

Roberto Paulo Correia de Araújo
Sandra Maria Ferraz Mello

O CIRURGIÃO-DENTISTA

ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE
PERFIL, FORMAÇÃO E EXERCÍCIO
PROFISSIONAL NO ESTADO DA BAHIA



EDUFBA

O CIRURGIÃO-DENTISTA:

ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE
PERFIL, FORMAÇÃO E EXERCÍCIO
PROFISSIONAL NO ESTADO DA BAHIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora

Maria Thereza Barral Araújo

Vice-Diretor

Roberto José Meyer Nascimento

Chefe do Departamento de Biofunção

Artur Edmundo Cordeiro Machado



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Flávia Goullart Mota Garcia Rosa

Conselho Editorial

Titulares

Ângelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Ninõ El-Hani

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

Maria Vidal de Negreiros Camargo

José Teixeira Cavalcante Filho

Alberto Brum Novaes

Suplentes

Antônio Fernando Guerreiro de Freitas

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Cleise Furtado Mendes

Apoio financeiro: FAPESB



Fundação de Amparo
à Pesquisa do Estado da Bahia



Secretaria de Ciência,
Tecnologia e Inovação

Roberto Paulo Correia de Araújo
Sandra Maria Ferraz Mello

O CIRURGIÃO-DENTISTA:

ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE
PERFIL, FORMAÇÃO E EXERCÍCIO
PROFISSIONAL NO ESTADO DA BAHIA

EDUFBA
Salvador
2010

©2010, *By* Paulo Roberto Correia de Araújo e Sandra M. Ferraz Mello.
Direitos de edição cedidos à EDUFBA.
Feito o depósito legal.

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica e Capa
Rodrigo Oyarzábal Schlabit

Revisão
Ana Maria de Carvalho Luz

Biblioteca Central Reitor Macêdo Costa – UFBA

Araújo, Roberto Paulo Correia de.

O cirurgião-dentista : estudo exploratório sobre perfil, formação e exercício profissional no Estado da Bahia / Roberto Paulo Correia de Araújo, Sandra Maria Ferraz Mello. - Salvador : EDUFBA, 2010. 252 p.

ISBN 978-85-232-0616-1

1. Cirurgiões-dentistas - Bahia. 2. Formação profissional. 3. Odontologia - Prática - Bahia. I. Mello, Sandra Maria Ferraz. II. Título.

CDD - 617.6098142



EDUFBA
Rua Barão de Jeremoabo, s/n, *Campus* de Ondina,
40170-115, Salvador-BA, Brasil
Tel/fax: (71) 3283-6164
www.edufba.ufba.br | edufba@ufba.br

Colaboradores

Prof.^a Ana Maria de Carvalho Luz

Prof. Danilo Barral de Araújo

Prof.^a Elisângela de Jesus Campos

Prof. Carlos Maurício Cardeal Mendes

Prof. Penildon Silva Filho

Prof. Paulo César de Alcântara Ribeiro

Acad. Carla Teresa El Kaid Santos

Acad. Edval Reginaldo Tenório Júnior

Acad. Leandro Medeiros Cavalcante

“Vivendo, se aprende; mas o que se aprende, mais, é só a
fazer outras maiores perguntas.”

Guimarães Rosa

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Identificação profissional: gênero

Figura 2 – Identificação profissional: faixa etária

Figura 3 – Identificação profissional: estado civil

Figura 4 – Autoidentificação de cor dos informantes

Figura 5 – Distribuição geográfica de domicílio dos informantes

Figura 6 – Identificação profissional: distribuição dos informantes por município de residência – Estado da Bahia

Figura 7 – Identificação profissional: nacionalidade

Figura 8 – Identificação profissional: naturalidade

Figura 9 – Identificação profissional: naturalidade/região

Figura 10 – Familiares com a mesma profissão do informante

Figura 11 – Identificação profissional: grau de parentesco de familiar da mesma profissão do informante

Figura 12 – Identificação profissional: especialidade de familiares da mesma profissão

