúde responderam a um questionário (430 do setor público, 133 de organizações não governamentais e 131 no setor privado) e 11 profissionais foram entrevistados. Os movimentos de trabalhadores não foram positivamente associados com salários mais baixos. Verificou-se que o movimento dos profissionais foi determinado por outros fatores, tais como, idade e níveis de estresse experimentado. Os incentivos salariais oferecidos pelo governo parecem ter reduzido o risco dos profissionais migrarem, no entanto, os resultados indicam que o Departamento de Saúde Sul-Africano precisa melhorar as condições de trabalho na saúde pública, para ajudar na retenção desses profissionais[43].

Holte[44], investigou as preferências dos estudantes do último ano do curso de medicina da Noruega, em relação ao local de futura atuação e expectativa de renda, a partir do método de experimento de escolha discreta. As simulações apontaram que os programas de políticas devem conter um conjunto de incentivos para aumentar o recrutamento de médicos em áreas rurais, pois, apenas o aumento da renda apresenta menor impacto em comparação com melhorias de atributos não financeiros. Salienta também que o salário atual de clínico geral na Noruega parece estar adequado com o salário almejado pelos futuros médicos.

2.2.4 Apoio pessoal e profissional

Mbemba et al[45], em uma revisão “guarda chuva” da literatura, sobre as eficácias de intervenções para promover a retenção de enfermeira em áreas rurais ou remotas, afirma que apoio pessoal e profissional cria uma importante relação de suporte para o profissional, principalmente, no início da carreira, e que além disso, esse apoio pode constituir como um incentivo para permanecer nessas áreas. Para a prática de enfermeiros rurais, relações de apoio no local de trabalho representam um compromisso pragmático que lhes seduz a ficar.

Um estudo que teve como objetivo avaliar o impacto do “Dr DOC program”, em relação ao bem-estar do profissional e consequente retenção dos médicos nas áreas rurais no sul da Austrália. Esse programa teve início em 1999 e tem como objetivo apoiar a força de trabalho rural, oferecendo apoio social e emocional, bem como

intervenções práticas, para melhorar a saúde e o bem-estar dos médicos. Os médicos foram questionados sobre diferentes aspectos relacionados ao bem-estar e as suas intenções de deixar a prática rural, esses resultados foram comparados com dados semelhantes recolhidos dois anos antes. Durante esses dois anos, melhorias foram apontadas nas redes de apoio e também uma melhora na saúde física e emocional dos médicos, além disso, houve redução no número de médicos que querem deixar prática rural a curto e médio prazo (de 30% para 25%). O estudo sugere que a melhoria do bem-estar psicológico pode influenciar as intenções dos médicos rurais não abandonarem a prática rural, destacando a importância do bem-estar dos profissionais da saúde[46].

Huicho et al.[47], realizou um estudo nas áreas rurais e remotas de Ayacucho do Peru com o objetivo de identificar os incentivos necessários para atrair e reter profissionais da saúde na região. Entrevistas em profundidade foram realizadas com 20 médicos, 20 enfermeiros, 20 parteiras e 20 técnicos. A pesquisa aponta as difíceis condições de trabalho dos profissionais de saúde, nessas áreas, bem como uma aspiração dos profissionais para trabalhar nas cidades. Destaca-se também, que não há nenhuma política sistemática de atrair e reter pessoal de saúde na cidade e os principais incentivos necessários identificados, em ordem crescente de importância são: oportunidades de maiores salários, educação e formação continuada, estabilidade profissional, melhorias na infraestrutura. Os entrevistados mencionaram melhores habitações, alimentos, oportunidade de estar mais perto da família e reconhecimento pelo sistema de saúde. Embora haja semelhanças entre os grupos estudados, destacou-se no grupo dos médicos aspirações para se especializarem.

Outro importante apoio aos profissionais são as ferramentas midiáticas de comunicação, Barnett et al.[48], aponta que as comunidades virtuais de prática podem melhorar a partilha de conhecimento dos profissionais de saúde e reduzir seu isolamento. Neste estudo de caso, o autor examina o valor do quadro na implementação de comunidades virtuais, de treinamento de médicos de clínica geral, bem como, a superação das barreiras de compartilhamento de conhecimento no sentido de melhorar o apoio aos médicos reduzindo, assim, seu isolamento profissional. Quanto a implementação do quadro, o autor levanta barreiras importantes que merecem ser revistas, em relação ao isolamento, a maioria dos usuários se sentiram mais apoiados na sua prática. O quadro proposto para implementação de

uma comunidade on-line foi útil e colaborou na superação do isolamento. Esses dados apresentam implicações, particularmente, em áreas afastadas.

2.3 MENSURANDO OS RESULTADOS: ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Avaliação dos sistemas de saúde é um termo complexo e ao longo do tempo diversos autores buscam uma definição, para Hartz[49], avaliar consiste em:

> "Fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) ".[49]

A pesquisa avaliativa pode ser realizada na perspectiva de seis tipos de análise: análise dos efeitos, análise do rendimento, análise da intervenção, análise da produtividade e análise da implementação[49].

A literatura aponta, que há um número limitado de pesquisas avaliando as estratégias de retenção profissional, em áreas rurais e remotas, além disso, sugere que existe uma tendência de avaliações para os programas direcionados a médicos, em países desenvolvidos e de língua inglesa[50]. Avaliação da eficácia das várias estratégias implementadas são necessárias para determinar o impacto real dessas intervenções e orientar políticas futuras[51]. É indicado estabelecer um processo de monitoramento das estratégias implementadas, para fornecer informações sobre os progressos alcançados. O monitoramento e a avaliação fornecem dados e orientam revisões apropriadas, mas também, são importantes para monitorar os fatores críticos de sucesso, visando garantir o compromisso e o apoio necessário ao longo do tempo[52].

Outro aspecto fundamental da avaliação em RHS é a necessidade das estatísticas, que devem ser baseadas em dados atuais, confiáveis e de fontes relevantes[53]. Esses dados são fundamentais para comparações transnacionais que contribuem para uma melhor compreensão de como os países estão trabalhando essas questões. No entanto, essas comparações são dificultadas por alguns fatores, entre eles, a falta de definições comuns para a quantificação da distribuição geográfica

de RHS[54]. A base global de evidências ainda é insuficiente para apoiar as políticas e os planos nacionais de desenvolvimento da força de trabalho em saúde. Descrições adequadas dos RHS colaboram para identificar as oportunidades e as limitações existentes visando melhorias nas intervenções em saúde[54].

Zurn et al.[55], apresenta um “framework” para facilitar o desenvolvimento de ferramentas políticas e de avaliação perante os desequilíbrios da força de trabalho em saúde. Os autores apontam que esses desequilíbrios são afetados por fatores numerosos e complexos, mas alguns elementos são cruciais e devem ser levados em consideração: a demanda de trabalho de saúde, a oferta de trabalho de saúde, o sistema de saúde, políticas, recursos e fatores "globais". Sendo que esses últimos podem ser entendidos como os fatores econômicos, sociodemográficos, culturais e geográficos.

Huicho et al.[56], propõem um framework para orientar avaliações de intervenções para aumentar o acesso a profissionais de saúde em áreas carentes. O modelo tem como objetivo apoiar todas as fases do desenvolvimento da política e é baseado em uma abordagem de sistemas que diferencia "inputs", "outputs", " outcomes" e "Impacto", que diz respeito aos resultados das intervenções. Além disso, propõe indicadores para aferir os progressos na implementação, a partir de várias estratégias, permitindo que os avaliadores determinem o que funciona ou não, e explorem os fatores contextuais que influenciam o seu sucesso ou fracasso. Os autores destacam, que é fundamental a análise situacional em que a intervenção foi implementada e, para essa fase, indicam a utilização HRH Action Framework que contempla diferentes dimensões do sistema de saúde, tais como: política, finanças, educação, sociedade, liderança e sistema de gestão de recursos humanos.

2.4 O BRASIL E O PAPEL DA ODONTOLOGIA DENTRO DO CONTEXTO DA MÁ DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Em seu artigo 196º consta que

> "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"[57].

O SUS realiza ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária e assegura uma linha de cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado (secundário) e hospitalar (terciário)[58]. Sua organização é estruturada em Redes de Atenção que são coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo a chamada "renovação da APS" recomendada pela OPAS/OMS[59]. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o cerne da APS e conta com uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Desde o ano 2000, o Ministério da Saúde introduziu, oficialmente, a saúde bucal na ESF por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB), onde nessa equipe podem atuar: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal [60].

A implementação do SUS, certamente, vem aumentando o acesso aos cuidados de saúde para a população brasileira, mas pessoas que vivem em comunidades remotas e vulneráveis ainda enfrentam sérias dificuldades de acesso a serviços de saúde resolutivos[61]. Essa situação é inaceitável, uma vez que a população é assegurada pela Constituição ao direito à saúde, sob os princípios da universalidade e equidade de acesso[61]. Visando corrigir esse problema, o Brasil vem criando algumas estratégias, mas segundo Dal Poz [62]:

> "No curto prazo, as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB) e o Mais Médicos, têm o mérito de enfrentar o problema do déficit agudo em determinadas regiões do país, mas deixam muitos problemas pelo caminho, a começar pela sua focalização numa única categoria profissional (médicos), o conflito com as entidades profissionais, o desconhecimento da desarticulação dos diferentes níveis de assistência e a gravíssima situação de subfinanciamento do SUS em todos os seus níveis".[62]

Destaca-se ainda, que experiências anteriores, com o mesmo propósito, não se sustentaram, como, por exemplo, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Além disso, aponta que:

> "A Estratégia Saúde da Família, apesar de não desenhada especificamente com tal objetivo, constitui talvez o exemplo mais bem-sucedido de expansão da cobertura de médicos no território nacional".[62]

Na Odontologia, essa colocação também é pertinente, pois a Estratégia Saúde da Família foi essencial para a expansão dos postos de Dentistas na atenção primária do SUS, principalmente, após 2004 com a institucionalização da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada "Brasil Sorridente" que é responsável por articular ações intersetoriais e interministeriais.

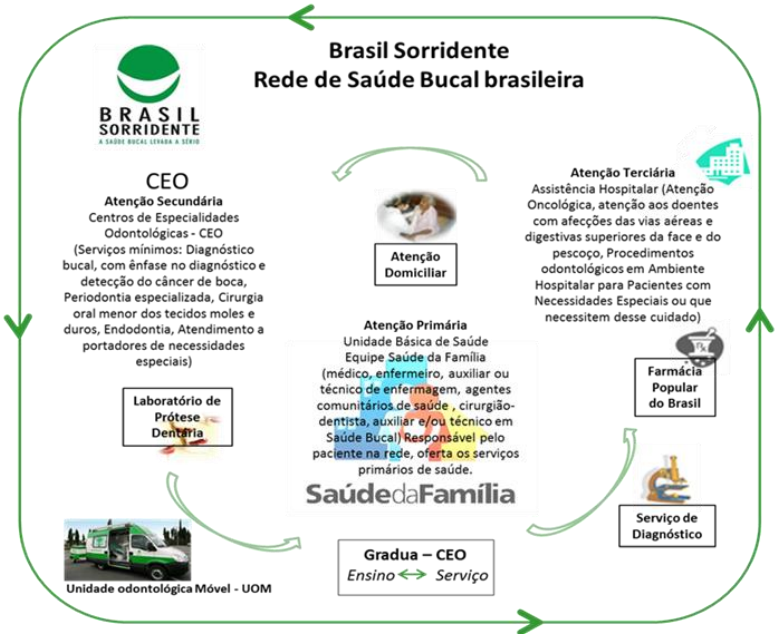
De dezembro de 2002 até outubro de 2008, foram criadas 13.454 novas ESB no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, o que representa um aumento de 315% e uma cobertura para mais 58,7 milhões de pessoas65. Em relação a cobertura geográfica, em 2003 o país contava com 3,184 municípios com ESB, em 2015 são 4,978 municípios com pelo menos uma ESB, ou seja, em 89,5% dos municípios brasileiros[13].

Um estudo que analisou a evolução da cobertura em saúde bucal na ESF, nos 223 municípios paraibanos, nos anos de 2004 a 2010, percebeu um aumento de 71,13% para 99,10% no número de municípios com alta cobertura populacional potencial para o número de ESF[63]. Já em um levantamento no município de Recife verificou-se uma desigualdade na cobertura do PSF, entre as regiões e as capitais, chamando a atenção para a pequena cobertura das equipes ESB do PSF nessa região[64].

Além da consolidação e expansão da APS em saúde bucal no SUS, a política Brasil Sorridente, também foi responsável pela criação de uma rede de cuidados em saúde bucal (Quadro 2.3) articulada com o SUS e ordenada pela APS. Atualmente, essa rede conta 1030 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), distribuídos no território brasileiro, que é a referência da APS para procedimentos especializados e também conta com atendimento hospitalar, quando necessário. A rede apresenta diferentes mecanismos de suporte para garantir a linha de cuidado ao paciente, como

por exemplo, laboratórios de prótese dentária, serviço de diagnóstico, farmácia, atendimento domiciliar e quando necessário, auxilio da Unidade Odontológica Móvel. Mais recentemente foi integrado o Gradua-CEO, responsável por articular os serviços de saúde bucal oferecidos pelas universidades à rede de saúde bucal do SUS[13].

Quadro 2.3 – Rede de saúde bucal da política Brasil Sorridente



Fonte: Pucca, 2015[13]

Cortellazzi et al.[65], realizou um estudo com o objetivo de avaliar o desempenho dos CEOs em todo o País e as associações com indicadores sociodemográficos dos municípios, variáveis estruturais dos serviços e de organização da atenção básica no período de 2004 a 2009. Entre seus resultados, apontam que os munícipios em que os CEO estavam implantados foram bastante heterogêneos, em relação ao número de habitantes e, além disso, os municípios com menores populações e com menor índice de desenvolvimento humano tiveram maior prevalência de desempenho ruim/regular. O estudo conclui que é inegável a contribuição dos CEOS para a integralidade do cuidado em saúde bucal, mas destaca a importância de trabalhar as peculiaridades referentes aos territórios no planejamento de suas ações. Figueiredo e Goes[63], observaram em seu estudo que os CEOs, em funcionamento, no Estado de Pernambuco, apresentaram piores desempenhos em cidades menores e com baixo desenvolvimento humano.

Frente a esses achados, Cavalcanti et al.[66], levanta uma questão fundamental, quando menciona que nas diretrizes da PNSB não existem linhas de ações específicas relacionadas a organização do serviço de saúde bucal para populações rurais e/ou populações remotas.

Segundo o último censo realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil apresenta um vasto território, 8.515.767,049 km^2, dividido por cinco macrorregiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste com uma população total de, aproximadamente, 205.000.000 milhões pessoas, sendo que destes, 30 milhões (16%) representam a população rural brasileira[67]. No entanto, mais recentemente, um grupo de pesquisadores em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Agrário, o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura, o Ministério do Planejamento e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) apontou que a população rural representa 36% da população brasileira, mais que o dobro do divulgado pelo IBGE. O que causa essa divergência de dados são os diferentes critérios utilizados nas diferentes fontes[68].

Em entrevista concedida a “Agência Brasil” a coordenadora da pesquisa, Tânia Bacelar, aponta que:

> “Há uma carência de políticas públicas nos territórios rurais. Embora tenha tido uma melhora, ainda é insuficiente, e isso talvez se deva à ideia de que o rural está se extinguindo”...“O Brasil do século 20 tentou ser mais urbano e ter uma economia industrial. Isso deu um certo exagero à dimensão urbana e uma desvalorização do Brasil da ruralidade. ” [68].

E em relação a população dessas áreas afirma que:

> “O estilo de vida dessas pessoas é mais ligado à natureza, as relações sociais são diferentes. Com um conceito mais sociológico, a gente vê que as pessoas não querem sair daquela vida e, portanto, o Estado tem que chegar a estas pessoas de forma eficiente” [68].

Essa situação influencia diretamente o planejamento em saúde pública nessas áreas, Cohen-Carneiro et al.[69], sugere que os dados de abrangência nacional, muitas vezes, não são capazes de retratar as populações rurais e as especificidades regionais são importantes e precisam ser consideradas para a caracterização da utilização e oferta de serviços de saúde. Até o ano de 2004, a abrangência geográfica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD não incluía as áreas rurais de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá, após essa dada essas

regiões foram incluídas, mas assim como no Censo Demográfico as demarcações rurais / urbana são definidas como:

> "A situação urbana abrange as áreas correspondentes às cidades (sedes municipais), vilas (sedes distritais) ou às áreas urbanas isoladas. A situação rural abrange toda a área situada fora desses limites. Este critério é, também, utilizado na classificação da população urbana e rural"[70].

Segundo Bacelar[68], essa definição é adotada no país desde 1940, década marcada pela urbanização e industrialização no processo de desenvolvimento da elite brasileira, e na sua leitura:

> "As áreas rurais do Brasil são definidas por oposição e exclusão as áreas consideradas urbanas. Ou seja, todo o espaço de um município que não corresponder às áreas urbanas ou distritais é definido como rural. Nesse sentido, o espaço rural é percebido como um resíduo do urbano"[71].

O Grupo de Trabalho de Medicina Rural do Brasil, em reunião durante o XI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade de 2011, apontou que no setor saúde o conceito de rural deve estar livre de limites rígidos, tanto no sentido físico como no político e que a saúde rural pode incluir as populações já reconhecidas como rurais, mas também deve incluir: comunidades ribeirinhas; áreas indígenas; populações quilombolas, de pescadores, mineradores, de alguns trabalhadores temporários; migrantes; áreas remotas e locais de difícil acesso (mesmo dentro de grandes cidades), tais como favelas, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos entre outros[72].

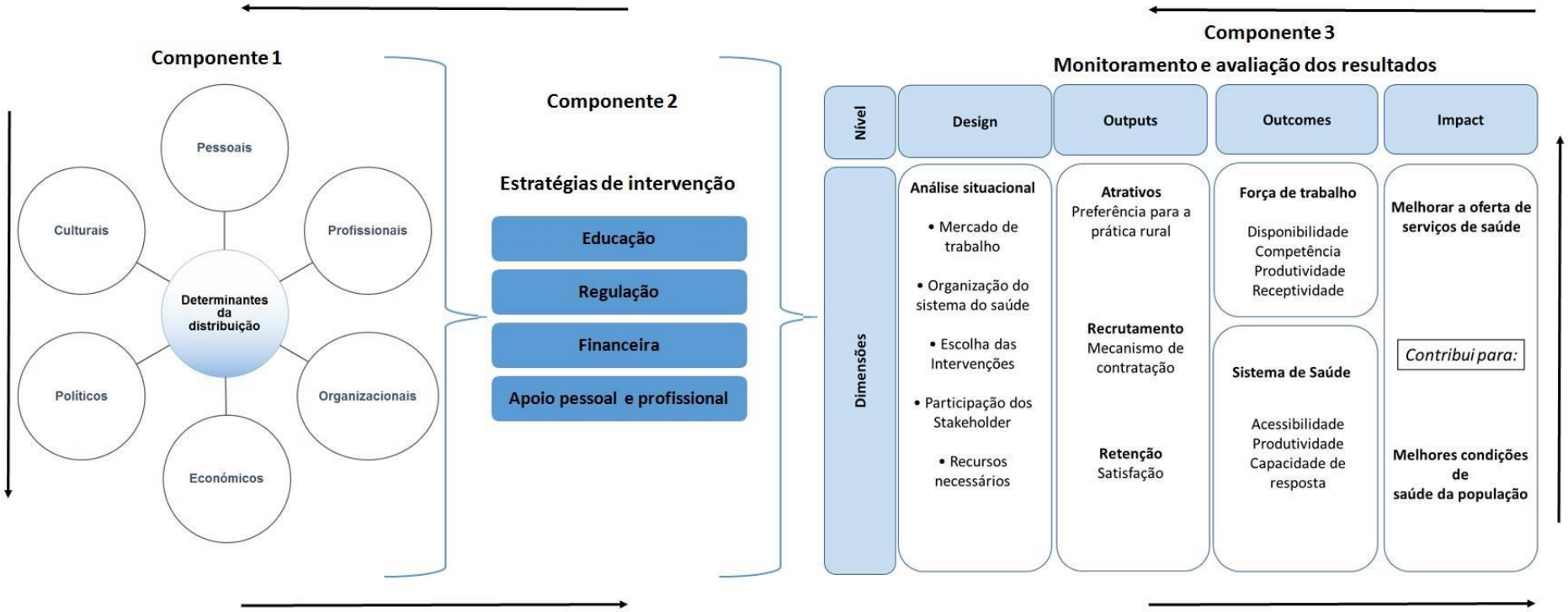
2.5 QUADRO CONCEITUAL

Perante os achados da revisão da literatura, pode-se definir o quadro conceitual do fenômeno estudado, representado na figura 2.5, que será o fio condutor desse estudo e trará coerência entre a teoria e a pesquisa apresentada. O quadro é uma adaptação do original proposto pela Organização Mundial de Saúde no documento *"Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations"*[31]. Para esse estudo, dividiremos o quadro em 03 componentes complexos, que, devem ser analisados dentro do setor saúde, para melhorar a eficiência do serviço no que se refere a distribuição geográfica de profissionais.

O primeiro componente do quadro é representado pelos **determinantes da distribuição geográfica de RHS**, que podem se modificar ao longo do tempo e do contexto, pois integram um processo dinâmico entre os fatores pessoais, profissionais, organizacionais, econômicos, políticos e culturais. Esses determinantes, por sua vez, são fundamentais para definir o segundo componente do quadro, **as estratégias de intervenções a serem implementadas**, que podem estar alocadas na categoria educação, regulação, financeira, de apoio pessoal e profissional, ou ainda articular mais de uma categoria ou setor. Considerando a complexidade e dinamismo dos primeiros componentes, o terceiro tem a função de **monitorar e avaliar esse processo,** desde a implementação até os resultados, mostrando que, por vezes, possíveis revisões dessas intervenções podem ser necessárias, ao longo do tempo. Para isso, propõe 04 níveis de análise: "Design", "Outputs", "Outcomes" e "Impact" e para cada nível algumas dimensões e indicadores podem ser considerados nessa etapa.

Esse quadro é flexível e pode ser adaptável dentro de um contexto específico, com isso, nessa pesquisa focaremos no contexto da má distribuição geográfica de profissionais da classe Odontológica, mais especificamente, dos Dentistas.

Figura 2.5 - Quadro conceitual do fenômeno estudado (Distribuição de Recursos Humanos em Saúde) dividido em três componentes: Determinantes da distribuição, Estratégias de Intervenção e Monitoramento e avaliação dos resultados.



Fonte: Adaptado de WHO, 2010[30].

3 PROPOSIÇÃO

A partir do contexto global da distribuição geográfica de dentistas, identificar e analisar os fatores que influenciam a distribuição e a mobilidade geográfica dos dentistas no Brasil, afim de contribuir para criação de uma Política Nacional de Regulação de Recursos Humanos em Odontologia inserida na Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”.

3.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

1. Como os determinantes da distribuição geográfica influenciam a mobilidade dos Dentistas ao redor do mundo?
2. Quais estratégias e políticas têm sido aplicadas para regular a distribuição geográfica de dentistas no contexto global?
3. Quais os resultados das avaliações e monitoramentos dessas intervenções?
4. Como se caracterizou a oferta de vagas para dentistas no setor público brasileiro desde a implantação do Brasil Sorridente?
5. Como está caracterizada a distribuição geográfica de dentistas no Brasil?
6. Quais são as motivações que levam o dentista brasileiro a migrar de grandes centros para áreas rurais e para o interior do país?
7. Quais suas percepções dessa trajetória de migração?
8. Como as lições aprendidas, a partir das intervenções utilizadas no contexto global, para responder aos desequilíbrios geográficos da distribuição de Dentistas, podem colaborar com a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”?

4 METODOLOGIA

Orientados pelo quadro conceitual apresentado, buscou-se atingir os objetivos dessa pesquisa a partir da abordagem do estudo de caso. Segundo Yin[73], esse tipo de estudo é indicado para entender fenômenos sociais complexos, permitindo focar no caso e também obter uma perspectiva holística dos aspectos contextuais. Essa abordagem busca colher informações explicativas sobre o fenômeno estudado, buscando responder algumas perguntas, entre elas: "como?" e "porquê?", esses achados podem oferecer importantes insights referente as lacunas encontradas[74]. É fundamental ter em mente que o estudo de caso, não tem como objetivo fazer generalizações estatísticas, mas sim buscar expandir e generalizar teorias de forma analítica[75]. Os passos propostos para essa metodologia são: definição e seleção do caso; coleta dos dados; análise dos dados; interpretação dos dados; e relato dos resultados[73]. O caso apresentado nessa tese é a Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”, na perspectiva da distribuição geográfica de dentistas no Brasil e para aumentar a validade do estudo, foram utilizadas múltiplas fontes de dados, pois essa opção possibilita a realização de ligações lógicas entre diferentes observações[49]. Entre as fontes utilizadas estão: publicações (em base de dados científicas e literatura cinzenta), dados secundários de órgão governamentais e não governamentais e entrevistas com informantes chaves (dentistas que migraram para o interior do país). Essa tese foi organizada em três estudos complementares que reúnem informações específicas quanto a metodologia, cada estudo e sua organização está descrita no quadro 4.1:

Quadro 4.1 – Informações referentes aos estudos que compõem a tese

Estudos	Perguntas de pesquisa	Objetivos	Método
Estudo 1: Um panorama global da distribuição geográfica de dentistas: Revisão Sistemática de Escopo	Como os determinantes da distribuição geográfica influenciam a mobilidade dos Dentistas ao redor do mundo?	identificar e analisar a distribuição geográfica dos dentistas, no contexto global, por meio das evidências científicas disponíveis, destacando os seguintes aspectos: (i) os determinantes da distribuição geográfica dos dentistas, (ii) as estratégias de intervenção implementadas e (iii) monitoramento e avaliações das estratégias de intervenção implementadas.	Revisão sistemática de escopo
	Quais estratégias e políticas têm sido aplicadas para regular a distribuição geográfica de dentistas no contexto global?		
	Quais os resultados das avaliações e monitoramentos dessas intervenções?		
Estudo 2: Distribuição geográfica dos dentistas brasileiros: motivação e percepção para a migração	Como está caracterizada a distribuição geográfica de dentistas no Brasil?	1) identificar a situação atual da distribuição geográfica de dentistas brasileiros 2) identificar e analisar a percepção e motivações de dentistas brasileiros que migraram para o interior do país	Estudo de caso
	Quais são as motivações que levam o dentista brasileiro a migrar de grandes centros para áreas rurais e para o interior do país?		
	Quais suas percepções dessa trajetória de migração?		
Estudo 3: Medidas regulatórias da expansão e contratação de dentistas: Uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente	Como se caracterizou a oferta de vagas para dentistas no setor público brasileiro desde a implantação do Brasil Sorridente?	i) descrever e analisar a expansão do provimento de dentistas no SUS ii) Identificar e analisar as relações de trabalho dos dentistas com o serviço iii) caracterizar as vagas em concurso público, no que se refere aos requisitos, atribuições e remuneração.	Estudo de caso

5 RESULTADOS

5.1 CAPÍTULO 1: UM PANORAMA GLOBAL DA DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DE DENTISTAS: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESCOPO

RESUMO

O objetivo desse estudo foi identificar e analisar a literatura científica sobre distribuição geográfica dos dentistas, no contexto global, destacando os seguintes aspectos: (i) os determinantes da distribuição geográfica dos dentistas, (ii) as estratégias de intervenção implementadas para corrigir os desequilíbrios e (iii) os resultados das estratégias de intervenção implementadas. Foi realizada uma revisão sistemática de escopo em bases de dados científicas e em websites para identificar a literatura cinzenta. Para analisar as publicações, utilizou-se uma adaptação de um quadro conceitual proposto pela Organização Mundial de Saúde sobre a temática da distribuição de recursos humanos em saúde. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 53 publicações foram incluídas nessa revisão, 10 relacionadas aos determinantes da distribuição geográfica, 5 de intervenções implementadas e 38 relacionadas ao processo de monitoramento e avaliação. Os achados desse estudo identificaram que são necessários estudos que considerem as especificidades da área da odontologia, como por exemplo, as necessidades peculiares para a oferta do serviço odontológico e o livre mercado, que caracteriza essa profissão na maioria dos países, bem como, levantamento dos determinantes locais da distribuição geográfica de dentistas, para definição de estratégias de intervenção mais assertivas, acompanhadas sempre por processos constantes de avaliação e monitoramento.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify and analyze the geographic distribution of dentists, in the global context, through available scientific evidence, highlighting the following aspects: (i) the determinants of geographic distribution of dentists, (ii) intervention strategies implemented and (Iii) monitoring and evaluations of the

intervention strategies implemented. A systematic scope review was carried out in scientific databases and in websites to identify the gray literature. To analyze the publications, we used an adaptation of a framework proposed by the World Health Organization about the distribution of human resources in health. After applying the eligibility criteria, 53 publications were included in this review, 10 related to the determinants of geographical distribution, 5 of interventions implemented and 38 related to the monitoring and evaluation process. It was concluded that more studies are needed to approach the specificities of dentistry, such as the specific needs for dental services and free market workforce, which characterizes the dentistry in most countries. As well as local determinants of the dentist's geographical distribution, to define more assertive intervention strategies, always accompanied by continuous process of evaluation and monitoring.

INTRODUÇÃO

Mundialmente, a escassez de força de trabalho em saúde é um grande desafio para oferecer acesso à saúde para toda a população[1]. As disparidades de concentração profissional nas diferentes regiões geográficas, entre elas rural e urbana, impactam negativamente as condições de saúde das populações mais vulneráveis[2]. Há uma literatura internacional que sugere recomendações para corrigir esses desequilíbrios e possibilitar um acesso mais equitativo aos serviços de saúde. Em 2006, a Assembleia Mundial de Saúde lançou *A Estratégia Global sobre Recursos Humanos para a Saúde: Workforce 2030*, no qual enfatiza a importância da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da força de trabalho para os sistemas de saúde[3].

As desigualdades na distribuição de Recursos Humanos de Saúde (RHS) atingem diferentes classes profissionais, em diferentes países, no entanto as evidências científicas disponíveis, sugerem que existe uma tendência de que pesquisas e publicações privilegiem programas na área médica, em países desenvolvidos e de língua inglesa[4]. Tendo em vista a integralidade do cuidado em saúde, é necessário ampliar as discussões e incluir as diversas áreas da saúde nessa problemática, entre elas a odontologia. A saúde bucal é considerada essencial para a saúde do indivíduo e para sua qualidade de vida, no entanto, ainda apresentamos um quadro global precário de saúde nas populações. Mundialmente, 60-90% das crianças

em idade escolar e aproximadamente 100% dos adultos apresentam cáries dentárias, e cerca de 30% dos idosos não apresentam dentes naturais, esse quadro é ainda mais acentuado nos grupos que vivem em áreas rurais, com baixa renda e baixo nível de escolaridade[5], demostrando a urgente necessidade de aumentar a compreensão do impacto dos determinantes sociais nas condições de saúde bucal e na qualidade de vida das populações[6].

