

**DUBER IGNACIO OSORIO BUSTAMANTE**

**Recursos humanos em odontologia no Brasil e na Colômbia: análise  
comparativa sob a perspectiva do institucionalismo histórico**

São Paulo

2022



**DUBER IGNACIO OSORIO BUSTAMANTE**

**Recursos humanos em odontologia no Brasil e na Colômbia, análise  
comparativa sob a perspectiva do institucionalismo histórico**

**Versão Corrigida**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Mestrado em Ciências Odontológicas para obter o título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Odontologia Forense e Saúde Coletiva

Orientador: Profa. Dra. Fernanda Campos de Almeida Carrer

São Paulo

2022

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

---

Bustamante, Duber Ignacio Osorio.

Recursos humanos em odontologia no Brasil e na Colômbia, análise comparativa sob a perspectiva do institucionalismo histórico/ Duber Ignacio Osorio Bustamante; orientadora Fernanda Campos de Almeida Carrer -- São Paulo, 2022.

115 p. : fig. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de concentração: Odontologia Forense e Saúde Coletiva. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida.

1. Recursos humanos em Saúde. 2. Recursos humanos em Odontologia. 3. Política comparativa. 4. Institucionalismo histórico. 5. Brasil. 6. Colômbia. I. Carrer, Fernanda Campos de Almeida. II. Título.

Osorio BDI. Recursos humanos em odontologia no Brasil e na Colômbia, análise comparativa sob a perspectiva do institucionalismo histórico. Dissertação apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo pelo Programa de Mestrado em Ciências Odontológicas com ênfase em Odontologia Forense e Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 04 / 04 /2022

### **Banca Examinadora**

Prof(a). Dr(a). Daniel Patiño Lugo\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_UDEA/USP\_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_Aprovado\_\_\_\_\_

Prof(a).Dr(a). Maristela Honório Cayetano\_\_\_\_\_

Instituição: \_UMC\_\_\_\_\_ Julgamento: \_\_Aprovado\_\_\_\_\_

Prof(a).Dr(a).\_\_Pablo Guilherme Caldarelli\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_UEL\_\_\_\_\_ Julgamento \_\_\_\_\_Aprovado\_\_\_\_\_



Aos profissionais da odontologia.

Colegas, amigos, amigas e a minha companheira de vida



## **AGRADECIMENTOS**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Demanda Social CAPES

Professores e professoras da USP pelo recebimento e pela qualidade humana e profissional

Professores e professoras da Universidade de Antioquia pela oportunidade de crescer como profissional e como persona

As equipes do Observatório Ibero-americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal e da UNED



*“La primera tarea del médico es, por consiguiente, política: la lucha contra la enfermedad debe comenzar por una guerra contra los malos gobiernos: el hombre no estará total y definitivamente curado más que si primeramente es liberado”*

*Foucault “El nacimiento de la clínica”*



## RESUMO

Bustamante DIO. Recursos humanos em odontologia no Brasil e na Colômbia, análise comparativa sob a perspectiva do institucionalismo histórico [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Corrigida.

O Recurso Humano em Saúde é um dos 6 componentes núcleos ou "building blocks" dos sistemas de saúde e por meio de suas ações o direito à saúde é efetivado e o acesso e a qualidade dos serviços são garantidos. Assim mesmo, as instituições próprias de cada país (leis, decretos, sistema político e as características dos sistemas de saúde, entre outros) têm influência sobre os Recursos Humanos em Odontologia (RHO), inclusive à longo prazo, pois uma vez formadas, as instituições permanecem ativas e, por sua vez, estabelecem e são produto de uma série complexa de estruturas ou redes que possibilitam ou impedem sua permanência. Tanto o Brasil quanto a Colômbia passaram por reformas neoliberais nos anos 1990 que criaram instituições novas dentro do modelo estabelecido, afetando as dinâmicas sociais, políticas e econômicas dos dois países. **O objetivo** do presente trabalho é analisar a influência dos arranjos institucionais, criados a partir das reformas liberais da década de 1990, tanto no Brasil quanto na Colômbia, sobre os RHO, especificamente em relação à distribuição geográfica, a situação laboral e as características das instituições de treinamento (especificamente o domínio das instituições privadas), com base numa análise comparativa e sob a perspectiva do institucionalismo histórico. **O método** baseia-se no desenho dos estudos de casos múltiplos (também conhecidos como estudos comparativos) com unidades incorporadas e nas categorias teóricas do institucionalismo histórico. **Os Resultados e discussão** evidenciam que as reformas neoliberais dos anos 1990, caracterizadas pela abertura comercial e a privatização do estado, foram institucionalizadas nos sistemas de saúde, educação e trabalho nos dois países. Essas reformas foram conjunturas críticas que mudaram as políticas sociais e econômicas dos dois países, removendo leis prévias de forma completa ou por camadas e condicionando o terreno das políticas das décadas futuras. Dessa maneira, as reformas afetaram aos RHO em assuntos como a flexibilização laboral, a abertura desregulada e sem

planejamento de cursos privados de odontologia, o aprofundamento da distribuição desigual da riqueza e dos RHO, e a identidade social e profissional dos dentistas, constituindo-se em efeitos de reforço positivo (path dependesse e increasing returns) que possibilitam o manutenção desses fenômenos institucionalizados no estado e “enraizado” nos RHO ao longo do tempo. **Conclusão:** As reformas neoliberais tanto no Brasil quanto na Colômbia afetaram os recursos humanos em odontologia no campo da formação, do exercício laboral e da distribuição geográfica.

Palavras-chave: Recursos humanos em saúde. Recursos humanos em odontologia. Política comparativa. Institucionalismo histórico. Brasil. Colômbia.

## ABSTRACT

Bustamante DIO. Human resources in dentistry in Brazil and in Colombia, comparative analysis from the perspective of historical institutionalism [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Corrected Version

The Human Resource in Health is one of the 6 core components or "building blocks" of health systems and through its actions the right to health is made effective and access and quality of services are guaranteed. Likewise, the institutions of each country (laws, decrees, political system and the characteristics of health systems, among others) have an influence on Human Resources in Dentistry (HRD), including in the long term, because once formed, the institutions remain active and, in turn, establish and are the product of a complex series of structures or networks that enable or prevent their permanence. Both Brazil and Colombia underwent neoliberal reforms in the 1990s that created new institutions within the established model, affecting the social, political and economic dynamics of both countries. **The objective** of the present work is to analyze the influence of institutional arrangements, created from the liberal reforms of the 1990s, both in Brazil and in Colombia, on the HRDs, specifically in relation to geographic distribution, the employment situation and the characteristics of the institutions of training (specifically the domain of private institutions), based on a comparative analysis and from the perspective of historical institutionalism. **The method** is based on the design of multiple case studies (also known as comparative studies) with embedded units and on the theoretical categories of historical institutionalism. **The Results and discussion** show that the neoliberal reforms of the 1990s, characterized by commercial opening and the privatization of the state, were institutionalized in the health, education, and work systems in both countries. These reforms were critical junctures that changed the social and economic policies of both countries, removing previous laws either completely or in layers and conditioning the terrain of policies for the decades to come. In this way, the reforms affected the HRDs in matters such as labor flexibility, the unregulated and unplanned opening of private dentistry courses, the deepening of the unequal distribution of wealth and HRDs, and the social and professional identity of dentists, constituting in positive reinforcement effects (path dependence

and increasing returns) that make it possible to maintain these phenomena institutionalized in the state and “rooted” in the HRDs over time. **Conclusion:** Neoliberal reforms in both Brazil and Colombia affected human resources in dentistry in the field of training, work, and geographic distribution.

Keywords: Human resources in health, human resources in Odontology, comparative politics, historical institutionalism, Brazil, Colombia.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 2.1 - Tipologia dos Sistemas de Saúde com base das propostas de Moran, 2000 e Burau and Blank, 2006.....	29
Quadro 4.1 - Operacionalização das categorias teóricas do Institucionalismo Histórico.....	48-49
Figura 5.1 - Densidade da População Tridimensional - Censo Demográfico Brasil 2010.....	52
Figura 5.2 - Quantidade geral de profissionais e entidades ativas no Brasil, 2021.....	58
Figura 5.3 - Porcentagem de cirurgiões dentistas cadastrados no CFO por região, 2021.....	59
Figura 5.4 - Densidade da população por departamento na Colômbia. Com base no censo populacional de 2018.....	74
Figura 5.5 - Distribuição em porcentagem de cirurgiões dentistas por departamento na Colômbia, 2020.....	78
Figura 5.6 - Distribuição de Profissionais de Odontologia por departamentos na Colômbia- 2020.....	79
Quadro 6.1 - Dados comparativos contextos gerais demográficos, territoriais, econômicos e políticos do Brasil e Colômbia.....	95
Quadro 6.2 - Comparativa com relação a classificação dos sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia.....	96
Quadro 6.3 - Fontes usadas para identificar e justificar a classificação dos sistemas de saúde do Brasil e Colômbia com relação aos sistemas de saúde.....	97-98

Quadro 7.1: Comparativa, com base nas categorias analisadas no estudo, do Brasil e Colômbia, com relação aos RHO.....	101
---	-----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
FMI	Fundo Monetário Internacional
MSP	Ministério da Saúde Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PND	Programa Nacional de Desestatizações
RHO	Recursos Humanos em Odontologia
RHS	Recurso Humano em Saúde
SSO	Serviço Social Obrigatório
SUS	Sistema Único de Saúde
CNDRHS	Conselho Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	25
<b>2.1</b>	<b>Os sistemas de saúde</b> .....	25
2.1.1	Características dos sistemas de saúde: como entendê-los? .....	25
2.1.1.1	<i>Building blocks</i> .....	25
2.1.2	Tipologias dos sistemas de saúde: como classificá-los? .....	27
<b>2.2</b>	<b>Reformas neoliberais</b> .....	30
2.2.1	Reformas neoliberais na América Latina .....	31
<b>2.3</b>	<b>Brasil</b> .....	31
<b>2.4</b>	<b>Colômbia</b> .....	33
<b>2.5</b>	<b>Política Comparativa</b> .....	34
<b>2.6</b>	<b>Institucionalismo Histórico</b> .....	36
2.6.1	Conjunturas Críticas “Critical Junctures” .....	37
2.6.2	“Path Dependence” e “Increasing Returns” .....	38
2.6.3	“Policy Feedback” .....	39
2.6.4	Propostas explicativas das possibilidades de mudanças institucionais sob a lógica do institucionalismo histórico.....	41
<b>3</b>	<b>PROPOSIÇÃO</b> .....	43
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Principal</b> .....	43
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Secundários</b> .....	43
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	45
<b>4.1</b>	<b>Definição do tipo de estudo</b> .....	45
<b>4.2</b>	<b>Seleção dos casos</b> .....	46
<b>4.3</b>	<b>Método de coleta de dados</b> .....	47
<b>4.4</b>	<b>Operacionalização das categorias teóricas do Institucionalismo Histórico</b> .....	48
<b>4.5</b>	<b>Método de análise de dados</b> .....	50
<b>4.6</b>	<b>Atendimento às normas de bioética</b> .....	50

<b>5</b>	<b>..RESULTADOS ..</b>	<b>51</b>
<b>5.1</b>	<b>.... Brasil ..</b>	<b>51</b>
5.1.1	.. Contexto político-administrativo y do sistema de saúde ..	51
5.1.2	Reformas neoliberais ..	53
5.1.3	Recursos Humanos em Odontologia (RHO) ..	56
5.1.3.1	<i>Distribuição geográfica dos RHO</i> ..	57
5.1.3.2	<i>Situação laboral</i> ..	60
5.1.3.3	<i>Características das instituições de treinamento</i> ..	60
5.1.4	Decisões políticas sobre RHO ..	62
5.1.5	Perspectiva de atores chave ..	66
5.2	Colombia ..	73
5.2.1	Contexto político-administrativo y do sistema de saúde ..	73
5.2.2	Reformas neoliberais ..	76
5.2.3	Recursos Humanos em Odontologia (RHO) ..	77
5.2.3.1	<i>Distribuição geográfica dos RHO</i> ..	77
5.2.3.2	<i>Situação laboral</i> ..	79
5.2.3.3	<i>Características das instituições de treinamento (especificamente o domínio das instituições privadas)</i> ..	80
5.2.4	Decisões políticas sobre RHO ..	80
5.2.5	Perspectiva de atores chave ..	86
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO ..</b>	<b>89</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES ..</b>	<b>101</b>
	<b>REFERÊNCIAS ..</b>	<b>105</b>
	<b>APÊNDICES ..</b>	<b>112</b>
	<b>ANEXOS ..</b>	<b>117</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Recurso Humano em Saúde (RHS) é um dos 6 componentes núcleos ou "building blocks" dos sistemas de saúde junto com a prestação de serviços, os sistemas de informação em saúde, o acesso aos medicamentos essenciais, o financiamento e a liderança / governança (1). Os RHS são a base social e técnica dos sistemas de saúde e por meio de suas ações o direito à saúde é efetivado e o acesso e a qualidade dos serviços de saúde são garantidos (2). Além disso, o contexto e as características do sistema de saúde determinam as necessidades em termos de quantidade, organização, distribuição e qualidade dos RHS (3).

A importância dos RHO tem sido reconhecida por organizações internacionais como a OMS (Organização Mundial de Saúde), que em 2016 lançou a Estratégia Global de Recursos Humanos em Saúde: 2030 "Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030" propondo como um dos seus quatro objetivos: "Otimizar o desempenho, a qualidade e o impacto dos recursos humanos na saúde, por meio de políticas informadas por evidências, contribuindo para o bem-estar e a vida saudável, com cobertura universal em saúde eficaz, resiliência e fortalecimento dos sistemas de saúde em todos os níveis." (4).

Globalmente têm sido evidenciadas uma série de problemas associados aos RHS em geral e aos Recursos Humanos em Odontologia (RHO) em específico (5–7). Esses problemas estão relacionados à baixa produção científica no campo dos RHO (7), com deficiências ou distribuição geográfica desequilibrada, onde a maioria dos RHO atendem às necessidades de pequenas parcelas da população, principalmente nas grandes cidades, provocando que parte das pessoas, principalmente na área rural, tenham limitações no acesso aos cuidados em saúde (5,7); da mesma forma, esses problemas têm sido associados ao desenvolvimento de atividade profissional e práticas de treinamento em contextos de alta mercantilização, caracterizados por más condições de trabalho e um desequilíbrio entre oferta e demanda na formação dos RHO, respectivamente. (8,9).

Como foi mencionado, esses problemas estão sob a influência de elementos ou fatores específicos dos contextos em que se desenvolvem. Dessa forma, fatores como as próprias instituições do estado, o sistema de saúde, a organização político-administrativa e o papel do estado em relação ao mercado, desempenham um papel importante na compreensão das situações mencionadas. (5,10).

Nesse contexto, as instituições são entendidas como o conjunto de leis, normas e outros elementos que legislam um território, ou seja, as "regras do jogo" (11,12). Uma vez formadas, as instituições permanecem ativas e, por sua vez, estabelecem e são o produto de uma série complexa de estruturas ou redes que possibilitam ou impedem sua permanência (13,14). Por meio desses processos, desenvolvidos ao longo do tempo, pois os processos políticos são processos históricos, efeitos sobre as instituições e sobre os diferentes atores da sociedade, são gerados (14,15). O estudo dos tópicos relacionados com as instituições políticas, ao longo do tempo, tem sido conhecido como institucionalismo histórico. (13–15)

Neste trabalho se faz referência aos efeitos dos arranjos institucionais sobre os RHO, especificamente a situações como a distribuição geográfica, a prática profissional e o treinamento, as quais enfrentam limitações ou encontram possibilidades de ação típicas da estrutura ou rede político-administrativa (isto é, as instituições), que prevalecem em seus territórios. Alguns exemplos disso são as leis relacionadas à migração de profissionais entre territórios, as formas de emprego ou relação trabalhista existentes e são consideradas como legais e a regulamentação sobre as instituições de formação de RHO, entre outros. (8,9,16)

No Brasil e na Colômbia, os RHO também têm sido influenciados pelos processos políticos que ocorreram em cada país ao longo dos anos. Exemplos disso são as constituições políticas que surgiram no final dos anos 80 e início dos anos 1990 no Brasil e na Colômbia respectivamente, e que deram lugar a novas perspectivas sociais, políticas e econômicas em cada país (17,18); também as reformas de seus respectivos sistemas de saúde, em que mudanças significativas foram introduzidas em relação às abordagens ou maneiras pelas quais a prática odontológica tem sido realizada; igualmente, as modificações introduzidas em seus sistemas de ensino superior, bem como as reformas trabalhistas realizadas sob abordagens liberais ou de mercado (8,9,19). Todos esses arranjos institucionais (expressos em leis, decretos etc.), após terem sido executados há mais de duas décadas (ao redor dos anos 1990), atualmente continuam a ter efeitos sobre os RHO nos dois países.

Esses efeitos são evidentes, embora o Brasil e a Colômbia apresentem diferenças na sua configuração institucional (tipo de estado: federal e unitário, e organização dos sistemas de saúde: público e misto, respectivamente), no relacionado com a distribuição geográfica (caracterizada por um elevado número de

profissionais em odontologia, concentrados principalmente nas grandes cidades), a situação laboral (baixos salários e más condições laborais) e com as características das instituições de treinamento (domínio das instituições privadas, com situações de desequilíbrio entre oferta e demanda). (9,20).

Neste sentido, torna-se relevante o estudo comparativo entre dois países, articulando o estudo comparativo de políticas que permite entender como e por que os países chegaram a tomar decisões políticas e não outras, e o campo dos recursos humanos, para entender e intervir positivamente nessa área.

Especificamente no campo dos RHS, autores (21) relataram algumas das contribuições dos estudos comparativos na gestão de recursos humanos em saúde. Algumas delas são: 1) Apoiar tomadores de decisão e pesquisadores no monitoramento e avaliação do RHS. 2) Ajudar na identificação das melhores práticas em gestão de recursos humanos e selecionar as ações ou instrumentos políticos (leis, decretos, estrutura organizacional ou sistema de incentivos) para enfrentar os desafios nesse campo e que os países possam aprender como os outros enfrentam determinados problemas dos RHS, contemplando as condições em que essas práticas poderiam ser aplicadas em seu próprio contexto e 3) Oferecer a possibilidade de avaliar os efeitos da aplicação de diferentes modelos de gestão de RHS, permitindo a análise de experiências contrastantes e seus efeitos. (21)

Portanto, considera-se pertinente a realização do presente estudo, usando lógicas de pesquisa que permitam analisar como e por que dois países com diferenças em suas organizações políticas e seus sistemas de saúde ( aliás, suas instituições), chegaram as situações descritas, caracterizadas pela realização de arranjos institucionais cujas consequências têm gerado efeitos ao longo prazo, afetando consideravelmente aos RHO e, na última instância, possibilitado ou limitado o gozo efetivo e real do direito à saúde de suas populações. O tópico de estudo mostra-se ainda mais relevante ao considerar que atualmente tanto Brasil como Colômbia passam por situações marcadas pelo aprofundamento das perspectivas liberais.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Os sistemas de saúde

Esta seção oferecerá elementos teóricos que permitam uma descrição e análise objetiva dos sistemas de saúde (com foco no Brasil e na Colômbia). Serão apresentadas ferramentas teóricas com as quais se busca possibilitar a compreensão das características dos sistemas de saúde, bem como as diferentes classificações ou tipologias que têm sido propostas na literatura para seu estudo. Começaremos dizendo então que um sistema de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é aquele que é formado por todas as organizações, instituições, recursos e pessoas cujo objetivo principal é melhorar a saúde (1).

Existem diferentes marcos ou frameworks estratégicos e analíticos dos sistemas de saúde. Estes têm diferentes pontos de partida, o que resulta numa ênfase em diferentes resultados e características que podem ser abordadas.

No entanto, existem múltiplos pontos em comum nos diferentes frameworks, o que permite uma abordagem coerente com a escolha dos indicadores e estratégias de medição (avaliação-análise) (1).

Com base no exposto, serão apresentadas as características constitutivas dos sistemas de saúde, especificamente aquelas aquela conhecida como “the WHO building blocks framework”(1) . Em seguida, serão expostas algumas classificações ou tipologias dos sistemas de saúde que têm sido descritas na literatura. Também será feita uma descrição de como os sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia têm sido classificados.

#### 2.1.1 Características dos sistemas de saúde: como entendê-los?

##### 2.1.1.1 *Building blocks*

Esta estrutura conceitual apresentada pela OMS descreve os sistemas de saúde em termos de 6 componentes centrais ou “blocos de construção”: 1) Prestação de serviços, 2) Recursos humanos, 3) Sistemas de informação em saúde, 4) Acesso a medicamentos essenciais, 5) Financiamento e 6) Liderança / Governança (1)

Cada um dos building blocks será descrito nos próximos parágrafos (1):

1) A prestação de serviços é reconhecida como um insumo essencial a saúde da população junto com fatores como os determinantes sociais da saúde. O conteúdo e organização dos serviços de saúde são diferentes em cada país, mas para um funcionamento adequado de qualquer sistema de saúde, a rede de prestação de serviços precisa ter as seguintes características principais: Abrangência, acessibilidade, cobertura, continuidade, qualidade, centrado na pessoa, coordenação e responsabilidade e eficiência.

2) O recurso humano em saúde inclui todas as pessoas envolvidas em ações cuja intenção fundamental é melhorar a saúde. Esses recursos humanos incluem o corpo clínico: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas, entre outros, bem como o pessoal administrativo e de apoio, ou seja, aqueles que não estão envolvidos diretamente na prestação dos serviços, por exemplo gestores, motoristas de ambulância, os quais são fundamentais para os sistemas de saúde.

3) O sistema de informação em saúde oferece bases para a tomada de decisões, tem quatro funções principais: 1) geração de dados, 2) compilação, 3) análise e síntese e 4) comunicação e uso. O sistema de informação em saúde realiza as funções de coleta dados do setor saúde e de outros setores, análise dos dados garantindo a sua qualidade, relevância e oportunidade. Assim mesmo, cumpre com a tarefa de converter os dados em informações relevantes para a tomada de decisões em saúde

4) Os medicamentos essenciais são aqueles com a finalidade de satisfazer as necessidades prioritárias de saúde da população. Estes medicamentos devem estar disponíveis em todos os momentos, em quantidades adequadas, com qualidade garantida, na dosagem apropriada e a um preço que os indivíduos e a comunidade possam pagar.

5) O financiamento da saúde refere-se à função dos sistemas de saúde relacionada com a mobilização, acumulação e alocação de dinheiro para cobrir as necessidades em saúde da população, no individual e coletivo. Assim mesmo está associado com o estabelecimento dos incentivos financeiros apropriados para os provedores, procurando garantir que todos os tenham acesso à saúde pública e aos cuidados de saúde necessários de forma efetiva.

6) Liderança e governança envolvem a garantia de que estruturas políticas existam e sejam combinadas com supervisão eficaz, formação de coalizões, regulamentação, atenção ao desenho do sistema e prestação de contas. Nesse contexto, a prestação de contas é um aspecto intrínseco da governança, pois esta relacionada com a gestão das relações entre as partes interessadas no campo da saúde, incluindo indivíduos, famílias, comunidades, empresas, governos, organizações não governamentais, empresas privadas e outras entidades com a responsabilidade de financiar, monitorar, entregar e usar os serviços de saúde.

Esses componentes contribuem para delimitar o complexo conceito de Sistema de Saúde e possibilitam o reconhecimento de indicadores e estratégias de mensuração para acompanhar seu progresso e melhoria (1)

#### 2.1.2 Tipologias dos sistemas de saúde: como classificá-los?

Ao estudar os sistemas de saúde e especificamente ao fazê-lo com uma perspectiva comparativa, é útil usar tipologias ou classificações, pois isso é particularmente útil para reduzir a complexidade de um fenômeno da vida real (neste caso sistemas de saúde), bem como para organizar informações, permitindo uma análise sistemática de diferenças e semelhanças e detectar e interpretar padrões (22)

Com relação ao sistema de saúde e com o propósito de fazer uma descrição objetiva, foram utilizadas as categorias para classificar sistemas de saúde com base nos trabalhos de Moran e Burau and Blank (23,24)

Inicialmente, Moran (23) descreve 3 classificações:

1) **Comando e controle (Público):** A governança do consumo consiste em amplo acesso público baseado na cidadania e amplo controle da alocação de recursos por meio de mecanismos administrativos. Isso confere ao Estado um papel central na gestão do consumo coletivo dos cuidados de saúde. Também aplica à governança da provisão com hospitais de propriedade pública e sujeitos a amplo controle público, e com o governo de interesse privado dos médicos estritamente circunscritos. Há também restrições moderadas à inovação médica, que está no centro da governança da produção.

2) **Corporativista (Misto):** O financiamento por meio de contribuições ao seguro social gera o acesso público de fato aos cuidados de saúde e confere aos órgãos de direito público (tais como fundos de seguros estatutários sem fins lucrativos) um papel importante. Isso limita o controle público sobre os custos de saúde. Uma situação similar acontece com a governança da provisão de serviços de saúde, onde os hospitais privados são muitas vezes proeminentes e onde há apenas algumas restrições ao governo de interesse privado dos profissionais da saúde, que, portanto, desempenham um papel potencialmente influente na governança da provisão. Existem apenas algumas restrições à inovação médica.

3) **Oferta (supply) de cuidados de saúde (Privado):** Neste caso o financiamento por meio de seguros privados limita o acesso público aos cuidados de saúde, bem como o controle público dos custos. Da mesma forma, os hospitais privados não apenas dominam, mas também permanecem relativamente descontrolados. Isto se aplica aos profissionais da saúde, e o governo de interesse privado é forte. Também não há, de fato, restrições à inovação médica.

Não entanto, essas categorias e classificações foram aplicadas de forma empírica por Burau and Blank, onde acharam que os países não pertencem exclusivamente a uma categoria só, mas que podem ao mesmo tempo pertencer a várias delas (24)

No quadro 2.1 é apresentada a classificação descrita e as características respectivas.