Figura 13 – Identificação profissional: prática regular de atividades físicas

Figura 14 – Identificação profissional: tipo de atividade física praticada

Figura 15 – Identificação profissional: férias anuais

Figura 16 – Identificação profissional: local das férias

Figura 17 – Formação profissional: graduação

Figura 18 – Formação profissional: IES de origem

Figura 19 – Formação profissional: Residência Odontológica

Figura 20 – Formação profissional: origem da Residência

Figura 21 – Formação profissional: especialização

- Figura 22 – Formação profissional: área da especialização
- Figura 23 – Formação profissional: tipo de instituição em que obteve o título de especialista
- Figura 24 – Formação profissional: pós-graduação *stricto sensu*
- Figura 25 – Formação profissional: local onde realizou curso de mestrado ou doutorado
- Figura 26 – Formação profissional: período de realização do curso de mestrado ou doutorado
- Figura 27 – Atualização científica: leitura habitual de periódicos
- Figura 28 – Atualização científica: natureza do periódico lido
- Figura 29 – Atualização científica: área dos periódicos habitualmente lidos
- Figura 30 – Atualização científica: participação em iniciativas aprimoramento profissional
- Figura 31 – Atualização científica: razões da não-participação em iniciativas de aprimoramento profissional.
- Figura 32 – Atualização científica: participação nos últimos 12 meses em encontros científicos
- Figura 33 – Atualização científica: natureza dos eventos de que participou
- Figura 34 – Disciplinas sobre saúde coletiva e saúde bucal coletiva na graduação
- Figura 35 – Número de disciplinas de saúde coletiva no curso de graduação
- Figura 36 – Denominação das disciplinas de saúde coletiva no curso de graduação
- Figura 37 – Debates sobre o SUS/PSF na graduação
- Figura 38 – Aspecto da atuação profissional enfatizado no curso de graduação
- Figura 39 – Mundo do trabalho: situação profissional
- Figura 40 – Mundo do trabalho: atuação em mais de uma especialidade
- Figura 41 – Mundo do trabalho: áreas de atuação - especialidades
- Figura 42 – Mundo do trabalho: horas trabalhadas por dia

- Figura 43 – Mundo do trabalho: satisfação com atuação em Odontologia
- Figura 44 – Mundo do trabalho: existência de desgaste profissional
- Figura 45 – Mundo do trabalho: participação em cooperativa
- Figura 46 – Mundo do trabalho: interesse em enviar ao CFO propostas a respeito das cooperativas
- Figura 47 – Mundo do trabalho: valor em Reais da US
- Figura 48 - Mundo do trabalho: conhecimento sobre a CNCC
- Figura 49 – Intervenção da CNCC na fixação da US
- Figura 50 – Mundo do trabalho: conhecimento do Índice VRPO da CNCC
- Figura 51 – Mundo do trabalho: utilização do VRPO como referência para o cálculo dos procedimentos
- Figura 52 – Mundo do trabalho: concordância com os atuais valores fixados da VRPO
- Figura 53 – Mundo do trabalho: concordância com o mesmo VRPO para todas as regiões do País
- Figura 54 – Mundo do trabalho: foco predominante da atuação profissional
- Figura 55 – Mundo do trabalho: maior atuação em clínica particular
- Figura 56 – Mundo do trabalho: faixa de tempo dedicado à clínica particular
- Figura 57 – Mundo do trabalho: maior tempo dedicado ao SUS
- Figura 58 – Mundo do trabalho: faixa de tempo dedicado ao SUS
- Figura 59 – Mundo do trabalho: maior tempo de atuação profissional dedicado ao segmento de elite
- Figura 60 – Mundo do trabalho: faixa de tempo dedicado ao segmento de elite
- Figura 61 – Atuação no atendimento a camadas populares
- Figura 62 – Mundo do trabalho: serviço odontológico próprio ou em sociedade
- Figura 63 – Mundo do trabalho: ambientação do serviço odontológico próprio
- Figura 64 – Mundo do trabalho: tipo vinculação com a forma funcionamento do serviço
- Figura 65 – Mundo do trabalho: horas semanais dedicadas à clínica privada

- Figura 66 – Mundo do trabalho: tipos de pacientes atendidos
- Figura 67 – Mundo do trabalho: número de atendimentos / mês
- Figura 68 – Mundo do trabalho: vinculação com o setor público
- Figura 69 – Mundo do trabalho: número de vínculos com o setor público
- Figura 70 – Mundo do trabalho: natureza do vínculo com o setor público
- Figura 71 – Mundo do trabalho: horas semanais dedicadas ao setor público
- Figura 72 – Mundo do trabalho: relação com o setor privado
- Figura 73 – Mundo do trabalho: número de vínculos com o setor privado
- Figura 74 – Mundo do trabalho: horas semanais dedicadas ao setor privado
- Figura 75 – Mundo do trabalho: trabalho em regime de plantão
- Figura 76 – Mundo do trabalho: natureza da instituição em que trabalha em regime de plantão
- Figura 77 – Mundo do trabalho: horas semanais dedicadas ao plantão
- Figura 78 – Mundo do trabalho: renda média mensal do trabalho em Odontologia
- Figura 79 – Mundo do trabalho: outra fonte de renda além do trabalho em Odontologia
- Figura 80 – Mundo do trabalho: fonte alternativa de renda além do trabalho em Odontologia
- Figura 81 – Participação sociopolítica: participação entidades odontológicas
- Figura 82 – Participação sociopolítica: posição quanto ao registro do título de especialista junto ao CFO
- Figura 83 – Participação sociopolítica: avaliação do ensino odontológico pelo “provão”
- Figura 84 – Participação sociopolítica: posição quanto ao exame de proficiência
- Figura 85 – Recepção de reclamações de pacientes sobre outros colegas dentistas
- Figura 86 – Participação sociopolítica: informação sobre os riscos dos procedimentos odontológicos

