**DISTRIBUIÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE
BUCAL NO BRASIL, 1988-1997**

CARLOS JOSÉ DOS SANTOS PELLEGRINO

**Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Prática de Saúde
Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São
Paulo, para a obtenção do Grau de
Doutor.**

**Área de concentração:
Serviços de Saúde Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Roberto
Augusto Castellanos Fernandez**

**São Paulo
1999**

Dedico este Trabalho:

Aos meus pais, Carlos Wagner e Lair, pela orientação segura, dedicação, carinho e pelos sacrifícios dispendidos à minha formação profissional.

À Angela, companheira e amiga de todas as horas, pela presença e incentivo durante toda a minha jornada.

Ao Lucas, pelo amor dedicado, e pelas horas de convívio que lhe roubei.

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho, e na impossibilidade de enumerá-las, destaco:

Professor Roberto Augusto Castellanos Fernandez, orientador deste trabalho, pela amizade, capacidade, dedicação e paciência demonstradas.

Professor Urubatan Vieira de Medeiros, companheiro de sempre, pela atenção e amizade, sempre solícito, principalmente nas minhas horas de aflições e dúvidas.

Professor Paulo Capel Narvai, pelas participações que tanto me ajudaram a nortear meu trabalho.

Etevaldo Sousa dos Santos, por atender prontamente às minhas solicitações, mesmo à distância, sempre com boa vontade.

Fundação Educacional de Barretos, nas pessoas de seu Presidente, Ronaldo Fenelon Santos e da ex Presidente, Ednéia Maria Furegati, pelos recursos oferecidos.

Direção da Faculdade de Odontologia de Barretos, na pessoa da Diretora Patrícia Helena Rodrigues de Souza, pelo incentivo e apoio.

Professora Maria Cristina Vicentini Batista, colega e amiga da Disciplina de Odontologia Preventiva e Social, pelo incentivo e colaboração prestados.

Conselho Federal de Odontologia, pelo fornecimento dos relatórios referentes à força de trabalho em odontologia, necessários à realização desta pesquisa.

Funcionários das bibliotecas, pela atenção e auxílio nas minhas andanças para coletar dados que, por vezes, pareciam impossíveis de serem localizados, em especial aos da biblioteca do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da cidade de São Paulo, por me auxiliarem na busca de informações entre tantos anuários, censos, levantamentos e planos amostrais.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pela bolsa de estudo concedida.

À Professora Maria Helena Scannavino pelo cansativo trabalho de correção das minhas agressões ao vernáculo.

RESUMO

Pellegrino CJS. **Distribuição da força de trabalho em saúde bucal no Brasil, 1988-1997**. São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

• **Objetivo:** Sendo a Odontologia uma profissão de contínua evolução, condicionada a fatores técnicos, antropológicos, sociais, econômicos e étnicos, apresentando padrões diversos, às vezes em um mesmo país, em função de diversas variáveis, realizou-se um estudo com o objetivo de comparar e analisar as características da força de trabalho em saúde bucal no Brasil, relacionando-a com a sua distribuição geográfica e com a população economicamente ativa brasileira.

Métodos. O material para a elaboração deste trabalho foi inteiramente constituído por dados oficiais, sistematizados para subsidiar o diagnóstico da situação dos recursos humanos em odontologia no Brasil, sendo utilizados os relatórios obtidos no sistema de computação do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e os dados fornecidos pelas Pesquisas Nacionais de Amostragem de Domicílios - PNAD e o Censo Demográfico, ambos do IBGE, e as projeções da população publicadas no Diário Oficial da União, obtidas junto às instituições de origem. **Resultados:** A distribuição dos Cirurgiões-Dentistas é irregular, pois concentra-se nas Macrorregiões mais desenvolvidas como o Sudeste (62,5%); onde também se concentra a maioria dos cursos de Odontologia (56,5%). Existe uma relação muito deficiente entre Cirurgiões-Dentistas e pessoal auxiliar em todo o país (proporção de 1:0,17); e o percentual de brasileiros com acesso a cuidados odontológicos é muito pequeno, estima-se que apenas 5% freqüentam os consultórios odontológicos regularmente e 15%

irregularmente.; e apenas 58,34% da população brasileira era considerada economicamente ativa. **Conclusões.** O crescimento da força de trabalho em odontologia se faz de maneira irregular pelo país, concentrando-se nas regiões mais desenvolvidas, sendo superior ao crescimento populacional, e o que sugere a necessidade de se adotarem medidas efetivas para expandir o mercado de trabalho e reduzir o subemprego.

Descritores: Força de Trabalho em Odontologia. Formação Profissional. Serviços de Saúde Bucal

SUMMARY

Pellegrino CJS. **Distribuição da força de trabalho em saúde bucal no Brasil, 1988-1997** [Distribution of the manpower in buccal health in Brazil, 1988-1997]. São Paulo (BR); 1999. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objective. Being the Dentistry a profession of continuous evolution, conditioned to technical, anthropological, social, economic and ethnic factors, presenting several patterns, the times in a same country, in function of several variables, he took place a study with the objective of to compare and to analyze the characteristics of the manpower in oral health in Brazil, relating it with its geographical distribution and with the Brazilian population economically activates. **Methods.** The material for the elaboration of this work was constituted entirely by having given official, systematized to subsidize the diagnosis of the situation of the human resources in dentistry in Brazil, the reports obtained in the system of computation of the Federal Council of Dentistry being used (CFO) and the data supplied by the National Researches of Sampling of Homes - PNAD and the Demographic Census both of the IBGE, and the projections of the population published in the Diário Oficial of the Union, obtained the origin institutions together. **Results:** The distribution of the Dentists is irregular, because she concentrates on the Macro-areas more developed as the Southeast (62,5%); where they also concentrate most of the courses of Dentistry (56,5%). a very faulty relationship. Exists between Dentists and auxiliary personnel in the whole country (proportion of 1:0,17); and the percentile of Brazilians with taken care access

her dental care is very small, she is considered that 5% just frequent regularly the dental clinics and 15% irregularly.; and 58,34% of the Brazilian population were just considered economically it activates. **Conclusions.** The growth of the manpower in dentistry is made himself in an irregular way for the country, if concentrating on the developed areas, being superior to the growth populacional, and what suggests the need to adopt effective measures to expand the labor market and to reduce the sub-employment.

Descriptors: Manpower in Dentistry. Professional development. Buccal Health Services

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	5
2.1 Força de Trabalho	9
2.2 Prática Odontológica	25
2.3 Economia em Odontologia	32
2.4 Pessoal Auxiliar em Odontologia	39
2.5 Ensino Odontológico	43
2.6 O Futuro da Odontologia	49
3. OBJETIVOS	56
4. MATERIAL E MÉTODO	59
5. RESULTADOS	63
6. DISCUSSÃO	152
7. CONCLUSÕES	162
8. SUGESTÕES	165
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168

ÍNDICE DE TABELAS

Número e Título da Tabela	Página
1. Total de Cds inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia, por Estado, nos anos de 1988 a 1997	68
2. População do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, e taxa de crescimento anual da população e de Cds no ano de 1988	69
3. População do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, e taxa de crescimento anual da população e de Cds no ano de 1989	71
4. População do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, e taxa de crescimento anual da população e de Cds no ano de 1990	73
5. População do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, e taxa de crescimento anual da população e de Cds no ano de 1991	75
6. População do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, e taxa de crescimento anual da população e de Cds no ano de 1992	77
7. População do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, e taxa de crescimento anual da população e de Cds no ano de 1993	79
8. População do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, e taxa de crescimento anual da população e de Cds no ano de 1994	81
9. População do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, e taxa de crescimento anual da população e de Cds no ano de 1995	83

10. População do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, e taxa de crescimento anual da população e de Cds no ano de 1996	85
11. População do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, e taxa de crescimento anual da população e de Cds no ano de 1997	87
12. Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Brasil, nos anos de 1988 a 1997	89
13. Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs da Região Norte, nos anos de 1988 a 1997	90
14. Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs da Região Nordeste, nos anos de 1988 a 1997	91
15. Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs da Região Sudeste, nos anos de 1988 a 1997	92
16. Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs da Região Sul, nos anos de 1988 a 1997	93
17. Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs da Região Centro-Oeste, nos anos de 1988 a 1997	94
18. Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Acre, nos anos de 1988 a 1997	95
19. Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado de Alagoas, nos anos de 1988 a 1997	96

20.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Amapá, nos anos de 1988 a 1997	97
21.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Amazonas, nos anos de 1988 a 1997	98
22.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado da Bahia, nos anos de 1988 a 1997	99
23.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Ceará, nos anos de 1988 a 1997	100
24.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Distrito Federal, nos anos de 1988 a 1997	101
25.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Espírito Santo, nos anos de 1988 a 1997	102
26.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado de Goiás, nos anos de 1988 a 1997	103
27.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Maranhão, nos anos de 1988 a 1997	104
28.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Mato Grosso, nos anos de 1988 a 1997	105
29.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Mato Grosso do Sul, nos anos de 1988 a 1997	106

30.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado de Minas Gerais, nos anos de 1988 a 1997	107
31.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Pará, nos anos de 1988 a 1997	108
32.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado da Paraíba, nos anos de 1988 a 1997	109
33.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Paraná, nos anos de 1988 a 1997	110
34.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado de Pernambuco, nos anos de 1988 a 1997	111
35.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Piauí, nos anos de 1988 a 1997	112
36.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 1988 a 1997	113
37.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Rio Grande do Norte, nos anos de 1988 a 1997	114
38.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado do Rio Grande do Sul, nos anos de 1988 a 1997	115
39.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado de Rondônia, nos anos de 1988 a 1997	116

40.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado de Roraima, nos anos de 1988 a 1997	117
41.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado de Santa Catarina, nos anos de 1988 a 1997	118
42.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado de São Paulo, nos anos de 1988 a 1997	119
43.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado de Sergipe, nos anos de 1988 a 1997	120
44.Crescimento da População e dos Cds inscritos nos CROs do Estado de Tocantins, nos anos de 1988 a 1997	121
45.Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil de 1988 a 1997	122
46.Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal na Região Norte de 1988 a 1997	123
47.Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal na Região Nordeste de 1988 a 1997	124
48.Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal na Região Sudeste de 1988 a 1997	125
49.Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal Na Região Sul de 1988 a 1997	126

50.Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal na Região Centro-Oeste de 1988 a 1997	127
51.Percentual de Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil de 1988 a 1997	128
52.Percentual de Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal na Região Norte de 1988 a 1997	129
53.Percentual de Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal na região Nordeste de 1988 a 1997	130
54.Percentual de Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal na Região Sudeste de 1988 a 1997	131
55.Percentual de Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal na Região Sul de 1988 a 1997	132
56.Percentual de Pessoas Economicamente Ativas, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal na Região Centro-Oeste de 1988 a 1997	133
57.Faculdades de Odontologia com as respectivas vagas, por Macrorregiões e no Brasil no ano de 1997	134
58.Faculdades de Odontologia com as respectivas vagas e percentuais em relação ao País, por Macrorregiões e no Brasil no ano de 1997	136
59.Pessal auxiliar em Oodntlogia inscriotos nos Conselhos Regionais no Brasil -1977	136

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Número e Título do Gráfico	Página
1. População e Cds por Macrorregiões do Brasil - 1988	137
2. População e Cds por Macrorregiões do Brasil - 1997	138
3. População Economicamente Ativa, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil - 1988	139
4. População Economicamente Ativa, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil - 1989	140
5. População Economicamente Ativa, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil - 1990	140
6. População Economicamente Ativa, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil - 1991	141
7. População Economicamente Ativa, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil - 1992	141
8. População Economicamente Ativa, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil - 1993	142
9. População Economicamente Ativa, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil - 1995	142
10. População Economicamente Ativa, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil - 1996	143

11.População Economicamente Ativa, com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal no Brasil - 1997	143
12.Proporção entre ACD-THD X Cirurgião-Dentista - 1997	144
13.Percentual de Crescimento da População e dos Cds no Brasil - 1988	145
14.Percentual de Crescimento da População e dos Cds no Brasil - 1997	145
15.Número de vagas e número de Faculdades no Brasil - 1997	146
16.Relação CD X População no Brasil - 1988	147
17.Relação CD X População no Brasil - 1989	147
18.Relação CD X População no Brasil - 1990	148
19.Relação CD X População no Brasil - 1991	148
20.Relação CD X População no Brasil - 1992	149
21.Relação CD X População no Brasil - 1993	149
22.Relação CD X População no Brasil - 1994	150
23.Relação CD X População no Brasil - 1995	150
24.Relação CD X População no Brasil - 1996	151
25.Relação CD X População no Brasil - 1997	151

SIGLAS

AADS-	- Journal of American Dental Association
ACD	- Atendente de Consultório Dentário
ADA	- American Dental Association
APD	- Auxiliar de Prótese Dentária
CFO	- Conselho Federal de Odontologia
CRO	- Conselho Regional de Odontologia
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JADA	- Journal of American Dental Association
PNAD	- Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
THD	- Técnico em Higiene Dental
TPD	- Técnico em Prótese Dentária

Volto o meu rosto sempre na direção do
sol, para que as sombras fiquem para trás
Olho para frente com confiança
e para trás sem ressentimentos
Pois Deus ajuda aqueles que se ajudam
Por isso comporta-me como se tudo
dependesse de mim . . .
e rezo como se tudo dependesse de Deus

Introdução

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia brasileira sempre foi considerada como uma profissão de exercício liberal, de caráter individual e privado, e no decorrer dos anos 80 continuou atraindo um grande número de novos adeptos, e quando passou a fazer parte da crise geral, a sua liberalidade começou a ser contestada.

Tendo como característica o contato direto com o paciente e com os programas de saúde pública para pequenas comunidades, geralmente planejados para os escolares, a profissão começou a perceber que essa prática não estava conseguindo melhorar, nem ao menos manter estáveis os níveis de saúde bucal de sua população. Ao contrário, o Brasil passou a fazer parte da estatística mundial como um dos principais países que possui um alto índice de ataque de cárie em crianças e adolescentes, apesar de ter uma oferta de profissionais de nível superior que representa cerca de 11% da mão de obra odontológica disponível no mundo (PINTO⁹⁴ 1990).

Estudar a força de trabalho, a partir de suas características demográficas, nos permite conhecer a forma como uma categoria profissional está estruturada.

Com a crise sócio-econômica e a evidência de uma sobre-oferta de profissionais de saúde, aumentou o número de estudos que procuram identificar as tendências do mercado de trabalho em saúde, mas não são freqüentes as pesquisas de âmbito nacional referentes à odontologia de saúde pública e de seu relacionamento com os aspectos econômicos e sociais e com as realidades mais abrangentes do setor saúde de um modo geral.

Os poucos dados disponíveis fazem com que os problemas da odontologia não sejam discutidos com a sociedade ou mesmo junto à categoria, prevalecendo desta

maneira, uma profissão elitista, que privilegia a especialização, o individualismo, o biologismo e de reduzido impacto social.

Outro aspecto da força de trabalho em odontologia que merece destaque é o aumento no número de Cirurgiões-Dentistas formados, que pode ser analisado sob vários aspectos: a má distribuição desses profissionais que se concentram nos grandes centros urbanos; o baixo poder aquisitivo da população e o acréscimo considerável do número de cursos de odontologia em funcionamento no Brasil atualmente.

Em 1980, o Brasil contava com 61.628 Cirurgiões-Dentistas inscritos nos Conselhos. Após dez anos (80 a 89), este número saltou para 101.880, tendo um crescimento extraordinário na ordem de 65,3%, enquanto o crescimento da população brasileira neste mesmo período girou em torno de 20%.

Segundo o Conselho Federal de Odontologia, em dezembro de 1996 havia no Brasil 139.110 Cirurgiões-Dentistas e se formavam 8.236 novos profissionais a cada ano. Comparando estes números com os dados demográficos do país, percebemos que o crescimento da população continua sendo muito menor do que o crescimento dos Cirurgiões-Dentistas ao ano.

Atualmente, segundo dados de maio de 1998 do Conselho Federal de Odontologia, estamos com 146.376 profissionais Cds cadastrados junto aos Conselhos Regionais. Somente no período compreendido entre 96 a 98, tivemos um aumento em torno de 5% de novos profissionais no mercado de trabalho, não acompanhado pelo aumento populacional neste mesmo período.

Tendo em vista que a relação ideal cirurgião-dentista/habitante, segundo a Organização Mundial de Saúde, é de 1/1.500, é de se esperar uma discrepância

acentuada desta proporção, principalmente na região Sudeste e nos grandes centros urbanos do país, onde a concentração de profissionais é ainda maior.

O grande número de Cirurgiões-Dentistas presentes no país não tem sido fator determinante na melhoria da saúde bucal da população. Devido a desigual distribuição de riquezas no Brasil, onde a renda média dos 10% mais ricos é 20,6 vezes maior do que a dos 40% mais pobres, fica difícil o acesso da maioria da população ao tratamento odontológico (FUNDAÇÃO IBGE⁴⁹ 1999).

Se for mantido este atual quadro no país, em cerca de 10 anos haverá uma grande diminuição do poder aquisitivo dos Cirurgiões-Dentistas, fruto da divisão de pacientes, considerando a atual proporção de aumento populacional/aumento de Cirurgiões-Dentistas.

Outro fator preocupante é que o elevado número de faculdades de Odontologia, principalmente nas regiões Sul e Sudeste. Em 1997, novos cursos de Odontologia foram abertos, a maioria no Estado de São Paulo, com aproximadamente 1.000 novas vagas. Está se criando, a cada novo ano, um contingente de profissionais que não encontra espaço, salários justos e aceitáveis, nem condições de exercer sua profissão com dignidade no mercado de trabalho já saturado; como também a má formação da maioria destes profissionais, irá depreciar e desacreditar a Odontologia como ciência e arte a serviço da população.

Diante do exposto, a escolha do tema para o presente estudo, que tem como finalidade conhecer a distribuição da força de trabalho em saúde bucal no Brasil, Macrorregiões e nos Estados, se justifica na medida em que visa oferecer sugestões que possam colaborar para a sua melhor adequação no país.

Revisão da Literatura

2. REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com o objetivo deste trabalho, e a fim de facilitar a leitura desta revista, os assuntos são descritos agrupados nos seguintes tópicos:

2.1 Força de Trabalho

Considerações sobre a força de trabalho em odontologia baseadas em estudos nacionais e internacionais.

2.2 Práticas odontológicas

Considerações a respeito das várias modalidades de práticas odontológicas, utilizando trabalhos de autores nacionais e internacionais.

2.3 Economia em Odontologia

Descrição do relacionamento da economia nacional e mundial com a profissão odontológica, através de trabalhos sobre o referido tema.

2.4 Pessoal Auxiliar

Descrição cronológica de trabalhos a respeito de recursos humanos em odontologia, ressaltando a importância destes profissionais para a profissão, em relação ao Brasil e a outros países.

2.5 Ensino Odontológico

Descrição cronológica de estudos sobre o tema, destacando o importante papel das instituições de ensino em relação ao futuro da profissão.

2.6 O Futuro da Odontologia

Projeção sobre futuro da profissão, baseada em pesquisas de vários autores.

O exercício de qualquer profissão relaciona-se com a conjuntura econômica e a estrutura social do meio em que é praticada.

A Odontologia é uma profissão de contínua evolução, condicionada a fatores técnicos, antropológicos, sociais e étnicos, apresentando padrões diversos, às vezes em um mesmo país, em função de diversas variáveis.

A ciência e a prática odontológica nacionais têm em mãos todos os instrumentos necessários para controlar as doenças bucais mais prevalentes na nossa sociedade, principalmente as cáries e as doenças periodontais. Já possuímos conhecimento das suas causas, o mecanismo de ação dos agentes patogênicos, os meios preventivos e curativos para combatê-los, as formas de preservação do equilíbrio bucal, dentre outras.

Os avanços da ciência já proporcionaram à odontologia brasileira todos os instrumentos necessários para o controle da maioria das doenças que afetam tantos milhões de brasileiros.

Porém, existe um grande descompasso entre a produção de necessidades de cuidados em Odontologia por parte da população e a produção de serviços e saúde bucal por parte da profissão. Por um lado, a profissão oferece serviços, tanto públicos quanto privados e por outro, a população produz necessidades sempre crescentes e cumulativas, que na maioria das vezes, não são satisfeitas. O motivo da não satisfação das necessidades de saúde bucal da população pode, num primeiro momento, suscitar dúvidas a respeito da eficiência profissional, visto que a profissão foi estruturada para conservar o estado da normalidade e higidez dos tecidos da cavidade bucal e/ou prevenir e tratar os desvios do quadro descrito.

O indicador da ascensão de uma profissão é conseguida a partir da consolidação da legislação que a rege, provocando o aparecimento de entidades de classe, de escolas de aperfeiçoamento, estruturando-se em um processo de auto-formação, firmando-se como profissão e tendo o reconhecimento da sociedade.

O aspecto sócio-econômico da evolução da profissão odontológica, no Brasil, se caracteriza fundamentalmente pela interferência que os fatores sociais produzem em sua atividade.

Como as demais profissões, a de Cirurgião Dentista sofre de disparidades com a longa recessão que acontece de região para região e o fator social torna-se preponderante em seu comportamento.

2.1 Força de Trabalho

A concentração de Cirurgiões Dentistas em uma região, invalida muitas vezes, o esforço de anos de formação frente à frustração da fixação em um local já saturado. Nestes locais existe a necessidade cada vez maior da elitização de atuação, através de um trabalho cada vez mais especializado, tendo como solução a formação de grupos de trabalho.

Somente uma perfeita distribuição de profissionais com formação eficiente propiciará que os verdadeiros objetivos a que se propõem à profissão sejam atingidos no contexto social, ou seja, o profissional livre, autônomo, economicamente e eticamente independente e, principalmente, socialmente responsável.

Segundo ARBENZ³ (1959), o mercantilismo e a falta de vocação se associam à plethora profissional provocando danos ao padrão moral da profissão,

transformando-se na própria etiologia de procedimentos incompatíveis com a dignidade que a legislação impõe à classe.

A execução dos serviços odontológicos é sujeita às leis de oferta e procura, que por sua vez é determinada pela proporção profissional/renda “per capita” da população conforme classificação de CHAVES²² (1977), caracterizando três situações:

1. Pletora Profissional:

Quando a demanda é menor que a oferta de serviços, isto é, a oferta de serviço é maior que a procura. Isto acarreta disponibilidade profissional, abaixa os preços, diminui a renda média do Cirurgião-Dentista desestimulando o ingresso à profissão.

2. Falta de Profissionais:

Quando a demanda é maior que a capacidade de serviços, ao contrário da situação anterior, provoca um aumento de preços, seleciona clientela e estimula novos ingressos na profissão.

3. Situação de Equilíbrio: a demanda se iguala à oferta.

Acredita ainda o autor, que o sucesso ou o fracasso dos programas de saúde dependem, em grande parte, da quantidade e qualidade da mão-de-obra disponíveis. Esclarece, ainda que, o número de Cirurgiões-Dentistas existentes num dado instante guarda relação com a procura por serviços naquele momento e que é muito difícil definir qual a relação dentista/habitante em que existe equilíbrio entre oferta e demanda.

Não é necessário enfatizar que as condições gerais de vida são determinantes dos problemas de saúde bucal, pois a relação qualidade de vida versus condições de

saúde é sobejamente conhecida por todos os profissionais da área. Igualmente, torna-se desnecessário reafirmar que os padrões técnicos seguidos pela Odontologia brasileira são reconhecidos internacionalmente por sua qualidade. O que determina, então, o descompasso entre oferta/procura por serviços de saúde bucal? Para respondermos a esta questão é necessário analisarmos algumas características da profissão no Brasil. Uma dessas características é a força de trabalho, definida por MARX, citado por BRAVERMAN¹⁸ (1982), como sendo a capacidade do ser humano em produzir trabalho, seja em seu próprio benefício ou em benefício de outros. No nosso caso específico, a força de trabalho em saúde bucal, como objeto de análise, auxilia o entendimento das tendências do mercado de trabalho e amplia nosso campo de visão, permitindo uma análise mais abrangente da profissão e suas relações com a população.

Devemos levar em conta as diferenças de conceito entre força de trabalho e recursos humanos. Segundo NOGUEIRA⁸³ (1983), força de trabalho é termo consagrado pela economia política e está relacionado a outros termos como: emprego/desemprego, produção, remuneração, divisão de trabalho, renda, etc. Já recursos humanos é expressão da ciência da administração e esta relacionada a função de gerência ou planejamento, como capacitação, seleção, plano de cargos e salários, planejamento, etc.

Estudando o mercado de trabalho odontológico brasileiro, CORDON²⁸ (1986) encontrou que 84,7% dos recursos humanos trabalhavam na clínica privada, 44,5% no setor público ou social e 11,2% dedicavam-se ao ensino e administração, com áreas de confluência entre os trabalhadores dos três setores. Informa ainda, que a diminuição do poder aquisitivo da classe média determina que as despesas familiares

anuais com cuidados de saúde bucal sejam inferiores a diversas despesas de consumo. Acredita que a situação do mercado de trabalho odontológico deva ser discutida amplamente, não só pela profissão mas também pelo Estado e, principalmente, pela sociedade.

Concordando com o trabalho de CORDON²⁸ (1986), ROSSETINI e NARESSI¹⁰⁵ (1986) relatando os resultados de sua pesquisa, apontam a prevalência de 64,1% dos Cirurgiões-Dentistas exercendo apenas atividades na clínica privada e 35,9% exercendo a atividade também em serviço público e ensino.

BOTTI & SANTOS¹⁴ (1986) mostraram que a realidade social acarreta perspectivas às vezes deslocadas, provocando no profissional egresso das Faculdades uma frustração da expectativa de realização em sua profissão, pois existe o mito de que formar-se dentista é garantia de sucesso, prestígio e dinheiro.

Segundo CORDON²⁸ (1986), as perspectivas dos recursos humanos odontológicos para os próximos anos oferecem uma tendência ao crescimento acelerado da força de trabalho em saúde, aumento da participação competitiva feminina no emprego, rejuvenescimento da força de trabalho, elevação do grau de escolaridade dos profissionais e a conseqüente maior especialização, desaparecimento da prestação autônoma de serviços em saúde, aumento da absorção de empregos no setor privado (empresas odontológicas), prolongamento da jornada de trabalho, proletarização da categoria, desconcentração da distribuição de rendimento e aumento considerável do “stress” profissional.

A solução da problemática de saúde bucal brasileira está numa ação política mais do que em medidas parciais, de forma e não de conteúdo. É com uma visão da totalidade social, conclui o autor, que se pode compreender melhor o problema de

saúde-doença bucal do país, visão que precisa do domínio do método científico e de uma organicidade correta dos intelectuais com relação à sua colaboração na transformação estrutural da sociedade.

BOTAZZO¹³ (1989) e col. realizaram um amplo estudo sobre a força de trabalho em saúde bucal em serviços públicos no Estado de São Paulo, onde concluíram que:

- não há, efetivamente, uma política de incorporação de pessoal auxiliar nos serviços públicos analisados no estudo, com exceção da Prefeitura do Município de São Paulo;
- a cobertura possível, atualmente (1988) na rede estadual de ensino, abrange apenas 13,6% do total de necessidades.

Os autores entenderam que se fazem necessários “... outros estudos mais abrangentes, abordando o grau de ocupação, distribuição pelos setores públicos e privados, trabalho autônomo e assalariado, participação da mão-de-obra feminina e incorporação de pessoal auxiliar, visando identificar as tendências de mercado de trabalho em saúde bucal.”

O mercado de trabalho torna-se, segundo PINTO⁹³ (1989), dependente em maior proporção de fatores extra-odontológicos ligados à estrutura capitalista de produção e de organização social. A concentração de profissionais nas grandes cidades e nas áreas com melhores níveis de renda é um fenômeno que se torna agudo em sociedades estratificadas economicamente e que atravessam período de recessão econômica.

O mercado de trabalho a nível público, de acordo com PINTO⁹⁴ (1990), é bastante restrito, ofertando apenas 29.620 vagas em todo o Brasil. Apesar desse fato, o país possui o maior número de cursos de formação de Cirurgiões-Dentistas em todo

o mundo, e o quantitativo de profissionais brasileiros corresponde a 11% dos existentes no planeta.

Estudando a realização profissional entre os dentistas na Grande São Paulo, COSTA³⁰ et al. (1992) concluiu que genericamente, os profissionais pesquisados são clínicos gerais, que vivem basicamente da Dentística, Prótese e Endodontia, que fazem no seu consultório, apesar de que 40% dos pesquisados tenham algum vínculo empregatício. Eles procuraram a Odontologia pela afinidade com o trabalho e, embora não tivessem se decepcionado com a profissão, manifestaram viva insatisfação financeira diante de um ganho total médio de US\$900,00/mês. Muito embora a razão homem/mulher na amostra, como um todo, tenha sido de 2 para 1, o número de dentistas do sexo feminino aumentou rapidamente desde a década de 70, o que pode significar mudanças profundas na profissão, tendo em conta a clara tendência dessas para o trabalho assalariado bem como a sua atuação clínica calcada mais sobre Odontopediatria e Endodontia, em prejuízo da Prótese.