Quadro 2.1 - Tipologia dos Sistemas de Saúde com base das propostas de Moran (23) e Burau e Blank (24)

<p style="text-align: center;"><b>Caraterísticas</b></p> <p><b>Tipo de Sistema de saúde</b></p>	<p><b>Governança sobre o Consumo</b></p> <p>- Grau de acesso público aos cuidados de saúde. -Grau de controle público sobre os custos totais de saúde</p>	<p><b>Governança sobre Provisão</b></p> <p>-Grau de controle público sobre hospitais* -Grau de restrições aos interesses privados dos profissionais de saúde**</p>	<p><b>Governança sobre a Produção</b></p> <p>-Grau de restrições públicas à inovação médica</p>
<p><b>1) Prestação de serviços de saúde com direção, comando e controle do estado (Público)</b></p> <p>-Acesso público amplo, alto controle público de custos. -Alto controle governamental de hospitais e interesses privados -Restrição moderada à inovação médica</p>			
<p><b>2) Corporativista (Misto)</b></p> <p>-Acesso público de fato, controle público moderado sobre os custos. -Controle público moderado sobre hospitais, algumas restrições ao interesse privado -Algumas restrições à inovação médica.</p>			
<p><b>3) Oferta (supply) de cuidados de saúde (Privado)</b></p> <p>-Acesso público limitado, pobre controle público dos custos. -Pouco controle público dos hospitais, poucas restrições ao interesse privado. -Sem restrições de fato à inovação médica</p>			

Fonte: adaptação do autor a partir das propostas de Moran (23) e Burau e Blank (24)

\* Proporção de hospitais públicos junto com o grau de regulação pública. Utilizada para representar o escopo de controle público dos hospitais.

\*\* Percentual de médicos empregados no setor público (hospitais) e o grau de autorregulação profissional. É utilizado como representação do alcance das limitações ao autogoverno dos profissionais de saúde.

## 2.2 Reformas neoliberais

O neoliberalismo pode ser entendido como uma teoria de práticas político-econômicas que reconhecem que a melhor forma de promover o bem-estar do ser humano consiste em não restringir o livre desenvolvimento das capacidades e liberdades empresariais do indivíduo; isso, dentro de um marco institucional caracterizado por direitos de propriedade privada, mercados livres fortes e liberdade de comércio (25)

Um dos defensores dessa doutrina é Milton Friedman. Para ele, o livre exercício das forças de mercado permitem um resultado adequado e lucrativo que, a partir da ação particular em busca do interesse individual, possibilita o benefício coletivo (26)

Os postulados neoliberais estabelecem o mercado como o mais eficiente adjudicador de recursos e por meio do qual os melhores resultados possíveis podem ser obtidos para a maioria das partes. Assim, por exemplo, ao tentar explicar as melhorias nas condições de vida em países industrializados como os Estados Unidos, sob a perspectiva neoliberal, o papel preponderante desempenhado pelas liberdades individuais, pela iniciativa privada e pelas relações de mercado são enfatizadas. No caso particular do mercado de trabalho, afirmam que não são os sindicatos e muito menos o Estado que têm causado tais melhorias, pelo contrário, segundo este olhar, são eles que têm impedido condições ainda melhores (26).

Nessa ordem de ideias, a competição é, portanto, o mecanismo mais eficiente e que oferece as melhores possibilidades aos trabalhadores que desejam oferecer seus serviços, de modo que qualquer fator que distorça os sinais vindos do mercado, por exemplo, a intervenção do Estado, será prejudicial aos trabalhadores e, por sua vez, em geral, para o desempenho eficiente de todas as forças produtivas (26).

É assim que as teorias neoliberais têm a ideia de que a intervenção estatal não é suficiente do ponto de vista econômico, razão pela qual se busca a descentralização e a abertura econômica. Dessa forma, o neoliberalismo, como doutrina política e ideológica, tornou-se a base e fundamento da política econômica de grande parte dos países nos últimos anos.

### 2.2.1 Reformas neoliberais na América Latina

As reformas liberais de primeira geração que foram realizadas na América Latina começaram nos anos 70 e se expandiram nos anos 80 e 90. Estas foram baseadas no processo de descentralização da economia (através da venda de empresas públicas) e abertura comercial (através da redução de tarifas e a eliminação de barreiras técnicas) (27).

No final da década de 1980, um grupo de economistas publicou uma proposta de política econômica baseada em preceitos liberais que buscava solucionar os problemas econômicos da América Latina. Essas propostas derivam no que é conhecido como “Consenso de Washington” e suas propostas de reformulação do Estado por meio de reformas políticas de mercado, enquadradas na disciplina fiscal, privatização (de empresas estatais e serviços públicos), bem como liberalização comercial (27).

Assim, já na década de 90 e sob a pressão em que os países latino-americanos se encontravam para resolver suas crises econômicas, acabaram adotando novos marcos políticos, fruto das mudanças nas relações de poder em nível global, possibilitando a “vitória” das políticas econômicas neoliberais (28).

## 2.3 Brasil

O Brasil é uma república federal, presidencial, com um sistema bicameral e multipartidário. Sua Constituição Federal de 1988 foi produto de uma grande mobilização social e declarou a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (17). Em relação à saúde, a regulamentação é extensa. Em termos gerais, possui um sistema universal de saúde (público na prestação dos serviços), apresentado na lei 8080 de 1990 (lei orgânica da saúde), com base em princípios como integralidade, equidade, universalidade, descentralização, regionalização e hierarquização, dando relevância à participação social dentro do chamado Sistema Único de Saúde (SUS) (17,29–31).

Nos anos 1990, foram realizadas reformas ou arranjos institucionais que favoreceram as práticas neoliberais, baseadas em processos de desregulamentação

do mercado de capitais e de trabalho (19,32). Essa lógica teve efeitos na economia brasileira, causando também mudanças na dinâmica do planejamento do uso da terra e contribuindo para o aumento das desigualdades sociais (19,32). Essas reformas também levaram a processos de flexibilização do trabalho, que contribuíram para o aumento do desemprego e da informalidade, causando na força de trabalho uma série de processos de desconstrução de direitos, insegurança e pouca estabilidade no emprego (19). As consequências dessas mudanças também afetaram aos profissionais da saúde, incluindo obviamente o setor odontológico, pois tem sido evidenciado que trabalhadores da saúde estão sendo vinculados aos seus empregos por meio de contratos precários (contratos temporários irregulares), terceirizados e com baixos salários (19,33).

A prática odontológica no Brasil, e, portanto, os RH em odontologia, apresentaram mudanças influenciadas pelas transformações políticas e sociais que ocorreram em seu país ao longo dos anos.

Para a década de 1950, a prática odontológica era principalmente liberal, as ações estavam baseadas em atividades curativas e, no campo da saúde pública, voltadas principalmente à população escolar (período da odontologia brasileira conhecido como odontologia sanitaria) (34,35). Posteriormente, as ações em odontologia adotaram abordagens mais preventivas e de promoção da saúde, estendendo-se até o âmbito comunitário.

No decorrer dos anos e gradualmente, novas políticas e arranjos institucionais foram introduzidos e continuam influenciando as situações e as características das ações dos RHO (35). Dessa forma, com a integração da equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (modelo da APS em que a RHO participa de uma equipe multiprofissional de saúde) (36–38) e com a contribuição da Política Nacional de Saúde Bucal "Brasil Sorridente", de 2004, que em 10 anos alcançou um aumento notável na oferta de serviços públicos de odontologia, tanto no nível básico quanto no nível especializado, voltados para a população (20), foram ampliadas as opções de trabalho odontológico no setor público. Por outro lado, no campo privado, observa-se uma expansão dos planos odontológicos particulares (ou privados) para quem não deseja usar os serviços públicos; além de clínicas odontológicas populares que oferecem atendimento de baixo custo, o que às vezes resulta num retorno monetário mais baixo para os dentistas (20).

Com tudo isso, até 2016, aproximadamente 274.000 dentistas tinham sido cadastrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO), ou seja, aproximadamente um dentista para cada 735 habitantes (20). Tomando como referência a medida usada na literatura, de um dentista por 3.500 habitantes, no país haveria um excesso de profissionais nesta área, principalmente no campo privado (39). Além disso, enquanto as capitais brasileiras (principalmente na região Sudeste) apresentaram alta concentração de dentistas por habitante (55,7% do número total de dentistas cadastrados no país em 2016), em regiões como o Norte e o Nordeste, houve um déficit desses profissionais, o qual revela um evidente problema de distribuição geográfica dos RHO (20,39). Em relação à formação dos RHO, em 2015 foram relatados 220 cursos de odontologia, dos quais 75% eram do setor privado; da mesma forma, verificou-se que a maior concentração de programas ocorreu nas regiões Sudeste e Sul, que juntas constituíam 68,1% do total de cursos oferecidos no país (20,39).

## **2.4 Colômbia**

A Colômbia é uma república unitária, descentralizada e presidencial, possui um sistema bicameral e multipartidário. Sua Constituição Política, proclamada em 1991, declarou um estado social de direito e definiu os serviços de saúde e saneamento ambiental como serviços públicos, sob a responsabilidade do Estado, organizados de maneira descentralizada, por níveis de atenção e com a participação da comunidade (18). Em relação ao seu sistema de saúde (Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde-SGSSS), foi definido na lei 100, de 1993 e baseia-se num modelo de seguro (misto), no qual a afiliação ao SGSSS é feita através de um regime subsidiado (destinado a pessoas sem capacidade de pagamento) ou através de um regime contributivo (para pessoas com capacidade de pagamento) (40). Em 2015, foi promulgada a Lei 1751 ou Lei Estatutária de Saúde, cujo objetivo é “garantir o direito fundamental à saúde, regulamentando e estabelecendo seus mecanismos de proteção” (41). Assim, na Colômbia, a saúde é considerada um direito individual e coletivo ” (9,41).

As atividades relacionadas com os RH em odontologia foram afetadas por mudanças no contexto político do país. Por meio da mencionada Lei 100 de 1993, que criou o atual sistema de saúde colombiano, foram adotadas posições que

privilegiam o mercado e limitaram o papel do Estado, que se tornaria o regulador do sistema e de algumas ações de saúde pública, enquanto a maioria dos serviços de saúde seriam responsabilidade do setor privado (9). Por meio desta lei, uma série de conteúdos de atendimento odontológico foi incorporada aos serviços de saúde aos quais a população filiada ao SGSS tem direito; antes dessa mudança, a maioria da população devia recorrer ao atendimento odontológico particular, pagando-o do próprio bolso; por sua vez, essa mudança levou a modificações nas formas de trabalho dos RHO, os quais passariam de uma prática principalmente liberal para modalidades de trabalho subordinado, no setor público ou no setor privado e, às vezes, em condições de baixas garantias laborais e baixos salários (9)

Para 2016, estimaram-se 47.500 dentistas na Colômbia, ou seja, aproximadamente 1 dentista para cada 1.024 habitantes ou 9,3 dentistas para cada 10.000 habitantes (9). Considerando a referência de um dentista por 3.500 habitantes, haveria um excesso de profissionais de odontologia na Colômbia. Da mesma forma, é evidente uma maior concentração de dentistas nas grandes e médias cidades: cerca de 70% estariam localizados em 6 departamentos ou estados (de um total de 32), tendo a maior densidade em Bogotá D.C. Soma-se a isso a taxa de desemprego estimada na profissão que em 2019 chegaria a 32,3% (9). Em relação ao treinamento em RHO, em 2018 havia 33 programas de treinamento profissional, desenvolvidos por 22 universidades, em 17 cidades, 89% do setor privado, com quase 1.900 vagas semestrais (9); nesse sentido, alguns autores apontam que “as políticas para a formação dos recursos humanos e para a prática profissional da odontologia não resultam de um processo de planejamento e consulta social, pelo contrário, são deixadas à ação espontânea do forças de mercado” (9).

## **2.5 Política Comparativa**

O estudo da política está associado aos processos de inter-relação entre o estado e a sociedade, ou seja, a "interação entre o estado e seus sujeitos" (42). As atuais crises econômicas e políticas, enquadradas num mundo cada vez mais globalizado, têm gerado a sensação de "desafios políticos compartilhados", o qual despertou um interesse crescente no estudo de políticas entre países (24) . Uma das abordagens para esse tipo de questão, desenvolvida no campo dos estudos

políticos, é a política comparativa. Assim, diante da dificuldade de realizar experimentos reais em contextos políticos, a comparação permite explorar e avaliar padrões de intervenção estatal (42).

Ao falar de política comparativa não se faz referência exclusivamente a um método específico, mas sim a uma posição ou lógica de pesquisa que visa estudar os padrões das atividades estatais, por meio de comparações, não apenas entre países, mas também entre setores e momentos diferentes ao longo do tempo (42).

Na literatura têm sido propostas três grandes abordagens analíticas que explicam os fenômenos políticos que podem ser estudados sob uma perspectiva comparativa (42): Habitat, governo reativo (“responsive government”) e instituições. Nesse sentido, os dois primeiros se referem a fatores externos que moldam as políticas governamentais e enquanto à terceira abordagem, as instituições, destaca-se a importância dos fatores internos do estado nos assuntos políticos (42). Precisamente em relação às instituições, tema abordado neste trabalho, sua relevância tem sido descrita em termos de permitir entender que as políticas dependem de processos ou caminhos (“path dependence”, como veremos adiante) adotados pelo Estado em certos momentos (42).

Assim mesmo, sob a lente comparativa, poderiam ser explicados os chamados processos de “equifinalidade”, nos quais dois caminhos diferentes levam a resultados semelhantes e “multifinalidade”, nos quais caminhos semelhantes levam a resultados diferentes. Isso se traduziria em uma série de possibilidades explicativas que dariam conta de por que países com estruturas políticas diferentes tiveram resultados semelhantes em certas áreas (como no caso apresentado neste trabalho) ou, inversamente, por que países com configurações políticas semelhantes alcançaram resultados políticos diferentes (24,42). É assim que, sob este olhar, “diferentes processos entre países devem ser sistematicamente comparados para explicar como [determinados] caminhos levaram a resultados semelhantes ou contrastar processos similares que mudaram em seu desenvolvimento, levando a resultados diferentes” (15).

Finalmente, o estudo da política comparativa brinda informações relevantes ao permitir explorar os processos de tomada de decisão e os ciclos das políticas, oferecendo uma visão crítica sobre o escopo e a natureza dos desenvolvimentos políticos contemporâneos, contribuindo ao mesmo tempo para o crescimento do conhecimento neste campo e a tomada de decisões informadas por evidências,

analisando e comparando criticamente políticas, além de um simples relato de uma anedota causal (24,42).

## 2.6 Institucionalismo Histórico

Helen Immergrut apresenta as instituições como “as regras do jogo”, uma estrutura ou contexto estratégico no qual os processos políticos se desenvolvem e condicionam ou limitam as possibilidades de ação dos diferentes atores envolvidos na tomada de decisão (11). A força dessa abordagem reside, segundo esta autora, em mostrar por que os “policy inputs” (demandas de vários grupos sociais ou legados de políticas anteriores) e os “policy outputs” (normas, leis ou legislação específica) podem estar vinculados de formas diferentes em distintos sistemas políticos (11).

Mais especificamente, ao falar de instituições se faz referência ao conjunto de elementos que legislam um território (leis, decretos, etc.), à forma de governo ou regime (presidencial ou parlamentar, por exemplo), ao tipo de estado (república federal ou unitária), ao tipo de legislação (unicameral ou bicameral (câmara e senado)) e aos sistemas de partidos (que podem ser compostos por um, dois ou vários partidos) (11,12). Nesse sentido, as regras institucionais permitem a resolução de conflitos, por meio da imposição de limites aos pontos ou possibilidades de decisão num contexto em que várias propostas alternativas são consideradas (11).

É necessário esclarecer que as instituições fazem parte de processos históricos "vivos" e que sua gênese e reprodução podem ser "rastreadas" ou estudadas usando várias ferramentas teóricas que permitem aprofundar nosso conhecimento da criação e das dinâmicas que fazem possível a existência das instituições em um determinado tempo e espaço.

Uma vez formadas, as instituições continuam ativas e, por sua vez, estabelecem e são produto de uma série de estruturas ou redes que permitem a sua permanência; no entanto, isso não implica que elas não possam mudar, porque, embora essa mudança possa ser complexa, uma série de fatores ligados à reprodução ou validação do poder, podem levar, progressiva ou abruptamente, às mudanças (13).

Vários autores expuseram a importância dos estudos políticos a partir de uma perspectiva histórica, uma vez que os processos políticos são processos

históricos; assim, com a abordagem do institucionalismo histórico, é possível superar a limitação de entender e estudar um fenômeno de maneira estática quando na realidade ele é um processo temporal (13–15)

Em resumo, o institucionalismo histórico pode ser entendido como um método usado no campo da política comparativa, para estudar os efeitos das instituições nos assuntos políticos, destacando a centralidade do tempo em suas análises (15). Assim, o esforço central é investigar não apenas a relação entre as variáveis dependentes e independentes em um determinado momento, mas entender se há semelhanças ou variações nas relações entre essas variáveis e entre os casos comparados ao longo do tempo (15). A perspectiva histórica se torna relevante, pois nos permite explicar por que uma decisão política tomada no momento 1 pode condicionar significativamente a gama de possibilidades no momento 2 (43).

Agora seguem as categorias teóricas usadas no marco do institucionalismo histórico.

### 2.6.1 Conjunturas Críticas “Critical Junctures”

As conjunturas críticas ou "critical junctures" se referem a períodos de mudanças significativas que ocorrem em determinados momentos ou territórios, causando "interrupções/rupturas" nos mecanismos ou caminhos específicos reproduzidos anteriormente (14,43). Nesta ordem de ideias, as conjunturas críticas têm em comum que impactam substancialmente na dinâmica histórica, moldando os processos de desenvolvimento político e social que continuarão nas próximas décadas. "Grandes eventos históricos têm grandes consequências históricas" (43).

As conjunturas críticas também podem ser entendidas como situações em que as características estruturais que influenciam as ações políticas (ou seja, aspectos econômicos, culturais, organizacionais e ideológicos) são significativamente relaxadas ou flexibilizadas por um curto período de tempo, fazendo com que a quantidade de opções plausíveis para determinados atores políticos seja expandida e as consequências das decisões tomadas sejam potencialmente muito mais relevantes. (44)

Como mencionado anteriormente, os eventos políticos no Brasil e na Colômbia têm impactado significativamente nos RHO. Este trabalho propomos, à priori, a

conjuntura crítica das reformas realizadas no Brasil e na Colômbia durante os anos 1990; essas reformas causaram mudanças significativas nos cursos ou mecanismos que os dois países vinham seguindo e suas consequências, como já explicado, ainda têm efeitos nos RHO, mais de 20 anos após sua realização.

### 2.6.2 “Path Dependence” e “Increasing Returns”

De maneira geral, o “path dependence” refere-se à relevância causal das fases anteriores em uma sequência temporal (14). Nesse sentido, propõe-se que o que aconteceu em um estágio inicial ou anterior no tempo afetará os possíveis resultados que ocorrerão posteriormente em uma sequência de eventos. (14).

Mais especificamente, em um ambiente político, uma vez que um país ou região começa a trilhar um caminho ou tomar uma decisão, os custos de recuar são muito altos, pois embora possa haver outros pontos ou possibilidades de escolha, o entrincheiramento ou o enraizamento dos arranjos institucionais criados dificulta a possibilidade de reverter a decisão tomada; isso causaria um efeito de aprisionamento ou “lock-in” que ajuda na explicação de por que as instituições são mantidas ao longo do tempo (14).

Com “path dependence” não se trata de apresentar uma história em que o passado preveja o futuro, mas sim de uma ferramenta ou forma de fazer uma redução conceitual do conjunto de opções disponíveis e vincular a tomada de decisões ao longo do tempo (14).

O conceito de Increasing returns (também descrito como processos de auto-reforço ou feedback positivo), embora inicialmente desenvolvido na área da economia, tem sido útil para apoiar as análises do institucionalismo histórico nos estudos políticos, complementando o conceito de path dependence (14). Assim, com o increasing returns se apoia a abordagem “histórica” porque reconhece que o desenvolvimento político deve ser entendido como um processo que se desdobra ao longo do tempo, e também ao “institucionalismo”, uma vez que enfatiza que muitas das implicações políticas desses processos temporais estão incorporadas nas instituições, sejam regras formais, estruturas ou normas políticas (14).

Sob esta perspectiva, reconhece-se que as instituições, uma vez estabelecidas, geram incentivos poderosos que reforçam sua própria estabilidade e

subsequente desenvolvimento (14). Como consequência, os arranjos institucionais criados induzem as formas organizacionais complementares, que por sua vez podem criar novas instituições complementares e assim por diante, isso é conhecido como rede interdependente de uma matriz institucional, e essa matriz produz “increasing returns” massivos (14). Este intrincado processo, realizado em contextos de alta interdependência social, incentiva indivíduos e organizações a investir em habilidades especializadas, estabelecer relações entre si e criar identidades políticas e sociais particulares, tudo isso seria facilitado por fatores como a fixação de custos, os efeitos de aprendizagem (as pessoas aprendem a usar certas ferramentas ou conhecer certos processos dentro do seu contexto), os efeitos de coordenação (entre diferentes indivíduos ou atores em relação a uma determinada atividade, o que leva à generalização de certas ações) e expectativas adaptativas (as pessoas, de certa forma, sabem o que esperar em certas circunstâncias); aqueles processos geram, como falado antes, o reforço positivo que explica a permanência das instituições ao longo do tempo (14,45).

Graças a estas ferramentas conceituais será possível analisar como as decisões tomadas há mais de 20 anos nos países incluídos neste estudo ainda têm efeitos na atualidade.

### 2.6.3 “Policy Feedback”

Na literatura, já foi descrito como a partir de determinada decisão política podem ser criados ou mobilizados recursos e incentivos bem como efeitos cognitivos ou interpretativos nos diferentes conjuntos de atores sociais imersos em um ambiente político, especificamente as elites governamentais, os grupos de interesse e o público em geral (45).

No que se refere aos recursos, estes podem ser materiais (como dinheiro para financiar atividades específicas) ou estar associados ao exercício de poder (que seria legitimado pela decisão tomada); o acesso a esses recursos estaria condicionado à posição dos diferentes atores dentro do sistema político. Por sua vez, os incentivos estão relacionados às condições que enquadram ou contribuem para definir as alternativas disponíveis aos atores individuais, tornando-se indutores de decisões, definindo os resultados possíveis e as recompensas associadas (45).

Desta forma, segundo a intersecção entre o conjunto de atores sociais mencionados (elites governamentais, grupos de interesse e público em geral) e os mecanismos de feedback (recursos/incentivos e efeitos cognitivos ou interpretativos), efeitos diferentes podem ser gerados como mostrado nos seguintes parágrafos.

Em relação aos recursos e incentivos, nas elites governamentais as decisões políticas geram incentivos para transformar as capacidades administrativas do Estado de tal forma que permitissem intervir ou enfrentar determinadas situações a partir de experiências anteriores e conhecimentos adquiridos. Nos grupos de interesse, as decisões políticas podem produzir recursos e incentivos que facilitam ou inibem a formação ou expansão de certos grupos, podem também criar oportunidades de acesso a financiamento econômico ou poder político; da mesma forma, podem acontecer “spoils” que motivam fortemente aos potenciais beneficiários a se mobilizarem a favor da manutenção ou expansão do seu grupo e, por fim, nichos para empresários políticos que aproveitam a situação dos incentivos gerados para ajudar “grupos latentes” para mobilizar seus interesses. Finalmente, no público em geral, as decisões políticas criaram incentivos que motivariam aos indivíduos a preferir uma opção ao invés de outra; nesse sentido, as políticas fazem com que as pessoas realizem certos tipos de investimentos, desenvolvam habilidades particulares, comprem certos bens ou serviços, etc.; em suma, as políticas podem empurrar os indivíduos para caminhos ou decisões difíceis de retroceder, gerando um bloqueio ou efeito de “lock-in” (45).

Por sua vez, os efeitos cognitivos ou interpretativos gerariam nas elites e grupos de interesse o que é conhecido como aprendizagem política ou “policy learning”, entendido como uma tentativa deliberada de ajustar objetivos ou técnicas de política em resposta a experiências passadas ou novos conhecimentos (46). No público em geral, identidades políticas podem ser produzidas, e objetivos e estratégias específicas definidas. Além disso, há duas condições que devem ser levadas em consideração ao entender como as políticas podem gerar respostas no público em geral e nos grupos de interesse: visibilidade, onde o público ou grupos experimentam determinados resultados perceptíveis que os levam a questionar as causas de tais efeitos ou resultados; e rastreabilidade, associada às ações de premiação ou punição de políticos, uma vez que os resultados percebidos de uma política podem estar atrelados a uma determinada ação governamental; nessa

ordem de ideias, quanto mais elos ou incertezas dentro da cadeia causal dos efeitos da política, mais complexo ou difícil se torna o reconhecimento dos responsáveis por tais efeitos de política (45).

#### 2.6.4 Propostas explicativas das possibilidades de mudanças institucionais sob a lógica do institucionalismo histórico

Uma vez formadas, as instituições permanecem ativas e isso implica a possibilidade de mudanças. Mahoney e Thelen (2010) propõem que essa possibilidade obedeceria às implicações da distribuição de poder das instituições, especificamente na lacuna existente entre as regras ou normas e sua interpretação e entre as regras e sua aplicação (13).

Esses eventos podem ser graduais e ocorrer ao longo do tempo. Mahoney e Thelen (13) definem 4 tipos de formas ou maneiras pelas quais as mudanças institucionais podem ser apresentadas:

- Deslocamento o “Displacement”: O que é a remoção completa de instituições ou regras através da introdução de novas.
- Através de camadas ou “Layering”: A introdução de novas regras que estariam presentes junto com as existentes
- Deriva ou “Drift”: O impacto modificado das regras existentes devido a mudanças no ambiente social ou político.
- Conversão ou “Conversion”: A promulgação modificada das regras existentes devido à sua redistribuição estratégica.

Estas ferramentas teóricas permitiriam explicar como as reformas dos 90 nos dois países foram introduzidas por meio de deslocamentos (introdução de regras ou instituições novas) e de possíveis modificações institucionais graduais “layering” por meio de leis ou normas subsequentes, tendo efeitos sobre os RHO ao longo do tempo.



## **3 PROPOSIÇÃO**

### **3.1 Objetivo Principal**

Analisar a influência dos arranjos institucionais criados a partir da conjuntura crítica das reformas liberais da década de 1990, tanto no Brasil quanto na Colômbia, sobre os RHO, especificamente em relação à distribuição geográfica, a situação laboral e as características das instituições de treinamento (especificamente o domínio das instituições privadas), com base numa análise comparativa e sob a perspectiva do institucionalismo histórico.