A inclusão da odontologia no setor público e sua articulação com as outras áreas da saúde ainda é frágil. Dos 73 países pesquisados pela *World Federation of Public Health Associations - Oral Health Working Group*, 62% apresentava a saúde bucal parcialmente integrada no sistema público de saúde e 25% ainda não havia sido formalmente integrada[7]. Esse mesmo grupo, em colaboração com a OMS, vem trabalhando fortemente para a entrada da saúde bucal nas agendas governamentais e nas políticas públicas de saúde. Dentro do contexto mundial, pode-se citar inúmeras boas práticas de inclusão da odontologia no setor público, que vem modificando positivamente o cuidado em saúde e os indicadores epidemiológicos de sua população, entre eles o National Health Service - NHS da Inglaterra[8] e o Sistema Único de Saúde brasileiro – SUS, com a Política Nacional de Saúde Bucal, denominada “Brasil Sorridente”[9]. Esses programas, embora com realidades contextuais distintas, democratizam o acesso a saúde bucal e minimizam a má distribuição dos dentistas nas diversas regiões, no entanto, essa ainda é uma problemática persistente nesses e em diversos outros países.

Nessa perspectiva o objetivo dessa pesquisa foi identificar e analisar a literatura científica sobre distribuição geográfica dos dentistas, no contexto global, destacando os seguintes aspectos: (i) os determinantes da distribuição geográfica dos dentistas, (ii) as estratégias de intervenção implementadas para corrigir os desequilíbrios e (iii) os resultados das estratégias de intervenção implementadas.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática de escopo (SER) com o objetivo de identificar estudos que abordassem a problemática da distribuição geográfica dos dentistas ao redor do mundo**.** A revisão de escopo é útil quando se deseja descrever uma série de evidências de uma área de conhecimento específica, permitindo divulgação do que se sabe sobre o tema estudado para atores interessados, como

por exemplo, os formuladores de politicas[10]. Seguindo os passos metodológicos propostos por Arksey e O'Malley foi elaborada uma pergunta ampla de pesquisa: Qual o panorama atual, descrito na literatura científica, referente à distribuição geográfica dos dentistas ao redor do mundo? Foram selecionadas duas bases de dados para realizar a busca, a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e o PubMed. Além disso, foram realizadas pesquisas em websites para identificar a literatura cinzenta, entre eles o da Organização Mundial de Saúde (OMS), World Dental Federation (FDI) e a International Association for Dental Research (IADR). Não houve restrição de idioma ou período de publicação, e os resultados da busca foram atualizados até setembro de 2016. As referências dos artigos selecionados, inclusive as revisões sistemáticas excluídas, foram verificadas para contemplar publicações e documentos, que pudessem atender aos objetivos da pesquisa. A estratégia de busca foi testada para ser ampla, os termos utilizados para a busca foram: *"Dentists ","Manpower","Dental staff", "Health personnel", "Health workforce", "Professional health", "Health resource" , "Health worker", "Dental workforce", "Human migration", "Emigration and immigration", "Public policy", "Personnel selection", "Brain drain", "Distribution", "Recruitment", "Motivation", "Retention strategy", "Regulation of Professional", "Dentist Migration", "Supply of Dentists", "Retaining", "Turnover", "Rural health services", "Rural health", "Suburban health services", "Remote areas", "Rural retention", "Dentist shortage", "Small town", "Country town", "Remote communities".* Os descritores foram utilizados conforme a especificidade de cada base de pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: estudos empíricos, conceituais, teóricos, estudos de caso e literatura cinzenta disponível em web sites de organizações nacionais e internacionais que abordassem a distribuição geográfica dos dentistas e estudos que incluíam outros profissionais de saúde, porém sempre com a inclusão do cirurgião dentista. Foram excluídos estudos de revisão e artigos que não incluíam dentistas em suas análises.

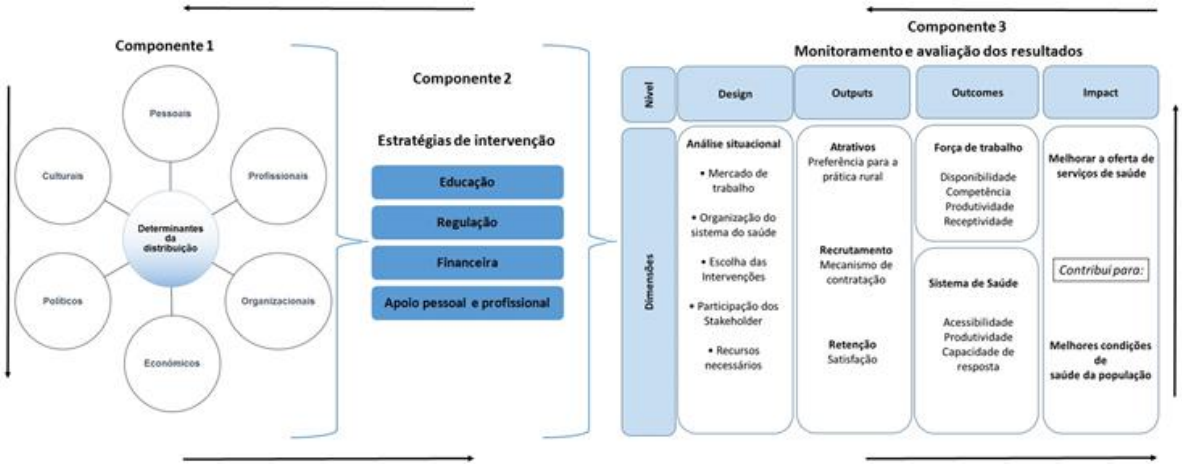
Na primeira etapa, os artigos foram selecionados a partir da leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, os documentos selecionados foram lidos na íntegra por dois pesquisadores independentes e os estudos que respeitaram os critérios de inclusão tiveram as informações relevantes organizadas e categorizadas no software MAXQDA®. Já na documentação cinzenta uma busca dos descritores foi realizada a partir da ferramenta de busca do programa Acrobat PDF (Ctrl F). Quando os descritores eram identificados, o documento era lido na íntegra e analisado seguindo os mesmos critérios de análise dos artigos. Os avaliadores foram calibrados, e a

concordância verificada por teste Kappa. Nos casos de divergências, um terceiro pesquisador foi consultado. Essa revisão sistemática de escopo foi registrada na plataforma PROSPERO - University of York sob número CRD42015016360.

Quadro conceitual para análise:

Para analisar as publicações, optou-se em utilizar uma adaptação do quadro conceitual proposto pela Organização Mundial de Saúde: "*Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations*"[1]. Esse quadro foi dividido em três componentes. O primeiro componente do quadro é representado pelos **determinantes da distribuição geográfica de RHS**, que podem se modificar ao longo do tempo e do contexto, pois integram um processo dinâmico entre os fatores pessoais, profissionais, organizacionais, econômicos, políticos e culturais. Esses determinantes, por sua vez, são fundamentais para definir o segundo componente do quadro, as **estratégias de intervenção** a serem implementadas e que podem estar alocadas nas categorias: educação, regulação, financeira, de apoio pessoal e profissional, ou ainda articular mais de uma categoria ou setor. Considerando a complexidade e dinamismo dos primeiros componentes, o terceiro, tem a função de **monitorar e avaliar** esse processo desde a implementação até os resultados, mostrando que por vezes, possíveis revisões dessas intervenções podem ser necessárias ao longo do tempo. Para isso, o quadro propõe 04 níveis de análise: "Design", "Outputs", "Outcomes" e "Impact" e para cada nível algumas dimensões e indicadores que podem ser considerados nessa etapa (Figura 1). Neste estudo, as leituras analíticas das publicações permitiram organizar os achados de acordo com os componentes do quadro conceitual e nos casos de sobreposições dos componentes os autores elencaram o mais significativo no estudo.

Figura 1: Quadro conceitual para análise dos estudos incluídos



Fonte: Adaptado de OMS.

Com base nos componentes do quadro conceitual, foi elaborado um instrumento para recolher e organizar as informações dos documentos incluídos no estudo (quadro 1).

Quadro 1: Instrumento de coleta de informações das publicações

Informações
Componente do quadro conceitual (1ºC, 2ºC ou 3ºC)
Ano, revista, autores, país, financiamento da pesquisa.
Objetivo, método (tipo de estudo, participantes, framework utilizado para analise, principais resultados e conclusões, limitação.
Nível do estudo (municipal, estadual ou nacional)
Comunidade geográfica analisada
Setor analisado (público, privado ou ambos)
Modelo de sistema de saúde do local do estudo
Profissionais envolvidos
Analisa ou relata os determinantes locais da distribuição geográfica? Quais são?
Contextualiza alguma intervenção implementada? Qual?
Monitora, avalia ou relata alguma intervenção implementada? Qual?
Monitora, avalia ou relata alguma política implementada? Qual?
Analisa ou relata as opiniões dos stakeholders? Quais?
Aborda os mecanismos de contratação dos profissionais?
Aborda a satisfação do profissional?
Analisa ou relata o mercado de trabalho em Odontologia (Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade e Qualidade da força de trabalho (AAAQ)?
Analisa ou relata o sistema de saúde (Acessibilidade, produtividade e capacidade de resposta)?

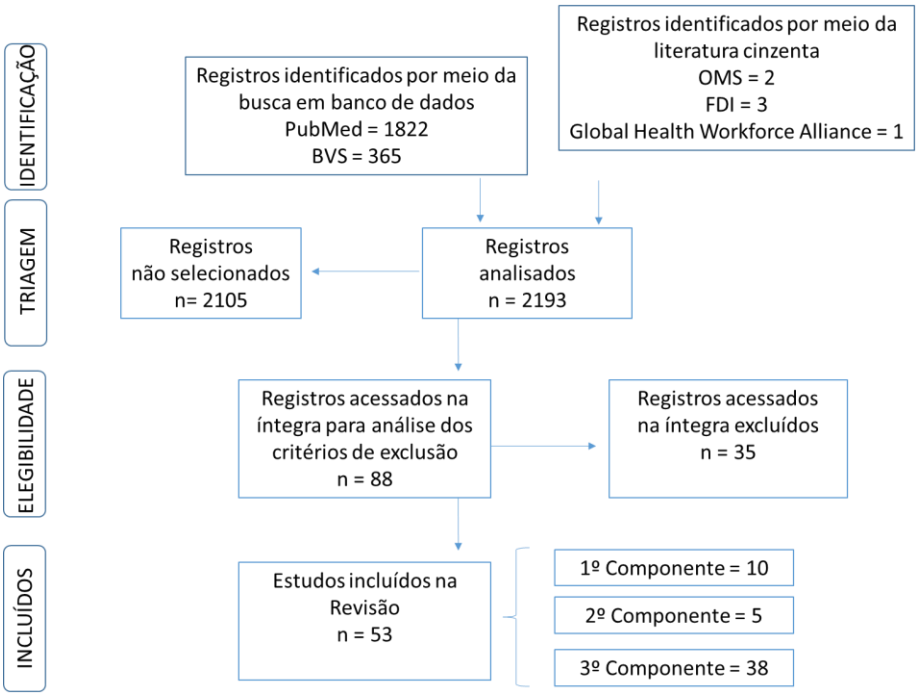
Analisa ou relata o impacto de alguma estratégia?
Analisa ou relata os indicadores de saúde bucal?
Analisa ou relata ações intersetoriais?

Após o preenchimento do quadro 1 em planilha Excel, cada componente foi analisado à luz do quadro conceitual afim de responder à pergunta de pesquisa.

RESULTADOS

A busca nas bases de dados identificou 2187 artigos, sendo 1822 no Pubmed e 365 na BVS. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 47 artigos, destes dez integraram o 1º componente do quadro conceitual, cinco o 2º componente e trinta e oito o 3º componente, sendo que esse último continha 27 artigos referentes ao nível de análise *design*, 4 no nível *outputs* e 1 no nível de impacto (Figura 2). A busca da documentação cinzenta incluiu 6 documentos encontrados nos websites da OMS, FDI e Global Health Workforce Alliance e todos foram alocados no 3º componente do quadro conceitual no nível *design*.

Figura 2: Fluxograma do processo de seleção dos documentos.



Dos artigos selecionados, observou-se que o mais antigo foi publicado em 1975, mas a grande maioria foi datado após o ano de 2000. Nenhuma pesquisa realizada sobre a América do Sul foi encontrada, e na busca a Austrália e os Estados Unidos concentraram o maior número de publicações sobre o tema pesquisado, além disso, nesses dois países foi possível identificar um grupo de pesquisadores mais atuante nessa linha de pesquisa. Em relação ao escopo das revistas, que publicaram os artigos, apenas 32% eram específicas da área da odontologia o restante pertencia às áreas de saúde pública, medicina, saúde rural, ciências sociais e RHS. Outro aspecto importante, foi verificar que 81% dos estudos não mencionavam nenhum tipo de financiamento para a realização da pesquisa.

Quanto ao delineamento metodológico, o tipo mais frequente foi estudo de caso, com foco regional comparando as diferenças entre áreas geográficas rurais e urbanas e no setor público e privado (na maioria dos países analisados, os modelos de sistema de saúde também incluem a coparticipação do serviço público e privado). Dos artigos incluídos, apenas 51% analisava exclusivamente os cirurgiões-dentistas e o restante abordava também outros profissionais da saúde. A opinião e percepção dos *stakeholders* foi pouco abordada pelos estudos.

Os documentos encontrados, por meio da literatura cinzenta, enfatizaram a problemática da distribuição e, sobretudo destacaram a importância da inclusão da odontologia para a saúde do indivíduo. Dos 06 documentos incluídos, apenas os 03 da FDI eram específicos da Odontologia.

Apresentaremos abaixo uma síntese dos principais achados de acordo com os três componentes do quadro conceitual: 1) determinantes da distribuição geográfica; 2) estratégias implementadas; 3) monitoramento e avaliação.

1) Determinantes da distribuição geográfica (componente 1)

Conforme observado na tabela 1, verifica-se que os determinantes da distribuição geográfica foram citados em 10 estudos[11,12,13,14,15,16,17,18,19,20]. Os determinantes econômicos, organizacionais, profissionais, pessoais e culturais foram abordados nas publicações, no entanto, dentro desse componente os determinantes políticos da distribuição geográfica foram pouco abordados.

Quanto ao determinante **econômico**, foi levantada a relação entre distribuição da força de trabalho e a estrutura econômica do local de atuação, apontando que os

cirurgiões-dentistas resistem a migrar para áreas remotas porque, o baixo poder aquisitivo da população poderia impedir o pagamento dos serviços odontológicos[11,14]. Associado a esse fato, foram citadas pelos profissionais, dificuldades quanto à realização de educação continuada, pois o deslocamento para os grandes centros se torna caro e demorado, tornando-se uma barreira para o progresso na carreira (determinante **profissional**)[13,14]**.** Além disso, o baixo número de especialistas foi apontado como um fator que limita a oferta de tratamentos especializados nas áreas remotas e rurais[14], impedindo a referência dos casos mais complexos e deixando o profissional sem possibilidades de encaminhamento, o que por vezes causa insegurança no dentista. Entre os determinantes **organizacionais**, verificou-se dificuldade quanto a infraestrutura do local de trabalho[20] e no caso dos serviços públicos foi mencionado dificuldade em absorver os recém-graduados devido à falta de vagas[11]. Os fatores econômicos, organizacionais e profissionais foram apontados nesses 10 estudos, mas, sem dúvida, os determinantes mais evidenciados, relacionados com a decisão de atuar em áreas remotas e rurais, foram os **pessoais e culturais**. Aspectos como a origem e proximidade com a família foram as razões mais recorrentes da escolha do local de atuação[11,13,20,18]. Os estudos apontam que os profissionais buscam trabalhar em regiões, e com pessoas, que compartilham de sua origem cultural e pessoal[18]. Portanto, há evidências de uma tendência dos profissionais nascidos e criados em grandes centros, não considerem trabalhar em áreas remotas e rurais. Estudos também relatam a necessidade de apoio acadêmico e, em alguns casos financeiros, para estudantes de origem rural ingressarem na universidade e consequentemente retornarem a suas cidades de origem[12]. A questão do gênero também foi levantada pelos estudos, à medida que se identificou um grande número de mulheres que substitui a antiga geração predominantemente masculina[13,14,15] e este fato tem sido uma barreira à migração, pois as mulheres tendem a migrar menos que os homens para áreas rurais e escassas por outro lado observou-se maior tendência para atuarem no setor público[19]. A literatura apontou outros fatores pessoais que motivam o profissional a atuar em áreas rurais, entre eles, o estilo de vida do profissional aparece como determinante chave no momento das escolhas, superando, inclusive, alguns incentivos financeiros[11,13,14]. Outros aspectos, como por exemplo, menor gasto com moradia, ambiente mais tranquilo[14], proximidade com família e amigos[13,16], maior incentivo para permanecer em áreas rurais, possibilidade de ascensão profissional e social são mencionados como determinantes

que podem facilitar a migração e fixação dos profissionais para essas áreas[12]. Por outro lado, levantou-se também a necessidade de um adequado suporte aos familiares, como por exemplo, escola para filhos[14], mercado de trabalho para os cônjuges e as relações sociais comuns da vida cotidiana[11,20].

Tabela 1: Componente 1 – Estudos que abordaram os determinantes da distribuição geográfica.

Autores	Ano	País	Método	Pontos importantes levantados
Kruger et al.	2005	Austrália	Questionário enviado pelo correio em 2002 todos os dentistas registrados em área rural e remota.	Enfatiza que além dos incentivos financeiros muitos outros fatores estão relacionados a pratica rural. Ele também suporta muitos dos fatores já identificados pela literatura relacionada com a retenção da força de trabalho médico. Uma ampla estratégia de retenção rural é necessária para abordar estas questões entre os profissionais da saúde bucal.
Couper et al.	2007	África do Sul	Foram realizadas entrevistas qualitativas individuais com os profissionais de saúde que trabalham em áreas rurais	A complexidade da interação entre um grande número de fatores de trabalhar em conjunto para fazer os profissionais da saúde optar por ir e ficar em áreas rurais.
Hall et al.	2007	Austrália	Questionário aplicado a dentistas e pessoal auxiliar para descrever as características pessoais e demográficas dos profissionais que atuaram no território norte da Austrália.	Há benefícios em envolver ativamente profissionais recém-recrutados e suas famílias em redes sociais. Os fatores que influenciam no recrutamento e retenção foram os relatados anteriormente em outros estudos.
Kimberly et al.	2010	Estados Unidos	Analisa dados de 20 anos de todos graduados na UNMC (porque 85% dos dentistas graduados lá estão na zona rural	Encontraram alta porcentagem estudantes que depois da graduação exerciam a profissão em comunidades rurais do Nebraska e estudantes do sexo masculino.
McMillan et al.	2012	África do Sul	Questionário em uma faculdade da África do Sul	A escassez de estudantes de graduação em odontologia provenientes da área rural se deve, principalmente, às dificuldades financeiras e de formação e como solução sugere apoio acadêmico, financeiro e de orientação antes e durante o ingresso na universidade.
Susan et al.	2013	Estados Unidos	Todos dentistas clínicos gerais de prática privada em Iowa. A localização do consultório na zona rural foi categorizada usando códigos de área	A força de trabalho na área rural de Iowa é dominada por dentistas mais velhos que nasceram em Iowa. Políticas para monitorar e mudar a força de trabalho introduzindo mulheres na área rural são necessárias porque esses dentistas estão se aposentando.
Thammatacharee et al.	2013	Tailândia	Estudo transversal durante o encontro anual de trabalhadores da saúde da Tailândia.	Graduados de todas as profissões analisadas (médicos, dentistas e farmacêuticos) apresentaram opiniões positivas para trabalhar em áreas rurais, entre os motivadores para essa atuação a proximidade da cidade natal foi mais evidenciada.
Theppanya et al.	2014	República Democrática Popular Lau	Questionário par estudantes do último ano da faculdade	Após a política de trabalho compulsório em área rural (3 anos) para profissionais de saúde observou-se dificuldade na absorção no mercado de trabalho por falta de vagas e para aumentar a oferta nessas regiões é necessária autoconfiança dos profissionais e apoio social.
Kruger et al.	2015	Austrália	Questionário para todos os dentistas, terapeutas dentários e higienistas dentais cadastrados no conselho do país que trabalham em zonas rurais e remotas	Para enfrentar a escassez de profissionais o país deve formar um número suficiente de profissionais de saúde e distribuí-los de forma equitativa. Eles devem ser melhor gerenciados, adequadamente remunerado e apresentarem melhores condições de vida e infraestrutura rural.
Nkomazana et al.	2015	África do Sul	Grupos focais com formuladores de políticas, trabalhadores de saúde e membros da comunidade em distritos rurais, urbanos e remotos de saúde rural de Botswana	Para enfrentar a escassez, o país deve formar um número adequado de profissionais de saúde e distribuí-los de forma equitativa em instalações de saúde. Devem ser geridos com competência e devidamente remunerados. As condições de vida e de infraestrutura devem ser melhoradas

2) Estratégias implementadas (componente 2)

Na tabela 2 estão expressos os achados relacionados as estratégias de intervenção que foram abordadas por 05 estudos[21,22,23,24,25]. Esses estudos relataram e analisaram estratégias de intervenção e por isso foram incluídos no componente 2, já os estudos que apenas contextualizaram alguma estratégia foram alocados no componente 3 no nível de análise *design.* Em relação aos tipos de intervenções, dos cinco estudos incluídos neste componente, 03 foram educacionais e 02 foram regulatórios. Estratégias **financeiras e de apoio profissional e pessoal** só foram citadas nos estudos e não analisadas.

Dos estudos sobre **estratégias educacionais**, dois abordaram iniciativas de estágio rural dos estudantes durante a graduação. Existe uma associação entre participar do estágio rural e futura decisão em trabalhar em áreas rurais[22]. Além disso, essa atuação dos estudantes, colaborou para melhorar o acesso de algumas populações rurais aos serviços odontológicos, entretanto esses estágios não são capazes de solucionar os problemas de saúde existentes em todo território rural, ocasionando um impacto insignificante sobre as necessidades de tratamento da população[25]. O recrutamento de estudantes de origem rural para a Universidade, somado a outras políticas públicas, provavelmente terá impactos sociais e econômicos positivos nas comunidades rurais e aumentará a capacidade da odontologia tanto no setor público quanto no privado[24].

Na **estratégia de regulação**, os artigos apontaram resultados positivos quanto a intervenção[21,23]. Na África do Sul o recrutamento, com serviço obrigatório, foi excelente para aquele país, porém foi ressaltada a importância da transparência no processo de seleção, pois na análise da estratégia foi identificada maior tendência a alocação rural para profissionais solteiros, do sexo masculino e negros, destacando que se essa for uma escolha intencional do programa, com vistas a facilitar a aculturação, por conta de origens similares, competências linguísticas ou outras facilidades, esse critério deve ser melhor informado aos participantes[21]. Foi observada também a dificuldade de reter os profissionais após o período obrigatório do trabalho compulsório[23].

Tabela 2: Componente 2 – Estudos que abordaram estratégias implementadas.

Autores	Ano	País	Método	Pontos importantes levantados
Skinner et al.	2009	Australia	Descreve a escassez de mão-de-obra rural e regional	Programa Charles Sturt University Dentistry Program e outras iniciativas estaduais da NSW Saúde, tentam impulsionar a capacidade do setor público e privado.
Wiwanitkit	2011	Tailândia	Serviço compulsório na saúde na iniciou-se em 1889 e continua até hoje (2010)	A nova política que aloca todos os médicos recém-formados para áreas rurais por um ano como um pré-requisito para a entrada na formação especializada parece bem sucedida
Johnson and Blinkhorn	2013	Australia	Relatórios de estudo transversal sobre os locais de trabalho desses recém-formados para determinar o impacto do programa de colocação sobre a escolha do trabalho.	Há uma associação entre os alunos que participaram de um programa de colocação rural e a probabilidade de escolherem trabalhar em um local rural
Lalloo et al.	2013	Australia	Analisa os tipos de serviços de tratamento prestados aos pacientes desde o início da clínica rural no início de 2009	A colocação clínica de estudantes de odontologia do último ano em ambientes rurais remotos tem ajudado a resolver uma necessidade odontológica não atendida nessas regiões
Hatcher et al.	2014	África do Sul	Estudo transversal, questionário Um quadro conceitual incluiu a sequência de antes, durante e após o estágio obrigatório em recursos humanos	Apesar dos desafios na distribuição equitativa dos profissionais, a satisfação dos participantes com o programa obrigatório de serviço comunitário parece ser alta

3) Monitoramento e avaliação (Componente 3)

Por fim, as análises dos estudos revelaram que no 3º componente do quadro conceitual, a maioria dos documentos (artigos científicos e literatura cinzenta) se concentra no nível do *design*, (34 estudos[26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58]) e poucos avançam nas análises em direção aos *outputs* (04 estudos[59,60,61,62]), *outcomes* (0 estudos) e *impacto* (01 estudo[63]) (Tabela 3).

Os estudos do nível ***design***, na sua grande maioria, focaram no diagnóstico situacional do problema da má distribuição de profissionais da saúde, destacando alguns pontos, entre eles:

- O livre mercado atual da odontologia[26,41];
- O serviço público em detrimento do serviço privado[47];
- Modelo de prática voltada ao mercado privado[55];

- Crescimento da força de trabalho entre os anos de 1971 e 1989 seguido de uma diminuição da força de trabalho nos anos de 1990 a 1996, possivelmente por questões ligadas ao “poder de mercado” para limitar a disponibilidade e consequentemente manter altos rendimentos aos profissionais[54];
- Fenômeno de feminilização na odontologia[57];
- Pouca disponibilidade de serviços públicos[26;27]
- Baixas condições financeiras e de vida como obstáculos para os dentistas trabalharem em áreas rurais[40];
- Pouca infraestrutura para atuação profissional[39].
- Barreiras relacionadas a diversos atores: indivíduos, da sociedade em geral, de governos que se apresentam resistentes à mudança e filosofias de algumas classes profissionais[56];

Do mesmo modo os documentos também apontaram algumas iniciativas e sugestões que poderiam contribuir para diminuir as disparidades de acesso:

- Cada país deve identificar as causas da escassez, considerar os diferentes gradientes sociais, e propor incentivos específicos para a manutenção de uma força de trabalho competente e motivada[39];
- Os incentivos devem ser criados em forma de pacotes e contemplar diferentes áreas (regulação, educação, financeira, apoio profissional, apoio pessoal, entre outros)[40]
- Considerar o impacto da melhoria das condições de saúde bucal para qualidade de vida da população e para o setor saúde[46];
- Trabalho em equipe multiprofissional e delegação de tarefas para outro profissional de saúde (Task Shifting)[50];

Os documentos que abordaram os ***outputs*** ressaltaram que existem importantes diferenças entre os perfis de dentistas e que essas características influenciam diretamente no recrutamento e retenção desses profissionais59 e que experiências rurais anteriores podem motivar os profissionais a se inscreverem em programas de atuação rural.60 Os países devem levar em consideração as diferenças referente ao perfil profissional, para alcançar melhores resultados em suas ações, além disso, a oferta de experiências rurais positivas podem também colaborar para as escolhas futuras desses profissionais[61].

O único estudo alocado no nível ***impacto*** analisou a estratégia de recrutamento de dentistas estrangeiros para melhorar o desequilíbrio da força de trabalho. Sua análise aponta que os dentistas estrangeiros não foram mais propensos do que os dentistas nacionais a participarem de um programa destinado a pessoas com recursos e rendimentos limitados (Medicaid) e destacaram uma importante questão ética relacionada a essa estratégia "fuga de cérebro" ("*brain drain"*) nos países de origem desses profissionais, ocasionando possível déficit de força de trabalho nessas localidades[63].