LISTA DE SIGLAS

- ABE – Associação Brasileira de Endodontia
- ABENO – Associação Brasileira do Ensino Odontológico
- ABCD – Associação Brasileira do Cirurgião-Dentista
- ABO – Associação Brasileira de Odontologia
- ABO-BA – Associação Brasileira de Odontologia – Secção Bahia
- ABO-DF – Associação Brasileira de Odontologia – Secção Distrito Federal
- ABO-PE – Associação Brasileira de Odontologia – Secção Pernambuco
- ABO-SE – Associação Brasileira de Odontologia – Secção Sergipe
- ABO-SP – Associação Brasileira de Odontologia – Secção São Paulo
- Abozinha – Associação Brasileira de Odontopediatria – Regional Bahia
- AcBO – Academia Brasileira de Odontologia
- ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AOSID – Associação Obras Sociais Irmã Dulce
- ASB – Atendente de Saúde Bucal
- CCTBMF – Colégio de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
- CD – Cirurgião-Dentista
- CEBEO – Centro Baiano de Estudos Odontológicos
- CENO – Centro de Estudos Odontológicos
- CEO – Código de Ética Odontológico
- CFO – Conselho Federal de Odontologia
- CIODONTO – Clínica Integrada de Odontologia
- CNCC – Comissão Nacional de Convênios e Credenciamento
- CNE – Conselho Nacional de Educação
- CNE/CES – Conselho Nacional de Educação – Câmara de Ensino Superior

CNMRS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNPq. – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONEO – Conferência Nacional de Ética Odontológica
CRBM – Conselho Regional de Biomedicina
CRO – Conselho Regional de Odontologia
CRO-BA – Conselho Regional de Odontologia – Seção Bahia
CTBMF – Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DORT – Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
EAD – Ensino à Distância
EAP – Escola de Aperfeiçoamento Profissional
EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
EBO-DF – Escola Brasileira de Odontologia - DF
EFOA-MG – Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas - MG
ENADE – Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ESF – Equipe de Saúde da Família
FABAC – Faculdade Baiana de Ciências Contábeis
FAPESB – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FBDC – Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências
FBMSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FIO – Faculdades Integradas de Ourinhos
FNO – Federação Nacional dos Odontologistas
FOBAURU – Faculdade de Odontologia de Bauru da USP
FOB-SP – Faculdade de Odontologia de Bauru – São Paulo
FOG – Faculdade de Odontologia de Goiás
FONF – Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo

FOP – Faculdade de Odontologia de Pernambuco
FOUERJ – Faculdade de Odontologia da UERJ
FOUFBA – Faculdade de Odontologia da UFBA
FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciência
FUNORTE – Faculdades Unidas do Norte de Minas
IAPEM – Instituto Agenor Paiva de Pós-Graduação
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBPEX – Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
IDE – Índice de Desenvolvimento Econômico
IES – Instituição de Ensino Superior
IFAP – Instituto de Formação e Aperfeiçoamento Profissional
LDB – Leis de Diretrizes e Bases
LER – Lesões por Esforços Repetitivos
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
PIB – Produto Interno Bruto
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PORTAL F – Núcleo de Especialização e Eventos
PPSUS – Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
PUC – RS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PUC – MG – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
SEI – Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
SESAB – Secretaria Estadual da Saúde
SOBA – Associação de Ortodontia da Bahia

SOBRAPE – Sociedade Brasileira de Periodontologia
SOEBA – Sindicato dos Odontologistas do Estado da Bahia
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
THD – Técnico em Higiene Dental
TNCC – Tabela Nacional de Convênios e Credenciamento
TSB – Técnico em Saúde Bucal
UBS – Unidade Básica de Saúde
UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFAL – Universidade Federal de Alagoas
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UFF – Universidade Federal Fluminense
UFLA – Universidade Federal de Lavras
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB – Universidade Federal da Paraíba
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFS – Universidade Federal de Sergipe
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto
UNESA – Universidade Estácio de Sá.
UNESP – Universidade do Estado de São Paulo
UNICASTELO – Universidade Camilo Castelo Branco
UNICOR – Universidade 3 Corações
UNIFENAS – Universidade de Alfenas