### **3.2 Objetivos Secundários**

- Caracterizar os contextos político-administrativos de cada país, incluindo seus sistemas de saúde
- Contextualizar a situação dos RHO nos dois países (especificamente em relação à distribuição geográfica, situação de emprego e características das instituições de formação)
- Descrever as reformas liberais realizadas nos anos 1990 nos dois países.
- Identificar decisões políticas com efeitos sobre os RHO no Brasil e na Colômbia, especificamente em relação à distribuição geográfica, situação e condições laborais e às características das instituições de treinamento (especificamente o domínio das instituições privadas).
- Conhecer a perspectiva dos atores chave sobre a situação dos RH no Brasil e na Colômbia (especificamente em relação à distribuição geográfica, situação de emprego e características das instituições de formação)
- Analisar comparativamente e sob a perspectiva do institucionalismo histórico as informações obtidas.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Definição do tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual será utilizado o desenho de um estudo de caso múltiplo, com 2 casos (Brasil e Colômbia, especificamente os arranjos institucionais criados a partir das reformas liberais dos anos 1990 em ambos os países) e três unidades de análise incorporadas em cada caso (1, distribuição geográfica dos RHO (concentração de profissionais em grandes cidades), 2) a situação laboral (baixos salários e más condições de trabalho) e 3) características das instituições de treinamento (especificamente o domínio das instituições privadas, onde existe um desequilíbrio entre a oferta e a demanda).

A escolha deste desenho é argumentada nos seguintes parágrafos.

O estudo de caso é uma forma de pesquisa empírica em que um fenômeno é investigado dentro de seu contexto, especificamente quando os limites entre esse fenômeno e seu contexto não são claramente evidentes, reconhecendo a pertinência e relevância de estudar os dois elementos em conjunto (47). Da mesma forma, esse tipo de estudo permite compreender o como e o porquê de um fenômeno em relação a um conjunto de eventos contemporâneos da vida real (47). Por fim, as contribuições dos estudos de caso são consideradas relevantes, pois também oferecem a possibilidade de testar as teorias que conhecemos e de propor temas para pesquisas futuras (48).

Pelo caráter comparativo deste trabalho, optou-se pelo desenho conhecido como estudo de caso múltiplo, o qual, por abranger um número plural de casos (2 ou mais), oferece a possibilidade de: a) seguir uma lógica de replicação (como se fosse um experimento testado várias vezes), b) obter resultados mais robustos (quando comparados com o estudo de um caso individual) e c) contribuir para a elaboração de generalizações analíticas ou teóricas (visto que através deste tipo de estudo é possível testar teorias existentes, aliás, refutá-las ou confirmá-las) (47). Da mesma forma, dentro dos estudos de caso também é possível direcionar a atenção para uma ou mais unidades de análise que estariam dentro de cada caso, essas unidades são chamadas de unidades incorporadas. Por tudo isto, o desenho recebe o nome de estudo de caso múltiplo com unidades incorporadas (47).

## 4.2 Seleção dos casos

Quanto à seleção dos casos, estes são escolhidos com base na possibilidade que oferecem de maximizar o aprendizado sobre o fenômeno em estudo. Da mesma forma, os casos caracterizam-se por serem os mais acessíveis para quem realiza a pesquisa, aqueles que permitem investir o maior tempo e profundidade da investigação (48).

Nesse sentido, o método de diferenças e acordos de Mills (agreements and differences, no inglês) oferece uma base para descartar sistematicamente hipóteses “rivais” em análises comparativas com amostras pequenas (small -N) (49) e em nosso caso, auxiliar a seleção dos casos.

O método das diferenças (differences) refere-se a situações nas quais o desfecho ("outcome") não é o mesmo para dois ou mais casos, aqui é procurada uma condição que possa influenciar ou que esteja perfeitamente correlacionada com o desfecho ou outcome (50). Nessa perspectiva, podem ser abordadas perguntas como: por que dois países com características semelhantes podem ter “outcomes” diferentes em uma determinada área? Por outro lado, no método de acordos “agreements”, o desfecho é semelhante ou igual para ambos os casos, seria procurada então uma condição caracterizada por ser uma constante entre os casos estudados (50). Com essa lógica, podem ser abordadas perguntas tipo: por que dois países com características diferentes têm “outcomes” semelhantes? (50).

Com base no exposto e levando em consideração que este estudo apresenta um cenário em que dois países, Brasil e Colômbia, embora possuam sistemas de saúde e tipos de estados diferentes, compartilham situações semelhantes (outcomes) em relação aos RHO, em específico à distribuição geográfica (concentração de profissionais nas grandes cidades), situações de baixos salários e más condições de trabalho, bem como o domínio de instituições privadas na formação dos RHO (apresentando situações de desequilíbrio entre oferta e demanda), é planteada, então, uma pergunta do tipo: por que dois países com características diferentes têm “outcomes” semelhantes? Finalmente, sob essa lógica se propõe às reformas liberais realizadas nos dois países nos anos 1990 como a constante entre as duas instâncias ou casos estudados.

Finalmente, e considerando a articulação que vem se desenvolvendo entre as equipes de pesquisa da Colômbia e do Brasil, no âmbito do Observatório Ibero-

americano de Políticas Públicas em Saúde Bucal, um estudo de casos múltiplos que inclui os dois países constitui-se numa oportunidade para maximizar o aprendizado sobre o objeto de estudo em questão.

### **4.3 Método de coleta de dados**

A coleta de dados será realizada por meio de revisão documental em bancos de dados, livros, literatura cinzenta, revistas e outros meios digitais ou físicos que permitam:

- A caracterização dos contextos político-administrativos de cada país, incluindo seus sistemas de saúde.
- A contextualização da situação dos RHO nos dois países
- O referenciamento das reformas liberais realizadas durante os anos 1990 nos dois países.
- A identificação de decisões políticas com efeitos sobre os RHO no Brasil e na Colômbia, especificamente em relação à distribuição geográfica, situação e condições laborais e às características das instituições de treinamento (especificamente o domínio das instituições privadas). Para esse objetivo será construída uma tabela em Microsoft Excel (Microsoft 365), utilizando as categorias teóricas do institucionalismo histórico (o quadro proposto é o quadro 2, que está no item 4.4 Operacionalização das categorias teóricas do Institucionalismo Histórico)

As palavras-chave desta pesquisa foram: Recursos humanos em saúde, recursos humanos em odontologia, odontologia, políticas de saúde, distribuição geográfica, situação laboral, instituições de treinamento/formação, universidades, faculdades de odontologia, Brasil, Colômbia, políticas, tipos de estado, formas de governo, sistemas de saúde, reformas estatais, reformas liberais, anos 1990, reformas trabalhistas, reformas nos sistemas de saúde e os seus equivalentes no espanhol.

Foram desenvolvidas entrevistas semiestruturadas (Apêndice B) para conhecer as perspectivas de atores chave, os quais foram selecionados por terem experiência no campo gremial, da tomada de decisões e da pesquisa (academia) no campo de RHO tanto no Brasil quanto na Colômbia.

Esses atores tinham trabalhado com as nossas equipes de pesquisa no Brasil e na Colômbia e foram contactados e convidados por e-mail para participar das entrevistas.

No Brasil foram entrevistados 3 atores: da academia, de organizações gremiais e com experiência no campo da tomada de decisão (trabalharam no Ministério da Saúde e na Secretaria de Saúde Municipal de São Paulo). Seus nomes foram trocados pelos códigos B1, B2 e B3. Por sua vez, na Colômbia foram entrevistados 2 atores: Do setor gremial e da academia e seus nomes foram trocados pelos códigos C1 e C2.

As entrevistas foram desenvolvidas no período de julho até novembro de 2021, de forma online e por meio da plataforma Google Meet, com duração aproximada de 45 minutos.

Algumas das dificuldades como a disponibilidade dos atores chave, a diferença horaria e o trabalho remoto contribuíram no alongamento dos prazos e datas

das entrevistas.

Cada entrevista foi gravada em áudio e vídeo prévia firma do termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE (Apêndice A) (ver a descrição completa no apartado 4.6. Atendimento às normas de bioética).

Cada entrevista foi transcrita e posteriormente analisada até alcanças a saturação dos dados. Uma análise indutiva-dedutiva do conteúdo foi realizada.

#### 4.4 Operacionalização das categorias teóricas do Institucionalismo Histórico (Quadro 4.1)

Quadro 4.1 - Operacionalização das categorias teóricas do Institucionalismo Histórico

<b>Categorias de análise</b>	<b>Evento</b>	<b>Ano</b>	<b>Brasil</b>	<b>Colômbia</b>
<b>Critical junctures:</b> Alterações significativas que causam "interrupções" nos mecanismos ou caminhos específicos reproduzidos previamente.				
<b>Path dependence e Increasing returns</b> <b>-Path dependence</b>				

continua

continuação

Relevância causal das fases prévias numa sequência temporal - <b>Increasing returns:</b> Processos de auto reforço “self-reinforcing” ou retroalimentação positiva”				
<b>Fixação de custos</b>				
<b>Efeitos de aprendizagem</b> (as pessoas aprendem a usar certas ferramentas ou conhecer certos processos dentro do seu contexto)				
<b>Efeitos de coordenação</b> (entre diferentes indivíduos ou atores em relação a uma determinada atividade, o que leva à generalização de certas ações)				
<b>Expectativas adaptativas</b> (as pessoas, de certa forma, sabem o que esperar em certas circunstâncias)				
<b>Policy Feedback</b>				
<b>Recursos e incentivos</b>				
Elites governamentais (capacidades administrativas)				
Grupos de interesse (“spoils”, nichos organizativos, acesso a financiamento e poder)				
Público em geral (efeitos de “lock-in”)				
<b>Efeitos interpretativos</b>				
Elites governamentais (policy learning)				
Grupos de interesse (policy learning, visibilidade/rastreabilidade)				
Público em geral (visibilidade/rastreabilidade)				
<b>Maneiras pelas quais as mudanças institucionais podem ser apresentadas</b>				
<b>Deslocamento o “Displacement”:</b> O que é a remoção completa de instituições ou regras através da introdução de novas				
<b>Camadas ou “Layering”:</b> A introdução de novas regras que estariam presentes junto com as existentes				
<b>Deriva ou “Drift”:</b> O impacto modificado das regras existentes devido a mudanças no ambiente				
<b>Conversão ou “Conversion”:</b> A promulgação modificada das regras existentes devido à sua redistribuição estratégica.				

Fonte: o autor.

Essa tabela inclui as categorias de análise baseadas no institucionalismo histórico.

#### **4.5 Método de análise de dados**

Após a coleta dos dados, cada caso e suas unidades incorporadas foram estudados em profundidade. Foi feita uma descrição de cada caso, explicando o como e o porquê do fenômeno estudado, ou seja, como ou por que a proposição feita neste trabalho é comprovada ou não (a influência das reformas liberais dos anos 1990 sobre os RHO nos dois países).

As análises das entrevistas foram feitas de forma indutiva dedutiva até um nível de saturação no qual novas informações não foram achadas

Posteriormente, as conclusões de cada caso foram consideradas como as informações que serão replicadas ou comparadas com o outro caso individual. Por fim, a análise comparativa foi feita procurando explicar o como e o porquê do objeto de estudo em questão.

As informações encontradas foram organizadas e analisadas de forma comparativa e sob a perspectiva teórica do institucionalismo histórico.

#### **4.6 Atendimento às normas de bioética**

Este projeto foi realizado após aprovação de emenda apresentada ao comitê de ética da FOU SP sob número CAE 92350418.1.0000.0075 (Anexo A).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Brasil

#### 5.1.1 Contexto político-administrativo y do sistema de saúde

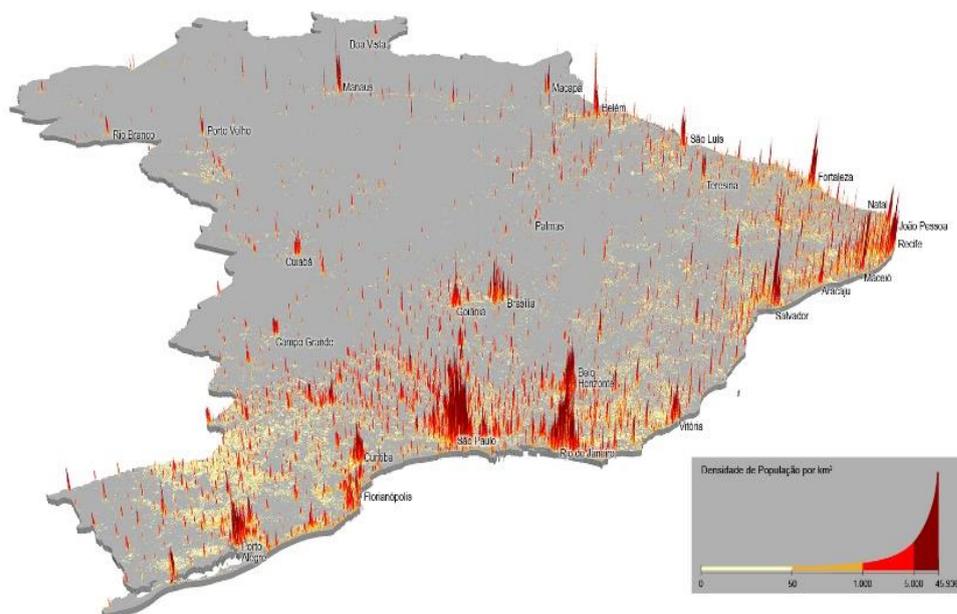
- Contexto político administrativo

O Brasil é uma república federal, presidencial, com um sistema bicameral e multipartidário (17). A sua extensão é de 8.510.345,538 km<sup>2</sup> e para setembro de 2021, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE a população brasileira é de aproximadamente 213'903.981 habitantes (51)

A atual constituição política é de 1988 e foi produto de uma grande mobilização social. Sua organização político-administrativa compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos da Constituição (17). O país está subdividido em 5 grandes regiões: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, esta composto por 26 estados e 5570 municípios (51)

Com relação a densidade demográfica, os dados do Censo Demográfico de 2010, feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (esse é o Censo mais recente pois o censo planejado para 2020 foi adiado para 2021 por causa da pandemia por COVID-19), mostraram a maior densidade da população brasileira na região Sudeste (principalmente no estado de São Paulo), as seguintes regiões com maior densidade populacional são a Sul e a Nordeste, sendo as regiões Centro-oeste e Norte as de menor densidade, respectivamente (52) (53). A figura 5.1 apresenta esses dados com relação a densidade profissional.

Figura 5.1 - Densidade de População Tridimensional - Censo Demográfico Brasil 2010



Fonte: IBGE (52)

Assim mesmo, com base em dados do Banco Mundial, para 2020 o PIB (Produto Interno Bruto) “per cápita” estava em U\$ 6.789 (54). Do mesmo modo, segundo dados do IBGE, o PIB brasileiro estava concentrado principalmente nas regiões Sudeste e Sul (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Paraná) (55). Desse modo, por exemplo, dos 5570 municípios brasileiros, os 100 municípios mais ricos concentravam o 55% do PIB, expondo uma evidente concentração da riqueza no Brasil (56).

Segundo a classificação do banco mundial o Brasil está classificado dentro das economias de renda média superior “Upper-Middle-Income Economies” (com uma renda nacional bruta per capita de \$ 4.096 a \$ 12.695) (57). Para o segundo trimestre a porcentagem de desemprego é de 14,1 % (Fonte IBGE)

- Sistema de Saúde

Na Constituição Federal de 1988 a saúde no Brasil foi descrita como "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (17).

Assim mesmo, dentro da constituição a saúde foi incluída como um dos direitos sociais junto com a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia entre outros.

Da mesma forma, a constituição federal define que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (17). Na mesma linha, o sistema único de saúde está integrado por uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com diretrizes como: a) a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; b) O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; c) a participação da comunidade (17). Igualmente, o SUS tem com base princípios como integralidade, equidade, universalidade, descentralização, regionalização e hierarquização, dando relevância à participação (17,29–31).

A lei orgânica que regulamentou o sistema de saúde conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS) é a lei 8080 de 1990 (29). Nessa lei, o SUS é definido como “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (29).

Dentro do SUS estão incluídos, segundo a lei 8080 de 1990, as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos e de equipamentos para saúde (29).

Por sua vez, é definido que a iniciativa privada pode participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar. Por exemplo, quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, nesse caso o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada nos termos da lei (29).

### 5.1.2 Reformas neoliberais

Entre as décadas de 1950 e 1980, o Brasil desenvolveu políticas de desenvolvimento marcadas pelo fortalecimento da indústria local, buscando autonomia internacional, contando com um desenvolvimento econômico baseado na intervenção estatal (27).

Esses modelos foram criticados pelos defensores das perspectivas liberais tanto nacional quanto internacionalmente, enfatizando a precariedade da atuação estatal na economia e os notáveis benefícios que uma abertura e liberalização do mercado traria (27).

A década de 1980 foi uma época de discussões teóricas e políticas sobre os rumos econômicos que o país tomaria, pois o país estava em plena época de transição democrática, depois de décadas de ditadura. As discussões aconteceram em grande parte entre o PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) e empresários nacionais que estavam do lado das soluções liberais (27).

Essa discussão não teve um vencedor claro até o final do governo de José Sarney (1985-1989), quando com a saída do ministro da Fazenda, Dilson Funario em 1987, o pensamento desenvolvimentista perdeu terreno (27). Assim, na década de 1990, no Brasil, foi sistematicamente adotado um conjunto de reformas que buscavam o desenvolvimento social e econômico, sob a perspectiva do neoliberalismo.

Essas transformações políticas e econômicas no Brasil foram desenvolvidas no contexto da criação da nova constituição e de mudanças políticas e econômicas em todo o mundo.

Nessa ordem de ideias, a partir da entrada de Fernando Collor de Mello à Presidência da República do Brasil (1990-1992), efetuou-se uma ruptura com os preceitos desenvolvimentistas, vigentes desde a primeira metade do século XX. Sua ascensão marcou, de fato, o início de um conjunto de alterações nas visões e ações brasileiras, passando a viver um período de rápida abertura comercial e de liberalização financeira (27).

Em março de 1990, o Presidente Fernando Collor de Mello enviou ao Congresso Nacional a Medida Provisória de número 115, que veio a se tornar a Lei 8.031 por decreto presidencial, em 12 de abril do mesmo ano. Nesse momento, era instituído (por dita lei) o Programa Nacional de Desestatizações (PND), tornando-se o principal instrumento para o processo de privatização no Brasil (27) (58).

O PND teve como principais objetivos o reordenamento da posição estratégica do Estado brasileiro na economia, implicando um processo gradual de retirada do Estado das atividades econômicas, especialmente no que se refere à posição de produtor de bens de consumo e de produção (27) (58).

Assim mesmo, ao longo do curto governo de Fernando Collor foram vendidas 18 empresas estatais, com destaque para os setores de siderurgia, petroquímica e fertilizantes. Entretanto, nessa primeira fase das privatizações no país, ficaram fora do processo de alienação os monopólios de telecomunicações e do petróleo, respectivamente Telebrás e Petrobrás, além do Banco do Brasil S.A. (27).

Entre 1990 e 1994, as tarifas de importação diminuíram cerca de 50%, contribuindo para que as empresas nacionais fossem obrigadas a competir com as internacionais. Entre 1990 e 1999, a relação das importações de bens em relação ao PIB aumentou de 4,4 por cento para 8,9 por cento (28).

Conseqüentemente a essas variantes, as reformas produziram maior bem-estar (medido em termos de consumo) à população e à livre concorrência. A exposição da economia brasileira ao mercado internacional trouxe ganhos em termos de eficiência técnica e tecnológica, pressionando as empresas nacionais a renovarem seus processos produtivos (27)

No ano 1992, após um curto período, Fernando Collor sofreu impeachment e Itamar Franco assumiu o cargo de presidente (1992-1994) e uma vez em seu cargo, revisou e deu continuidade ao PND (27).

O ministro da Fazenda de Itamar, Fernando Henrique Cardoso, venceu as eleições contra Lula da Silva em 1994 com o Plano Real, que vinha ajudando a controlar a inflação desde o governo de Itamar. Durante o governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) foram feitos esforços para aumentar a privatização do Estado, dando-lhe mais poder por meio da Lei nº 9.491, sancionada em 9 de setembro de 1997, que revogou a Lei nº 8031 de 1990, que criou o Programa de Privatização, dando novas e maiores medidas ao programa (27).

Uma fonte de desigualdade contínua decorre da redução drástica das oportunidades de emprego no setor industrial. Embora os salários industriais tenham aumentado consideravelmente durante a maior parte da década de 1990, o emprego industrial total caiu durante grande parte da década de 1990 (28). Isso ocorreu mesmo em anos em que houve crescimento positivo da produção industrial. Portanto, embora os salários reais dos trabalhadores industriais tenham aumentado, seu número diminuiu (28).

A falta de oportunidades no setor industrial deve-se provavelmente a dois fenômenos importantes. Em primeiro lugar, o processo de privatização resultou em uma demissão substancial de trabalhadores considerados desnecessários pelos

novos proprietários e em segundo lugar, a abertura da economia deu a muitos setores um incentivo para instalar equipamentos tecnologicamente avançados que economizavam mão de obra (28).

A implicação distributiva dessas tendências foi conceder salários mais altos a um grupo cada vez menor de trabalhadores que permaneciam no setor industrial. Muitos dos deslocados em decorrência do processo de reestruturação encontraram emprego em setores de serviços mal pagos e inseguros e ocupações industriais informais. Assim, esse processo de reestruturação industrial contribuiu para a distribuição desigual da riqueza (28). Da mesma forma, ao invés de optar por uma ampla oferta pública de ações, optou-se por transferir os ativos das empresas públicas para um grupo relativamente seleto de grandes investidores nacionais e estrangeiros (28).

Embora as reformas liberais da década de 1990 tenham conseguido reduzir a taxa de inflação, não resultaram em altas taxas de crescimento econômico e embora a distribuição de renda e outras medidas de equidade não tenham piorado, elas não melhoraram substancialmente o legado de distribuição desigual da riqueza e altos níveis de pobreza no país (28).

No final dos anos 1990 foi promulgada a lei 9491 de 1997, que revogou a lei 8.031 de 1990 e descrevia o Programa Nacional de Desestatização (PND), contando como o Conselho Nacional de Desestatização (CND) como órgão superior de decisões, diretamente subordinado ao Presidente da República (59) . O objetivo do conselho seria a recomendação, para aprovação do Presidente da República, da inclusão ou exclusão de empresas, serviços públicos e até instituições financeiras do programa de desestatização (59).

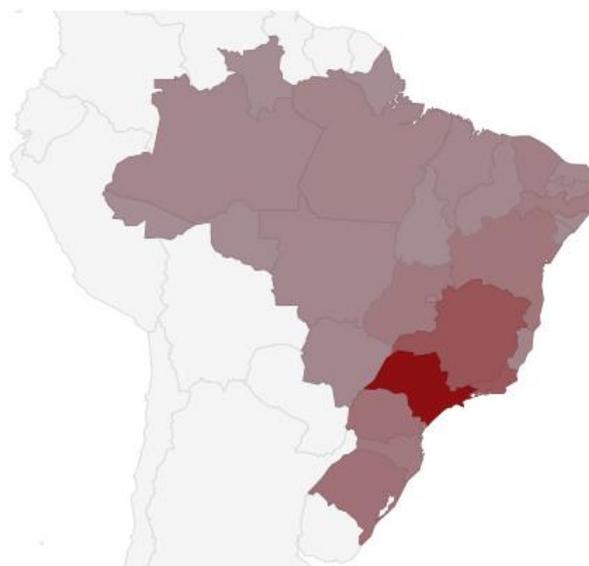
### 5.1.3 Recursos Humanos em Odontologia (RHO)

Nos próximos parágrafos será apresentado o contexto dos RHO no Brasil com base nas categorias de distribuição geográfica, situação laboral e características das instituições de treinamento.

### 5.1.3.1 *Distribuição geográfica dos RHO*

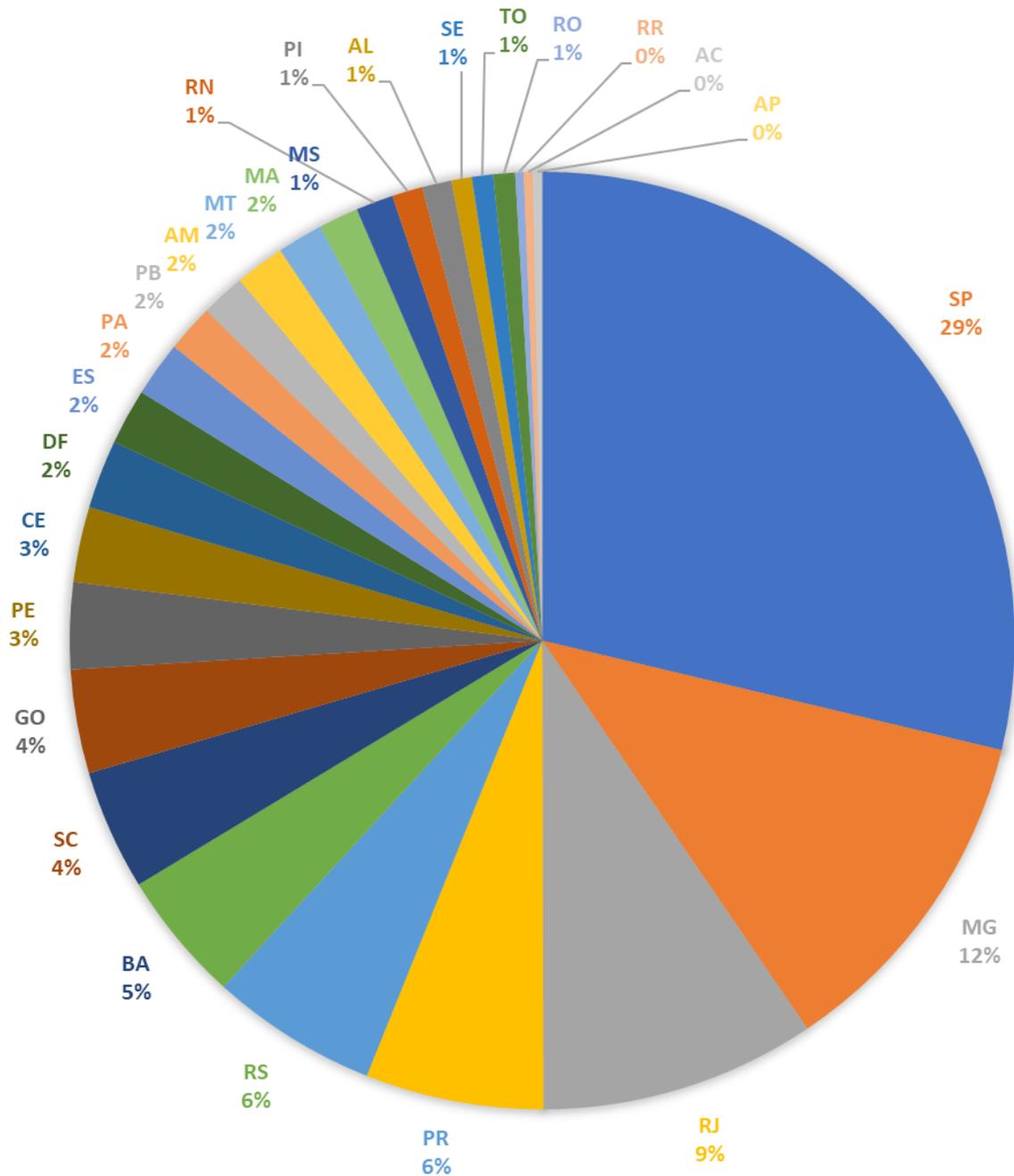
Para setembro de 2021, aproximadamente 361.000 dentistas generalistas e 125.303 especialistas tinham sido cadastrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO), ou seja, aproximadamente um dentista para cada 592 habitantes (20) (51). Tomando como referência a medida usada na literatura, de um dentista por 3.500 habitantes, no país haveria um excesso de profissionais nesta área, principalmente no campo privado (39). Além disso, enquanto as capitais brasileiras (principalmente na região Sudeste) apresentaram alta concentração de dentistas por habitante (55,7% do número total de dentistas cadastrados no país em 2016), em regiões como o Norte e o Nordeste, houve um déficit desses profissionais, o qual revela um evidente problema de distribuição geográfica dos RHO (20,39). Na figura 5.2 estão ilustradas as informações com relação a distribuição dos dentistas no Brasil. Assim mesmo, na figura 5.3 foram colocadas informações da porcentagem de dentistas por região no Brasil.