Tabela 3: Componente 3 – Estudos que abordaram o monitoramento e avaliação da distribuição geográfica

DESIGN				
Autores	**Ano**	**País**	**Método**	**Pontos importantes levantados**
Hassinger et al.	1975	Estados Unidos	Os 20 municípios têm sido o local para observações de mão de obra de saúde e comportamento de saúde do consumidor por mais de 25 anos	Continuando uma tendência de longo prazo, a população dos 20 condados declinou cerca de 10 por cento de 1950 para 1960. Entre 1960 e 1970, no entanto, o declínio foi de apenas 1%, outra característica demográfica de interesse é o número relativamente grande de pessoas com 65 anos ou mais, resultado de migrações seletivas e especialmente nos condados do Sul, alguma emigração dos aposentados
Salber et al.	1976	Estados Unidos	Estudo descritivo transversal que relaciona as características demográficas das duas populações com algumas medidas de utilização. Relatórios subsequentes tratam de dados longitudinais na área rural	Embora o emprego e a mobilidade social tenham melhorado muito para os negros, os métodos estabelecidos de prática médica e odontológica mudaram lentamente.
Mead	1979	Estados Unidos	Médico e um dentista do Corpo de Serviço Nacional de Saúde estão entre os praticantes recrutados para a prática de grupo, que é chamado de Osage Prairie Integrated Rural Health Project.	Mas a vida é decididamente rural. Se você anseia por discotecas, museus e boutiques, não é o seu tipo de lugar.
Douglass e Cole	1979	Estados Unidos	Relato	Evidencia a importância da equipe odontológica em relação ao número, tipo, distribuição e treinamento dos dentistas
Northcott	1980	Canadá	Examina a distribuição de médicos e dentistas entre as cidades e vilas de Alberta de 1956 a 1976.	Sugeriu-se que as exigências mínimas da população combinadas com a tendência para a especialização médica indicam que a remoção completa das disparidades rurais-urbanas na distribuição do pessoal médico é um ideal irrealista.
Steele et al.	2000	Austrália	Os dados de população foram obtidos a partir de 1996 e distribuição de dentistas por código postal. Os dados foram comparados com os dados de 1997	Dos 1,7 milhões de pessoas residentes em WA, 72% residiam nos cinco principais centros urbanos, com apenas 13% em regiões rurais e remotas
Knapp e Hardwick,	2000	Estados Unidos	O mapeamento baseado em computador foi usado para localizar grupos de profissionais saúde por um código postal	As áreas rurais continuam a ter uma escassez de profissionais de atenção primária e dentistas. Dentistas estavam presentes em muitas áreas onde a presença do prestador de atenção primária estava ausente ou muito baixa.
Mulligan et al.	2000	Estados Unidos	Relato	Os dados da renda mostram que a população de muitos condados rurais pode bem ter recursos para o cuidado odontológico. Além disso, os novos usos da Internet para teleconsultoria e intercâmbio de ideias têm o potencial de reduzir o isolamento e proporcionar acesso ao conhecimento especializado.
Mertz	2001	Estados Unidos	Os índices dentista-população foram computados, e a associação entre a oferta do dentista e as características da comunidade foi analisada em modelos de regressão	A má distribuição dos dentistas pode contribuir para um acesso deficiente aos atendimentos odontológicos em muitas comunidades, principalmente em comunidades rurais
Susi e Mascarenhas	2002	Estados Unidos	Estudos de revisão que utilizaram SIG, incluindo medicina, e revisão de recursos dentários disponíveis,	Existem óbvias disparidades na distribuição de dentistas em Ohio, particularmente nos condados rurais não Appalachian e Appalachian. A

			identificados em três bancos de dados de dentistas de Ohio.e um banco de dados do programa Medicaid de Ohio	necessidade de aumentar a disponibilidade de dentistas nessas áreas é evidente e imediata. Com base nos resultados deste projeto, recomendamos que Ohio estabeleceu um programa de incentivo para atrair dentistas para estas áreas
Greene-McIntyre et al.	2003	Estados Unidos	Este artigo descreve a abordagem adoptada pelo Alabama Medicaid para melhorar o acesso aos serviços de saúde oral e para melhorar a consciência da importância da boa saúde oral para todos os cidadãos do Alabama. A iniciativa combinou o apoio de fontes públicas e privadas	O aumento do incentivo financeiro na odontológica serviu como um facilitador para a agência que procurou trazer as partes interessadas para a mesa para desenvolver as estratégias para a iniciativa. No entanto, os componentes da iniciativa que iriam ajudar os prestadores em obter um pagamento mais rápido para os serviços e reduzir os aborrecimentos administrativos normalmente associados com o programa Medicaid não ocorreram
Tandon	2004	India	Relato	Necessidade de avaliação da capacidade da força de trabalho odontológica na Índia para fornecer saúde bucal de forma adequada e eficiente. Essa força de trabalho precisa ter competências culturais para prestar os cuidados que a nação precisa.
Ricketts	2005	Estados Unidos	Uma revisão da distribuição geográfica de 6 classes de profissionais de saúde e descrevem as múltiplas políticas e programas governamentais e privados destinados a afetar sua distribuição geográfica. Esses programas podem ser classificados em 3 categorias - coercitivas, normativas e utilitárias	Profissionais de cuidados de saúde são agora firmemente ligados à tecnologia que é capital intensivo e sujeito a forças que exigem centralização. Fortalecimento do poder de barganha das populações rurais é uma maneira de combater esta situação, potencialmente através de políticas de pagamento favoráveis oferecidos através de Medicare e Medicaid.
Kirrilee,	2006	Austrália	O registro odontológico de WA (2004) foi extraído do boletim oficial. Os endereços postais, datas de registro, ano de qualificação e lugar de qualificação para 1101 profissionais	Os resultados deste estudo destacam a necessidade de melhorar o foco das atividades para oferecer serviços odontológicos nas áreas rural e remota
Schwartz	2007	Estados Unidos	Dados da American Dental Association serviram como base para abordar as duas principais questões de pesquisa: 1) quais são as origens educacionais da força de trabalho de dentistas na Pensilvânia, em áreas rurais 2) qual é a proporção de dentistas com formação na Pensilvânia que praticam nas áreas rurais e em áreas carentes da Pensilvânia?	O desenvolvimento mão de obra das escolas de odontologia da Pensilvânia para a prática na Pensilvânia, na Pensilvânia rural e nas áreas carentes da Pensilvânia é uma resposta adequada e mandatória de saúde pública de acesso universal aos cuidados de saúde bucais.
Henderson e Tulloch	2008	Austrália	A revisão baseia-se na literatura e informações recolhidas através de uma pesquisa direcionada de sites e bancos de dados. Foram recolhidos relatórios adicionais através dos escritórios nos países da AusAID, agências das Nações Unidas e organizações não-governamentais.	Os resultados da pesquisa da região Ásia-Pacífico indicam que os salários e benefícios, juntamente com as condições de trabalho, supervisão e gestão, e oportunidades de educação e formação são importantes. A literatura destaca a importância de criar pacotes de incentivos financeiros e não financeiros.
Sherman et al.	2009	Estados Unidos	No núcleo do debate estão várias questões: (1) como lidar com as desigualdades de reembolso financeiro observadas na atenção primária e cuidados especializados; (2) como os cuidados de saúde serão prestados; (3) quais profissionais fornecerão cuidados primários, cuidados de saúde bucais e cuidados de saúde	A necessidade de mais clínicos de cuidados primários pode ser tratada através de programas de perdão de empréstimos, aumentando o financiamento para o LHNC, utilizando enfermeiros e assistentes médicos e assegurando que haja um número adequado de professores para nossos programas de enfermagem.

			comportamentais; E (4) como as tecnologias emergentes serão usadas	
Mc Dowell et al.	2010	Estados Unidos	Um censo nacional dos EU foi conduzido e 1031 hospital rurais identificados	São necessárias intervenções para desenvolver uma força de trabalho de profissões de saúde rural que permitirá que os benefícios da recente cobertura de seguro de reforma de saúde dos EUA sejam realizados
Kruger and Tennant	2010	Austrália	Uma revisão de oito anos de experiência de um estágio rural de curta duração	Os programas de empréstimo para estudantes de Nebraska e os programas de reembolso de empréstimos disponibilizam anualmente US $ 20.000 e US $ 40.000, respectivamente, aos dentistas que se localizam em um município rural / subatendido. Estes programas podem ser um fator contribuindo significativo para dentistas de fora do estado e mulheres dentistas para se localizar em área rural no Nebraska
Kruger et al.	2010	Austrália	Analisa a integração vertical da educação, do serviço e da investigação CRROH Foi pioneira em um modelo sustentável para fornecer serviços de saúde oral muito necessários para algumas das áreas mais remotas da Austrália Ocidental	Este estudo oferece uma maneira de fornecer e sustentar os cuidados odontológicos para aqueles mais necessitados, mas largamente deixados de fora através do desenvolvimento de uma forte estrutura política e uma rede de apoio para sustentar serviços em lugares remotos
Saman et al.	2010	Estados Unidos	Os endereços dos dentistas foram mapeados usando um sistema de informação geográfica.	Esses resultados mostram as atuais e amplas disparidades de mão-de-obra em condados rurais e economicamente desfavorecidos no Kentucky
Awofeso	2010	Nigeria	Com base em 7 anos de experiência como médico de saúde pública em zonas rurais e remotas do norte da Nigéria, o autor fornece uma perspectiva sobre os fatores que impedem o recrutamento de pessoal de saúde e retenção	A gestão e liderança ruins em todos os níveis do setor da saúde pública, a pobreza, a baixa motivação, a inadequação dos serviços de saúde e os medicamentos para uma prestação eficaz dos cuidados de saúde, a inadequação do financiamento para empregar pessoal de saúde qualificado e as condições de vida primitivas constituem importantes desincentivos para a saúde. Trabalhadores qualificados são necessários para trabalhar em regiões remotas da Nigéria
Kruger et al.	2011	Austrália	Os dados foram coletados a partir de fontes de acesso aberto que incluíam a lista telefônica, o Government Gazette e o Google Maps	Aqueles que vivem fora das áreas metropolitanas da WA, especialmente em áreas rurais e remotas, estão em grande desvantagem no acesso a serviços privados de saúde bucal
Efendi	2012	Indonesia	Relato de uma política	Várias opções políticas conseguiram melhorar a distribuição desequilibrada e a escassez de profissionais de saúde nas regiões remotas e muito remotas da Indonésia
Kruger et al.	2012	Austrália	Um total de 1.045 consultórios odontológicos privados na Nova Zelândia foram geocodificados. Essas práticas odontológicas cobriram 1.909 unidades de área	A saúde bucal tem um impacto substancial na qualidade de vida relacionada à saúde e a utilização de serviços de assistência odontológica pode contribuir para sua melhoria. Como tal, espera-se que o acesso aos cuidados de saúde seja focalizado nos grupos populacionais com maior grau de necessidade. No entanto, em um modelo de mercado, principalmente privado, como na Nova Zelândia, os cuidados disponíveis estão concentrados em áreas de alto nível socioeconômico e em populações com níveis mais baixos de doença bucal
Tennant et al.	2013	Austrália	Este estudo examinou os índices prática-população (PtP) como uma medida de acessibilidade	O estudo descobriu que os índices de PtP no contexto da má distribuição da força de trabalho e dos impedimentos geográficos ao acesso é uma medida importante.

Tennant and Kruger	2014	Austrália	Endereços de Páginas Amarelas de clínicas odontológicas privadas e fontes abertas de endereços foram cruzados e testados em três cenários diferentes	Este estudo destaca claramente a má distribuição na Austrália

OUTPUTS

Autores	Ano	País	Método	Pontos importantes levantados
Lyle et al.	2007	Austrália	Questionário sobre recrutamento e apoio a estudantes de origem rural, conteúdos rurais em programas educativos e de ensino, infra-estrutura em centros rurais, promoção de carreiras de saúde, apoio de estudantes em estágios rurais e pesquisa sobre questões de saúde rural e remota	Apesar do significativo investimento do governo em educação em saúde rural, a experiência da Universidade de Sydney demonstra que isso não necessariamente se traduz em recursos internos adequados disponíveis para cada curso ou programa para otimizar o desempenho para o resultado da força de trabalho em saúde rural
Luzzi and Spencer	2010	Austrália	O questionário coletou informações relativas às características do dentista (idade, sexo, país de nascimento, ano e escola de graduação), área de odontologia, tipo de prática (pública ou privada), código postal do local de prática principal e satisfação no trabalho	Havia diferenças entre dentistas privados e públicos, dentistas metropolitanos e não metropolitanos, dentistas e de diferentes idades. Essas diferenças devem ser abordadas a fim de melhorar as taxas de recrutamento e retenção de dentistas. Os locais de trabalho que oferecem autonomia no trabalho, salários competitivos, horários de trabalho flexíveis e carga administrativa mínima podem melhorar a satisfação no trabalho do dentista
Renner et al.	2010	Estados Unidos	Este estudo foi um estudo retrospectivo coorte dos participantes de três LRP Colorado - CHPLRP, CROP, DLRP	O CROP, atualmente recompensa todos os tipos de profissionais de saúde até US $ 10.000 por ano de reembolso do empréstimo educacional por até 3 anos. O provedor deve estar trabalhando em uma comunidade rural em Colorado. Para ser elegível, no programa requer um compromisso de serviço de um ano.
Bazen et al.	2010	Austrália	As percepções dos alunos sobre diferentes questões relacionadas à prática rural, incluindo as diferenças entre a prática rural e urbana, as diferenças na base de pacientes e as razões percebidas para o recrutamento mal sucedido de profissionais rurais foram avaliadas através de uma série de perguntas abertas	Os estudantes de graduação que participaram deste programa foram geralmente muito positivos sobre a experiência e, para a maioria (95%), foi experiência de aprendizagem valiosa. Com base nos resultados do programa RRIP, os deslocamentos rurais tornaram-se parte integrante do currículo

IMPACTO

Autores	Ano	País	Método	Pontos importantes levantados
Bazargan	2010	Estados Unidos	Aplicação de licença dental para estrangeiro e Medicaid Duas variáveis de nível de prática: • se a prática foi em uma HPSA odontológica e a ruralidade da prática (rural e urbana)	Enquanto o licenciamento de dentistas estrangeiros tem o potencial para resolver problemas de falta de mão-de-obra na Odontologia que desproporcionalmente afeta as populações vulneráveis, nossas conclusões preliminares neste estudo de caso não apoiam esta crença comumente realizada. Além disso, o licenciamento de dentistas treinados no exterior tem implicações éticas em termos da fuga de cérebros que afeta as nações em que esses dentistas foram treinados

DISCUSSÃO

Considerando a necessidade de ampliar a discussão sobre a inclusão da odontologia nos serviços de saúde, com vistas a integralidade do cuidado, e no enfrentamento da problemática da má distribuição dos dentistas, esse estudo utilizou a metodologia de RSE para identificar o panorama atual relatado na literatura científica e colaborar para as futuras tomadas de decisão dos formuladores de políticas. Usamos essa metodologia da revisão de escopo de forma sistematizada para garantir que as evidências existentes sobre o tema fossem contempladas. Esse estudo apresenta limitações inerentes a metodologia da revisão de escopo, no entanto, para minimizar esse viés os autores buscaram sistematizar a busca seguindo os critérios da revisão sistemática, embora reconheçam a dificuldade de abarcar sua totalidade no que se refere a literatura cinzenta. Além disso, para sistematizar as análises dos dados foi utilizado um quadro teórico que sustenta a temática estudada e sistematiza a análise.

Os resultados desse estudo, destacam que o desequilíbrio geográfico dos dentistas, é um problema existente e persistente em diversos países, e que esse tema tem grande relevância para a saúde pública mundial. Os dados também apontam que, de acordo com o quadro teórico conceitual utilizado[1], importantes estratégias, abordadas nos três componentes, devem ser consideradas nos planejamentos futuros da gestão da força de trabalho em saúde bucal. Muitos aspectos encontrados nesse estudo, especialmente no que tange o componente 1, se assemelharam a outros estudos descritos na literatura[64]. Dolea, em 2010[4] afirmou que os estudos no campo da regulação em saúde priorizavam a medicina em detrimento de outras carreiras e, de fato, nossos achados confirmam que a Odontologia tem sido pouco abordada e, por vezes de forma superficial, na literatura científica no que se refere à problemática da má distribuição de cirurgiões-dentistas, já que apenas 51% dos estudos incluídos nesta revisão tratavam exclusivamente da Odontologia em suas análises.

Na primeira análise dos documentos, identificou-se alguns pontos gerais que merecem atenção, entre eles, o pequeno número de publicações em revistas específicas da odontologia. Esse fato é positivo, se analisado do ponto de vista da interdisciplinaridade, no entanto é um alerta para um possível desinteresse ou até mesmo desconhecimento da problemática em questão dentro da área, visto que foi observado também pouco fomento financeiro nas publicações. Nos documentos da

literatura cinzenta, que incluem relatórios políticos globais, a odontologia se apresentou de maneira bastante superficial, apenas se destacando em documentos específicos da área, porém, ainda assim a problemática da força de trabalho em saúde bucal teve pouca representatividade nas discussões (esses achados também foram semelhantes em outros estudos[65]), indicando a necessidade de que a academia imponha uma agenda mais propositiva com a inclusão da saúde bucal nas agendas políticas, dando subsídios aos formuladores de políticas, por meio de evidências científicas e boas práticas na área.

Quanto a abordagem dos estudos, observou-se a necessidade de considerar as especificidades da odontologia, ou seja, os estudos que analisaram a problemática dos RHS de maneira conjunta, não levaram em conta as especificidades da atuação do cirurgião-dentista, que necessita, por exemplo, de equipamentos para realização dos procedimentos odontológicos (cadeiras, infraestrutura do local, instrumentais, materiais de consumo, RX, etc.). Além disso, observou-se que os estudos incluídos, de forma geral, não analisaram a problemática dos RHS sob a óptica da complexidade do processo saúde doença, ou seja, foram pouco abordadas questões relacionadas ao contexto epidemiológico dos locais nos quais os sistemas de saúde estão inseridos e as necessidades de competências específicas do profissional para atuar na lógica do território. Esses são itens fundamentais que merecem destaque nos estudos para otimizar o processo de trabalho do dentista, principalmente na atenção primária a saúde, e impactar de forma positiva na qualidade das condições de saúde bucal de uma população[66].

Essa lógica de abordagem complexa do processo saúde doença, que envolve sua determinação biopsicossocial, necessita, ser eixo estruturante de qualquer pesquisa que pretenda estudar a regulação de RHS em um sistema de saúde, já que a articulação das políticas públicas com seus contextos deve ser abordada de forma transversal. Vale ressaltar que esta abordagem é responsabilidade dos governos, já que o mercado privado, ou mesmo o próprio profissional, que, de maneira geral regula suas práticas pela lógica do lucro ou por interesses próprios[67,68]. A renovação da Atenção Primaria a Saúde (APS) contribui para atingir esse objetivo, portanto, é fundamental mudar a agenda política mundial para minimizar as desigualdades de acesso a saúde[69]. O fortalecimento dos cuidados primários em saúde bucal, a partir da interação com uma rede, pode garantir a integralidade da linha do cuidado em especial para populações com alta vulnerabilidade social[70]. Em contrapartida,

observamos que alguns países, tem buscado soluções focadas apenas na doença, com abordagens curativas, sem levar em consideração a complexidade do processo-saúde-doença, propondo medidas que minimizam a carência de dentistas por meio do treinamento de enfermeiras de técnico de saúde bucal (TSB)[71,72], no entanto, essas experiências devem ser vistas com cautela quando se deseja a abordagem integral do cuidado em saúde.

Partindo dessa premissa, é inquestionável a importância e valorização de políticas voltadas para o RHS em todas as áreas da saúde. Somado a esse fato, ações de regulação e distribuição dos dentistas são necessárias. Os achados dos três componentes do quadro conceitual aqui apresentado, podem contribuir para a elaboração do planejamento dessas políticas.

Quanto aos determinantes da distribuição geográfica (componente 1) observou-se maior enfoque quanto aos aspectos pessoais e culturais, seguidos pelos profissionais, organizacionais e econômicos. Este é, certamente, o componente mais discutido na literatura nas outras áreas da saúde, incluindo a Odontologia.

Esses determinantes foram apontados e relacionados com as opções profissionais sobre o local de atuação de escolha do profissional e observou-se também que esse conjunto de fatores têm deixado grande parte da população desprovida de acesso aos cuidados de saúde bucal, uma vez que os dentistas preferem se fixar em centros urbanos que concentram maior poder aquisitivo e certamente esta é uma realidade que não vai ser alterada sem uma intervenção por parte do Estado[37]. Em contrapartida, o nosso estudo revelou que nesse componente os aspectos políticos foram pouco abordados nas publicações, demostrando que o setor saúde é influenciado em grande parte pelo livre mercado, pelas opções individuais dos profissionais e que ainda não incorporou a regulação como moderador para essas escolhas. Sendo assim, o compromisso político e executivo são elementos fundamentais para as boas práticas de recrutamento e retenção dos profissionais[73], embora nem sempre populares no contexto do capitalismo e da lógica do mercado. A falta de apoio político, como indutor para melhoria na distribuição geográfica dos dentistas, nos faz questionar se, realmente as ações não são feitas, se estão enfraquecidas ou se não são efetivas a ponto de serem identificadas como um determinante da distribuição dos dentistas. Na Austrália, medidas mais articuladas, a partir se diagnóstico situacional, foram propostas para lidar com a problemática[74].

No componente 2, as estratégias de intervenção para corrigir a má distribuição dos dentistas foram pouco relatadas, quando comparadas com estudos que analisaram outras áreas da saúde, e se limitaram em duas das cinco categorias existentes. Os estudos relacionados a categoria educação e regulação, focaram principalmente nas vantagens e dificuldades encontradas no estágio rural (tanto realizado durante a graduação nos denominados estágios curriculares, quanto após a graduação nos estágios compulsórios). A literatura aponta que o estágio curricular pode ser uma ferramenta valiosa, para aumentar o efetivo dos profissionais da saúde em odontologia em áreas rurais e remotas, já que essa vivência pode ampliar seu escopo futuro de atuação[61]. Por outro lado, outra possibilidade de intervenção é o estágio compulsório, que se define como uma lei ou política de um país que impõe a prestação de serviço obrigatória da força de trabalho em saúde em áreas carentes e/ou rurais durante um determinado período de tempo após sua formação, sendo essa estratégia utilizada por mais de 70 países ao redor do mundo[75]. Os estudos apontam, que os serviços obrigatórios geralmente são acompanhados de incentivos financeiros, como por exemplo, bolsas ou desconto em empréstimos estudantis feitos para pagar a graduação[76]. A eficácia dessas intervenções, tem variado de acordo com o país em que foram implementadas, sendo que em alguns, os objetivos foram alcançados, por outro lado outros países não conseguiram resolver a escassez de profissionais de saúde nessas áreas[76]. As análises das estratégias implementadas, para atrair e reter dentistas, apontam que elas não estão sendo eficazes a longo prazo[65]. É possível que esteja faltando maior articulação dessas políticas, no que se refere ao aparelho formador que precisa aproximar o discurso da academia com a realidade local de forma transversal no curso de saúde. Por outro lado, o aluno precisa já na graduação ter experiência no sistema de saúde local, ser estimulado a se engajar socialmente na profissão e desenvolver princípios de cidadania que o ajudem a compreender seu papel como profissional de saúde em determinado país[77]. Outro aspecto que precisa ser levado em consideração no planejamento das políticas é a necessidade do estoque, os países precisam discutir o quanto é ético e sustentável formar uma determinada força de trabalho, se este mesmo não pode absorver estes profissionais em seu mercado interno, ao passo que não é desejável fazer reserva de mercado[54].

Outros aspectos se destacaram neste estudo e que precisam ser mais investigados são os fatores denominados “Push and Pull”, caracterizados em duas vertentes, a primeira denominada de migração entre países, ou seja, quando

profissionais saem de seus países de origem em direção a nações com melhores possibilidades de renda e de trabalho[78]. A segunda vertente diz respeito à migração interna, quando profissionais saem de áreas rurais e remotas para áreas urbanas ou do serviço público para o serviço privado. Esse é fenômeno conhecido como Fuga de cérebros interna, que gera prejuízos tanto às áreas rurais e remotas quanto ao serviço público[79]. Este é um problema que precisa ser enfrentado por políticas públicas de saúde internas que interfiram nas realidades locais, bem como políticas públicas mundiais no contexto da globalização e da atual onda migratória em que vive o mundo.

Por fim, no terceiro componente, monitoramento e avaliação, verificou-se que, embora a maioria dos estudos incluídos nessa revisão tenham sido alocados nesse componente, grande parte ainda se concentra na fase de "*design*", ou seja, no reconhecimento da análise situacional dos países ou regiões. Esse nível, já é estabelecido na literatura internacional como fundamental para a formulação de políticas de saúde, no entanto os outros níveis desse componente também devem ser aplicados.

As publicações trouxeram inúmeras contribuições, no que se refere à fase de análise situacional, tendo destaque três vertentes: 1) a fragilidade da saúde bucal no contexto político onde o sistema de saúde é misto, ou seja, público e privado (maioria dos países), 2) a feminilização da profissão e 3) dificuldade que os países enfrentam para atrair e reter dentistas para áreas remotas e rurais.

Na primeira vertente, destaca-se que a dualidade pública privada implica nos resultados das políticas públicas de regulação de RHS, à medida que os interesses públicos serão sempre prejudicados em detrimento do serviço privado e de suas pressões de mercado, e quanto à distribuição desses profissionais, tendem a contribuir com um viés urbano com consequente déficit de mão de obra em áreas remotas e rurais[80]. Considerando que inúmeros países ainda apresentam populações com gradiente socioeconômico baixo, principalmente em áreas rurais e remotas, a coexistência do sistema misto, somado a escassez de serviço, pode excluir uma grande parte da população do acesso a saúde bucal[81], destaca-se ainda a fragilidade da saúde bucal no contexto das políticas públicas, por ainda apresentar uma posição periférica que só poderá ser alterada com uma mudança de postura dos diversos atores envolvidos nesse contexto[82].

A feminilização é outro fator fundamental no planejamento da distribuição geográfica de RHS, uma vez que as mulheres apresentam menor tendência a atuar

em áreas remotas e rurais, os artigos sugerem que as intervenções devem levar em conta o local de trabalho dos maridos e companheiros quando desejarem atrair essas mulheres para áreas remotas e rurais[19]. Na terceira vertente, fica evidente que os países precisam identificar meios para melhorar os desequilíbrios da força de trabalho em odontologia e as intervenções precisam partir de um "pacote" de medidas coerentes que levem em conta os contextos regionais e que pautem as decisões em experiências globais relatadas na literatura, afim de que tenham respaldo científico e que façam sentido para a sociedade na qual a política será implementada. Esses "pacotes" devem incluir medidas nas diferentes estratégias conhecidas, tais como: educação, regulação, financeiro, apoio pessoal e apoio profissional[73], não perdendo de vista o processo de monitoramento e avaliação das intervenções implementadas, contemplando assim o quando conceitual teórico que estrutura este artigo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente RSE trouxe à luz algumas fragilidades dos estudos analisados que, por vezes, parecem não considerar aspectos tais como o contexto epidemiológico, o sistema de saúde nos quais os RHS estão inseridos e a dinâmica do mercado de trabalho, como se a questão da regulação e da distribuição da força de trabalho em saúde fosse uma problemática paralela que se resolvesse por políticas isoladas. Outro aspecto que merece destaque em nossas análises é o fato de que aparentemente as políticas têm sido planejadas de forma reativa em resposta a problemas encontrados por governos e nações e não, necessariamente, pensadas de forma articulada e sustentável a longo prazo[71].

Este panorama global da distribuição geográfica de dentistas permitiu concluir que são necessários estudos que considerem as especificidades da área da odontologia quanto à distribuição de RHS, no que se refere ao levantamento dos determinantes da distribuição geográfica, as estratégias de intervenção e aos processos de avaliação e monitoramento.

Esta RSE permitiu ainda verificar a carência de estudos longitudinais, estudos qualitativos e de "*Discrete choice experiments*", que possibilitem acesso a evidências científicas com maior força para a formulação de políticas, de modo que o processo de tomada de decisão política seja embasado e fortalecido nos achados científicos, previamente à implantação dessas políticas nas fases de agenda e formulação e não

apenas posterior à sua implementação, usando apenas a evidência científica para validar as decisões políticas de forma simbólica[83].

O pequeno número de trabalhos somado à abrangência limitada dos estudos, sinaliza para o fato de que a Odontologia precisa se debruçar sobre a problemática estudada e que grupos de pesquisadores necessitam investir em ações no sentido do desenvolvimento de pesquisas para influenciar mudanças políticas, apontando caminhos e soluções afim de contribuir na resolução dos problemas dos vazios sanitários e da má distribuição geográfica de dentistas.

REFERÊNCIAS

1 WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Sci York [Internet]. 2010;23(February):3–69. Disponível em: http://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf

2 Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: A conceptual framework for measuring results. Bull World Health Organ. 2010; 88(5):357–63.

3 Global health workforce alliance. Synthesis Paper of the Thematic Working Groups - Health Work Force 2030 - towards a global strategy on human resources for health. 2015; 1–40.

4 Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2010; 88(5):379–85.

5 World Health Organization. Oral health [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 20]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/

6 Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes - The case of oral health. Community Dent Oral Epidemiol. 2011;

39(6):481–7.
7 Lomazzi M, Wordley V, Bedi R. Dental public health capacity worldwide: Results of a global survey. J Public Health Policy [Internet]. Palgrave Macmillan UK; 2016; Disponível em: http://link.springer.com/10.1057/s41271-016-0029-9

8 National Health Service. NHS Dental Statistics for England - 2013-14 [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 10]. Disponível em: http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB14738

9 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; 94(10):1333–7.

10 Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol [Internet]. 2005; 8(1):19–32. Disponível em: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-14644388070&partnerID=tZOtx3y1

11 Theppanya K, Suwannapong N, Howteerakul N. Health-science students' self-efficacy, social support, and intention to work in rural areas of the Lao People's Democratic Republic. Rural Remote Health. 2014; 14: 2530.

12 McMillan WJ, Barrie RB. Recruiting and retaining rural students: Evidence from a faculty of dentistry in South Africa. Rural Remote Health. 2012; 12(1).

13 Couper ID, Hugo JFM, Conradie H, Mfenyana K. Influences on the choice of health professionals to practice in rural areas. S Afr Med J [Internet]. 2007; 97(11):1082–6. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18250918

14 Kruger E, Tennant M. Oral health workforce in rural and remote Western Australia: Practice perceptions. Aust J Rural Health. 2005; 13(5):321–6.

15 Mckernan SC, Kuthy RA, Kavand G. General dentist characteristics associated with rural practice location. J Rural Heal. 2013; 29(SUPPL.1):89–95.

16 Thammatacharee N, Suphanchaimat R, Wisaijohn T, Limwattananon S, Putthasri W. Attitudes toward working in rural areas of Thai medical, dental and pharmacy new graduates in 2012: a cross-sectional survey. Hum Resour Health [Internet]. Human Resources for Health; 2013; 11(1):53. Disponível em: http://www.human-resources-health.com/content/11/1/53

17 McFarland KK, Reinhardt JW, Yaseen M. Rural dentists of the future: dental school enrollment strategies. J Dent Educ [Internet]. 2010; 74(8):830–5. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20679452

18 Hall DJ, Garnett ST, Barnes T, Stevens M. Drivers of professional mobility in the Northern Territory: dental professionals. Rural Remote Health. 2007; 7(1):655.

19 Kruger E, Tennant M. A baseline study of the demographics of the oral health workforce in rural and remote Western Australia. 2004; (3):136–40.

20 Nkomazana O, Mash R, Shaibu S, Phaladze N. Stakeholders' perceptions on shortage of healthcare workers in primary healthcare in Botswana: Focus group discussions. PLoS One. 2015; 10(8):1–15.

21 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 [Internet]. Human Resources for Health; 2014; 12(14):1–13. Disponível em:http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3975958&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

22 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; 17(4):229–35.

23 Wiwanitkit V. Mandatory rural service for health care workers in Thailand.

Rural Remote Health. 2011; 11(1):1–9.

24 Skinner JC, Massey WL, Burton MA. Rural oral health workforce issues in NSW and the Charles Sturt University Dentistry Program. N S W Public Health Bull. 2009; 20(3–4):56–8.

25 Lalloo R, Evans JL, Johnson NW. Dental care provision by students on a remote rural clinical placement. Aust N Z J Public Health. 2013; 37(1):47–51.
26 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; 64(1):29–33.

27 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):1–9.

28 Efendi F. Health worker recruitment and deployment in remote areas of Indonesia. Rural Remote Health. 2012; 12(2):1–6.

29 Smith K, Tennant M. Demographic analysis of currently registered dentists in Western Australia: Rural urban divide. Aust J Rural Health [Internet]. 2006;14(3):126–8. Disponível em: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1584.2006.00782.x

30 Steele L, Pacza T, Tennant M. Rural and remote oral health, problems and models for improvement: a Western Australian perspective. Aust J Rural Health [Internet]. 2000; 8:22–8. Disponível em: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=11040576

31 Knapp KK, Hardwick K. The availability and distribution of dentists in rural ZIP codes and primary care health professional shortage areas (PC-HPSA) ZIP codes: comparison with primary care providers. J Public Health Dent [Internet]. 2000; 60(1):43–8. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10734616

32 MacDowell M, Glasser M, Fitts M, Nielsen K, Hunsaker M. A national view of rural health workforce issues in the USA. Rural Remote Health. 2010; 10(3):1531.

33 Mulligan R, Goldstein C, Niederkhor R. Rural Dentistry: Opportunities for the

Next Millennium in Fixed and Mobile Practices. CDA J. 2000; 28(2):133–9.

34 North HCibution. Convergence or Divergence: The Rural-Urban Distribution of Physicians and Dentists in Census Divisions and Incorporated Cities, Towns, an Villages in Alberta, Canada 1956-1976. 1976.

35 Salber, E, Greene, S, Feldman, JJ, Hunter G. Access to Health Care in a Southern Rural Community. Med Care. 1976; 14(12):971–86.