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

UNIME – União Metropolitana de Educação e Cultura

UNIPAR – Universidade Paranaense

UNIT – Universidade Tiradentes

UNITAU – Universidade de Taubaté

UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce

UNYHANA – Instituto de Educação Superior UNYHANA

URNE – Universidade do Rio Grande do Norte

US – Unidade de Serviço Odontológico

USC – University of Southern California

USLMANDIC – Universidade São Leopoldo Mandic

USP – Universidade de São Paulo

VRCC – Valores Referenciais para Convênios e Credenciamentos

VRPO – Valor de Referência para Procedimentos Odontológicos

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação profissional: gênero

Tabela 2 – Faixa etária dos informantes

Tabela 3 – Estado civil dos informantes

Tabela 4 – Autoidentificação de cor dos informantes

Tabela 4-A – Comparação de dados sobre cor: Pesquisa e PNAD

Tabela 5 – Distribuição geográfica de domicílio dos informantes

Tabela 6 – Distribuição dos informantes por município de residência no estado da Bahia (exclusive Salvador)

Tabela 6-A – Municípios da amostra, por região econômica do estado da Bahia e Índice de Desenvolvimento Econômico – 2006

Tabela 7 – Distribuição dos informantes por naturalidade – Bahia e outros estados

Tabela 8 – Distribuição dos informantes por naturalidade (região)

Tabela 9 – Familiares com a mesma profissão do informante

Tabela 10 – Grau de parentesco de familiares dos informantes que têm a mesma profissão

Tabela 11 – Especialidade de familiares dos informantes que têm a mesma profissão

Tabela 12 – Prática regular de atividades físicas

Tabela 13 – Tipo de atividade física praticada pelos informantes

Tabela 14 – Usufruto de férias anuais

Tabela 15 – Local onde costuma passar as férias

Tabela 16 – Ano de graduação dos informantes

Tabela 17 – Natureza da Instituição onde obteve a graduação

Tabela 18 – Instituição onde obteve a graduação

Tabela 19 – Realização (concluída ou em curso) de programa de Residência

Tabela 20 – Natureza da instituição em que realizou (ou está realizando) residência