Figura 5.2 - Quantidade geral de profissionais e entidades ativas no Brasil, 2021



Fonte: CFO (60)

Figura 5.3 - Porcentagem de cirurgiões dentistas cadastrados no CFO por região, 2021



Fonte: o autor com base nos dados disponíveis no site do CFO

### 5.1.3.2 *Situação laboral*

No setor público, para o ano 2020, aproximadamente a metade dos dentistas cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) faziam atendimento no SUS, tanto na Atenção Básica quanto na atenção especializada nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (33).

Com base nos dados do PMAQ-CEO de 2015, as formas de contratação são diversas, incluído vínculos diretos com o setor público, a través do setor privado ou como uma combinação de ambos (33,61). As ofertas de trabalho no sistema público incluem principalmente jornadas de 20 e 40 horas semanais, para a atenção básica a média do salário dos dentistas foi de 4,29 salários-mínimos<sup>1</sup> para a jornada de 20 horas e de 5,6 na jornada de 40 horas (33,61); por sua vez para a atenção especializada a média de salários foram de 3,42 salários-mínimos para a jornada de 20 horas e de 5,2 na jornada de 40 horas (33,61)

Por outro lado, como descrito em parágrafos anteriores, no campo privado, observa-se uma expansão dos planos odontológicos particulares (ou privados) para quem não deseja usar os serviços públicos; além de clínicas odontológicas populares que oferecem atendimento de baixo custo, o que às vezes resulta num retorno monetário mais baixo para os dentistas (20).

A disponibilidade de dados atualizados e padronizados sobre a situação de emprego foi uma dificuldade no momento de obter os resultados neste estudo.

### 5.1.3.3 *Características das instituições de treinamento*

Para maio de 2022, segundo dados consultados no e-Mec<sup>2</sup> foram identificados 624 cursos de odontologia, dos quais 65 (10,4 %) eram públicos (9 municipais, 24 estaduais e 32 federais), 454 (72,8 %) do setor privado (294 privados com fins lucrativos e 160 privados sem fins lucrativos); 3 desses curso tinham categoria administrativa de “Especial” (0,4 %). Ao fazer análise por regiões, verificou-se que na região Sul existem 95 cursos (15,2 %), na Sudeste 230 (36,9 %), na Centro-Oeste 135 (21,6 %), na Norte 178 (28,5 %) e na Nordeste 55 (8,8 %

---

<sup>1</sup> O salário mínimo para o ano que é 2016 foi de R 880 (33,61)

<sup>2</sup> (<https://emec.mec.gov.br/>)

). Dessa forma é evidenciado que somente as regiões Sul e Sudeste concentram um pouco mais da metade de todos os cursos do país (52, 1%), que juntas constituíam 68,1% do total de cursos oferecidos no país, a região Norte tinha a menor quantidade de cursos (10% do total do país para o ano do estudo) (20,39).

Da mesma forma que com os dados sobre situação de emprego, dados padronizados e atualizados tiveram dificuldades para serem encontrados

#### 5.1.4 Decisões políticas sobre RHO

A partir de busca feita, foram identificadas decisões políticas (DP) (leis, decretos, resoluções, diretrizes, planos, programas) relacionadas com os RHO no Brasil.

As DP foram arrumadas em três categorias segundo a situação ou característica dos RHO com que está relacionada: a formação, a distribuição geográfica e o exercício laboral. Não entanto, algumas das DP identificadas incluíam informações relacionadas com mais de uma categoria, motivo pelo qual foram incluídas em duas ou, inclusive, nas três categorias.

A descrição será feita em ordem cronológica e com base nas categorias descritas. Nos casos em que uma DP determinada apresente informações relacionadas com distintos tópicos, na categoria correspondente será incluída somente a informação específica da categoria, lembrando que essa DP inclui informações de outra (as) categoria (s).

- Decisões políticas relacionadas com o exercício laboral

As primeiras leis que regulamentaram o exercício da odontologia brasileira no século XX foram expedidas nos anos 1940 e 1950.

Começando pelo decreto lei 7.718 de 1945 que dispunha sobre a situação profissional de dentistas diplomados por faculdades que funcionavam com autorização dos governos estaduais (62). Descrevia as condições para poder exercer a profissão da odontologia, incluído uma prova prático-oral (para portadores de diploma de dentista, expedido até o 31 de dezembro de 1944 por faculdade de odontologia que tiver funcionado com reconhecimento, subvenção ou manutenção dos governos estaduais) e a inscrição do diploma de dentista no respectivo Departamento Estadual de Saúde, podendo exercer somente dentro do respectivo território estadual.

Posteriormente, a lei que regulamentou o exercício da odontologia no Brasil foi a lei 1.314 de 1951 (63). Em seu artigo 1 disse que “O exercício da profissão de odontologista, no território nacional, só será permitido aos que se acharem habilitados por título obtido em Escola de Odontologia, oficial ou legalmente

reconhecida, devidamente registrado na Diretoria do Ensino Superior e anotado, sucessivamente, no Serviço Nacional da Fiscalização da Medicina<sup>3</sup> e na repartição sanitária estadual competente” (63).

Essa lei foi posteriormente revogada pela lei 5.081, de 24 de agosto de 1966 que também regulamentou o exercício da odontologia, estabelecendo que “O exercício da Odontologia no território nacional só é permitido ao cirurgião-dentista habilitado por escola ou faculdade oficial ou reconhecida, após o registro do diploma na Diretoria do Ensino Superior, no Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia, na repartição sanitária estadual competente e inscrição no Conselho Regional de Odontologia sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.” (64)

Dos anos 1960 podem ser descritas as leis 3999 de 1961, que estabeleceu o salário-mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas e 4324 de 1964, que criou o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e dos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO)

Respeito a lei 3999 de 1961, estabeleceu o a remuneração mínima, permitida por lei, pelos serviços prestados por profissionais (incluindo médicos e dentistas). Dessa forma, fixou o salário-mínimo em quantia igual a três vezes mais o salário-mínimo comum das regiões ou sub-regiões em que exercerem a profissão (65).

Com relação à lei 4324 de 1964 (66), essa lei estabeleceu a criação do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e dos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO). Segundo essa decisão política, os CFO e os CRO se constituem em conjunto como uma autarquia “sendo cada um deles dotado de personalidade jurídica de direito público, com autonomia administrativa e financeira”, assim mesmo, sua finalidade é “a supervisão da ética profissional em toda a República, cabendo-lhes zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.”(66)

Dessa forma, em cada capital de Estado, de Território e no Distrito Federal, como ditado pela lei 4324 de 1964, devia ser instalado um CRO (66).

De acordo com essa lei, as funções dos CRO são, Art. 11:

---

<sup>3</sup> O Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFMF) foi parte do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. As suas funções eram coordenar e fiscalizar o relacionado com o exercício da medicina e práticas afins. Com a portaria número 2-RJ, de 22 de março de 1977 do Ministério da Saúde, o SNFMF foi descartado da estrutura da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (67)

- a) deliberar sobre inscrição e cancelamento, em seus quadros, de profissionais registrados na forma desta lei;
- b) fiscalizar o exercício da profissão, em harmonia com os órgãos sanitários competentes
- c) deliberar sobre assuntos atinentes à ética profissional, impondo a seus infratores as devidas penalidades
- d) organizar o seu regimento interno, submetendo-o à aprovação do Conselho Federal
- e) sugerir ao Conselho Federal as medidas necessárias à regularidade dos serviços e à fiscalização do exercício profissional;
- f) eleger um delegado-eleitor para assembleias;
- g) dirimir dúvidas relativas à competência e âmbito das atividades profissionais, com recurso suspensivo para o Conselho Federal;
- h) expedir carteiras profissionais;
- i) promover por todos os meios ao seu alcance o perfeito desempenho técnico e moral de odontologia, da profissão e dos que a exerçam;
- j) publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados;
- k) exercer os atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos;
- l) designar um representante em cada município de sua jurisdição
- m) submeter à aprovação do Conselho Federal o orçamento e as contas anuais.

Já para o ano 1971 a lei 4324 foi regulamentada pelo decreto 68704 de junho de 1971 (67). Além do disposto na lei 4324 de 1964, o decreto define que a autarquia constituída pelo CFO e os CRO estariam vinculados ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, descreve amplamente o processo de inscrição nos conselhos a fonte da renda dos conselhos, as penalidades e processos administrativos por infração da lei, a cobrança judicial da dívida ativa e da conformação e dinâmica administrativa dos conselhos (67)

- Decisões políticas relacionadas com a formação

As decisões políticas relacionadas com a formação em odontologia no Brasil datam de muitas décadas atrás, inclusive, no ano 1884 com o decreto 9311 do 25 de

outubro, que institucionalizou os cursos de Odontologia anexos às faculdades de Medicina (68)

Mas já no século XX foram identificadas as leis como a resolução número 04 de 1882 do Conselho Federal de Educação, que estabeleceu o currículo mínimo do curso de graduação em odontologia no Brasil que privilegiava o ensino da odontologia eminentemente técnico (69)

No Brasil foram desenvolvidas várias conferências nacionais de saúde, inclusive antes da constituição federal de 1988. Assim, podem ser descritas as conferências de 1886 (VIII Conferência Nacional de Saúde), que justamente fez propostas para a nova constituição e o novo sistema de saúde, propondo que (70): “1) o novo Sistema deverá reger-se pelo princípio da capacitação e reciclagem permanentes de seus Recursos Humanos;2) a formação dos profissionais de saúde deve estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde;3) os currículos da área da saúde deverão ser integrados por conhecimentos das práticas terapêuticas alternativas”.

Posteriormente, nos anos 1990, foram realizadas a IX e X conferências nacionais de saúde, nos anos 1992 e 1996 respectivamente. Nessas conferências, realizadas após a constituição federal e a criação do SUS foram colocadas questões relacionadas com os recursos humanos, desta forma, nas conferências foi proposto que para a implementação do SUS era necessário desenvolver políticas de formação e capacitação de recursos humanos articulados com órgãos de formação, promover a regulamentação estabelecida no artigo 200, Inciso III, da constituição federal que atribui ao SUS a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos e a formação, formação e qualificação dos recursos humanos em saúde (71,72)

No mesmo ano, foi expedida a lei 9394 de 1996 que introduziu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, as quais estabeleceram os princípios, fins e organização da educação no Brasil assim como os níveis e modalidades de educação e ensino. (73)

Já na década dos 2000 foi realizada a XI Conferência Nacional de Saúde “Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social” que no campo dos RHO fez sugestões com relação à educação continuada e o seu financiamento

No ano 2002 foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (Resolução Nº CNE/CES 3) que definiu “os princípios,

fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.” (74) As diretrizes foram atualizadas em 2021 com a resolução 03 de junho do mesmo ano.(75)

Já no ano 2008 está o programa de Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-Saúde que tem como pressuposto a educação pelo trabalho e pretende “promover e qualificar a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde para o desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas do SUS.” (76)

Também está o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-Pró-Saúde criado em 2005 pelo Ministério da Saúde, através de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), a Secretaria de Educação Superior (SESu) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação. (77)

Esta iniciativa visa aproximara formação de graduação e as necessidades da atenção básica, traduzidas no Brasil pela estratégia de saúde da família. (77)

- Decisões políticas relacionadas com a distribuição geográfica

Decisões políticas como a Política Nacional de Saúde Bucal (78) de e a introdução da saúde bucal dentro de equipe de saúde da família do sistema público contribuíram para a distribuição geográfica dos dentistas no Brasil (20,36–38).

Isso é evidente, por exemplo em dados que mostram que as regiões do Norte e do Nordeste apresentam a maior quantidade de dentistas cadastrados no CNES e vinculados com o SUS, 61% e 67% respectivamente (33)

#### 5.1.5 Perspectiva de atores chave

Foram entrevistados três atores chave reconhecidos pela contribuição e trabalho na área dos RHO

Foi relatado como o exercício laboral tem sido influenciado pelas perspectivas de mercado, inclusive afetando a qualidade

*“uma nova concepção de como ofertar serviços odontológicos também foi bastante importante, eu tenho dificuldades de te disser a profundidade qual foi o impacto real na saúde bucal da população brasileira, mas eu tenho certeza dessas formas de oferta que surgiram, inclusive de associações de profissionais oferecendo trabalhos a um custo menor sem entrar no mérito da qualidade da atenção” B1*

Com relação a distribuição geográfica, os 3 atores chave coincidem que é desigual:

*“a gente já tem assim muito claramente que a distribuição no Brasil ela é absolutamente desigual dos cirurgiões dentistas” B1*

*“Bom em relação à distribuição existe no Brasil uma distribuição bastante heterogênea historicamente” B2*

*“à distribuição geográfica é um problema sério (...) nós temos uma má distribuição geográfica de dentistas no Brasil” B3*

Assim mesmo, com base nas perspectivas compartilhadas, os cirurgiões dentistas estariam concentrados nas grandes cidades, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, com deficiências nas regiões Norte, Centro-oeste e no interior dos estados:

*“se a gente for olhar em termos de distribuição em capitais e no interior a gente vai ver a mesma desigualdade se manifesta com mais profissionais nas capitais do que no interior dos estados” B1*

*“nós temos uma distribuição que se adensa mais nas capitais e nas regiões Sudeste e Sul no segundo lugar e há um vazio sanitário maior na região norte e na região centro-oeste” B2*

*“só falando em capitais, interior a gente vê uma discrepância imensa em toda as regiões, em todos os estados, isso ficou muito nítido, existe uma grande concentração nas capitais e menor concentração no interior” B3*

A distribuição geográfica, segundo as informações coletadas, estaria associada ou acompanhada das condições econômicas e a distribuição da riqueza no território, porém, os lugares com maior riqueza contam com maior concentração de dentistas e maior disponibilidade de acesso aos serviços:

*“então nós vamos ver tanto o acesso aos profissionais em alguns locais quanto falta em outros, uma desigualdade muito expressiva e essa desigualdade ela acompanha um pouco a distribuição do PIB<sup>4</sup> brasileiro” B1*

*“Mas a minha visão macro sobre distribuição, é uma distribuição problemática, absolutamente acompanhando a distribuição da riqueza o que reforça também a desigualdade ao acesso aos serviços odontológicos, bastante diferente nas regiões mais ricas e as regiões mais pobres do país” B1*

*“a gente vê que estados e regiões têm menor IDH<sup>5</sup>, menos concentração de renda, oportunidades de trabalho, para o dentista e para a família do dentista (...) isso acontece também no estado de São Paulo, por exemplo, em lugares de periferia, lugares que não tem uma condição social tão grande” B3*

Mas segundo as fontes consultadas a expansão dos serviços públicos tem contribuído para tentar superar as dificuldades com a distribuição geográfica:

*“momentos em que a gente teve a expansão dos serviços públicos no Brasil e essa expansão em maior ou menor grau reduziu um pouco a desigualdade de acesso porque ele abriu oportunidades onde não existiam dentistas, onde não havia atenção odontológica de nenhum tipo” B1*

---

<sup>4</sup> Produto Interno Bruto

<sup>5</sup> Índice de Desenvolvimento Humano

Alguns dos momentos referenciados como importantes ou relevantes, que podem ser associados com conjunturas críticas, são o Pro-Saúde e a decisão do Conselho Nacional de Saúde de abrir cursos em regiões estratégicas:

*“nós tivemos dois momentos que me parecem importantes. O primeiro deles foi uma decisão do Conselho Nacional de Saúde no sentido de priorizar abertura de novas faculdades na região Norte, Centro-Oeste e também um pouco no Nordeste já no tempo mais passado e a segunda delas foi o PRO-Saúde que visava uma reestruturação da formação e que também foi dado prioridade para as faculdades que aderiram a esse programa mas que também eram das regiões mais vazias do ponto de vista de Recursos Humanos.” B2*

*“O PRO-Saúde, ele foi gestado 2005/2006 ele começou a funcionar em 2007 e a intencionalidade do pró-saúde foi no sentido de tendo identificado que a formação de profissionais na área da saúde em especial na área de odontologia, nós tínhamos uma dicotomia entre uma formação e uma necessidade da população brasileira então a intenção era aproximar a formação do serviço... do Sistema Único de Saúde, ele funcionou, ele permitiu essa questão, mas ele não foi totalmente efetivo para todos os cursos, né, alguns cursos avançaram mais nesse sentido outros não avançaram tanto” B2*

Foi evidenciada uma interseção com a situação da formação e a distribuição geográfica, também obedecendo a distribuição da riqueza:

*“os profissionais buscam se fixar em locais onde há um desenvolvimento econômico maior e com isso você tem essa distribuição... uma das justificativas da má distribuição geográfica dos recursos humanos, é essa falta de perspectiva de emprego e de renda de maneira mais consistente” B2*

Precisamente, a abertura de faculdades de odontologia privadas, facilitado pelas mudanças implementadas nos anos 1990, influenciaram a dinâmica da formação dos RHO:

*“Olha a decisão do conselho nacional de saúde é da década de 90 97/98 provavelmente do início do início para metade do governo do Fernando Henrique Cardoso, porque houve nesse período também como uma questão importante uma decisão governamental no sentido de facilitar a abertura de faculdades privadas no Brasil” B2*

Além disso, o número de cursos no país e a sua distribuição geográfica apareceu como mais outro fator relacionando as características das instituições de formação com a distribuição geográfica:

*“a gente tem um país que provavelmente tem o maior [número de] cursos do...do planeta, tem mais de 570 cursos de odontologia o que é enorme, gigantesco y que reproduzem e agravam a situação de desigualdade de distribuição dos profissionais” B1*

*“na região Norte nós temos muito poucos cursos de odontologia e também na região Centro-Oeste, então é essas duas coisas fazem um conjunto entre distribuição de recursos humanos e distribuição de cursos de odontologia pelo território analisado” B2*

Esses fenômenos da quantidade de cursos e sua distribuição estaria relacionada com as dinâmicas de mercado e a iniciativa privada, distinto a lógica relacionada com o Sistema Único de Saúde (SUS):

*“a gente tem um movimento que é o movimento de expansão da iniciativa privada, o investimento a educação como capacidade de captar recursos para o lucro e isso faz essa expansão exponencial dos cursos de odontologia no Brasil” B1*

*“por exemplo pensados no ponto de vista da lógica do sistema único de saúde [, os critérios] são de acesso da população aos serviços, então onde eu preciso de escolas, onde eu não teria tantos profissionais, onde seria muito difícil reter profissionais, ou seja, nas regiões mais distantes. O que aconteceu com a expansão da formação é que ela não observou essa lógica (...) ela observou a lógica também da distribuição das riquezas e do lucro, a capacidade de oferecer um curso, um produto do ponto de vista empresarial que pudesse ser comprado por famílias mais afastadas, porque isso da odontologia não é uma formação barata o de baixo custo, a formação ao contrário de custo bastante elevado” B1*

*“que aconteceu com a expansão da formação é que ela não observou essa logica, ela observou a lógica também da distribuição das riquezas e do lucro, a capacidade de oferecer um curso um produto do ponto de vista empresarial que pudesse ser comprado por famílias mais afastadas, porque isso da odontologia não é uma formação barata o de baixo custo, a formação ao contrário de custo bastante elevado” B1*

Uma série de decisões políticas destacadas neste apartado são as Diretrizes Curriculares Nacionais para a odontologia, as quais imprimiram mudanças na dinâmica da formação em odontologia, pois foi promovida a articulação entre a formação do recurso humano e as necessidades do sistema de saúde:

*“na formação eu não tenho dúvida nenhuma e aí tem uma política muito clara que é a primeira que são as diretrizes curriculares nacionais de odontologia de 2002 e agora as diretrizes curriculares de 2021, ambas apontando a essa necessidade de formação articulada com o sistema único de saúde como o SUS” B1*

A influência das reformas liberais na educação também pode ser referenciada nos achados mencionados pelos atores chaves, por exemplo no caso das diretrizes curriculares nacionais

*“quando a gente fala das diretrizes curriculares nacionais a gente tem que buscar a fonte, elas são derivadas da lei de diretrizes básicas de educação nacional que é aprovada em 1996<sup>6</sup>, é ela que amplia essa possibilidade de ingresso da iniciativa privada.” B1*

*“esse processo vem de muito antes, décadas a décadas a educação vem sendo aberta a iniciativa privada ou seja ao mercado com possibilidade de negócio, quando a gente fala da possibilidade do negócio, a gente não está falando de filantropia, a agente está falando de um negócio que gera lucro, e para gerar lucro ela vai ter todas as questões ligadas ao lucro postas, a parte de investimento do capital, qual capital que faz parte desse movimento dessa saúde para o lucro de onde ele vem, todo isso vem gerado dentro de um processo que ele é maior, que não envolve*

---

<sup>6</sup> Lei 9394 de 1996

*Brasil por exemplo, vem de um movimento que é maior, os movimentos de globalização existe todo um movimento, a gente nunca pode desconectar essas suas questões do contexto histórico científico” B1*

Assinalado como as reformas neoliberais dos anos 1990 impactaram e continuam a impactar a prática odontológica:

*“Então na formação, o que, se por um lado nós estamos trabalhando buscando cada vez mais o perfil de um profissional que não produza ou que produza na medida do possível uma odontologia de qualidades, com menos erros, mais assertiva, mais resolutiva, se por um lado a gente procura tudo isso, por um outro lado existe também um crescimento da tecnologia que é de mercado a incorporação as vezes de tecnologia que não deveria ser parte do que paciente acaba consumindo, porque quer ou não isso gera custos e acaba gerando uma demanda, uma necessidade as vezes artificial para os pacientes, então são conjunturas interligáveis.” B1*

- A Política Pública de Saúde Bucal do Brasil e o impacto na odontologia brasileira em todos os âmbitos (exercício laboral, formação e distribuição geográfica)

A Política Pública de Saúde Bucal do Brasil (PPSB) foi assinalada como uma conquista, como uma decisão política e até como uma conjuntura crítica que contribuiu a posicionar a saúde bucal como prioridade:

*“evidentemente passa por uma conquista da população brasileira como um entendimento da importância da saúde bucal (...), então ter se posicionado como prioridades na atenção primaria foi uma conquista política” B1*

*“então eu vejo que num determinado momento ai nos anos...de 2002 até 2016 por aí o 2014 pelo menos, a gente teve um crescimento muito importante da odontologia publica nos diferentes níveis, não só na atenção primaria com o crescimento da área das especialidades, na atenção secundaria, na terciária também” B1*

*“identifico claramente a existência de uma política nacional de saúde bucal que promoveu ou pelo menos tentou enfrentar essa questão da desigualdade de distribuição, não digo que tinha sido resolutive, mas que foi muito importante do ponto de vista da ampliação da cobertura populacional então identifico isso como importante.” B1*

*“eu não diria que ao Brasil sorridente, a política de saúde bucal recebeu recursos de outro tipo de programa por qualquer razão que seja, eu acho que ela conquistou recursos dentro de um volume de recursos limitados sabendo defender a importância e a relevância da utilização desse recurso” B1*

A PPSB também influenciou o exercício laboral da odontologia, pois modificou o mercado de trabalho:

*“Do ponto de vista do mercado de trabalho também vejo uma modificação bastante grande porque a odontologia sempre foi uma área da saúde um pouco da elite pelo custo, pela dificuldade de acesso, então eu acho que do ponto de vista do mercado uma questão que foi bastante...houve uma forte influência na modificação do mercado de trabalho” B1*

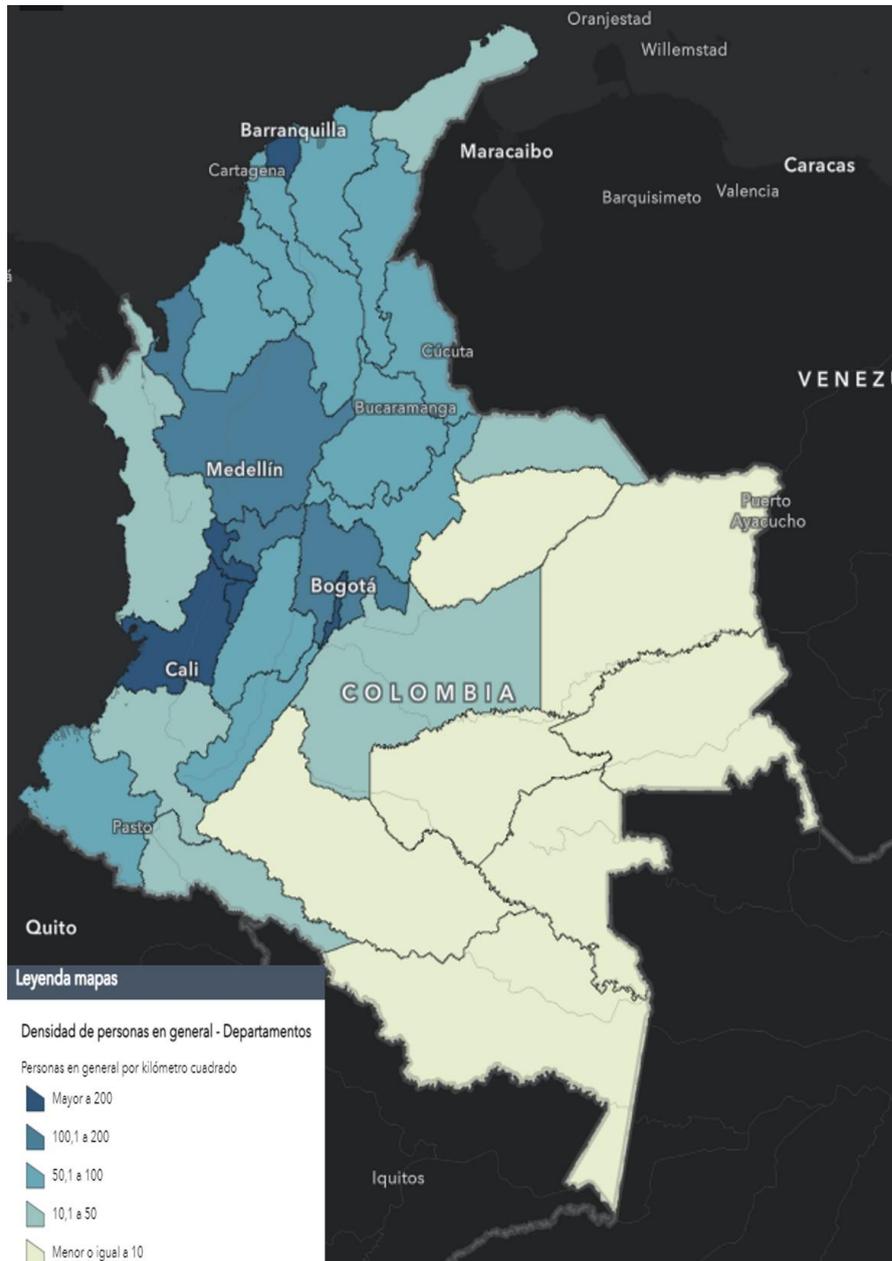
## **5.2 Colômbia**

### **5.2.1 Contexto político-administrativo y do sistema de saúde**

- Contexto político administrativo

A Colômbia é uma república unitária, descentralizada e presidencial, possui um sistema bicameral e multipartidário. Sua extensão é de 1´141.748 km<sup>2</sup> e segundo projeções do Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para o ano 2021 a população colombiana é de aproximadamente 51´049.498 habitantes (79). Respeito a distribuição da população colombiana, os dados do censo de 2018 mostraram que o 77,1 % da população mora nas zonas urbanas, 7,1% em centros poblados e 15,8 % na área rural dispersa (80). As zonas urbanas das grandes cidades estão localizadas principalmente no centro e ocidente do país, os departamentos com menor densidade da população estão no oriente do país (80). Na figura 5.4 é apresentada a distribuição populacional na Colômbia.