36 Kruger E, Tennant M. Short-stay rural and remote placements in dental education, an effective model for rural exposure: A review of eight-year experience in Western Australia. Aust J Rural Health. 2010; 18(4):148–52.

37 Estie Kruger AJ and MT. Sustaining oral health services in remote and Indigenous communities: a review of 10 years experience in Western Australia. Int Dent J. 2010; 60(6):419–23.

38 Saman DM, Arevalo O, Johnson AO. The dental workforce in Kentucky: Current status and future needs. J Public Health Dent. 2010; 70(3):188–96.

39 Awofeso N. Personal view: Improving health workforce recruitment and retention in rural and remote regions of Nigeria. Rural Remote Health [Internet]. 2010;10(1):1319. Disponível em: www.rrh.org.au

40 Henderson LN, Tulloch J. Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. Hum Resour Health. 2008; 6:18.

41 Schwartz MR. The pipeline from dental education to practice: the Pennsylvania experience. J Dent Educ. 2007; 71(10):1299–313.

42 Ricketts TC. Workforce issues in rural areas: A focus on policy equity. Am J Public Health. 2005; 95(1):42–8.

43 Tandon S. Challenges to the oral health workforce in India. J Dent Educ [Internet]. 2004;68(7):28–33. Disponível em: http://www.jdentaled.org/content/68/7_suppl/28.short

44 Mary Greene-McIntyre, MD, MPH; Mary Hayes Finch, JD, MBA; and John Searcy M. Smile abama! Initiative: Interim Results From a Program to Increase Children's Access to Dental Care.

45 Susi L, Mascarenhas AK. Using a geographical information system to map the distribution of dentists in Ohio. J Am Dent Assoc [Internet]. American Dental Association; 2002; 133(5):636–42. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002817714629779

46 Hassinger EW, Hu BYL, Hastings D V, McNamara RL. Changes in number and location of health practitioners in a 20-county rural area of Missouri. Public Health Rep. 1975; 90(4):313–8.

47 Kruger E, Whyman R, Tennant M. High-acuity GIS mapping of private practice dental services in New Zealand: Does service match need? Int Dent J. 2012; 62(2):95–9.

48 Mertz E a, Grumbach K. Identifying communities with low dentist supply in California. J Public Health Dent [Internet]. 2001;61(3):172–7.Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11603321

49 Prairie O, Rural I, Project H. Osage Prairie Integrated Rural Health Project , Missouri. 2015; 94:48–55.

50 Sherman P, Moscou S, Dang-Vu C. The Primary Care Crisis and Health Care Reform. J Health Care Poor Underserved [Internet]. 2009; 20(4):944–50. Disponível em: http://search.proquest.com.openathens-proxy.swan.ac.uk/docview/57358556?accountid=14680\nhttp://openurl.ac.uk/?url_ver=Z39.882004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:assiashell&atitle=The+Primary+Care+Crisis+and+Health+

51 Tennant M, Kruger E, Shiyha J. Dentist-to-population and practice-to-population ratios: In a shortage environment with gross maldistribution what should rural and remote communities focus their attention on? Rural Remote Health. 2013; 13(4):1–7.

52 Moles DR, Frost C, Grundy C, D.R. M, C. F. Inequalities in availability of National Health Service general dental practitioners in England and Wales. Br Dent J [Internet]. 2001; 190(10):548–53. Disponível em: http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed5&NEWS=N&AN=11411889\nhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=11411889

53 Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: No health without a workforce. 2013; 104.

54 Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O, Poz MRD, Stilwell B, et al. Imbalance in the health workforce. Hum Resour Health. 2004; 2(13):1–12.

55 FDI world dental federation. The challenge of oral disease, a call for global health function. 2015. 1-120 p.

56 FDI statement. Improving access to oral care. Int Dent J. 1998; 48(6):2005.

57 Glick M, Monteiro Da SO, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, Williams DM, et al. FDI Vision 2020: Shaping the future of oral health. Int Dent J. 2012; 62(6):278–91.

58 Tjadens F, Weilandt C, Eckert J. Mobility of Health Professionals. 2012; (March):1–213.

59 Luzzi L, Spencer AJ. Job satisfaction of the oral health labour force in Australia. Aust Dent J. 2011; 56(1):23–32.

60 Renner DM, Westfall JM, Wilroy LA, Ginde AA. The influence of loan repayment on rural healthcare provider recruitment and retention in Colorado. Rural Remote Health. 2010; 10(4):1605.

61 Bazen JJ, Kruger E, Dyson K, Tennant M. An innovation in Australian dental education: rural, remote and Indigenous pre-graduation placements. Rural Remote Health. 2007; 7(3):703.

62 Lyle D, Klineberg I, Taylor S, Jolly N, Fuller J, Canalese J. Harnessing a University to address rural health workforce shortages in Australia. Aust J Rural Health. 2007; 15(4):227–33.

63 Bazargan N, Chi DL, Milgrom P. Exploring the potential for foreign-trained dentists to address workforce shortages and improve access to dental care for vulnerable populations in the United States: a case study from Washington State. BMC Health Serv Res [Internet]. BioMed Central Ltd; 2010; 10(1):336. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/336

64 Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Hum Resour Health [Internet]. 2006; 4(1):12.Disponível em: http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12

65 Godwin DM, Hoang H, Crocombe LA, Bell E. Dental practitioner rural work movements: A systematic review. Rural Remote Health. 2014; 14(3).

66 Aquilante AG, Aciole GG. Oral health care after the National Policy on Oral Health- “smiling Brazil”: a case study/ O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saíde Bucal- “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. Cien Saude Colet. 2015; 20(1):239.

67 González-Robledo LM, González-Robledo MC, Nigenda G. Dentist education and labour market in Mexico: elements for policy definition. Hum Resour Health [Internet]. 2012;10(1):31.Disponível em: http://www.human- resources-health.com/content/10/1/31

68 Öcek ZA, Vatansever K. Perceptions of Turkish Dentists of Market- Orientated System. 2014; 44(3):593–613.

69 World Health Organization. The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever) [Internet]. 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/en/

70 Emami E, Harnagea H, Girard F, Charbonneau A, Voyer R, Bedos CP, et al. Integration of oral health into primary care: a scoping review protocol. BMJ Open [Internet]. 2016; 6(10):e013807. Disponível em: http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-013807

71 Raoufi S, Birkhed D. Improving the Provision of the Basic Package of Oral Care (BPOC) in Cambodia. Int Dent J. 2010; 60(6):419–23.
72 Various. Getting all of your insurance through the most trusted source ? J Calif Dent Assoc. 2011; 39(10):670–766.

73 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 (New York) [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2015;119(12):1517–28. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.003

74 Cane RJ, Butler DR. Developing primary health clinical teams for public oral health services in Tasmania. Aust Dent J. 2004; 49(4):162–70.

75 Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? Bull World Health Organ [Internet]. 2010;88(5):364–70. Disponível em: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2865657&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

76 Liu X, Dou L, Zhang H, Sun Y, Yuan B. Analysis of context factors in compulsory and incentive strategies for improving attraction and retention of health workers in rural and remote areas: a systematic review. Hum Resour Health [Internet]. Human Resources for Health; 2015; 13(61):8.Disponível em: http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0059-6

77 Sanchez HF, Drumond MM, Vilaça ÊL. Adequação de recursos humanos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. Cien Saude Colet. 2008; 13(2):523–31.

78 Sheikh A, Naqvi SHA, Sheikh K, Naqvi SHS, Bandukda MY. Physician migration at its roots: a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan. Global Health [Internet].2012 [cited 2016 Nov 19]; 8(1):43. Available from: http://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-8- 43

79 Kollar E, Buyx A. Ethics and policy of medical brain drain: a review. Swiss Med Wkly [Internet]. 2013 Oct 25 [cited 2016 Nov 19]; Available from: http://doi.emh.ch/smw.2013.13845

80 Russo G, de Sousa B, Sidat M, Ferrinho P, Dussault G. Why do some physicians in Portuguese-speaking African countries work exclusively for the private sector? Findings from a mixed-methods study. Hum Resour Health [Internet]. 2014; 12(1):51. Disponível em: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4167285&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

81 McPake B, Russo G, Hipgrave D, Hort K, Campbell J. Implications of dual practice for universal health coverage. Bull World Health Organ [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2016 Nov 19]; 94(2):142–6. Disponível em: http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/94/2/14-151894.pdf

82 Lewis JM. Influencing public policy on oral health. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2012;40 Suppl 2(10):148–53. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22998320

83 Dagenais C, Laurendeau M-C, Briand-Lamarche M. Knowledge brokering in public health: A critical analysis of the results of a qualitative evaluation. Eval Program Plann [Internet]. 2015; 53:10–7.Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718915000701

5.2 CAPITULO 2 - DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS DENTISTAS BRASILEIROS: MOTIVAÇÃO E PERCEPÇÃO PARA A MIGRAÇÃO

RESUMO

A má distribuição geográfica dos Recursos Humanos em Saúde é uma problemática existente nos sistemas de saúde ao redor do mundo, nesse sentido o objetivo desse trabalho foi, 1) identificar a situação atual da distribuição geográfica de dentistas brasileiros 2) identificar e analisar a percepção e motivações de dentistas brasileiros que migraram para o interior do país. Foi utilizada uma abordagem de métodos mistos, integrando revisão da literatura, análise de dados secundários e entrevistas com dentistas que migraram para o interior do país. Na fase qualitativa foi utilizada a abordagem da “teoria fundamentada”. Os resultados apontam que o país apresenta estoque de dentista, que vem crescendo nos últimos anos, no entanto este apresenta-se mal distribuídos pelo território, quanto às percepções e motivações, a categoria central que emergiu no modelo teórico foi ”As oportunidades mudando os caminhos para consolidar o profissional” demonstrando que as oportunidades foram decisivas para determinar a distribuição de dentistas no território brasileiro. Os achados desse estudo indicam que os formuladores de política precisam definir ações no sentido de regular as oportunidades profissionais dos dentistas a fim de melhorar o desequilíbrio geográfico e essa regulação deve ser conduzida com dados específicos das diferentes regiões do país.

ABSTRACT

The unequal geographic distribution of health human resources is a problematic issue of the health systems around the world, therefore the objective of this work was: 1) to identify the current situation of the geographical distribution of Brazilian dentists; 2) to identify and analyze the perception and motivations of Brazilian dentists who migrated to the interior of the country. A mixed method was used, integrating literature review with analysis of secondary data and interviews with dentists who migrated to the interior of the country. In the qualitative phase, the approach of theory-based was used. The results indicate that the country presents a large number of dentist's, which has been growing in the recent years. However, the professionals are not well distributed

throughout the territory. Considering the perceptions and motivations, the central category that emerged in the theoretical model was "Opportunities Changing Paths to consolidate the professional "demonstrating that the opportunities were decisive in determining the distribution of dentists in Brazilian territory. Findings from this study indicate that policy makers need to define actions to regulate dentists' professional opportunities in order to improve geographical imbalance, and such regulation should be conducted with a specific data to different regions of the country.

INTRODUÇÃO

A literatura internacional aponta que, em países emergentes, uma força de trabalho inadequada em odontologia é uma barreira adicional às condições de saúde bucal da população, e para superar esse problema, devem criar planos nacionais estratégicos de saúde bucal[1]. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maior carga de doenças bucais concentra-se em populações vulnerais[2]. Somado a isso, os desequilíbrios geográficos dos Recursos Humanos em Saúde (RHS), apresentam maiores concentrações em áreas urbanas. Esse é um desafio presente no setor da saúde, em diversos países ao redor do mundo, uma vez que acentua as inequidades de acesso a saúde, especialmente nas populações com menores condições socioeconômicas[3].

No Brasil, as políticas pró-equidade implantadas nas últimas décadas reduziram as desigualdades na utilização dos serviços de saúde, mas não foram suficientes para solucionar o problema[4]. No caso da má distribuição geográfica dos profissionais, estudiosos apontam, que as medidas pró-equidade em saúde, tais como, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tiveram efeitos mais representativos em comparação com algumas estratégias específicas de provimento de profissionais de saúde, tais como, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)[5]. Destaque-se ainda, que para solucionar os problemas, referentes a força de trabalho em saúde, as intervenções deverão ser no nível estadual e com foco nas áreas mais pobres e rurais[6].

A inserção do dentista nas equipes da ESF, da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” foi responsável pela ampliação da cobertura a população, principalmente

nas regiões Norte e Nordeste do país[7]. Entretanto, as disparidades no acesso à saúde bucal e os desequilíbrios da força de trabalho, ainda persistem, sendo assim avançar nas análises e compreender a dinâmica do mercado de trabalho, tendo o dentista como protagonista fundamental neste cenário, se faz necessário, à medida que é evidente a necessidade de planejar ações que alterem positivamente a realidade da saúde bucal das populações. Considerar a força de trabalho em saúde bucal é condição estruturante de qualquer discussão nesta temática. Nessa perspectiva, os objetivos desse estudo foram: 1) identificar a situação atual da distribuição geográfica de dentistas brasileiros 2) identificar e analisar a percepção e motivações de dentistas brasileiros que migraram para o interior do país

O que se sabe sobre este assunto:

-O Brasil, assim como outros países, apresenta concentrações de dentistas em áreas urbanas

-A odontologia atua na lógica do mercado privado e autônomo

-A Inserção do Brasil Sorridente contribuiu para melhorar a cobertura em saúde bucal

- O Brasil não possui políticas públicas específicas e abrangentes de regulação de RHS que contemplem os cirurgiões-dentistas

O que este estudo acrescenta:

-As escolhas que motivam os dentistas brasileiros são ligadas as oportunidades do mundo do trabalho

-O Estado deve intervir criando oportunidades e consequentemente regular a distribuição dos dentistas no país.

-É necessário engajamento e valorização do profissional para mudar positivamente os indicadores de saúde bucal no brasil

-Pesquisas qualitativas são fundamentais para identificar os fatores determinantes da distribuição geográfica de RHS.

METODOLOGIA

Esse estudo integra as pesquisas sobre Recursos Humanos em Odontologia desenvolvido pelo Observatório de Recursos Humanos em Odontologia

(OBSERVARHODONTO) do Brasil e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova Lisboa, Lisboa – Portugal. Foi utilizada a abordagem de estudo de caso[8]. Os dados foram colhidos a partir de diferentes fontes, utilizando o método misto, a partir do modelo exploratório sequencial quantitativo-qualitativo, no qual obtém-se os dados quantitativos, analisa-se os resultados e em seguida, afim de aprofundar a análise dos fenômenos observados, aplica-se o método qualitativo de pesquisa[9]. Além disso, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em base de dados científicas e em websites em busca de documentos publicados (pesquisas e literatura cinzenta). Portanto, o percurso metodológico desse estudo foi dividido em três fases:

i) Coleta de dados secundários: Foi realizado um levantamento em bases de dados nacionais, entre eles: Conselho Federal de Odontologia (CFO), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento do Brasil (PNUD Brasil), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e GEOCAPES - Sistema de Informações Georreferenciadas, conforme descrito no quadro 1. Além disso, o banco de dados cadastrais do CFO foi disponibilizado para essa pesquisa. Os resultados das diferentes fontes de consulta quantitativas foram organizados em planilhas do Microsoft Excel® e analisadas no software Epi Info®.

ii) A partir do registro profissional dos dentistas no CFO, identificamos os egressos da FOUSP entre os anos de 2000 a 2013, e entre eles, de maneira intencional, selecionamos egressos que estavam atuando no interior do país para a realização das entrevistas. Após contato inicial, com 23 egressos, que aceitaram participar da pesquisa, realizou-se 10 entrevistas em profundidade, e nesse momento, foi observada suficiência teórica dos dados analisados e os outros egressos foram informados sobre o fim da pesquisa. A FOUSP foi escolhida como o caso desse estudo, por ser uma faculdade pública, situada na cidade de São Paulo, a maior cidade do hemisfério sul e a sexta maior do mundo em população. É uma das cidades com as maiores concentrações urbanas do mundo, inclusive no número de dentistas[10,11]. As entrevistas foram realizadas individualmente de maneira presencial e a distância, por meio da plataforma *Connect*®, que permite realizar chamadas com vídeo pela internet e gravá-las. Foi seguido um roteiro semiestruturado baseado em estudos

anteriores[12](Apêndice A). As entrevistas foram transcritas de forma integral e literal no software *Express Scribe Transcription Software Pro®* e analisadas de acordo com o referencial metodológico da "*Grounded Theory*", que se traduz para o português como "Teoria Fundamentada". Uma abordagem que faz emergir explicações teóricas a partir da experiência vivida[13].

iii) Paralelamente às duas primeiras fases, foi realizada uma busca sistematizada nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e do PubMed, por meio dos seguintes termos: "*Dentist", "workforce in dentistry", "geographical", "imbalance", "rural", "remote OR", "suburban", "scarcity", "lack "e "Brazil".* Não houve restrição de idioma ou período de publicação e os resultados da busca foram atualizados até outubro de 2016. Foram realizadas também pesquisas em "*websites"* do ministério da saúde brasileiro, do CFO e consultas com informantes chaves em busca da literatura cinzenta para identificar publicações que abordassem a temática de distribuição de dentistas no brasil. Os critérios de inclusão foram: incluir dentistas e abordar questões relacionadas a distribuição geográfica dos dentistas brasileiros. Foram excluídos documentos que não analisavam os dados da distribuição de dentistas do território brasileiro.

Quadro 1 - Categorias de análise e aspectos considerados para a busca nas bases de dados secundárias

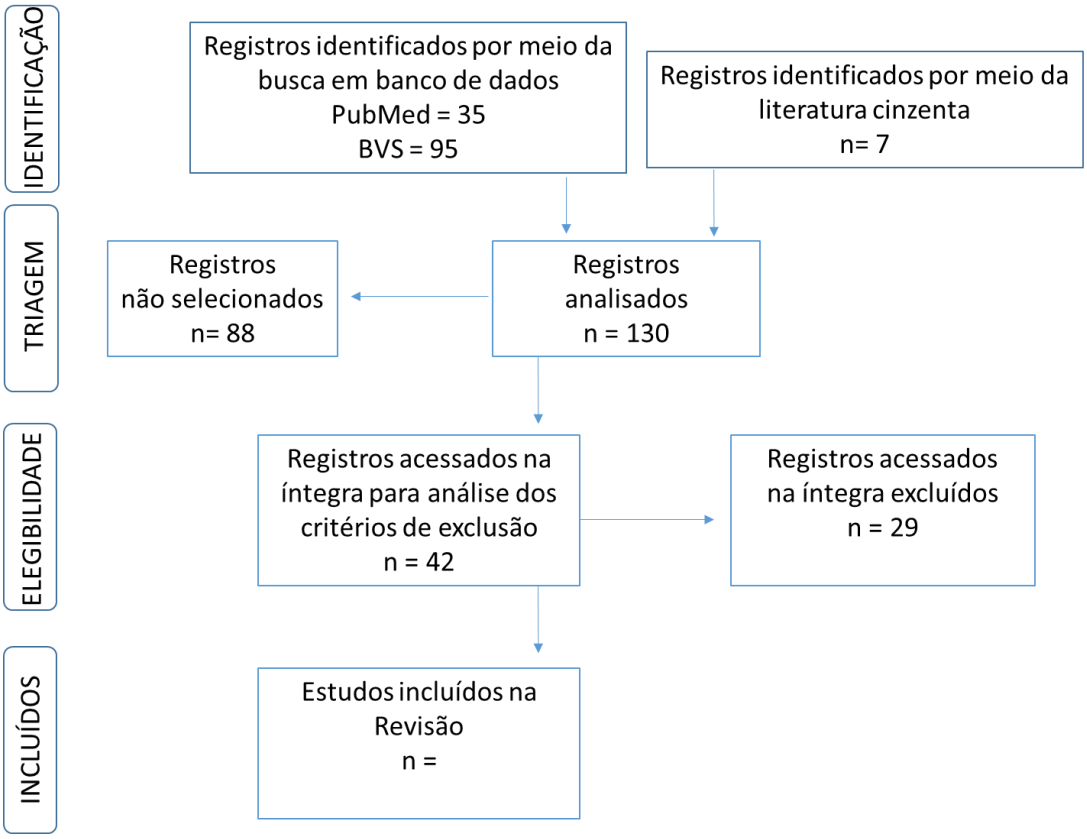
Categorias de análise	Aspectos considerados	Fontes de Consulta
Características dos Dentistas	• Inscrições principais • Transferências de registro • Inscrições secundárias • Especialização • Sexo • Local de nascimento • Local de atuação • Número de vagas e concluintes em Odontologia • Número de cursos	• Conselho Federal de Odontologia (CFO) • Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde (SIGRAS) • Geocapes
Características das regiões brasileiras.	• População (Capital e interior)	• Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, sob o protocolo nº 754.608/2014 (Anexo A).

RESULTADOS

A busca nas bases de dados científicas resultou em 35 artigos no PubMed e 95 na BVS, o que totalizou 130 artigos. Após a remoção dos duplicados, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e adição das publicações da literatura cinzenta, foram analisadas 13 publicações (Figura 1). A partir dos achados, colhidos das diversas fontes consultadas, nessa sessão de resultados dividiremos em dois tópicos: 1) Situação atual da distribuição da força de trabalho da odontologia brasileira e 2) O caso FOUSP: Distribuição geográfica, percepção e motivações dos dentistas que migraram para o interior do país.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção das publicações



1) Situação atual da distribuição da força de trabalho da odontologia brasileira.

A problemática da má distribuição geográfica de dentistas foi encontrada nas publicações analisadas, no entanto, observou-se que esse tema foi abordado de maneira secundária nos estudos, ou seja, não representava o objetivo da pesquisa.

Os estudos realizados no território rural e remoto brasileiro, indicaram situação precária nas condições de saúde bucal das populações e destacaram a relação entre essas condições e os determinantes sociais do processo saúde-doença, além de relacioná-las à baixa incorporação de serviços odontológicos nos locais analisados[14,15,16].

Os achados apontam que a falta de recursos humanos qualificados em odontologia inviabiliza a oferta do serviço, até mesmo em locais com uma infraestrutura instalada[15], esse problema foi apontado, inclusive, como um entrave à sustentabilidade da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente)[17]. Além disso, a partir da relação de dados epidemiológicos da saúde bucal e da distribuição de dentistas no país, foi indicado falta de planejamento para a alocação dos dentistas, destacando, que por vezes não foram consideradas as necessidades regionais do local da contratação[18]. Perante o quadro de desigualdades geográficas e sociais de RHS no SUS foi sugerido uma Política Nacional de Promoção de Segurança Assistencial no SUS que englobaria, entre outras propostas, a carreira nacional que teria como diretriz uma equipe básica composta por médicos, enfermeiros e odontólogos[19].

Um estudo comparou a razão entre a disponibilidade de dentistas e o número de habitantes a partir de dois indicadores base, que segundo o autor, um seria preconizado pela OMS (1 CD para 1.500 habitantes) e o outo pelo Ministério da Saúde brasileiro para organizar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (1 CD para 3.000 habitantes), observou-se que em relação ao indicador da OMS o Brasil apresenta um "*contingente gigantesco*" da força de trabalho em odontologia, porém mal distribuídos entre as regiões, já quando analisado a relação a partir do indicador da ESF foi apontado necessidade de um aumento considerável de novos postos de trabalho para os dentistas em regiões desassistidas[20].

O CFO, por meio de seus canais de comunicação, abordou a temática da interiorização do dentista em duas edições de seu jornal "*online"* no ano de 2011. Em uma das edições, fez uma enquete: "Você considera importante a interiorização do

cirurgião-dentista? ”. Na edição seguinte do jornal, foi possível ter acesso as respostas dos participantes, que apresentou 1.565 (89,7%) respondentes dizendo que sim e 180 (10,3%) respondendo não. Nessa mesma edição apresentou uma matéria sobre o tema e apontou que na última década houve um maior movimento migratório para o interior do país e que esse fato se deve, em grande parte, à atuação do governo federal, por meio da PNSB, o “Brasil Sorridente”. No entanto, sinalizou que ainda estamos longe de atingir toda a demanda existente e que o país precisa implementar políticas de recrutamento e retenção que contemple um plano de cargos e carreira com maiores rendimentos ao dentista[21]. Do mesmo modo, as mídias nacionais, mais recentemente, abordaram o tema em uma reportagem da televisão, no qual apontava a falta de dentistas na rede pública do país, que ocasionava clínicas odontológicas públicas fechadas devido à falta de dentistas, essa situação foi associada a grande fila de pacientes sem atendimento. Em nota, o Ministério da Saúde disse que “*em 12 anos repassou R$ 7 bilhões para manutenção do programa Brasil Sorridente, mas a responsabilidade pelo serviço é do gestor local”*[22].

O Brasil apresenta um grande desequilíbrio geográfico na distribuição de dentistas, com significativas concentrações nos grandes centros urbanos, como por exemplo, na cidade de São Paulo e escassez em áreas das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste[23].

Um estudo de “Discrete choice experiments (DCE), ” realizado com médicos, dentistas e enfermeiros que se candidataram a um programa de provimento, do governo federal brasileiro, analisou os fatores que poderiam atrair e reter esses profissionais para a Atenção Primaria à Saúde (APS) em áreas de escassez de RHS no Brasil. O estudo analisou 340 cirurgiões-dentistas e observou que nessa classe de profissional, os atributos que mais influenciariam a atuação nessas áreas seriam, pela ordem: remuneração, local de trabalho, infraestrutura, tipo de vínculo, carga de trabalho, rede de referência e oferta de moradia[24].

A partir da leitura das publicações, identificou-se duas vertentes que devem ser consideradas sobre a situação atual da distribuição da força de trabalho: i) estoque/disponibilidade de dentistas e ii) distribuição geográfica de dentistas. Para ambas, sentiu-se a necessidade de compreender as designações da divisão do território brasileiro, no entanto essa delimitação foi apontada com um desafio para os órgãos responsáveis, tanto pela dinâmica geográfica apresentada no país[25], como também, pela dificuldade de conceituá-las. Atualmente, no Brasil, as áreas rurais são

definidas por oposição e exclusão as áreas consideradas urbanas[26]. Nesse contexto brasileiro, para esse estudo, consideramos a nomenclatura utilizada pela fonte em que o dado foi consultado.

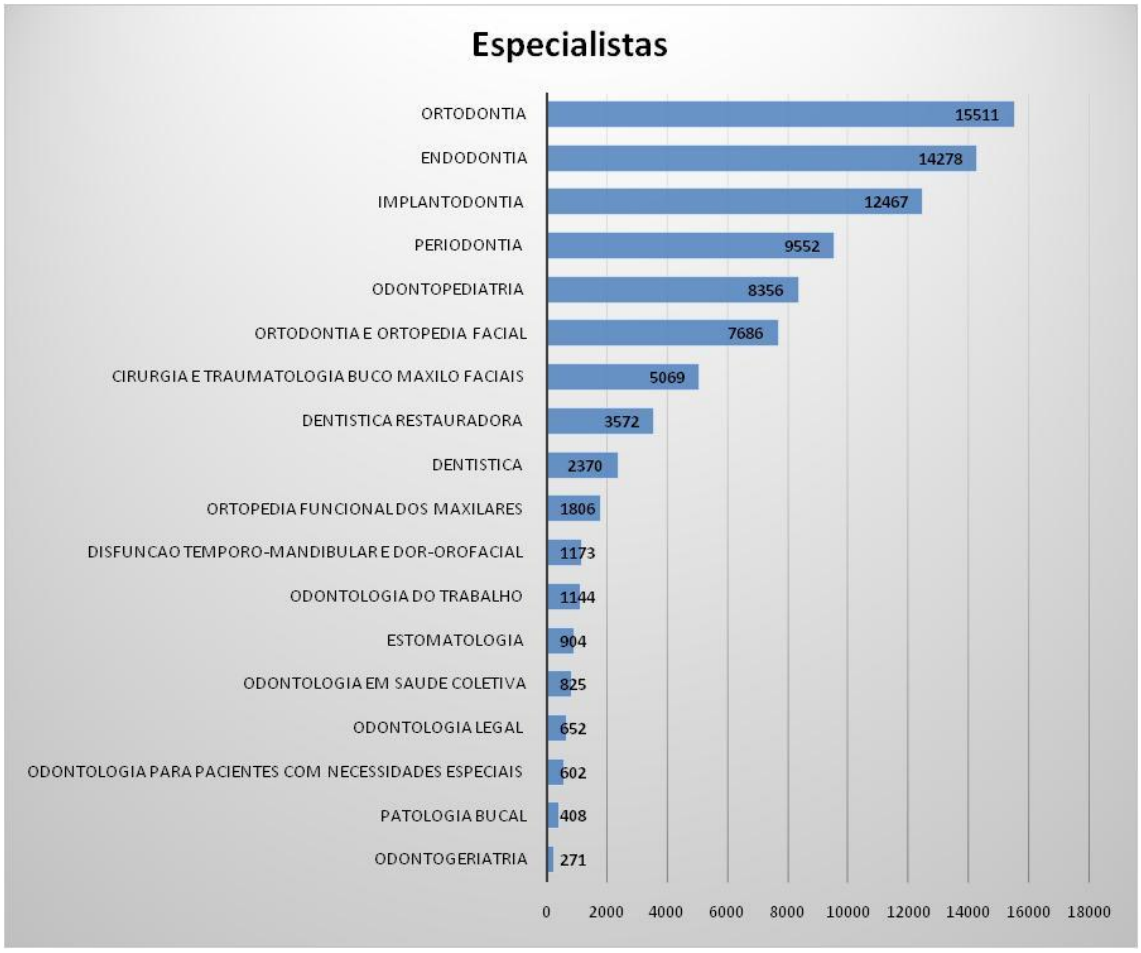
i) Estoque/disponibilidade de dentistas:

Quando observamos os dados referentes ao estoque de dentistas no mercado de trabalho brasileiro, verifica-se que no período de 1991 a 2014 houve aumento considerável no número de cursos de graduação em odontologia no Brasil, sendo esse aumento mais representativo nas instituições privadas de ensino, que aumentaram de 37 em 1991 para 163 em 2014, ao passo que as instituições públicas aumentaram de 46 em 1991 para 67 em 2014, que ao todo somam 230 cursos. Em 1991 a maioria das instituições eram de natureza jurídica pública e atualmente houve uma inversão para o setor privado[27].

Um estudo, sobre o cenário quantitativo de vagas disponíveis para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que fez projeção para o número de vagas para dentistas em 2030, estimava que as vagas aumentariam de 20.589 em 2012 para 30.781 em 2025[28]. Dados atuais mostram que em 2014 o Brasil já apresenta uma disponibilidade de vagas superior à estimada, totalizando 33.470 vagas, (27.472 em instituições privadas e 5.998 em instituições públicas), portanto no período de 2012 a 2014 houve um crescimento de cerca de 63% na disponibilidade de vagas em cursos de odontologia no Brasil. Consequentemente, houve um aumento também no número de egressos, no ano de 2014, o país apresentou 7.357 concluintes em instituições privadas e 3.411 em instituições públicas, totalizando 10.768 novos dentistas no mercado de trabalho[29].