BERNARDO⁶ (1992) observou que a realidade que o Cirurgião Dentista enfrenta no mercado de trabalho é mais difícil que o vestibular.

Segundo SILVA¹¹¹ (1993), diversos estudos demonstram que é intensa no país, a concentração dos recursos humanos em saúde nas regiões mais desenvolvidas e nas capitais dos estados brasileiros. Esse desequilíbrio se observa não somente em relação aos profissionais já existentes, mas também quanto a inserção de novos profissionais. A região nordeste, por exemplo, que concentra 28,5% da população brasileira, tem apenas 18% do número de egressos anuais dos cursos de medicina no país e 14% dos egressos das faculdades de Odontologia. Em contrapartida, a região

sudeste com 43,6% da população, tem 60% e 66% dos profissionais egressos dos cursos de medicina e odontologia respectivamente.

O trabalho de SOTERAS e col.¹¹³ (1993), descrevendo a experiência cubana concluiu que o processo de planificação dos recursos humanos no setor da saúde está vinculado estreitamente com o processo de desenvolvimento econômico e social de Cuba. Nas condições econômicas atuais do país, intensifica-se a busca de métodos para aumentarem a eficácia e a eficiência dos recursos, especialmente os humanos, com o intuito de conseguir um nível ótimo na qualidade dos serviços de saúde que se fornece à população.

Um estudo realizado por MANN e col.⁶⁸ (1993), nos anos 80 em Israel, utilizando métodos diferentes para avaliar os recursos humanos em odontologia, projetaram um grande excesso de Cirurgião-Dentista para o futuro, afetado pela adição de quase 1000 Cirurgiões-Dentistas que imigraram para o país em 91-92. Para prevenir uma taxa de desemprego significativa entre os Cirurgiões-Dentistas e um mercado livre descontrolado, é sugerido como medida urgente no interesse tanto do provedor como do consumidor, que a demanda para serviços seja aumentada e que haja um financiamento adicional para a atenção dental, e que o número total de Cirurgiões-Dentistas seja diminuído através de várias medidas tais como: estimular a aposentadoria precoce, limitar o trabalho a determinadas idades e melhorar sua distribuição geográfica. Deveria ser necessário, segundo o autor, colocar limites quanto ao número de consultas ou quanto ao número de pacientes permitido por consultório odontológico.

HARRIS⁵⁵ (1993) relatou em seu trabalho que houve nos Estados Unidos, um grande aumento na porcentagem da população de meia-idade e na população dos

idosos. Existe também uma previsão de crescimento anual de 6,4% em relação às despesas realizadas pelos pacientes para cuidar de sua saúde bucal nesta década, conduzindo a um total de US\$63 bilhões de dólares para o ano 2000.

Antes de 1965, só 40% dos americanos visitavam o dentista pelo menos uma vez ao ano. Em 1979, essa situação aumentou para 50%, e as mais recentes estatísticas mostraram que houve um crescimento para 58% em 1986. O total de visitas dos pacientes cresceu de 354 milhões em 1979 para 467 milhões em 1986, e a tendência é que se excedam os 500 milhões. Simultaneamente a este aumento das visitas ao consultório odontológico, houve também uma melhora nos instrumentos e nas tecnologias disponíveis para os dentistas satisfazerem as necessidades dos pacientes. Além do aumento das visitas dos pacientes e o aumento das tecnologias e métodos de tratamento, houve um crescente aumento da consciência da população com relação à importância da saúde bucal.

Um fator que não está aumentando dramaticamente na atualidade, segundo o autor, é o número de dentistas. O atual crescimento anual na força de trabalho dental é ao redor um por cento, menos que a taxa de crescimento da população. Para os dentistas que começaram as suas carreiras durante os anos noventa, é o quadro de força de trabalho dental mais favorável nos últimos 20 anos.

De acordo com ELLIS³⁶ (1993), as estatísticas compiladas pela Associação Americana de Faculdades de Odontologia, nos Estados Unidos, indicam que o número de candidatos e de matrículas nas faculdades de odontologia diminuíram continuamente ao longo dos anos oitenta. O número de candidatos em 1990 era de 5.123; menos de um terço do pico de 15.734 em 1975. Cinco faculdades de odontologia nos EUA fecharam na década passada. Semelhantemente, os formandos

das faculdades de odontologia têm continuamente declinado de um pico de 5.756 em 1982 para o nível presente de aproximadamente 4.000 por ano. Pelo fato de ter havido uma redução global na prevalência de cáries coronárias necessitando de tratamento em crianças em idade escolar, na extensão e severidade das periodontites em trabalhadores adultos e dos desdentados, a diminuição dos formandos em odontologia representaria um resultado racional.

Porém, em contraste com a diminuição notável dos formandos das faculdades de odontologia, as matrículas em programas de treinamento avançados nas oito especialidades dentais oficialmente reconhecidas nos EUA permaneceram constantes nos recentes anos. Como resultado, o número de matriculados no primeiro ano nos cursos de especialização cresceu em cerca de 30% do número de diplomados das faculdades de odontologia em 1990, quase o dobro da histórica porcentagem que prevaleceu antes de 1980. Combinado com o contínuo crescimento da matrícula em programas de treinamento avançado em clínica geral durante as últimas duas décadas, atualmente, quase 40% dos formandos em âmbito nacional solicitam uma vaga neste tipo de treinamento.

Com relação a atenção à população indígena, COLLINS e col.²⁴ (1993), sugerem em seu trabalho que o Serviço de Saúde do Índio nos Estados Unidos, como uma agência de saúde pública, tem de planejar as necessidades de toda a população de índios americanos e dos nativos do Alasca, devendo distribuir os recursos tão equitativamente quanto possível. Todavia, a disponibilidade de recursos em programas públicos está sujeita aos compromissos inerentes ao processo político; assim, o uso de um modelo para o planejamento dos recursos humanos pode não ser

suficiente para assegurar a distribuição eqüitativa dos recursos humanos e odontológicos.

Em contrapartida, MORGAN e col.⁷⁶ (1994), fizeram um estudo, no Estado de Victória, na Austrália, a respeito do programa da OMS/FDI como um instrumento de predição de mão-de-obra baseado nas necessidades e ponderado segundo a demanda, utilizando-o com recentes dados epidemiológicos, e chegaram à conclusão de que existia, naquele momento, uma subprovisão de pessoal odontológico, decorrente do aumento da população idosa, do incremento da demanda de serviço odontológicos e de uma taxa decrescente de edentulismo, projetando para o ano 2000 uma subprovisão de recursos humanos em odontologia.

Os Cirurgiões-Dentistas que trabalhavam em consultório particular, segundo a pesquisa de BRAND e col.¹⁵ (1994), opinaram a respeito do planejamento futuro das necessidades de recurso humano para a África do Sul. As sugestões encontradas foram: mais Cirurgiões-Dentistas para as áreas em desenvolvimento, mais pessoal auxiliar, mais procedimentos preventivos e de serviços de educação para a saúde

Já no Reino Unido, segundo RENSON¹⁰¹ (1994), existem várias opiniões de que há, atualmente, muitos dentistas. Há uma preocupação de que uma oferta excessiva de dentistas conduzirá ao desemprego, ou subemprego na Inglaterra e na Irlanda. Esta alegação foi largamente refutada por uma recente comparação da força de trabalho odontológico nos países europeus. Este estudo indicou que, com exceções de Espanha e Portugal, a Inglaterra era o país menos provável para sofrer de desemprego de pessoal odontológico ou subemprego no futuro, pois em 1991 a porcentagem de população para o Reino Unido em relação à idade era: 21% tinham de 30 a 44 anos; 16,6% possuíam entre 45 a 59 anos; 13,7% tinham entre 60 e 74

anos e 7% possuíam de 75 ou mais; sendo que a expectativa de vida no país é, para ambos os sexos, de 75 anos e está aumentando.

A relação dentista/habitantes nos Estados Unidos, segundo WALDMAN¹²⁵ (1994) atingiu o auge em 1987. Existem previsões de uma dramática diminuição na relação dentista/habitantes nas primeiras décadas do século vinte e um, sendo umas das causas o aumento da imigração e os novos nascimentos, estando a população dos Estados Unidos crescendo mais rapidamente que as projeções de quatro anos atrás. Pode-se projetar que em meados do próximo século, virtualmente a metade da população será composta de negros, hispânicos, asiáticos e índios americanos, ficando os atuais termos “maioria” e “minorias” sem sentido. Segundo o autor, além da projeção do número potencial de diplomados e das relações dentista/habitantes, há outros novos fatores que também devem ser considerados quando se planejar o futuro da profissão, que devem incluir: a evolução dos padrões das doenças bucais nas populações que constituem os segmentos que crescem mais rapidamente na nossa sociedade, o impacto potencial das propostas para o planejamento do seguro de saúde para toda a nação, o crescimento no tamanho das práticas odontológicas, e as modalidades de tratamento inovadores no futuro que parecem ser ficção científica se comparadas às práticas atuais.

No México, segundo RODRIGUEZ e col.¹⁰³ (1994), no que diz respeito a formação de recursos humanos em odontologia, as escolas que ainda não estão reestruturando seus planos de estudos, precisam reorientar seus esforços em duas direções: uma, encaminhando a formação de dentistas para um trabalho profissional que permita a integração do conhecimento através da investigação e do desenvolvimento de projetos multidisciplinares em uma prática com enfoque

empresarial; e a outra que conte com os elementos para a planificação dos serviços com base na estratégia da atenção primária de saúde. Finalmente, deverá orientar as ações educativas para o fortalecimento da prática preventiva.

GOLDBERG⁵² (1994) estudando o problema do excesso de especialistas em cirurgia buco maxilofacial, sugeriu em seu trabalho, que a maioria dos cirurgiões deveria se agrupar em multiespecialidades, e passarem a atuar nos cuidados primários; enquanto outros, forçados pela realidade econômica se aposentariam ou retornariam à clínica geral, sendo esta uma solução para o futuro imediato.

A respeito das políticas de formação de recursos humanos em programas comunitários de saúde bucal no Brasil, FREITAS³⁹ (1994) concluiu que os recursos de nível técnico são necessários ao Sistema Único de Saúde, e estes não vêm sendo utilizados de maneira adequada enquanto fator estratégico, sendo que existe a necessidade de reorientação dos recursos humanos de nível superior.

Os relatórios a respeito das mudanças em relação aos recursos humanos em odontologia a nível nacional nos Estados Unidos, segundo o trabalho de WALDMAN¹²³ (1994), não descrevem as variações existentes a nível nacional. Indicam uma distribuição crescente, mas uniforme de Cirurgiões-Dentistas em atividade (com exceção dos especialistas), apesar de existirem populações que não recebem atenção odontológica em muitos estados.

Em relação à distribuição dos Cirurgiões-Dentistas especialistas, WALDMAN^{118, 122, 124} (1993, 1994), realizou vários trabalhos a respeito, que indicaram especificamente entre 1982, 1987 e 1991 um discreto aumento na relação endodontista/ 100.000 habitantes (de 0,9 para 1,2); um leve aumento na relação cirurgiões buco maxilofaciais/100.000 habitantes (de 2,3 para 2,5); e a relação

ortodontista/100.000 habitantes permaneceu praticamente inalterada (de 3,4 para 3,5). Segundo o autor, esses relatórios fornecem o discernimento direcional para se preverem os recursos humanos necessários, pois as projeções atuais indicam uma contínua reversão (desde 1987) da relação do número total de Cirurgião-Dentista/habitantes e uma reversão numérica da quantidade de Cirurgião-Dentista durante os últimos anos da atual década.

No Brasil, os diversos elementos constitutivos das políticas de recursos humanos têm refletido as conjunturas políticas e econômicas. Uma importante inflexão no mercado de trabalho, com tendência a se consolidar na década de 90, foi dada pela ampliação dos postos de trabalho a nível municipal. Chama a atenção também a progressiva recomposição da equipe de saúde, com o ingresso de novas profissões, particularmente de nível médio. A grave situação de remuneração no setor público de saúde, com conflitos, greves e reflexos diretos na assistência à população, parece não ter uma perspectiva favorável, ao menos proximamente (DAL POZ e VARELLA³¹ 1994).

A respeito ao continente asiático, SAKAI e col.¹⁰⁶ (1995), notaram que do limitado recurso humano disponível em muitos países, uma parcela considerável de Cirurgiões-Dentistas se concentram nos hospitais da cidade (ex. Indonésia). A China possui uma proporção dentista/habitante desfavorável (1:50.000), enquanto situações extremas foram encontradas, como Bangladesh que possui apenas 800 Cirurgiões-Dentistas e 450 auxiliares para 120 milhões de habitantes, e o Camboja, pela sua instabilidade política, têm menos de 50 Cirurgiões-Dentistas em atividade. Em contrapartida, a Coreia possui 13.000 Cirurgiões-Dentistas e 10.000 auxiliares, contando com 1.200 Cirurgiões-Dentistas no serviço público, ao contrário do Japão

onde somente 109 Cirurgiões-Dentistas atuam no serviço público. Vale ressaltar que em vários países asiáticos os Cirurgiões-Dentistas sem nenhum treinamento formal proporcionam atendimento de emergência à população ou atuam como “denturistas”, que apesar de colocarem seus pacientes em risco, continuam aumentando.

No Estado Americano do Tennessee, SLAGE e CRAWFORD¹¹² (1995), utilizando uma fórmula desenvolvida pelo estado de Kentucky, calcularam que este estado tem um pequeno excesso de Cirurgiões-Dentistas, atualmente, mas que se transformará em escassez no início do próximo século.

MEDEIROS⁷³ (1995) pesquisando a força de trabalho no Brasil, concluiu que sua distribuição é irregular, com uma relação deficiente entre Cirurgião-Dentista e pessoal auxiliar, com um excesso de cursos de graduação em Odontologia, e que as condições econômicas reduzem o número de brasileiros com recursos para comprar serviços nas clínicas privadas, e o crescimento da força de trabalho em saúde bucal é maior do que o da população, necessitando de medidas viáveis para expandir o mercado e reduzir o subemprego.

Estudando o período de tempo em que o dentista exerce sua profissão, BORGES e CAMPOS¹¹ (1995) observaram que a reposição de recursos humanos para a produção de bens e serviços necessários e/ou desejados em um sistema econômico deve constituir-se em preocupação constante dos governos e que o aumento de vagas e a abertura de novos cursos de Odontologia deveriam ser precedidos por um estudo cuidadoso das quantidades de serviços odontológicos ofertados e das demandas. A busca de uma Odontologia voltada para os interesses reais da população envolve uma discussão séria sobre a formação, distribuição geográfica e remuneração dos recursos humanos, já que estes são os agentes

multiplicadores da atenção em saúde bucal. É necessário, no processo de formação, dentre outras coisas, fornecer ao aluno uma visão da totalidade e não somente uma abordagem individualista. Torna-se necessária uma redistribuição profissional, desconcentrando os recursos humanos dos grandes centros.

Em relação ao número ideal de profissionais ou “número ótimo”, COLOMBET e col.²⁵ (1996) sugerem que estes não sejam rígidos, formais, mas levem em conta as variações dos fatores epidemiológicos, demográficos e sociais e econômicos, como também devem observar o desenvolvimento qualitativo e quantitativo das condições bucais e os efeitos da educação em saúde e as estratégias dos métodos de prevenção.

O CENTRO DE PESQUISAS DA ASSOCIAÇÃO DENTAL AMERICANA (ADA SURVEY CENTER² 1996) realizou um amplo trabalho a respeito da demografia da odontologia nos Estados Unidos em relação aos seguintes itens:

- Idade: a nação está envelhecendo, e os Cirurgiões-Dentistas também envelhecem com ela.
- Diversidade: a maioria dos Cirurgiões-Dentistas são homens, mas as mulheres estão ganhando terreno.
- Modo de trabalho: a maioria dos Cirurgiões-Dentistas trabalham em consultórios particulares exercendo a clínica geral.
- Crescimento: a odontologia permanece uma escolha atraente como profissão para muitos americanos, apesar do crescimento ter reduzido a velocidade, de tal modo que entre 1994 e 2020, é esperado que o número de Cirurgião-Dentista, em atividade, aumente aquém do crescimento da população em geral.

- Residência: Os Estados Unidos possuem 166.425 Cirurgiões-Dentistas em atividade, sendo que $\frac{3}{4}$ são associados da American Dental Association.

O Brasil é a nação que possui o maior índice proporcional de faculdades de odontologia, considerando-se o número de habitantes do país. GARRAFA e MOYSÉS⁵⁰ (1996) consideram que muitas dessas faculdades têm como objetivo apenas proporcionar lucros aos seus proprietários e assessores. Por outro lado, temos principalmente nas universidades públicas, um considerável número de escolas que formam seus Cirurgiões-Dentistas dentro de padrões técnicos aproximados às melhores experiências mundiais. Desta forma, concluem, há de se ressaltar que com o aumento significativo do número de faculdades, ficou proporcionalmente maior a legião de dentistas no contexto odontológico nacional, eles constituem uma geração formada e direcionada à necessidade do constante aprimoramento científico, mostrando-se geralmente ávidos por novos conhecimentos e tecnologia de ponta.

A aquisição de novos conhecimentos e novas tecnologias, segundo EVANG (1975) citado por TRAEBERT¹¹⁷ (1996, p.520), pode ser conseguida pela troca de experiências internacionais, baseando-se no fato de que áreas específicas dos serviços de saúde não se diferenciam significativamente de um lugar para outro. Entretanto, os modelos de assistência odontológica praticados em nações que possuem alta provisão de recursos humanos e financeiros, como os países escandinavos, não serviriam para serem adotados no Brasil, pois as realidades geográficas, demográficas, sociais, econômicas, culturais e políticas são divergentes. É necessário, conclui TRAEBERT¹¹⁷ (1996) que se busque caminhos próprios, adequados à realidade do país, não desprezando os avanços científicos conseguidos pelas sociedades que já atingiram um patamar de desenvolvimento maior que o do nosso país.

Enquanto a atual demanda pública para os serviços odontológicos, nos Estados Unidos, pode ser excelente, o que poderá ocorrer no futuro? É o questionamento de MESKIN⁷⁵ (1997), no seu editorial onde pergunta “Quem poderá assegurar que os Cirurgiões-Dentistas provavelmente terão mais 30 anos de prosperidade? Continua o autor “Tentar predizer a demanda de recursos humanos em odontologia tem sido uma ciência inexata, um processo com muitas dificuldades, pois com o grande número de variáveis não controladas em odontologia, fazer uma previsão perfeita é irrealizável”.

2.2 Prática Odontológica

De acordo com BOTAZZO¹² (1986), a demanda por serviços odontológicos é altamente reprimida no Brasil, por atuar em um modelo individualista, possuir filosofia curativa-reparadora e ser ofertada a custos altos, o que determina sua baixa cobertura, tornando-a acessível apenas a pequenas parcelas da população que possui maior poder aquisitivo, que podem suportar seus custos. O autor observa que apesar desse fato, muitas pessoas vivem em condições de miséria absoluta, não tendo acesso ao consumo, e muito menos aos serviços básicos essenciais.

Conclusão semelhante é apontada por CORDON²⁸ (1986), quando diz que aparentemente a composição do trabalho odontológico está em progressivo assalariamento, estabelecendo-se três elementos fundamentais dentro da categoria: os que ainda realizam uma prática nos moldes liberais, os que combinam esta prática privada com momentos em que vende sua força de trabalho e aqueles que unicamente são assalariados de alguma instituição pública ou privada. A concentração do capital em poucas mãos tem feito com que grande parte da população não tenha as

possibilidades reais de financiar, via privada, o atendimento de suas necessidades de saúde bucal, e quando a possibilidade financeira existe, se prefere investir em outras fontes, antes de realizar um processo integral e constante de manutenção da saúde.

Apesar de algumas publicações sobre riscos ocupacionais na prática odontológica, poucos estudos, segundo ROSSETINI & NARESSI¹⁰⁵ (1986), têm avaliado o tempo que os Cirurgiões-Dentistas dedicam à atividade profissional. No seu trabalho, encontrou a maioria dos Cirurgiões-Dentistas trabalhando mais que 40 horas semanais.

PORTILLO⁹⁶ (1986), avaliando o programa odontológico da Secretaria Municipal de Itu, observou bom desempenho técnico do pessoal auxiliar e dos Cirurgiões-Dentistas que pertencem às equipes de Saúde Bucal.

OLIVEIRA⁸⁸ (1986), estudando o motivo pelo qual o estudante escolhe a profissão odontológica, concluiu que: a maioria é do sexo feminino; a faixa etária vem aumentando; a maioria prefere as ciências médicas; as mulheres são mais influenciadas pela família; a maioria possui Cirurgião-Dentista na família; grande parte fez cursinho preparatório para o vestibular; e foi de fundamental importância a orientação profissional recebida no ensino médio para a escolha da carreira profissional.

Também utilizando estudantes só que pesquisando as perspectivas dos formandos em odontologia a respeito do exercício profissional, BOTTI & SANTOS¹⁴ (1986), concluíram que os estudantes se julgam preparados tecnicamente e cientificamente, mas apontam a necessidade de reformas curriculares; tendem a retardar o início da vida profissional; desejam um emprego, sendo o horário de trabalho e o salário mais importantes do que as condições de trabalho para a maioria; sentem-se inclinados a iniciar a profissão na cidade de origem; compram

equipamentos sofisticados pagos pela família; e desconhecem, em sua maioria, a utilização de equipamentos simplificados.

A CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE²⁶ (1986) concluiu que a formação de mão-de-obra em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira, o que dificulta a captação e absorção da força de trabalho para o setor.

Conclusão semelhante foi encontrada por SANTOS e BOTTI¹⁰⁷ (1987), onde ressaltam que apesar do conhecimento dos problemas sócio-econômicos vivenciados pela comunidade e das dificuldades que a profissão tem enfrentado para cumprir seu papel junto à sociedade, acreditam ser necessário um questionamento sobre o atual modelo de prática profissional, revendo o sistema de ensino para adequá-lo às necessidades do mercado de trabalho.

Em relação a preços, os Cirurgiões-Dentistas clínicos populares, de acordo com o trabalho de BORGES e col.⁹ (1987), ao contrário dos especialistas, costumam trabalhar com preços mais baixos, e têm a necessidade de diminuir drasticamente a qualidade de seus serviços para encontrarem entre os preços dos custos de produção e os preços de venda, alguma renda para a sua sobrevivência.

A respeito da motivação do paciente, BORGES e col.¹⁰ (1988), afirmam se motivados convenientemente, 50% desejariam serviços odontológicos e, 30% comprariam estes serviços.

Em Cuba, as conquistas sociais, segundo OLIVEIRA⁸⁹ (1989), avançaram pelo campo da saúde resultando em melhoras expressivas na qualidade de vida da população, sendo que a Odontologia soube ocupar seu espaço neste contexto. A prática odontológica participa ativamente deste processo com um trabalho onde, além

da expansão da cobertura, pretende alcançar a excelência, aperfeiçoando continuamente o pessoal, fortalecendo o espírito coletivo e garantindo remuneração justa e digna para toda a equipe de trabalho.

Ao contrário, no Brasil, de acordo com a pesquisa de GEVAERD et al.⁵¹ (1990), existe uma necessidade de superar o atual conteúdo do planejamento normativo em serviços de Odontologia pelo planejamento com enfoque estratégico/epidemiológico, descartando algumas fórmulas que surgem tentando “modernizar” e adaptar aquele conceito de planejamento, ainda que tentando caracterizá-lo como estratégico.

MACHADO⁶⁶ (1990) vai mais além, quando ressalta o desastroso quadro da saúde bucal e exige que providências urgentes sejam tomadas por parte das autoridades federais, estaduais e municipais. Conclui que “é preciso deixar o discurso demagógico de lado, tirar os belos projetos do papel e começar de imediato a praticar ações, que se a curto prazo não resolvem o problema, pelo menos não permitem que se agravem ainda mais”.

Na Venezuela, de acordo com o trabalho de BARRERA e CARICOTE⁵ (1990), o desenvolvimento da prática odontológica se define a partir de seu caráter fundamentalmente dependente, técnico, sofisticado e caro, cujo exercício profissional desde a sua origem é dirigido a um setor minoritário da população. Diante do exposto, a formação dos Cirurgiões-Dentistas, a prática assistencial, a investigação, tem-se desenvolvido de maneira isolada, perdendo-se do seu objetivo de transformação da saúde bucal coletiva.

Estudando a prática odontológica na Argentina, BRION¹⁹ (1991) encontrou características gerais semelhantes as encontradas no Brasil, tais como:

- O tipo de prática se realiza primordialmente com profissionais que trabalham de forma individual e que estão concentrados nas cidades com mais de 40.000 habitantes para dar atenção às elites econômicas,
- Esta prática profissional exclui os grandes setores da população que não possuem recursos econômicos suficientes para custeá-las,
- O modelo prevalente dos serviços é financiado pelo próprio paciente ou através de obras sociais, que se caracterizam por atuar fundamentalmente frente à demanda espontânea e por seguirem uma abordagem curativa e de custo elevado,
- A prática institucionalizada, hospitalar, cobre só uma pequena porcentagem da população, sendo uma demanda espontânea de emergência predominantemente mutiladora,
- O modelo profissional, da forma que o dentista tradicionalmente realiza sua prática, é pouco eficiente, repercutindo negativamente sobre a possibilidade de ampliar a cobertura do serviço.

Planejar, na atual conjuntura na Argentina, um modelo diferente de prestação de serviços odontológicos, conclui o autor, é correr o risco de ser qualificado de “idealista”, pois com exceção da Inglaterra, não há país capitalista com uma odontologia que não seja majoritariamente privada.

Com relação aos idosos, DOLAN e ATCHISON³³ (1993) consideram a saúde bucal parte integrante de sua saúde geral, devendo receber cuidados bucais especiais desde que os necessitem. Por estarem mantendo seus dentes naturais, os idosos têm necessidades crescentes de cuidados odontológicos. Apontam a necessidade de se realizarem novas pesquisas para conhecer com precisão a saúde bucal dos idosos.

Na Tanzânia, de acordo com NYANDINDI e col.⁸⁶ (1994), professores de escolas primárias ensinam educação de saúde bucal como parte do programa escolar, sendo que a maioria deles não possui qualquer treinamento para a tarefa. Foram estudadas a participação, vontade e habilidade dos professores envolvidos neste dever por meio de questionário, entrevistas, exames de higiene bucal e exercícios práticos. Foi importante saber o nível de conhecimento dos professores de saúde bucal, sendo pobres as suas habilidades em escovação dental. Não foram outorgadas alta prioridade às lições de saúde geral. Os professores preferiram que os pais instruissem suas crianças sobre a maneira de escovar seus dentes, e eram relutantes em ensinar os alunos sobre assuntos relacionados com a dieta. Eles relataram a escassez de tempo e de materiais para as lições de saúde e suas pesadas cargas de trabalho na escola. Estes estudos indicam uma necessidade, e pode ser um ponto de partida para a organização de treinamento para educação em saúde bucal e que se encorajem professores para empreender esta tarefa.

No Reino Unido, segundo o trabalho de REAR⁹⁸ (1994), houve recentes mudanças na organização e na prática da clínica geral, sendo algumas delas devido a mudanças na prevalência da cárie, e outras pelas trocas no sistema de remuneração do Serviço Nacional de Saúde que pode ter influenciado o declínio da cárie. Pode-se afirmar que algumas das mudanças na prevalência da cárie foram devido ao desenvolvimento da prática odontológica.

De acordo com RENSON¹⁰¹ (1994), no Reino Unido, a prática da clínica geral está emergindo como uma especialidade distinta com a própria Faculdade e também como uma especialidade para futuro, mas apesar de que mais que 80% dos dentistas em atividade no país trabalhem em clínica geral, muitas faculdades de odontologia

não desenvolveram departamentos de Prática Odontológica em Clínica Geral, Odontologia Social ou Odontologia de Saúde Pública.

Segundo WILLIAMS¹²⁸ (1994), muitos médicos atuam na boca por uma razão ou outra, mas nenhum tem o interesse de dispensar cuidados a longo prazo ao paciente do que o dentista, pois não realiza nenhum tratamento visando aos aspectos preventivos e trata a boca como parte do corpo como um todo, devendo, portanto, a medicina bucal pertencer aos dentistas.

NURKIN⁸⁵ (1994) sugere que devemos repensar como os dentistas são preparados, como nós praticamos nossa profissão, e o que almejamos ser em nosso trabalho. Conclui que “em tempos não convencionais, pense não convencionalmente, pense de modo não tradicional, mude para sobreviver às mudanças”.

Para NARVAI⁷⁹ (1995), “o que a prática odontológica foi, é, e pode vir a ser, resulta de uma complexa articulação de fatores externos e internos ao processo de trabalho, destacando-se o conhecimento científico disponível em cada momento, as tecnologias, os ambientes, os instrumentos e materiais utilizados, e os recursos humanos”.