Figura 5.4 - Densidade de pessoas por departamento na Colômbia. Com base no censo populacional de 2018



Fonte: DANE (81)

Sua Constituição Política, proclamada em 1991, declarou um estado social de direito. Sua organização político-administrativa do território compreende os departamentos, distritos, municípios e territórios indígenas, gozando de autonomia na sua gestão dentro dos limites de constituição e a lei (18). A Colômbia está composta por 32 departamentos, 1125 municípios e 5 distritos (82).

Para 2020, segundo o Banco Mundial o PIB per capita na Colômbia foi de U\$ 5332 (54). Igualmente, com base nos dados do DANE, para o ano 2020 o PIB da

Colômbia estava concentrado principalmente em Bogotá D.C e departamentos como Antioquia e Valle del Cauca, esse padrão continua marcando que a maior concentração do PIB colombiano está nos departamentos do centro e ocidente do país (os departamentos com maior densidade da população) e que a menor porcentagem do PIB da Colômbia está em departamentos como Amazonas, Vaupés e Vichada, ubicados no oriente do país, correspondendo também com os departamentos com menor densidade da população (83).

Segundo a classificação do banco mundial a Colômbia está classificada dentro das economias de renda média superior “Upper-Middle-Income Economies” (com uma renda nacional bruta per capita de \$ 4.096 a \$ 12.695) (57). Para julho de 2021 a porcentagem de desemprego é de 14,3% (DANE)

- Sistema de Saúde

A constituição política de 1991 definiu os serviços de saúde e saneamento ambiental como serviços públicos, sob a responsabilidade do Estado, organizados de maneira descentralizada, por níveis de atenção e com a participação da comunidade (18).

O seu sistema de saúde (Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde-SGSSS), foi definido na lei 100, de 1993 e baseia-se num modelo de seguro (misto), no qual a afiliação ao SGSSS é feita através de um regime subsidiado (destinado a pessoas sem capacidade de pagamento) ou através de um regime contributivo (para pessoas com capacidade de pagamento) (40).

A administração e prestação dos serviços de saúde pode ser feita por entidades públicas, privadas ou mistas. As Entidades Gestoras de Planos de Benefícios de Saúde (“Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud” em espanhol-EAPB), tanto no regime subsidiado quanto no contributivo, estão encarregadas do asseguramento e da administração do Plano de Benefícios, que é um conjunto de atividades, procedimentos, medicamentos, meios de diagnóstico e terapias a que a população tem direito (a saúde bucal esta incorporada no Plano de Benefícios). (9)

Por sua vez, a prestação dos serviços de saúde é realizada por diferentes tipos de prestadores de serviços, instituições públicas ou privadas, e profissionais independentes que prestam serviços ambulatoriais ou hospitalares. Esses

prestadores de serviços de saúde trabalham dentro de um cenário de mercado regulamentado, obedecendo aos padrões de autorização estabelecidos pelo Sistema Obrigatório de Garantia da Qualidade, e oferecem seus serviços a qualquer um dos pagadores do Sistema. (9)

Em 2015, foi promulgada a Lei 1751 ou Lei Estatutária de Saúde, cujo objetivo é “garantir o direito fundamental à saúde, regulamentando e estabelecendo seus mecanismos de proteção” (41). Assim, na Colômbia, a saúde é considerada um direito individual e coletivo ” (9,41).

Com relação ao tópico da direção, orientação e gestão do SGSSS, o Ministério da Saúde e Proteção Social (MSPS) está a cargo. As entidades territoriais de saúde departamentais, distritais e municipais contribuem para a gestão do sistema. (9)

O financiamento do SGSSS está baseado na solidariedade, tem recursos de dois tipos de fontes: 1) primárias (famílias e empresas), por meio de contribuições (“cotizaciones” em espanhol) e 2) secundárias (recursos do estado). (9)

O fundo que administra os recursos da Previdência Social em Saúde é conhecido como Administrador de Recursos do Sistema de Seguridade Social em Saúde (“Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud” em espanhol)-ADRES. A ADRES constitui uma entidade vinculada ao Ministério da Saúde e Proteção Social, com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e patrimônio autónomo. (9)

### 5.2.2 Reformas neoliberais

O começo do período de reformas neoliberais na Colômbia pode ser descrito no contexto do governo de Virgilio Barco (1986-1990), quando uma série de reformas que possibilitaram a abertura do mercado iniciaram (84). Essas políticas foram seguidas e aprofundadas no governo de César Gavaria Trujillo (1990-1994) (84), durante o qual um pacote de reformas econômicas e políticas neoliberais prescritas pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) foram implementada e possibilitaram a abertura comercial, cortes nos gastos públicos e privatização de empresas do estado (84).

Assim pois, essas reformas provocaram um processo de reestruturação do Estado com políticas de privatização, desregulamentação e liberalização (84).

Precisamente nesse período foram realizadas a reforma trabalhista com a lei 50 de 1990 (85) ; no ano 1991 foi promulgada a Constituição Política de Colômbia (18); no seguinte ano foi expedida a lei 30 de 1992 sobre educação superior (86); e no ano subsequente a criação do Sistema Geral de Seguridade Social Integral (que inclui os sistemas de saúde, pensões e riscos laborais) com a lei 100 de 1993 (40).

Essas decisões políticas institucionalizaram a abertura comercial no marco do modelo neoliberal dentro do estado colombiano. no país, inicia-se uma política ativa de privatizações, enquadradas no Programa de Ajuste Estrutural, PAE, objetivo de modificar a estrutura da economia colombiana (84).

Inicia-se com uma abertura comercial aos fluxos internacionais de capitais e mercadorias e que se acelera e aumenta no governo de César Gaviria, dando lugar ao processo de abertura estrutural aplicando políticas econômicas que afetam os setores trabalhista, financeiro, tributário, cambial e tarifário num contexto de terceirização, informalização, precarização, flexibilidade e mobilidade dos trabalhadores colombianos (84). Dessa forma, o Estado passa de realizar as funções de provedor de bens e serviços, para assumir funções de regulação (84).

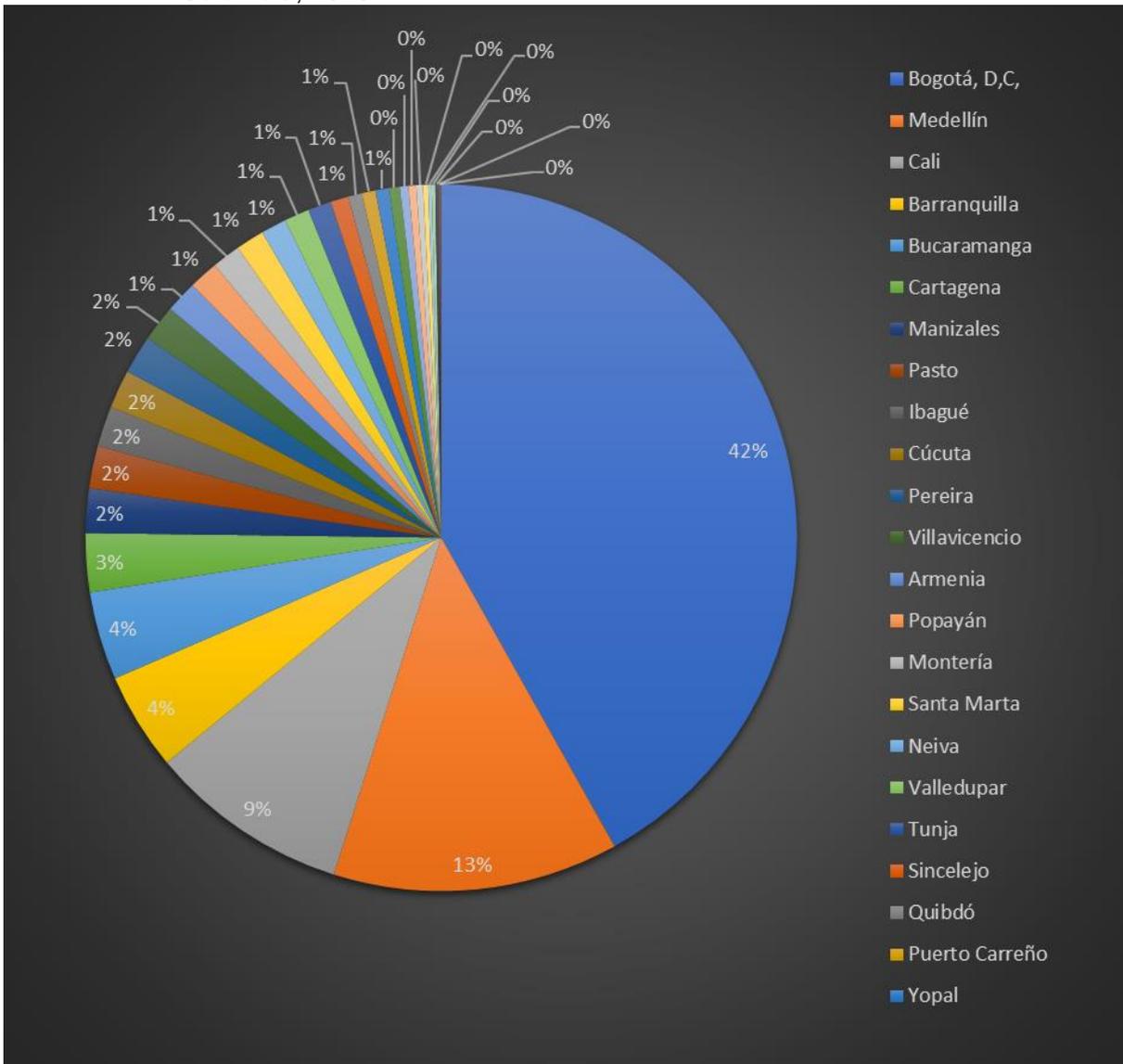
Nesse contexto, a limitada capacidade da economia formal, pública e privada de absorver os trabalhadores dentro do modelo deixou as pessoas sem oportunidade de escolha, procurando empregos informais e terceirizados (84)

### 5.2.3 Recursos Humanos em Odontologia (RHO)

#### 5.2.3.1 *Distribuição geográfica dos RHO*

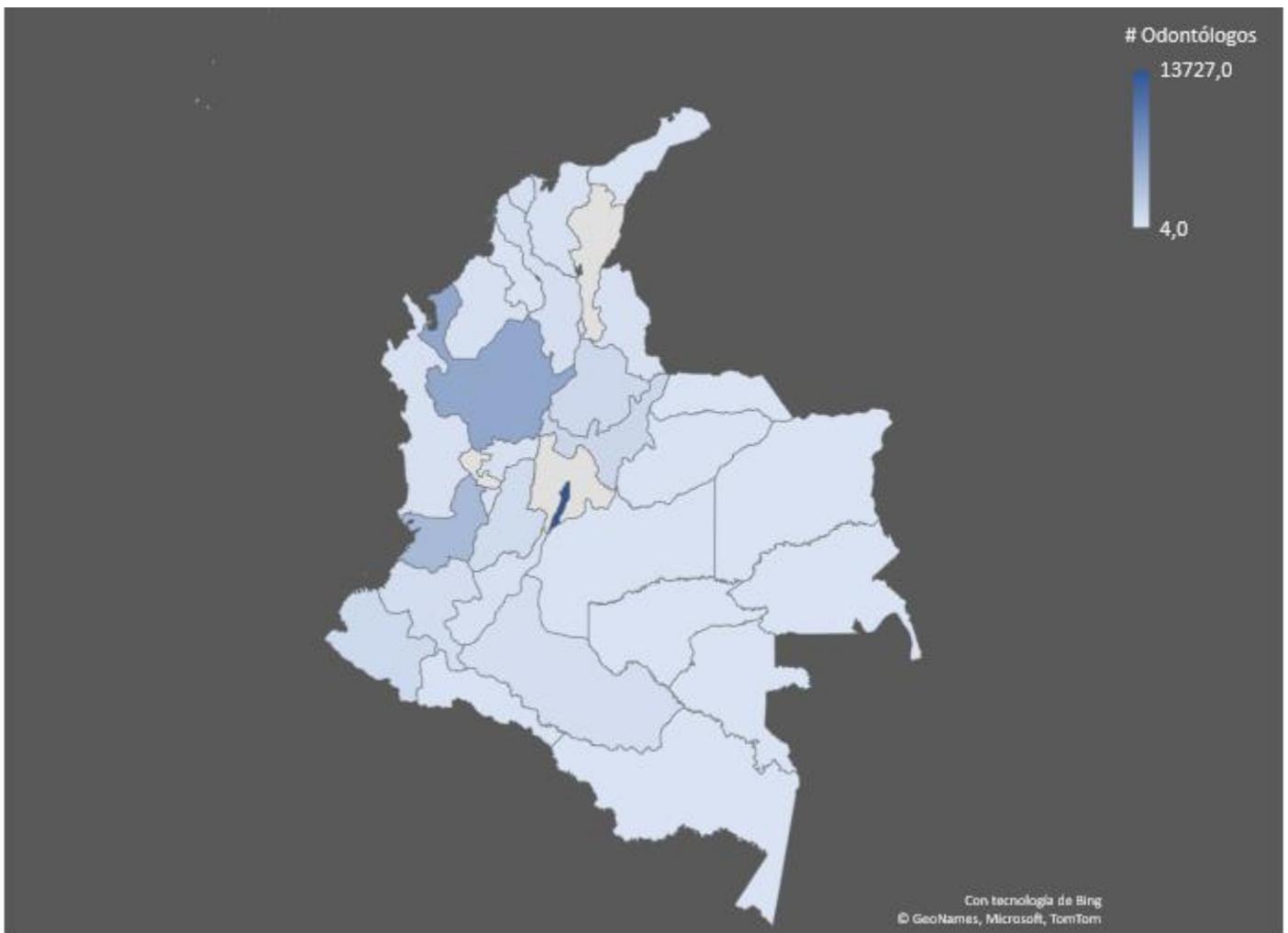
Para 2020 o número de dentistas registrados no Registro Único de Talento Humano em Saúde (ReTHUS) do Ministério da Saúde da Colômbia foi de 48.616 dentistas, dos quais 46.209 não registraram nenhuma especialidade e 1.987 registraram alguma especialidade odontológica (87). As figuras 5.5 e 5.6 ilustram a distribuição geográfica e a porcentagens dos dentistas por região na Colômbia para o ano 2020.

Figura 5.5 - Distribuição em porcentagem de cirurgiões dentistas por departamento na Colômbia, 2020



Fonte: o autor com base nas informações do radicado 202042401399942 do Ministério da Saúde em resposta a FOC sobre dados de odontólogos na Colômbia (87)

Figura 5.6 - Distribuição de Profissionais de Odontologia por departamentos na Colômbia-2020



Fonte: o autor com base nas informações do radicado 202042401399942 do Ministério da Saúde em resposta a FO FOC sobre dados de odontólogos na Colômbia (87)

### 5.2.3.2 Situação laboral

O número de dentistas cadastrados no Registro Unico de Talento Humano em Saúde (ReTHUS) do Ministério da Saúde da Colômbia foi de 48.616 dentistas, dos quais, 46.209 não cadastram nenhuma especialidade e 1.987 cadastram alguma especialidade odontológica (88)

As formas de trabalho dos dentistas na Colômbia foram afetadas pela lei 100 de 1993 (9,40). Por meio desta lei, uma série mudanças levaram a uma importante

introdução da odontologia no sistema de saúde, incluindo novas vagas para os dentistas dentro do sistema de saúde (9).

Por outro lado, no campo privado, existem distintas formas de emprego e contrato, que incluem o pluriemprego, empregos terceirizados, com ingressos variáveis e uma instabilidade geral nos ingressos e a participação na seguridade social. (9,86)

Com base em dados do 2018, Ternera (87) descreve a discrepância entre o número de dentistas registrados como trabalhadores independentes (20.557 incluindo generalistas e especialistas) e o número de egressos projetado para esse ano (54.536), esses dados são acompanhados da percentagens de desemprego estimados pelo autor de al redor de 30% (87).

Para 2019, segundo dados do Observatório Laboral para a Educação do ministério da Educação da Colômbia a mediana base de cotização ao Sistema de Seguridade Social foi de entre 2 e 2,5 salários-mínimos (88).

Mais uma vez, a disponibilidade de dados atualizados e padronizados sobre a situação de emprego, agora no caso da Colômbia, foi uma dificuldade no momento de obter os resultados neste estudo.

### *5.2.3.3 Características das instituições de treinamento (especificamente o domínio das instituições privadas)*

Para o ano 2018, na Colômbia havia 33 programas de formação de recursos humanos, desenvolvidos por 22 universidades, em 17 cidades. Delas o 89% pertenciam ao setor privado, com quase 1.900 vagas semestrais (9).

Neste caso a disponibilidade de dados atualizados e padronizados sobre a situação de emprego também foi uma dificuldade.

### 5.2.4 Decisões políticas sobre RHO

A descrição das DP sobre RHO na Colômbia apresenta a mesma ordem e estrutura que foi mencionada no capítulo correspondente ao Brasil.

- Decisões políticas relacionadas com o exercício laboral

Com a lei 89 de 1923 foi exigido, para o exercício da odontologia na Colômbia, o diploma de cirurgião dentista expedido pelo então Instituto Dental Colombiano (na capital, aliás Bogotá) e pelo Colégio Dental de Medellín, sendo requisito para poder exercer a odontologia, apresentar aos alcaides respectivos os títulos que acreditavam a idoneidade para a prática da odontologia (89).

Posteriormente, a lei 89 de 1923 foi derogada pela lei 51 de 1937, que regulamentou a prática da odontologia na Colômbia, estabelecendo as condições nas quais a odontologia poderia ser praticada no país (90). Nessa ordem de ideias, somente seria possível exercer a odontologia aos “cidadãos nacionais ou estrangeiros que tenham adquirido ou estejam a adquirir o título de odontólogo ou Cirurgião-Dentista emitido por alguma das Faculdades oficialmente reconhecidas que funcionem ou tenham funcionado no país e que seja avalizada pelo Ministério da Educação Nacional” (90). Da mesma forma, também descreve as sanções para aqueles que exerceram a prática odontológica fora do estipulado na lei.

A lei 51 de 1937 também descreve o Conselho Central de Títulos Odontológicos-CCTO (Junta Central de Títulos Odontológicos no original em espanhol) com a função de, junto com o Ministério de Educação Nacional, aprovar e registrar títulos ou diplomas e verificar o cumprimento de todos os requisitos legais. O CCTO tinha Conselhos locais chamados Conselhos Seccionais de Títulos Odontológicos (Juntas Seccionales de Títulos Odontológicos em espanhol) nas capitais dos departamentos (90).

Assim mesmo, os conselhos tinham as funções e capacidades de velar pelo estrito cumprimento da lei por parte das autoridades, de cancelar as licenças quando se verifique que estão a ser utilizadas indevidamente ou não cumpram com os requisitos legais, colaborar como desenvolvimento e cumprimento da lei, elaborar projetos de decretos que serão submetidos, através do Ministério da Educação Nacional, à apreciação e aprovação do Executivo Nacional, que também determinará as funções e atribuições dos Conselhos e ditará as disposições que conduzam ao cumprimento da lei (90).

A lei 51 de 1937 foi regulamentada pelo decreto número 32 de 1938 (91). Além do descrito na lei que regulamentou, no decreto 32 de 1938 é descrita como função do Conselho Central de Títulos Odontológicos a realização do censo odontológico do país, contando com o apoio obrigatório de todas as autoridades no fornecimento dos dados requeridos.

Já nos anos 1960 está a lei 10 de 1962 pela qual são ditadas regras relativas à prática da odontologia (92). No seu artigo 1º define, para efeitos legais, o exercício da odontologia como “a aplicação de meios e conhecimentos para o exame, diagnóstico, prognóstico, prevenção e tratamento de doenças, defeitos e malformações que se relacionam com os dentes, os tecidos que servem de suporte e outras partes da boca que estão relacionadas a eles” (92).

Neste caso é mencionada a Associação Colombiana de Faculdades de Odontologia (ACFO) (Asociación Colombiana de Facultades de Odontología no original em espanhol) no caso da validação das Universidades de reconhecida competência para validação do título de dentista (92).

Para que os títulos emitidos pelas Universidades ou Escolas abrangidas por esta Lei sejam válidos, o interessado deverá solicitar o seu averbamento através das Secretarias ou Direções de Saúde Pública dos Departamentos, entidades que, por sua vez, notificarão imediatamente os Ministérios de Nacional de Educação e Saúde Pública para que, no prazo de 30 (trinta) dias, o primeiro aprove o diploma e o segundo emita a respectiva autorização para o exercício da profissão do requerente (92). Assim mesmo, para a obtenção do título foram introduzidos alguns requisitos obrigatórios, dos quais, pelo menos, os dentistas precisavam realizar o serviço odontológico obrigatório, durante um ano (92).

A lei 10 de 1962 foi regulamentada pelo decreto 948 do mesmo ano (93). Como novidade, nesse decreto foi mencionada a Federação Odontológica Colombiana (FOC) cujo código de ética era usado como referente para as causas de falta contra a ética profissional e também exercendo funções de acusação perante o Conselho Nacional das Profissões Médicas e Auxiliares do Ministério da Saúde Pública, nos casos de prática ilegal da odontologia (93).

Dois anos depois, em 1964, a lei 52 desse ano modificou a lei 10 de 1962 no relacionado como o ano de Serviço Odontológico Obrigatório (SOO) (94). Concretamente, modificou o artigo 4, definindo que o SOO: “Terá uma duração mínima de 12 (doze) meses e será ministrado após a obtenção do grau correspondente. Este Serviço Odontológico só será prestado através de uma das seguintes formas: a) Como dentista num Centro ou Posto de Saúde, dependente do Ministério da Saúde Pública; b) Como dentista numa das unidades móveis; c) Como dentista em uma campanha de Saúde Rural, organizada ou patrocinada pelo Ministério da Saúde Pública.” (94).

Além disso, o SOO não poderia ser realizado em instituições das capitais municipais ou territórios rurais com população maior a 25.000 habitantes e as instituições nas quais o SOO era prestado seria definido pelo então Ministério da Saúde Pública (MSP) quem forneceria os elementos mínimos necessários para poder exercer a odontologia nos centros, postos de saúde e outras instituições onde os serviços fossem prestados (94).

Mais uma vez a ACFO foi incluída na lei com a função de oferecer educação continuada aos profissionais que estivessem desenvolvendo o seu ano de SOO (94).

- Decisões políticas relacionadas com a formação

De forma transversal, algumas das decisões descritas na categoria do exercício laboral estão relacionadas com a formação. Por exemplo a obrigatoriedade de ter um título que acredite a formação adequada para cumprir com os requisitos suficientes para desenvolver a prática de fora legal.

No ano 1977, o decreto 2905 pelo qual é criado o Conselho Nacional de Formação de Recursos Humanos para a Saúde.