Os dados do CFO apontam, que em 2016 o país apresenta 285.305 mil dentistas inscritos em atividade e em relação aos especialistas, o conselho apresenta 18 áreas de atuação para os dentistas, além do clínico geral, a disponibilidade de especialista no Brasil, de acordo com a área pode ser observada no gráfico 1. Estudos anteriores analisaram a evolução do número de novos registros de especialistas entre os anos de 1968 e 2009 e destacaram que a partir do ano de 1996 o número de mulheres especialistas excediam o número de homens registrados com alguma especialidade no conselho[30].

Gráfico 1: Número de especialistas cadastrados no CFO segundo as especialidades



Fonte: Elaboração própria com dados do CFO, 2016.

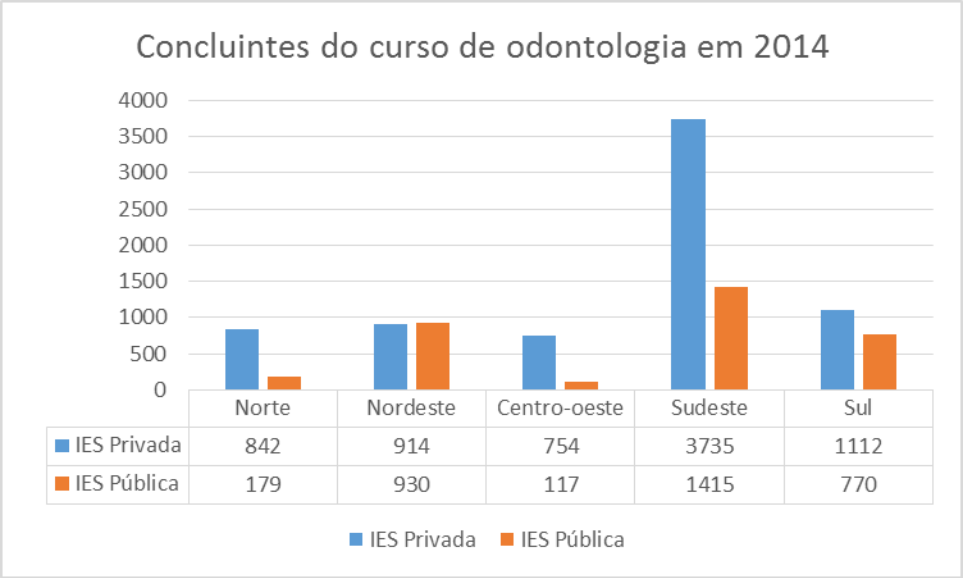
Quanto a disponibilidade de mestres e doutores, os dados da GeoCapes apontam que em 2015 o Brasil apresentou 7.125 egressos de pós-graduação em programas *stricto sensu* na área da odontologia, sendo 918 no grau de mestrado acadêmico, 547 no grau mestrado profissional e 571 no grau de doutorado. Esses números apresentaram um aumento quando comparado ao ano de 2000, quando tínhamos 541 egressos no grau de mestrado acadêmico, 83 no grau de mestrado profissional e 204 no grau de doutorado[31].

ii) Distribuição geográfica dos dentistas

Após as análises, referente a disponibilidade de dentista no Brasil, verificou-se a distribuição geográfica desses profissionais no território.

Quando analisamos a distribuição geográfica dos egressos, segundo região de conclusão, verifica-se maior concentração na região sudeste e em instituições privadas (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição geográfica dos egressos, segundo região de conclusão



Fonte: Elaboração própria com dados do SIGRAS, 2016.

Outro aspecto considerado, foi a proporção de dentistas por habitantes, segundo grandes regiões, separando as capitais do interior dos estados. Essa analise permitiu identificar um contraste existente nesses dois cenários. (Tabela 1).

Tabela 1 - Proporção de dentistas por habitantes segundo capitais e interior dos estados brasileiros

Estado (UF)	Hab/CD (Capitais)	Hab/CD (Interior)
SC	211	655
PR	286	753
RS	291	750
Região Sul	**276**	**725**
ES	178	1.001
MG	293	803
SP	373	784
RJ	398	708
Região Sudeste	**362**	**786**
GO	295	960

MT	353	1.133
MS	449	866
Região Centro-Oeste	**342**	**879**
PB	339	1.609
SE	347	6.995
RN	362	1.871
PE	386	2.180
PI	441	2.513
AL	443	4.033
MA	502	3.595
BA	530	1.895
CE	581	2.908
Região Nordeste	**457**	**2.339**
TO	401	1.328
RO	488	959
PA	510	3.070
RR	526	4.748
AM	545	4.163
AP	696	4.271
AC	735	2.615
Região Norte	**539**	**2.331**

Fonte: Elaboração própria com dados do CFO, 2016 / IBGE, 2010

Foi verificado também, que durante os últimos anos o Brasil implementou algumas estratégias para equilibrar a distribuição geográfica dos RHS, sendo que, algumas delas, contemplavam os dentistas, como por exemplo, o Projeto Rondon[32] e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)[33].

O Projeto Rondon foi oficialmente criado em 1968, no entanto, foi extinto em 1989, permanecendo apenas a Associação Nacional dos Rondonistas, uma Organização Não Governamental (ONG) qualificada pelo Ministério da Justiça como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) criada por ex-rondonistas. Esse projeto foi retomado no ano de 2005, e nessa nova fase as Instituições de Ensino Superior, devem encaminhar uma proposta de trabalho específica ao convite da operação em atividade proposta pelo projeto, nesse período algumas ações da odontologia foram realizadas. As etapas do projeto, consiste em:

escolha do local da operação, reconhecimento do local, divulgação do convite para as IES, Inscrição das IES e elaboração do plano de trabalho. Após essas etapas a IES selecionada faz uma viagem precursora para o território, organizam a equipe e realizam a ação, que tem duração de 15 dias[32].

O PROVAB, foi instituído no Brasil em 2011, como uma estratégia para melhorar o provimento e fixação de profissionais de saúde em locais onde existem os vazios sanitários. Esse programa propõe apoio e incentivo para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, atuarem na atenção básica do SUS em municípios com carência de profissionais, em áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas.

Em 2011, primeiro ano do projeto, 110 dentistas foram contratados, em 2012 foram 33, em 2014, 23 e em 2015, último ano que incluiu dentistas, apenas 2 foram contratados. Esse baixo número, foi devido a existência de alguns resíduos de vagas dos anos anteriores. A partir de 2015 o PROVAB foi integrado ao Programa Mais Médicos (PMM) do governo federal e não abriu novas vagas para a Odontologia. No primeiro mapeamento dos municípios brasileiros, em 2011, para realizar o diagnóstico das necessidades locais e direcionar as ações do programa, 2130 municípios brasileiros foram classificados no grupo: “População rural e pobreza (Intermediária e elevada) ”[33]

2) O caso FOUSP: Distribuição geográfica, percepção e motivações dos dentistas que migraram para o interior do país.

Nessa etapa do estudo, focou-se nos dentistas, egressos da FOUSP no período de 2000 a 2013. A partir do banco de dados do CFO, os dados pessoais e profissionais dos egressos foram analisados. Um total de 1847 egressos foi identificado no banco, uma média de 116 concluintes ao ano, sendo 1360 (73%) do sexo feminino e 687 (37%) do sexo masculino.

Os resultados foram organizados segundo o tipo de inscrição dos dentistas no conselho, para esse estudo, a fim de evitar duplicidade na contagem dos egressos, considerou-se as inscrições: principal ativa, secundária ativa e inscrição por transferência, as inscrições canceladas ou com o mesmo número de “Serviço Nacional de Fiscalização Odontológica” foram removidas de nossa amostra. Em

relação a localização de atuação dos profissionais, foi considerado o estado do registro e separado entre capital ou interior.

Dos 1847 egressos, 1744 apresentam inscrição principal ativa, sendo que desses 20 apresentam também inscrição secundária ativa, ou seja, podem atuar em dois estados. Quanto as inscrições por transferência ativa têm-se 103 egressos cadastrados (Tabela 2). Do total de egressos, 505 (27%) apresentam pelo menos uma especialização cadastrada no CFO.

Tabela 2: Unidade Federativa de atuação dos egressos segundo o tipo de inscrição no CFO

UF	Principal	Secundária*	Transferência
AL	-	-	1
AM	-	-	3
BA	4	3	5
CE	1	-	3
DF	2	3	6
ES	-	1	2
GO	4	1	5
MA	-	-	1
MG	1	2	11
MT	5	-	3
PA	-	-	1
PE	-	1	1
PI	1	-	-
PR	1	5	8
RJ	2	1	6
RO	1	1	3
RN	-	-	4
RS	1	-	6
SC	2	1	12
SE	-	1	1
SP	1719	-	18
TO	-	-	3
Total	1744	20	103

* Os egressos com inscrição secundária (20) também apresentam inscrição principal, portanto são contabilizados apenas uma vez, o que totaliza 1847 egressos.

Em relação ao fluxo migratório dos egressos, considerou-se o local de nascimento e o local de atuação, já que todos se graduaram na FOUSP/São Paulo - SP (Tabela 3).

Tabela 3: Local de nascimento e atuação dos egressos

Variáveis	Categorias	*n*	(%)
1) Nasceu no estado de São Paulo?	Sim	1661	88,9%
	Não	186	10,1%
2) Local de nascimento	Capital	1043	59,7%
	Interior	618	38,6%
	Exterior	15	0,8%
	Não informado	16	0,9%
3) Atua no Estado de São Paulo?	Sim	1737	94,0%
	Não	110	5,9%
4) Local de atuação	Capital	1160	62,8%
	Interior	670	36,2%
	Não informado	17	1,0%

Fonte: Elaboração própria com dados do CFO.

A Tabela 4 apresenta a distribuição do número e proporção (%) dos cirurgiões-dentistas formados pela FOUSP no período de 2000 a 2013, de acordo com o local de nascimento e o local de atuação, sendo possível observar através do teste de associação pelo χ^2 que o fato de ter nascido ou não em São Paulo apresentou uma diferença estatisticamente significante com o fato de atuar ou não fora de São Paulo. Quase a totalidade dos cirurgiões-dentistas nascidos em São Paulo, atuam em São Paulo (99,4%), enquanto que aqueles que não nasceram em São Paulo, 89,0% atuam em São Paulo (p<0,0000).

Os dados obtidos também evidenciaram que 56,25% (9) dos cirurgiões-dentistas que nasceram fora de São Paulo e atuam fora de São Paulo, atuam no estado onde nasceram.

Tabela - 4 Distribuição do número e proporção (%) dos cirurgiões-dentistas formados pela FOUSP no período de 2000 até 2013, de acordo com o local de nascimento e o local de atuação

Variável	Categorias	Atua em SP		Atua fora de SP		Total	p do χ^2
		n.	%	n.	%		
Nasceu em São Paulo	Sim	1570	99,4	9	0,6	100,0	<0,0000
	Não	130	89,0	16	11,0	100,0	

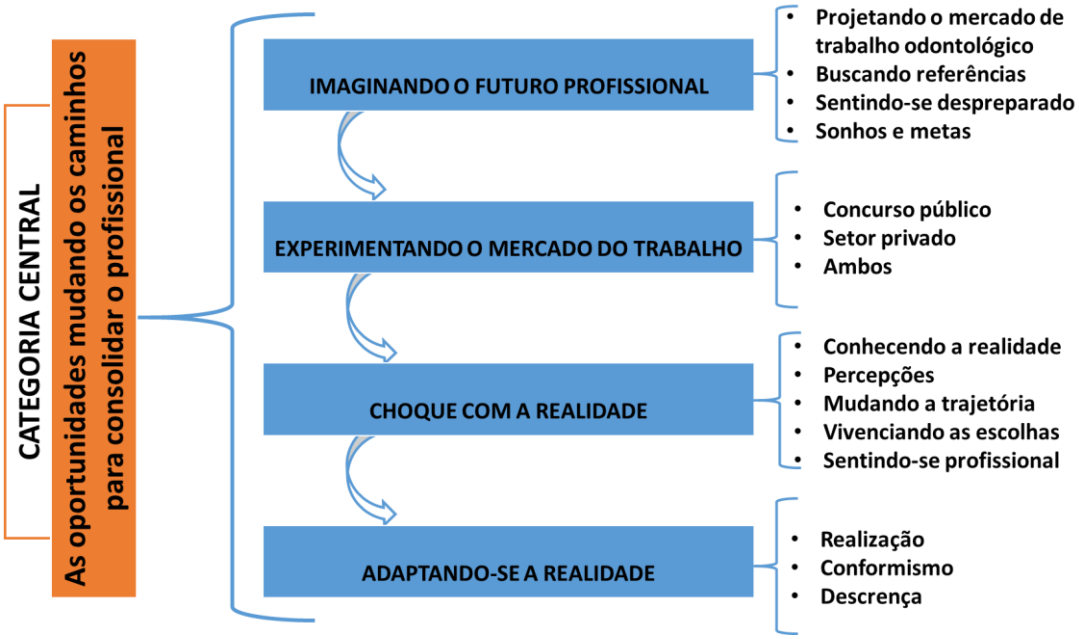
p: Nível descritivo do teste de associação pelo x^2

A partir das análises dos locais de atuação dos egressos buscou-se entrevistar dentistas que experimentaram a migração e a atuação no interior do país durante sua trajetória profissional. Essa migração dos egressos incluiu: nascer na capital (CSP) e atuar no interior do estado (ISP), nascer e atuar no interior do estado (ISP), nascer na

capital do estado (CSP) e atuar no interior de outro estado (IOE) brasileiro, nascer e atuar no interior de outro estado brasileiro (IOE). Essas possibilidades de atuação integraram o grupo que representa a amostragem teórica desse estudo.

As experiências de vida de um profissional, apresentam peculiaridades, que não podem ser generalizadas, mesmo porque, cada indivíduo carrega consigo bagagens únicas de sua trajetória. No entanto, a partir de observações de contextos comuns pode-se delinear conexões e inter-relações existentes dos fatos apresentados. O processo de análise comparativa constante, a partir dos códigos e subsequentes categorias, podem gerar conhecimentos que aumentam a compreensão do fenômeno estudado, além de proporcionar um guia significativo para a ação[34,35]. A partir dos relatos dos dentistas foi construído um modelo teórico que reúne as categorias: *imaginando o futuro profissional, experimentando o mercado de trabalho, choque com a realidade e adaptando-se a realidade*, a integração dessas categorias apontaram para a categoria central denominada "As oportunidades mudando os caminhos para consolidar o profissional" que possibilita compreender as motivações relacionadas a migração dos dentistas no Brasil (Figura 1).

Figura 1: Modelo teórico: As oportunidades mudando os caminhos para consolidar o profissional



Categoria: Imaginando o futuro profissional

Os dentistas relataram que o ingresso no curso de odontologia é motivado por inúmeros fatores, e nessa fase, os estudantes apresentam sonhos e metas para seu futuro profissional.

“Sempre foquei na saúde pública...antes mesmo de me formar passei em um concurso em Fernandópolis, mas não pude ir...

“*Eu usei aparelho ... daí depois você faz aquela fantasia né? O dentista atendendo um atrás do outro... você fala o cara é rico, milionário e trabalha pouco, só aperta borrachinha*”

Durante a graduação, as experiências dos professores e da rotina curricular, começam a construir o perfil do profissional, somado, sem dúvida, as suas histórias de vida. Essas vivências indicam algumas possibilidades de atuação futura e fazem com que o estudante comece a projetar o mercado de trabalho odontológico e ponderar seus desejos e ambições para essa realidade.

“Na faculdade, o departamento da social, tem alguns projetos sociais, ... agente ia fazer trabalho voluntario ... e partir dali agente acabou tendo contato com esse trabalho, fora do consultório ... o que acaba sendo o foco da nossa formação”.

“De repente passou o primeiro ano, aquela turma desanimada! Eu voltei um dia para minha cidade...cheguei para minha mãe e falei: mãe estou saindo da faculdade. ”

“Mas os professores sempre falavam que falta um pouco mais de saúde pública dentro da universidade, que agente é formado para consultório particular...no setor público da minha turma acho que tem eu e mais 1...de 80 alunos da minha turma.

“Eu acho que muitas das escolhas que eu fiz, foi em cima da formação que tive aí...

A fase de iniciar a vida profissional, foi apontada pelos egressos, como um período de inseguranças e de sentimentos de despreparo para encarar o mundo do trabalho.

“...fazer odontologia é melhor quando tem gente perto ... tinha menos habilidade, e eles conseguiam treinar...tirar dúvidas com os pais...”

“Quando a gente se forma, a gente não sabe muita coisa, eu comecei a fazer vários aperfeiçoamentos...fiz cirurgia...”

“Na faculdade, ninguém dá umas dicas boas, eu comecei a perceber que o negócio é difícil, bem difícil...aí algumas pessoas ao redor começavam a falar “ahh! Concurso público”.

Categoria: Experimentando o mercado de trabalho

O recém graduado está motivado, busca uma rápida inserção no mercado de trabalho, nessa fase os dentistas relataram que as experiências vividas durante a graduação influenciaram as escolhas. Buscavam conciliar desejos pessoais e profissionais, se permitiram ousar e experimentar as diferentes possibilidades de atuação. Se depararam com as necessidades financeiras e começaram a compreender o mercado de trabalho, muito levados pelas oportunidades que iam surgindo, as escolhas entre o público e privado. As falas dos egressos mostram que nesse momento, certamente, as metas e os sonhos são importantes, mas as oportunidades não podiam ser desperdiçadas.

"Pensava terminar a faculdade e vir embora, mas eu fiquei mais tempo do que eu esperava, fiquei mais cinco anos... foram as circunstâncias que foram levando a ficar mais tempo, as oportunidades"

"Meu objetivo? "Claro que era ter um consultório particular".

"Fiquei estudando, meio ano, eu prestei um monte (de concurso público) ...fui pra Santa Catarina, Sergipe, Goiânia, Recife... me aventurei um pouco ... aí que eu entendi um pouco da vida, sair um pouco, abri minha cabeça, eu vi como é a realidade nacional. Fui prestar a prova, mas quando eu cheguei lá, pensei bem, não, a vida não vai ser essa não né? Muito sofrida! Daí passei em Santa Catarina, então eu podia optar entre as duas... Claro que eu vou optar pelo Sul, se fosse para lá eu ajudaria as pessoas, mas a gente tem que pensar na gente, qualidade de vida. Lá no interior de Sergipe é a pobreza, dificuldade social ... ia ficar isolado, é longe de casa também"

"Cogitava muito para minha mãe: se eu não encontrar campo aqui (na minha cidade natal), eu acho um consultório lá em São Paulo, vou embora! "

"Eu não tinha planos de voltar para o interior, só voltei mesmo por causa do concurso…Prestei em salvador também...e eu iria, porque eu procurei essa área pela segurança. Hoje o mercado é muito competitivo, então o concurso é mais seguro (salário, 13º, estabilidade, quando fica doente…e também por que sempre gostei da parte de cuidar das pessoas que precisam). "

Categoria: Choque com a realidade

A partir das oportunidades impostas, os dentistas se mostraram na tentativa de compreender as barreiras e as fortalezas da profissão, bem como do mercado odontológico. Nessa fase, observou-se um choque com a realidade, importante destacar que esse "choque" não foi caracterizado por uma circunstância positiva ou negativa, apenas como uma maneira de se deparar com algo desconhecido. Geraram percepções próprias sobre o mercado e sobre sua carreira profissional. Esse

amadurecimento permitiu que os dentistas tivessem mais controle sobre sua trajetória e começassem a viver suas escolhas e sentir-se profissional.

"As condições da população não são nem de perto o que a gente tem no centro sul do país ... o meu foco é um atendimento de alto nível, então eu tenho clientes que são de classes A e B apenas, portanto, a gente tem uma parcela de mercado pequena para trabalhar, os serviços privados ficam muito restritos, ou se trabalha com uma característica de clínica popular para poder alcançar essas outras classes C, D e E".

"Quando eu estava em São Paulo...agente tomava ciência muito mais cedo, até antes de serem publicados os artigos, algumas técnicas clínicas. Quando eu cheguei aqui e ia passar para algum colega dentista que dava para fazer isso e aquilo, ele falava que eu era louco... (risos) ...então, me senti numa defasagem ...e eu não sei se por isso eu não procurei algum curso aqui, sempre que eu vou fazer um curso eu vou à São Paulo..."

"Quando eu voltei para Recife eu voltei por duas coisas, uma era para voltar para minha cidade natal, perto da minha família e outra para viver. Aqui a gente não vive só trabalhando né? Se a gente ganhar mais joia, senão fazer o que, né? A gente fica em casa se não tiver dinheiro para gastar"

"Lá (interior) não tem violência... cidade grande e cidade pequena tem muita diferença, lá a gente é respeitado, ... aqui a gente não é nada! "

"... Nesses sete anos trabalhando em PSF.... fui coordenadora ´de saúde bucal' por 5 anos, só que eu estou para concluir a especialização em ortodontia, aí pretendo desvincular um pouco... e até meados da metade do ano que vem eu pretendo ficar só com a parte do consultório mesmo".

"Quando a gente se forma as pessoas não conhecem seu trabalho, você não tem nome, você tem que ir provando aos poucos…Agora eu já não tenho mais medo da concorrência. "

Categoria: Adaptando-se a realidade

Os relatos apontam que após um período de atuação no mercado de trabalho o reconhecimento e a auto avaliação das conquistas e do percurso profissional gera, por vezes, sentimentos de realização, conformismo e descrença da realidade ou de um futuro diferente. As falas e percepções indicam que os dentistas sentem dificuldade em compreender a realidade, apresentam restrições quanto a posição da odontologia no mercado, sentem-se desvalorizados dentro da área da saúde, tanto no setor público quanto no privado, entretanto reconhecem e valorizam sua atuação.

"*Lá no posto eu fico feliz por que eu ajudo as pessoas e ainda recebe né! "*

"Sempre quando eu vejo os novos chegando, eu vejo que eu era como eles, os novos que chegam são empolgados, são felizes não têm nenhum problema, né, então é isso aí, a gente chega feliz no trabalho, aí aos poucos a gente vai pegando como é um funcionário público... não precisa exagerar tanto assim... não precisa exagerar tanto... Não precisa chegar uma

pessoa e já vai atender, agendamento, vamos com calma, não é só urgência, eu queria atender todo mundo né, por que estava motivado, eu não sabia como era..."

"Olha só, é.... eu já fui mais otimista, eu confesso para você que eu fui..., em questão de saúde pública, eu pensei que fosse mais fácil, mas hoje eu vejo que é difícil"

"Então... mais é difícil, você sabe como que é a formação do dentista, a gente é muito dente, dente, dente...isso é um problema do dentista, o dentista não vende saúde. "

"é gratificante o pessoal necessita mesmo, e é o que eu falo, os paciente sempre falam ah doutor, mas o senhor veio aqui, atendeu a gente tão bem e a gente não paga nada por isso....mas pelo contrário eles pagam imposto e isso é caro e a gente tem que tratar bem o paciente , a gente recebe bem por aquilo ali (querendo ou não) eu me sinto realizado...As dificuldades a gente tem que superar, principalmente no serviço público, se falta um material você arruma outro quem gosta supera essas dificuldades"

"Eu sou um defensor do SUS, sei que meu trabalho faz diferença para muita gente, consigo ter esse sentimento de realização... as pessoas falam que tem pouco dinheiro para a saúde, eu trabalho num município pobre e estou trabalhando com plenas condições, consigo fazer o que eu preciso, o que eu quero e tenho um salário digno, então falta gestão"

Categoria Central: "As oportunidades mudando os caminhos para consolidar o profissional"

A teoria central "As oportunidades mudando os caminhos para consolidar o profissional" representa a trajetória solitária e incerta da vida do dentista. A profissão mudou ao longo dos anos, incorporou diferentes possibilidades de atuação, mas o profissional, assim como o mercado, ainda não amadureceu e não se consolidou nesses novos tempos, vivenciamos no Brasil um momento de transição. A formação ainda apresenta uma raiz muito fortalecida no mercado privado, porém uma possibilidade que não abarca toda a demanda de dentista formado no país e nem tão pouco explora as diversas possibilidades de atuação do dentista. Sendo assim, é necessário rever a formação e incorporar as novas possibilidades de atuação da classe odontológico, como por exemplo, o serviço público, que ainda se apresenta desconhecido por uma parcela desses profissionais, embora os números indiquem um crescimento relevante, a odontologia ainda precisa se consolidar como área essencial da saúde e fortalecer as políticas nessa área. Observou-se que motivação à migração extrapola os limites geográficos, a busca por se consolidar como profissional, faz com que o dentista migre do privado para o público, do público para

o privado, dos grandes centros para o interior e vise versa, as oportunidades que são determinantes para traçar essas trajetórias dos dentistas no mercado de trabalho.

DISCUSSÃO

A temática central desse estudo, “distribuição geográfica de dentistas no Brasil”, foi analisada considerando distintas abordagens metodológicas, por meio da triangulação dos dados[36], o que possibilitou verificar diferentes vertentes relacionadas a essa problemática.

Inicialmente, a revisão da literatura permitiu verificar que existem poucas evidências científicas sobre a situação atual da distribuição geográfica dos dentistas no Brasil, os estudos apontam as consequências da má distribuição, mas poucos se debruçam sobre as causas e necessidades reais dessa força de trabalho nas diferentes regiões do território brasileiro. Esse fato, pode significar, que as pesquisas não estão produzindo evidências suficientes para fomentar a discussão, nem tão pouco subsidiando os formuladores de política sobre a temática da distribuição de dentistas. A análise situacional, que visa diagnosticar como o país se encontra, é fundamental para planejar as ações e sustentar a formulação de políticas públicas, à medida que a literatura aponta que essa análise deve incluir diferentes níveis. O nível macro, relacionado aos fatores políticos, econômicos e sociais; o nível meso, que incluem fatores do sistema de saúde do país e a disponibilidade de RHS, e por fim, o nível micro, que são relacionados ao monitoramento e avaliação, consulta aos “*steakholders”*, fontes de financiamento, entre outros[37]. O país precisa avançar nas investigações e ter mais clareza das necessidades loco regionais, incluindo nessa análise as diferentes facetas do mercado odontológico, ou seja, o setor público e o privado, o quadro epidemiológico da população e os determinantes do processo saúde doença. Outro aspecto verificado, foi o baixo envolvimento dos órgãos de classe e do Estado para avançarmos nessa discussão, apesar da ampla busca da literatura, não foi possível observar documentos que relatem movimentos consistentes e engajados na questão da distribuição de RH em Odontologia no Brasil, diferente da literatura internacional, que avançou em algumas medidas de intervenção visando resolver essa problemática[38,39.40,41,42.] No Brasil, historicamente a odontologia vem sendo moldada pelo livre mercado e essa situação contribui para o desequilíbrio geográfico dos dentistas[43,44]. A PNSB e o SUS, devem incluir em seus modelos de gestão, um

plano de carreira para os profissionais, visando romper com a precarização dos vínculos de trabalho e a rotatividade desses profissionais no serviço público[45,46]. Somado a esse fato, a dificuldade em estabelecer delimitações geográficas entre as áreas rurais, remotas e urbanas comprometem o planejamento das ações e acentuam a falta de serviços nos locais onde as necessidades de saúde são maiores, o que foi identificado como impasse à sustentabilidade do Brasil Sorridente[17,47].

Outra vertente analisada, foi a disponibilidade e distribuição dos dentistas, a partir dos dados quantitativos, verificou-se, que, em diferentes setores, houve um crescimento considerável do estoque de dentistas no Brasil, sejam, graduados, especialistas, mestres (acadêmicos e profissionais) e doutores. O país experimentou uma ampliação no número de profissionais, situação que modificou o mercado de trabalho em odontologia nos últimos anos. Nosso estudo não encontrou nenhuma publicação que abordasse a migração internacional de dentistas brasileiros, no entanto, esse tema é foco das discussões das agências internacionais[48] e pode ser uma possibilidade interessante para os dentistas brasileiros. Chama-se a atenção para o aumento do número de instituições privadas que ofertam curso de graduação em odontologia, e a maior representatividade delas em comparação as instituições públicas. Por consequência desse aumento, a maioria dos egressos brasileiros também são oriundos das instituições privadas de ensino.

Nos últimos anos, o ingresso em cursos superiores foi bastante estimulado, por meio de mecanismos diretos e indiretos de financiamento, vinculados ao governo Federal, entre eles, destaca-se o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES)[49] e o Programa Universidade para Todos (ProUni)[50]. No entanto, existe alguns alertas sobre essa expansão, indicando que as medidas implementadas, não serão suficientes para dar conta da demanda por RHS, pois são medidas excludentes e não apresentam mecanismos de regulação para reduzir os desequilíbrios geográficos da força de trabalho em saúde[51].

Quanto à distribuição geográfica dos dentistas, verificou-se relação deficiente entre a disponibilidade de profissionais e o nível de desenvolvimento econômico da região, acarretando em déficit no indicador de profissional em regiões com maior vulnerabilidade social e no interior do país. No entanto, a literatura aponta que essa relação deve ser interpretada com cautela, pois, é fundamental considerar também a produtividade dos profissionais e as necessidades de saúde da população[12], entretanto é razoável supor que para intervir nessa realidade e atrair e reter mão de

obra qualificada em saúde bucal serão necessárias medidas regulatórias por parte do Estado, que passam necessariamente pela formulação de políticas públicas[3].

Diante do quadro apresentado no Brasil, duas medidas de intervenção foram identificadas, o projeto Rondon e o PROVAB e foi possível verificar a necessidade de avaliações dos resultados para determinar os indicadores do impacto nas comunidades atendidas. Quanto ao PROVAB, sua incorporação ao programa Mais Médicos, certamente ampliou seu escopo de atuação na área médica, no entanto, essa mudança não considerou as outras áreas, tais como, a enfermagem e a odontologia, que continuam com o mesmo problema identificado no início do programa e essa falta de continuidade das ações pode agudizar ainda mais a problemática da escassez de profissionais nessas áreas. As estratégias que visam equilibrar a distribuição geográfica de profissionais da saúde devem articular diferentes intervenções, entre elas, educativas, regulatórias, de gestão e incentivos financeiros diretos e indiretos[52], além disso, devem abarcar diferentes áreas da saúde, uma vez que todos são responsáveis pela prestação dos serviços e pela integralidade do cuidado[53].

O caso da FOUSP- Abordagem quanti-quali

Após esse panorama nacional, da distribuição dos dentistas, esse estudo, aprofundou-se no caso da FOUSP, por entender que, acompanhar os egressos e identificar os perfis dos profissionais é uma forma eficiente de avaliar o processo de formação profissional e planejar possíveis adequações para essa formação54. Integrando a abordagem quanti-quali pôde-se fazer análises mais detalhadas da dinâmica da distribuição geográfica dos dentistas no mercado de trabalho brasileiro, uma vez que ouvimos o protagonista desse cenário: o dentista.

As entrevistas buscaram entender a trajetória dos profissionais, suas experiências de vida e permitiram compreender, interpretar e dialetizar com esse fenômeno, o que é desejado em uma análise[55].