Tabela 21 – Instituição em que realizou residência

Tabela 22 – Obtenção de título de especialista

Tabela 23 – Área em que obteve o título de especialista

Tabela 24 – Tipo de instituição em que obteve o título de especialista

Tabela 25 – País onde realizou curso de especialização

Tabela 26 – Estado onde realizou curso de especialização

Tabela 27 – Natureza da instituição em que realizou curso de especialização

Tabela 28 – Instituição em que realizou curso de especialização

Tabela 29 – Ano de conclusão (real ou previsto) de curso de especialização

Tabela 30 – Realização de curso de pós-graduação *stricto sensu* - mestrado

Tabela 31 – Área de concentração do curso de mestrado

Tabela 32 – País onde realizou o curso de mestrado

Tabela 33 – Local onde realizou curso de mestrado

Tabela 34 – Ano de conclusão de curso de mestrado

Tabela 35 – Realização de curso de doutorado

Tabela 36 – Área de concentração do curso de doutorado

Tabela 37 – País onde realizou curso de doutorado

Tabela 38 – Estado do Brasil onde realizou curso de doutorado

Tabela 39 – Ano de conclusão do curso de doutorado

Tabela 40 – Hábito de leitura: periódicos científicos

Tabela 41 – Tipo de periódico habitualmente lido

Tabela 42 – Área ou especialidade dos periódicos habitualmente lidos

Tabela 43 – Participação em iniciativas de aperfeiçoamento profissional

- Tabela 44 – Razões da não-participação em iniciativas de aperfeiçoamento profissional
- Tabela 45 – Frequência de participação em encontros científicos (últimos 12 meses)
- Tabela 46 – Modalidade dos encontros científicos de que participou
- Tabela 47 – Avaliação dos encontros de que participou quanto à importância para atualização profissional
- Tabela 48 – Existência de disciplinas sobre saúde coletiva ou saúde bucal no curso de graduação
- Tabela 49 – Número de disciplinas sobre saúde coletiva ou saúde bucal ministradas no curso de graduação
- Tabela 50 – Disciplinas sobre saúde coletiva ou saúde bucal ministradas no curso de graduação
- Tabela 51 – Inclusão de debates sobre a inserção do cirurgião-dentista no PSF e no SUS, no curso de graduação
- Tabela 52 – Aspecto da atuação profissional enfatizado no curso de graduação
- Tabela 53 – Espaço da atuação profissional enfatizado no curso de graduação
- Tabela 54 – Estrato do mercado profissional enfatizado no curso de graduação
- Tabela 55 – Atual situação profissional dos informantes
- Tabela 56 – Atuação em mais de uma especialidade
- Tabela 57 – Especialidade em que atua
- Tabela 58 – Espaço de atuação profissional
- Tabela 59 – Média de horas trabalhadas por dia
- Tabela 60 – Satisfação com a área de atuação em Odontologia
- Tabela 61 – Opinião frente à existência de desgaste na atividade profissional
- Tabela 62 – Participação em cooperativa
- Tabela 63 – Proposta de valor para a Unidade de Serviço
- Tabela 64 – Conhecimento da constituição da Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC)

- Tabela 65 – Posição frente à possibilidade de a Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC) fixar o valor da Unidade de Serviço (US)
- Tabela 66 – Conhecimento do Índice de Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos (VRPO) da Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC)
- Tabela 67 – Utilização do índice de Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos (VRPO) na própria clínica diária
- Tabela 68 – Concordância com os valores fixados no índice atual de VRPO
- Tabela 69 – Concordância com a política que estabelece o mesmo índice de VRPO para todas as regiões do país
- Tabela 70 – Foco predominante da atuação profissional
- Tabela 71 – Atuação predominante em clínica particular
- Tabela 72 – Tempo de trabalho dedicado à clínica particular
- Tabela 73 – Atuação predominante no Sistema Único de Saúde (SUS)
- Tabela 74 – Faixa de tempo de trabalho dedicado ao Sistema Único de Saúde (SUS)
- Tabela 75 – Atuação no mercado de elite
- Tabela 76 – Tempo de trabalho dedicado ao mercado de elite
- Tabela 77 – Atuação no atendimento a camadas populares
- Tabela 78 – Tempo de trabalho dedicado ao atendimento ao segmento popular
- Tabela 79 – Sociedade em clínica ou propriedade de clínica
- Tabela 80 – Tipo de clínica de que é proprietário ou sócio
- Tabela 81 – Modalidade de funcionamento da clínica de que é proprietário
- Tabela 82 – Horas semanais dedicadas à clínica
- Tabela 83 – Distribuição percentual aproximada dos tipos de pacientes a que atende na clínica
- Tabela 84 – Média de atendimentos/mês necessários para manter a clínica rentável
- Tabela 85 – Atuação no setor público

Tabela 86 – Número de vínculos no setor público

Tabela 87 – Número médio de horas semanais dedicadas ao setor público

Tabela 88 – Atuação no setor privado

Tabela 89 – Número de vínculos no setor privado

Tabela 90 – Número médio de horas semanais dedicadas ao setor privado

Tabela 91 – Trabalho em regime de plantão

Tabela 92 – Setor em que trabalha em regime de plantão

Tabela 93 – Média mensal de horas de trabalho em regime de plantão

Tabela 94 – Renda individual mensal aproximada obtida com o trabalho em Odontologia

Tabela 95 – Outras fontes de renda

Tabela 96 – Origem de outras fontes de renda

Tabela 97 – Participação em entidades odontológicas

Tabela 98 – Entidades odontológicas de que participa

Tabela 99 – Vínculo com associação ou entidade da especialidade a que se dedica

Tabela 100 – Entidade ou Associação da especialidade a que se dedica com a qual tem vínculo

Tabela 101 – Posição frente à exigência de registro, junto ao CFO, do título de especialista emitido por universidades públicas para atuar profissionalmente

Tabela 102 – Posição frente à substituição do “provão” pelo ENADE, para avaliar o ensino odontológico através dos estudantes

Tabela 103 – Ocorrência de mudanças no padrão ético da relação entre dentista e paciente

Tabela 104 – Recepção de reclamações de pacientes sobre outros colegas dentistas

Tabela 105 – Informação aos pacientes sobre os riscos que envolvem os procedimentos odontológicos

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	27
---------------------------	----