NASEEB e col.⁸⁰ (1996) descrevendo o progresso da implementação de programas de Garantia de Qualidade na prática de serviços odontológicos comunitários, na Comunidade de Serviços Dentários nas Regiões Norte e Sul do Tâmsa (Inglaterra), concluiu que embora os programas tivessem um progresso definido na maioria dos serviços, progressos adicionais estão limitados por falta de cooperação entre os diferentes departamentos e por falta de direção e de um suporte mínimo fornecidos pelos responsáveis pela administração e desenvolvimento dos programas de Garantia de Qualidade.

As competições entre práticas dentais, no futuro, de acordo com WEINTRAUB¹²⁷ (1996), só tendem a aumentar, na tentativa de melhora na qualidade de serviços ao paciente, que por sua vez leva a menos enganos e menor tempo de espera, que conduzem a uma diminuição nos custos com conseqüente aumento de produtividade. Quem não satisfizer as exigências dos pacientes, não conseguirá competir em igualdade de condições com os demais.

GARRAFA e MOYSÉS⁵⁰ (1996) ressaltam que as verdadeiras causas relacionadas com o caótico quadro epidemiológico referente à saúde bucal da população brasileira não dependem de ações técnicas isoladas, mas estão inseridas dentro de um contexto maior que é a situação global da cidadania no país. Acreditam que a ciência odontológica disponível no Brasil está sendo utilizada de forma profundamente discutível, não só do ponto de vista científico propriamente dito, como também sob o prisma da moral individual e da ética coletiva. Os resultados práticos da utilização dos frutos das descobertas no sentido de proporcionar melhores níveis de vida para a sociedade no que se refere à saúde bucal, continuam teimosamente inaparentes e epidemiologicamente imutáveis no contexto coletivo.

2.3 Economia em Odontologia

Relacionando o sistema econômico com a profissão odontológica, BORGES e CAMPOS⁸ (1983) destacam que as forças da oferta e da demanda por serviços demonstraram ser elas que determinam o equilíbrio e, conseqüentemente, as quantidades de serviços e profissionais que devem ser levadas ao mercado

TELES¹¹⁵ (1985) verificou que o número de Cirurgião-Dentista, no Brasil, não observava uma distribuição equilibrada ou em consonância com as necessidades

da parcela da população economicamente desprivilegiada. Ressaltou que apesar de possuir uma força de trabalho expressiva e, possivelmente, o maior número de Faculdade de Odontologia entre os países do mundo, a população estava marginalizada dos serviços a nível privado por seu alto custo, e a nível público pela pouca oferta dos serviços.

Este fato é confirmado por LAPA⁶⁰ (1986), quando relata na I Conferência Nacional de Saúde Bucal, que “apenas 5% da população brasileira tem acesso regular a cuidados odontológicos nos serviços de saúde”.

A constituição de um mercado de trabalho em saúde corresponde a uma etapa particular da formação do mercado capitalista em geral, de acordo com MEDICI e col.⁷⁴ (1991) e NOGUEIRA⁸⁴ (1991). Isso significa que, segundo os autores, somente poderemos falar de mercado de trabalho em saúde quando as relações de compra e venda da força de trabalho ocorrerem sistematicamente no mercado.

CORDON²⁹ (1991) analisou as características do Cirurgião-Dentista do Distrito Federal, e um dos pontos mais significativos diz respeito a um avanço progressivo e continuado da proletarização, visto que 34% possuem algum tipo de vínculo empregatício. Essa situação poderá, no futuro, modificar a prática profissional na medida em que o crescimento da profissão exceda ao crescimento da população.

LUKEY⁶⁵ (1993) considera a presente recessão como “o doloroso nascimento de uma nova ordem global”, onde todas as organizações, inclusive a prática odontológica precisam enfrentá-la, administrando positivamente o processo de mudanças.

Fazendo uma revisão de 20 anos da economia da prática odontológica, WALDMAN¹²¹ (1993), encontrou um quadro financeiro relativamente estável com

exceção ao período de recessão no início dos anos 1980, nos Estados Unidos. Enquanto a economia do empregado em odontologia tende a refletir estas mudanças, no início dos anos 1990, os salários gerais (com exceção das higienistas dentais) não mantiveram igualdade com a taxa de inflação, particularmente durante o período de recessão. A potencial falta de auxiliares dentais no futuro requer que ocorram mudanças na economia do empregado em odontologia.

Em outro trabalho, WALDMAN¹²⁰ (1993), notou que, nos Estados Unidos, houve aumentos acentuados no número de empregados, e menores reduções na média de horas trabalhadas. Durante os períodos de recessão, os salários diminuíram., sendo que mais recentes os salários se recuperaram e tiveram aumento além das taxas de inflação. Houve uma melhora contínua no quadro econômico, e parece não haver nenhuma relação entre a renda do profissional com os períodos de recessão econômica. Os profissionais tentam manter o seu equilíbrio econômico segurando os salários dos empregados, mas tal estratégia só poderá ter sucesso quando há um excesso ou um equilíbrio de indivíduos à procura de emprego.

A realidade é que a decrescente disponibilidade de pessoal treinado (particularmente as higienistas dentais) no início dos anos 90, pode limitar a flexibilidade que os profissionais têm durante os períodos de recessão, pois é muito cedo para determinar o impacto final da recessão sobre os salários dos empregados e sobre a renda dos profissionais. Mas qualquer que for o resultado final, os profissionais precisarão continuar equilibrando a receita de seus negócios e os custos de suas despesas gerais, particularmente nos salários das auxiliares dentais, e isso, conclui o autor, não é uma tarefa fácil.

WALDMAN¹¹⁹ (1993), estudando o salário do empregado em odontologia, encontrou que entre 1982 e 1990, o número de empregados em consultórios odontológicos aumentou em quase 387.000. Em relação aos seus salários destaca o autor que a nível nacional, não houve nenhuma mudança nos salários dos empregados até meados dos anos oitenta, mas ocorreu alguma mudança para melhor nos salários em 1990, sendo que a nível estadual, em 22 estados americanos, os salários de 1985 ou de 1990 eram mais baixo do que em 1982. Em laboratórios dentais, entre 1992 e 1990, o número de empregados aumentou entre 39.000 a quase 41.000. Porém, em 23 dos 41 estados americanos (onde dados comparativos estão disponíveis) os salários dos empregados, em laboratório dentais, não mantiveram paridade com a taxa de inflação. As médias nacionais, conclui o autor, tenderam a mascarar a realidade de que em muitos estados os salários dos empregados em consultórios odontológicos e em laboratórios dentais não mantiveram paridade com a taxa de inflação, com exceção das higienistas dentais na metade posterior dos anos oitenta.

Em um relatório elaborado por BERRY⁷ (1993), sobre a relação empregado-empregador, foi constatado que os dentistas gastaram aproximadamente 70% de seu tempo para tratar seus pacientes no consultório odontológico, e usa os 30% restante prestando assistência a pacientes em outros consultórios, trabalhando como empregado. Os dentistas que não possuíam consultório próprio declararam, todavia, que comprariam o consultório se o dono decidisse vender.

Os pacientes eram agendados entre 8 horas e 17 horas, entretanto, o empregador poderia agendá-los igualmente no período noturno. O dentista deveria estar disponível para atender os pacientes agendados durante as horas em que o

dentista empregador não estivesse presente. Ele também teve que organizar seu período de férias para coincidir com o horário do empregador.

Em geral, conclui a reportagem, uma relação de empregador-empregado existe quando aquele para quem são executados os serviços tem o direito para controlar não só o resultado mas também os meios pelos quais um serviço é realizado. Também em uma típica relação de empregador-empregado, um contrato providenciará um consultório odontológico e fornecerá as ferramentas ou instrumentos para realizar o trabalho odontológico.

O número crescente de empregados em consultórios dental pode ser um fator que contribui significante nos custos da prática odontológica, segundo WALDMAN¹¹⁹ (1993). Entre 1980 e 1989, o número de estabelecimentos dentais aumentou 20% nos Estados Unidos. Porém, o número de instalações dentais menores (com menos de cinco empregados) diminuiu, enquanto o número de instalações maiores com 5 a 9 e 10 a 19 empregados aumentou por 57% e 134%, respectivamente. Nacionalmente, houve um aumento em média de quatro empregados por estabelecimentos odontológicos em 1980 para cinco empregados em 1989. Porém, durante os anos oitenta, houve dramáticas diminuições no número de diplomados dos programas de formação de auxiliares odontológicas (aproximadamente houve uma diminuição de 1/3 ou mais no números de assistentes dentais e de técnicos dentais, e uma diminuição de 18% no número de higienistas dentais). Durante os anos noventa, houve um pequeno aumentos no número de diplomados destes programas.

Enquanto as mais recentes diminuições podem ser relacionadas com o medo de que o trabalho em consultórios odontológicos pode ser um fator de alto risco de

infecção pelo HIV, a realidade é que o decréscimo no número de auxiliares diplomados e treinados começou antes da histeria em cima da epidemia de AIDS. Também seria difícil não considerar, conforme a conclusão do autor, os salários dos empregados dentais como sendo um sério fator a ser considerado em relação as causas das diminuições no número de diplomados de programas de formação de auxiliares odontológicos. A necessidade de uma melhoria na remuneração para a maioria dos auxiliares pode se tornar uma necessidade. A realidade é que houve mudanças nas práticas odontológicas (e na odontologia em geral), que ficou dependente em números crescentes de empregados nos consultórios e laboratórios, e os dentistas e os donos de laboratórios dentais têm agora que se preocupar com as despesas gerais e os custos (WALDMAN¹¹⁹ 1993).

Como o lado empresarial da odontologia continua evoluindo, um grande número de dentistas de clínica particular, segundo PILLERS⁹¹ (1994) está se tornando empregado, pois as implicações financeiras de se começar uma nova prática pode vir a ser um risco dispendioso para o recém-formado.

Na opinião de PLUNKETT⁹⁵ (1994), trabalhar como empregado é um bom modo do dentista iniciar sua carreira e se firmar como profissional.

Em carta ao Journal of American Dental Association, GRISPAN⁵⁴ (1994), considera que as dificuldades da profissão odontológica começaram anos atrás com a política de aumentar o número de Cirurgião-Dentista, pois foram ignorados os efeitos dos fluoretos e outros fatores que reduziram as doenças bucais. Segundo sua opinião, a redução da população de Cirurgiões-Dentistas seria o ajuste mais apropriado.

O'KEEFE e HOCHSTEIN⁸⁷ (1994), estudando o impacto dos fatores econômicos sobre os gastos com tratamento odontológico, em Quebec (Austrália)

entre 1961 e 1991, notaram que as despesas “per capita” aumentaram substancialmente nas últimas três décadas, enquanto que houve uma redução dramática na taxa de crescimento da população durante os anos 80. Porém, ressaltam, que pode haver diminuição nos rendimentos dos Cirurgiões-Dentistas no futuro se nenhuma restrição for colocada quanto ao número de novos formandos em odontologia que ingressam na profissão, se restringirem os programas odontológicos, ou se os níveis das doenças bucais continuarem diminuindo.

No estado de Nova Iorque, nos Estados Unidos, de acordo com WALDMAN¹²⁶ (1995), segundo os resultados de relatórios federais, houve uma contínua mudança, para melhor, na economia odontológica no início dos anos 90, mudança esta iniciada em meados dos anos 80.

Já no México, de acordo com MAUPOMÉ e BONILLA⁷⁰ (1995) nas circunstâncias atuais, é preocupante que os erros empreendidos nos sistemas de atenção odontológica em outros países possam perpetuar-se no país. É necessário uma revisão a fundo dos objetivos e modelos da prática odontológica para alcançar seu propósito principal: um estado de saúde aceitável para a população e para a profissão, dentro das possibilidades econômicas e características sócio-culturais de cada grupo social. Esta revisão de metas e meios deve estudar a relação custo-benefício do modelo atual de atenção a saúde contra medidas alternativas. Mesmo assim, devem-se avaliar comparativamente os êxitos concretos em termos e preservação e promoção da saúde, e não simplesmente da reabilitação temporária da saúde bucal.

SCHEETZ e WILLIS¹⁰⁸ (1997), discutem, no seu artigo, o projeto de um sistema de remuneração do trabalho odontológico, que recompense os empregados

que executem bem suas funções e encorajem continuamente o bom desempenho dos trabalhadores. Aconselham que as decisões a respeito da remuneração sejam comunicadas individualmente a cada empregado, sendo que essa atitude pode aumentar a produtividade do trabalho no futuro e melhorar a relação interpessoal entre o Cirurgião-Dentista e seus empregados.

2.4 Pessoal Auxiliar em Odontologia

A utilização de pessoal auxiliar com funções ampliadas, segundo LIESENFELD⁶³ (1988/1989), resultará em um atendimento odontológico prestado por uma equipe em que o dentista atua diretamente em problemas mais complexos, delegando atividades mais simples e rotineiras às auxiliares, aumentando, desta maneira, a cobertura populacional, como também libera o dentista de tarefas delegáveis, e resgata-o como profissional de alta formação científica e técnica responsável pela saúde bucal do indivíduo.

Numa análise sobre a força de trabalho no Estado de São Paulo, BOTAZZO e col.¹³ (1989) verificaram a predominância de Cirurgiões-Dentistas (92,31%) e o baixo aproveitamento de pessoal auxiliar (7,7%) nos serviços públicos. Demonstram a alarmante relação de 1 CD/5.198 habitantes no serviço público, evidenciando a baixa cobertura oferecida por essa modalidade de prestação de serviços de saúde bucal.

O trabalho de NARVAI e col.⁷⁸ (1990), a respeito da Técnica em Higiene Dental (THD), concluiu que “a utilização deste profissional nas condições brasileiras atuais, é imprescindível à prestação e à extensão da cobertura dos serviços odontológicos, tanto no setor público quanto no setor privado; a incorporação da THD facilita a expansão do mercado, ao invés de restringi-lo e eleva a qualidade dos

serviços produzidos; e que não há registro de nenhum THD que tenha exercido ações privativas de dentista em desrespeito à legislação vigente”.

PEREIRA e MOREIRA⁹⁰ (1992), relatam que a utilização de pessoal auxiliar em odontologia no Brasil, atualmente, ainda está longe de atingir níveis ideais. Sugere a incorporação da utilização racional dos auxiliares odontológicos nos estágios extra-muros que são de fundamental importância no tocante à experiência clínica para os estagiários das Faculdades de Odontologia.

Estudando a participação do Técnico em Higiene Dental no serviço público, ROSING e col.¹⁰⁴ (1993), concluíram que “para o serviço público é mais barato manter um programa preventivo desenvolvido por higienistas do que o mesmo programa executado por Cirurgião-Dentista; a longo prazo haverá redução do índice CPO, melhorando a saúde bucal da população escolar, e o THD desempenha papel fundamental na prevenção em saúde bucal da comunidade escolar. Ressaltam, porém, que o bom desempenho destes profissionais dependem de uma formação consciente e atualizada, mostrando assim, a importância dos cursos de formação de THD no sucesso deste tipo de prática odontológica”.

A respeito do problema Dentista X THD, PIMENTA⁹² (1994), considera que atualmente as profissionais de THD e ACD, já amplamente difundidas nos países desenvolvidos, ainda são uma raridade nos consultórios odontológicos brasileiros, sendo que a grande maioria dos Cirurgiões-Dentistas utilizam auxiliares treinadas informalmente nos seus próprios consultórios. Ressalta que nos países desenvolvidos, onde a atuação da THD na área preventiva é mais acentuada há mais de uma década, a demanda por tratamento curativo tem caído significativamente.

RENSON¹⁰¹ (1994) recomendou que no Reino Unido toda a educação e treinamento para pessoal auxiliar deveriam ser centralizadas nas faculdades de odontologia e nos hospitais pedagógicos dentais, para assegurar a íntima integração das futuras equipes odontológicas.

BROW e col.²⁰ (1994), fizeram estudos a respeito do trabalho odontológico em consultórios de clínicos gerais que empregavam ou não higienistas dentais na Austrália, e concluíram que houve um aumento significativo de procedimentos (a maioria em periodontia) nos consultórios com THD, sendo que os consultórios que as utilizam possuem uma orientação mais voltada para os procedimentos periodontais, com as higienistas atuando no sentido de completar os serviços dos Cirurgiões-Dentistas, em vez de substituí-los.

Um outro estudo de BROW²¹ (1996), comparando pacientes que freqüentam consultórios odontológicos que empregam ou não as higienistas dentais em Adelaide no sul da Austrália, indica que os pacientes refletem a orientação recebida no consultório e questiona se a prática dental altera o conhecimento do paciente e o seu comportamento, ou se existe uma certa seleção de pacientes buscando cuidados odontológicos com as higienistas?

Uma pesquisa realizada no estado da Califórnia, nos Estados Unidos, por SCHONFELD e col.¹⁰⁹ (1996), encontrou um número surpreendentemente alto de ACDs (57%) e de THDs (42%) que estão considerando se permanecem ou não na profissão, e as razões para esta atitude seriam a falta de pagamento dos benefícios pelos empregadores e pouca oportunidade para crescerem na carreira. Os resultados também sugerem, porém, que se fossem supridas as deficiências apontadas nestas áreas, elas poderiam permanecer na profissão. Enfatizam os autores que salários

competitivos e pagamento dos benefícios juntamente com reconhecimento profissional são vitais para a manutenção das auxiliares no mercado de trabalho, e seria um estímulo para atrair novas profissionais de qualidade.

As atuais opiniões do setor odontológico no Reino Unido, a respeito das terapeutas dentais (tipo de pessoal auxiliar não existente no Brasil, que executa atividades irreversíveis) estão divididas. Alguns dentistas que estão passando atualmente por dificuldades para conseguirem assistentes podem vê-las como uma oportunidade de ampliação da equipe odontológica, enquanto outros as vêem como uma ameaça para o seu próprio futuro. A escassez da provisão de cuidados odontológicos em algumas áreas do país, resultou no estabelecimento de novos cursos de treinamento para as terapeutas em Sheffield e Cardiff (além do curso existente em St Bartholomew e o do Royal London) e um curso de meio período para higienistas para treinamento como terapeutas em Liverpool. Embora haja uma produção de terapeutas qualificadas destas escolas, é improvável que isto tenha um grande impacto na nação como um todo, pois novas pesquisas são necessárias com urgência para estabelecer a viabilidade econômica e para se justificar a expansão do treinamento dessas profissionais. (IRELAND⁵⁹ 1996).

ARMSTRONG⁴ (1997), em seu artigo, amplia o debate sobre as auxiliares, enfocando o assunto sob uma perspectiva diferente, sugerindo que o debate sobre pessoal auxiliar omitiu o papel que outros profissionais de saúde poderiam representar distribuindo os cuidados dentais na comunidade, em particular, a enfermeira de comunidade altamente qualificada ou os profissionais de enfermagem.

As higienistas dentais nos Estados Unidos, segundo a conclusão de LAZAR⁶¹ (1997), cuja tarefa principal é prover os serviços preventivos, tem um papel integral em práticas odontológicas por todo o país.

HAYASSY⁵⁷ (1997), pesquisando o perfil do Técnico em Higiene Dental no setor público do Estado do Rio de Janeiro, concluiu que a maioria dos THDs são do sexo feminino, predominando a faixa etária dos 31 aos 40 anos; sua remuneração varia entre 1 a 4 salários mínimos para uma jornada de 30 horas de trabalho em média; 35% desses profissionais estão sendo subutilizados; e das ações preventivas que desenvolvem, o maior percentual ocorre nas funções educativas tais como palestras, aplicações tópicas de flúor, seguindo de demonstração de técnicas de higiene bucal e escovação supervisionada.

2.5 Ensino Odontológico

O argumento que acompanha o apelo emocional em favor de mais faculdades de Odontologia ou do aumento do número de vagas nas já existentes, se ampara quase sempre no fato de que não atingimos a proporção dentista/habitante considerada como “ideal”.

A universidade deve tomar consciência de seu papel, segundo MARCOS⁶⁹ (1986), ou seja, deve admitir que está reproduzindo um modelo passivo e mantenedor dos “status quo”. Destaca o autor que devemos assumir a universidade como elemento transformador, tornando-a:

- um centro de crítica, de questionamento e de reflexão (convívio democrático);
- um centro de produção e reprodução do conhecimento verdadeiro e concreto;

- o centro de compromisso maior com a sociedade, a universalização, a democratização e a desmonopolização do conhecimento.

Essa postura pressupõe ações no sentido de:

- buscar novas alternativas
- compreender a realidade e suas bases estruturais
- adotar modelos integrais que envolvam não apenas a docência ou o ensino, mas a investigação, os serviços e a comunidade.

SANTOS e BOTTI¹⁰⁷ (1987), analisando as perspectivas do exercício profissional pelos formandos em odontologia, concluíram que no atual quadro da profissão no Brasil faz-se necessário que os professores debatam com seus alunos os objetivos da pós-graduação, a importância do generalista, os riscos da especialização precoce e todos os outros fatores ligados à especialização profissional, fazendo com que a decisão do aluno de matricular-se em cursos de pós-graduação seja fruto de uma reflexão madura e consciente. Finalizam recomendando que sejam revistos os currículos dos cursos de odontologia, para que possa oferecer aos alunos uma melhor formação profissional, para que o desejo de se fazer cursos de pós-graduação não seja por causa do despreparo ou insegurança profissional.

MEDEIROS⁷¹ (1989) considera que a Odontologia é vista pela população como uma profissão ineficiente - no setor público - e cara e inaceitável à maioria das pessoas - no setor privado - não produzindo nenhum impacto social. Essa situação possui diversas variáveis, sendo uma delas o modelo de ensino adotado nas Universidades, cujas distorções contribuíram, em grande parte, para o estabelecimento da ideologia que levou a profissão a entrar em crise.

Tendo em vista a dicotomia existente nos sistemas formador e utilizador de recursos humanos em odontologia, segundo outra pesquisa de MEDEIROS⁷² (1991), os elevados índices epidemiológicos de doença bucal e as condições sócio-econômicas desfavoráveis da maior parte da população brasileira, torna-se fácil entender a crise no setor odontológico no Brasil, que catalisou as discussões acerca da necessidade de modificar o ensino, ajustando-o ao serviço.

Destaca o autor que o ensino, inspirado na sua totalidade nos modelos norte-americano e europeu, passou - e continua passando - por modificações que o aproximam da realidade brasileira, cumprindo seu papel social. A modificação na estrutura de ensino não pode ser vista como a solução para a problemática da assistência odontológica para as populações carentes, pois o que determina essa carência está na estrutura social.

DOCKHORN e HAHN³² (1992), ressaltaram em seu estudo que a ênfase do trabalho da disciplina de Odontologia Social é demonstrar aos alunos que é de responsabilidade do dentista definir com clareza sua própria conexão com as forças de mudança da sociedade e construir um modelo de prática transformadora em odontologia, que resgate da caótica realidade do quadro de saúde da população brasileira valores de cidadania e qualidade de vida e buscar por modernidade.

Fazendo uma comparação da produtividade entre alunos trabalhando sozinhos e auxiliados em laboratório clínico, NARESSI e NARESSI⁷⁷ (1992) aferiram que houve aumento da produtividade no trabalho auxiliado, bem como fornecendo subsídios aos alunos, por executarem procedimentos pertinentes à auxiliar, tornando mais fácil a delegação de funções na sua vida profissional. Os autores notaram uma

acentuada melhora da qualidade do trabalho final dos alunos assistidos, o que condiz plenamente com o conceito de ergonomia.

A NATIONAL RESEARCH COUNCIL⁸² (1994), encontrou em sua pesquisa uma escassez alarmante de pesquisadores treinados nas faculdades de odontologia americanas, trabalhando em tempo integral.

A ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE FACULDADES DE ODONTOLOGIA - AADS¹ (1994), fazendo um estudo sobre o futuro do ensino odontológico nos Estados Unidos, destacaram pontos importantes, dentre os quais:

- as clínicas das faculdades de odontologia não preparam apropriadamente os estudantes para a prática odontológica,
- tempo dedicado ao domínio de procedimentos laboratoriais que não são executados pelos dentistas da atualidade,
- poucas horas dedicadas no currículo, às ciências, apesar de uma base de conhecimento científico substancialmente em expansão,
- ênfase inadequada em conceitos de saúde pública.

As recomendações da LITTLE ST. SIMONS CONFERENCE⁶⁴ (1994), são para que todo diplomado receba um treinamento em odontologia durante o ano de 2005, devendo as faculdades de odontologia dar um destaque ao treinamento em clínica geral. Deveria ser formada uma “Sociedade de Odontologia em Clínica Geral” para desenvolver programas de programas modelo em clínica geral para os “pré-diplomados” e os “pós-diplomados”, como também programas de educação continuada.

FRAZÃO³⁸ (1994), estudando o desenvolvimento de pessoal universitário odontológico na perspectiva do sistema único de saúde, considera que “a

implementação de distritos sanitários que respondam às necessidades da população implica em organizar uma rede básica de saúde que possa resolver 70% a 80% dos problemas de saúde-doença”. Ressalta também que o planejamento de recursos humanos, especialmente de pessoal universitário odontológico, supera os aspectos quantitativos, e que com o avanço da epidemiologia e da cariologia, consolidou-se a tendência de definir um sistema de prevenção.

MACHEN⁶⁷ (1994), considera que o futuro da educação dental depende mais e mais de nossa habilidade de pesquisa nas universidades.

Concomitante com o sucesso das mudanças, vem a habilidade e a disposição para enfrentá-las. “Habilidade significa ter as destrezas necessárias e saber usá-las. Vontade é a motivação para aplicar estas habilidades para uma determinada situação” (QUINN⁹⁷ 1995).

Um exemplo disto é o sistema de sucção que foi desenvolvido, de acordo com CHILDERS²³ (1995), para permitir o trabalho dos estudantes de odontologia sem auxiliar. Esse sistema, segundo o autor, “pode aumentar a eficiência operacional” de qualquer grande clínica.

O número de profissionais deve estar adequado, segundo NARVAI⁷⁹ (1995), à dinâmica populacional e não a fatores como a mercantilização do ensino, por exemplo, pois o papel da Universidade é mais do que a quantidade de profissionais que forma, é capacitar-se para vencer o desafio da qualidade dos profissionais que prepara para a sociedade.

As faculdades de odontologia têm um papel pedagógico muito importante a respeito do ensino aos futuros profissionais sobre os assuntos intelectuais e éticos relacionados à atenção aos indivíduos cujo acesso aos cuidados odontológicos é

economicamente inadequado. Além disso, as faculdades de odontologia poderiam e deveriam ser parte dos recursos humanos odontológicos que estão aumentando o acesso aos cuidados odontológicos. Os estudantes devem ver as faculdades de odontologia como um modo de ajudar os indivíduos em desvantagem econômica a obterem os serviços odontológicos de que necessitam. Porém, com a tendência atual do declínio dos recursos federais e estaduais para as faculdades de odontologia, diminuirá a sua capacidade de fornecer cuidados odontológicos para populações carentes (STAMM¹¹⁴ 1995).

A carta enviada por SCULLY¹¹⁰ (1996) questiona se a odontologia clínica está em crise no Reino Unido e na Irlanda, pois parece difícil preencherem algumas vagas de professores titulares em faculdades de odontologia em várias partes da Inglaterra e da Irlanda. O leitor sugere que a profissão odontológica considere a situação, reflita e melhore as atuais condições.

A Sociedade Odontológica do Estado de Nova Iorque possui um Conselho de novos Cirurgiões-Dentistas, que segundo FLAMENBAUM³⁷ (1996), têm a missão de tornar mais fácil a vida dos jovens Cirurgiões-Dentistas (com menos de 10 anos de formados).

A responsabilidade mais importante do aconselhador de pré-estudantes de odontologia para a profissão, de acordo com GORDON⁵³ (1996), é assegurar que o compromisso do candidato para com o curso de odontologia estará baseado no conhecimento, experiência e em cuidadosa deliberação pessoal.

O Centro de Pesquisa de saúde bucal para os grupos minoritários da Faculdade de Odontologia da Universidade e Nova Iorque têm a finalidade de

melhorar a saúde bucal de todos os americanos e intensificar a acessibilidade na carreira de pesquisador para indivíduos minoritários. (LEGEROS e col.⁶² 1996)

No Brasil, GARRAFA e MOYSÉS⁵⁰ (1996) acreditam que as nossas faculdades continuam privilegiando as experiências curativo-reparadoras: algumas delas, inclusive, estão se transformando perigosamente em empresas milionárias que oferecem cursos especializados a custos estratosféricos.

Com o objetivo de determinar o que leva os estudantes de odontologia a abandonarem o curso no Reino Unido e se este abandono está aumentando, permanecendo estável ou diminuindo, DRUMMOND e DUGUID³⁴ (1997), realizaram uma pesquisa e concluíram que:

- a taxa de abandono foi maior nos três últimos anos estudados de 92 a 94 (14,8%), do que nos três primeiros anos de 89 a 91 (10,6%).
- entre 8% a 17% dos estudantes de odontologia não completam seus cursos e há evidências de que a taxa de abandono pode estar aumentando.
- as possíveis razões para o aumento do problema pode ser a dificuldade em acompanhar o crescente conteúdo científico do curso odontológico, problemas financeiros e perda da motivação da carreira.
- se o problema não for controlado, irá se tornar um fator significativo na redução do número de Cirurgiões-Dentistas qualificados no Reino Unido em anos futuros.