A pesquisa qualitativa foi reveladora, as falas dos egressos romperam com algumas concepções prévias e explicaram em profundidade alguns pontos que não foram compreendidos na fase quantitativa, como por exemplo, a motivação para a migração. Foi possível observar que o processo de escolha, do local de atuação dos

dentistas é um fenômeno complexo, e os achados qualitativos ampliaram o escopo, já identificado na literatura, sobre os determinantes da distribuição geográfica, no sentido de especificar a realidade brasileira.

Estudos anteriores, apontam que os determinantes são influenciados por diversos fatores: pessoais, profissionais, culturais, organizacionais, econômicos e políticos e o reconhecimento desses determinantes é um passo fundamental para o país compreender a extensão do problema, possibilitando a orientação de escolhas de intervenções adequadas[53]. Nossos achados indicam, que no momento atual da odontologia brasileira, esses fatores já descritos na literatura certamente influenciaram os dentistas, observou-se, que o local de nascimento é um fator importante a ser considerado e que interfere nas escolhas, no entanto, a teoria central que emergiu de nossos estudos foram fundamentadas nas “oportunidades”, pois foram elas que fizeram os dentistas mudarem os caminhos e se estruturarem como profissionais, portanto, as oportunidades foram decisivas para as escolhas dos dentistas. No Brasil, essas oportunidades estão muito ligadas ao livre mercado e direcionadas para a dualidade público/privado[56].

Essa teoria central foi induzida pelas categorias que emergiram dos discursos dos entrevistados. Nas falas dos informantes pôde-se observar, na primeira categoria, denominada “imaginando o mundo do trabalho”, que ainda na graduação o imaginário do mundo do trabalho é muito pautado nas suas experiências anteriores, seus sonhos e metas são construídos a partir do que os estudantes projetam sobre o mercado de trabalho. Um sentimento de despreparo e insegurança parece estar muito presente neste momento da vida do dentista. Esse processo de incertezas é apontado na literatura como esperado e está relacionado ao momento de grande mudança pelo qual o futuro dentista deve passar, o ingresso no mundo do trabalho, a saída da faculdade, o enfrentamento da realidade sem apoio dos professores e colegas pode ser motivo de grande stress e frustração para alguns alunos[57].

Perante essa situação, surge a segunda categoria: “experimentando o mundo do trabalho”, na qual o dentista recém-formado começa a se inserir no mercado de trabalho de forma aleatória, meio caótica, sem planejamento, fazendo com que as circunstâncias orientem esses movimentos, que resultam na terceira categoria, “o choque com a realidade”, na qual foi possível observar que os dentistas estavam desbravando um mundo desconhecido, o mundo do trabalho. Sabe-se que a universidade deve orientar o futuro profissional para o mercado, apresentando a

diversas possibilidades de atuação[58,59]. A odontologia ampliou sua atuação, nos últimos anos verifica-se que os dentistas ocupam vagas de cargos de gestão, em empresas, como membro fundamental nas equipes de saúde bucal e saúde da família, no entanto a formação ainda se apresenta inclinada ao mercado privado e ao atendimento individualizado e autônomo, o que limita o horizonte desses dentistas[60]. Vale ressaltar que a graduação não dará conta de apresentar todas as possibilidades de atuação, mas deve mobilizar e desenvolver habilidades para que o egresso saiba enfrentar as barreiras da profissão, neste contexto, os estágios, inserindo o aluno no mundo do trabalho, livre dos ambientes simulados das clínicas e outros espaços universitários, pode dar aos alunos as ferramentas que minimizem o choque natural de grande mudança de vida[61].

Passada a fase de reconhecimento, o dentista atinge a etapa de adaptação a realidade imposta. Observamos que realização, conformismo e descrença permearam os sentimentos desse dentista que se via preso aos fatos e inseridos num dado contexto. Essas características foram decisivas para a carreira desse profissional e também para o processo de trabalho no qual esse profissional estava inserido, pois a motivação dos RHS é fundamental para o sucesso de um serviço[62].

Considerando essa trajetória profissional do dentista brasileiro, observa-se que a oportunidade, elemento chave de nossa teoria central, tem sido caracterizada pelo livre mercado e foi determinante para migração desses profissionais pelo território brasileiro, bem como para a atuação nos serviços público e privado. Diante desse cenário, de falta de regulação, é necessário que as políticas públicas levem em consideração esses fatores e gerem as oportunidades em benefício do profissional, do sistema de saúde e principalmente da sociedade, que sofre com os vazios sanitários.

O Brasil Sorridente é uma política exitosa, que ampliou o acesso e a cobertura de serviços de saúde bucal no sistema público brasileiro[63], entretanto não houve políticas específicas de regulação e que intervissem no processo de distribuição da força de trabalho em saúde bucal de forma decisiva e articulada para corrigir os vazios sanitários.

Para avançarmos, é necessária a criação de uma agenda com base nas demandas apontadas neste e em outros estudos, com medidas que visem a correção dos desequilíbrios geográficos dos dentistas, essas ações devem contemplar pacotes de incentivos para serem mais eficazes[64]. Deve-se planejar ações, e formular políticas

públicas capazes de gerar as oportunidades que regulem a distribuição dos dentistas pelo território, de modo que este movimento não fique apenas a mercê do mercado e dos interesses do capital. A literatura aponta que a regulação extrapola a aplicação de normas e regras e influencia a mudança desejada[65].

Conclui-se, portanto, que o Brasil apresenta estoque de força de trabalho em odontologia, porém enfrenta os resultados da falta de políticas de regulação de RHS, incluindo a odontologia, o que gera e acentua os vazios sanitários em algumas regiões do país. Com base na percepção e trajetória dos dentistas brasileiros, foi possível perceber que a consolidação profissional é resultado, fundamentalmente, das oportunidades que surgem aleatoriamente em sua carreira, e são essas oportunidades fatores determinantes para a distribuição desses dentistas pelo território.

REFERÊNCIAS

1 Nash D, Ruotoistenmäki J, Argentieri A, Barna S, Behbehani J, Berthold P, et al. Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. Eur J Dent Educ. 2008; 12 (SUPL. 1):111–9.

2 World Health Organization. Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention 2006.

3 Araújo E, Maeda A. How To Recruit and Retain Health Workers in rural and Remote Areas in Developing Countries: a guidance note. 2013.

4 Almeida G, Sarti FM, Ferreira FF, Diaz MDM, Campino ACC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008. Rev Panam salud pública [Internet]. 2013; 33(2):90–7. [cited 2016 Out 18] Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23525338

5 Dal Poz RM. A crise da força de trabalho em saúde. Cad Saude Publica. 2013; 3(10):1924–6.

6 Sousa A, Dal Poz MR, Carvalho CL. Monitoring inequalities in the health workforce: the case study of Brazil 1991-2005. PLoS One. United States; 2012; 7(3):e33399.

7 Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saude Publica [Internet]. 2010; 44 (2): 360–5.[Acesso 10 Out. 2015]Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp\npid=S0034-89102010000200018&amp\nlng=en&amp\nnrm=iso&amp\ntlng=en\ntlng=pt

8 Crowe S, Cresswell K, Robertson A, Huby G, Avery A, Sheikh A. The case study approach. BMC Med Res Methodol [Internet]. 2011; 11(1):100. [cited 2016 Nov 18] Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/100

9 Creswell JW. Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 4th ed. SAGE Publications, editor. 2014. 342 p.

10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostragem de domicílios. 2010; Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad20 08/

11 Conselho Federal de Odontologia. Dados Estatísticos [Internet]. 2016 [citado em Feb 2016]. Disponível em: http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/

12 Dussault G, Franceschini MC. Human Resources for Health Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Human Resour Health. 2006 May 27; 4:12.

13 Tarozzi M. O Que é a Grounded Theory?. Editora Vozes. Petrópolis; 2011. 192 p.

14 Mello TR, Antunes JL.. Prevalência de cárie dentária em escolares da região rural de Itapetininga , São Paulo , Brasil. 2004; 20(3):829–35.

Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Pontes DG, Salino AV, Rebelo MAB. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. Cad saude pública [Internet]. 2009;25(8):1827–38. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19649424

15 Dumont AFS, Salla JT, Vilela MBL, Morais PC, Lucas SD. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. Cien Saude Colet [Internet]. 2008; 13(3):1017–22. [cited 2016 Set 18] Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300024&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

16 Soares CLM, Paim JS. Critical issues for implementing oral health policy in the city of Salvador, Bahia State, Brazil. Cad Saude Publica [Internet]. 2011; 27(5): 966–74.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

17 Saliba NA, Moimaz SAS, Garbin CAS, Diniz DG. Dentistry in Brazil: its history and current trends. J Dent Educ. 2009; 73(2):225–31.

18 Campos FE de, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulg em Saúde para Debate. 2009; 44 (maio): 13–24.

19 Lucietto DA, Filho AA, Oliveira SP. Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre. 2008; 49 (3): 28–35.

20 Conselho Federal de Odontologia. A Interiorização do cirurgião-dentista. Edição nº 98, 2011; Disponível em: http://cfo.org.br/jornal/jornal-anteriores/edicao-n%C2%BA-98/

21 Albuquerque L. Falta de dentistas na rede pública do país dificulta consultas. Bom dia Brasil. 11 de outubro de 2016. Disponível em: http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/10/falta-de-dentistas-na-rede- publica-do-pais-dificulta-consultas.html Acesso em 11/10/2016.

22 Maria Celeste Morita, Ana Estela Haddad, Maria Ercilia de Araujo. Perfil atual e tendências dos cirurgiões dentistas brasileiros. 1ª ed. Maringá: Dental Press; 2010. 98 p.

23 Pierantoni CR. Fortalecimento da Capacidade de Planejamento de Recursos Humanos para Sistemas Nacionais de Saúde Relatório Final. 2013.

24 Instituto Brasileiro da Geografia e Estatística (IBGE). Projeto regiões rurais, 2015. Relatório técnico.2015.

25 Bacelar T. Entrevista com Tânia Bacelar: População rural do Brasil é maior que a apurada pelo IBGE, diz pesquisa, por Aline leal. Disponível em: http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-03/pesquisa-diz-que- populacao-rural-do-brasil-e-maior-que-apurada-pelo-ibge

26 Observa RH IMS/UERJ. Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde - SIGRAS. [Internet]. 2014. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/sigras/home.php

27 Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. [Internet]. Rio de Janeiro; 2012. Available from: http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro-sintese.pdf.

28 Observa RH IMS/UERJ. Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde - SIGRAS. [Internet]. 2016. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/sigras/home.php

29 Arouca R, Alves LC. Censo Demográfico da Força de Trabalho nas Especialidades Odontológicas: Brasil, 2010..

30 GEOCAPES. Sistema de Informações Georreferenciadas. 2016; [Acesso em 10 Jun 2016] Disponível em: http://geocapes.capes.gov.br/geocapes2/

31 Projeto Rondon. 2016;]Acesso em 02 Nov 2016] Disponível em: http://www.projetorondon.defesa.gov.br/portal/

32 Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica PROVAB.[Acesso em 20 Out 2016] Disponível em: http://provab.saude.gov.br/

33 Dantas CDC, Leite JL, Lima SBS De, Stipp MAC. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2009;17(4):[S.l]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae\nArtigo

34 Charmaz K. A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa. Artmed, editor. Porto Alegre; 2009.

35 Santos TS dos. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. Sociologias [Internet]. 2009; (22):120–56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222009000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

36 Liu X, Dou L, Zhang H, Sun Y, Yuan B. Analysis of context factors in compulsory and incentive strategies for improving attraction and retention of health workers in rural and remote areas: a systematic review. Hum Resour Health [Internet]. Human Resources for Health; 2015; 13(61):8. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1186/s12960-015-0059-6

37 Skinner JC, Massey WL, Burton MA. Rural oral health workforce issues in NSW and the Charles Sturt University Dentistry Program. N S W Public Health Bull. 2009; 20(3–4): 56–8.

38 Wiwanitkit V. Mandatory rural service for health care workers in Thailand. Rural Remote Health. 2011; 11(1):1–9.

39 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; 17(4):229–35.

40 Lalloo R, Evans JL, Johnson NW. Dental care provision by students on a remote rural clinical placement. Aust N Z J Public Health. 2013; 37(1):47–51.

42. 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 [Internet]. Human Resources for Health; 2014; 12 (14):1–13.Disponível em:http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3975958&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

43 BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar. 2009; 139.

44 Reis WG, Scherer MDDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. Saúde em Debate [Internet].2015;39 (104):56–64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100056&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

45 Nogueira RP. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS 1. 2003; 1–14.

46 Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMDFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Cien Saude Colet. 2010; 15:1521–31.

47 Travassos C, Oliveira EXG De, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Cien Saude Colet. 2006; 11(4):975–86.

48 Balasubramanian M, Brennan DS, Spencer AJ, Short SD. The international migration of dentists: directions for research and policy. Community Dent Oral Epidemiol [Internet]. 2016 Aug [cited 2016 Nov 18]; 44(4):301–12. Disponível em: http://doi.wiley.com/10.1111/cdoe.12223

49 Brasil. Ministério da Educação. Fundo de Financiamento Estudantil [Internet]. [Acesso em 26 Out 2016] Disponível em: http://sisfiesportal.mec.gov.br/

50 Brasil. Ministério da Educação. Programa Universidade Para Todos. 2016; [Acesso em 10 Out 2016] Disponível em: http://siteprouni.mec.gov.br/

51 Roberto M, Poz D, Helena M, Couto C, Helena M, Couto C. Inovação , desenvolvimento e financiamento das instituições de ensino superior em saúde. Cad. Saúde Pública 2016 32 (Sup); 1–14.

52 Oliveira CM, Cruz MM da, Kanso S, Reis AC, Lima A, Torres RMC, et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. Cien Saude Colet [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2015 Oct [cited 2016 Nov 18]; 20(10): 2999–3010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001002999&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

53 World Health Organization WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Sci York [Internet]. 2010; 23 (February): 3–69. [Acesso em 12 Jan 2016] Disponível em: http://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf

54 Nunes MF, Silva ET, Santos LB, Queiroz MG, Leles CR. Profiling alumni of a Brazilian public dental school. Hum Resour Health [Internet]. 2010; 8:20. [Acesso em 20 Out 2016] Disponível em: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2933588&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

55 Minayo MCDS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cien Saude Colet. 2012; 17(3):621–6.

56 Gomes D, Ramos FRS. O profissional da odontologia pós- reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. Saúde e Soc [Internet].2015;24(1):285–97.Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100285&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

57 Gallagher J, Clarke W, Wilson N. Understanding the motivation: a qualitative study of dental students' choice of professional career. Eur J Dent Educ [Internet]. Blackwell Publishing Ltd; 2008 May [cited 2016 Nov 18];12(2):89– 98.Disponível em: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0579.2008.00506.x

58 Isabel A, Scavuzzi F, Vinícius C, Gouveia D De, Carcereri DL, Bauer E. Revisão das Diretrizes da ABENO para a definição do Estágio Supervisionado Curricular nos cursos de Odontologia. Rev ABENO. 2015; 15(3):109–13.

59 Kuokkanen L, Leino-Kilpi H, Numminen O, Isoaho H, Flinkman M, Meretoja R. Newly graduated nurses' empowerment regarding professional competence and other work-related factors. BMC Nurs [Internet]. 2016 Dec 24 [cited 2016 Nov 19]; 15(1):22.: Disponível em http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0143-9

60 Freire M do CM, Jordao LMR, de Paula Ferreira N, de Fatima Nunes M, Queiroz MG, Leles CR. Motivation towards career choice of Brazilian freshman students in a fifteen-year period. J Dent Educ [Internet]. 2011 Jan [cited 2016 Nov 18];75(1):115–21.Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205736

61 Claros M. Perfil dos egressos do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes - Brasil Profile of dental school graduates from the state. 2007; 43:131–6.

62 Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Policy & practice Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bull World Heal Organ [Internet]. 2013; 91:853–63. Available from: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118729

63 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; 94(10):1333–7.

64 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 (New York) [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2015; 119(12):1517–28. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.003

65 Oliveira R, Elias P. Os conceitos de regulação em saúde no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 18]; 46(3):571–6. Disponível em: www.scielo.br/rsp

5.3 CAPÍTULO 3- MEDIDAS REGULATÓRIAS DA EXPANSÃO E CONTRATAÇÃO DE DENTISTAS: UMA AGENDA PRIORITÁRIA PARA O FORTALECIMENTO DO BRASIL SORRIDENTE

RESUMO

A regulação da distribuição profissional é um problema mundial e a busca por soluções e políticas capazes de interferir neste processo têm sido discutidas em vários países ao redor do mundo. A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), implementada em 2004, organiza a rede de saúde bucal de acordo com os preceitos da Estratégia Saúde da Família. Este artigo objetiva i) descrever e analisar as condições de trabalho de dentistas no SUS ii) identificar e analisar as relações de trabalho dos dentistas com o serviço iii) caracterizar as vagas em concurso público, suas atribuições e remunerações. Neste estudo de caso consultamos diversas fontes de coleta de dados. Os postos de trabalho em Odontologia e os dentistas vinculado ao SUS aumentaram em todo território após 2004. As relações de trabalho desses profissionais apresentaram variações importantes, principalmente no que se refere aos agentes contratantes (público e privado) e remuneração. Conclui-se que, medidas regulatórias dos contratos de trabalho e apoio às gestões locais devem entrar na agenda das ações prioritárias da política Brasil Sorridente nos próximos anos, afim de garantir capacidade de resposta dos sistemas de saúde.

ABSTRACT

The professional distribution regulation is a worldwide problem and the search for solutions and policies capable of interfering in this process have been discussed in several countries around the world. The National Oral Health Policy, known as Smiling Brazil (Brasil Sorridente), launched in 2004 organizes the oral health care network based on the precepts of the National Family Health Policy. The aim of this research is: i) describe and analyze the expansion of dentist provision in SUS ii) Identify and analyze the working relationships of dentist with the service iii) characterize vacancies in the public tender, their attributions and remunerations. The paper was based and

written after an extensive searching in several database. After 2004, the dentistry jobs and the dentists linked to SUS increased throughout the national territory. The work relationship of these professionals showed significant variations, especially regarding the contractors (public or private) and remuneration rates. The regulatory measures of labor contracts and the support of local administrations should be included in the agenda of the Brazil Smiling policy as a priority action, in order to ensure an effective response capability of health systems.

INTRODUÇÃO

A má distribuição geográfica dos profissionais de saúde é um problema global que afeta inúmeros países[1], entre eles o Brasil[2] e corrigir essas distorções certamente contribuirá para melhorar a cobertura dos serviços de saúde. Estudiosos sobre o tema apontam que para alcançar os objetivos em saúde é necessário, uma força de trabalho em número suficiente, com profissionais de diferentes áreas competentes, motivados e alocados adequadamente nas diversas regiões geográficas. Além disso, destacam a importância de políticas explícitas voltadas para o desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde (RHS)[3]. Agências internacionais de saúde fomentam discussões nessa área, e em 2013 o Brasil sediou a terceira edição do Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Health Alliance Global Workforce. O fórum resultou em um relatório que reforçou a necessidade do compromisso político para a valorização dos RHS nas agendas de saúde pós-2015. Esse relatório motivou a realização desse estudo ao indicar que o governo deve elaborar mecanismos reguladores para assegurar a capacidade de resposta do sistema de saúde[4].

No Brasil, o programa “Mais Médicos” foi responsável por trazer para o centro das discussões políticas o problema da escassez ou ausência de profissionais de saúde em algumas regiões do país[5]. O Sistema Único de Saúde (SUS) impõe que o cuidado em saúde seja oferecido de forma integral, e para tanto faz-se necessária a articulação dos serviços com vistas a responder às demandas de promoção, prevenção, cura e reabilitação da população.

Neste contexto, por reconhecer a Saúde Bucal como parte integrante e essencial para a saúde geral e para a qualidade de vida da população,[6] em 2004 o

Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada “Brasil Sorridente”, que além de fortalecer a atenção primária, por meio das Equipes de Saúde Bucal (eSB) vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), constituiu uma rede de atenção à saúde bucal que foi responsável pela expansão no território nacional dos postos de dentistas no SUS. No entanto, verifica-se que, assim como na medicina, a odontologia também apresenta vazios sanitários resultantes da má distribuição dos dentistas[7]. Considerando essa realidade imposta no Brasil e o quadro conceitual existente sobre os fatores que influenciam a distribuição dos RHS,[8] este artigo tem como objetivos i) descrever e analisar a expansão do provimento de dentistas no SUS ii) identificar e analisar as relações de trabalho dos dentistas com o serviço iii) caracterizar as vagas em concurso público, no que se refere aos requisitos, atribuições e remuneração.

METODOLOGIA

Este é um estudo de caso brasileiro que integra um conjunto de pesquisas sobre regulação de RHS desenvolvido pelo Observatório de Recursos Humanos em Odontologia (OBSERVARHODONTO) do Brasil e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova Lisboa, Lisboa – Portugal. Foi utilizado a triangulação de diferentes fontes de dados a fim de validar os resultados. A expansão do provimento de dentistas no SUS foi analisada por meio do histórico de implantação das eSB e o número de dentistas com vínculo no SUS a partir de dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica – DAB. Após essa fase selecionamos um dos componentes da rede do Brasil Sorridente, os Centros de especialidades Odontológicas (CEO), foi selecionado para analisar as relações de trabalho dos dentistas com o serviço. Esses dados foram colhidos durante a fase de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Por fim, foi realizada uma pesquisa documental em editais de concursos públicos. O banco disponibilizado para pesquisa continha editais de diferentes vagas abertas no país no período de 2006 a 2015. Foram selecionados apenas os editais que contemplassem vagas para dentista com cargos em prefeituras dos municípios brasileiros. Esses dados foram organizados no programa SPSS e um sorteio por reposição de amostra selecionou cinco editais por estado de modo a contemplar as cinco regiões brasileiras (Centro-Oeste, Nordeste,

Norte, Sudeste e Sul). Os editais foram lidos na íntegra e as informações relevantes para o estudo foram analisadas nesse mesmo programa.

RESULTADOS

Apresentaremos uma síntese dos principais achados em três seções: 1) Expansão do provimento de dentistas no SUS; 2) Relações de trabalho dos dentistas com o serviço; 3) Caracterização dos editais de concursos públicos para dentistas no SUS.

1) Expansão do provimento de dentistas no SUS

Cerca de 48% dos dentistas cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Brasil realizam atendimento no SUS (Tabela 1) e a implementação do Brasil Sorridente foi impulsionador desse número. Em apenas 13 anos observou-se um aumento de 49% dos municípios com eSB implantadas. No fim de 2015, cerca de 90% dos municípios brasileiros apresentam eSB, sendo 22.227 eSB nas modalidades 1 (dentista e auxiliar de saúde bucal) e 2.240 eSB na modalidade 2 (dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal) (Tabela 2).

Tabela 1: Número de dentistas cadastrados no CNES.

Região	Dentistas cadastrados no CNES		
	Total	Atende no SUS	Não atende no SUS
Centro-Oeste	10.790	4.556 (42%)	6.234 (58%)
Nordeste	24.785	16.490 (67%)	8.295 (33%)
Norte	6.454	3.930 (61%)	2.524 (39%)
Sudeste	58.231	24.823 (43%)	33.408 (57%)
Sul	21.358	8.441 (40%)	12.917 (60%)
TOTAL	121.618	58.240 (48%)	63.378 (52%)

Fonte: Elaboração própria com dados do Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. Dez, 2015[9]

Tabela 2: Histórico de implantação das Equipes de Saúde Bucal na atenção primária nos municípios brasileiros

Ano	Nº de Municípios com eSB	Modalidade I	Modalidade II
2002	2.302	3.819	442
2003	2.787	5.631	539
2004	3.184	8.234	717
2005	3.897	11.717	886
2006	4.285	14.019	1.067
2007	4.294	14.563	1.131
2008	4.597	16.423	1.384
2009	4.717	17.465	1.517
2010	4.830	18.731	1.693
2011	4.883	19.492	1.933
2012	4.901	20.155	2.048
2013	4.971	21.016	2.134
2014	5.018	22.066	2.257
2015	5.014	22.227	2.240

Fonte: Elaboração própria com dados do Departamento de Atenção Básica, dez 2015[10]

As regiões do Norte e do Nordeste apresentam a maioria dos dentistas cadastrados no CNES com vínculo no SUS enquanto que as regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul prevalecem no setor privado, esses dados mostram que o mercado de trabalho odontológico vem se modificando e deixando de ser caracterizado apenas em um setor, mas sim em um *mix* público-privado[11].

2) Relações de trabalho dos dentistas com o serviço

Dentre os determinantes que influenciam as decisões dos profissionais de saúde em relação ao local de atuação, destacam-se: os pessoais, profissionais, organizacionais, econômicos, políticos e culturais[12]. Sendo assim os incentivos financeiros não podem ser vistos como a única forma de motivar o recrutamento e retenção[13], intervenções desenvolvidas em diferentes setores, tais como educação, saúde e emprego, têm apresentado maior impacto em relação a intervenções estanques[14]. Nessa perspectiva a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), um órgão ligado ao Ministério da Saúde instituiu a política de

Gestão do Trabalho em Saúde, que valoriza a o trabalhador para a efetividade e eficiência do SUS garantindo os requisitos básicos para o serviço. Entre os requisitos estão: Plano de Carreira, Cargos e Salários e os vínculos de trabalho com proteção social.

No SUS as formas de contratação de recursos humanos sofreram algumas modificações ao longo dos anos. A Constituição Federal de 1988, institui-se o Regime Jurídico Único (RJU), ou seja, o vínculo estatutário, no qual a forma de ingresso seria unicamente por meio de concurso público. No entanto, em 1998, a emenda Constitucional ampliou as formas de contratação de pessoal. Atualmente os contratos também podem ser de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) além de permitir o intermédio de organizações para terceirizar a contratação de RHS (Pública ou Privada)[15].

Em 2011 foi lançado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e em 2013 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade o dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO)[16] sendo que o último possibilitou identificar o vínculo dos dentistas com o serviço, o que determinou a escolha desse componente da rede Brasil Sorridente para esse estudo. Os CEOs são responsáveis pelo atendimento no nível secundário no SUS a partir da continuidade do trabalho realizado pela eSB da atenção primária. Atualmente o Brasil Sorridente conta com 1034 CEOs, sendo que 930 participaram do PMAQ-CEO (62 no Centro-Oeste, 355 no Nordeste, 59 no Norte, 337 no Sudeste e 117 no Sul). A implantação dos CEOs também foi responsável por uma grande expansão dos postos de trabalho para dentista no SUS e os dados revelam que o principal mecanismo de ingresso no CEO foi o concurso público, porém cerca de 33% não foram por essa via (Tabela 3).

Tabela 3: Mecanismo de ingresso dos dentistas nos CEO.

Região	Mecanismo de Ingresso no CEO		
	Concurso Público	Outros	Total
Centro-Oeste	431 (70%)	186 (30%)	617
Nordeste	1202 (44%)	1510 (56%)	2712
Norte	411 (72%)	161 (28%)	572
Sudeste	2678 (81%)	622 (19%)	3300
Sul	791 (75%)	267 (25%)	1058
TOTAL	5513 (67%)	2746 (33%)	8259

Fonte: Elaboração própria com dados do PMAQ-CEO, 2015

Em relação ao agente contratante, observa-se que 20% dos dentistas analisados não são contratados a partir da administração direta, mas sim por meio de terceirizadas: Consórcio intermunicipal de direito público, Consórcio intermunicipal de direito privado, Fundação pública de direito público, Fundação pública de direito privado, Organização social (OS), Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP), Entidade filantrópica, Empresa, Cooperativa e outros que não foram apontados (tabela 4). Em relação a oportunidade de crescimento profissional, no total de CEOs, 307 (33%) apresentavam contratos com plano de carreira para os dentistas. No entanto, existiu variações em relação as regiões geográficas, sendo 50% dos CEOs do Centro Oeste, 15% do Nordeste, 41% da Norte, 40% da Nordeste e 21% da região Sul.

Tabela 4: Agente contratante dos dentistas nos CEOs

Região	Agente contratante dos dentistas nos CEOs		
	Administração Direta	Outros	Total
Centro-Oeste	516 (84%)	99 (16%)	615
Nordeste	1.930 (70%)	809 (30%)	2739
Norte	524 (94%)	34 (6%)	558
Sudeste	2.799 (86%)	454 (14%)	3253
Sul	780 (76%)	244 (24%)	1024
TOTAL	6.549 (80%)	1.640 (20%)	8.189

Fonte: Elaboração própria com dados do PMAQ-CEO, 2015

3) Caracterização dos editais de concursos públicos para dentistas no SUS. Requisitos e atribuições

Um total de 715 vagas destinadas a dentistas para compor o quadro das prefeituras de municípios brasileiros das cinco regiões geográficas foram analisadas. Essas vagas previam a atuação em diferentes programas no SUS (Tabela 5). Analisando as vagas e suas atribuições referente ao programa de atuação, verificou-se que a maioria dos editais não especificava o programa no qual o profissional seria alocado. Vagas destinadas a cadastro de reserva foram identificadas em 20 editais, no entanto destes apenas 07 não contemplavam nenhuma vaga para atuação imediata.

Tabela 5: Vagas oferecidas nos editais analisados de acordo com as cinco regiões brasileiras.

Região	Editais	Vagas	Vagas por nível de atenção - n (%)		
			Atenção primária	CEO	Não informado
Centro-Oeste	15	55 (8%)	8 (15%)	-	47 (85%)
Nordeste	45	201 (28%)	87 (43%)	45 (22%)	69 (34%)
Norte	35	186 (26%)	6 (3%)	-	180 (97%)
Sudeste	20	251 (35%)	139 (55%)	1 (0,3%)	111 (44%)
Sul	15	22 (3%)	7 (32%)	5 (23%)	10 (45%)
TOTAL	130	715	247 (35%)	51 (7%)	417 (58%)

Fonte: Elaboração própria com dados dos editais analisados.

Em relação as exigências para ocupação da vaga todas exigiam Curso Superior de Graduação em Odontologia e 102 (14%) das vagas exigiam curso de especialização para a ocupação dos cargos. Sendo importante destacar que embora os CEOs realizem atendimentos especializados não é requisito ser dentista especialista.

Nesse estudo buscou-se caracterizar algumas condições relevantes de contratação nos editais abertos nos diferentes municípios do país. Verificou-se que a maioria dos editais (45%) eram de prefeituras de municípios com populações entre 10.000 a 50.000 mil habitantes, 35% com população com até 10.000 e 20% com população maior que 50.000. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano

Municipal (IDHM) 98% dos editais pertenciam a municípios com IDHM considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD Brasil), ou seja, entre (0,500 a 0,799).

Remuneração

Os salários oferecidos nos editais foram organizados por região de acordo com o nível de atenção e a carga horária de trabalho da vaga (Tabela 6). A carga horária dos editais variou entre 10 a 40 horas/semanais, mas a grande maioria exigia 20 ou 40 horas/semanais. Como as referências salarias eram de um período de dez anos, fixamos a nossa analise a partir da razão do salário do edital com o salário mínimo brasileiro referente ao ano do concurso[17].