A lei que organiza o sistema de público de educação superior é a lei 30 de 1992. Essa lei organiza o serviço público do Ensino Superior, reconhecendo, no seu artigo 2, que o ensino superior é um serviço público cultural, inerente à finalidade social do Estado (86)

Com relação a normativa associada com os processos formativos e a relação com o serviço é o decreto 2376 de 2010 (95). O objetivo desse decreto é regulamentar os aspectos associados com a relação ensino-serviço nos programas acadêmicos da área da saúde.

- Decisões políticas relacionadas com a distribuição geográfica

Dois anos depois, em 1964, a lei 52 desse ano modificou a lei 10 de 1962 no relacionado como o ano de Serviço Odontológico Obrigatório (SOO) (94). Concretamente, modificou o artigo 4, definindo que o SOO: “Terá uma duração mínima de 12 (doze) meses e será ministrado após a obtenção do grau correspondente. Este Serviço Odontológico só será prestado através de uma das seguintes formas: a) Como dentista num Centro ou Posto de Saúde, dependente do

Ministério da Saúde Pública; b) Como dentista numa das unidades móveis; c) Como dentista em uma campanha de Saúde Rural, organizada ou patrocinada pelo Ministério da Saúde Pública.” (94).

Além disso, o SOO não poderia ser realizado em instituições das capitais municipais ou territórios rurais com população maior a 25.000 habitantes e as instituições nas quais o SOO era prestado seria definido pelo então Ministério da Saúde Pública (MSP) quem forneceria os elementos mínimos necessários para poder exercer a odontologia nos centros, postos de saúde e outras instituições onde os serviços fossem prestados (94).

Com relação ao serviço que deve ser prestado após a formação, está também a resolução 1058 de 2010 que regulamentou o Serviço Social Obrigatório (SSO) para os formados dos cursos de educação superior na área da saúde”(96).

Assim mesmo, está a resolução 2358 de 2014 pelo qual se estabelece o procedimento para a atribuição dos lugares do Serviço Social Obrigatório (SSO), das profissões de medicina, odontologia, enfermagem e bacteriologia, na modalidade de prestação de serviços de saúde (97).

Posteriormente, foi expedida a resolução 6357 de 2016 que emitiu as disposições relativas ao Serviço Social Obrigatório (SSO) no âmbito da normalização das zonas rurais transitórias no contexto do processo de paz realizado na Colômbia nessa época (97)

- Uma convergência entre as três categorias

Como uma das normas que integrou de forma explícita a três categorias mencionadas, na Colômbia pode ser mencionado o decreto 1849 de 1992 pelo qual foi criado o Conselho Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CNDRHS) como órgão de coordenação entre os então Ministérios da Saúde, Educação e Trabalho e Previdência Social, vinculado ao Ministério da Saúde (98).

Entre as funções do CNDRHS estavam (98) propor políticas sobre aspectos relacionados com a dinâmica da formação dos recursos humanos em articulação com as necessidades de saúde do país, propor diretrizes relacionadas com a relação docência assistencial a educação não formal e promover e definir políticas que orientem estudos sobre processos de formação e pesquisa relacionados ao desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde

Uma outra lei com essas características é a lei 1164 de 2007 com a qual foram emitidas as disposições relativas ao Talento Humano em Saúde. Seu objeto é, literalmente, estabelecer as disposições relativas aos processos de planejamento, treinamento, monitoramento e controle do exercício, desempenho e ética do Talento Humano na área da saúde por meio da articulação dos diferentes atores envolvidos nesses processos (99)

Precisamente, a lei 1164 de 2007 substituiu o Conselho Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde pelo Conselho Nacional de Talento Humano em Saúde, que sumiria o papel de órgão consultivo do Governo Nacional, de forma permanente, para a definição de políticas voltadas ao desenvolvimento do Talento Humano em Saúde (99).

Também está o decreto 2006 de 2008 que criou a Comissão Intersetorial de Talento Humano em Saúde como órgão responsável pela tomada de decisões decorrentes de funções públicas associadas com a formação, exercício e desempenho do talento humano em saúde, precisando de ações conjuntas dos Ministério da Saúde e Proteção Social e o Ministério da Educação Nacional. (100)

Esse decreto foi modificado em 2018 pelo decreto 1298 de 2018 que atualizou alguns dos seus artigos, com relação a estrutura e funções da Comissão Intersetorial de Talento Humano em Saúde por causa da separação do até então ministério de proteção social. (101)

A Colômbia conta com uma política nacional de talento humano em saúde expedido no ano 2018. Seu objetivo é “estabelecer estratégias e linhas de ação para articular os processos de formação, pesquisa, inovação, exercício e desempenho do Talento Humano em Saúde em torno das necessidades de saúde da população e os objetivos do Sistema de Saúde colombiano, bem como o desenvolvimento pessoal e profissional do pessoal de saúde”.(102)

### 5.2.5 Perspectiva de atores chave

Sob a perspectiva dos atores chave, as reformas neoliberais têm influenciado os RHO em aspectos relacionados como a flexibilidade trabalhista, a dinâmica da prestação do serviço, do cuidado e da formação:

*“E na constituição política acaba se impondo, ainda que permaneça um grande fundamento daquela corte liberal de tradição de cultura democrática, participativa, eleição popular de prefeitos etc., o que ganha definitivamente no campo da educação e saúde é a corrente neoliberal” C1*

*“Inicialmente, partindo do fato de estarmos no contexto das reformas neoliberais, é verdade, que essas reformas neoliberais são implementadas na América Latina sob os preceitos do consenso de Washington, que isso implica também um exercício de flexibilidade trabalhista, na questão do talento humano em saúde, mas também nos sistemas de saúde, a prestação de serviços (...) que gera uma segmentação no cuidado” C2.*

É interessante como nessa perspectiva é descrita a forma na qual o modelo neoliberal ficou implantado na Constituição Política, influenciando diretamente o campo da educação e da saúde, assuntos imbricados e com influência direta sobre os RHO.

Precisamente, um dos efeitos da abertura do mercado com relação a formação, segundo os atores chave, foi o incremento do número de cursos de odontologia privados:

*“Então esse crescimento da universidade privada causa uma explosão na formação de recursos humanos, especificamente em odontologia, é muito grande, porque hoje no âmbito nacional, não tenho esse número aqui, tem mais universidades privadas do que públicas, quando antes havia apenas três universidades públicas e distribuíam a formação de Recursos Humanos em Saúde” C1*

*“Todo mundo tem clareza sobre a Lei 30, que levou a uma expansão dos programas, então lá 50 anos atrás tínhamos 4 ou 5, em 90 eram 12 programas, mas com a sanção da Lei 30 até hoje são 34 programas e contando (...) que claramente gera mais é um exercício neoliberal porque o que eu falei não só na saúde e no trabalho, mas também a educação se transforma em negócio” C2*

Mas o exercício laboral dos dentistas também foi afetado, como colocado nas respostas dos atores chave, as formas de contrato e renda percebida afetam claramente aos profissionais:

*“há uma espoliação muito grande não só em matéria contratual, mas também salarial, devido ao fenómeno das famosas percentagens ou do mal nomeado contrato de prestação de serviços, que na maioria dos casos foram prorrogados indevidamente, porque não só obrigam o dentista a pagar toda a sua seguridade social, mas é uma condição para poder trabalhar, se não tiver seguridade social não trabalha e o que o dentista faz é, claro, tirar a sua seguridade social, mas por um intervalo inferior ao que ele ganha.” C1*

*“Agora com o poder aquisitivo, ele [o dentista] necessariamente tem que estar nas mesmas condições de um trabalhador, mas ele está fazendo isso em condições inferiores, porque estão contribuindo abaixo da perspectiva até do salário-mínimo, que vai repercutir muito em toda essa população que não está pagando a seguridade social ou que paga em menor grau do que tem” C1*

*“todo mudou com a precarização do trabalho, nos maus tratos, na mercantilização da mão de obra, nos modelos de produção (...) são modelos de cadeia produtiva onde a mão de obra é de fato mercantilizada, o dentista vira vendedor dos privados (...) Se vamos para o trabalho decente claramente violado como proposto pela OIT<sup>7</sup>, que é ter previdência social para ser treinado em direitos trabalhistas ter diálogo coletivo liberdade de associação que não existe, zero” C2*

---

<sup>7</sup> Organização Internacional do Trabalho



## 6 DISCUSSÃO

Com base nas informações coletadas, é evidente a influência das reformas neoliberais realizadas no Brasil e na Colômbia sobre o campo da odontologia, especificamente nas categorias incluídas no estudo: o exercício laboral, a distribuição geográfica e a formação.

Neste caso, as ferramentas teóricas propostas pelo institucionalismo histórico oferecem elementos para a análise e compreensão desse fenômeno. Por sua vez, o processo comparativo proposto permite explorar os processos de tomada de decisão e o desenvolvimento político dos fatos acontecidos tanto no Brasil quanto na Colômbia com relação aos recursos humanos em odontologia a partir das reformas descritas.

Nessa ordem de ideias e levando em conta o percurso metodológico dos estudos de caso múltiplos proposto neste trabalho, será feita uma descrição de cada caso (Brasil e Colômbia), argumentando o como e o porquê as reformas neoliberais dos anos 1990 influenciaram as três dimensões descritas dos RHO nos dois países.

### 6.1 Brasil

Como descrito nos resultados, as reformas neoliberais dos anos 1990 implicaram uma série de mudanças nas dinâmicas sociais, políticas e econômicas no Brasil e os RHO não ficaram fora desse processo.

Nessa ordem de ideias, as reformas sociais e econômicas sob a perspectiva do neoliberalismo dos anos 1990 implantadas pelo governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e materializadas na lei 8.031 de 1990 que estabeleceu o Programa Nacional de Desestatizações (PND) (27) (58) pode ser considerada, com base na teoria do institucionalismo histórico como uma conjuntura crítica, pois foi identificado como um período de mudanças significativas com relação ao curso que o país tinha antes desse período, condicionando o desenvolvimento político, social e econômico dos anos seguintes (14,43)

Inicialmente, essas mudanças institucionais foram introduzidas por meio de deslocamentos, pois as regras até então estabelecidas foram removidas completamente, criando novas instituições e introduzindo um conjunto de regras novas (13). Isso pode ser visível na constituição federal de 1988 e no âmbito da

saúde com estabelecimento de um novo sistema de saúde (na constituição federal e na lei 8080 de 1990) (17,29). Mas posteriormente, e usando termos descritos por Thelen e Mahoney na teoria do câmbio institucional (13), nos anos e décadas ulteriores foram introduzidas leis, decretos e uma ampla normativa que, gradualmente, mudaram as instituições brasileiras e “entrincheiraram”, “enraizaram” ou afiançaram os arranjos institucionais criados sob a perspectiva do modelo neoliberal (27,28,58,59)

Essas mudanças afetaram a dinâmica social, política e econômica do país e as dinâmicas relacionadas com os recursos humanos em odontologia não foram excluídas. A afirmação anterior esta justificada no fato de que as reformas implementadas foram realizadas num contexto de alta interdependência social, onde os âmbitos da formação, exercício laboral, da distribuição da riqueza e da população estão imbricadas.

Nessa ordem de ideias, a conjuntura crítica das reformas dos aos 90 gerou uma serie de efeitos sobre os RHO que são apresentados nos seguintes parágrafos.

Com base no exposto previamente, pode ser evidenciado que a partir da conjuntura das reformas começadas nos anos 1990 foram criadas formas organizacionais, de trabalho e em geral uma matriz que inclui instituições de formação, planos privados de saúde bucal e uma ampla normativa que criou processos de feedback positivo (increasing return) que possibilitam sua continuidade no tempo e provoca que uma mudança na dinâmica estabelecida seja cada vez mais complexa.

Nessa linha de raciocínio, num país de proporções continentais como o Brasil, a distribuição da população e da riqueza é evidentemente desigual e mesmo com a proposta do modelo neoliberal de resolver as dificuldades e inequidades sociais e econômicas do país, as decisões tomadas levaram ao aprofundamento da distribuição desigual de riqueza (28). Isso é evidente ao observar os dados relacionados com a concentrando da população e do PIB, com uma clara concentração na região Sudeste, sendo as regiões Centro-oeste e Norte as regiões com menor concentração tanto da população quanto do PIB (51–56).

O argumento apresentado no parágrafo anterior oferece os insumos iniciais para compreender como e por que as reformas neoliberais influenciaram e continuam influenciando os RHO inclusive após de mais de 20 anos de ter acontecido. Todo isso porque as dinâmicas do livre mercado afetam a distribuição da

riqueza, possibilitam a abertura de cursos privados para a formação de dentistas e aumentando o número de profissionais que, perseguindo o maior lucro, procuram as regiões com maior riqueza.

Assim, pois, o mesmo fenômeno foi encontrado com relação a distribuição geográfica dos RHO, onde é evidente a maior concentração na região Sudeste e a menor nas regiões Centro-oeste e Norte, onde existe maior e menor riqueza, respectivamente (20,39). Esses resultados são similares aos apresentados nos trabalhos de San Martin e colaboradores e Figueirêdo e colaboradores (103,104).

Nesse sentido, a institucionalização do modelo de livre mercado também afetou aos profissionais, ao público em geral e às instituições mesmo. Isso se justifica usando a teoria do path dependence (14,45).

Um dos efeitos descritos na literatura é sobre a identidade social, neste caso dos dentistas, que como foi relatado, em distintos casos se desenvolvem como vendedores de produtos ou serviços, criando em algumas situações, produto da influência da entrada da tecnologia e das grandes empresas privadas (em geral pela abertura comercial e a competência no livre mercado), necessidades artificiais que não sempre estão relacionadas com a saúde das pessoas, incorrendo as vezes em práticas desleais que afetam a saúde das pessoas e contribuem para a desunião do grêmio (105).

Por outro lado, em outra parcela da profissão, e no caso específico do setor público, com a introdução da saúde bucal e de profissionais na equipe de saúde da família no SUS e com a Política Nacional de Saúde Bucal, no começo dos anos 2000 (20,36–38), e mesmo sendo evidente que os profissionais da odontologia aumentaram as possibilidades de emprego, inclusive sendo o SUS o maior empregador de dentistas no Brasil (20), as decisões políticas que foram tomadas no marco da flexibilização das formas de trabalho permeiam o setor público, pois distintas formas de recrutamento, contratação e remuneração dos dentistas existem no sistema público (106).

Todo isso, falando mais uma vez dos efeitos de reforço ou feedback das políticas, pois as decisões políticas de corte neoliberal criam efeitos de aprendizagem e coordenação entre profissionais e organizações (neste caso na relação empregado-empregador) já que ambos reconhecem, aceitam ou estão obrigados a desenvolver suas atividades dentro do contexto econômico

estabelecido, o que leva a generalizar ou “normalizar” certos processos (contratuais, salariais).

Essa situação pode ser relacionada com as dinâmicas laborais instauradas na prática odontológica, onde o lucro e necessidade decorrente de competir em um ambiente de livre mercado, privado e saturado tem levado aos dentistas a trabalhar em algumas situações em contextos de pobres condições laborais e com baixos salários.

Já no campo da formação de recursos humanos, esse fenômeno tem sido acompanhado com a abertura de novos cursos privados de odontologia, obedecendo a lógica do livre mercado e da redução das travas para a iniciativa privado. A dinâmica da abertura dos cursos obedeceria a dinâmica da distribuição da riqueza, procurando os locais com maior renda dentro de um mercado com pouca regulação. Essa situação contribui para que, somado a um planejamento que não obedece às necessidades de distribuição geográfica de profissionais, mas sim as necessidades do livre mercado, a situação da distribuição dos recursos humanos continue sendo desigual.

Em conclusão, as reformas neoliberais dos anos 1990 condicionaram as dinâmicas dos RHO nas três dimensões ou categorias incluídas: Formação, distribuição geográfica, e exercício laboral. A influência está justificada no estabelecimento das normas ou regras no âmbito laboral e formativa; criando identidades sociais, processos organizacionais com estreita relação que, em conjunto, criam uma rede interdependente que reforça positivamente a sua estabilidade no tempo.

## **6.2 Colômbia**

A dinâmica da análise no caso da Colômbia é similar ao relatado no caso brasileiro.

No primeiro lugar, é descrita a conjuntura crítica, que neste caso também foram as reformas neoliberais dos anos 1990, e posteriormente a sua relação com as situações posteriores relacionadas com os RHO, tudo com base nas propostas teóricas do modelo do institucionalismo histórico.

O período das reformas neoliberais na Colômbia, aprofundadas no governo de César Gavaria Trujillo (1990-1994) e enquadradas no Programa de Ajuste Estrutural, PAE (84) é definido como a conjuntura crítica.

O processo de adoção do modelo de livre mercado obedeceu a um processo gradual, por camadas ou layering (13). Dessa forma, distintas leis foram aprovadas no marco regulatório colombiano e obedecendo ao modelo de livre mercado, como foi descrito, no setor laboral, com a reforma trabalhista, lei 50 de 1990 (85), no setor da educação com a lei 30 de 1992 (86) e a seguridade social com a lei 100 de 1993 (sistemas de saúde, pensões e riscos laborais) (40).

Justamente esses campos, lembrando mais uma vez, estão relacionados com os recursos humanos em odontologia. Os efeitos da reforma sobre os RHO, são descritos nos seguintes parágrafos.

Com relação a distribuição geográfica, tem sido evidenciado que tanto a população quanto o PIB está concentrado nas principais cidades do país, no centro ocidente (Bogotá D.C., Antioquia e Valle del Cauca) e pelo outro lado, na região oriental do país estão os departamentos (estados) com menor concentração da população e do PIB (80,83). Situação similar foi identificada na distribuição dos recursos humanos em odontologia, os quais, segundo os dados apresentados estão concentrados exatamente nos mesmos lugares, evidenciando uma clara distribuição desigual dos recursos humanos em odontologia, fenômeno que coincide com os achado de Otalvaro e cols, 2019 (9).

O anterior estaria associado aos fluxos de produtos e serviços aumentados no contexto do livre mercado e a concentração da riqueza nas grandes cidades (80,83), isso, somado a concentração de dentistas, que no setor privado laboram em trabalhos temporais e em condições de pluriemprego, essa dinâmica cria efeitos de coordenação e fixação de custos que entro outros fatores como o acesso aos bens e serviços, oportunidades de formação para as famílias e pessoal assim como a falta de políticas de distribuição geográfica, fazem com que seja estabelecido o ambiente para ficar nas grandes cidades, onde está o dinheiro e onde as cidades estão relativamente preto, o qual facilita e reforça condições como o emprego temporal e pluriemprego (9,87)

Com a flexibilização laboral na Colômbia, apoiada pela lei 50 de 1990 (85) o objetivo era facilitar a criação de novos empregos ao facilitar a contratação, incluindo a figura de contratos temporários a termino fixo (com data de finalização

estabelecida previamente) e de prestação de serviços profissionais. Todos eles associados com instabilidade no emprego, na renda e na nos benefícios da seguridade social. (107)

Essa mudança tem afetado diretamente aos RHO, pois com as novas formas de contratação e exercício laboral foram criadas formas organizativas e efeitos de coordenação que mantem a dinâmica econômica estabelecida, acessando e oferecendo empregos temporais, com baixos salários e com pobres garantias laborais e com controle dos consultórios e clínicas privadas que criam relações de trabalho subordinado, dependente e instável, fazendo com que os dentistas sejam identificados, em certas ocasiões como “vendedores de produtos” e “mão de obra barata” (9,86)

No campo da formação as reformas neoliberais, e a possibilidade de abertura de novos cursos privados de odontologia, fazendo com que novas organizações, trabalhos e processos relacionados com a formação nas novas escolas foram estabelecidas, assim mesmo, esse processo fez com que o número de faculdades e, portanto, o número de formados aumentara. Autores como Otálvaro et al. (9) apontam que as políticas para a formação dos recursos humanos e para a prática profissional da odontologia não resultam de um processo de planejamento e consulta social, pelo contrário, são deixadas à ação espontânea do forças de mercado” (9)

Em conclusão, as reformas neoliberais estiveram e continuam a ter influência sobre os recursos humanos em odontologia na Colômbia. A conjuntura crítica das reformas dos anos 1990, institucionalizadas nas leis que estruturam a formação, o sistema de seguridade social (incluindo a saúde) e o exercício laboral criam e reforçam dinâmicas como flexibilização do emprego, a distribuição desigual dos recursos humanos e o planejamento na formação por meio de efeitos de coordenação e aprendizados dos processos estabelecidos no marco do livre mercado.

### **6.3 Processo comparativo entre o Brasil e a Colômbia**

O Brasil e a Colômbia tem diferenças evidentes na sua extensão de território e população assim como no tipo de estado (O Brasil é federal e a Colômbia é uma república unitária descentralizada).

Não entanto, compartilham características relacionadas com a sua configuração institucional, especificamente a forma de governo, o sistema de câmeras e o sistema de partidos (presidencial, bicameral e multipartidário respectivamente). O mesmo acontece no contexto econômico, com base na classificação do Banco Mundial, pois ambos os países são classificados como economias de renda média alta.

O seguinte quadro (quadro 6.1) apresenta de forma comparativa as informações relacionadas com o contexto geral demográfico, territorial, econômico e político dos dois países:

Quadro 6.1 - Dados comparativos contextos gerais demográficos, territoriais, econômicos e políticos do Brasil e Colômbia

<b>Dados comparativos</b>		
<b>Tópico</b>	<b>Brasil</b>	<b>Colômbia</b>
<b>Extensão</b>	8'510.345,538 km <sup>2</sup>	1'141.748 km <sup>2</sup>
<b>População (aprox. 2021)</b>	213'903.981 hab.	51'049.498 hab.
<b>Classificação do banco mundial o Brasil</b>	“Upper-Middle-Income Economies” Renda nacional bruta per capita de \$ 4.096 a \$ 12.695	“Upper-Middle-Income Economies” Renda nacional bruta per capita de \$ 4.096 a \$ 12.695
<b>PIB (per cápita) em dólares 2020</b>	6789 (banco mundial)	5332 (banco mundial)
<b>Tipo de estado</b>	Federal	Unitario descentralizado
<b>Forma de governo</b>	Presidencial	Presidencial
<b>Câmeras</b>	Bicameral	Bicameral
<b>Partidos</b>	multipartidário	multipartidário

Fonte: o autor.

Por sua vez, ao fazer a revisão documental e usando como referência a classificação dos sistemas de saúde de Moran, 2000 e Burau and Blank, foram identificados os seguintes aspectos relacionados com os sistemas de saúde dos países em estudo é apresentado no quadro 6.2:

Quadro 6.2 - Comparativa com relação a classificação dos sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia

<b>Caraterísticas</b>  <b>Tipo de Sistema de saúde</b>	<b>Governança sobre o Consumo</b> - Grau de acesso público aos cuidados de saúde. -Grau de controle público sobre os custos totais de saúde	<b>Governança sobre Provisão</b> -Grau de controle público sobre hospitais* -Grau de restrições aos interesses privados dos profissionais de saúde **	<b>Governança sobre a Produção</b> -Grau de restrições públicas à inovação médica
<b>1) Prestação de serviços de saúde com direção, comando e controle do estado (Público)</b> -Acesso público amplo, alto controle público de custos. -Alto controle governamental de hospitais e interesses privados -Restrição moderada à inovação médica	Brasil (1, 2, 3, 4, 7, 11) *		
<b>2) Corporativista (Misto)</b> -Acesso público de fato, controle público moderado sobre os custos. -Controle público moderado sobre hospitais, algumas restrições ao interesse privado -Algumas restrições à inovação médica.	Colômbia (1, 2, 3, 4, 5) *	Colombia (6)* Brasil: (5, 6, 8) *	Brasil: (12) *
<b>3) Oferta (supply) de cuidados de saúde (Privado)</b> -Acesso público limitado, pobre controle público dos custos. -Pouco controle público dos hospitais, poucas restrições ao interesse privado. -Sem restrições de fato à inovação médica			

Fonte: o autor.

\*Os números colocados na tabela correspondem com a fonte que foi utilizada para identificar e justificar a classificação, os números e suas fontes são apresentados no quadro 6.3.

Quadro 6.3 - Fontes usadas para identificar e justificar a classificação dos sistemas de saúde do Brasil e Colômbia com relação aos sistemas de saúde

<b>Colômbia</b>	
1)	Lei 100/1993.ARTICULO 153, lit 2) "O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde permite a participação de diferentes entidades que oferecem a administração e a prestação dos serviços de saúde, baixo as regulamentações e vigilância do Estado."
2)	Lei 100/1993.ARTICULO 155. "Membros do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde. O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde é composto por: lit 3: Prestadores institucionais de serviços de saúde, públicos, mistos ou privados"
3)	Lei 100/1993.ARTICULO 156, Lit. e) "As Entidades Promotoras de Saúde serão responsáveis pela filiação dos usuários e pela administração da prestação dos serviços das instituições prestadoras."
4)	Lei 100/1993.ARTICULO 156, Lit. i) "As instituições prestadoras de saúde são entidades oficiais, mistas, privadas, comunitárias e solidárias, organizadas para a prestação de serviços de saúde aos filiados do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde dentro das entidades promotoras da saúde ou fora delas."
5)	Lei 100/1993. ARTICULO 157, "Tipos de participantes do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde". Contributiva e Subvencionada (subsidiado no original em espanhol), condicionada à capacidade de pagamento
6)	ARTÍCULO 4o. Del servicio público de seguridad social. La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley. Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>Brasil</b>	
1)	Lei 8080/1990. Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.
2)	Lei 8080/1990. Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.
3)	Lei 8080/1990. Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública; XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
4)	Lei 8080/1990. Art. 16. XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
5)	Lei 8080/1990. Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde
6)	Lei 8080/1990. Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
7)	Lei 8080/1990. Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.
8)	Lei 8080/1990. Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.
9)	Lei 8080/1990. Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema

conclusão

Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde. § 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).
10) Lei 8080/1990. Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.
11) Lei 8080/1990. Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.
12) Lei 8080/1990. Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Fonte: o autor.

Como descrito na literatura e confirmado neste estudo, a classificação feita permite ter um olhar panorâmico da organização dos sistemas de saúde, mas com base no exercício de classificação realizado foi evidenciado, por exemplo, que o sistema de saúde brasileiro conta com elementos de um sistema público com relação ao controle da prestação dos serviços, mas com alguns elementos de um sistema misto com relação ao controle da iniciativa privada na prestação dos serviços de saúde e a função complementar do sistema privado na provisão dos serviços. Assim mesmo, no caso da Colômbia, com a classificação realizada, pode ser reconhecido como o país conta com características de um sistema de saúde misto com participação direta tanto do setor privado quanto do setor público.