2.6 O Futuro da Odontologia

Na pesquisa sobre o futuro papel dos Cirurgiões-Dentistas do Reino Unido, HAY e BATCHELOR⁵⁶ (1993), encontraram em seu trabalho, tanto nos consultórios distritais quanto nos consultórios de clínicos gerais que este papel será dividido entre

cuidados clínicos e a educação para a saúde bucal. Os clínicos gerais recém- formados são mais favoráveis ao emprego de pessoal auxiliar que os membros mais antigos da profissão.

A respeito do futuro da odontologia do século 21, RENSCHAW⁹⁹ (1993), acredita que a prática ilegal da odontologia será efetivamente controlada, a profissão se envolverá mais no planejamento futuro dos cuidados odontológicos primários. As propostas não abrangem uma grande transformação social, e sim mais uma transferência do presente sistema para a flexibilidade e a responsabilidade local.

NASH⁸¹ (1993) acredita que no futuro nos Estados Unidos:

- o número absoluto dos Cirurgiões-Dentistas terá o seu pico no ano 2000, para começar a diminuir significativamente
- a relação dentista/habitantes que está diminuindo, chegará no ano 2020 menor do que no começo da 1ª Guerra Mundial em 1915
- enquanto as necessidades de profissionais aumentam, o perfil das necessidades está mudando:
 - * em 2020 ter-se-ão mais 65 milhões de pessoas, e o mais importante, cerca de 100 milhões dos 310 milhões pertencerão às classes mais baixas
 - * crescerá o número de idosos, serão 18% no ano 2000
 - * perder-se-á menos dentes, haverá 4,4 bilhões de dentes no ano 2000 e mais de 5 bilhões no ano 2030
 - * diminuirão os desdentados, eles serão no ano 2000 apenas 8% da população abaixo de 65 anos

O autor faz vários questionamentos para o futuro, tais como:

- ♦ Como cuidaremos dos indivíduos das classes mais baixas?

- ◆ Que papel representarão, no futuro, os técnicos de prótese dentária no problema dos completamente desdentados?
- ◆ Como a profissão irá se preparar para o futuro?
- ◆ Como é que iremos cumprir com nossas obrigações profissionais para com a sociedade com relação às suas mudanças dos cuidados de saúde bucal, pois teremos menos profissionais e uma maior variedade de problemas bucais?

Sugere que só transformando o cenário educacional, o currículo, e as atitudes das faculdades de odontologia e dos estudantes é que poderemos formar uma equipe para o futuro, comprometida em ajudar a sociedade a alcançar a saúde bucal de que precisa, quer e merece.

Segundo RENSON¹⁰⁰ (1994), o declínio na prevalência e na severidade das cáries dentais nas crianças em muitos países industrializados faz nos crer que haverá uma redução drástica na necessidade e na demanda por tratamento odontológico em futuro muito próximo. Isso é realmente provável para o atual grupo de crianças e adolescentes, mas para adultos mais velhos isto parece ser improvável. Com o aumento numérico da população de idosos, uma maior proporção manterá seus dentes, e a saúde bucal deste grupo crescerá em importância em qualquer tentativa de se predizer a força de trabalho necessária, e deve-se incluir, neste problema, o número de especialistas dentais necessários no futuro. A Inglaterra é um exemplo disso.

Entre 1968 e 1988, na Inglaterra e no País de Gales, de acordo com o autor, a população de adultos aumentou para 11%, a população de pessoas que mantiveram seus dentes aumentou para 41%, o número de dentes naturais em adultos aumentou para 57%, e o número de dentes restaurados aumentou para 72%. Foi calculado que em menos de 20 anos o número de desdentados terá caído para 10%, comparado com

os 25% em 1983 e 37% em 1968. Na atualidade, 11,5 milhões de pessoas no Reino Unido possuem mais do que 60 anos. Haverá relativamente pequena mudança na atualidade no número de pessoas idosas entre hoje e a virada do século, mas haverá uma mudança importante no perfil da idade, com um aumento na proporção de idosos com mais de 75 anos e uma relativa redução dos idosos com idades entre 65 e 75 anos de idade. Calcula-se que no ano 2000 os idosos serão 4 milhões no Reino Unido.

Qualquer profissional que trabalhou com um número crescente de pacientes de geriatria que necessitavam de tratamento odontológico intenso, concorda que há uma necessidade por mais especialistas em todas as disciplinas, exceto em odontopediatria e ortodontia.

As maloclusões afeta a maioria das arcadas dentais das crianças e aproximadamente a metade das pessoas com 11 anos de idade. Ao contrário de outros problemas dentais, a maioria das maloclusões é devido a variações biológicas do desenvolvimento dental e não de patologias, conseqüentemente, pode ser esperado que o tratamento seja uma parte crescente dos cuidados odontológicos às crianças no futuro.

De acordo com DUGONI³⁵ (1995), o envelhecimento da população exigirá um dentista com maior conhecimento de medicina interna, farmacologia clínica, (pois poderá estar tratando de pacientes com doenças sistêmicas, que utilizam múltiplos medicamentos), e Cirurgiões-Dentistas com novas e sofisticadas habilidades em comunicação. As faculdades de odontologia devem servir de modelo aos futuros profissionais, devendo proporcionar aos estudantes experiências na distribuição dos cuidados odontológicos a diversos segmentos da população nas comunidades de base.

Estudando o recente papel da educação médica para o século 21, TOWLE¹¹⁶ (1995) demonstrou que as tendências em medicina a serem levadas em conta no futuro, devem incluir:

- A demografia e os padrões da doença (especialmente em relação à população idosa);
- Novas tecnologias (no caso da odontologia estas poderiam incluir a tecnologia do laser, técnicas de imagens digitais em radiografia, tecnologia abrasiva utilizando o ar, os avanços da implantodontia e os constantes avanços da tecnologia de informação;
- Distribuição dos modelos de cuidados em saúde;
- Efetividade e eficiência face aos custos crescentes;

Sugere o autor que para se prepararem os profissionais de saúde para as mudanças mundiais, três alterações são necessárias: pesquisas baseadas na prática clínica, maior utilização da tecnologia de informação, e tomada de decisões compartilhadas.

A distribuição da atenção odontológica para o ano de 2005, de acordo com HUNTER e DOUGLASS⁵⁸ (1995), será muito mais integrada ao sistema de atenção em saúde do que é no momento. Para chegar ao novo século 21 o mercado está se preparando para a pressão da economia globalizada, sendo que uma fração significativa dos sistemas de distribuição da atenção odontológica precisará ser reconstruída.

Em meados dos anos noventa, existia nos Estados Unidos uma ameaça à qualidade dos futuros recursos humanos, segundo STAMM¹¹⁴ (1995), pela diminuição dos recursos disponíveis para a educação dental. Em um ambiente onde a

tecnologia moderna e estruturas organizacionais mais complexas são a regra, é aflitivo descobrir que as faculdades de odontologia devem contar com menos apoio do Estado, do governo federal, e outras instituições americanas. Esta é uma longa preocupação existente há muito tempo nas faculdades particulares e nas escolas relacionadas com o Estado, e está ficando muito agudo nas escolas públicas que tradicionalmente têm uma capacidade de pesquisa maior em odontologia. Embora os pedagogos sejam vistos influenciando nestas matérias, a continuação das atuais tendências de financiamento para as faculdades de odontologia vão inevitavelmente comprometer a qualidade dos futuros recursos humanos odontológicos. A menos que políticas mais sensatas prevaleçam, a força de trabalho qualificada em odontologia poderá estar comprometida em futuro não muito distante.

De acordo com RENSON¹⁰² (1996), a prioridade principal da Odontologia no futuro, deveria ser o atendimento das necessidades de saúde bucal da nação. Sugere que para se preparar os profissionais de saúde para as mudanças mundiais, três alterações são fundamentais: pesquisas baseadas na prática clínica, maior utilização da tecnologia de informação, e tomada de decisões compartilhadas.

Em um editorial do Journal of American Dental Association, MESKIN⁷⁵ (1997) aponta para um importante declínio na demanda por procedimentos restauradores no futuro, pois para indivíduos de 35 anos de idade ou mais jovens, a necessidade de extrações, tratamentos endodônticos e de próteses estão diminuindo consideravelmente. Os pesquisadores estão interpretando estes resultados com precaução, e agem corretamente assim o fazendo, pois muitos outros fatores devem ser bem estudados, tais como: o impacto do implante dental e da odontologia cosmética, que são áreas de crescimento mais rápidos em relação aos cuidados

odontológicos; o envelhecimento da América; o fato de que mais pessoas estão mantendo seus dentes durante toda a vida; e a constatação de que a própria profissão está envelhecendo, com mais de 40% dos Cirurgiões-Dentistas esperando passar seus anos mais produtivos no ano de 2010. Todos estes fatos citados têm grande importância para os Cirurgiões-Dentistas do futuro.

Objetivos

3. OBJETIVOS

Esta investigação será desenvolvida com os seguintes propósitos:

- 1- Conhecer a quantidade de Cirurgiões-Dentistas (dados absolutos e percentuais) entre os anos de 1988 à 1997:
 - no Brasil
 - por Macrorregiões
 - por Estado
- 2- Conhecer a distribuição da força de trabalho em saúde bucal, baseados em dados do Conselho Federal de Odontologia:
 - no Brasil
 - por Macrorregiões
 - por Estado
- 3- Conhecer a quantidade de faculdades de Odontologia do país quanto à sua localização e o número e vagas oferecidas, no ano de 1997, baseados em dados do Conselho Federal de Odontologia.
- 4- Conhecer a população economicamente ativa e renda pelo nº de pisos salariais: dados quantitativos e econômicos:
 - no Brasil
 - por Macrorregiões
 - por Estado

- 5- Projetar cenários da relação profissionais/habitantes, considerando a proporção atual entre CD/THD-ACD em relação ao Brasil.
- 6- Conhecer o incremento anual da população e dos profissionais de odontologia, em relação aos últimos 10 anos. (1988 - 1997)
- 7- Com base nos dados obtidos, comparar e analisar as características da força de trabalho em saúde bucal no Brasil, relacionando-a com a distribuição geográfica da força de trabalho e com a população economicamente ativa brasileira.
- 8- Oferecer sugestões que possam contribuir para uma melhor adequação da força de trabalho em saúde bucal no país.

Material e Método

4. MATERIAL E MÉTODO

O material para a elaboração deste trabalho foi inteiramente constituído por dados oficiais, sistematizados para subsidiar o diagnóstico da situação dos recursos humanos em odontologia no Brasil.

Utilizamos, como material, os relatórios obtidos no sistema de computação do Conselho Federal de Odontologia (CFO²⁷ 1998) e os dados fornecidos pelas Pesquisas Nacionais de Amostragem de Domicílios - PNAD - dos anos de 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995 e 1996 (FUNDAÇÃO IBGE^{41, 42, 43, 44, 45, 46, 47} 1989, 1990, 1991, 1993, 1994, 1996, 1997), o Censo Demográfico do Brasil de 1991 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FUNDAÇÃO IBGE⁴⁰ 1992); e as projeções da população referentes aos anos de 1994 e de 1997 publicadas no Diário Oficial da União (BRASIL^{16, 17} 1995, 1998). Essas informações foram obtidas junto às instituições citadas da seguinte maneira:

- os dados referentes ao CFO foram fornecidos pela própria Instituição.
- os dados referentes ao IBGE foram obtidos através de pesquisa realizada na Biblioteca Regional desta entidade na cidade de São Paulo.

A metodologia aplicada foi o estudo descritivo através da pesquisa exploratória, sem hipótese definida, com o objetivo de caracterizar a situação da força de trabalho em Odontologia, no país, na intenção de aferir, a partir dos dados coletados, a situação dessa força de trabalho, a fim de que se possam analisar os fatores que influenciam na distribuição da força de trabalho em saúde bucal no Brasil.

Foram solicitados ao Conselho Federal de Odontologia os seguintes itens:

- a) quantitativo da força de trabalho em Odontologia no Brasil (Cds), de 1988 até 1997:
 - por Estado
- b) relação CD/pessoal auxiliar em 1997, por Estado:
 - CD x TPD
 - CD x THD
 - CD x ACD
 - CD x APD
- c) quantidade de faculdades de Odontologia no Brasil em 1997, em relação à sua localização.

Foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (I.B.G.E.) os seguintes itens:

- a) população (dados quantitativos e econômicos):
 - no Brasil
 - nas Macrorregiões
 - por Estado
- b) população economicamente ativa e renda pelo nº de salários mínimos:
 - no Brasil
 - nas Macrorregiões
 - por Estado
- c) distribuição da força de trabalho em saúde bucal (ACD, THD, APD, TPD e CD) no ano de 1997:

- no Brasil
- nas Macrorregiões
- por Estado

Foi empregada a estatística descritiva, através da confecção de tabelas e gráficos para a interpretação dos resultados.

Resultados

5. RESULTADOS

É necessário que se façam algumas observações importantes a respeito dos resultados encontrados no presente trabalho.

Os dados sobre a população do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, como da população economicamente ativa, dada a impossibilidade pelas razões explicitadas a seguir, de serem obtidas de uma única fonte, foram conseguidas através dos seguintes materiais:

- As populações dos anos de 1988, 1989, 1990, foram obtidas através da consulta às Pesquisas Nacionais de Amostragem de Domicílio - PNAD realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (FUNDAÇÃO IBGE^{41, 42, 43} 1989, 1990, 1991), de onde são fornecidos os dados para se realizarem os Anuários Estatísticos do mesmo IBGE. É importante ressaltar, para melhor compreensão, que as referidas Pesquisas, nos anos citados, para a Macrorregião Norte, não realizaram o levantamento das populações dos Estados do Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins; como também da população rural dos Estados do Amazonas e Pará.
- A população de 1991 foi obtida através do Censo Demográfico do Brasil (FUNDAÇÃO IBGE⁴⁰ 1992), pois não houve Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar no referido ano, motivada pela realização do Censo.
- As populações dos anos de 1992 e 1993 voltaram a ser obtidas pelas PNAD do IBGE (FUNDAÇÃO IBGE^{44, 45} 1993, 1994), ressaltando que na Macrorregião Norte foram novamente excluídas as populações rurais dos Estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima Pará e Amapá.

- No ano de 1994 não foi realizado a PNAD, e por esta razão, os dados referentes à população foram obtidos através de publicação de sua estimativa, através do Diário Oficial da União (BRASIL¹⁶ 1995), de 30/08/95.
- As populações dos anos de 1995 e 1996 foram novamente obtidas da PNAD (FUNDAÇÃO IBGE^{46, 47, 48} 1996, 1997), que também voltaram a excluir, na Macrorregião Norte, as populações rurais dos Estados de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima Pará e Amapá.
- Finalmente, a população do ano de 1997 foi obtida pela estimativa da população publicada no Diário Oficial da União (BRASIL¹⁷ 1998), de 27/08/98, pois quando concluímos o levantamento dos dados para a redação deste trabalho, o PNAD do referido ano ainda não se encontrava disponível para consulta.

Isto posto, deve-se destacar que, tanto as PNAD do IBGE quanto as publicações do Diário Oficial da União, fazem uma estimativa das populações pesquisadas, enquanto que o Censo Demográfico faz a pesquisa utilizando toda a população do país.

As considerações citadas são necessárias para explicar que, quando se realizou a comparação da taxa de crescimento anual da população, entre dados da PNAD de 1990 com dados do Censo Demográfico de 1991, obtiveram-se os seguintes resultados:

- Em Estados da Macrorregião Norte, houve um aumento considerável desta taxa, como por exemplo, no Estado do Pará, que teve um crescimento da ordem de 88,6% (Tabela 5). Este resultado pode ser explicado pela razão das PNAD não realizarem pesquisas na população e/ou população rural de vários Estados do Norte, e o Censo ter utilizado toda a população.

- Da mesma forma, obteve-se crescimento negativo da população (Tabela 5) na grande maioria dos Estados das Macrorregiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, pois os dados populacionais obtidos pelo Censo eram menores do que os dados estimados pelas PNAD.

Estes resultados voltam a se repetir (aumentos significativos na taxa de crescimento, ou taxa de crescimento negativa), sempre que se compararam duas fontes diferentes, por exemplo, PNAD com Censo, ou PNAD com estimativa da população publicada pelo D.O.U., como pode-se verificar nas Tabelas 6, 8, 9 e 11.

É válido ressaltar que, estes fatos não invalidam de nenhuma maneira a pesquisa, pois apesar dos dados populacionais serem obtidos de fontes distintas, por impossibilidade de obtê-las de uma única fonte, os resultados encontrados estão em absoluta consonância com as conclusões encontradas por diversas pesquisas sobre o tema realizadas no Brasil, como pode-se observar na discussão dos resultados.

Após a coleta dos dados e realizada a apuração destes, trabalhou-se estatisticamente nos mais significantes e obtiveram-se os resultados expressos nas tabelas de 1 a 69 e nos gráficos de 1 a 26, na seqüência utilizada para a análise que levará à discussão desses resultados.

A tabela 1 nos mostra o total de Cirurgiões-Dentistas inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia, por Estados, nos anos de 1988 à 1997 (CFO²⁷ 1998).

Nas tabelas 2 a 11 podemos observar a população com as respectivas taxas anuais de crescimento; o número de Cirurgiões Dentistas inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia também com suas respectivas taxas anuais de crescimento, e a relação habitantes/CD do Brasil, das Macrorregiões e dos Estados, nos anos de 1988 à 1997.

Pode-se verificar nas tabelas 12 a 44, a comparação das taxas de crescimento anual populacional em relação à taxa de crescimento anual dos Cds, para cada Estado individualmente, entre os anos de 1988 até 1997.

Com relação às pessoas economicamente ativas com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal, no Brasil, e nas Macrorregiões, de 1988 à 1997, os resultados encontram-se discriminados nas tabelas 45 a 50 (em números absolutos) e nas tabelas de 51 a 57 (em percentuais).

As Faculdades de Odontologia com as respectivas vagas oferecidas e os percentuais destas em relação ao país, por Macrorregiões e por Estado, estão representadas na tabela 58 (CFO²⁷ 1998).

O pessoal auxiliar em odontologia registrado nos Conselhos Regionais, do Brasil, em 1997 (CFO²⁷ 1998), está descrito na tabela 59.

Tabela 1 - TOTAL DE Cds INSCRITOS NOS CONSELHOS REGIONAIS DE ODONTOLOGIA, POR ESTADO, NOS ANOS DE 1988 A 1997

ESTADO	ANO	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
ACRE		22	24	75	87	99	110	123	135	153	162
AMAPÁ		27	28	60	68	73	78	89	101	124	147
AMAZONAS		487	514	550	592	649	706	752	803	850	905
PARÁ		1.181	1.254	1.327	1.391	1.474	1.569	1.649	1.709	1.775	1.864
RONDÔNIA		155	167	183	195	211	233	250	277	302	345
RORAIMA		29	31	56	60	65	75	84	91	106	116
TOCANTINS		142	152	159	179	222	266	307	362	389	434
ALAGOAS		892	960	992	1.063	1.105	1.170	1.224	1.267	1.311	1350
BAHIA		2.755	2.899	3035	3.180	3.301	3.458	3.668	3.865	4.033	4.313
CEARÁ		1.701	1.788	1.899	2.014	2.074	2.185	2.285	2.414	2.510	2.658
MARANHÃO		615	643	683	721	780	831	887	919	971	1.018
PARAÍBA		1.541	1.606	1.682	1.753	1.799	1.848	1.933	1.998	2.082	2.164
PERNAMBUCO		2.963	3.108	3.270	3.404	3.520	3.649	3.815	3.950	4.084	4.281
PIAUÍ		691	754	805	837	868	912	947	997	1.033	1.103
RIO GRANDE DO NORTE		967	1.041	1.109	1.168	1.216	1.244	1.328	1.416	1.499	1.584
SERGIPE		501	527	557	586	618	658	684	723	758	827
ESPÍRITO SANTO		1.448	1.540	1.649	1.737	1.822	1.917	2.033	2.128	2.238	2.391
MINAS GERAIS		12.359	12.962	13.547	14.404	14.950	15.681	16.441	17.519	18.403	19.454
RIO DE JANEIRO		12.470	13.073	13.619	14.199	14.782	15.269	15.867	16.576	17.245	18.254
SÃO PAULO		33.512	35.295	37.003	38.818	41.625	43.330	45.394	47.371	49.623	52.194
PARANÁ		4.979	5.332	5.638	6.021	6.427	6.828	7.255	7.714	8.138	8.737
RIO GRANDE DO SUL		6.200	6.469	6.735	6.953	7.207	7.389	7.693	8.029	8.394	8.867
SANTA CATARINA		2.457	2.578	2.734	2.893	3.023	3.167	3.400	3.607	3.847	4.150
DISTRITO FEDERAL		1.733	1.848	1.981	2.111	2.245	2.358	2.548	2.792	3.002	3.284
GOIÁS		2.338	2.410	2.563	2.701	2.807	2.935	3.112	3.310	3.493	3.760
MATO GROSSO		826	875	909	965	999	1.063	1.128	1.216	1.277	1.432
MATO GROSSO DO SUL		1.097	1.172	1.241	1.340	1.419	1.483	1.589	1.684	1.782	1.918
TOTAL		94.088	99.050	104.061	109.440	115.380	120.412	126.485	132.973	132.422	147.712

Fonte: Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 2 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DAS MACRORREGIÕES E DOS ESTADOS, E TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO E DE CDs NO ANO DE 1988

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO ⁽¹⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POP. (%)	CDs INSCRITOS NOS CROs ⁽²⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CDs (%)	RELAÇÃO HABs/1 CD
NORTE	ACRE	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	22	--- ⁽⁴⁾	--- ⁽⁴⁾
	AMAPÁ	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	27	--- ⁽⁴⁾	--- ⁽⁴⁾
	AMAZONAS	1.329.921 ⁽⁵⁾	--- ⁽⁴⁾	487	--- ⁽⁴⁾	2.860
	PARÁ	2.440.304 ⁽⁵⁾	--- ⁽⁴⁾	1.181	--- ⁽⁴⁾	2.066
	RONDONIA	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	155	--- ⁽⁴⁾	--- ⁽⁴⁾
	RORAIMA	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	29	--- ⁽⁴⁾	--- ⁽⁴⁾
	TOCANTIS	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	142	--- ⁽⁴⁾	--- ⁽⁴⁾
	SUB-TOTAL	3.770.225	--- ⁽⁴⁾	2.043	--- ⁽⁴⁾	1.845
NORDESTE	ALAGOAS	2.351.960	--- ⁽⁴⁾	892	--- ⁽⁴⁾	2.637
	BAHIA	11.358.370	--- ⁽⁴⁾	2.755	--- ⁽⁴⁾	4.123
	CEARÁ	6.268.314	--- ⁽⁴⁾	1.701	--- ⁽⁴⁾	3.685
	MARANHÃO	4.996.704	--- ⁽⁴⁾	615	--- ⁽⁴⁾	8.125
	PARAÍBA	3.164.443	--- ⁽⁴⁾	1.541	--- ⁽⁴⁾	2.053
	PERNAMBUCO	7.145.177	--- ⁽⁴⁾	2.963	--- ⁽⁴⁾	2.411
	PIAUÍ	2.579.708	--- ⁽⁴⁾	691	--- ⁽⁴⁾	3.733
	RIO GRANDE DO NORTE	2.246.444	--- ⁽⁴⁾	967	--- ⁽⁴⁾	2.323
	SERGIPE	1.374.950	--- ⁽⁴⁾	501	--- ⁽⁴⁾	2.744
	SUB-TOTAL	41.486.070	--- ⁽⁴⁾	12.626	--- ⁽⁴⁾	3.286

SUDESTE	ESPIRITO SANTO	2.441.153	--- (4)	1.448	--- (4)	1.686
	MINAS GERAIS	15.406.239	--- (4)	12.359	--- (4)	1.247
	RIO DE JANEIRO	13.627.828	--- (4)	12.470	--- (4)	1.093
	SÃO PAULO	31.827.861	--- (4)	33.512	--- (4)	950
	SUB-TOTAL	63.303.081	--- (4)	59.789	--- (4)	1.059
SUL	PARANÁ	8.780.331	--- (4)	4.979	--- (4)	1.763
	RIO GRANDE DO SUL	8.920.285	--- (4)	6.200	--- (4)	1.439
	SANTA CATARINA	4.334.719	--- (4)	2.457	--- (4)	1.764
	SUB-TOTAL	22.035.335	--- (4)	13.636	--- (4)	1.616
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1.758.245	--- (4)	1.733	--- (4)	1.014
	GOIÁS	4.765.676	--- (4)	2.338	--- (4)	2.038
	MATO GROSSO	1.641.431	--- (4)	826	--- (4)	1.987
	MATO GROSSO DO SUL	1.724.770	--- (4)	1.097	--- (4)	1.572
	SUB-TOTAL	9.890.122	--- (4)	5.994	--- (4)	1.650
BRASIL	TOTAL	140.484.833	--- (4)	94.088	--- (4)	1.493

(3) dados não pesquisados

(4) dados não calculados

(5) exclusive a população rural

Fonte:

(1) Fundação IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - PNAD - v. 12, n. 3,4,5, 1988.

(2) Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 3 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DAS MACRORREGIÕES E DOS ESTADOS, E TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO E DE CDs NO ANO DE 1989

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO ⁽¹⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POP.	CDs INSCRITOS NOS CROs ⁽²⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CDs (%)	RELAÇÃO HABs/1 CD
NORTE	ACRE	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	24	9,09 %	--- ⁽⁴⁾
	AMAPÁ	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	28	3,70 %	--- ⁽⁴⁾
	AMAZONAS	1.383.016 ⁽⁵⁾	3,99 %	514	5,54 %	2.691
	PARÁ	2.531.614 ⁽⁵⁾	3,74 %	1.254	6,18 %	2.019
	RONDONIA	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	167	7,74 %	--- ⁽⁴⁾
	RORAIMA	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	31	6,90 %	--- ⁽⁴⁾
	TOCANTIS	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	152	7,04 %	--- ⁽⁴⁾
	SUB-TOTAL	3.914.630	3,83 %	2.170	6,22 %	1.804
NORDESTE	ALAGOAS	2.391.274	1,67 %	960	7,62 %	2.491
	BAHIA	11.576.103	1,92 %	2.899	5,23 %	3.993
	CEARÁ	6.385.087	1,86 %	1.788	5,11 %	3.571
	MARANHÃO	5.102.754	2,12 %	643	4,55 %	7.936
	PARAÍBA	3.212.279	1,51 %	1.606	4,22 %	2.000
	PERNAMBUCO	7.269.022	1,73 %	3.108	4,89 %	2.339
	PIAUÍ	2.629.244	1,92 %	754	9,11 %	3.487
	RIO GRANDE DO NORTE	2.287.996	1,85 %	1.041	7,65 %	2.198
	SERGIPE	1.398.874	1,73 %	527	5,19 %	2.654
	SUB-TOTAL	42.252.633	1,84 %	13.326	5,54 %	3.171

SUDESTE	ESPIRITO SANTO	2.488.615	1,94 %	1.540	6,35 %	1.616
	MINAS GERAIS	15.650.938	1,59 %	12.962	4,88 %	1.207
	RIO DE JANEIRO	13.917.342	2,12 %	13.073	2,61 %	1.065
	SÃO PAULO	32.538.935	2,23 %	35.295	5,32 %	922
	SUB-TOTAL	64.595.830	2,04 %	62.870	5,15 %	1.027
SUL	PARANÁ	8.985.801	2,34 %	5.332	7,09 %	1.685
	RIO GRANDE DO SUL	9.061.005	1,58 %	6.469	4,34 %	1.401
	SANTA CATARINA	4.405.435	1,63 %	2.578	4,92 %	1.709
	SUB-TOTAL	22.452.241	1,89 %	14.379	5,45 %	1.561
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1.818.613	3,43 %	1.848	6,63 %	984
	GOIÁS	4.867.463	2,14 %	2.410	3,08 %	2.020
	MATO GROSSO	1.690.296	2,98 %	875	5,93 %	1.932
	MATO GROSSO DO SUL	1.766.066	2,40 %	1.172	6,84 %	1.507
	SUB-TOTAL	10.142.438	2,55 %	6.305	5,19 %	1.609
BRASIL	TOTAL	143.357.772	2,04 %	99.050	5,27 %	1.447

⁽³⁾ dados não pesquisados

⁽⁴⁾ dados não calculados

⁽⁵⁾ exclusive a população rural

Fonte:

⁽¹⁾ Fundação IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - PNAD - v.13, n.3,4,5, - 1989.