Tabela 6: Remuneração referente as características das vagas e a região*.

REGIÃO	Nível de Atenção e Carga Horária					
	Atenção Primária		CEO		Não informado	
	20h/s	40h/s	20h/s	40h/s	20h/s	40h/s
Centro-Oeste						
Mínimo	7,11	4,79	-	-	1,67	3,29
Máximo	7,11	5,78	-	-	5,40	8,56
Nordeste						
Mínimo	-	1,05	2,73	-	1,72	1,44
Máximo	-	8,95	2,73	-	2,23	6,45
Norte						
Mínimo	-	4,13	-	-	2,86	2,00
Máximo	-	7,06	-	-	3,42	6,45
Sudeste						
Mínimo	2,87	2,86	3,38	3,35	1,43	3,58
Máximo	2,87	12,67	3,38	3,35	4,10	4,45
Sul						
Mínimo	2,41	3,79	4,17	7,05	4,31	3,22
Máximo	3,37	5,63	4,17	7,05	4,84	11,51

*Os valores são referentes a razão do salário do edital (para os diferentes programas e cargas horárias) com o salário mínimo brasileiro referente ao ano do concurso segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE)[17].
Fonte: Elaboração própria com dados dos editais analisados.

DISCUSSÃO

Verificamos que em pouco mais de uma década, houve um aumento expressivo da disponibilidade de postos de trabalho e que aproximadamente metade da força de trabalho ocupada em odontologia apresenta vínculo com o SUS (Tabela 1). Esse aumento pode ser observado não apenas nos grandes centros, mas em todo o país, o que certamente vem colaborando para corrigir parte das iniquidades e reduzindo em alguma medida as desigualdades na utilização dos serviços[18]. Quanto as relações de trabalho nos CEOs, identificamos que 20% dos dentistas são contratados por modalidades de gerência que não são subordinadas à administração direta do Estado. Esse tema é bastante polêmico entre principais atores políticos do SUS, existindo opiniões contrárias e favoráveis[19]. Girardi (2003), aponta que identificar os agentes contratantes é fundamental para desenhar estratégias e instrumentos de gestão voltados aos RHS[20]. Existem evidências que diferenças de contratos entre os profissionais de um mesmo serviço, podem apresentar consequências negativas sobre o processo de trabalho da equipe[21]. Já nas análises dos editais, verificamos que, embora a contratação via concurso público proporcione estabilidade ao profissional, por não estar atrelado a possíveis mudanças políticas e garantir os direitos trabalhistas, os baixos salários encontrados em alguns editais, as variações de remuneração e de jornada de trabalho para desempenhar o mesmo cargo podem desestimular o profissional e comprometer as iniciativas do programa de desprecarização do trabalho no SUS[22]. A literatura aponta que para alcançarmos a cobertura universal em saúde é necessário disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da força de trabalho em saúde[2]. Com isso, faz-se igualmente necessário que além da disponibilidade dos profissionais, seja monitorado e avaliado todo o conjunto de intervenções que está sendo feito no setor saúde, de modo a identificar os resultados da estratégia implementada e possibilitar a investigação dos fatores contextuais que influenciam seu sucesso ou fracasso[23]. Nesse estudo, buscou-se abordar a expansão dos dentistas no SUS e analisá-las sob a ótica das relações de trabalho, por considerar que a estabilidade profissional é fundamental para motivar e melhorar o desempenho dos profissionais no setor saúde[24]. Com a descentralização da gestão, estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90[25] o município se tornou o grande empregador dos profissionais de saúde,

inclusive dos dentistas[26]. Atualmente, o país apresenta 5.570 municípios, sendo importante destacar que cada um apresenta realidades socioeconômicas diversas e muitas vezes precárias, colaborando para o Brasil ser um dos países mais desiguais do mundo[27]. Essa realidade brasileira, marcada pelas diversidades regionais, impõem importantes nuances para serem analisadas, entre elas, Campos[28] questiona: Qual a contrapartida que o SUS oferece para com os municípios em relação a estrutura e infraestrutura, instrumentos e modelos de gestão pública para garantir uma missão constitucional? No caso do Brasil Sorridente as diretrizes da política apontam a necessidade de: *"assumir o compromisso de qualificação da atenção básica, garantindo qualidade e resolutividade, independentemente da estratégia adotada pelo município para sua organização"*[29]. Se por um lado a política orienta que as eSB proporcionem a qualidade no cuidado, por outro lado pode falhar em não apresentar os mecanismos organizacionais necessários para fazê-lo. A Política deve ter um papel indutor na qualificação do trabalho, atualmente para credenciar uma equipe de Saúde Bucal, implantar um CEO ou qualquer outro componente da rede é necessário que o gestor municipal apresente uma proposta ao Conselho Municipal de Saúde e, se aprovada, deve encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado. No caso do credenciamento das eSB, essa proposta deve incluir, entre outras informações, a descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da equipe. Caso a proposta seja aprovada, o município recebe o repasse do recurso para implantação[30] do componente solicitado, entretanto, não há um monitoramento do processo. Reconhecemos a importância de algumas iniciativas do Ministério em relação aos vínculos de trabalho, como por exemplo, a Política de Carreiras para o SUS e a Mesa de Negociações, mas entendemos que as práticas de contratação de RHS devem entrar na agenda da política do Brasil Sorridente, pois além de ser considerada uma ferramenta poderosa para uma gestão mais eficaz pode ser fundamental para melhorar a qualidade das medidas de provimento[31]. Reconhecendo que os incentivos considerados eficazes para os trabalhadores da saúde devem: apresentar objetivos claros; ser realista; refletir as necessidades e as preferências dos profissionais de saúde; ser bem desenhado e estrategicamente apto para suas finalidades; ser adequados para o contexto local; ser justo; equitativo e transparente; ser mensurado e acompanhado; incorporar elementos financeiros e não financeiros[32]; ampliar o número de profissionais de saúde e não estabelecer um

quadro regulatório nacional de RHS pode comprometer a sustentabilidade das políticas e agravar o acesso à saúde de comunidades remotas e vulneráveis.

Embora os postos de trabalho no SUS tenham aumentado, pesquisas ainda apontam uma tendência crescente na má distribuição dos dentistas no país, principalmente por considerarem que as concentrações das instituições formadoras e o melhor poder aquisitivo da população nos grandes centros influenciam na decisão do lugar de atuação dos dentistas, já que esta classe de profissional, busca uma dupla prática público/privada[33]. Esse é um tema crucial, porém ainda pouco explorado nos sistemas de saúde[34]. A falta de um plano de cargos e salários pode colaborar com esse comportamento e favorecer a rotatividade dos profissionais no SUS[35]. O Brasil Sorridente organiza a rede de cuidados de saúde bucal com base nos preceitos da ESF, que preconiza uma jornada de trabalho de 40 horas/semanais. Essa estratégia reconhece e valoriza a necessidade dos vínculos, do compromisso e da parceria entre os profissionais e a comunidade[36], no entanto, algumas incoerências são relatadas, como por exemplo, flexibilidade da jornada de trabalho em detrimento de formas precárias de contratação[37]. Nossos dados apontam que essa pode ser uma realidade também na Odontologia, uma vez que identificamos editais de concurso público destinados às eSB com jornada de trabalho de 20 horas/semanais. Essa realidade pode colaborar para o distanciamento do profissional com o serviço e com possíveis conflitos éticos relacionados ao mercado público/privado, como por exemplo, a conquista do *status* e do ganho financeiro no serviço privado e a garantia de estabilidade e vantagens trabalhistas no serviço público[11]. A valorização do profissional deve ser fortalecida, para isso Nogueira (2003)[38] aponta para a importância de uma situação de legalidade dos vínculos por meio de servidores devidamente concursados. Um estudo realizado em uma macrorregião do estado de Minas Gerais verificou os critérios de seleção utilizados para contratação dos trabalhadores de saúde e identificou que os secretários municipais utilizavam diversos critérios de seleção e que apenas 20% deles eram por meio de concursos públicos. O estudo também chama a atenção para algumas formas de seleção adotadas pelos secretários, como por exemplo, a indicação política, que segundo o autor são: "*alternativas de incorporação arcaicas do empreguismo, clientelismo e patrimonialismo*" [39].

Este estudo apresenta limitações inerentes ao método de estudo de caso, baseado em dados secundários. Essas fontes podem apresentar vieses uma vez que

dependem atualização constante dos órgãos responsáveis pelas informações. Para diminuir esse viés foi utilizada a triangulação. Além disso, nosso grupo de pesquisa está desenvolvendo pesquisas qualitativas para aprofundar as análises.

Em conclusão, entende-se que reconhecer os facilitadores e as barreiras contextuais relacionadas a distribuição dos profissionais da saúde se torna essencial para planejar as ações futuras. Quanto aos facilitadores, pode-se destacar as inúmeros políticas voltadas aos RHS em diferentes setores no Brasil[40], políticas específicas sobre a problemática, tais como o PROVAB e o Mais Médicos, bem como outras que embora não apresentassem apenas esse objetivo proporcionaram a expansão da oferta de serviços no território nacional, como por exemplo o Brasil Sorridente. Quanto as barreiras, esse estudo contribuiu para identificarmos fragilidades existentes nas relações de trabalho dos dentistas com os serviços, principalmente no que se refere a falta de regulação nos contratos de trabalho. A imparcialidade do Estado frente as decisões municipais devem ser revistas. Não no sentido retrogrado e arbitrário da gestão centralizada e inflexível, mas sim na busca da co-responsabilidade e transparência. Em 10 anos de Brasil Sorridente foram investidos mais de US$ 2,6 bilhões na saúde bucal, um gasto necessário e com diversos benefícios para à população[7]. Nesse momento é necessário analisar os indicadores do impacto dessa e de outras políticas e ajustar os próximos passos com vistas à Intersetorialidade das ações e no compromisso da redução das desigualdades sociais. Os desafios impostos ao Brasil para superar as desigualdades em saúde e melhorar o provimento, impõem que a expansão dos postos de trabalho em Odontologia continue, de modo a fortalecer a rede e permitir a integralidade do cuidado no SUS. O relatório do III Fórum Global de RHS[4] alerta que:

> "Achieving this fundamental objective requires strengthening regulatory mechanisms. Since countries plan on scaling up health workforce production to attain universal health coverage, regulation should improve training, ensuring and maintaining the quality and management of health care professionals at all levels of the system. The government is the key player in framing and governing these regulatory mechanisms to ensure health system coherence and responsiveness to universal health coverage. The regulatory framework for human resources for health must be driven by citizens' needs and expectations, with careful consideration of socioeconomic and cultural diversity".

Portanto, é necessário, entre outras medidas, o planejamento de estratégias voltadas aos RHS. A continuidade dos êxitos alcançados demanda que medidas regulatórias dos contratos de trabalho e apoio aos gestores locais entrem na agenda das ações prioritárias da política Brasil Sorridente.

REFERÊNCIAS

1. Buchan J, Couper ID, Tangcharoensathien V, Thepannya K, Jaskiewicz W, Perfilieva G, et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2013;91(11):834–40

2. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Policy & practice Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bull World Heal Organ. 2013;91:853–63.

3. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Hum Resour Health. 2003;14;1(1):1.

4. Global Health Workforce Alliance. Human resources for health: Foundation for Universal Health Coverage and the post-2015 development agenda. Third Glob Forum Hum Resour Heal. 2013;70.

5. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54): 623–34.

6. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century--implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol. 2009;37(1):1-8.

7. 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;94(10):1333–7.

8. Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.

9. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - CNES Recursos Humanos. [acesso 15 jan 2016] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/prid02AC.def

10. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. [acesso 12 jan 2016] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php

11. Gomes D, Ramos FRS. O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. Saúde e Soc. 2015;24(1):285–97.

12. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Hum Resour Health. 2006;4(1):12.

13. Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Heal Serv Res. 2008;8:247.

14. 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;119(12):1517-28.

15. Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. Ciênc & Saúde col. 2013;18(6):1667-76.

16. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas. [acesso 10 mar 2016] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=pmaq_ceo

17. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). Salário mínimo nominal e necessário [acesso 12 jan 2016] Disponível em: http://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html

18. Almeida G, Sarti FM, Ferreira FF, Diaz MD, Campino AC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):90-7.

19. Nogueira RP. O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: dos Santos NR, Amarante PDC. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 24-47.

20. Girardi SN, Carvalho CL. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.157-190.

21. Faria HX, Dalbello-Araujo M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. Mediações Rev Ciênc Sociais. 2011;16(1):142–56.

22. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS : Desprecariza SUS : perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p.

23. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: A conceptual framework for measuring results. Bull World Health Organ. 2010;88(5):357–63.

24. Chen L, Evans T, Anand S, Ivey Boufford J, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: Overcoming the crisis. Lancet. 2004;364(9449):1984–90.

25. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

26. Conselho Federal de odontologia. O que esperamos do próximo Presidente do Brasil: 2015-2108/Conselho Federal de Odontologia. Brasília, 2014. 64p

27. Pan American Health Organization/World Health Organization. Health in the Americas , 2012. [acesso 22 mar 2016] Disponível em: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=118&Itemid=

28. Campos FE de, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulg Saúde Debate. 2009;44:13–24.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a passo das ações do Brasil Sorridente. [acesso 20 mar 2016] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php

31. Roodenbeke E, Dussault G. Contracting health personnel. In: Perrot J, Roodenbeke E. Strategic contracting for health systems and services. New Jersy: Transaction Publishers; 2012. p. 556.

32. International Council of Nurses/International Hospital Federation/International Pharmaceutical Federation/World Confederation for Physical Therapy/World Dental Federation/World Medical Association. Guidelines: incentives for health professionals. Commissioned by the Global Health Workforce Alliance. Geneva: World Health Organization; 2008.

33. Cardoso AL, Stiebler V, Machado MH. Mercado de Trabalho dos Odontólogos no Brasil. Divulg Saúde Debate. 2010;45:71–9.

34. A universal truth: no health without a workforce. Geneva: Global Health Workforce Alliance; 2013. [acesso 15 mar 2016] Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/http://

35. Medeiros CRG, Junqueira ÁGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMDFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Cien Saude Colet. 2010;15:1521–31.

36. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu). 2005;9(16):39–52.

37. Mattos GCM, Ferreira EFE, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Cien Saude Colet .2014;19(2):373–82.

38. Nogueira RP. Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS. In: Nogueira RP, Piola SF, Vianna SM, Rodrigues, VA. Tendência na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. Brasília-DF, UNB; CEAM; NESP; ObservaRH, 2010. p.45-65.

39. Junqueira TDS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SDFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. Cad Saude Publica. 2010;26(5):918–28.

40. Buchan J, Fronteira I, Dussault G. Continuity and change in human resources policies for health : lessons from Brazil. Hum Resour Health. 2011;9(1):17.

6 DISCUSSÃO GERAL

Este estudo foi elaborado a partir das demandas e anseios do grupo de pesquisadores do Observatório de Recursos Humanos em Odontologia (OBSERVARHODONTO). Em seu escopo de atuação, o OBSERVARHODONTO, articula diferentes vertentes de pesquisa relacionadas à força de trabalho em odontologia, incluindo, gestão, formação e regulação das profissões e ocupações de saúde bucal no Brasil[76]. Esse movimento, certamente, foi impulsionado pelas políticas públicas voltadas à saúde bucal, implementada nas últimas décadas no Brasil, com destaque para a Política Nacional de Saúde Bucal, “Brasil Sorridente”, foco principal dessa pesquisa.

Para melhor entendimento do problema abordado nessa tese, distribuição geográfica dos dentistas, conduzimos uma revisão da literatura, que segundo Yin[75] tem o propósito de analisar pesquisas anteriores visando desenvolver questões de pesquisa mais objetivas e perspicazes sobre o tema. Além disso, a revisão também nos conduziu para a utilização de um quadro teórico conceitual, que articula três componentes fundamentais para a análise da temática estudada, esse quadro foi o fio condutor dessa tese[30]. Verificou-se uma vasta literatura sobre a problemática da distribuição de Recursos Humanos em Saúde, no entanto, um número menor de publicações voltadas à área da odontologia.

Esse achado foi responsável pela a elaboração do primeiro estudo apresentado nessa tese: **“Um panorama global da distribuição geográfica de dentistas: Revisão Sistemática de Escopo”**. Esse estudo permitiu ampliar nossos conhecimentos sobre a temática, por meio da identificação e análise de estudos no contexto global, mostrando, que na odontologia, as intervenções implementadas para corrigir essa problemática ainda são incipientes e centralizada em alguns países. Por outro lado, observou-se também, que nos últimos anos esse tema ganhou algum destaque nas publicações e foi objeto de estudo e de discussão na área da saúde. Concluímos, que são necessários estudos que considerem as especificidades da área da odontologia, como por exemplo, as necessidades peculiares para a oferta do serviço odontológico e o livre mercado, que caracteriza essa profissão em diversos países ao redor do mundo, é necessário também, levantamento dos determinantes locais da distribuição geográfica de dentistas, para definição de estratégias de

intervenção mais assertivas, acompanhadas por processos constantes de avaliação e monitoramento.

Após essa visão geral, o segundo estudo, **“Distribuição geográfica dos dentistas brasileiros: percepção e motivação para a migração”** focou a análise para o Brasil, a partir de uma abordagem de métodos mistos, foi possível conhecer a situação nacional e aprofundar as análises, por meio do caso da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Identificou-se que no Brasil têm-se um estoque de dentistas, no entanto, estão mal distribuídos pelo território. Os dados referentes a proporção dentistas/habitantes, embora precisem de análises mais aprofundadas, mostraram um déficit em relação ao interior do país. As entrevistas com os dentistas, conduzidas pela abordagem metodológica da teoria fundamentada, foi reveladora e possibilitou verificar a importância da oportunidade no contexto da organização do mercado de trabalho. A categoria central “As oportunidades mudando os caminhos para consolidar o profissional” traz novas perspectivas de intervenção para o Estado e confirma a lógica do quadro conceitual, que indica, que cada país precisa identificar os determinantes da distribuição para formular intervenções mais assertivas.

Por fim, o terceiro estudo, **“Medidas regulatórias da expansão e contratação de dentistas: Uma agenda prioritária para o fortalecimento do Brasil Sorridente”** buscou descrever e analisar as condições e relações de trabalho dos dentistas no Sistema Único de Saúde (SUS) e caracterizar as vagas em concurso público, no que se refere as suas atribuições e remunerações. Observou-se, que após a implantação do Brasil Sorridente, houve expansão dos postos de atuação dos dentistas no SUS e um importante número de dentistas com vínculo no sistema (48% dos dentistas com registro no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, apresentam vínculo com o SUS). No entanto, identificou-se barreiras quanto ao vínculo do trabalho desses profissionais, entre elas destacam-se, as diferenças nas formas de contratação e nos salários dos dentistas. Esses achados, indicam que a política Brasil Sorridente deve considerar esses aspectos para a continuidade das suas conquistas. Medidas regulatórias dos contratos de trabalho, bem como apoio aos gestores locais precisam entrar na agenda da política.

O percurso metodológico escolhido para essa tese, foi decorrente das necessidades identificadas na literatura e nas experiências de pesquisadores nas áreas de Recursos Humanos em Saúde e em odontologia. Analisando o produto dos

três estudos foi possível identificar alguns facilitadores e algumas barreiras em relação a distribuição geográfica dos dentistas no Brasil.

Dentre os facilitadores, pode-se considerar que, a existência de uma política específica à saúde bucal, articulada ao sistema de saúde brasileiro, é sem dúvida um passo fundamental para avançarmos na melhora das condições de saúde da população e na distribuição geográfica dos RHS. Nesse sentido o Brasil se destaca em relação a inúmeros países que ainda não incluíram a saúde bucal no escopo de seus sistemas de saúde[77]. Além disso, a ampliação dos postos de trabalho no SUS e o aumento no número de egressos em odontologia melhorou a disponibilidade de dentistas no país nos últimos anos, o que certamente facilita as intervenções para melhorar a distribuição, no entanto, mais estudos devem ser realizados para avaliar o impacto desse aumento, bem como as necessidades locais de recursos humanos, para planejar as futuras ações de expansão da oferta.

Quanto as barreiras, verificou-se no primeiro estudo, que nenhuma publicação brasileira foi incluída no panorama global, e no segundo estudo, que o foco era o Brasil, poucas publicações apresentavam o tema da distribuição geográfica como objetivo principal do estudo. Esse dado reforça os achados de estudos anteriores que analisaram os RHS[78]. Essa certamente é uma barreira, pois a disponibilidade de evidências científicas sobre o sistema de saúde e sobre as políticas, são fundamentais para apoiar e orientar as ações[79]. Embora o Brasil Sorridente seja recente, e ainda busque superar os desafios impostos para sua consolidação[12], a falta de políticas específica de regulação dos recursos humanos, pode ser um importante entrave para sua evolução e para sua consolidação como política de Estado. A regulação busca aumentar a eficiência da prestação de serviços públicos, e no Brasil vem se destacando no processo de reformulação do papel do Estado[80]. Os achados apontaram alguns aspectos importantes que merecem intervenção, para superar as barreiras impostas, como por exemplo: regular os vínculos trabalhistas dos dentistas no SUS e a equiparação salarial entre a classe odontológica, formular políticas que incentivem os dentistas a trabalharem no SUS, principalmente em regiões com alta vulnerabilidade social e formular estratégias que regulem a distribuição geográfica dos dentistas no território brasileiro.

Na medicina, a discussão sobre regulação parece estar mais consolidada, apontando que, juntamente com outras medidas, é necessário:

> "Formulação de políticas regulatórias visando aberturas de vagas para graduação e especialização, que considere as necessidades de saúde da população e políticas indutoras para orientar escolhas e preenchimento de vagas, com estabelecimentos de cotas que possibilite às comunidades locais o acesso à graduação, especialmente em medicina, fortalecendo os laços de responsabilidade com as comunidades de origem, pode constituir-se em potentes estratégias de fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades"[81].

Na odontologia, nossos achados apontam que, além de formar dentistas nas comunidades com vazios sanitários e regular a formação, o Estado também deve proporcionar **oportunidades** para orientar as escolhas de atuação e consequentemente colaborar na correção dos desequilíbrios existentes. Os dentistas, principalmente os novos graduados, são mais receptivos às mudanças, somado a isso, os determinantes (pessoais, profissionais, culturais, organizacionais, econômicos e políticos) apontados na literatura, como indutores da distribuição geográfica, devem ser levados em consideração para a formulação de políticas.

Embora não faça parte do protocolo da apresentação da tese, incluímos nessa seção, uma possível medida de intervenção para a problemática estuda, à medida que os resultados de pesquisa são elementos importantes para subsidiar a tomada de decisão e contribuir na construção de soluções para melhoria em prol da sociedade. Neste sentido, ao final dessa pesquisa, nosso grupo de pesquisadores, participou de um desafio proposto pela Ideation Brasil e o British Medical Journal Group, denominado "O futuro da área da Saúde". No qual lançaram o desafio: Apresentar uma estratégia de melhoria de algum aspecto da saúde pública em áreas remotas do Brasil, tomando como base projetos realizados no exterior. O desafio foi denominado como "A Solução" (a apresentação deveria ser feita em apenas uma página)[82]. Considerando a sinergia dessa tese com o desafio, apresentaremos abaixo "A Solução" enviada pelo nosso grupo.

O problema

O Brasil enfrenta um grave problema conhecido como VAZIOS SANITÁRIOS ODONTOLÓGICOS, ou seja, falta de dentistas no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em áreas remotas e rurais do país. No Brasil, assim como em outros países, a falta de Recursos Humanos em Saúde (RHS) em áreas remotas contribui para impedir o acesso aos serviços de saúde, entre eles o acesso à Saúde Bucal. No dia 11 de outubro de 2016 o Jornal "Bom dia Brasil", enfatizou esta problemática,

mostrando que em diversos centros de saúde a população não acessa os serviços odontológicos por falta de profissionais, mesmo em locais com uma infraestrutura implantada[83].

Nos últimos anos, após a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, denominada “Brasil Sorridente”, foi possível avançar em aspectos tais como: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da força de trabalho em saúde bucal, entretanto os indicadores epidemiológicos ainda sinalizam a necessidade de maiores investimentos, principalmente para as populações mais vulneráveis e que vivem em áreas remotas e rurais[12].

O desequilíbrio geográfico da força de trabalho em saúde apresenta aspectos complexos, que incluem fatores individuais, organizacionais, educacionais, fatores relacionados às estruturas institucionais, ao ambiente econômico, sociocultural e político e cada vez mais as evidências científicas disponíveis sugerem que para as estratégias serem eficazes, elas devem abarcar todas essas variáveis, ser pertinente ao contexto do país e sobretudo apresentar compromisso político[19].

É importante salientar que a “solução” que apresentaremos a seguir é fundamentada em uma revisão sistemática de escopo com referências internacionais (incluindo a literatura cinzenta) e dois estudos de caso brasileiro, desenvolvido em um projeto de doutorado sanduíche (PDSE) no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova Lisboa em Lisboa, Portugal sob a orientação do Prof. Dr. Gilles Dussault.

Nós temos “a solução” para enfrentar o desequilíbrio geográfico de dentistas no Brasil.

A partir da análise situacional do Brasil e evidências internacionais verificadas na revisão de escopo realizada em Lisboa, foi possível elencar que a estratégia de SERVIÇO OBRIGATÓRIO COM INCENTIVOS[36] mudaria o retrato atual da distribuição geográfica de dentistas e melhoraria o acesso da população a esse serviço, fortalecendo a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente). Embora o termo obrigatório tenha uma conotação um pouco negativa, essa é uma estratégia que abarca inúmeros benefícios para todos os envolvidos, inclusive para o profissional. Cerca de 70 países já adotam estratégias semelhantes para enfrentar o problema dos VAZIOS SANITÁRIOS. Nessa medida busca-se que os profissionais trabalhem, regulamentado pelo governo, no serviço público em áreas designadas por períodos específicos. Considerando as inúmeras boas práticas internacionais planejou-se a seguinte estratégia:

Das instituições que oferecem graduação em odontologia no Brasil, temos que 28 são em instituições federais, 19 estaduais, 08 municipais e 165 particulares, o que somam 220 cursos. Na solução proposta, todas as federais, estaduais e municipais participariam da estratégia, ou seja, 55 cursos (25% do total). Além disso, incluiria também egressos de instituições privadas beneficiados pelos programas PROUNI (Universidade para todos), criado pelo Governo Federal em 2004, que concede bolsas de estudo integrais e parciais e FIES (Fundo de financiamento estudantil), do governo federal, que financia cursos superiores não gratuitos. Para os alunos de instituições privadas a adesão ao programa seria voluntária e seguiria os mesmos princípios estabelecidos abaixo.

Após a conclusão do curso, o dentista, que atendesse os requisitos acima, receberia uma autorização provisória para atuar, por um ano, nas Equipes de Saúde Bucal (ESB) vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) para receber então seu registro definitivo nos conselhos de classe. Em contrapartida ao investimento da sociedade em sua formação, o dentista receberia um pacote de incentivos que incluiriam: bolsa mensal, especialização em Saúde da Família promovida pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS), apoio profissional, por meio da rede da TELESSAÚDE (sistema digital de ensino na saúde à distância), seguindo a proposta já oferecida para os profissionais participantes do Programa de Valorização dos

Profissionais de Saúde Básicos (PROVAB). As áreas geográficas de atuação seriam mapeadas de acordo com as necessidades locais e o dentista poderia indicar suas preferências de atuação, que dentro do possível, seriam atendidas. Esta proposta articula diversas políticas e programas intersetoriais implementadas para outras áreas e que darão suporte à solução proposta.

Benefícios esperados: Considerando como base o ano de 2014 (último dado disponível), o Brasil graduou 3411 cirurgiões dentistas em instituições públicas[84], nessa perspectiva teríamos um aumento de cobertura em áreas rurais e remotas de 11.938.500 usuários do SUS, considerando que cada equipe de saúde bucal é responsável por 3500 usuários e que atualmente cerca de 1000 municípios não contam com dentistas na rede do SUS, soma-se a isso o fato de que o Brasil conta com uma população rural de menos de 30 milhões de pessoas (Censo 2010). Outro ponto positivo seria a qualificação profissional para o trabalho de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), fortalecendo a rede pública de saúde bucal. Além disso, essa experiência pode contribuir para as futuras escolhas desses profissionais, favorecendo a fixação de profissionais nessas áreas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no quadro conceitual do fenômeno estudado (Distribuição de Recursos Humanos em Saúde) e no contexto global da distribuição geográfica de dentistas, pode-se concluir que no Brasil:

- A distribuição geográfica dos dentistas, é influenciada pelas oportunidades apresentadas ao profissional, somado certamente, aos determinantes já identificados na literatura. No Brasil, as oportunidades foram responsáveis por mudar os caminhos e consolidar a carreira do profissional.
- As estratégias de intervenção em odontologia, no contexto global, foram incipientes e centralizadas em alguns países. No Brasil, identificou-se duas estratégias de intervenção, o PROVAB e o projeto Rondon, entretanto essas mostraram-se incipientes, não apresentaram continuidade de suas ações.
- Quanto ao componente, avaliação e monitoramento, o Brasil precisa aprofundar no diagnóstico das causas da má distribuição de dentistas, considerando as realidades locais (nível design), para avançar no sentido de intervenções que gerem impacto no sistema de saúde e nas condições de saúde da população.

Por fim, defende-se, que processos de intervenção, articulados com outras áreas e setores, devem ser elaborados. O processo de formulação política, deve considerar a complexidade do fenômeno da distribuição geográfica dos profissionais e propor soluções ousadas que levem em conta todos os componentes do quadro conceitual sobre a temática e a realidade política, econômica e social do Brasil, no sentido de regular o mercado e favorecer a disponibilidade dos dentistas no território nacional.

REFERÊNCIAS[1]

1 Bazargan N, Chi DL, Milgrom P. Exploring the potential for foreign-trained dentists to address workforce shortages and improve access to dental care for vulnerable populations in the United States: a case study from Washington State. BMC Health Serv Res [Internet]. BioMed Central Ltd; 2010;10 (1):336. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/336

2 Araújo E, Maeda A. How To Recruit and Retain Health Workers in rural and Remote Areas in Developing Countries: a guidance note; 2013.

3 Viscomi M, Larkins S, Sen Gupta T. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. Can J Rural Med. 2013;18 (1):13–24.

4 Kuhlmann E, Blank RH, Bourgeault IL WC. The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance. New York: Palgrave Macmillan; 2015.

5 Who WHO. World Health Organization. Third Global Forum on Human Resources for Health. [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 2]. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/en/

6 Global Health Workforce Alliance. Human resources for health: Foundation for Universal Health Coverage and the post-2015 development agenda. Third Glob Forum Hum Resour Heal. 2013; (November 2013):70.

7 SGTES. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programas e projetos. [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 10].Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/programas-e-projetos-sgtes

8 Dussault G, Franceschini MC. Human Resources for Health Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce.Organização Pan-Americana da Saúde . Relatório Descritivo do Seminário Internacional sobre Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde. Brasília, DF; 2013.