Como descrito nos resultados, a conjuntura crítica das reformas neoliberais implantadas nos anos 1990 nos dois países, estabeleceu os caminhos que seguiriam as políticas sociais e econômicas das décadas futuras. Isso possibilitou a criação e entrada (pela abertura comercial) de uma série de dinâmicas de mercado que obedecem ao modelo econômico estabelecido, fazendo que, com o decorrer dos anos seja cada vez mais forte a participação privada, como evidenciado nos dois países, esse processo de reforço positivo demonstra como as reformas neoliberais tem condicionado os resultados políticos subsequentes (path dependence) e influenciado a configuração dos sistemas de saúde.

Com relação ao exercício laboral na primeira metade do século XX foi identificada, nos dois países, a introdução, instituições relacionadas com a regulação do exercício da odontologia: Os conselhos federal e regionais de odontologia (CFO e CRO) no Brasil e o Conselho Central de Títulos Odontológicos (CCTO) na Colômbia

(66) (90). Ambas as instituições com abrangência nacional e territorial e com poder e cercania as instancias de tomada de decisão nacional e territorial constituindo-se como atores políticos de considerável relevância.

O estabelecimento dessas instituições mediante decisões políticas, tem criado, como proposto na teoria do Policy Feedback, efeitos sobre os conjuntos de atores associados aos grupos de interesse gremiais o qual implica possibilidade de acesso ao poder (político: na possibilidade de influir sobre a tomada de decisões e econômico: dinheiro) e aprendizados nas dinâmicas associadas a sua função no contexto da supervisão dos RHO

Uma das decisões políticas com influência sobre a distribuição geográfica dos RHO na Colômbia foi a de introduzir o ano de Serviço Social Obrigatório (SSO) pois como requisito para exercer legalmente a odontologia, os profissionais precisavam ficar, pelo menos durante um ano em setores rurais exercendo sua profissão. Por sua vez, no Brasil, a Política Nacional de Saúde Bucal foi identificada como um fator que contribuiu para melhorar a situação de distribuição geográfica dos RHO. Um diferencial e a quantidade de cirurgiões dentistas no sistema público, graças a política nacional de saúde pública, Brasil sorridente pois para o ano 2019, aproximadamente o 30% dos dentistas brasileiros estavam empregados pelo SUS. (108)

A prática da odontologia não tem estado separada desse processo, pois as decisões políticas de corte neoliberal têm causado efeitos na profissão da odontologia nos dois países. É assim que tanto no Brasil quanto na Colômbia, o modelo neoliberal quedou institucionalizado nas leis que estruturam os sistemas de saúde, o exercício laboral e a formação com relação a abertura de novos cursos, que, com base nos dados dos dois países, não obedece a um processo de planejamento rigoroso, quedando em mãos do fluxo natural do livre mercado. (9).

A disponibilidade de informações atualizadas e padronizadas relacionadas com os RHO foi uma dificuldade para obter os resultados tanto no Brasil quanto na Colômbia. Essa situação também foi descrita no trabalho de Cayetano et al., onde os autores relatam que a indisponibilidade de dados padronizados e atualizados é uma “importante lacuna” no campo internacional, estando agravada na América Latina”(109).

Todos esses processos criam um contexto que involucra organizações, formas de contrato, de trabalho, de distribuição da riqueza que conformam uma matriz que a sua vez cria reforços positivos para a sua continuidade no tempo, motivo pelo qual, mesmo depois de décadas de ter acontecido, as reformas neoliberais dos anos 1990 continuam influenciando sobre os RHO nos dois países.

Se bem foi planteado no começo do estudo que o Brasil e a Colombia têm características distintas na configuração de seus sistemas de saúde, as análises feitas neste trabalho possibilitaram evidenciar que os dois países compartilham algumas características como o contexto económico neoliberal no qual estão inserido e a participação do setor privado na provisão dos serviços de saúde.

O presente estudo, com suas características metodológicas e de análises, constitui um trabalho inédito na área dos Recursos Humanos em Odontologia.

As perspectivas de análises que usam como referencia o Institucionalismo Histórico possibilitaram identificar decisões políticas e processos associados que, não entanto ter acontecido há várias décadas, continuam com efeitos evidentes nos RHO na atualidade, nos dois países. Justamente essas são algumas das fortalezas do presente trabalho, a identificação de elos em uma cadeia causal, aliás, decisões, instituições criadas e efeitos sobre os RHO constitui a abertura de uma porta, de uma nova possibilidade com categorias determinadas para analises posteriores.

## 7 CONCLUSÕES

Com relação aos contextos político-administrativos de cada país, incluindo seus sistemas de saúde, foram identificadas diferenças geográficas e populacionais, o tipo de estado também é diferente. Mas do ponto de vista econômico e político, ambos os países compartilham características como o tipo de governo, o sistema de câmeras e de partidos e o nível das suas economias segundo o Banco Mundial. Com relação aos sistemas de saúde, ambos sistemas de saúde compartilham características de sistemas de saúde mistos, com distintos graus de participação do setor privado na prestação dos serviços.

Os recursos humanos em odontologia nos dois países compartilham características similares com relação à distribuição geográfica, a situação laboral e características das instituições de formação. Nos dois países foi evidenciada uma distribuição desigual dos dentistas, seguindo o padrão da distribuição da riqueza. Ambos apresentam flexibilização do trabalho, apresentando distintas formas de contratação dos dentistas, incluindo empregos temporais e terceirizados que refletem na renda dos profissionais. Na questão da formação, ambos apresentam um crescimento, a partir dos anos 1990, de faculdades e cursos privados. O quadro x apresenta uma comparativa rápida das três categorias analisadas com relação aos RHO:

Quadro 7.1: Comparativa, com base nas categorias analisadas no estudo, do Brasil e Colômbia, com relação aos RHO

<b>Categoria</b>	<b>Similitude/Diferença</b>	<b>Descrição</b>
Distribuição Geográfica	Similitude	Nos dois países foi evidenciada uma distribuição desigual dos dentistas, seguindo o padrão da distribuição da riqueza
Situação Laboral	Similitude	Ambos apresentam flexibilização do trabalho, apresentando distintas formas de contratação dos dentistas, incluindo empregos temporais e terceirizados que refletem na renda dos profissionais
Características das instituições de treinamento domínio das instituições privadas	Similitude	Na questão da formação, ambos apresentam um crescimento e domínio, a partir dos anos 1990, de faculdades e cursos privados de odontologia

Fonte: o autor

Informações padronizadas e atualizadas sobre os RHO assim como informações produto das melhores evidências científicas são necessárias para um adequado planejamento nas três áreas é colocado como necessário nos dois países.

As reformas promovidas pelos postulados do consenso de Washington e organizações como o FMI se caracterizaram, nos dois países, por processos de abertura comercial, privatização e diminuição do gasto público. Flexibilização nas formas de emprego estiveram presentes nos dois territórios.

As decisões políticas relacionadas com os RHO são numerosas tanto na Colômbia quanto no Brasil. Neste caso, as decisões políticas relacionadas com a profissionalização da odontologia datam da primeira metade do século XX, seguidas de decisões e normas que involucraram a criação de órgãos de controle e supervisão da profissão e do estabelecimento de regras para a prática profissional de forma legal. Distintos esforços por regular a distribuição geográfica nos dois países, associados inclusive, com os cursos formativos, que tem sido regulamentado em ambos.

As perspectivas dos atores chave coincidem com os achados na literatura com relação aos recursos humanos em odontologia. Nos dois países identificam uma relação das reformas neoliberais com a situação atual dos RHO em áreas como a flexibilização laboral, a distribuição desigual dos RHO e as dinâmicas que favorecem esse fenômeno, incluído a expansão sem adequado planejamento dos cursos e faculdades.

Com base na informação apresentada, foi possível identificar como e porque as reformas liberais desenvolvidas nos anos 1990 tanto no Brasil quanto na Colômbia tem influenciado os recursos humanos em odontologia nas três áreas abordadas: o exercício laboral, a distribuição geográfica e a formação.

Tem sido evidenciada uma relação entre as três categorias exercício laboral, formação e distribuição geográfica. A influência da dinâmica liberal, implantada nos anos 1990 pode ser identificada da seguinte forma:

O período das reformas acontecidas tanto no Brasil quanto na Colômbia pode ser reconhecido como uma conjuntura crítica, pois foi um período de mudanças significativas que ocorreram na década de 1990 e impactaram notoriamente na dinâmica social, económica e política nos anos subsequentes.

Essas decisões criaram “caminhos” ou “trajetórias” (path dependence) que moldaram o desenvolvimento e as ações dos RHO nas três áreas abordadas neste estudo (exercício laboral, formação e distribuição geográfica) nos dois países.

Como efeito disso, pode ser mencionado que a distribuição desigual da riqueza acrescentada nos anos 1990 continua a ter efeito na atualidade, pois como foi evidenciado, a distribuição desigual da população e da renda (capacidade econômica) está relacionada com a distribuição das instituições de formação e dos recursos humanos em odontologia em ambos os países. Essa situação funcionaria como um feedback (increasing return) que tem criado formas organizacionais complementares, que por sua vez podem criar novas instituições complementares e assim por diante, isso é conhecido como rede interdependente de uma matriz institucional.

## 7.1 Recomendações

Após o apresentado nesse trabalho, pode ser recomendado o estudo destes fenômenos usando outros modelos teóricos que podem auxiliar as análises das informações e oferecer ferramentas para a sua compreensão a partir de olhares que possibilitem, por exemplo compreender com maior profundidade o papel das ideias, dos processos de transferência de políticas e o papel dos grupos de interesse no processo da gestão dos RHO e a influência deles no marco das reformas neoliberais sobre a odontologia fazem com que modelos como o das três i+3 sejam particularmente pertinentes.

Justamente, o modelo das três i+3 um quadro de análise desenvolvido por Peter Hall (1986) e Hugo Hecho (1994) que identifica uma série de elementos ou dimensões que têm sido amplamente utilizados na ciência política para explicar o processo de tomada de decisão (policy-making), reconhecendo que esse processo é influenciado por ideias, interesses, instituições e fatores externos. (12,113,114). Essas dimensões ou variáveis explicativas não se excluem mutuamente e permitem a delimitação de eixos de pesquisa no estudo do processo de tomada de decisão política (policy-making).

## REFERÊNCIAS<sup>8</sup>

1. World Health Organization. Monitoring The Building Blocks Of Health Systems: A Handbook Of Indicators And Their Measurement Strategies [Internet]. Inís Communication, editor. Ginebra; 2010. 110 p. Available from: [https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf)
2. Monsalve Ortiz LC, Cubides Zambrano JH, Restrepo Miranda DA. Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información y registro único nacional. 2013;6. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizaci-on-talento-humano-en-salud.pdf>
3. OTHS Colombia-Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Guia Metodologica Del Observatorio De Talento Humano En Salud [Internet]. Bogotá; 2015. 1-67 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Guia-observatorio-talento-humano-Salud-oths.pdf>
4. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Who [Internet]. 2016;64. Available from: [https://www.who.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1)
5. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. World Heal Organ [Internet]. 2010;1–72. Available from: [http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/%0Ahttp://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr\\_expert\\_meeting\\_dolea.pdf](http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/%0Ahttp://www.who.int/entity/hrh/migration/hmr_expert_meeting_dolea.pdf)
6. Andrade SM de. Bases da saúde coletiva. Edição revista e ampliada. 2nd ed. Londrina: Eduel; 2017. 578 p.
7. Gabriel M, Cayetano MH, Galante ML, Campos de Almeida Carrer FC, Dussault G, Araujo ME. A global overview of the geographical distribution of dentists: A scoping review. JDR Clin Transl Res [Internet]. 2018;3(3):229–37. Available from: <https://doi.org/10.1177/2380084418774316>
8. Pucca GA, Gabriel M, De Araujo MED, De Almeida FCS. Ten years of a national oral health policy in Brazil: Innovation, boldness, and numerous challenges. J Dent Res. 2015;94(10):1333–7.
9. Otálvaro Castro GJ, Zuluaga Salazar SM, Jaramillo Delgado G, Ternera Pulido JH, Sandoval Valencia S. Políticas de salud bucal en Colombia. Tendencias y puntos críticos para la garantía del derecho a la salud. Univ Odontol. 2019;38(80).
10. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. Hum Resour Health [Internet]. 2004;2:1–12. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-13>
11. Immergut EM. The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden. Struct Polit [Internet]. 1992;57–89. Available from: [http://web.pdx.edu/~mev/pdf/PAP\\_621/Immergut\\_1992.pdf](http://web.pdx.edu/~mev/pdf/PAP_621/Immergut_1992.pdf)
12. Lavis JN, Røttingen JA, Bosch-Capblanch X, Atun R, El-Jardali F, Gilson L, et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: Linking guidance development to policy development. PLoS Med. 2012;9(3).
13. Mahoney J, Thelen K. A Theory of Gradual Institutional Change. In: Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power. 2010. p. 1–37.
14. Pierson P. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. Am Polit Sci Rev. 2000;94(2):251–67.
15. Boychuk GW. Studying Public Policy: Historical Institutionalism and the Comparative Method. Can J Polit Sci [Internet]. 2016;49(4):743–61. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-political-science-revue->

---

<sup>8</sup> De acordo com estilo Vancouver.

- canadienne-de-science-politique/article/studying-public-policy-historical-institutionalism-and-the-comparative-method/048FD13253D2CCB71E7537E7A9340B16
16. Dussault Gilles, Dubois Carl-Ardy. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health* [Internet]. 2003;1:1–16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12904254>
  17. Câmara dos Deputados 55<sup>a</sup> Legislatura 2015-2019. Constituição da República Federativa do Brasil 53 ed [Internet]. Brasil; 2018. Available from: [bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/.../constituicao\\_federal\\_30anos\\_53ed.pdf?...158](http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/.../constituicao_federal_30anos_53ed.pdf?...158)
  18. Corte Constitucional de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991 [Internet]. Colombia; 1991 p. 31. Available from: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf/8b580886-d987-4668-a7a8-53f026f0f3a2>
  19. Oliveira RS de, Morais HMM de. Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da política nacional de saúde bucal. 2016;119–37.
  20. San Martín AS, Chisini LA, Martelli S, Sartori LRM, Ramos EC, Demarco FF. Distribuição dos cursos de Odontologia e de cirurgiões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. *Rev da ABENO* [Internet]. 2018;18(1):63–73. Available from: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/399>
  21. Dubois CA, McKee M. Cross-national comparisons of human resources for health – what can we learn? *Heal Econ Policy Law* [Internet]. 2006;1(1):59–78. Available from: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4EE5E3C85C581CF71DA15F82DCC90F8E/S1744133105001027a.pdf/crossnational\\_comparisons\\_of\\_human\\_resources\\_for\\_health\\_what\\_can\\_we\\_learn.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/4EE5E3C85C581CF71DA15F82DCC90F8E/S1744133105001027a.pdf/crossnational_comparisons_of_human_resources_for_health_what_can_we_learn.pdf)
  22. de Carvalho G, Schmid A, Fischer J. Classifications of health care systems: Do existing typologies reflect the particularities of the Global South? *Glob Soc Policy* [Internet]. 2020;21(2):278–300. Available from: <https://doi.org/10.1177/1468018120969315>
  23. Moran M. Understanding the Welfare State: The Case of Health Care. *Br J Polit Int Relations*. 2000;2(2):135–60.
  24. Burau V, Blank RH. Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems. *J Comp Policy Anal Res Pract*. 2006;8(1):63–76.
  25. Harvey D. Breve historia del Neoliberalismo [Internet]. Vol. 1. Madrid: Ediciones Akal; 2007 [cited 2022 Jan 11]. Available from: <http://www.paginaspersonales.unam.mx/files/4031/Asignaturas/813/Archivo2.829.pdf>
  26. Caro Moreno JC. Mercado y legislación laboral en Colombia periodo 1990-2010. *Jurídicas CUC* [Internet]. 2015;11(1):13–44. Available from: <https://revistascientificas.cuc.edu.co/index.php/juridicascuc/article/view/699/1>
  27. Melo V. Reformas Liberais e Descentralização no Brasil (1990-2002): a atuação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). *Anos 90* [Internet]. 2012;19(36):315–37. Available from: <https://seer.ufrgs.br/anos90/article/view/27464>
  28. Amann E, Baer W. Neoliberalism and its consequences in Brazil. *J Lat Am Stud* [Internet]. 2002;34(4):945–59. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/231930218\\_Neoliberalism\\_and\\_Its\\_Consequences\\_in\\_Brazil](https://www.researchgate.net/publication/231930218_Neoliberalism_and_Its_Consequences_in_Brazil)
  29. Congresso Nacional da República do Brasil. Lei Organica da Saúde nº 8.080 1990 [Internet]. Brasil; 1990 p. 1–19. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>
  30. República do Brasil. Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011 [Internet]. Brasil; 2011 p. 53. Available from: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00\\_-\\_NDS/Diversos/DECRETO750811.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Diversos/DECRETO750811.pdf)
  31. República do Brasi. Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990 [Internet]. 1990 p. 451–

451. Available from: [https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft\\_word\\_-\\_lei\\_n\\_8142.pdf](https://servicos2.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf)
32. De Souza MB, Hoff TSR. Temer Government and the return of the neoliberalism in Brazil: Possible consequences for the popular housing. *Urbe*. 2019;11:1–14.
  33. Gabriel M, Cayetano MH, Chagas MM, de Araujo ME, Dussault G, Pucca Junior GA, et al. Admission of dentist in Brazilian universal health system (SUS): A priority agenda for the strengthening of smiling Brazil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(3):859–68.
  34. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: Caminhos da odontologia sanitaria à bucalidade. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2006;40(SPEC. ISS.):141–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400019&script=sci\\_abstract&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400019&script=sci_abstract&tIng=pt)
  35. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. [Internet]. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 17. 2008. 92 p. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf)
  36. Figueiredo EN De. Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. *Univ Aberta do SUS* [Internet]. 2011; Available from: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf)
  37. Ministério da Saúde da República do Brasil. Portaria nº 267 do 6 de março de 2001 [Internet]. Brasil; 2001 p. 1–8. Available from: [http://www.lex.com.br/doc\\_22667\\_PORTARIA\\_N\\_267\\_DE\\_6\\_DE\\_MARCO\\_DE\\_2001.aspx](http://www.lex.com.br/doc_22667_PORTARIA_N_267_DE_6_DE_MARCO_DE_2001.aspx)
  38. Ministério da Saúde da República do Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 [Internet]. 2006 p. 16–8. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)
  39. Cascaes AM, Dotto L, Bomfim RA. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2018;27(1):1–10. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000100313&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100313&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt)
  40. Republica de Colombia. Ley 100 del 1993 [Internet]. *Diario Oficial Colombia*; 1993 p. 80. Available from: [http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD\\_EN\\_LEY\\_100\\_DE\\_1993.pdf](http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD_EN_LEY_100_DE_1993.pdf)
  41. Congreso de la república de Colombia. LEY ESTATUTARIA 1751 de 2015 [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 1]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>
  42. Lodge M. Handbook of Public Policy. In: *Handbook of Public Policy Analysis: Theory, Politics and Methods*. New York; 2007. p. 273–88.
  43. Hacker JS. The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U.S. Medical Policy \*. *Stud Am Polit Dev*. Instituto De Biociencias; 1998;12(Spring 1998):57–130.
  44. Capoccia G, Kelemen RD. The study of critical junctures: Theory, narrative, and counterfactuals in historical institutionalism. *World Polit*. 2007;59(3):341–69.
  45. Pierson P. When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change. *World Polit*. 1993;45(4):595–628.
  46. Hall PA. Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policymaking in Britain. *Comp Polit*. 1993;25(3):275.
  47. Yin RK. *Case Study Research: Design and Method*. 3rd ed. Vol. 5. Sage Publications; 2003. 183 p.
  48. Stake R. Case Studies. In: *Strategies of Qualitative Inquiry*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003. p. 136–64.
  49. Mahoney J. Qualitative Methodology and Comparative Politics. *Comp Polit Stud*.



69. Lemos CLS. A implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil: algumas reflexões. 2005;5(1):80–5. Available from: [http://www.la.logicalis.com/pdf/LN 13 - 04 - Nota de tapa - Seguridad informática en tiempos de Cloud Computing \(Pag 16-21\).pdf](http://www.la.logicalis.com/pdf/LN_13_-_04_-_Nota_de_tapa_-_Seguridad_informatica_en_tiempos_de_Cloud_Computing_(Pag_16-21).pdf)
70. Ministério da Saúde do Brasil CN de S. Conselho Nacional de Saúde - 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma [Internet]. [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>
71. Brasil. IX Conferência Nacional de Saúde “Municipalização é o caminho” [Internet]. Saúde debate. 1992. p. 83–9. Available from: [http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/9conferencia/9conf\\_nac\\_vol\\_1.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/9conferencia/9conf_nac_vol_1.pdf)
72. Brasil. X Conferência Nacional de Saúde. [Internet]. 1996. Available from: [http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio\\_10.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/relatorio_10.pdf)
73. Congresso Nacional da República do Brasil. Lei 9394 [Internet]. 1996. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)
74. Conselho Nacional De Educação Câmara De Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (Resolução Nº CNE/CES 3). 2002.
75. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO BRASIL. Resolução 3 de junho de 2021. Jun, 2021.
76. Ministério da Saúde do Brasil. Portaria Interministerial Nº 1.802, De 26 De Agosto De 2008 [Internet]. 2008. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html)
77. Brasil-Ministerio da Saúde, Brasil-Ministerio da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde PRÓ-SAÚDE [Internet]. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília; 2007 [cited 2022 Jun 2]. Available from: <http://www.saude.gov.br/bvs>
78. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde D de AB. Diretrizes Da Política Nacional De Saúde Bucal [Internet]. 2004. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf)
79. DANE. Proyecciones de población [Internet]. [cited 2021 Sep 22]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
80. DANE. ¿Dónde estamos? [Internet]. [cited 2021 Sep 22]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/donde-estamos>
81. DANE. Viviendas, Hogares y Personas (VIHOPE) Censo Nacional de población y vivienda 2018-Colombia [Internet]. 2018 [cited 2021 Sep 23]. Available from: <https://dane.maps.arcgis.com/apps/MapSeries/index.html?appid=e53e1178fb1f497cac9b241dbafb1690>
82. Colombia.co. División Político-Administrativa de Colombia [Internet]. [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.colombia.co/pais-colombia/estructura-del-estado-colombiano/como-es-la-organizacion-politico-administrativa-de-colombia/>
83. DANE. Cuentas nacionales departamentales: PIB por departamento [Internet]. [cited 2021 Sep 22]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas-nacionales-departamentales>
84. Martínez Álvarez JJ. Impacto De Las Reformas Económicas Neoliberales En Colombia Desde 1990. Vestig Ire [Internet]. 2015;8(1):78–91. Available from: <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/ivestigium/article/view/1003/1012>
85. Congreso de la República de Colombia. Ley 50 de 1990 [Internet]. 1990. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=281>
86. Congreso de la República de Colombia. Ley 30 de Diciembre 28 de 1992 [Internet]. Colombia; 1992 p. 26. Available from: <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-86437.html>

87. Ministerio de Salud-Gobierno de Colombia. Radicado 202042401399942 datos odontólogos. Bogotá; 2020. p. 12.
88. Ministerio de Salud-Gobierno de Colombia. Radicado 202042401399942 datos odontólogos. Bogotá; 2020. p. 1–12.
89. Jaramillo Delgado G, Gómez B GM. Efectos de la ley 100 sobre el campo de estudio y el quehacer de los profesionales de la salud: la práctica odontológica y su caso. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* [Internet]. 2006;18(1):95–102. Available from: [http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/7812/1/JaramilloGonzalo\\_2006\\_Ley100ProfesionalesSalud.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/7812/1/JaramilloGonzalo_2006_Ley100ProfesionalesSalud.pdf)
90. Ternera Pulido JH. Un complejo escenario laboral para la odontología en Colombia [Internet]. 2018. p. 20. Available from: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/b2b827a6-4f0d-4c30-8076-733e9c3f8072/Un+complejo+escenario+laboral+para+la+odontologia+en+Colombia++Jairo+Hernán+Ternera+Pulido+.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mBllOAT>
91. Observatorio Laboral de la Educación., Ministerio de Educación de Colombia. IBC estimado y tasa de cotizantes por programas - eportal [Internet]. [cited 2022 Feb 2]. Available from: <http://bi.mineducacion.gov.co:8380/eportal/web/men-observatorio-laboral/ibcestimado-por-programa>
92. Congreso de la República de Colombia. LEY 89 DE 1923 [Internet]. Nov 22, 1923. Available from: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1791235>
93. Congreso de la República de Colombia. LEY 51 DE 1937 [Internet]. Jun 11, 1937. Available from: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1605222>
94. Presidencia de la República de Colombia. Decreto número 32 de 1938 [Internet]. 1938 [cited 2022 Jan 18]. Available from: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-102706\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-102706_archivo_pdf.pdf)
95. Congreso de la República de Colombia. Ley 10 de 1962 [Internet]. Apr 6, 1962. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66136>
96. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 948 de 1962 [Internet]. Apr 13, 1962. Available from: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1798407>
97. Congreso de la República de Colombia. Ley 52 de 1964 [Internet]. Dec 31, 1964. Available from: <https://www.visitaodontologica.com/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/EJERCICIO ODONTOLOGIA/SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO/LEY 52-MODIFICA LEY 10/LEY 52-1964.pdf>
98. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 2376 de 2010 [Internet]. 2010. Available from: [https://www.mindeporte.gov.co/recursos\\_user/2019/Juridica/Normograma/Decretos/D ECRETO-2376-DE-2010.pdf](https://www.mindeporte.gov.co/recursos_user/2019/Juridica/Normograma/Decretos/D ECRETO-2376-DE-2010.pdf)
99. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Resolución 1058 de 2010. 2010.
100. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Resolución 2358 de 2014. 2014.
101. Presidente de la República de Colombia. DECRETO 1849 DE 1992 [Internet]. 1992. Available from: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1752983>
102. Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 2007 [Internet]. Oct 3, 2007 p. 1–30. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY 1164 DE 2007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY 1164 DE 2007.pdf)
103. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 2006 de 2008 [Internet]. 2008. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=30747>
104. Ministerio de salud y protección social. Decreto 1298 de 2018 [Internet]. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87640#>

105. Ministerio de Salud-Gobierno de Colombia. Política Nacional de Talento Humano en Salud. [Internet]. Bogotá; 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
106. Figueirêdo Júnior EC, Uchôa NC, Pereira JV. Análise e caracterização do panorama da distribuição de Cirurgiões-Dentistas no Brasil. Arch Heal Investig. 2019;8(2):63–7.
107. San Martín AS, Chisini LA, Martelli S, Sartori LRM, Ramos EC, Demarco FF. Distribuição dos cursos de Odontologia e de cirurgiões-dentistas no Brasil: uma visão do mercado de trabalho. Rev da ABENO. 2018;18(1):63–73.
108. De N, Ferreira P, De A, Do Carmo M, Freire M. Mercado de trabalho na Odontologia: contextualização e perspectivas. Rev Odontol UNESP. 2013;42(4).
109. Cayetano MH. Panorama do recrutamento, contratação e remuneração dos recursos humanos em odontologia no serviço público. Universidade de São Paulo; 2019.
110. de investigación A, Alejandra Gómez Vélez Psicóloga M, Alejandra Gómez Vélez M. Sobre la flexibilidad laboral en Colombia y la precarización del empleo \* Job flexibility in Colombia and job insecurity.
111. Carrer FC de A, Junior GAP, Araújo ME, Silva DP da, Gabriel M, Galante ML. SUS e Saúde Bucal no Brasil: Por um Futuro com Motivos para Sorrir [Internet]. 1st ed. Faculdade de Odontologia da USP. São Paulo; 2019. 157 p. Available from: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/SUS-e-a-Saúde-Bucal-no-Brasil.pdf>
112. Cayetano MH, Carrer FC de A, Gabriel M, Martins FC, Pucca Jr. GA. Política Nacional de Saúde Bucal Brasileira (Brasil Sorridente): Um resgate da história, aprendizados e futuro\*. Univ Odontol. 2019;38(80).
113. Muñoz N. Propuesta para abordar la cultura desde un análisis comparativo de política. Políticas Públicas [Internet]. 2013;6(1):53–66. Available from: <http://www.rhsm.usach.cl/ojs/index.php/politicas/article/viewFile/1199/1123>
114. Gauvin F-P. Understanding Policy Developments and Choices Through the “3-i” Framework: Interests, Ideas and Institutions. Natl Collab Cent Heal Public Policy [Internet]. 2014;(March):222–7. Available from: [http://www.ncchpp.ca/docs/2014\\_ProcPP\\_3iFramework\\_EN.pdf](http://www.ncchpp.ca/docs/2014_ProcPP_3iFramework_EN.pdf)
115. Brasil. Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (Brasil) [Internet]. [cited 2022 Feb 1]. Available from: <http://dibrarq.arquivonacional.gov.br/index.php/servico-nacional-de-fiscalizacao-da-medicina-e-farmacia-brasil-1956-1976>

## APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

**Português****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do estudo:** Identificação das barreiras e facilitadores existentes para a implementação de Programas e Políticas de Saúde Bucal na América Latina.