⁽²⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 4 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DAS MACRORREGIÕES E DOS ESTADOS, E TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO E DE CDs NO ANO DE 1990

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO ⁽¹⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POP. (%)	CDs INSCRITOS NOS CROs ⁽²⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)	RELAÇÃO HABs/1 CD
NORTE	ACRE	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	75	212,50 %	--- ⁽⁴⁾
	AMAPÁ	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	60	114,28 %	--- ⁽⁴⁾
	AMAZONAS	1.436.442 ⁽⁵⁾	3,86 %	550	7,00 %	2.612
	PARÁ	2.624.031 ⁽⁵⁾	3,65 %	1.327	5,82 %	1.977
	RONDONIA	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	183	9,58 %	--- ⁽⁴⁾
	RORAIMA	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	56	80,64 %	--- ⁽⁴⁾
	TOCANTIS	--- ⁽³⁾	--- ⁽⁴⁾	159	4,60 %	--- ⁽⁴⁾
	SUB-TOTAL	4.060.473	3,72 %	2.410	11,05 %	1.685
NORDESTE	ALAGOAS	2.438.930	1,99 %	992	3,33 %	2.459
	BAHIA	11.806.807	1,99 %	3.035	4,69 %	3.890
	CEARÁ	6.512.345	1,99 %	1.899	6,21 %	3.429
	MARANHÃO	5.204.444	1,99 %	683	6,22 %	7.620
	PARAÍBA	3.276.297	1,99 %	1.682	4,73 %	1.948
	PERNAMBUCO	7.413.896	1,99 %	3.270	5,21 %	2.267
	PIAUÍ	2.681.641	1,99 %	805	6,76 %	3.331
	RIO GRANDE DO NORTE	2.333.596	1,99 %	1.109	6,53 %	2.104
	SERGIPE	1.426.752	1,99 %	557	5,70 %	2.561
	SUB-TOTAL	43.094.708	1,99 %	14.032	5,30 %	3.071

SUDESTE	ESPIRITO SANTO	2.538.214	1,99 %	1.649	7,07 %	1.539
	MINAS GERAIS	15.962.857	1,99 %	13.547	4,51 %	1.178
	RIO DE JANEIRO	14.194.718	1,99 %	13.619	4,17 %	1042
	SÃO PAULO	33.187.414	1,99 %	37.003	4,84 %	897
	SUB-TOTAL	65.883.203	1,99 %	65.818	4,69 %	1.001
SUL	PARANÁ	9.164.881	1,99 %	5.638	5,74 %	1.626
	RIO GRANDE DO SUL	9.241.571	1,99 %	6.735	4,11 %	1.372
	SANTA CATARINA	4.493.236	1,99 %	2.734	6,05 %	1.643
	SUB-TOTAL	22.899.688	1,99 %	15.107	5,06 %	1.516
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1.879.219	3,33 %	1.981	5,03 %	949
	GOIÁS	4.968.085	2,07 %	2.563	6,34 %	1.938
	MATO GROSSO	1.739.150	2,89 %	909	3,89 %	1.913
	MATO GROSSO DO SUL	1.807.068	2,32 %	1.241	5,89 %	1.456
	SUB-TOTAL	10.393.522	2,47 %	6.694	6,17 %	1.553
BRASIL	TOTAL	146.331.594	2,07 %	104.061	5,06 %	1.406

⁽³⁾ dados não pesquisados

⁽⁴⁾ dados não calculados

⁽⁵⁾ exclusive a população rural

Fonte:

⁽¹⁾ Fundação IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - PNAD - v.14, n.3,4,5, 1990.

⁽²⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 5 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DAS MACRORREGIÕES E DOS ESTADOS, E TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO E DE CDs NO ANO DE 1991

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO ⁽¹⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POP. (%)	CDs INSCRITOS NOS CROs ⁽²⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CDs (%)	RELAÇÃO HABs/1 CD
NORTE	ACRE	417.102	--- ⁽³⁾	87	16,00 %	4.794
	AMAPÁ	289.038	--- ⁽³⁾	68	13,33 %	4.251
	AMAZONAS	2.102.769	46,38 %	592	7,64 %	3.552
	PARÁ	4.949.191	88,61 %	1.391	4,82 %	3.558
	RONDONIA	1.133.269	--- ⁽³⁾	195	6,56 %	5.812
	RORAIMA	217.587	--- ⁽³⁾	60	7,14 %	3.626
	TOCANTIS	918.406	--- ⁽³⁾	179	12,58 %	5.131
	SUB-TOTAL	10.027.362	146,95 %	2.572	6,72 %	3.899
NORDESTE	ALAGOAS	2.512.663	3,02 %	1.063	7,16 %	2.364
	BAHIA	11.867.310	0,51 %	3.180	4,78 %	3.732
	CEARÁ	6.366.099	- 2,24 %	2.014	6,05 %	3.161
	MARANHÃO	4.929.681	- 5,28 %	721	5,56 %	6.837
	PARAÍBA	3.201.334	- 2,29 %	1.753	4,42 %	1.826
	PERNAMBUCO	7.127.938	- 3,86 %	3.404	4,10 %	2.094
	PIAUÍ	2.582.067	- 3,71 %	837	3,97 %	3.085
	RIO GRANDE DO NORTE	2.415.075	3,49 %	1.168	5,32 %	2.068
	SERGIPE	1.491.877	4,56 %	586	5,21 %	2.546
	SUB-TOTAL	42.494.044	- 1,39 %	14.726	4,95 %	2.886

SUDESTE	ESPIRITO SANTO	2.600.623	2,46 %	1.737	5,34 %	1.497
	MINAS GERAIS	15.743.536	- 1,37 %	14.404	6,33 %	1.093
	RIO DE JANEIRO	12.807.188	- 9,78 %	14.199	4,26 %	902
	SÃO PAULO	31.588.798	- 4,82 %	38.818	4,90 %	814
	SUB-TOTAL	62.740.145	- 4,77 %	69.158	5,07 %	907
SUL	PARANÁ	8.448.598	- 7,81 %	6.021	6,79 %	1.403
	RIO GRANDE DO SUL	9.138.455	- 1,12 %	6.953	3,24 %	1.314
	SANTA CATARINA	4.542.036	1,09 %	2.893	5,81 %	1.570
	SUB-TOTAL	22.129.089	- 3,36 %	15.867	5,03 %	1.395
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1.601.095	- 14,80 %	2.111	6,56 %	758
	GOIÁS	4.017.524	- 19,13 %	2.701	5,38 %	1.487
	MATO GROSSO	2.026.072	16,50 %	965	6,16 %	2.099
	MATO GROSSO DO SUL	1.780.374	- 1,48 %	1.340	7,98 %	1.329
	SUB-TOTAL	9.425.065	- 9,32 %	7.117	6,32 %	1.324
BRASIL	TOTAL	146.815.705	0,33 %	109.440	5,17%	1.342

⁽³⁾ dados não calculados

Fonte:

⁽¹⁾ Fundação IBGE. Censo Demográfico do Brasil :1991. Rio de Janeiro; 1992.

⁽²⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 6 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DAS MACRORREGIÕES E DOS ESTADOS, E TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO E DE CDs NO ANO DE 1992

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO ⁽¹⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POP. (%)	CDs INSCRITOS NOS CROs ⁽²⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CDs (%)	RELAÇÃO HABs/1 CD
NORTE	ACRE	271.738 ⁽³⁾	- 34,85 %	99	13,80 %	2.745
	AMAPÁ	247.772 ⁽³⁾	- 14,27 %	73	7,35 %	3.394
	AMAZONAS	1.570.342 ⁽³⁾	- 25,32 %	649	9,63 %	2.420
	PARÁ	2.692.756 ⁽³⁾	- 45,59 %	1.474	5,97 %	1.827
	RONDONIA	704.389 ⁽³⁾	- 37,84 %	211	8,20 %	3.338
	RORAIMA	150.451 ⁽³⁾	- 30,85 %	65	8,33 %	2.315
	TOCANTIS	950.775	3,52 %	222	24,02 %	4.283
	SUB-TOTAL	6.588.223	- 34,30 %	2.793	8,59 %	2.359
NORDESTE	ALAGOAS	2.571.153	2,33 %	1.105	3,95 %	2.327
	BAHIA	12.127.069	2,19 %	3.301	3,80 %	3.674
	CEARÁ	6.482.404	1,83 %	2.074	2,98 %	3.125
	MARANHÃO	5.030.492	2,04 %	780	8,18 %	6.449
	PARAIBA	3.247.372	1,44 %	1.799	2,62 %	1.805
	PERNAMBUCO	7.233.548	1,48 %	3.520	3,41 %	2.055
	PIAUI	2.629.702	1,84 %	868	3,70 %	3.030
	RIO GRANDE DO NORTE	2.471.105	2,32 %	1.216	4,11 %	2.032
	SERGIPE	1.529.634	2,53 %	618	5,46 %	2.475
	SUB-TOTAL	43.322.479	1,94 %	15.281	3,77 %	2.835

SUDESTE	ESPIRITO SANTO	2.662.583	2,38 %	1.822	4,89 %	1.461
	MINAS GERAIS	15.996.971	1,61 %	14.950	3,79 %	1.070
	RIO DE JANEIRO	12.970.460	1,27 %	14.782	4,10 %	877
	SÃO PAULO	32.291.802	2,22 %	41.625	7,23 %	776
	SUB-TOTAL	63.921.816	1,88 %	73.179	5,81 %	873
SUL	PARANÁ	8.536.662	1,04 %	6.427	6,74 %	1.328
	RIO GRANDE DO SUL	9.285.171	1,60 %	7.207	3,65 %	1.288
	SANTA CATARINA	4.640.109	2,16 %	3.023	4,49 %	1.535
	SUB-TOTAL	22.461.942	1,50 %	16.657	4,98 %	1.348
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1.646.622	2,84 %	2.245	6,35 %	733
	GOIÁS	4.115.314	2,43 %	2.807	3,92 %	1.466
	MATO GROSSO	2.122.606	4,76 %	999	3,52 %	2.125
	MATO GROSSO DO SUL	1.824.469	2,48 %	1.419	5,89 %	1.286
	SUB-TOTAL	9.709.011	3,01 %	7.470	4,96 %	1.300
BRASIL	TOTAL	146.003.471	- 0,55 %	115.380	5,43 %	1.265

⁽³⁾ exclusive a população rural

Fonte:

⁽¹⁾ Fundação IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - PNAD - v.15, n.7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33, 1992.

⁽²⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 7 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DAS MACRORREGIÕES E DOS ESTADOS, E TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO E DE CDs NO ANO DE 1993

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POP. (%)	CDs INSCRITOS NOS CROs	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CDs (%)	RELAÇÃO HABs/1 CD
NORTE	ACRE	283.078 ⁽³⁾	4,17 %	110	11,11 %	2.573
	AMAPÁ	259.475 ⁽³⁾	4,72 %	78	6,85 %	3.327
	AMAZONAS	1.628.333 ⁽³⁾	3,69 %	706	8,78 %	2.306
	PARÁ	2.776.952 ⁽³⁾	3,13 %	1.569	6,44 %	1.770
	RONDONIA	743.053 ⁽³⁾	5,49 %	233	10,43 %	3.189
	RORAIMA	158.716 ⁽³⁾	5,49 %	75	15,38 %	2.116
	TOCANTIS	975.544	2,60 %	266	19,32 %	3.667
	SUB-TOTAL	6.825.151	3,59 %	3.037	8,74 %	2.247
NORDESTE	ALAGOAS	2.614.183	1,67 %	1.170	5,88 %	2.234
	BAHIA	12.322.471	1,61 %	3.458	4,76 %	3.563
	CEARÁ	6.569.705	1,35 %	2.185	5,35 %	3.007
	MARANHÃO	5.106.095	1,50 %	831	6,54 %	6.144
	PARAÍBA	3.282.260	1,07 %	1.848	2,72 %	1.776
	PERNAMBUCO	7.313.247	1,10 %	3.649	3,66 %	2.004
	PIAUÍ	2.665.575	1,36 %	912	5,07 %	2.923
	RIO GRANDE DO NORTE	2.512.992	1,69 %	1.244	2,30 %	2.020
	SERGIPE	1.558.111	1,86 %	658	6,47 %	2.368
	SUB-TOTAL	43.944.639	1,44 %	15.955	4,67 %	2.754

SUDESTE	ESPIRITO SANTO	2.709.318	1,75 %	1.917	5,21 %	1.413
	MINAS GERAIS	16.188.407	1,20 %	15.681	4,89 %	1.032
	RIO DE JANEIRO	13.093.204	0,95 %	15.269	3,29 %	857
	SÃO PAULO	32.821.933	1,64 %	43.330	4,10 %	757
	SUB-TOTAL	64.812.862	1,39 %	76.197	4,12 %	851
SUL	PARANÁ	8.602.989	0,78 %	6.828	6,24 %	1.260
	RIO GRANDE DO SUL	9.395.663	1,19 %	7.389	2,52 %	1.272
	SANTA CATARINA	4.714.110	1,59 %	3.167	4,76 %	1.488
	SUB-TOTAL	22.712.762	1,12 %	17.384	4,36 %	1.306
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1.680.965	2,09 %	2.358	5,03 %	713
	GOIÁS	4.188.030	1,77 %	2.935	4,56 %	1.427
	MATO GROSSO	2.194.541	3,39 %	1.063	6,41 %	2.064
	MATO GROSSO DO SUL	1.857.727	1,82 %	1.483	4,51 %	1.253
	SUB-TOTAL	9.921.263	2,19 %	7.839	4,94 %	1.266
BRASIL	TOTAL	148.216.677	1,51 %	120.412	4,36 %	1.231

⁽³⁾ exclusive a população rural

Fonte:

⁽¹⁾ Fundação IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - PNAD - v.16, n.7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33, 1993.

⁽²⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 8 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DAS MACRORREGIÕES E DOS ESTADOS, E TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO E DE CDs NO ANO DE 1994

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO ⁽¹⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POP. (%)	CDs INSCRITOS NOS CROs ⁽²⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CDs (%)	RELAÇÃO HABs/1 CD
NORTE	ACRE	446.480	57,72 5	123	11,82 %	3.630
	AMAPÁ	317.597	22,39 %	89	14,10 %	3.568
	AMAZONAS	2.269.555	39,38 %	752	6,51 %	3.018
	PARÁ	5.332.187	91,65 %	1.649	5,10 %	3.233
	RONDONIA	1.291.214	73,77 %	250	7,30 %	5.164
	RORAIMA	251.783	58,64 %	84	12,00 %	2.997
	TOCANTIS	990.760	1,56 %	307	15,41 %	3.227
	SUB-TOTAL	10.899.576	59,70 %	3.254	7,14 %	3.349
NORDESTE	ALAGOAS	2.645.417	1,19 %	1.224	4,61 %	2.161
	BAHIA	12.464.316	1,15 %	3.668	6,07 %	3.398
	CEARÁ	6.633.080	0,96 %	2.285	4,58 %	2.902
	MARANHÃO	5.160.974	1,07 %	887	6,74 %	5.818
	PARAIBA	3.307.583	1,22 %	1.933	4,59 %	1.711
	PERNAMBUCO	7.371.110	0,79 %	3.815	4,55 %	1.932
	PIAUÍ	2.691.615	0,98 %	947	3,84 %	2.842
	RIO GRANDE DO NORTE	2.543.397	1,21 %	1.328	6,75 %	1.915
	SERGIPE	1.578.782	1,33 %	684	3,95 %	2.308
	SUB-TOTAL	44.396.274	1,03 %	16.771	4,64 %	2.647

SUDESTE	ESPIRITO SANTO	2.743.243	1,96 %	2.033	6,05 %	1.349
	MINAS GERAIS	16.327.360	0,86 %	16.441	4,85 %	993
	RIO DE JANEIRO	13.182.301	0,68 %	15.867	3,92 %	830
	SÃO PAULO	33.206.755	1,17 %	45.394	4,76 %	731
	SUB-TOTAL	65.459.659	0,99 %	79.735	4,64 %	821
SUL	PARANÁ	8.651.138	0,55 %	7.255	6,25 %	1.192
	RIO GRANDE DO SUL	9.475.871	0,85 %	7.693	4,11 %	1.231
	SANTA CATARINA	4.767.826	1,14 %	3.400	7,36 %	1.402
	SUB-TOTAL	22.894.835	0,80 %	18.348	5,54 %	1.247
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1.705.889	1,48 %	2.548	8,06 %	669
	GOIÁS	4.240.812	1,26 %	3.112	6,03 %	1.362
	MATO GROSSO	2.246.757	2,38 %	1.128	6,11 %	1.991
	MATO GROSSO DO SUL	1.881.868	1,30 %	1.589	7,14 %	1.184
	SUB-TOTAL	10.075.326	1,55 %	8.377	6,86 %	1.202
BRASIL	TOTAL	153.725.670	3,722 %	126.485	5,04 %	

Fonte:

⁽¹⁾ Diário Oficial da União, Brasília, 1995 ago 30, seção I:13.331

⁽²⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 9 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DAS MACRORREGIÕES E DOS ESTADOS, E TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO E DE CDs NO ANO DE 1995

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO ⁽¹⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POP. (%)	Cds INSCRITOS NOS CROs ⁽²⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CDs (%)	RELAÇÃO HABs/1 CD
NORTE	ACRE	304.705 ⁽³⁾	- 31,75 %	135	9,76 %	2.257
	AMAPÁ	281.794 ⁽³⁾	- 11,27 %	101	13,48 %	2.790
	AMAZONAS	1.738.931 ⁽³⁾	- 23,38 %	803	6,78 %	2.165
	PARÁ	2.935.972 ⁽³⁾	- 44,83 %	1.709	3,64 %	1.718
	RONDONIA	816.792 ⁽³⁾	- 36,74 %	277	10,80 %	2.949
	RORAIMA	174.477 ⁽³⁾	- 30,70 %	91	8,33 %	1.917
	TOCANTIS	1.010.610	2,00 %	362	17,91 %	2.792
	SUB-TOTAL	7.263.281	- 33,36 %	3.478	6,88 %	2.088
NORDESTE	ALAGOAS	2.695.173	1,88 %	1.267	3,51 %	2.127
	BAHIA	12.690.274	1,81 %	3.865	5,37 %	3.283
	CEARÁ	6.734.026	1,52 %	2.414	5,64 %	2.790
	MARANHÃO	5.248.393	1,69 %	919	3,60 %	5.711
	PARAÍBA	3.347.926	1,22 %	1.998	3,36 %	1.676
	PERNAMBUCO	7.463.276	1,25 %	3.950	3,54 %	1.889
	PIAUÍ	2.733.098	1,54 %	997	5,28 %	2.741
	RIO GRANDE DO NORTE	2.591.831	1,90 %	1.416	6,63 %	1.830
	SERGIPE	1.611.712	2,08 %	723	5,70 %	2.229
	SUB-TOTAL	45.115.709	1,62 %	17.549	4,64 %	2.571

SUDESTE	ESPIRITO SANTO	2.797.283	1,97 %	2.128	4,67 %	1.314
	MINAS GERAIS	16.548.714	1,35 %	17.519	6,56 %	945
	RIO DE JANEIRO	13.324.242	1,08 %	16.576	4,47 %	804
	SÃO PAULO	33.819.754	1,85 %	47.371	4,35 %	714
	SUB-TOTAL	66.489.993	1,57 %	83.594	4,84 %	795
SUL	PARANÁ	8.727.838	0,89 %	7.714	6,63 %	1.131
	RIO GRANDE DO SUL	9.603.636	1,34 %	8.029	4,37 %	1.196
	SANTA CATARINA	4.853.391	1,80 %	3.607	6,09 %	1.345
	SUB-TOTAL	23.184.865	1,27 %	19.350	5,46 %	1.198
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1.745.599	2,33 %	2.792	9,58 %	625
	GOIÁS	4.324.893	1,98 %	3.310	6,36 %	1.307
	MATO GROSSO	2.329.938	3,70 %	1.216	7,80 %	1.916
	MATO GROSSO DO SUL	1.920.325	2,04 %	1.684	5,98 %	1.140
	SUB-TOTAL	10.320.755	2,43 %	9.002	7,46 %	1.146
BRASIL	TOTAL	152.374.603	- 0,88 %	132.973	5,13 %	1.146

⁽³⁾ exclusive a população rural

Fonte:

⁽¹⁾ Fundação IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - PNAD - v.17, n.7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33, 1995.

⁽²⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 10 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DAS MACRORREGIÕES E DOS ESTADOS, E TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO E DE CDs NO ANO DE 1996

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO ⁽¹⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POP. (%)	CDs INSCRITOS NOS CROs ⁽²⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CDs (%)	RELAÇÃO HABs/1 CD
NORTE	ACRE	315.140 ⁽³⁾	3,42 %	153	13,33 %	2.060
	AMAPÁ	292.563 ⁽³⁾	3,82 %	124	22,27 %	2.359
	AMAZONAS	1.792.300 ⁽³⁾	3,06 %	850	5,85 %	2.108
	PARÁ	3.012.704 ⁽³⁾	2,61 %	1.775	3,86 %	1.697
	RONDONIA	852.370 ⁽³⁾	4,35 %	302	9,02 %	2.822
	RORAIMA	182.083 ⁽³⁾	4,36 %	106	16,48 %	1.718
	TOCANTIS	1.024.120	1,33 %	389	7,46 %	2.633
	SUB-TOTAL	7.471.280	2,86 %	3.699	6,35 %	2.020
NORDESTE	ALAGOAS	2.733.885	1,44 %	1.311	3,47 %	2.085
	BAHIA	12.866.053	1,38 %	4.033	4,35 %	3.190
	CEARÁ	6.812.575	1,17 %	2.510	3,98 %	2.714
	MARANHÃO	5.316.411	1,30 %	971	5,65 %	5.397
	PARAIBA	3.379.313	0,93 %	2.082	4,20 %	1.623
	PERNAMBUCO	7.535.000	0,96 %	4.084	3,39 %	1.845
	PIAUÍ	2.765.373	1,18 %	1.033	3,61 %	2.677
	RIO GRANDE DO NORTE	2.629.517	1,45 %	1.499	5,86 %	1.754
	SERGIPE	1.637.334	1,59 %	758	4,48 %	2.160
	SUB-TOTAL	45.675.461	1,24 %	18.281	4,17 %	2.498

SUDESTE	ESPIRITO SANTO	2.839.327	1,50 %	2.238	5,17 %	1.269
	MINAS GERAIS	16.720.928	1,04 %	18.403	5,04 %	909
	RIO DE JANEIRO	13.434.673	0,83 %	17.245	4,04 %	779
	SÃO PAULO	34.296.690	1,41 %	49.623	4,75 %	691
	SUB-TOTAL	67.291.618	1,21 %	87.509	4,68 %	769
SUL	PARANÁ	8.787.511	0,68 %	8.138	5,50 %	1.080
	RIO GRANDE DO SUL	9.703.042	1,03 %	8.394	4,55 %	1.156
	SANTA CATARINA	4.919.973	1,37 %	3.847	6,65 %	1.279
	SUB-TOTAL	23.410.526	0,97 %	20.379	5,31 %	1.149
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1.776.490	1,77 %	3.002	7,52 %	592
	GOIÁS	4.390.316	1,51 %	3.493	5,53 %	1.257
	MATO GROSSO	2.394.651	2,78 %	1.277	5,02 %	1.875
	MATO GROSSO DO SUL	1.950.247	1,56 %	1.782	5,82 %	1.094
	SUB-TOTAL	10.511.704	1,85 %	9.554	6,13 %	1.100
BRASIL	TOTAL	154.360.589	1,30 %	139.422	4,85 %	1.107

Fonte:

⁽¹⁾ Fundação IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios - PNAD - v.18, n.7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33, 1996.

⁽²⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 11 - POPULAÇÃO DO BRASIL, DAS MACRORREGIÕES E DOS ESTADOS, E TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO E DE CDs NO DE 1997

REGIÕES	ESTADOS	POPULAÇÃO ⁽¹⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POP. (%)	CDs INSCRITOS NOS CROs ⁽²⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE CDs (%)	RELAÇÃO HABs/1 CD
NORTE	ACRE	514.050	63,11 %	162	5,88 %	3.173
	AMAPÁ	420.834	43,84 %	147	18,55 %	2.863
	AMAZONAS	2.520.684	40,63 %	905	6,47 %	2.785
	PARÁ	5.768.476	91,47 %	1.864	5,01 %	3.095
	RONDONIA	1.276.173	49,72 %	345	14,24 %	3.699
	RORAIMA	260.705	43,18 %	116	9,43 %	2.247
	TOCANTIS	1.107.803	8,17 %	434	11,57 %	2.552
	SUB-TOTAL	11.868.725	58,85 %	3.973	7,41 %	2.987
NORDESTE	ALAGOAS	2.688.117	- 1,67 %	1.350	2,97 %	1.992
	BAHIA	12.851.268	- 0,11 %	4.313	6,94 %	2.980
	CEARÁ	7.013.376	2,94 %	2.658	5,90 %	2.639
	MARANHÃO	5.356.853	0,76 %	1.018	4,84 %	5.262
	PARAÍBA	3.353.624	- 0,76 %	2.164	3,94 %	1.550
	PERNAMBUCO	7.523.755	- 0,15 %	4.281	4,82 %	1.757
	PIAUÍ	2.714.999	- 1,82 %	1.103	6,78 %	2.461
	RIO GRANDE DO NORTE	2.624.397	- 0,19 %	1.584	5,67 %	1.657
	SERGIPE	1.684.953	2,91 %	827	9,10 %	2.037
	SUB-TOTAL	45.811.342	0,29 %	19.298	5,56 %	2.374

	ESPIRITO SANTO	2.895.547	1,98 %	2.391	6,84 %	1.211
SUDESTE	MINAS GERAIS	17.100.314	2,26 %	19.454	5,71 %	879
	RIO DE JANEIRO	13.681.410	1,84 %	18.254	5,85 %	749
	SÃO PAULO	35.284.072	2,88 %	52.194	5,18 %	676
	SUB-TOTAL	68.961.343	2,48 %	92.293	5,47 %	747
SUL	PARANÁ	9.258.813	5,36 %	8.737	5,50 %	1.060
	RIO GRANDE DO SUL	9.866.928	1,69 %	8.867	4,55 %	1.113
	SANTA CATARINA	5.028.339	2,20 %	4.150	6,65 %	1.212
	SUB-TOTAL	24.154.080	3,17 %	21.754	5,31 %	1.110
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	1.923.406	8,27 %	3.284	7,52 %	586
	GOIÁS	4.744.174	8,06 %	3.760	5,53 %	1.262
	MATO GROSSO	2.331.663	- 2,63 %	1.432	5,02 %	1.628
	MATO GROSSO DO SUL	1.995.578	2,32 %	1.918	5,82 %	1.040
	SUB-TOTAL	10.994.821	4,59 %	10.394	6,13 %	1.058
BRASIL	TOTAL	161.790.311	4,76 %	147.712	4,85 %	1.095

Fonte:

⁽¹⁾ Diário Oficial da União, Brasília, 1998 ago 27, seção I:50

⁽²⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

**TABELA 12 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NOS CROs DO BRASIL,
NOS ANOS DE 1988 À 1997**

ANO	POPULAÇÃO DO BRASIL	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NOS CROs ⁽⁷⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽³⁾	140.484.833 ⁽¹⁾	--- ⁽⁸⁾	94.088	--- ⁽⁸⁾
1989 ⁽³⁾	143.357.772 ⁽¹⁾	2,04 %	99.050	5,27 %
1990 ⁽³⁾	146.331.594 ⁽¹⁾	2,07 %	104.061	5,06 %
1991 ⁽⁴⁾	146.815.705	0,33 %	109.440	5,17 %
1992 ⁽³⁾	146.003.471 ⁽²⁾	- 0,55 %	115.380	5,43 %
1993 ⁽³⁾	148.216.677 ⁽²⁾	1,51 %	120.412	4,36 %
1994 ⁽⁵⁾	153.725.670	3,72 %	126.485	5,04 %
1995 ⁽³⁾	152.374.603 ⁽²⁾	- 0,88 %	132.973	5,13 %
1996 ⁽³⁾	154.360.589 ⁽²⁾	1,30 %	139.422	4,85 %
1997 ⁽⁶⁾	161.709.311	4,76 %	147.712	5,94 %

⁽¹⁾ exclusive a população dos Estados do Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins; e exclusive a população rural dos Estados do Amazonas e Pará

⁽²⁾ exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá

⁽⁸⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽³⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽⁴⁾ censo de 1991

⁽⁵⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁶⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁷⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 13 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NOS CROs DA REGIÃO NORTE, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DA REGIÃO NORTE	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NOS CROs ⁽⁷⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽³⁾	3.770.225 ⁽¹⁾	--- ⁽⁶⁾	2.043	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽³⁾	3.914.630 ⁽¹⁾	3,83 %	2.170	6,22 %
1990 ⁽³⁾	4.060.473 ⁽¹⁾	3,72 %	2.410	11,05 %
1991 ⁽⁴⁾	10.027.362	146,95 %	2.572	6,72 %
1992 ⁽³⁾	6.588.223	- 34,30 %	2.793	8,59 %
1993 ⁽³⁾	6.825.151 ⁽²⁾	3,59 %	3.037	8,74 %
1994 ⁽⁵⁾	10.899.576	59,70 %	3.254	7,14 %
1995 ⁽³⁾	7.263.281 ⁽²⁾	-33,36 %	3.478	6,88 %
1996 ⁽³⁾	7.471.280 ⁽²⁾	2,86 %	3.699	6,35 %
1997 ⁽⁶⁾	11.868.725	58,85 %	3.973	7,41 %