[1] De acordo com Estilo Vancouver.

9 Conselho Federal de Odontologia. Dados Estatísticos [Internet]. 2016 [citado 10 fev. 2016]. Disponível em: http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/

10 Morita MC, Haddad AE, de Araujo ME. Perfil atual e tendências dos cirurgiões dentistas brasileiros. 1ª ed. Maringá: Dental Press; 2010. 98 p.

11 González-Robledo LM, González-Robledo MC, Nigenda G. Dentist education and labour market in Mexico: elements for policy definition. Hum Resour Health [Internet]. 2012;10(1):31. [cited 10 mar. 2016]. Available from:: http://www.human-resources-health.com/content/10/1/31

12 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; 94(10):1333–7.

13 Biancarelli A, Cassenote A. Demografia Médica no Brasil: Volume 1 Dados gerais e descrições de desigualdades [Internet]. Scheffer M, coordenador. São Paulo/Brasília: Cremesp/2011. 118 p. [citado 10 fev. 2016]. Disponível em:http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Demografia+M?dica+no+Brasil#1\nhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Demografia+m?dica+no+Brasil#1

14 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. [Internet].2002. [citado 13 jan. 2016]. Disponível em:: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002

15 Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Heal Serv Res BMC Heal Serv Res BMC Heal Serv Res [Internet]. 2008;8 (8). [cited 2015 Nov 17];46(3):571–6. Available fromhttp://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/247

16 Witter S, Thi Thu Ha B, Shengalia B, Vujicic M. Understanding the “four directions of travel”: qualitative research into the factors affecting recruitment and retention of doctors in rural Vietnam. Hum Resour Health [Internet]. 2011; 9:20. [cited 2016 jan 18];46(3):571–6. Available from: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-80051622023&partnerID=tZOtx3y1

17 Entrevista com o professor Gilles Dussault : Desafios dos sistemas de saúde contemporâneos, por Eleonor Minho Conill, Ligia Giovanella e José-Manuel Freire. Cienc Saude Col 2006; (2): 2889–92.

18 Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century - Implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. Community Dent Oral Epidemiol. 2009; 37 (1):1–8.

19 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 (New York) [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 2015; 119 (12):1517–28. [cited 2016 jun 18] Available from http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.003

20 Zarocostas J. WHO issues guidelines on retaining health workers in rural areas. BMJ. 2010; Jul 14; 341.

21 Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Policy & practice Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bull World Heal Organ [Internet]. 2013; 91:853–63. [cited 2016 out 18] Available from: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118729

22 Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: No health without a workforce. 2013; 104.

23 Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Hum Resour Health [Internet]. 2006; 4(1):12. [cited 2016 Mar 15]. Available from http://www.human-resources-health.com/content/4/1/12

24 Chen L, Evans T, Anand S, Ivey Boufford J, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: Overcoming the crisis. Lancet. 2004; (9449):1984– 90.

25 Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. OECD Heal Work Pap [Internet]. 2014; No. 69(69). [cited 2016 Nov 18];46(3):571–6. Available from file:///C:/Users/matte/AppData/Local/Mendeley Ltd. /Mendeley Desktop/Downloaded/Ono, Schoenstein, Buchan - 2014 - Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses.pdf.

26 Miles E, Adams R, Anaf S, Sheppard L. Factors identified by physiotherapists that influence the retention of regional clinicans: a qualitative investigation. Internet J Allied Heal Sci Pract [Internet]. 2010;8(1):1–6. [cited 2016 Fev 08]. Available from: http://ijahsp.nova.edu/articles/Vol8Num1/pdf/sheppard.pdf

27 Thammatacharee N, Suphanchaimat R, Wisaijohn T, Limwattananon S, Putthasri W. Attitudes toward working in rural areas of Thai medical, dental and pharmacy new graduates in 2012: a cross-sectional survey. Hum Resour Health [Internet]. Human Resources for Health; 2013; 11(1):53. [cited 2016 Jan 28] Available from: http://www.human-resources-health.com/content/11/1/53

28 Mckernan SC, Kuthy RA, Kavand G. General dentist characteristics associated with rural practice location. J Rural Heal. 2013;29 (SUPPL.1):89–95.

29 Dieleman M, Cuong PV, Anh LV, Martineau T. Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. Hum Resour Health [Internet]. 2003 Dec 5;1(1):10. [cited 2015 Nov 18] Available from: http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-12-71

30 Who WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Sci York [Internet]. 2010; 23 (February):3–69. [cited 2016 Mai 18];46(3):571–6. Available from: http://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf

31 Deutschlander S, Suter E, Grymonpre R. Interprofessional practice education: Is the “interprofessional” component relevant to recruiting new graduates to underserved areas? Rural Remote Health. 2013; 13(4):1–11.

32 Farmer J, Kenny A, McKinstry C, Huysmans RD. A scoping review of the association between rural medical education and rural practice location. Hum Resour Health [Internet]. 2015; 13(1): 27.: [cited 2016 Jan 18] Available from http://www.human- resources-health.com/content/13/1/27

33 Neill J, Taylor K. Undergraduate Nursing Students„ Clinical Experiences in Rural and Remote Areas: Recruitment Implications. Aust J Rural Health [Internet].2008;10(5):239–43. [cited 2016 Nov 18] Available from http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1584.2002.tb00038.x

34 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; 17(4): 229–35.

35 Ferrinho P, Sidat M, Fresta MJ, Rodrigues A, Fronteira I, da Silva F, et al. The training and professional expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. Hum Resour Health [Internet]. 2011;9(1):9. [cited 2016 Nov 14] Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3079608&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

36 Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? Bull World Health Organ [Internet]. 2010; 88 (5):364–70. [cited 2016 Out 18] Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2865657&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

37 Cavender A, Albán M. Compulsory medical service in Ecuador: The physician‟s perspective. Soc Sci Med. 1998; 47(12):1937–46.

38 Efendi F. Health worker recruitment and deployment in remote areas of Indonesia. Rural Remote Health. 2012; 12(2):1–6.

39 Rao M, Rao KD, Kumar AS, Chatterjee M, Sundararaman T. Human resources for health in India. Lancet [Internet]. Elsevier Ltd; 2011;377(9765):587–98. [cited 2016 Fev 18] Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140- 6736(10)61888-0

40 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 [Internet]. Human Resources for Health; 2014; 12(14):1–13. [cited 2015 Nov 18]. Available fromem:http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3975958&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

41 Khan NB. Perceptions of and attitudes to the compulsory community service programme for therapists in KwaZulu-Natal. S Afr J Commun Disord. 2009; 56 (January):17–22.

42 Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Heal Serv Res [Internet]. 2008; 8: 247. [cited 2016 Jul 18]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19055827

43 Gow J, George G, Mwamba S, Ingombe L, Mutinta G. An evaluation of the effectiveness of the Zambian Health Worker Retention Scheme (ZHWRS) for rural areas. Afr Health Sci [Internet]. 2013;13 (3):800–7. [cited 2016 Jan 12]. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3824436&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

44 Holte JH, Kjaer T, Abelsen B, Olsen JA. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. Soc Sci Med [Internet]. Elsevier Ltd; 2015; 128:1–9. [cited 2016 Nov 13] Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.022

45 Mbemba G, Gagnon M-P, Paré G, Côté J. Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review. Hum Resour Health. 2013; 11:1.

46 Gardiner M, Sexton R, Kearns H, Marshall K. Impact of support initiatives on retaining rural general practitioners. Aust J Rural Health. 2006; 14 (5):196–201.

47 Huicho L, Canseco FD, Lema C, Miranda JJ, Lescano AG. [Incentives to attract and retain the health workforce in rural areas of Peru: a qualitative study]. Cad Saude Publica [Internet]. 2012; 28 (4):729–39. [cited 2016 Nov 14] Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4074081&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

48 Barnett S, Jones SC, Caton T, Iverson D, Bennett S, Robinson L. Implementing a Virtual Community of Practice for Family Physician Training: A Mixed-Methods Case Study. J Med Internet Res [Internet]. 2014 Mar 12; 16(3):e83. [cited 2016 Mar 18] Available from: http://www.jmir.org/2014/3/e83/

49 Hartz H. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Fiocruz E, editor. Rio de Janeiro; 2005. 275 p.

50 Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2010; (5):379–85.

51 Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. Cochrane database Syst Rev. 2015; 6(6):CD005314.

52 Global Health Workforce Alliance (GHWA). HRH Action Framework. [cited 2016 Nov 18] Available from: https://www.capacityproject.org/framework/

53 Monitoring the health workforce: measurement issues and selected tools. [cited 2016 Nov 20]; Disponível em : www.who.int/hrh/statistics/en/

54 Spotlight. Iniciativas globais para o fortalecimento da informação e da base de evidências em recursos humanos em saúde. 2008; (4). [cited 2016 Fev 18] Available from: http://www.who.int/hrh/statistics/Spotlight_4_PO.pdf?ua=1

55 Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O, Poz MRD, Stilwell B, et al. Imbalance in the health workforce. Hum Resour Health. 2004;2(13):1–12.

56 Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: A conceptual framework for measuring results. Bull World Health Organ. 2010; 88(5): 357– 63.

57 Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90.Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. Lancet [Internet]. Elsevier Ltd; 2011;377(9779):1778–97. [cited 2016 Nov 18] Available from: http://dx.doi.org/10.1016/S0140- 6736(11)60054-8

58 Brasil. Ministério da Saúde/Departamento de atenção básica. 2015.Estratégia Saúde da Família. [Internet]. [cited 2015 Feb 6]. [cited 2016 Fev 18] Available from: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php

59 Organização Pan-Americana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. 2007; 1–44.

60 Oliveira FP de, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR dos, Figueiredo AM de, Araújo SQ de, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2015; 19(c):623–34. [citado 10 fev. 2016]. [cited 2016 Nov 18] Available fromhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en&nrm=iso

61 Campos FE de, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulgação em Saúde para Debate. 2009; 44(maio):13–24.

62 Dal Poz MR. The crisis of health workforce. Cad Saude Publica. 2013 Oct; 29(10): 1924-6.

63 Figueiredo N, Goes PSA De. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Publica. 2009; 25 (2):259–67.

64 Ferreira AMB, Colares V, Vieira SCM. Program FH, Care PH, Dentistry PH. A Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família no Municipio do Recife. 2011;18(3):114–7.

65 Cortellazzi KL, Balbino EC, Guerra LM, Vazquez FDL, Bulgareli JV, Ambrosano GMB, et al. Variáveis associadas ao desempenho de Centros de Especialidades Odontológicas no Brasil. Rev.bras.epidemiol [Internet]. 2014;17(4):978–88. [citado 09 fev. 2016]. Disponível em:: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500978

66 Cavalcanti RP, da Silveira Gaspar G, de Goes PSA. Utilização e acesso aos serviços de saúde bucal do SUS - uma comparação entre populações rurais e urbanas. Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clinica Integrada. 2012; 12(1):121–6.

67 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostragem de domicílios. 2010;[citado 08 jan. 2016]. Disponível em:: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad20 08/

68 Bacelar T. Entrevista com Tânia Bacelar: População rural do Brasil é maior que a apurada pelo IBGE, diz pesquisa, por Aline leal. [citado 23 fev. 2016]. Disponível em:: http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-03/pesquisa-diz-que- populacao-rural-do-brasil-e-maior-que-apurada-pelo-ibge

69 Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Pontes DG, Salino AV, Rebelo MAB. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. Cad saude publ [Internet]. 2009;25(8):1827–38. [citado 10 fev. 2016]. Disponível em:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19649424

70 Brasil. Ministério da Saúde, IBGE, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão F. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008. Um Panorama da

Saúde no Brasil Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. [Internet]. 2010. 245 p. [citado 10 dez. 2015]. Disponível em:http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS - RJ/panorama.pdf

71 Versão P, Da F, Do P. Projeto Repensando o Conceito de Ruralidade no Brasil : Implicações Para as Políticas Públicas. 2012;1–32.

72 Ando NM, Targa LV, Almeida A, Souza Silva DH, Barros EF de, Schwalm FD, et al. DECLARAÇÃO DE BRASÍLIA "O Conceito de rural e o cuidado à saúde." Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]. 2011; 6(19):142– 4. [citado 10 dez. 2015]. Disponível em: http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/390

73 Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Bookman editora, editor. 2015.

74 Crowe S, Cresswell K, Robertson A, Huby G, Avery A, Sheikh A. The case study approach. BMC Med Res Methodol [Internet]. 2011; 11(1):100. [cited 2016 Nov 18] Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/100

75 Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Bookman editora, editor. 2003.

76 Rede observatório de recursos humanos em odontologia - ObservaRHodonto :. [Internet]. [citado 10 fev. 2016]. Disponível em:: http://143.107.240.24/observarhodonto/

77 Lomazzi M, Wordley V, Bedi R. Dental public health capacity worldwide: Results of a global survey. J Public Health Policy [Internet]. Palgrave Macmillan UK; 2016; Available from: http://link.springer.com/10.1057/s41271-016-0029-9

78 Buchan J, Fronteira I, Dussault G. Continuity and change in human resources policies for health : lessons from Brazil. Hum Resour Health [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;9(1):17. [cited 2016 Jun 18] Available from: http://www.human-resources-health.com/content/9/1/17

79 Lavis JN, Rottingen JA, Bosch-Capblanch X, Atun R, El-Jardali F, Gilson L, et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: linking guidance development to policy development. PLoS Med. 2012/03/20. McMaster Health Forum, Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada. lavisj@mcmaster.ca; 2012;9(3):e1001186.

80 Oliveira R, Elias P. Os conceitos de regulação em saúde no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012: www.scielo.br/rsp

81 Siriani De Oliveira M. Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. 2009 44:29–33. [cited 2016 Nov 23]; Available from: http://cnts.net.br/admin/public/arquivos/Artigo-Debate_Marilda.pdf

82 Ideation Brasil e o British Medical Journal Group. Ideation Challenges - Transforme problemas em oportunidades [Internet]. 2016. [cited 2016 Nov 18];46(3):571–6. Available fromhttp://ideationchallenges.com.br/challenges/thefutureofhealth

83 Albuquerque L. Falta de dentistas na rede pública do país dificulta consultas. Bom dia Brasil. 11 de outubro de 2016. [cited 2016 Nov 13] Available from: http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/10/falta-de-dentistas-na-rede-publica-do-pais-dificulta-consultas.html.

84 Observa RH IMS/UERJ. Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Trabalho do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sistema de Indicadores das Graduações em Saúde - SIGRAS. [Internet]. 2016. [acesso em 13 Out. 2016] Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/sigras/home.php

APÊNDICE A – Roteiro para a realização das entrevistas

Bloco 1: Identificação (Dados Pessoais / Profissionais)

Pergunta
Sexo
Ano de nascimento
Cidade e Estado que nasceu
Cidade e Estado que reside
Cidade em que residia antes de ingressar na faculdade
Ano em que concluiu a graduação: _____
No exercício profissional atua como? (Pode assinalar mais de uma alternativa) ( ) Clínico geral ( ) Especialista - Área _____ ( ) Docente – Área / Instituição_____ ( ) Outros _____
Qual sua atuação profissional (Pode assinalar mais de uma alternativa) ( ) Autônomo – Consultório próprio ( ) Autônomo – Consultório alugado ( ) Autônomo – Trabalho por porcentagem ( ) Professor Público ( ) Professor Privado ( ) Pesquisador ( )Serviço público - Cargo_____ ( ) Assalariado ( ) Aposentado
Fez algum curso de pós-graduação? P.G Área ( ) Não ( ) Aperfeiçoamento _____ ( ) Especialização _____ ( ) Mestrado acadêmico _____ ( ) Mestrado profissional _____ ( ) Doutorado _____ ( ) Pós Doutorado_____ ( ) Outros _____
Já realizou concurso público para atuação em alguma área da Odontologia? ( ) Sim ( ) Não
Quantos _____ (colocar a opção mais de 5)
Em quais cidades_____
Em algum (ns) desse (s) você foi nomeado (a)? ( ) Sim ( ) Não
Sua renda mensal com a Odontologia é dê:

0 e 2 SM (0 - R$ 1.355,99)
2 e 4 SM (R$ 1.356,00 - R$ 2.711,99)
4 e 5 SM (R$ 2.712,00 - R$ 3,389.97)
5 e 7 SM (3,389.97 - 4,745.96)
7 e 9 SM (4,745.96 - 6,101.95)
10 e 20 SM (R$ 6.780,00 - R$ 13.559,99)
Acima 20 SM (R$ 13.560)

Premissa: Explorar em profundidade o tema da migração e fazer emergir o modo através do qual o entrevistado dá sentido a experiência. A entrevista deve estimular a reflexão dos participantes a partir de sua experiência e não apenas declarações teóricas ou ideológicas. (Deve explorar não interrogar – mas ser focada a tema)

Para começar me conte sobre sua trajetória profissional?

Bloco 2: Fatores Ambientais.

- Quais fatores o senhor julga ter influenciado na sua decisão de migrar, o que você imaginava, desejava? (Abrangendo: fatores pessoais, sociais, econômicos, culturais e familiares)
- Quais mudanças positivas e negativas que aconteceram depois que você se mudou?

Bloco 3: Fatores Organizacionais.

- Pensando nessas experiências como você vê sua profissão/carreira hoje? (Abrangendo: infraestrutura de trabalho, salário e plano de carreira)
- O senhor (a) acredita que a graduação influenciou de alguma maneira suas opções profissionais?
  (Abrangendo: atuação no setor público ou privado, local de atuação – responsabilidade social da profissão)

Bloco 4: Fatores Setoriais.

- Qual sua opinião quanto à organização da saúde em _____ (nome da cidade que o profissional atua)?
  (Abrangendo: laboratórios (Odontológico e clínicos), equipe médica e outros profissionais da saúde, hospitais etc....)
  Como essa organização tem influenciado em seu trabalho?
- Como o senhor (a) avalia sua atuação como profissional de saúde em _____ (nome da cidade que o profissional atua)

Bloco 5: Investigativo:

- Baseado no Programa Mais Médicos, que objetiva levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais, o senhor (a) participaria de um programa semelhante para Cirurgiões-Dentistas (Por exemplo, “Mais Dentistas”)? Porque?
- (Apenas se a resposta anterior for positiva) por qual renda mensal o senhor (a) estaria disposto a participar?
- (Apenas se a resposta anterior for negativa) Existiria alguma circunstância diferente da proposta do programa “Mais Médicos” que faria o senhor mudar de ideia?
- Como o senhor (a) avalia a chance de crescimento profissional em lugares desprovidos de profissionais?

Bloco 6: Percepção do profissional sobre o tema.

- Como o senhor interpreta a distribuição de profissionais de saúde nos diversos estados brasileiros?
- O senhor acha que a distribuição dos profissionais (médicos, Dentistas e Enfermeiros) influencia na saúde da população? Por quê?
- Quais aspectos o senhor julga serem cruciais para o Brasil avançar nas políticas de interiorização e melhorar a distribuição dos profissionais de saúde?
- O senhor já tinha refletido sobre essa temática alguma vez?

Bloco 7: Fechamento:

- Frente ao tema abordado o senhor (a) gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE B – Glossário para a tese

MESH – PUBMED

TERMO	DEFINIÇÃO INGLÊS	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS
MIGRATION		
Human Migration	Periodic movement of human settlement from one geographical location to another.	Movimento periódico de povoamento humano de uma localização geográfica para outra.
Emigration and Immigration	The process of leaving one's country to establish residence in a foreign country.	O processo de deixar seu país para estabelecer residência num país estrangeiro.
Public Policy	A course or method of action selected, usually by a government, from among alternatives to guide and determine present and future decisions.	Um curso ou método de ação selecionado, normalmente por um governo, entre as alternativas para orientar e determinar decisões presentes e futuras.
HUMAN RESOURCES		
Manpower [Subheading]	Used with disciplines and programs for the demand, supply, distribution, recruitment, and use of personnel.	Usado com disciplinas e programas para a demanda, fornecimento, distribuição, recrutamento e uso de pessoal.
Health Manpower	The availability of HEALTH PERSONNEL. It includes the demand and recruitment of both professional and allied health personnel, their present and future supply and distribution, and their assignment and utilization.	A disponibilidade de PESSOAL DE SAÚDE. Ele inclui a procura e recrutamento de pessoal de saúde e profissionais afins, o seu fornecimento e distribuição presente e futuro, e sua atribuição e utilização.
Staff Development	The process by which the employer promotes staff performance and efficiency consistent with management goals and objectives.	O processo pelo qual o empregador promove o desempenho do pessoal e eficiência consistente com as metas e objetivos de gestão.
Health personnel	Men and women working in the provision of health services, whether as individual practitioners or employees of health institutions and programs, whether or not professionally trained, and whether or not subject to public regulation.	Homens e mulheres que trabalham na prestação de serviços de saúde, quer como praticantes individuais ou funcionários de instituições e programas de saúde, quer sejam ou não profissionais treinados, e se ou não sujeita a regulação pública.
RURAL		
Rural Health Services	Health services, public or private, in rural areas. The services include the promotion of health and the delivery of health care.	Os serviços de saúde, públicos ou privados, em áreas rurais. Os serviços incluem a promoção da saúde e a prestação de cuidados de saúde.
Rural Health	The status of health in rural populations.	O estado de saúde de populações rurais.

Suburban Health Services	Health services, public or private, in suburban areas. The services include the promotion of health and the delivery of health care.	Serviços de saúde, públicos ou privados, em áreas suburbanas. Os serviços incluem a promoção da saúde e a prestação de cuidados de saúde.
Health Care Reform	Innovation and improvement of the health care system by reappraisal, amendment of services, and removal of faults and abuses in providing and distributing health services to patients. It includes a re-alignment of health services and health insurance to maximum demographic elements (the unemployed, indigent, uninsured, elderly, inner cities, and rural areas) with reference to coverage, hospitalization, pricing and cost containment, insurers' and employers' costs, pre-existing medical conditions, prescribed drugs, equipment, and services.	Inovação e melhoria do sistema de cuidados de saúde por reavaliação, alteração de serviços, e remoção de falhas e abusos no fornecimento e distribuição de serviços de saúde aos pacientes. Ele inclui um realinhamento de serviços de saúde e seguro de saúde aos elementos demográficos máximas (os desempregados, indigentes, sem seguro, idosos, cidades do interior, áreas rurais) com referência aos custos de cobertura, hospitalização, preços e contenção de custos, as seguradoras patronais e ', pré-existente condições médicas, medicamentos prescritos, equipamentos e serviços.
Health resource	Available manpower, facilities, revenue, equipment, and supplies to produce requisite health care and services.	Disponível mão de obra, instalações, receitas, equipamentos e suprimentos para a produção de cuidados e serviços de saúde necessários.
DENTIST		
Dentists	Individuals licensed to practice dentistry	Indivíduos licenciado para praticar odontologia
Dental Staff	Personnel who provide dental service to patients in an organized facility, institution or agency.	Pessoal que prestam serviço odontológico a pacientes em uma unidade organizada, instituição ou agência.
PUBLIC SECTOR		
Public Sector	The area of a nation's economy that is tax-supported and under government control.	A área da economia de uma nação que é suportado pelos impostos e sob controle do governo.
Government Regulation	Exercise of governmental authority to control conduct.	Exercício da autoridade governamental para controlar uma conduta.
DISTRIBUTION		
Urban Population	The inhabitants of a city or town, including metropolitan areas and suburban areas.	Os habitantes de uma cidade ou vila, incluindo as áreas metropolitanas e áreas suburbanas.
Rural Population	The inhabitants of rural areas or of small towns classified as rural.	Os habitantes das zonas rurais ou de pequenas cidades classificadas como rural.
Supply and distribution [Subheading]	Used for the quantitative availability and distribution of material, equipment, health services, personnel, and facilities. It excludes food supply and water supply in industries and occupations.	Usado para a disponibilidade e distribuição de material, equipamentos, serviços de saúde, pessoal e instalações quantitativa. Exclui provisão de alimentos e abastecimento de água em indústrias e profissões.

RECRUITMENT		
Personnel Selection	The process of choosing employees for specific types of employment. The concept includes recruitment.	O processo de escolha de funcionários para tipos específicos de emprego. O conceito inclui recrutamento.
Motivation	Those factors, which cause an organism to behave or act in either a goal seeking or a satisfying manner. They may be influenced by physiological drives or by external stimuli	Fatores que causam um organismo a se comportar ou agir em qualquer uma de procura de meta ou forma satisfatória. Eles podem ser influenciados por unidades fisiológicas ou por estímulos externos

Outras fonts

GLOSSARY OF KEY TERMS IN EVALUATION AND RESULTS BASED MANAGEMENT (http://www.oecd.org/dac/2754804.pdf)

TERMO	DEFINIÇÃO INGLÊS	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS
Logical framework (Logframe)	Management tool used to improve the design of interventions, most often at the project level. It involves identifying strategic elements (inputs, outputs, outcomes, impact) and their causal relationships, indicators, and the assumptions or risks that may influence success and failure. It thus facilitates planning, execution and evaluation of a development intervention. Related term: results based management.	Ferramenta de gestão utilizada para melhorar a concepção de intervenções, na maioria das vezes no nível de projeto. Ele envolve a identificação estratégica Elementos (entradas, saídas, resultados, impacto) e suas relações causais, indicadores, e as suposições ou riscos que pode influenciar o sucesso e o fracasso. É assim facilita o planejamento, execução e avaliação de uma intervenção de desenvolvimento. Termo relacionado: gestão baseada em resultados.
Inputs	The financial, human, and material resources used for the development intervention.	Os financeiros, humanos e materiais recursos utilizados para a intervenção de desenvolvimento.
Outcome	The likely or achieved short-term and medium-term effects of an intervention's outputs. Related terms: result, outputs, impacts, effect.	As de curto prazo e de médio prazo efeitos prováveis ou alcançados de saídas de uma intervenção. Termos relacionados: resultado, saídas, impactos, efeito.
Outputs	The products, capital goods and services, which result from a development intervention; may also include changes resulting from the intervention, which are relevant to the achievement of outcomes.	Os produtos, bens e serviços de capital que resultam a partir de um desenvolvimento intervenção; também podem incluir alterações resultante da intervenção que são relevantes para o alcance dos resultados.
Results	The output, outcome or impact (intended or unintended, positive and/ornegative) of a development intervention. Related terms: outcome, effect, impacts.	A saída, resultado ou impacto (intencional ou não, positivo e / ou negativo) de uma intervenção de desenvolvimento. Termos relacionados: resultados, efeitos, impactos.

Stakeholders	Agencies, organisations, groups or individuals who have a direct or indirect interest in the development intervention or its evaluation.	Agências, organizações, grupos ou indivíduos que têm um interesse direto ou indireto na intervenção de desenvolvimento ou a sua avaliação.
Sustainability	The continuation of benefits from a development intervention after major development assistance has been completed. The probability of continued long-term benefits. The resilience to risk of the net benefit flows over time.	A continuação dos benefícios de uma intervenção de desenvolvimento após a assistência ao desenvolvimento importante foi concluída. A probabilidade da continuação dos benefícios a longo prazo. A resistência ao risco de o benefício líquido flui ao longo do tempo.
Triangulation	The use of three or more theories, sources or types of information, or types of analysis to verify and substantiate an assessment. Note: by combining multiple datasources, methods, analyses or theories, evaluators seek to overcome the bias that comes from single informants, singlemethods, single observer or single theory studies.	O uso de três ou mais teorias, fontes ou tipos de informação, ou tipos de análise para verificar e fundamentar uma avaliação. NOTA: Ao combinar múltiplas fontes de dados, métodos, análises ou teorias, avaliadores procuram superar o preconceito que vem de informantes individuais, métodos únicos, único observador ou teoria única estudos.

GLOSSARY OF TERMS USED – WHO - HEALTH IMPACT ASSESSMENT (HIA) - (http://www.who.int/hia/about/glos/en/index2.html)

TERMO	DEFINIÇÃO INGLÊS	TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS
INPUTS		
Outcome	The effect the process has had on the people targeted by it. These might include, for example, changes in their self-perceived health status or changes in the distribution of health determinants, or factors, which are known to affect their health, well-being and quality of life.	Efeito que o processo teve sobre as pessoas alvo. Podem incluir, por exemplo, mudanças no estado de saúde auto percebidas ou mudanças na distribuição dos determinantes de saúde, ou fatores que são conhecidos por afetar sua saúde, bem-estar e qualidade de vida.
Outputs	The products or results of the process. These might include, for example, how many people a project has affected, their ages and ethnic groups or the number of meetings held and the ways in which the findings of the project are disseminated.	Produtos ou resultados do processo. Poderão incluir, por exemplo, quantas pessoas o projeto afetou, as suas idades e grupos étnicos ou o número de reuniões realizadas e as formas como as conclusões do projeto foram divulgadas.
Health impact	A health impact can be positive or negative. A positive health impact is an effect, which contributes to good health or to improving health. For example, having a	O impacto na saúde pode ser positivo ou negativo. Um impacto positivo é um efeito que contribui para a boa saúde ou para melhorar a saúde. Por exemplo, ter um senso de controle sobre a vida e

	sense of control over one's life and having choices is known to have a beneficial effect on mental health and well-being, making people feel "healthier" (Wilkinson, 1996). A negative health impact has the opposite effect, causing or contributing to ill health. For example, working in unhygienic or unsafe conditions or spending a lot of time in an area with poor air quality is likely to have an adverse effect on physical health status.	escolhas é conhecido por ter um efeito benéfico sobre a saúde mental e o bem-estar, fazendo com que as pessoas se sintam "mais saudáveis" (Wilkinson, 1996). Um impacto negativo na saúde tem o efeito oposto, causando ou contribuindo para a má saúde. Por exemplo, trabalhar em condições não higiênicas ou inseguras ou passar muito tempo em uma área com má qualidade do ar é provável que tenha um efeito adverso sobre o estado de saúde física.

ARTIGOS CIENTÍFICOS (CONCEITOS DE REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL)

TERMO		DEFINIÇÃO EM PORTUGUÊS
Regulação em saúde		Função de governança, função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuições de recursos, bens e serviços de saúde.

ARTIGOS CIENTÍFICOS (A REGULAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E A REFORMA DO SETOR SAÚDE EM PAÍSES DA AMÉRICA LATINA)

TERMO		DEFINIÇÃO EM PORTUGUÊS
Agenda		Lista de temas ou problemas que constituem foco de séria atenção por parte de um determinado ator num determinado tempo

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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 Ercilia de Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33354314.9.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de Sao Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 754.608

Data da Relatoria: 18/08/2014

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-quanti. 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 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

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

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 754.608

bucal em relação à mobilidade regional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

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

Objetivos Específicos:

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:

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

- Riscos: A participação na entrevista citada não apresenta risco significativo de ordem física e riscos mínimos de ordem psicológica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É relevante, deve ser realizada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados:

1. Projeto coerente com as informações da Plataforma;
2. TCLE;
3. Carta de autorização

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais semestrais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

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

PlataForma Brasil

Continuação do Parecer: 754.608

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 18 de Agosto de 2014

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