Pesquisador responsável: Fernanda Campos de Almeida Carrer

**Departamento:** Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Telefone para contato da pesquisadora: +55 11 3091-7891 / 3091-7717. Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder uma entrevista de forma totalmente voluntária, tendo o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder às perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar.

**Objetivo do estudo:** Através de entrevistas com responsáveis pela tomada de decisões em políticas públicas dos seus países, esta pesquisa busca identificar as principais barreiras e facilitadores encontrados para a criação de políticas em saúde pública em saúde bucal no contexto Ibero Americano.

**Procedimentos.** Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas em participar de uma entrevista com a finalidade de atingir o objetivo do estudo. A entrevista será gravada em gravador digital e o conteúdo da sua fala só será transcrito pelos pesquisadores responsáveis pela coleta de dados. Seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo como sujeito da pesquisa será excluída da transcrição.

Benefícios. Esta pesquisa poderá trazer maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

**Riscos.** A participação na entrevista citada representará não apresenta risco significativo de ordem física ou psicológica para você e os riscos de identificação durante processo de transcrição será mínimo, pois todo processo será sigiloso e qualquer informação que o identifique será substituída por códigos e mantido pelo pesquisador responsável.

**Sigilo.** As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo intitulada " Identificação das barreiras e facilitadores existentes para a implementação de Programas e Políticas de Saúde Bucal na América Latina".

A pesquisadora me entregou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão de Ética em Pesquisa (CEP). Fui, ainda, informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos ou qualquer constrangimento. Fui também informado(a) de que em caso de dúvidas posso entrar em contato com CEP-FOUSP - Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – Avenida Professor Lineu Prestes nº 2227 – 05508-000 – São Paulo – SP – Telefone (11) 3091.7960 – e-mail cepfo@usp.br. O horário de atendimento ao público e pesquisadores é: de segunda a sexta- feira das 9 as 12h e de 14 as 16h (exceto em feriados e recesso universitário). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

Data: Dia: \_\_\_ Mês: \_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) Señor (a):

Usted está siendo cordialmente invitado (a) a participar en el estudio titulado **“Recursos Humanos en Odontología en Brasil y Colombia, análisis comparativo bajo la perspectiva del Institucionalismo histórico”**

- Su participación consiste en responder una entrevista de forma libre y voluntaria, teniendo el derecho de renunciar a participar en cualquier momento, sin ninguna penalidad y sin perder los beneficios a los que tenga derecho.
- Antes de aceptar participar en esta entrevista y responder a las preguntas, es muy importante que comprenda la información e instrucciones contenidas en este documento.
- Los investigadores deberán responder a todas sus preguntas antes de que usted decida participar.

**Investigadora responsable:** Fernanda Campos de Almeida Carrer.

**Departamento:** Departamento de Odontología Social de la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo-Brasil

**Teléfono de contacto de la investigadora:** +55 (11) 993588150.

**Email:** fernandacsa@usp.br

**Objetivo del estudio:** Analizar la influencia de los arreglos institucionales creados a partir de la coyuntura crítica de las reformas liberales de los años 90, tanto en Brasil como en Colombia, sobre la gestión de los RHO, específicamente en lo relacionado con la distribución geográfica, la situación laboral y las características de las instituciones formadoras (en específico el dominio de instituciones privadas), con base en un análisis comparativo y bajo la perspectiva del Institucionalismo histórico.

**Procedimientos:** Su participación consistirá en responder una entrevista con la finalidad de alcanzar el objetivo del estudio. La entrevista tendrá una duración de aproximadamente 45 minutos y será realizada de forma online (a distancia); el horario será definido para ser el más conveniente para usted. Así mismo, la entrevista será grabada y el contenido de sus respuestas será transcrito, dicho proceso será realizado exclusivamente por el equipo de investigación. Su nombre o cualquier información que pueda identificarlo como sujeto de la investigación será excluida de la transcripción.

**Beneficios:** Esta investigación puede traer mayor conocimiento sobre el tema abordado, sin beneficio directo para usted.

**Riesgos e incomodidades:** La Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, en sus lineamientos y estándares para la investigación con seres humanos, indica: "V - Toda investigación con seres humanos implica riesgo en tipos y grados diferentes". Por tanto, es necesario que sea consciente de la existencia de riesgos, en forma de disconfort o limitaciones, que pueden generarse durante las discusiones. Para minimizar y / o resolver esta situación, los responsables de esta investigación garantizan la confidencialidad y privacidad de todos los participantes durante todas las fases, así como el derecho a desistir de participar en la investigación en cualquier momento y retirar su consentimiento, sin ninguna sanción.

**Riesgos característicos del entorno virtual:** Puede haber malestar o disconfort por posibles limitaciones relacionadas con las tecnologías utilizadas y la calidad de Internet. Para minimizar este riesgo, se realizarán pruebas antes de que se realice la videollamada según la disponibilidad de cada participante. Además, los investigadores tienen limitaciones para garantizar total confidencialidad y sigilo en casos de violaciones de las plataformas. Para minimizar este riesgo, se descargarán las grabaciones, las cuales se almacenarán únicamente como archivos personales (ordenadores y Disco Duro) del investigador responsable. Se eliminará cualquier registro de cualquier plataforma virtual, entorno compartido o "nube".

**Reembolso, asistencia e indemnización:** Se garantiza la indemnización en los casos de daño, comprobadamente, resultante de su participación en la investigación, mediante decisión judicial o extrajudicial. No hay ningún valor económico para recibir o pagar por su participación. En caso de existir costos relacionados con la necesidad de desplazamiento para que los participantes tengan acceso a internet, se reembolsará el monto correspondiente al transporte, mediante depósito en la cuenta preferida por el participante, previo aviso, presentación y comprobante de los montos.

**Garantía de confidencialidad y consulta de datos:** La información proporcionada por usted será confidencial y conocida únicamente por el equipo de investigación, quien cuidará las grabaciones y garantizará el anonimato de los participantes y sus opiniones emitidas durante las discusiones; así mismo, los sujetos de la investigación no serán identificados en ningún momento, incluso cuando los resultados de esta investigación sean divulgados en cualquier forma. Finalmente, dentro de los límites de la ley, los datos se mantendrán confidenciales.

**Acceso a los resultados de la investigación:** Por cuestiones metodológicas, los participantes no podrán acceder a los análisis cualitativos mientras se encuentren en desarrollo, sin embargo, al finalizar el estudio se enviará un resumen informativo con los resultados de la investigación a cada uno de los participantes. El documento también incluirá un enlace de acceso (link) al trabajo completo.

"Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con el documento \_\_\_\_\_, declaro, por medio de este consentimiento, que fui informado (a) de los riesgos y beneficios de participar en el estudio titulado: **“Recursos Humanos en Odontología en Brasil y Colombia, análisis comparativo bajo la perspectiva del Institucionalismo histórico”** y que, del mismo modo, acepto libre y voluntariamente ser entrevistado (a) de acuerdo con los términos descritos en este documento.

Recibí una copia firmada de este Consentimiento Informado, conforme las recomendaciones de la Comisión de Ética en Pesquisa (CEP). También he sido informado (a) de que puedo retirarme de esta investigación en cualquier momento, sin perjuicio ni restricción alguna. También he sido informado (a) de que en caso de duda puedo entrar en contacto con - CEP-FOUSP - Comité de Ética en Pesquisa de la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo - Avenida Profesor Lineu Prestes nº 2227 - 05508-000 - São Paulo - SP – Brasil, Teléfono (11) 3091.7960 - e-mail cepfo@usp.br. El horario de atención al público e investigadores es: de lunes a viernes de 9 a 12h y de 14 a 16h (excepto en festivos y recesos universitarios). El Comité es un colegio interdisciplinario e independiente, de relevancia pública, de carácter consultivo, deliberativo y educativo, creado para defender los intereses de los participantes de la investigación en su integridad y dignidad para contribuir en el desarrollo de la investigación dentro de patrones éticos. (Resolución CNS nº 466 de 2012). Se crearon dos copias de este consentimiento informado (una para el participante de la investigación (entrevistado (a)) y la otra para el investigador responsable), requiriendo que el participante de la investigación conserve (guarde) una copia de este.

Data: Día: \_\_ Mês: \_\_ Ano: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del (a) entrevistado (a)

\_\_\_\_\_  
Firma de quien realiza la entrevista

## APÊNDICE B – Formato de entrevistas

### Português

1. Qual é a sua perspectiva ou leitura sobre a situação dos RHO (Recursos Humanos em Odontologia) em seu país, especificamente em relação à distribuição geográfica, situação de emprego e formação (especificamente as características das instituições de treinamento).
2. Quais arranjos institucionais você identifica em relação aos RHO em seu país?
3. Qual tem sido a influência desses arranjos nos RHO? Têm sido relevantes? sim? não? Por favor explique
4. Qual ou quais eventos, momentos, períodos, situações ou decisões políticas você considera conjunturais em relação aos RHO (distribuição geográfica, situação de emprego, treinamento)?
5. Você consegue identificar um ou vários eventos, períodos, situações ou decisões políticas que implicaram ou implicaram mudanças significativas na gestão dos RHO no seu país, especificamente nos 3 campos indicados (distribuição geográfica, situação laboral, formação)?
6. Você considera que as reformas liberais realizadas nos anos 90 em seu país influenciaram a gestão dos RHO, nos 3 campos indicados acima?
7. Você acha que esses arranjos (incluindo os mais antigos e recentes) continuam a ter efeito sobre os RHO hoje? Como você explicaria isso? O que facilita ou limita esses processos?
8. Como você explicaria que esses arranjos ou situações relacionadas aos RHO são mantidos ao longo dos anos?
9. Pode identificar os efeitos que os referidos arranjos institucionais (decisões, momentos) tiveram sobre: elites governamentais, grupos de interesse e público em geral
10. De que forma considera que foram introduzidos os referidos arranjos ou reformas? Deslocamento, através de camadas, deriva ou conversão

### Español

1. Cuéntenos por favor cuál es su perspectiva o su lectura sobre la situación de los RHO en su país, específicamente en lo relacionado con: la distribución geográfica, la situación laboral y la formación (concretamente las características de las instituciones formadoras)
2. ¿Qué arreglos institucionales identifica usted con relación a RHO en su país?
3. ¿Cuál ha sido la influencia de éstos sobre los RHO? ¿han sido relevantes? ¿sí? ¿no? Por favor explique
4. ¿Cuál o cuáles eventos, momentos, periodos, situaciones o decisiones políticas considera coyunturales en lo relacionado con los RHO (Distribución geográfica, situación laboral, formación)?
5. ¿Podría identificar uno o varios eventos, periodos, situaciones o decisiones

políticas que implicó o implicaron cambios significativos en la gestión de RHO en su país, específicamente en los 3 campos señalados (Distribución geográfica, situación laboral, formación)?

6. ¿Considera que las reformas liberales realizadas en los años 90 en su país han tenido influencia en la gestión de RHO, en los 3 campos señalados anteriormente?
7. ¿Considera que dichos arreglos (incluyendo los más antiguos y recientes) continúan teniendo efectos sobre los RHO actualmente? Por favor explique ¿de qué forma lo hacen? ¿Qué facilita o limita dichos procesos?
8. ¿Cómo explicaría usted que dichos arreglos o situaciones relacionadas con RHO se mantengan a lo largo de los años?
9. ¿Puede identificar efectos que dichos arreglos institucionales (decisiones, momentos) han tenido (o tiene) sobre: las élites gubernamentales, los grupos de interés y el público en general
10. ¿De qué forma considera usted que fueron introducidos dichos arreglos o reformas? Desplazamiento, mediante capas (layering), deriva o conversión



USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FOU SP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Identificação das barreiras e facilitadores existentes para a implementação de Programas e Políticas de Saúde Bucal na América Latina

**Pesquisador:** Fernanda Campos de Almeida Carrer

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 92350418.1.0000.0075

**Instituição Proponente:** Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

**Patrocinador Principal:** The International Association for Dental Research (IADR)

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.019.433

#### Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores citam nas Informações Básicas do Projeto (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1790984\_E1.pdf, de 28/09/2021), no resumo: “As políticas em saúde pública são importantes para o bem-estar da população em geral, dentre as políticas, a saúde bucal está inserida no contexto de saúde integral, desta forma os responsáveis por criarem as políticas e programas de saúde bucal são elementos chaves para a criação de programas que visam melhorar a saúde da população de um país. Dentro deste contexto o projeto de pesquisa apresentado a seguir tem como foco o estudo dos países envolvidos, a saber Brasil, Colômbia e Chile, e para tal serão realizadas entrevistas com os responsáveis pelas tomadas de decisões em diversos níveis, sendo eles, o político, técnico e acadêmico para a criação de políticas públicas. Esse estudo permitirá identificar quais são as experiências exitosas e as barreiras encontradas para a implementação das políticas públicas em saúde bucal, considerando o contexto político de cada país envolvido. Após a realização das entrevistas e posterior transcrição, os dados serão analisados através do software Maxqda® para a análise e categorização dos dados será considerado o referencial teórico e sua adequação com o conteúdo das entrevistas que se transformarão em categorias de análise. Os resultados serão discutidos de acordo com os modelos teóricos: 3-i, onde se defende que os desenvolvimentos e escolhas de políticas são influenciados pelos interesses e ideias dos atores, bem como por instituições; e o modelo teórico de Kingdon,

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 05.508-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3091-7960

**Fax:** (11)3091-7960

**E-mail:** cepfo@usp.br



USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FOUSP



Continuação do Parecer: 5.019.433

que busca identificar os fatores que influenciam a inserção de determinada temática, definindo as variáveis que interagem para produzir uma “janela de oportunidades” para definição de agenda e inserção de temática na política pública. Esta pesquisa contribuirá para a compreensão de como se dá a tomada de decisão e como podemos incluir na agenda política a saúde bucal.”

**Objetivo da Pesquisa:**

São citados pelos pesquisadores nas Informações Básicas do Projeto (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1790984\_E1.pdf, de 28/09/2021):

“Hipótese: A inserção de políticas públicas em saúde bucal encontra barreiras e facilitadores para serem implementadas em países da América Latina, e o processo da tomada de decisão sofre influência desses fatores

Objetivo Primário: Temos como objetivos primários: Identificar as experiências e caracterizar os aspectos de implementação de programas e políticas em saúde bucal no contexto Ibero-americano, identificar os principais facilitadores e barreiras que influenciaram a existência ou ausência de programas e a saúde bucal nas políticas contexto Ibero-americano

Objetivo Secundário: Como objetivos secundários temos: levantamento de dados epidemiológicos secundários relevantes ao escopo do projeto em relação aos países estudados, identificar com os atores relevantes as suas percepções em relação a barreiras e facilitadores desses programas e políticas.”

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

São citados pelos pesquisadores nas Informações Básicas do Projeto (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1790984\_E1.pdf, de 28/09/2021):

“Riscos: A participação nas entrevistas não apresenta risco significativo de ordem física ou psicológica, o risco de ter sua identidade revelada será mínimo pois toda e qualquer informação que permita sua identificação durante a transcrição das entrevistas serão substituídas por códigos e os dados serão mantidos em sigilo pelo pesquisador responsável.

Benefícios: Esta pesquisa poderá contribuir com a área de conhecimento sobre o tema abordado. Não há benefícios diretos para os participantes da pesquisa.”

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 05.508-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3091-7960

**Fax:** (11)3091-7960

**E-mail:** cepfo@usp.br



USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FOUSP



Continuação do Parecer: 5.019.433

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- 1\_ Estudo no Brasil, Chile e Colombia; Centros Coparticipantes Universidad de Chile;
- 2\_ Caráter acadêmico: pesquisa de doutorado;
- 3\_ País de Origem: Brasil;
- 4\_ Apoio financeiro: The International Association for Dental Research (IADR);
- 5\_ Número de participantes incluídos no Brasil: 30 (Brasil – 10; Chile - 10; Colômbia – 10);
- 6\_ Previsão de início e encerramento do estudo: 1/11/2021 a 30/12/2022;
- 7\_ Pesquisadores: Fernanda Campos de Almeida Carrer, Mariana Lopes Galante, Duber Ignacio Osorio Bustamante e Daniel Felipe Patiño Lugo.

São citados pelos pesquisadores nas Informações Básicas do Projeto (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1790984\_E1.pdf, de 28/09/2021) no desenho: “Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, sendo que a parte quantitativa da pesquisa se refere ao levantamento de dados epidemiológicos dos países estudados, que tragam aspectos relevantes ao escopo do projeto, e será realizado por meio de coleta de dados secundários, em bancos oficiais, sites governamentais e afins, com base em instrumento desenvolvido pelo nosso grupo, com auxílio dos autores dessa pesquisa e em parâmetros utilizados pela ONU (Organização das Nações Unidas) e OMS (Organização Mundial da Saúde) para facilitar e padronizar a coleta de dados nas diversas fontes. Já para a pesquisa qualitativa será utilizada uma abordagem indutiva, com procedimento descritivo e comparativo, com técnica de observação direta intensiva. O instrumento para coleta de dados será a entrevista semi-estruturada, aplicada com questões norteadoras, serão entrevistados 30 indivíduos neste projeto, sendo 10 no Brasil, 10 na Colômbia e 10 no Chile. As entrevistas serão gravadas com gravador digital e posteriormente transcritas. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. Posteriormente, a análise da informação vai começar com a transcrição e organização de informações. Em seguida, as informações serão codificadas e haverá o processo de agrupamento em categorias com a utilização do software Maxqda®. Finalmente, as informações serão integradas e será feita uma análise de conteúdo.”

E citam em relação a emenda, em Outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador: Após a realização das entrevistas surgiram dúvidas com relação ao tópico de Recursos Humanos em Odontologia e achamos pertinente realizar entrevistas a informantes chave sobre esse tema. A metodologia é a mesma, realizando entrevistas semiestruturadas a informantes chave, com posterior transcrição e análise de conteúdo.”

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br



USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FOUSP



Continuação do Parecer: 5.019.433

E também citam em relação se Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc), responderam que sim. E Justificam; “Sim, os dados secundários serão obtidos através de buscas em sites oficiais e publicações divulgadas por órgãos públicos oficiais de cada país estudado.”

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta:

Folha de rosto;

Projeto anexado;

TCLEs português e espanhol;

Carta Colombia – Universidade de Antioquia – Prof. Gabriel Jaime Otalvaro Castro;

Carta Chile - Faculdade de Odontologia da Universidade do Chile - Prof. Dr. Marco Cornejo Ovalle;

Cronograma;

Carta de emenda;

Carta resposta.

**Recomendações:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Emenda

Os pesquisadores citam nas Informações Básicas do Projeto (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_1790984\_E1.pdf, de 28/09/2021), como Justificativa da Emenda: “Após a realização das entrevistas surgiram dúvidas com relação ao tópico de Recursos Humanos em Odontologia, que é um dos pilares de qualquer política pública em saúde, e julgamos ser pertinente realizar entrevistas a informantes chave sobre esse tema. A metodologia que será aplicada será a mesma, realizando entrevistas semiestruturadas (novas perguntas abaixo descritas) a informantes chave, com posterior transcrição e análise de conteúdo, como tem sido realizado no projeto original. Solicito ainda a inclusão de dois pesquisadores que passaram a integrar o grupo de pesquisa: Duber Ignacio Osorio Bustamante - 243.281.658-79 Daniel Felipe Patiño Lugo - Número do Passaporte: PE0844926 Reitero que não foi alterado o TCLE, assim como objetivo e metodologia, visto que as políticas de recursos humanos em saúde integram as políticas de saúde

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 05.508-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3091-7960

**Fax:** (11)3091-7960

**E-mail:** cepfo@usp.br



USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FOU SP



Continuação do Parecer: 5.019.433

e este é um tema essencial para compreender as barreiras e facilitadores para implementação desses políticas. Após análises preliminares ficava evidente a necessidade de incluir novas perguntas sobre recursos humanos, já que eles foram apontados como as principais barreiras para o sucesso das políticas em Brasil, Colômbia e Chile, daí a necessidade desta emenda, que também inclui pesquisadores que colaborarão nas análises sobre recursos humanos nos 3 países.”

As pendências foram atendidas como relatado abaixo.

As pendências enviadas no parecer consubstanciada (PB\_PARECER\_CONSUBSTANCIADO\_CEP\_4881371\_E1, de 3/08/2021):

“1\_ Incluir os novos pesquisadores citados nas informações básicas do projeto.

2\_ Adequar o cronograma: data da nova coleta no Brasil está em 2/08/2021, (anterior à reunião do CEP).

E a data da defesa da tese está para 30/06/2021, confirmar essa informação.

O cronograma anexado encerra no 2 sem 2021, mas no plataforma está o encerramento para 30/12/2022.”

Os pesquisadores citam na carta resposta (carta\_2\_parecerista.pdf, de 02/09/2021):

“Informamos que incluímos na plataforma Brasil os dois pesquisadores que farão parte dessa nova etapa do projeto.

Alteramos o cronograma na plataforma Brasil para contemplar as alterações sugeridas na emenda, deixando somente as etapas a serem realizadas na emenda apresentada.

Incluímos um arquivo novo de cronograma apenas com as etapas que serão realizadas na emenda

Incluímos no arquivo do projeto as mesmas informações sobre o cronograma, de modo que todas as informações de datas estejam coerentes e iguais em todos os documentos anexos.

Informamos também que as etapas apresentadas no projeto inicial (anterior à emenda já foram cumpridos, e por isso não constam dessa etapa da emenda).”

Solicitação de emenda sem pendências.

### Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 05.508-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3091-7960

**Fax:** (11)3091-7960

**E-mail:** cepfo@usp.br



**USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FOUSP**



Continuação do Parecer: 5.019.433

devidamente apreciados no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d..

Qualquer alteração no projeto original deve ser apresentada "EMENDA", por meio da Plataforma Brasil, de forma objetiva e com justificativas para nova apreciação (Norma Operacional 001/2013 – letra H).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1790984_E1.pdf	28/09/2021 15:09:56		Aceito
Outros	carta_2_parecerista.pdf	02/09/2021 16:25:36	Fernanda Campos de Almeida Carrer	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_cronograma_emenda.docx	02/09/2021 16:18:28	Fernanda Campos de Almeida Carrer	Aceito
Cronograma	CRonograma_da_Emenda.pdf	02/09/2021 16:14:06	Fernanda Campos de Almeida Carrer	Aceito
Outros	EMENDA1.pdf	16/07/2021 15:24:53	Fernanda Campos de Almeida Carrer	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaColombia.pdf	26/06/2018 11:18:58	Mariana Lopes Galante	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaChile.pdf	26/06/2018 11:18:46	Mariana Lopes Galante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL EEspanhol.docx	26/06/2018 11:17:54	Mariana Lopes Galante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCL Eportugues.docx	26/06/2018 11:17:42	Mariana Lopes Galante	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoAssinada.pdf	26/06/2018 11:15:30	Mariana Lopes Galante	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 05.508-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3091-7960

**Fax:** (11)3091-7960

**E-mail:** cepfo@usp.br



USP - FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DA  
UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - FOUSP



Continuação do Parecer: 5.019.433

SAO PAULO, 05 de Outubro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Alyne Simões Gonçalves**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av Prof Lineu Prestes 2227 - 1º andar , sala 02 da administração  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7960 **E-mail:** cepfo@usp.br