<i>Prefácio</i>	29
-----------------------	----

Capítulo 1 – Considerações preliminares

<i>1. O contexto da formação</i>	35
--	----

<i>2. O contexto da atuação</i>	46
---------------------------------------	----

<i>3. Pesquisas sobre o perfil de profissionais da saúde</i>	50
--	----

<i>4. Os contornos metodológicos do estudo</i>	53
--	----

<i>5. A amostra estudada: composição e características gerais</i>	60
---	----

Capítulo 2 – A formação profissional

<i>1. Graduação</i>	91
---------------------------	----

<i>2. Pós-Graduação lato sensu Residência</i>	95
---	----

<i>3. Pós-Graduação lato sensu Especialização</i>	101
---	-----

<i>4. Pós-Graduação stricto sensu Mestrado</i>	108
--	-----

<i>5. Pós-Graduação stricto sensu Doutorado</i>	113
---	-----

<i>6. A atualização científica</i>	116
--	-----

<i>7. A formação em Saúde Coletiva</i>	126
--	-----

Capítulo 3 – A inserção no mundo do trabalho

<i>1. Situação profissional</i>	135
---------------------------------------	-----

<i>2. Especialidade</i>	135
<i>3. Espaços de trabalho</i>	140
<i>4. Condições de trabalho</i>	140
<i>5. Satisfação com o trabalho</i>	143
<i>6. Atividade em cooperativas</i>	146
<i>7. Remuneração de serviços</i>	149
<i>8. Âmbitos da atuação</i>	156
<i>9. Renda</i>	179

Capítulo 4 – As injunções sociopolíticas

<i>1. Vida associativa e posicionamentos em relação ao exercício profissional</i>	185
<i>2. Questões éticas e relação entre dentista e paciente</i>	201
<i>3. Perspectivas e visão de futuro</i>	212

Capítulo 5 – Considerações conclusivas

.....	215
<i>Referências</i>	225
<i>Anexos</i>	233

Apresentação

“O Cirurgião-Dentista: estudo exploratório sobre Perfil, Formação e Exercício Profissional no Estado da Bahia” é o resultado do investimento realizado pela FAPESB em parceria com o Ministério da Saúde, com base no apoio à pesquisa através do Edital Projeto de Pesquisa PPSUS. A amplitude e a ressonância resultantes da pesquisa expressam o desafio de ultrapassar os obstáculos que são próprios das investigações científicas que envolvem instrumentos cujos dados essenciais a serem coletados estão na dependência do êxito de resposta à aplicação de questionários e ou formulários. Não se pode perder de vista que o presente trabalho envolveu uma amostra de trezentos Cirurgiões-Dentistas informantes.

Organizado em cinco capítulos, este título apresenta um primeiro capítulo que dá sustentação teórica e metodológica fundamentada na literatura científica pertinente, paralelamente à abordagem dos dados gerais e de identificação que caracterizam a amostra. Os demais capítulos que constituem o corpo do estudo tratam da formação profissional, da inserção no mundo do trabalho e da participação sócio-política. Por fim, as considerações conclusivas processam uma síntese dos dados considerados como sendo os mais relevantes. Além desses aspectos são registradas as perspectivas futuras que poderão ampliar e aprofundar os horizontes da presente obra.

Busca-se com as informações contidas nesta publicação e as possíveis interpretações que dela poderão advir, gerar subsídios para os Órgãos Classistas reverem suas práticas e, até mesmo, buscarem a evolução da legislação pertinente; contribuir para a elaboração do planejamento estratégico dos Órgãos que integram os sistemas de educação e saúde pública do estado da Bahia;

oferecer às Instituições de Ensino Superior responsáveis pela formação dos cirurgiões-dentistas, em nível de graduação e de pós-graduação, determinados elementos essenciais à adequação dos currículos às exigências das demandas da sociedade e para a reflexão desta importante categoria, com vistas ao resgate da qualidade e da dignidade do exercício profissional.

Cabe destacar, ainda, que este livro está sendo publicado graças ao apoio assegurado pela FAPESB, uma vez que os Autores foram contemplados pelo Programa Institucional de Apoio à Publicação Científica e Tecnológica, através de edital específico cancelado por esta Fundação.

Roberto Paulo Correia de Araújo

Professor Titular de Bioquímica Oral
Coordenador do Programa de Pós-graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Instituto de Ciências da Saúde – UFBA

Sandra Maria Ferraz Mello

Professora de Ensino Superior – UNIME
Doutoranda do Programa de Pós-graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Instituto de Ciências da Saúde – UFBA

Prefácio

O Cirurgião-dentista: estudo exploratório sobre perfil, formação e exercício profissional no estado da Bahia, obra de autoria dos Professores e Pesquisadores Roberto Paulo Correia de Araújo e Sandra Maria Ferraz Mello, ambos Cirurgiões-dentistas e Professores de Instituições de Ensino Superior, traduz anseios atualizados da classe odontológica no apogeu da sua existência como profissão de SAÚDE, que se exerce em benefício do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto.