⁽¹⁾ exclusive a população dos Estados do Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins; e exclusive a população rural dos Estados do Amazonas e Pará

⁽²⁾ exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽³⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽⁴⁾ censo de 1991

⁽⁵⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁶⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁷⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 14 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NOS CROs DA REGIÃO NORDESTE, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DA REGIÃO NORDESTE	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NOS CROs ⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	41.486.070	--- ⁽⁶⁾	12.626	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	42.252.633	1,84 %	13.326	5,54 %
1990 ⁽¹⁾	43.094.708	1,99 %	14.032	5,30 %
1991 ⁽²⁾	42.494.044	- 1,39 %	14.726	4,95 %
1992 ⁽¹⁾	43.322.479	1,94 %	15.281	3,77 %
1993 ⁽¹⁾	43.944.639	1,44 %	15.995	4,67 %
1994 ⁽³⁾	44.396.274	1,03 %	16.771	4,64 %
1995 ⁽¹⁾	45.115.709	1,62 %	17.549	4,64 %
1996 ⁽¹⁾	45.675.461	1,24 %	18.281	4,17 %
1997 ⁽⁴⁾	45.811.342	0,29 %	19.298	5,56 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 15 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NOS CROs DA REGIÃO SUDESTE, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DA REGIÃO SUDESTE	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NOS CROs ⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	63.303.081	--- ⁽⁶⁾	59.789	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	64.595.830	2,04 %	62.870	5,15 %
1990 ⁽¹⁾	65.883.203	1,99 %	65.818	4,69 %
1991 ⁽²⁾	62.740.145	- 4,77 %	69.158	5,07 %
1992 ⁽¹⁾	63.921.816	1,88 %	73.179	5,81 %
1993 ⁽¹⁾	64.812.862	1,39 %	76.197	4,12 %
1994 ⁽³⁾	65.459.659	0,99 %	79.735	4,64 %
1995 ⁽¹⁾	66.489.993	1,57 %	83.594	4,84 %
1996 ⁽¹⁾	67.291.618	1,31 %	87.509	4,68 %
1997 ⁽⁴⁾	68.961.343	2,48 %	92.293	5,47 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 16 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NOS CROs DA REGIÃO SUL, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DA REGIÃO SUL	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NOS CROs ⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	22.035.335	--- ⁽⁶⁾	13.636	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	22.452.241	1,89 %	14.379	5,45 %
1990 ⁽¹⁾	22.899.688	1,99 %	15.107	5,06 %
1991 ⁽²⁾	22.129.089	- 3,36 %	15.867	5,03 %
1992 ⁽¹⁾	22.461.942	1,50 %	16.657	4,98 %
1993 ⁽¹⁾	22.712.762	1,12 %	17.384	4,36 %
1994 ⁽³⁾	22.894.835	0,80 %	18.348	5,54 %
1995 ⁽¹⁾	23.184.865	1,27 %	19.350	5,46 %
1996 ⁽¹⁾	23.410.526	0,97 %	20.379	5,31 %
1997 ⁽⁴⁾	24.154.080	3,17 %	21.754	6,75 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 17 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NOS CROs DA REGIÃO CENTRO-OESTE, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DA REGIÃO CENTRO-OESTE	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NOS CROs ⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	9.890.122	--- ⁽⁶⁾	5.994	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	10.142.438	2,55 %	6.305	5,19 %
1990 ⁽¹⁾	10.393.552	2,47 %	6.694	6,17 %
1991 ⁽²⁾	9.425.065	- 9,32 %	7.117	6,32 %
1992 ⁽¹⁾	9.709.011	3,01 %	7.470	4,96 %
1993 ⁽¹⁾	9.921.263	2,19 %	7.839	4,94 %
1994 ⁽³⁾	10.075.326	1,55 %	8.377	6,86 %
1995 ⁽¹⁾	10.320.755	2,43 %	9.002	7,46 %
1996 ⁽¹⁾	10.511.704	1,85 %	9.554	6,13 %
1997 ⁽⁴⁾	10.994.821	4,59 %	10.394	8,79 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 18 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO ACRE, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO ACRE	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO ⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	22	--- ⁽⁸⁾
1989 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	24	9,09 %
1990 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	75	212,50 %
1991 ⁽²⁾	417.102	--- ⁽⁸⁾	87	16,00 %
1992 ⁽¹⁾	271.738 ⁽⁶⁾	- 34,85 %	99	13,80 %
1993 ⁽¹⁾	283.078 ⁽⁶⁾	4,17 %	110	11,11 %
1994 ⁽³⁾	446.480	57,72 %	123	11,82 %
1995 ⁽¹⁾	304.705 ⁽⁶⁾	- 31,75 %	135	9,76 %
1996 ⁽¹⁾	315.140 ⁽⁶⁾	3,42 %	153	13,33 %
1997 ⁽⁴⁾	514.050	63,11 %	162	5,88 %

⁽⁶⁾ exclusive a população rural

⁽⁷⁾ dado não pesquisado

⁽⁸⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 19 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DE ALAGOAS, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DE ALAGOAS	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	2.351.960	--- ⁽⁶⁾	892	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	2.391.274	1,67 %	960	7,62 %
1990 ⁽¹⁾	2.438.930	1,99 %	992	3,33 %
1991 ⁽²⁾	2.512.663	3,02 %	1.063	7,16 %
1992 ⁽¹⁾	2.517.153	2,33 %	1.105	3,95 %
1993 ⁽¹⁾	2.614.183	1,67 %	1.170	5,88 %
1994 ⁽³⁾	2.645.417	1,19 %	1.224	4,61 %
1995 ⁽¹⁾	2.695.173	1,88 %	1.267	3,51 %
1996 ⁽¹⁾	2.733.885	1,44 %	1.311	3,47 %
1997 ⁽⁴⁾	2.688.117	- 1,67 %	1.350	2,97 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 20 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO AMAPÁ, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO AMAPÁ	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	27	--- ⁽⁸⁾
1989 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	28	3,70 %
1990 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	60	114,28 %
1991 ⁽²⁾	289.038	--- ⁽⁸⁾	68	13,33 %
1992 ⁽¹⁾	247.772 ⁽⁶⁾	- 14,27 %	73	7,35 %
1993 ⁽¹⁾	259.475 ⁽⁶⁾	4,72 %	78	6,85 %
1994 ⁽³⁾	317.597	22,39 %	89	14,10 %
1995 ⁽¹⁾	281.794 ⁽⁶⁾	- 11,27 %	101	13,48 %
1996 ⁽¹⁾	292.563 ⁽⁶⁾	3,82 %	124	22,77 %
1997 ⁽⁴⁾	420.834	43,48 %	147	18,55 %

⁽⁶⁾ exclusive a população rural

⁽⁷⁾ dado não pesquisado

⁽⁸⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 21 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NOS CRO DO ESTADO DO AMAZONAS, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO AMAZONAS	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	1.329.921 ⁽⁶⁾	--- ⁽⁷⁾	487	--- ⁽⁷⁾
1989 ⁽¹⁾	1.383.016 ⁽⁶⁾	3,99 %	517	5,54 %
1990 ⁽¹⁾	1.436.442 ⁽⁶⁾	3,86 %	550	7,00 %
1991 ⁽²⁾	2.102.769	46,38 %	592	7,64 %
1992 ⁽¹⁾	1.570.342 ⁽⁶⁾	- 25,32 %	649	9,63 %
1993 ⁽¹⁾	1.628.333 ⁽⁶⁾	3,69 %	706	8,78 %
1994 ⁽³⁾	2.269.555	39,38 %	752	6,51 %
1995 ⁽¹⁾	1.738.931 ⁽⁶⁾	- 23,38 %	803	6,78 %
1996 ⁽¹⁾	1.792.300 ⁽⁶⁾	3,06 %	850	5,85 %
1997 ⁽⁴⁾	2.520.684	40,63 %	905	6,47 %

⁽⁶⁾ exclusive a população rural

⁽⁷⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 22 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DA BAHIA, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	11.358.370	--- ⁽⁶⁾	2.755	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	11.576.103	1,92 %	2.899	5,23 %
1990 ⁽¹⁾	11.806.807	1,99 %	3.035	4,69 %
1991 ⁽²⁾	11.867.310	0,51 %	3.180	4,78 %
1992 ⁽¹⁾	12.127.069	2,19 %	3.301	3,80 %
1993 ⁽¹⁾	12.322.471	1,61 %	3.458	4,76 %
1994 ⁽³⁾	12.464.316	1,15 %	3.668	6,07 %
1995 ⁽¹⁾	12.690.274	1,81 %	3.865	5,37 %
1996 ⁽¹⁾	12.866.053	1,38 %	4.033	4,35 %
1997 ⁽⁴⁾	12.851.268	- 0,11 %	4.313	6,94 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 23 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO CEARÁ, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	6.268.314	--- ⁽⁶⁾	1.701	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	6.385.087	1,86 %	1.788	5,11 %
1990 ⁽¹⁾	6.512.345	1,99 %	1.899	6,21 %
1991 ⁽²⁾	6.366.099	- 2,24 %	2.014	6,05 %
1992 ⁽¹⁾	6.482.404	1,83 %	2.074	2,98 %
1993 ⁽¹⁾	6.569.705	1,35 %	2.185	5,35 %
1994 ⁽³⁾	6.633.080	0,96 %	2.285	4,58 %
1995 ⁽¹⁾	6.734.026	1,52 %	2.414	5,64 %
1996 ⁽¹⁾	6.812.575	1,17 %	2.510	3,98 %
1997 ⁽⁴⁾	7.013.376	2,94 %	2.658	5,90 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 24 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO DISTRITO FEDERAL, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO DISTRITO FEDERAL	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	1.758.245	--- ⁽⁶⁾	1.733	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	1.818.613	3,43 %	1.848	6,63 %
1990 ⁽¹⁾	1.879.219	3,33 %	1.981	5,03 %
1991 ⁽²⁾	1.601.095	- 14,80 %	2.111	6,56 %
1992 ⁽¹⁾	1.646.622	2,84 %	2.245	6,35 %
1993 ⁽¹⁾	1.680.965	2,09 %	2.358	5,03 %
1994 ⁽³⁾	1.705.889	1,48 %	2.548	8,06 %
1995 ⁽¹⁾	1.745.599	2,33 %	2.792	9,58 %
1996 ⁽¹⁾	1.776.490	1,77 %	3.002	7,52 %
1997 ⁽⁴⁾	1.923.406	8,27 %	3.284	9,39 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 25 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO ⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	2.441.153	--- ⁽⁶⁾	1.448	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	2.488.615	1,94 %	1.540	6,35 %
1990 ⁽¹⁾	2.538.214	1,99 %	1.649	7,07 %
1991 ⁽²⁾	2.600.623	2,46 %	1.737	5,34 %
1992 ⁽¹⁾	2.662.583	2,38 %	1.822	4,89 %
1993 ⁽¹⁾	2.709.318	1,75 %	1.917	5,21 %
1994 ⁽³⁾	2.743.243	1,96 %	2.033	6,05 %
1995 ⁽¹⁾	2.797.283	1,97 %	2.128	4,67 %
1996 ⁽¹⁾	2.839.327	1,50 %	2.238	5,17 %
1997 ⁽⁴⁾	2.895.547	1,98 %	2.391	6,84 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 26 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DE GOIÁS, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DE GOIÁS	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	4.765.676	--- ⁽⁶⁾	2.338	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	4.867.463	2,14 %	2.410	3,08 %
1990 ⁽¹⁾	4.968.085	2,07 %	2.563	6,34 %
1991 ⁽²⁾	4.017.524	- 19,13 %	2.701	5,38 %
1992 ⁽¹⁾	4.115.314	2,43 %	2.807	3,92 %
1993 ⁽¹⁾	4.188.030	1,77 %	2.935	4,56 %
1994 ⁽³⁾	4.240.812	1,26 %	3.112	6,03 %
1995 ⁽¹⁾	4.324.893	1,98 %	3.310	6,36 %
1996 ⁽¹⁾	4.390.316	1,51 %	3.493	5,53 %
1997 ⁽⁴⁾	4.744.174	8,06 %	3.760	7,64 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 27 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO MARANHÃO, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO MARANHÃO	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO ⁽⁶⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	4.996.704	--- ⁽⁶⁾	615	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	5.102.754	2,12 %	643	4,55 %
1990 ⁽¹⁾	5.204.444	2,00 %	683	6,22 %
1991 ⁽²⁾	4.929.681	- 5,28 %	721	5,56 %
1992 ⁽¹⁾	5.030.492	2,04 %	780	8,18 %
1993 ⁽¹⁾	5.106.095	1,50 %	831	6,54 %
1994 ⁽³⁾	5.160.974	1,07 %	887	6,74 %
1995 ⁽¹⁾	5.248.393	1,69 %	919	3,60 %
1996 ⁽¹⁾	5.316.411	1,30 %	971	5,65 %
1997 ⁽⁴⁾	5.356.853	0,76 %	1.018	4,84 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 28 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO MATO GROSSO, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO MATO GROSSO	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO ⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	1.641.431	--- ⁽⁶⁾	826	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	1.690.296	2,98 %	875	5,93 %
1990 ⁽¹⁾	1.739.150	2,89 %	909	3,89 %
1991 ⁽²⁾	2.026.072	16,50 %	965	6,16 %
1992 ⁽¹⁾	2.122.606	4,76 %	999	3,52 %
1993 ⁽¹⁾	2.194.541	3,39 %	1.063	6,41 %
1994 ⁽³⁾	2.246.757	2,38 %	1.128	6,11 %
1995 ⁽¹⁾	2.329.938	3,70 %	1.216	7,80 %
1996 ⁽¹⁾	2.394.651	2,78 %	1.277	5,02 %
1997 ⁽⁴⁾	2.331.663	- 2,63 %	1.432	12,14 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 29 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL DO MATO GROSSO DO SUL	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO ⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	1.724.770	--- ⁽⁶⁾	1.097	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	1.766.066	2,40 %	1.172	6,84 %
1990 ⁽¹⁾	1.807.068	2,32 %	1.241	5,89 %
1991 ⁽²⁾	1.780.374	- 1,48 %	1.340	7,98 %
1992 ⁽¹⁾	1.824.469	2,48 %	1.419	5,89 %
1993 ⁽¹⁾	1.857.727	1,82 %	1.483	4,51 %
1994 ⁽³⁾	1.881.868	1,30 %	1.589	7,14 %
1995 ⁽¹⁾	1.920.325	2,04 %	1.684	5,98 %
1996 ⁽¹⁾	1.950.247	1,56 %	1.782	5,82 %
1997 ⁽⁴⁾	1.995.578	2,32 %	1.918	7,63 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 30 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DE MINAS GERAIS	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	15.406.239	--- ⁽⁶⁾	12.359	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	15.650.938	1,59 %	12.962	4,88 %
1990 ⁽¹⁾	15.962.857	1,99 %	13.547	4,51 %
1991 ⁽²⁾	15.743.536	- 1,37 %	14.404	6,33 %
1992 ⁽¹⁾	15.996.971	1,61 %	14.950	3,79 %
1993 ⁽¹⁾	16.188.407	1,20 %	15.681	4,89 %
1994 ⁽³⁾	16.327.360	0,86 %	16.441	4,85 %
1995 ⁽¹⁾	16.548.714	1,35 %	17.519	6,56 %
1996 ⁽¹⁾	16.720.928	1,04 %	18.403	5,04 %
1997 ⁽⁴⁾	17.100.314	2,26 %	19.454	5,71 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 31 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO PARÁ, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO PARÁ	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	2.440.304 ⁽⁶⁾	--- ⁽⁷⁾	1.181	--- ⁽⁷⁾
1989 ⁽¹⁾	2.531.614 ⁽⁶⁾	3,74 %	1.254	6,18 %
1990 ⁽¹⁾	2.624.031 ⁽⁶⁾	3,65 %	1.327	5,82 %
1991 ⁽²⁾	4.949.191	88,61 %	1.391	4,82 %
1992 ⁽¹⁾	2.692.756 ⁽⁶⁾	- 45,59 %	1.474	5,97 %
1993 ⁽¹⁾	2.776.952 ⁽⁶⁾	3,13 %	1.569	6,44 %
1994 ⁽³⁾	5.322.187	91,65 %	1.649	5,10 %
1995 ⁽¹⁾	2.935.972 ⁽⁶⁾	- 44,83 %	1.709	3,64 %
1996 ⁽¹⁾	3.012.704 ⁽⁶⁾	2,61 %	1.775	3,86 %
1997 ⁽⁴⁾	5.768.476	91,47 %	1.864	5,01 %

⁽⁶⁾ exclusive a população rural

⁽⁷⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 32 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DA PARAÍBA, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DA PARAÍBA	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	3.164.443	--- ⁽⁶⁾	1.541	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	3.212.279	1,51 %	1.606	4,22 %
1990 ⁽¹⁾	3.276.297	1,99 %	1.682	4,73 %
1991 ⁽²⁾	3.201.334	- 2,29 %	1.753	4,22 %
1992 ⁽¹⁾	3.247.372	1,44 %	1.799	2,62 %
1993 ⁽¹⁾	3.282.206	1,07 %	1.848	2,72 %
1994 ⁽³⁾	3.307.583	1,22 %	1.933	4,59 %
1995 ⁽¹⁾	3.347.926	1,22 %	1.998	3,36 %
1996 ⁽¹⁾	3.379.313	0,93 %	2.082	4,20 %
1997 ⁽⁴⁾	3.353.624	- 0,76 %	2.164	3,94 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 33 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO PARANÁ, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	8.780.331	--- ⁽⁶⁾	4.979	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	8.985.801	2,34 %	5.332	7,09 %
1990 ⁽¹⁾	9.164.881	1,99 %	5.638	5,74 %
1991 ⁽²⁾	8.448.598	- 7,81 %	6.021	6,79 %
1992 ⁽¹⁾	8.536.662	1,04 %	6.427	6,74 %
1993 ⁽¹⁾	8.602.989	0,78 %	6.828	6,24 %
1994 ⁽³⁾	8.651.138	0,55 %	7.255	6,25 %
1995 ⁽¹⁾	8.727.838	0,89 %	7.714	6,33 %
1996 ⁽¹⁾	8.787.511	0,68 %	8.138	5,50 %
1997 ⁽⁴⁾	9.258.813	5,36 %	8.737	7,36 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 34 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	7.145.177	--- ⁽⁶⁾	2.963	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	7.269.022	1,73 %	3.108	4,89 %
1990 ⁽¹⁾	7.413.896	1,99 %	3.270	5,21 %
1991 ⁽²⁾	7.127.938	- 3,86 %	3.404	4,10 %
1992 ⁽¹⁾	7.233.548	1,48 %	3.520	3,41 %
1993 ⁽¹⁾	7.313.247	1,10 %	3.649	3,66 %
1994 ⁽³⁾	7.371.110	0,79 %	3.815	4,55 %
1995 ⁽¹⁾	7.463.276	1,25 %	3.950	3,54 %
1996 ⁽¹⁾	7.535.000	0,96 %	4.084	3,39 %
1997 ⁽⁴⁾	7.523.755	-0,15 %	4.281	4,82 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 35 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO PIAUÍ, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO PIAUÍ	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO ⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	2.579.708	--- ⁽⁶⁾	691	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	2.629.244	1,92 %	754	9,11 %
1990 ⁽¹⁾	2.681.641	1,99 %	805	6,76 %
1991 ⁽²⁾	2.582.067	- 3,71 %	837	3,97 %
1992 ⁽¹⁾	2.629.702	1,84 %	868	3,70 %
1993 ⁽¹⁾	2.665.575	1,36 %	912	5,07 %
1994 ⁽³⁾	2.691.615	0,98 %	947	3,84 %
1995 ⁽¹⁾	2.733.098	1,54 %	997	5,28 %
1996 ⁽¹⁾	2.765.373	1,18 %	1.033	3,61 %
1997 ⁽⁴⁾	2.714.999	- 1,82 %	1.103	6,78 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 36 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	13.627.828	--- ⁽⁶⁾	12.470	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	13.917.342	2,12 %	13.073	2,61 %
1990 ⁽¹⁾	14.194.718	1,99 %	13.619	4,17 %
1991 ⁽²⁾	12.807.188	- 9,78 %	14.199	4,26 %
1992 ⁽¹⁾	12.970.460	1,27 %	14.782	4,10 %
1993 ⁽¹⁾	13.093.204	0,95 %	15.269	3,29 %
1994 ⁽³⁾	13.182.301	0,68 %	15.867	3,92 %
1995 ⁽¹⁾	13.324.242	1,08 %	16.576	4,47 %
1996 ⁽¹⁾	13.434.673	0,83 %	17.245	4,04 %
1997 ⁽⁴⁾	13.681.410	1,84 %	18.254	5,85 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 37 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	2.246.444	--- ⁽⁶⁾	967	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	2.287.996	1,85 %	1.041	7,65 %
1990 ⁽¹⁾	2.333.596	1,99 %	1.109	6,53 %
1991 ⁽²⁾	2.415.075	3,49 %	1.168	5,32 %
1992 ⁽¹⁾	2.471.105	2,32 %	1.216	4,11 %
1993 ⁽¹⁾	2.512.992	1,69 %	1.244	2,30 %
1994 ⁽³⁾	2.543.397	1,21 %	1.328	6,75 %
1995 ⁽¹⁾	2.591.831	1,90 %	1.416	6,63 %
1996 ⁽¹⁾	2.629.517	1,45 %	1.499	5,86 %
1997 ⁽⁴⁾	2.624.397	- 0,19 %	1.584	5,67 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 38 - CRESCIMENTO DA DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	8.920.285	--- ⁽⁶⁾	6.200	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	9.061.005	1,58 %	6.469	4,34 %
1990 ⁽¹⁾	9.241.571	1,99 %	6.735	4,11 %
1991 ⁽²⁾	9.138.455	- 1,12 %	6.953	3,24 %
1992 ⁽¹⁾	9.285.171	1,60 %	7.207	3,65 %
1993 ⁽¹⁾	9.395.663	1,19 %	7.389	2,52 %
1994 ⁽³⁾	9.475.871	0,85 %	7.693	4,11 %
1995 ⁽¹⁾	9.603.636	1,34 %	8.029	4,37 %
1996 ⁽¹⁾	9.703.042	1,03 %	8.394	4,55 %
1997 ⁽⁴⁾	9.866.928	1,69 %	8.867	5,63 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 39 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DE RONDÔNIA, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DE RONDÔNIA	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO ⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	155	--- ⁽⁸⁾
1989 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	167	7,74 %
1990 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	183	9,58 %
1991 ⁽²⁾	1.133.269	--- ⁽⁸⁾	195	6,56 %
1992 ⁽¹⁾	704.389 ⁽⁶⁾	- 37,84 %	211	8,20 %
1993 ⁽¹⁾	743.053 ⁽⁶⁾	5,49 %	233	10,43 %
1994 ⁽³⁾	1.291.214	73,77 %	250	7,30 %
1995 ⁽¹⁾	816.792 ⁽⁶⁾	-36,74 %	277	10,80 %
1996 ⁽¹⁾	852.370 ⁽⁶⁾	4,35 %	302	9,02 %
1997 ⁽⁴⁾	1.276.173	49,72 %	345	14,24 %

⁽⁶⁾ exclusive a população rural

⁽⁷⁾ dado não pesquisado

⁽⁸⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 40 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DE RORAIMA, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	29	--- ⁽⁸⁾
1989 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	31	6,90 %
1990 ⁽¹⁾	--- ⁽⁷⁾	--- ⁽⁸⁾	56	80,64 %
1991 ⁽²⁾	217.587	--- ⁽⁸⁾	60	7,14 %
1992 ⁽¹⁾	150.451	- 30,85 %	65	8,33 %
1993 ⁽¹⁾	158.716	5,49 %	75	15,38 %
1994 ⁽³⁾	251.783	58,64 %	84	12,00 %
1995 ⁽¹⁾	174.477	- 30,70 %	91	8,33 %
1996 ⁽¹⁾	182.083	4,36 %	106	16,48 %
1997 ⁽⁴⁾	260.705	43,18 %	116	9,43 %

⁽⁶⁾ exclusive a população rural

⁽⁷⁾ dado não pesquisado

⁽⁸⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 41 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	4.334.719	--- ⁽⁶⁾	2.457	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	4.405.435	1,63 %	2.578	4,92 %
1990 ⁽¹⁾	4.493.236	1,99 %	2.734	6,05 %
1991 ⁽²⁾	4.542.036	1,09 %	2.893	5,81 %
1992 ⁽¹⁾	4.640.109	2,16 %	3.023	4,49 %
1993 ⁽¹⁾	4.714.110	1,59 %	3.167	4,76 %
1994 ⁽³⁾	4.767.826	1,14 %	3.400	7,36 %
1995 ⁽¹⁾	4.853.391	1,80 %	3.607	6,09 %
1996 ⁽¹⁾	4.919.973	1,37 %	3.847	6,65 %
1997 ⁽⁴⁾	5.028.339	2,20 %	4.150	7,88 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 42 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DE SÃO PAULO, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	31.827.861	--- ⁽⁶⁾	33.512	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	32.538.935	2,23 %	35.295	5,32 %
1990 ⁽¹⁾	33.187.414	1,99 %	37.003	4,84 %
1991 ⁽²⁾	31.588.798	- 4,82 %	38.818	4,90 %
1992 ⁽¹⁾	32.291.802	2,22 %	41.625	7,23 %
1993 ⁽¹⁾	32.821.933	1,64 %	43.330	4,10 %
1994 ⁽³⁾	33.206.755	1,17 %	45.394	4,76 %
1995 ⁽¹⁾	33.819.754	1,85 %	47.371	4,35 %
1996 ⁽¹⁾	34.296.690	1,41 %	49.623	4,75 %
1997 ⁽⁴⁾	35.284.072	2,88 %	52.194	5,18 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 43 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DE SERGIPE, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DE SERGIPE	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	1.374.950	--- ⁽⁶⁾	501	--- ⁽⁶⁾
1989 ⁽¹⁾	1.398.874	1,73 %	527	5,19 %
1990 ⁽¹⁾	1.426.752	1,99 %	557	5,70 %
1991 ⁽²⁾	1.491.877	4,56 %	586	5,21 %
1992 ⁽¹⁾	1.529.634	2,53 %	618	5,46 %
1993 ⁽¹⁾	1.558.111	1,86 %	658	6,47 %
1994 ⁽³⁾	1.578.782	1,33 %	684	3,95 %
1995 ⁽¹⁾	1.611.712	2,08 %	723	5,70 %
1996 ⁽¹⁾	1.637.334	1,59 %	758	4,84 %
1997 ⁽⁴⁾	1.684.953	2,91 %	827	9,10 %

⁽⁶⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 44 - CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO E DOS Cds INCRITOS NO CRO DO ESTADO DE TOCANTINS, NOS ANOS DE 1988 À 1997

ANO	POPULAÇÃO DO ESTADO DE TOCANTINS	TAXA DE CRESCIMENTO (%)	Cds INSCRITOS NO CRO⁽⁵⁾	TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DE Cds (%)
1988 ⁽¹⁾	--- ⁽⁶⁾	--- ⁽⁷⁾	142	--- ⁽⁷⁾
1989 ⁽¹⁾	--- ⁽⁶⁾	--- ⁽⁷⁾	152	7,04 %
1990 ⁽¹⁾	--- ⁽⁶⁾	--- ⁽⁷⁾	159	4,60 %
1991 ⁽²⁾	918.406	--- ⁽⁷⁾	179	12,58 %
1992 ⁽¹⁾	950.775	3,52 %	222	24,02 %
1993 ⁽¹⁾	975.544	2,60 %	266	19,82 %
1994 ⁽³⁾	990.760	1,56 %	307	15,41 %
1995 ⁽¹⁾	1.010.610	2,00 %	362	17,91 %
1996 ⁽¹⁾	1.024.120	1,33 %	389	7,46 %
1997 ⁽⁴⁾	1.107.803	8,17 %	434	11,57 %

⁽⁶⁾ exclusive a população rural

⁽⁷⁾ dado não pesquisado

⁽⁸⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar - PNAD

⁽²⁾ censo de 1991

⁽³⁾ Projeção da população de 1994

⁽⁴⁾ Projeção da população de 1997

⁽⁵⁾ Conselho Federal de Odontologia - Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 45- PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL, DE 1988 À 1997

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988 ⁽²⁾	43.009.961	9.983.924	43.776.548	10.175.476	541.717	107.487.626
1989 ⁽²⁾	43.943.679	9.273.823	44.461.172	12.103.197	468.340	110.250.211
1990 ⁽²⁾	45.905.896	7.150.073	45.601.505	14.456.234	515.617	113.629.325
1991	49.709.061	8.868.725	44.598.429	8.618.288	1.065.642	112.860.145
1992 ⁽³⁾	47.572.282	9.387.296	47.762.266	7.858.426	1.141.814	113.722.084
1993 ⁽³⁾	47.782.860	7.995.285	49.315.751	9.792.120	1.229.462	116.115.478
1994	NÃO FOI REALIZADA A	PESQUISA	NACIONAL	DE	AMOSTRAGEM	DOMICILIAR
1995 ⁽³⁾	49.163.146	4.360.008	52.108.689	14.348.659	955.905	120.936.407
1996 ⁽³⁾	51.290.888	3.322.891	52.089.718	15.773.531	1.146.529	123.623.557
1997 ⁽³⁾	51.051.383	4.361.963	53.701.038	14.790.540	975.469	124.880.393

⁽¹⁾ inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

⁽²⁾ exclusive a população rural da região norte.