A Odontologia, como uma das ciências da saúde, objetiva a prevenção e o tratamento dos problemas da boca e glândulas salivares, incluindo dentes, mucosas, gengivas, ossos, músculos, inervação e vasculatura da face, bochechas, lábios e língua, e devidamente articulada à pesquisa científica e tecnológica, cujo foco é a promoção da saúde do homem na sua integralidade, em harmonia com o meio ambiente.

O desenvolvimento científico crescente e o avanço dos recursos tecnológicos têm contribuído para o surgimento de novas especialidades e consolidação das já existentes: cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais, dentística, disfunção tempomandibular e dor, endodontia, estomatologia, implantodontia, Odontologia legal, do trabalho e para pacientes com necessidades especiais, odontopediatria, ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares, odontogeriatria, patologia bucal e maxilofacial, periodontia, prótese dentária e buco-maxilo-facial, radiologia e saúde coletiva. Como também das chamadas Práticas Integrativas.

Esse quadro, gerador de múltiplas especialidades, tem requerido o desenvolvimento de políticas públicas de saúde integradas e universalistas, ca-

bendo à academia (Universidade Federal da Bahia, entre outras Instituições, representando o Conselho Nacional de Educação/Ministério de Educação e Ministério da Saúde) e aos formadores de opinião (os docentes de nível superior) o estabelecimento de diretrizes moduladoras do processo de formação inicial - a graduação - destes profissionais, o perfil que se busca como produto final dessa formação e, a inserção dos mesmos no mercado de trabalho num contexto sociopolítico e econômico que nem sempre é contemplativo para os seus anseios profissionais, fazendo com que novas modalidades de práticas alternativas e integradoras venham constituir a essencialidade existencial de uma profissão, definidas como um conjunto de possibilidades e necessidades, muitas das vezes mercadologicamente impostas, sem que estes profissionais possam se manifestar ou demonstrarem satisfação por exercê-la.

Por outro lado, as funções e finalidades supervisionais e fiscalizadoras, ética e técnica, definidas em lei e, a serem exercidas pelos Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, definidas pelo artigo segundo da Lei 4.324/64, que orienta e amplia essas prerrogativas para com o zelo e o trabalho pelo perfeito desempenho ético e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente, o que nem sempre é observado ou cumprido pelos integrantes dos Poderes Constituídos, pelos Gestores, pelos Gerentes, pelos Coordenadores de Saúde Bucal, muito menos pelos dirigentes de entidades e operadoras de planos de saúde e pelos responsáveis pelas agências reguladoras, nada sendo feito para que esses profissionais tenham assegurado sua essencialidade existencial. A ausência ou inexistência de políticas públicas de saúde bucal, as baixíssimas remunerações pagas aos profissionais da Odontologia, a interferência e a perda de autonomia imposta a estes profissionais pelas entidades e operadoras de planos de saúde, fazem com que inúmeros profissionais desgostosos dessa atividade profissional, nas suas relações de trabalho, requeiram baixa de suas Inscrições nos Conselhos e venham a se dedicar a atividades outras que não aquelas vinculadas à promoção da saúde, proteção específica e ao bem estar físico do ser humano e da coletividade.

Baseados nos resultados da pesquisa, os Autores chamam a atenção para os relevantes e expressivos serviços que são prestados aos indivíduos e à sociedade pelo Cirurgião-dentista, que demonstram a importância e a necessidade de se conhecer o perfil deste profissional, que atuando em contextos diferenciados, haja vista a extensão do território brasileiro e a diversidade socioeconômica e cultural caracterizadora, encontram fôlego para se manter

atuante num mercado de trabalho altamente competitivo. Impondo-se, a necessidade de realização de pesquisas mais abrangentes em relação ao território nacional, como também àquelas que considerem recortes regionais e ponham em destaque certas especificidades contextuais, por certo contornáveis para assegurar prazer profissional aos Cirurgiões-dentistas.