⁽³⁾ exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996

Censo Demográfico do Brasil - 1991

Projeção da população de 1994

Projeção da população de 1997

TABELA 46 - PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NA REGIÃO NORTE, DE 1988 À 1997

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988 ⁽²⁾	1.475.378	241.925	1.373.725	295.512	11.686	3.398.226
1989 ⁽²⁾	1.531.260	223.078	1.375.591	414.450	16.865	3.561.244
1990 ⁽²⁾	1.654.280	142.499	1.428.844	521.888	9.256	3.756.767
1991	3.795.379	373.370	2.500.745	371.977	84.862	7.126.333
1992 ⁽²⁾	2.093.890	400.386	1.805.717	248.598	13.006	4.561.597
1993 ⁽²⁾	2.144.589	281.720	2.000.182	331.229	19.405	4.777.125
1994	NÃO FOI REALIZADA A	PESQUISA	NACIONAL	DE	AMOSTRAGEM	DOMICILIAR
1995 ⁽²⁾	2.322.150	149.314	2.178.635	506.595	16.984	5.173.678
1996 ⁽²⁾	2.526.122	121.716	2.196.320	552.752	25.683	5.422.593
1997 ⁽²⁾	2.563.070	175.692	2.341.443	513.923	20.921	5.615.049

⁽¹⁾ inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

⁽²⁾ exclusive a população rural.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996

Censo Demográfico do Brasil - 1991

Projeção da população de 1994

Projeção da população de 1997

TABELA 47 - PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NA REGIÃO NORDESTE, DE 1988 À 1997

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988	13.422.746	4.873.496	10.303.256	1.196.992	158.645	29.955.135
1989	13.891.627	4.774.829	10.454.735	1.389.899	132.183	30.643.273
1990	14.281.203	3.757.127	11.747.916	1.705.934	122.348	31.614.528
1991	15.623.217	4.289.365	10.084.858	986.097	325.156	31.308.693
1992	15.094.991	4.756.091	10.960.900	931.316	602.263	32.345.561
1993	15.098.951	4.495.717	11.740.553	1.231.626	543.296	33.110.143
1994	NÃO FOI REALIZADA A	PESQUISA	NACIONAL	DE	AMOSTRAGEM	DOMICILIAR
1995	15.605.666	2.358.476	14.366.343	1.736.525	334.549	34.402.159
1996	16.508.500	1.896.001	14.522.306	1.924.754	425.195	35.276.756
1997	16.195.445	2.550.220	14.468.374	1.796.171	286.156	35.296.366

⁽¹⁾ inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996

Censo Demográfico do Brasil - 1991

Projeção da população de 1994

Projeção da população de 1997

TABELA 48 - PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NA REGIÃO SUDESTE, DE 1988 À 1997

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988	18.270.587	3.040.515	21.680.059	6.345.494	281.313	49.617.968
1989	18.658.045	2.665.665	22.043.698	7.363.437	245.385	50.976.230
1990	19.570.207	2.087.356	21.721.341	8.715.073	296.849	52.390.826
1991	20.004.765	2.685.644	21.338.682	5.310.079	461.583	49.800.753
1992	20.131.930	2.613.308	23.323.198	4.777.870	367.712	51.214.018
1993	20.196.146	2.153.542	23.706.755	5.660.040	449.085	52.165.568
1994	NÃO FOI REALIZADA A PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRAGEM DOMICILIAR					
1995	20.757.658	1.086.865	23.465.451	8.597.148	442.474	54.349.596
1996	21.437.114	789.932	23.136.881	9.488.278	503.674	55.355.879
1997	21.577.650	977.211	24.224.224	8.853.501	487.876	56.120.462

⁽¹⁾ inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996
 Censo Demográfico do Brasil - 1991
 Projeção da população de 1994
 Projeção da população de 1997

TABELA 49 - PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NA REGIÃO SUL, DE 1988 À 1997

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988	6.860.810	1.256.264	7.341.332	1.597.375	61.289	17.417.070
1989	6.817.699	1.090.853	7.459.772	2.020.456	45.698	17.434.478
1990	7.186.720	812.705	7.467.575	2.396.714	56.343	17.920.057
1991	7.162.689	1.140.991	7.598.892	1.356.521	147.514	17.406.607
1992	7.041.333	1.012.244	8.233.561	1.402.079	124.562	17.813.779
1993	6.977.274	685.845	8.416.922	1.829.278	138.706	18.048.025
1994	NÃO FOI REALIZADA A	PESQUISA	NACIONAL	DE	AMOSTRAGEM	DOMICILIAR
1995	6.976.461	507.308	8.463.573	2.543.980	108.114	18.599.436
1996	7.172.519	346.962	8.531.600	2.770.126	127.501	18.948.708
1997	7.301.162	431.838	8.777.824	2.596.977	137.317	19.245.118

⁽¹⁾ inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996
 Censo Demográfico do Brasil - 1991
 Projeção da população de 1994
 Projeção da população de 1997

TABELA 50 - PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NA REGIÃO CENTRO-OESTE, DE 1988 À 1997

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988	2.980.440	571.724	3.078.176	740.103	28.784	7.399.227
1989	3.045.048	519.398	3.127.376	914.955	28.209	7.634.986
1990	3.213.486	350.386	3.235.829	1.116.625	30.821	7.947.147
1991	3.123.011	379.355	3.075.252	593.614	46.527	7.217.759
1992	3.072.705	560.335	3.349.374	496.454	34.271	7.513.139
1993	3.224.564	360.491	3.338.183	732.612	78.599	7.734.449
1994	NÃO FOI REALIZADA A	PESQUISA	NACIONAL	DE	AMOSTRAGEM	DOMICILIAR
1995	3.350.172	238.729	3.529.237	957.323	51.737	8.127.198
1996	3.492.026	156.354	3.603.619	1.035.216	53.132	8.340.347
1997	3.414.056	227.002	3.889.173	1.029.968	43.199	8.603.398

⁽¹⁾ inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996
 Censo Demográfico do Brasil - 1991
 Projeção da população de 1994
 Projeção da população de 1997

**TABELA 51- PERCENTUAL DE PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS
SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL, DE 1988 À 1997**

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988 ⁽²⁾	40,0 %	9,3 %	40,7 %	9,5 %	0,5 %	100,0 %
1989 ⁽²⁾	39,9 %	8,4 %	40,3 %	11,0 %	0,4 %	100,0 %
1990 ⁽²⁾	40,4 %	6,3 %	40,1 %	12,7 %	0,5 %	100,0 %
1991	44,0 %	7,9 %	39,5 %	7,6 %	1,0 %	100,0 %
1992 ⁽³⁾	41,8 %	8,3 %	42,0 %	6,9 %	1,0 %	100,0 %
1993 ⁽³⁾	41,2 %	6,9 %	42,5 %	8,4 %	1,0 %	100,0 %
1994	NÃO FOI REALIZADA A PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRAGEM DOMICILIAR					
1995 ⁽³⁾	40,6 %	3,6 %	43,1 %	11,9 %	0,8%	100,0 %
1996 ⁽³⁾	41,5 %	2,7 %	42,1 %	12,8 %	0,9 %	100,0 %
1997 ⁽³⁾	40,9 %	3,5 %	43,0 %	11,8 %	0,8 %	100,0 %

⁽¹⁾ inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

⁽²⁾ exclusive a população rural da região norte.

⁽³⁾ exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996

Censo Demográfico do Brasil - 1991

Projeção da população de 1994

Projeção da população de 1997

**TABELA 52 - PERCENTUAL DE PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS
SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NA REGIÃO NORTE, DE 1988 À 1997**

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988 ⁽²⁾	43,4 %	7,1 %	40,4 %	8,7 %	0,4 %	100,0%
1989 ⁽²⁾	43,0 %	6,3 %	38,6 %	11,6 %	0,5 %	100,0%
1990 ⁽²⁾	44,0 %	3,8 %	38,0 %	13,9 %	0,3 %	100,0%
1991	53,3 %	%,2 %	35,1 %	5,2 %	1,2 %	100,0%
1992 ⁽²⁾	45,9 %	8,7 %	39,6 %	5,5 %	0,3 %	100,0%
1993 ⁽²⁾	44,9 %	5,9 %	41,9 %	6,9 %	0,4 %	100,0%
1994	NÃO FOI REALIZADA A	PESQUISA	NACIONAL	DE	AMOSTRAGEM	DOMICILIAR
1995 ⁽²⁾	44,9 %	2,9 %	42,1 %	9,8 %	0,3 %	100,0%
1996 ⁽²⁾	46,6 %	2,3 %	40,5 %	10,2 %	0,4 %	100,0%
1997 ⁽²⁾	45,6 %	3,1 %	41,7 %	9,2 %	0,4 %	100,0%

⁽¹⁾ inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996
Censo Demográfico do Brasil - 1991
Projeção da população de 1994
Projeção da população de 1997

TABELA 53 - PERCENTUAL DE PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NA REGIÃO NORDESTE, DE 1988 À 1997

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988	44,8 %	16,3 %	34,4 %	4,01 %	0,5 %	100,0%
1989	45,3 %	15,6 %	34,1 %	4,6 %	0,4 %	100,0%
1990	45,2 %	11,9 %	37,1 %	5,4 %	0,4 %	100,0%
1991	50,0 %	13,7 %	32,2 %	3,1 %	1,0 %	100,0%
1992	46,7 %	14,7 %	33,9 %	2,9 %	1,8 %	100,0%
1993	45,6 %	13,6 %	35,5 %	3,7 %	1,6 %	100,0%
1994	NÃO FOI REALIZADA A PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRAGEM DOMICILIAR					
1995	45,4 %	6,9 %	41,8 %	5,0 %	0,9 %	100,0%
1996	46,8 %	5,4 %	41,2 %	5,4 %	1,2 %	100,0%
1997	45,9 %	7,2 %	41,0 %	5,1 %	0,8 %	100,0%

(1) inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996

Censo Demográfico do Brasil - 1991

Projeção da população de 1994

Projeção da população de 1997

TABELA 54 - PERCENTUAL DE PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NA REGIÃO SUDESTE, DE 1988 À 1997

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988	36,8 %	6,1 %	43,7 %	12,8 5	0,6 %	100,0%
1989	36,6 %	5,2 %	43,2 %	14,5 5	0,5 %	100,0%
1990	37,4 %	4,0 %	41,5 %	16,6 %	0,5 %	100,0%
1991	40,2 %	5,4 %	42,8 %	10,7 %	0,9 %	100,0%
1992	39,3 %	5,1 %	45,5 %	9,3 %	0,7 %	100,0%
1993	38,7 %	4,1 %	45,4 %	10,9 %	0,9 %	100,0%
1994	NÃO FOI REALIZADA A PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRAGEM DOMICILIAR					
1995	38,2 %	2,0 %	43,2 %	15,8 %	0,8 %	100,0%
1996	38,7 %	1,4 %	41,8 %	17,2 %	0,9 %	100,0%
1997	38,4 %	1,7 %	43,2 %	15,8 %	0,9 %	100,0%

⁽¹⁾ inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996
 Censo Demográfico do Brasil - 1991
 Projeção da população de 1994
 Projeção da população de 1997

TABELA 55 - PERCENTUAL DE PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NA REGIÃO SUL, DE 1988 À 1997

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988	40,1 %	7,4 %	42,9 %	9,3 %	0,3 %	100,0%
1989	39,1 %	6,2 %	42,8 %	11,6 %	0,3 %	100,0%
1990	40,1 %	4,5 %	41,7 %	13,4 %	0,3 %	100,0%
1991	41,1 %	6,6 %	43,7 %	7,8 %	0,8 %	100,0%
1992	39,5 %	5,7 5	46,2 %	7,9 %	0,7 %	100,0%
1993	38,7 %	3,8 %	46,6 %	10,1 %	0,8 %	100,0%
1994	NÃO FOI REALIZADA A	PESQUISA	NACIONAL	DE	AMOSTRAGEM	DOMICILIAR
1995	37,5 %	2,7 %	45,5 %	13,7 %	0,6 %	100,0%
1996	37,9 %	1,8 %	45,0 %	14,6 %	0,7 %	100,0%
1997	37,9 %	2,3 %	45,6 %	13,5 %	0,7 %	100,0%

(1) inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996
 Censo Demográfico do Brasil - 1991
 Projeção da população de 1994
 Projeção da população de 1997

TABELA 56 - PERCENTUAL DE PESSOAS ECONOMICAMENTE ATIVAS COM 10 ANOS OU MAIS SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NA REGIÃO CENTRO-OESTE, DE 1988 À 1997

CLASSES	SEM RENDIMENTO ⁽¹⁾	ATÉ ½ PISO SALARAL	DE ½ PISO SALARAL ATÉ 5 PISO SALARIAIS	MAIS DE 5 PISOS SALARIAIS	SEM DECLARAÇÃO	TOTAL
ANO						
1988	40,3 %	7,7 %	41,6 %	10,0 %	0,4 %	100,0%
1989	39,9 %	6,8 %	40,9 %	12,0 %	0,4 %	100,0%
1990	40,4 %	4,4 5	40,7 %	14,1 %	0,4 %	100,0%
1991	43,3 5	5,3 %	42,6 %	8,2 %	0,6 %	100,0%
1992	40,9 %	7,5 %	44,6 %	6,6%	0,4 %	100,0%
1993	41,7 %	4,7 %	43,1 %	9,5 5	1,0 %	100,0%
1994	NÃO FOI REALIZADA A PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRAGEM DOMICILIAR					
1995	41,2 %	3,0 %	43,4 %	11,8 %	0,6 %	100,0%
1996	41,9 %	1,9 %	43,2 %	12,4 %	0,6 %	100,0%
1997	39,7 %	2,6 %	45,2 %	12,0 %	0,5 %	100,0%

⁽¹⁾ inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Fonte: P.N.A.D. - 1988, 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1996

Censo Demográfico do Brasil - 1991

Projeção da população de 1994

Projeção da população de 1997

TABELA 57 - FACULDADES DE ODONTOLOGIA COM AS RESPECTIVAS VAGAS, POR ESTADOS, MACRORREGIÕES E NO BRASIL NO ANO DE 1997

REGIÕES	ESTADOS	NÚMERO DE FACULDADES DE ODONTOLOGIA ⁽¹⁾	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO PAÍS	NÚMERO DE VAGAS OFERECIDAS ⁽¹⁾	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO PAÍS
NORTE	ACRE	* (2)	--- (3)	0	--- (3)
	AMAPÁ	* (2)	--- (3)	0	--- (3)
	AMAZONAS	01	1,1 %	30	0,3 %
	PARÁ	01	1,1 %	90	1,1 %
	RONDONIA	* (2)	--- (3)	0	--- (3)
	RORAIMA	* (2)	--- (3)	0	--- (3)
	TOCANTIS	* (2)	--- (3)	0	--- (3)
	SUB-TOTAL	02	2,2 %	120	1,4 %
NORDESTE	ALAGOAS	01	1,1 %	60	0,7 %
	BAHIA	02	2,2 %	180	2,1 %
	CEARÁ	02	2,2 %	180	2,1 %
	MARANHÃO	01	1,1 %	48	0,6 %
	PARAÍBA	02	2,2 %	130	1,5 %
	PERNAMBUCO	03	3,3 %	250	2,9 %
	PIAUÍ	01	1,1 %	40	0,5 %
	RIO GRANDE DO NORTE	01	1,1 %	72	0,8 %
	SERGIPE	01	1,1 %	40	0,5 %
	SUB-TOTAL	14	15,2 %	1.000	11,8 %

SUDESTE	ESPIRITO SANTO	01	1,1 %	60	0,7 %
	MINAS GERAIS	13	14,1 %	1.420.	16,7 %
	RIO DE JANEIRO	11	12,0 %	1.043	12,2 %
	SÃO PAULO	27	29,3 %	3.128	36,9 %
	SUB-TOTAL	52	56,5 %	5.651	66,6 %
SUL	PARANÁ	09	9,8 %	648	7,6 %
	RIO GRANDE DO SUL	06	6,5 %	495	5,8 %
	SANTA CATARINA	03	3,3 %	240	2,8 %
	SUB-TOTAL	18	19,6 %	1.383	16,3 %
CENTRO OESTE	DISTRITO FEDERAL	02	2,2 %	100	1,2 %
	GOIÁS	02	2,2 %	120	1,4 %
	MATO GROSSO	01	1,1 %	80	0,9 %
	MATO GROSSO DO SUL	01	1,1 %	32	0,4 %
	SUB-TOTAL	06	6,5 %	332	3,9 %
BRASIL	TOTAL	92	100,0 %	8.486	100,0 %

⁽²⁾ não possui Faculdade de Odontologia

⁽³⁾ dado não calculado

Fonte:

⁽¹⁾ Valores obtidos a partir de dados fornecidos pelo Conselho Federal de Odontologia
Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 58 - FACULDADES DE ODONTOLOGIA COM AS RESPECTIVAS VAGAS E PERCENTUAIS EM RELAÇÃO AO PAÍS POR MACRORREGIÕES E NO BRASIL NO ANO DE 1997

REGIÕES	NÚMERO DE FACULDADES DE ODONTOLOGIA ⁽¹⁾	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO PAÍS	NÚMERO DE VAGAS OFERECIDAS ⁽¹⁾	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO PAÍS
NORTE	02	2,2 %	120	1,4 %
NORDESTE	14	15,2 %	1.000	11,8 %
SUDESTE	52	56,5 %	5.651	66,6 %
SUL	18	19,6 %	1.383	16,3 %
CENTRO OESTE	06	6,5 %	332	3,9 %
BRASIL	92	100,0 %	8.486	100,0 %

Fonte:

⁽¹⁾ Valores obtidos a partir de dados fornecidos pelo Conselho Federal de Odontologia
Relatório emitido em 04/09/98

TABELA 59 - PESSOAL AUXILIAR EM ODONTOLOGIA INSCRITOS NOS CONSELHOS REGIONAIS - BRASIL -1997 ⁽¹⁾

Auxiliar de Prótese Dentária	Atendente de Consultório Dentário	Técnico em Higiene Dental	Técnico em Prótese Dentária	TOTAL
1.703	19.109	3.487	11.707	36.006

Fonte:

⁽¹⁾ Valores obtidos a partir de dados fornecidos pelo Conselho Federal de Odontologia .
Relatório emitido em 04/09/98

Os gráficos 1 e 2 fazem uma comparação entre o percentual da população e o percentual de Cds das Macrorregiões em relação ao Brasil nos anos de 1988 (gráfico 1) e de 1997 (gráfico 2).

GRÁFICO 1 - POPULAÇÃO E Cds POR MACRORREGIÃO DO BRASIL - 1988

GRÁFICO 2 - POPULAÇÃO E Cds POR MACRORREGIÃO DO BRASIL - 1997

POPULAÇÃO

CDS

A respeito da população economicamente ativa, os gráficos de 3 a 11 mostram o percentual desta população, segundo a classe de rendimento mensal, por Macro-Regiões e no Brasil, entre os anos de 1988 à 1997.

GRÁFICO 3 - POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, COM 10 ANOS OU MAIS, SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL - 1988

GRÁFICO 4 - POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, COM 10 ANOS OU MAIS
SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL -
1989

GRÁFICO 5- POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, COM 10 ANOS OU MAIS,
SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL -
1990

GRÁFICO 6 - POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, COM 10 ANOS OU MAIS, SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL - 1991

GRÁFICO 7 - POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, COM 10 ANOS OU MAIS, SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL - 1992

GRÁFICO 8 - POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, COM 10 ANOS OU MAIS, SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL - 1993

GRÁFICO 9- POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, COM 10 ANOS OU MAIS, SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL - 1995

GRÁFICO 10 - POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, COM 10 ANOS OU MAIS, SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL - 1996

GRÁFICO 11 - POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA, COM 10 ANOS OU MAIS, SEGUNDO A CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL NO BRASIL - 1997

O gráfico 12 relaciona a proporção entre pessoal auxiliar (THD-ACD) com o CD no ano de 1997.

GRÁFICO 12 - PROPORÇÃO ENTRE ACD-THD X CIRURGIÃO-DENTISTA - 1997

PROPORÇÃO - 0,10:1

O percentual da taxa de crescimento anual da população e dos Cds, nos anos de 1989 e 1997, por Macro-Regiões e no Brasil, estão representados respectivamente nos gráficos 13 e 14.

GRÁFICO 13 - PERCENTUAL DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO* E DOS Cds NO BRASIL
1988

* exclusive a população rural da região N

GRÁFICO 14 - PERCENTUAL DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO* E DOS Cds NO BRASIL
1997

* exclusive a população rural dos Estados de: Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá

O gráfico 15 representa a comparação entre o número de vagas e o número de faculdades no Brasil, em 1997.

GRÁFICO 15 - NÚMERO DE VAGAS E NÚMERO DE FACULDADES NO BRASIL
1997

Finalmente os gráficos 16 a 25 comparam a relação CD/habitantes, no Brasil e por Macro-Regiões e, de 1988 até 1997.

GRÁFICO 16 - RELAÇÃO CD x POPULAÇÃO* NO BRASIL - 1988

* exclusive a população dos Estados do Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins

GRÁFICO 17 - RELAÇÃO CD x POPULAÇÃO* NO BRASIL - 1989

* exclusive a população dos Estados do Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins

GRÁFICO 18 - RELAÇÃO CD x POPULAÇÃO* NO BRASIL - 1990

* exclusive a população dos Estados do Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins

GRÁFICO 19- RELAÇÃO CD x POPULAÇÃO NO BRASIL - 1991

GRÁFICO 20- RELAÇÃO CD x POPULAÇÃO* NO BRASIL - 1992

* exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá

GRÁFICO 21- RELAÇÃO CD x POPULAÇÃO* NO BRASIL - 1993

* exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá

GRÁFICO 22- RELAÇÃO CD x POPULAÇÃO NO BRASIL - 1994

GRÁFICO 23- RELAÇÃO CD x POPULAÇÃO* NO BRASIL - 1995

* exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá

GRÁFICO 24- RELAÇÃO CD x POPULAÇÃO* NO BRASIL - 1996

* exclusive a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá

GRÁFICO 25- RELAÇÃO CD x POPULAÇÃO NO BRASIL - 1997

Discussão

6. DISCUSSÃO

É necessário que a questão da força de trabalho em odontologia seja analisada sob os mais diferentes pontos de vista, dependendo da visão crítica de cada pessoa. Analisar isoladamente a quantidade de Cirurgiões-Dentistas ou a relação existente entre Cirurgião-Dentista/população sem considerar o contexto no qual se inserem, pouco irá contribuir para elucidar essa questão. Devem-se avaliar tais questões de uma forma abrangente, totalizadora e sistêmica.

A Tabela 1 fornece o total de Cds inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia, distribuídos por Estado, nos anos de 1988 à 1997. Ao verificar-se esta distribuição pelo país, percebe-se que se faz de uma maneira muito irregular.

A Macrorregião Sudeste apresentou em 1988, como pode-se verificar na Tabela 2, uma concentração de 59.789 Cds (63,5%), enquanto no mesmo ano a Macrorregião Norte apresentava uma concentração de apenas 2.043 Cds (2,17%). Somente o estado de São Paulo possuía isoladamente, em 1988, mais de 1/3 dos Cds do Brasil, contando com 33.512 Cds inscritos (35,6%), e o Acre era o estado com o menor número de Cds inscritos, com apenas 22 (0,02%).

Em 1997, passados 10 anos, conforme mostra a Tabela 11, a situação não se alterou de maneira significativa, pois a Macrorregião Sudeste possuía 92.293 Cds inscritos (62,5%), e a Macrorregião Norte contava com 3.973 Cds (2,69%). Em relação aos Estados, São Paulo continuava com mais de 1/3 dos Cds do Brasil, com 52.194 (35,3%), apenas ocorrendo uma mudança em relação ao estado com menor número de Cds, ocupando esta posição Roraima, com 116 Cds (0,08%). Estes resultados se aproximam dos apresentados por MEDEIROS⁷³ (1995).

Analisando os resultados das Tabelas de 2 a 11, fica evidente que o Brasil apresenta um desequilíbrio estrutural em relação às suas respectivas populações.

No Gráfico 1, observa-se que em 1988 o Sudeste concentra 44% da população total e 65% da população de Cds . O Sul, no mesmo ano, com população total de 16% e o Centro-Oeste com 7%, apresentam equilíbrio com relação aos Cds, com 14% e 6% respectivamente. O Nordeste apresenta desequilíbrio, registrando 30% para a população total e 13% para a população de Cds. Pela particularidade dos dados colhidos em 1988, referentes à população total da região Norte, onde foi excluída a população dos estados do Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins, e também excluída a população rural dos estados do Amazonas e Pará, fica deste modo prejudicada a análise referente a esta região.

Pode-se constatar, pela observação do Gráfico 2, que esse desequilíbrio se mantém na última década. Entre 1988 e 1997 foram poucas as alterações na distribuição de Cds, segundo as Macrorregiões brasileiras. A região Norte alterou a sua participação percentual de 2% para 3%, a Sudeste de 65% para 62%, a Sul de 14% para 15%, e a Centro-Oeste de 6% par 7%; sendo que a Nordeste manteve-se em 13% seu percentual. Estes dados são semelhantes aos encontrados por NARVAI⁷⁹ (1995), que ressalta não estar caracterizada, diante do exposto, uma tendência de concentração de Cds na região Sudeste.

A situação a nível público, apresenta também distorções. De acordo com PINTO⁹⁴ (1990), o mercado de trabalho, é bastante restrito, ofertando apenas 29.620 vagas em todo o Brasil. Apesar desse fato, o país possui o maior número de cursos de formação de Cirurgiões-Dentistas em todo o mundo, e o quantitativo de profissionais brasileiros corresponde a 11% dos existentes no planeta.

A maior concentração de Cirurgiões-Dentistas vem acompanhada do estágio de desenvolvimento sócio-econômico do Estado ou Macrorregião onde se realiza a análise. A Macrorregião Sudeste é responsável, em nível nacional, pelos maiores parques industriais, possui comércio plenamente desenvolvido e uma grande oferta de empregos em vários setores. A Macrorregião Sul apresenta-se como a segunda mais desenvolvida, também com a segunda concentração de Cds, contando em 1997 com 21.754 (14,7%). Portanto, os profissionais procuram se estabelecer em locais onde possam ter maiores possibilidades de progresso profissional, independentemente da saturação ou não do mercado de trabalho.

Entretanto, não apenas o desenvolvimento sócio-econômico deve ser considerado como fator determinante dessa situação. As Faculdades de Odontologia, que são o sistema formador dos recursos humanos, exercem influência sobre o desempenho da profissão, não só em termos de distribuição dos profissionais, mas também em termos quantitativos e qualitativos. A partir da década de 80, são inseridos cerca de 5.000 profissionais a cada ano, no mercado de trabalho, e essa situação tende a aumentar com a autorização de funcionamento de novas Faculdades, consolidando desta forma, a situação descrita, pois é muito pequena a quantidade de Cds que fazem o curso de graduação em um estado e exercem sua atividade em outro.

Em alguns estados como o Acre, Amapá, Rondônia, Roraima e Tocantins, em 1997, ainda não existia curso de Odontologia (Tabela 57), e não por simples coincidência são estados pertencentes à região Norte, que apresentam a menor densidade populacional, o menor desenvolvimento e as maiores dificuldades de acesso. Do lado oposto, situa-se o estado de São Paulo com o maior número de

cursos de Odontologia do país (27), segundo por Minas Gerais (13) e Rio de Janeiro (11), todos pertencentes à região Sudeste, que apresenta situação oposta às da região Norte. Somente as regiões Sul e Sudeste possuem 70 Faculdades de Odontologia, que correspondem a 76,1% do total dos cursos existentes no país, número superior ao de países da Europa e da América Latina. (Gráfico 15).

Com relação à utilização de pessoal auxiliar, o maior desafio a ser enfrentado é a monopolização do processo de trabalho, pois de acordo com o Conselho Federal de Odontologia (Tabela 59), apenas 19.109 ACDs e 3.487 THDs estavam registrados no CFO em 1997, evidenciando uma proporção de apenas 0,17 ACD-THD para cada Cirurgião-Dentista, conforme ilustra o Gráfico 12.

PEREIRA e MOREIRA⁹⁰ (1992), relatam que a utilização de pessoal auxiliar em odontologia, no Brasil, atualmente ainda está longe de atingir níveis ideais. Sugere a incorporação da utilização racional dos auxiliares odontológicos nos estágios extra-muros que são de fundamental importância no tocante à experiência clínica para os estagiários das Faculdades de Odontologia.

Atualmente o pessoal auxiliar em odontologia, como o Técnico em Higiene Dental e o Atendente de Consultório Dentário, já amplamente difundidas nos países desenvolvidos, ainda são uma raridade nos consultórios odontológicos brasileiros, sendo que a grande maioria dos Cirurgiões-Dentistas utiliza auxiliares treinadas informalmente nos seus próprios consultórios, segundo Pimenta (1994). Nos países desenvolvidos, onde a atuação da THD na área preventiva é mais acentuada há mais de uma década, a demanda por tratamento curativo tem caído significativamente, um exemplo disto, é que as higienistas dentais nos Estados Unidos, segundo a conclusão de LAZAR(1997), tem um papel integral em práticas odontológicas por todo o país.

A respeito da proporção Cirurgião-Dentista por habitante, CHAVES²² (1997) considera como adequada a de 1 CD para 2.000 habitantes, e razoável quando se encontra na faixa de 1 CD para 10.000 habitantes. No Brasil, a proporção que era de 1:1.493 em 1988 (Tabela 2), ao longo de 10 anos sofreu um decréscimo constante, para 1:1.443 em 1989 (Tabela 3), 1:4.006 em 1990 (Tabela 4), 1:1.342 em 1991 (Tabela 5), 1:265 em 1992 (Tabela 6), 1:1.265 em 1993 (Tabela 7), 1:1.215 em 1994 (Tabela 8), 1:1.146 em 1995 (Tabela 9), 1:1.107 em 1996 (Tabela 10), e 1:1.095 em 1997 (Tabela 10), podendo a situação do Brasil ser considerada como um desequilíbrio quantitativo. É válido registrar que, além das proporções genéricas, existem distorções muito graves em relação às Macrorregiões e aos estados brasileiros, como mostram com detalhes as Tabelas 2 a 11, ilustradas pelos Gráficos 16 a 25. A região Sudeste, por exemplo, passou de uma proporção 1:1.059 em 1988 (Tabela 2), para 1:747 em 1997 (Tabela 3), sendo que o estado de São Paulo passou de 1988 para 1997, de uma relação 1:950 para 1:676.

Para maior dinamismo na análise deve-se ampliar o raciocínio e deixar de lado apenas a quantidade de profissionais e passar a relaciona-la à cobertura ofertada, como exemplo, podemos destacar que em 1997, o estado do Maranhão apresentou uma proporção CD/habitante de 1:5.262, sendo o estado que teve o maior contingente populacional por CD; enquanto que o Distrito Federal e o estado de São Paulo se encontravam em situação oposta, com 1 profissional para cada 586 e 676 habitantes respectivamente. Uma provável solução para esta situação não seria a imigração de profissionais para estados como Maranhão, Amapá, Acre ou outro estado qualquer que oferte uma relação tão generosa de CD/habitante, pois é necessário se fazer uma reflexão sobre as condições econômicas e culturais da

população, não só desses estados, mas de todo o país, que são - em linhas gerais - as determinantes para a aquisição de serviços de saúde bucal em nível privado.

As Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL) com relação às pessoas economicamente ativas com 10 anos ou mais, segundo a classe de rendimento mensal, no Brasil, mostram que, em 1988, apenas 63.935.948 (59,48%) eram considerados economicamente ativos e, destes, somente a metade ou 53.760.472 (50,01%) possuem renda variável entre $\frac{1}{2}$ (9,3%) a 5 pisos salariais (40,7%), podendo estes dados serem observados nas Tabelas 45 e 51, e ilustradas pelo Gráficos 3. Esses números, ao longo uma década, sofreram alterações no seu percentual, pois em 1997 as pessoas economicamente ativas eram 72.853.541 (58,34%) e destes, as pessoas que tinham renda variável entre $\frac{1}{2}$ (3,5%) a 5 pisos salariais (43,0%) diminuíram para 58.063.001 (46,5%), como podemos observar nas Tabelas 45 e 51 e Gráfico 11.

A renda mensal é dividida, segundo MEDEIROS⁷³ (1995), entre gastos com alimentação, transporte, aluguel, etc., e que os custos dos serviços odontológicos privam essa população de adquiri-los, transferindo a responsabilidade para os serviços de saúde bucal a nível público. Os serviços de saúde são acessíveis para tratamento odontológico, de acordo com estimativa de LAPA⁶⁰ (1986), a apenas cerca de 5% da população. A maioria dos serviços odontológicos (cerca de 70%), segundo NARVAI⁷⁹ (1995), produzidos no Brasil são financiados em âmbito privado, sendo as conseqüências deste quadro bastante conhecidas. PINTO (1982) ressalta que o setor público financia apenas 18,2% dos serviços odontológicos produzidos no país, enquanto os demais 81,8% correspondem a gastos realizados no setor privado.

Apesar da grande expansão do número de Faculdades de Odontologia no Brasil (92 em 1997) e de Cirurgiões-Dentistas (147.712 em 1997), o percentual de brasileiros com acesso a cuidados odontológicos é muito pequeno. Estima-se que apenas 5% da população frequenta os consultórios odontológicos regularmente e 15% irregularmente. Existe um consenso entre os pesquisadores em que não existe relação entre a quantidade de Cds e melhores condições de saúde bucal.

Desta forma, cabe aos serviços públicos a obrigação de ofertar serviços à população considerada não economicamente ativa, sendo que no ano de 1997 (Tabela 45 e 51) as que não possuíam nenhum tipo de rendimento totalizavam 51.051.383 (40,9%), o que constitui um problema, pois o número de profissionais e clínicas de serviço público está muito aquém das necessidades do país.

Resta para a nossa análise, os 14.790.540 de cidadãos que efetivamente podem pagar os serviços odontológicos na clínica privada, que em 1997 possuíam renda mensal maior do que 5 pisos salariais, o que corresponde a cerca de 11,8% % da população total do país. Esses percentuais, com algumas variações se refletem na população das Macrorregiões e dos estados, mostrados nas Tabelas 45 à 56, e ilustradas pelos Gráficos 3 à 11. Projetando esse percentual para os dois exemplos referidos anteriormente, passaremos a ter uma população com poder de compra, em 1997, de 1:621 no Maranhão e 1:80 em São Paulo. Entretanto, a distribuição de renda não se faz de uma maneira geograficamente ordenada, podendo-se deduzir que o correto seria estabelecer uma relação geral na ordem de 1 CD para cada 129 habitantes.

Nesta análise ampliada percebe-se que o entendimento da questão pressupõe a verificação de variáveis que interferem na produção de serviços odontológicos.

Quando observamos na Tabela 11, em 1997, a existência de uma proporção CD/habitantes na ordem de 1:1.095 no Brasil, tem-se a falsa impressão de que não existe uma situação de plethora profissional, que o número de faculdades de Odontologia é compatível com o quantitativo populacional e que existe uma distribuição equilibrada de profissionais em relação à população de cada estado brasileiro. Porém, ao se fazer uma análise mais detidamente em cada situação citada, a realidade é bem diferente da esperada pela profissão.

A respeito do crescimento da população e dos Cirurgiões-Dentistas, entre 1988 a 1997, observando os dados relativos a este item, com relação ao Brasil, as Macrorregiões e aos Estados, contidos nas Tabelas 12 a 44 e ilustrados pelos Gráficos 13 e 14, com exceção quando comparamos fontes de dados diferentes, de uma maneira geral, a taxa de crescimento anual dos profissionais mantém-se o dobro da taxa de crescimento populacional, agravando mais ainda o quadro já descrito neste tópico. Segundo a FUNDAÇÃO IBGE⁴⁸ (1996), a taxa média de crescimento da população vem mostrando uma tendência regular ao declínio desde a década e 60 (em 1960 a taxa foi de 2,89%, em 1970 foi de 2,48%, caindo para 1,93% em 1980). No último período censitário, (1991 a 1996) chegou a 1,38%.

Atualmente, em todo o mundo, as discussões sobre recursos humanos odontológicos convergem para a necessidade da prática odontológica orientar-se no sentido da prevenção, com a utilização de pessoal auxiliar de nível médio e elementar, implicando esta atitude a transformação do CD que está se formando.

As análises apresentadas, neste trabalho, procura sintetizar as discussões realizadas no país nos últimos anos, no sentido de se fazer uma abordagem a respeito

da problemática dos recursos humanos no Brasil, tendo a finalidade de introduzir as questões e posições consideradas mais relevantes a respeito deste tema no contexto brasileiro.

Cabe ao poder público a responsabilidade de estabelecer diretrizes para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos odontológicos no Brasil, adequando o número de Cds à dinâmica populacional, para que se tenha uma Universidade democrática, capacitada a qualificar os profissionais para a realidade da sociedade em que irá atuar.

Conclusões

7. CONCLUSÕES

Diante do exposto, a análise dos resultados permite admitir, entre outras, as seguintes conclusões sobre a distribuição da força de trabalho em saúde bucal no Brasil, no período de 1988 a 1997:

- A distribuição dos Cirurgiões-Dentistas é irregular, pois concentra-se nas Macrorregiões mais desenvolvidas, sob o ponto de vista sócio-econômico.
- Existe uma relação muito deficiente entre Cirurgiões-Dentistas e pessoal auxiliar, evidenciando uma prática odontológica não compatível com o atual estágio de desenvolvimento profissional, persistindo, no Brasil um evidente monopólio do trabalho odontológico pelo CD, tendo em vista que é de apenas 0,17 a proporção ACD-THD para cada Cirurgião-Dentista.
- Existe um excesso de cursos de graduação em Odontologia, distribuídos de maneira irregular, possuindo a região Sudeste a maior concentração de Faculdades, com mais da metade das existentes no país.
- As condições econômicas, sociais e culturais da população reduzem para cerca de 15 milhões o número de pessoas que possuem poder aquisitivo para comprar serviços nas clínicas privadas.

- O crescimento da força de trabalho em odontologia se faz de maneira superior ao crescimento populacional, o que sugere a necessidade de se adotarem medidas efetivas para expandir o mercado de trabalho e reduzir o subemprego.

Sugestões

8. SUGESTÕES

De acordo com o desenvolvimento do presente trabalho e a partir das conclusões, surge a necessidade de se oferecer algumas sugestões que possam contribuir para uma melhor adequação da força de trabalho em saúde bucal no país, tais como:

- Redução do subemprego, aumentando a procura de serviços através da diminuição dos custos.
- Readaptação do CD para a utilização de técnicas mais simplificadas sem perder a qualidade.
- Abertura de novos cursos de Odontologia somente após um estudo criterioso, e em regiões onde haja comprovada carência de profissionais.
- Os municípios devem adotar uma estratégia através de seus governantes, oferecendo infra-estrutura e salário condizente para a fixação do profissional em cidades do interior.
- Estimular a expansão da Odontologia Preventiva, mais eficaz e menos onerosa que a curativa-restauradora, dando ênfase a programas comunitários e programas de educação em saúde bucal, utilizando pessoal auxiliar.

- Preparar o Cirurgião-Dentista para, além dos aspectos biológicos, desenvolver competência também quanto às dimensões éticas e sociais do seu trabalho.

Referências Bibliográficas

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aads. Written statement of the american association of dental schools to the institute of medicine committee on the future dental education **J Dent Educ** 1994; 58:26-37.
2. Ada Survey Center. The demographics of dentistry. **JADA** 1996; 127:1327-30.
3. Arbenz GO. **Introdução à Odontologia Legal**. São Paulo: Linográfica; 1959.
4. Armstrong ME. Expanding the auxiliaries debate. **Br Dent J** 1997; 182:450-1.
5. Barrera MM, Caricote LN. El proceso docencia-servicio en odontologia y su participación en la estrategia de cambio en salud. Venezuela, 1989. **Acta Odont Venez** 1990; 28:13-21.
6. Bernardo J V. Mercado é mais difícil que vestibular. **Folha de São Paulo**. 1992 nov 22; Empregos, cad 7:1.
7. Berry R. When is a dentist an employee? **JADA** 1993; 124:166-7.
8. Borges SR, Campos SM. O sistema econômico e o exercício profissional odontológico. **Ars Curandi** 1983; 9:16-20.

9. Borges SR, Campos SM, Saquy PC. O sistema econômico e o exercício profissional odontológico. Parte VIII - Elasticidade-preço da demanda. **Odontólogo Moderno** 1987; 14:19-24.
10. Borges SR, Campos SM, Saquy PC. O sistema econômico e o exercício profissional odontológico. Parte IX - O conceito de utilidade e o comportamento do consumidor individual. **Odontólogo Moderno** 1988; 15:39-43.
11. Borges SR, Campos SM. Tempos no exercício profissional da odontologia - Um estudo com Cirurgiões-Dentistas de Ribeirão Preto - Parte IV. **Odontólogo Moderno** 1995; 12:42-9.
12. Botazzo C. Democracia, participação popular e programas comunitários. **Saúde em Debate** 1986; (18):36-41.
13. Botazzo C, Manfredini MA, Narvai PC. Força de trabalho em saúde bucal. **Saúde em Debate** 1989; (24):74-7.
14. Botti M R V, Santos GMD. Perspectiva do Exercício Profissional na Odontologia. **RGO** 1986; 34:155-9.
15. Brand AA, Rudolph MJ, Gilbert L. Future dental human resource needs - a qualitative approach. **J Dent Assoc S Afr** 1994; 49:599-602.

16. Brasil. Estimativa da população brasileira de 1994. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília, 30 ago 1995. Seção I, p. 13.331.
17. Brasil. Estimativa da população brasileira de 1997. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, Brasília, 27 ago 1998. Seção I, p. 50.
18. Braverman H. **Trabalho e capital monopolista**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zhar Ed.; 1982.
19. Brion VJ. Mercado de trabajo odontológico na província de Río Negro. **Cuad Med Soc (Ros.)** 1991; 56:35-43.
20. Brow LS, Spencer AJ, Keily PA. Service mix in general dental practices employing and not employing dental hygienists. **J Clin Periodont** 1994; 21:684-9.
21. Brow LS. A comparison of patients attending general dental practices employing or not employing dental hygienists. **Australian Dental Journal** 1996; 41:47-52.
22. Chaves MM. **Odontologia Social**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Labor do Brasil; 1977.
23. Childers JM. Colant evacuation: a solution for students working without dental assistance. **Oper Dent** 1995; 20:130-2.

- 24.Collins RJ, Broderick EB, Herman DJ. Dental manpower planning in the Indian Health Service. **J Public Health Dent** 1993; 53:109-14.
- 25.Colombet P, Bourgeois D, Vanderputte D. Needs, demands and manpower balance. Dentists/population. **Int Dent J** 1996; 46:543-7.
- 26.Conferência Nacional de Recursos Humanos. **Síntese do relatório final**. 1986; Brasília: Ministério da Saúde; 1987.
- 27.Conselho Federal de Odontologia. **Relatórios**. Rio de Janeiro; 1998 (CFO - relatórios emitidos em 04/09/98)
- 28.Cordon J. A saúde bucal e o mercado de trabalho odontológico. **Saúde em debate** 1986; (18):52-64.
- 29.Cordon J. Características do Cirurgião-Dentista no Distrito Federal. **Divulgação em saúde para o debate** 1991; (6):19-26.
- 30.Costa B, Stegun RC, Todescan R. Realização profissional: Uma avaliação entre os dentistas da Grande São Paulo. **Revista da APCD** 1992; 46:821-4.
- 31.Dal Poz MR, Varella TC. Recursos humanos em saúde no Brasil: Política e problemas. In: Guimarães r, Tavares RAW. **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994. p. 193-207.

- 32.Dockhorn DMC, Hahn MAS. A formação de cirurgiões-dentistas para a odontologia do próximo século: o papel da disciplina de odontologia social. **Odonto Ciência** 1992; 7:177-86.
- 33.Dolan TA, Atchison K. Implication of access, utilization and need for oral health care by the non-institucionalized and institucionalized elderly on the dental delivery system. **J Dent Educ** 1993; 57:876-87.
- 34.Drummond JR, Duguid R. Student drop-out from UK dental schools. **Br Dental J** 1997; 182:347-9.
- 35.Dugoni AA. Policy for dentistry's future: The pew health professions commission. **J Am Coll Dent** 1995; 62:35-8.
- 36.Ellis III E. Manpower excess: one source of our problems. **J. Oral Maxillofac Surg** 1993; 51:1135-8.
- 37.Flamenbaum TS. DSSNY Council on new dentist helps students and young professionals. **N Y State Dent J** 1996; 62:30-1.
- 38.Frazão P. Desenvolvimento de pessoal universitário odontológico na perspectiva do sistema único de saúde. **Saúde em Debate** 1994; (42):30-5.

- 39.Freitas SFT. Políticas de formação de recursos humanos em programas comunitários de saúde bucal. **Saúde em Debate** 1994; (40):43-7.
- 40.Fundação IBGE. **Censo Demográfico do Brasil - 1991**. Rio de Janeiro; 1992.
- 41.Fundação IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios - PNAD - 1988**. Rio de Janeiro; 1989. v.12, n.3,4,5.
- 42.Fundação IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios - PNAD - 1989**. Rio de Janeiro; 1990. v.13, n.3,4,5.
- 43.Fundação IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios - PNAD - 1990**. Rio de Janeiro; 1991. v.14, n.3,4,5.
- 44.Fundação IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios - PNAD - 1992**. Rio de Janeiro; 1993. v.15, n.7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33.
- 45.Fundação IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios - PNAD - 1993**. Rio de Janeiro; 1994. v.16, n.7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33.

- 46.Fundação IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios - PNAD - 1995**. Rio de Janeiro; 1996. v.17, n.7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33.
- 47.Fundação IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostragem de Domicílios - PNAD - 1996**. Rio de Janeiro; 1997. v.18, n.7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33.
- 48.Fundação IBGE. **Contagem da População-1996**. Rio de Janeiro; 1997. v.1. (Resultados relativos a Sexo da População e Situação da Unidade Domiciliar. p.19, tabela 3).
- 49.Fundação IBGE. coordenação Geral de Comunicação Social. **Síntese de Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro; 1999. p.6. Disponível em < URL: <http://www.ibge.gov.br/>> [1999 Mar 23]
- 50.Garrafa V, Moysés SJ. Odontologia brasileira: Tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Divulgação** 1996; 13:06-7.
- 51.Gevaerd S, Cordini Junior L, Souza DS, Bertone AA. A capacitação de recursos humanos em odontologia e o sistema único de saúde. **Saúde em Debate** 1990; (29):70-2.

52. Goldberg MH. Reduction of manpower: A solution to the problem of busyness. [letter]. **J Oral Maxillo Surg** 1994; 52:338.
53. Gordon AR. Reactor paper: Predental advisor - An unrecognized asset of the profession. **J Dent Educ** 1996; 60:416-7.
54. Grispan NL. Economic compression. [letter]. **JADA** 1994; 125:1424-5.
55. Harris JH. The secret of success. **Dentistry** 1993; 13:9-11.
56. Hay IS, Batchelor PA. The future role of dental therapists in the UK: a survey of District Dental Officers and General Practitioners in England and Wales. **Br Dent J** 1993; 175:61-6.
57. Hayassy A. Perfil do técnico em higiene dental no setor público do estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Odontol** 1997; 54:11-3.
58. Hunter R, Douglass CW. Dental care delivery in 2005. **Compend educ dent** 1995; Special issue (1):36.
59. Ireland RS. Dental Therapists: their future role in the dental team. **Dental Update** 1996; 24:269.

- 60.Lapa, FS. **Conferência Nacional de Saúde Bucal**, 1ª, Brasília, 1986. Painel: “Diagnóstico de saúde bucal no Brasil”.
- 61.Lazar V. Dental Hygienist in the United State. Results of an ADA survey. **JADA** 1997, 128:651-3.
- 62.Legeros RZ, Margolis H, Spielman A, Binova P. Minority oral health research center. **N Y State Dent J** 1996; 62:47-52.
- 63.Liesenfeld MH. Pessoal auxiliar em odontologia. **Rev Fac Od da UFBa** 1988/1989; 8-9:50-62.
- 64.Little St. Simons Conference. Anticipating the next oral health manpower. **General Dentistry** 1994; 42:349-53. [Presented on the PYG-I Requirement for graduates of U. S. Dental School; 1993 may 1-2]
- 65.Lukey F. As job losses continue - What next? **J Dent Educ** 1993; 174:190-1.
- 66.Machado IS. Programa especial de odontologia. **Saúde em Debate** 1990; (30):86-7.
- 67.Machen JB. Comments on manpower reports for oral health research. **J Dent Educ** 1994; 58:721.

- 68.Mann J, Gat E, Lubliner C, Malowanczyk C, Shwatz C, Zusman S. Dental underemployment: a study of uncontrolled dental manpower immigration. **Int Dent J** 1993; 43:317-22.
- 69.Marcos B. Reflexões a respeito do ensino. **RGO** 1986; 34:186.
- 70.Maupomé G, Bonilla JD. La disyuntiva en la formación de recursos humanos en odontología en México. **Educ Med Salud** 1995; 29:153-163.
- 71.Medeiros UV. Perspectivas de mudança na ideologia profissional. **Od Capixaba** 1989; 17:4-8.
- 72.Medeiros UV. Integração docente-assistencial em odontologia no Brasil. **Educ Med Salud** 1991; 25:126-37.
- 73.Medeiros UV. Força de Trabalho em Saúde Bucal. **Revista do Centro de Estudos - Faculdade de Odontologia - Uerj** 1995; 1:7-15.
- 74.Medici AC, Machado ME, Nogueira RP, Giraldi SN. El mercado de trabajo en salud: aspectos teoricos, conceptuales y metodologicos. **Ed Med Salud** 1991; 25:1-14.
- 75.Meskin LH. An oversupply in the offing? [editorial]. **JADA** 1997; 128:802-4.

- 76.Morgan MV, Wright FAC, Laslett AM. Workforce predictions: a situational analysis and critique of the World Health Organisation model. **Int Dent J** 1994; 44:27-32.
- 77.Naressi SCM, Naressi WG. Estudo comparativo de produtividade entre alunos, trabalhando sós e auxiliados, em laboratório clínico. **Rev Bras Odontol** 1992; 49:44-7.
- 78.Narvai PC, Manfredini MA, Botazzo C, Raineri N, Schneider D, Frazão P. Contra o técnico em higiene dental. **Saúde em Debate** 1990; (28):59-65.
- 79.Narvai PC. Recursos Humanos para promoção da saúde Bucal. In: ABOPREV. **Promoção de Saúde Bucal.**, 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1995. 449-463.
- 80.Naseeb A, Croucher R, Watt RG. Quality assurance practices in the community dental services within the North and South Thames Regions. **Community Dental Health** 1996; 13:172-4.
- 81.Nash DA. The future of allied dental education, creating a professional team. **J Dent Educ** 1993; 57:619-22.
- 82.National Research Council. Chapter six: Oral health research personnel. **J Dent Educ** 1994; 58:714-20.

- 83.Nogueira RP. A força de trabalho em saúde. **Rev Adm Públ** 1983; 17:61-70.
- 84.Nogueira RP. El proceso de produccion de servicios de salud. **Ed Med Salud** 1991; 25:15-27.
- 85.Nurkin H. Some suggestions for dentistry. **J Dent Educ** 1994; 58:322-4.
- 86.Nyandindi U, Palin-Palokas T, Milén A, Robison V, Kombe N, Mwakasagule S. Participation, willingness and abilities of schoolteachers in oral health education in Tanzania. **Community Dental Health** 1994; 11:101-4.
- 87.O'keefe JP, Hochstein A. A study of factors affecting dental expenditures in Quebec: 1962-1991. **J Can Dent Assoc** 1994; 60:617-23.
- 88.Oliveira AAC. A escolha da profissão odontológica. **Odontólogo Moderno** 1986; 13:47-57.
- 89.Oliveira BH. Cuba: a odontologia presente na revolução da saúde. **RGO** 1989; 37:391-4.
- 90.Pereira AC, Moreira BW. A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. **Rev APCD** 1992; 46:851-4.

- 91.Pillers GR. New trends show employee dentists increasing in number. **Texas Dental Journal** 1994; 11:36-7.
- 92.Pimenta A. Dentista X THD. **Rev APCD** 1994; 48:1512-22.
- 93.Pinto VG. **Saúde Bucal: odontologia social e preventiva**. São Paulo: Liv. Ed. Santos; 1989.
- 94.Pinto VG. **Saúde Bucal; panorama internacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- 95.Plunkett LR. Dentists as employees: avoiding misconduct traps. **N Y States Dent J** 1994; 60:14-5.
- 96.Portillo JAC. Relatório da experiência de saúde bucal em Itú. **Saúde em Debate** 1986; (18):11-4.
- 97.Quinn TP. Managed dental care and its effect on dental specialties. **Conpend Count Educ Dent** 1995; Special Issue (1):32-5.
- 98.Rear SB. The effect of changes in caries prevalence on general dental practice. **Int Dent J** 1994; (4- Suppl.):435-8.
- 99.Renshaw J. Dental pay in the 21 st century. **Br Dent J** 1993; 174:72-5.

- 100.Renson CE. Dental specialists in the future. **Dental Update** 1994; 21:93-5.
- 101.Renson CE. The future of general dental practice. **Dental Update** 1994; 21:137-8.
- 102.Renson CE. Into the future with AGMETS. **Dental Update** 1996; 23:5-6.
- 103.Rodriguez ARM, Robertson JP, Ferrer GR. La caracterización de la enseñanza de la odontología y la vinculación docencia-servicio en México. **Educ Med Salud** 1994; 28:370-9
- 104.Rosing CK, Pescinini LM, Pereira OL. Participação do técnico em higiene dental na prática odontológica. **Odontólogo Moderno** 1993; 20:27-8.
- 105.Rossetini SMO, Naressi WG. Exercício profissional do cirurgião-dentista. **RGO** 1986; 34:303-5.
- 106.Sakai O, Tsutsui T, Yagi M, Watanabe T, Warnakulasuriya S. Oral health in Asia. **Oral Diseases** 1995; 1:98-9.
- 107.Santos GMC, Botti MRV. Perspectivas do exercício profissional. **RGO** 1987; 35:225-6.

- 108.Scheetz JP, Willis DO. Design of a compensation system for dental practice. **J Am Coll Dent** 1997; 64:30-7.
- 109.Schonfeld SE, Brandes D, Freckleton VL, Gillis JrRE, Heisler WH, Hunt RG. RDA and RDH retention surveys. **J Calif Dent Assoc** 1996; 24:29-40.
- 110.Scully C. Is academic clinical dentistry in crisis? [letter]. **Br Dent J** 1996; 180:247.
- 111.Silva JA. Desarrollo de recursos humanos para los sistemas locales de salud: Brasil. **Educ med Salud** 1993; 27:32-49.
- 112.Slage WF, Crawford MS. Assenssing dental manpower needs in Tennessee. **Journal of Tennessee Dental Association** 1995; 75:36-9.
- 113.Soteras LL, Oliva BF, Cisneros MMS, Jiménez PA, Miranda OC. Planificacion de los recursos humanos para la salud. **Educ Med Salud** 1993; 27:160-77.
- 114.Stamm JW. Work forces issues. **J. Am. Coll. Dent.** 1995; 62:29-31.
- 115.Teles JCB. Assistência odontológica no país. Perspectivas 1. **Cad Saúde Púb** 1985; 1:253-63.
- 116.Towle A. Medical education for the 21 st century. **Update** 1995; 51:528-30.

117. Traebert JL. Implicações de custo financeiro e recursos humanos em assistência odontológica no Brasil segundo o modelo escandinavo. **Rev Saúde Pública** 1996; 30:519-26.
118. Waldman HB. Changing distribution of oral and maxillofacial surgeons: 1982-1991. **J Oral Maxillfac Surg** 1993; 51:1380-4
119. Waldman HB. Dental Demographics. Economics of dentistry: practitioner income and employee wages. **J Am Coll Dent** 1993; 60:13-9.
120. Waldman HB. Dental Economics, Employees and Recessions - or trying to Maintain an Equilibrium. **Ill Dent J** 1993; 62:31-4.
121. Waldman HB. 20 years of dental employee economics. **Ann Dent** 1993; 52:19-22.
122. Waldman HB. Changing number and distribution of orthodontists: 1982-1991. **Am J Orthod Dentofacial Orthop** 1994; 105: 128-34.
123. Waldman HB. Distribuing dentists throughout the nation. **Ann Dent** 1994; 53:26-9.
124. Waldman HB. Distribution of Endodontics: 1982-1991. **J Endod** 1994; 20:43-7.

125. Waldman HB. Marked increases in the general population and decreasing numbers of dentists in the 21 st century. **Ill Dent J** 1994; 63:99-102.
126. Waldman HB. Dental practice in New York State Counties. **N Y State Dental J** 1995; 61:38-42.
127. Weintraub AM. Continuous Quality Improvement and dental practice: a marriage of necessity. **JADA** 1996; 127:1099-106.
128. Williams Junior WT. Health care reform and oral medicine. **J Dent Educ** 1994; 58:319-21.