Os que acessarem esta Obra obterão, portanto, justificativas para o seu existir, justificado por: a literatura científica a respeito do perfil dos profissionais legalmente habilitados ao exercício de determinadas atividades, em particular a Odontologia, ser extremamente escassa, em que pesem levantamentos bibliográficos realizados e a recente pesquisa CFO/ABO/ABENO/Ministério da Saúde; a inexistência de estudos desta natureza efetuados com amostras estratificadas de Cirurgiões-dentistas que exercem suas atividades na cidade de Salvador ou no Estado da Bahia e, o atendimento às demandas sociais e a necessidade de responder com eficiência aos desafios impostos, cotidianamente, pelo SUS, que estão a exigir que se conheça, efetivamente, o perfil atual destes profissionais. Tal conhecimento permite planejar e desencadear políticas de formação e informação que compatibilizem o perfil do Cirurgião-dentista às exigências da sociedade, com a desejada otimização qualitativa dos serviços odontológicos prestados à população. A inserção dos Cirurgiões-dentistas nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é obrigatória nas Unidades Básicas de Saúde, torna iminente a necessidade de investigar de que maneira essa transformação social da Saúde Pública está interferindo no perfil desse profissional com as novas exigências. A determinação do atual perfil do Cirurgião-dentista na cidade de Salvador, sua atuação profissional e sua visão sobre as atuais políticas do sistema de saúde pode efetivamente contribuir para impelir e qualificar melhor a graduação e a pós-graduação destes profissionais.

Quanto às questões éticas, fundamentados nos dados da pesquisa realizada, os Autores destacam: 1) problemas decorrentes das características da agressividade do mercado de trabalho; 2) comprometimentos éticos da profissão ao comportamento individual dos profissionais; 3) mudanças relevantes no padrão ético da relação dentista x paciente, principalmente as relativas à informação, por conseguinte, mais exigentes, propiciando melhor diálogo, além de expressa consciência do exercício de cidadania, com reclamações do profissional que o assiste, inclusive com a interposição de ações com base nos Códigos de Ética Odontológica e de Defesa do Consumidor. Entre os com-

portamentos antiéticos, são destacados: a busca desmedida de lucros exagerados pela cobrança de valores extorsivos, a disputa por pacientes face à concorrência desmedida, tratamentos mal executados, dificuldade de melhor conhecimento dos procedimentos de abordagem dos pacientes por parte dos profissionais mais novos e desconhecimento profissional dos princípios éticos.

Registram-se, ainda, como queixas mais frequentes dos pacientes: falta de pontualidade, dificuldade em marcar consultas, retardo na entrega de trabalhos protéticos, extorsivos valores de remuneração dos procedimentos odontológicos praticados, não-conclusão do tratamento planejado, escolha de procedimentos conflitantes com as necessidades acusadas pelos pacientes e descompasso entre o plano de tratamento e o pagamento dos honorários, dentre outras.

Certamente, esta Obra será de grande valia para estudantes de graduação e pós-graduação, profissionais, gestores e até para leigos. Sua utilidade é inquestionável.

Antonio Fernando Pereira Falcão

Cirurgião-dentista, Mestre e Doutor em Odontologia – UFBA

Professor Associado III – UFBA

Assessor da Presidência e Integrante das Comissões de Ética e Ensino do Conselho Regional de Odontologia. CRO-BA

Capítulo 1

Considerações preliminares

1. O contexto da formação

Voltada para a prevenção e o tratamento dos problemas da boca, incluindo dentes, gengivas, ossos da face, bochechas, lábios e língua, e devidamente articulada à pesquisa científica e tecnológica, a Odontologia integra o elenco de profissões da Área das Ciências da Saúde cujo foco é a promoção da saúde do homem na sua integralidade, em harmonia com o meio ambiente.

O desenvolvimento científico crescente e o avanço dos recursos tecnológicos da Odontologia têm contribuído para o surgimento de novas especialidades e a consolidação de diversas áreas. Dentre elas, destacam-se: cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, dentística restauradora, endodontia, estomatologia, implantodontia, Odontologia legal, Odontologia em saúde coletiva, odontopediatria, patologia bucal, periodontia, prótese dentária, radiologia, Odontologia do trabalho e odontogeriatria.

Frente a esse quadro de avanço científico e tecnológico, gerador de múltiplas especialidades, e a um desenvolvimento de políticas públicas de saúde integradas e universalistas, cabem algumas questões. Como anda o processo de formação inicial – a graduação – desses profissionais, especialmente a do cirurgião-dentista? Que perfil vem sendo buscado nos cursos de formação? Em que contexto sociopolítico e econômico se deve operar para fundamentar a formação inicial nesse novo contexto?

Segundo Haddad (2006), o ensino da Odontologia, na América Latina, caracteriza-se por três fases: a artesanal, a acadêmica e a humanística. A primeira, desenvolvida nas primeiras instituições formadoras, preocupava-se com a estética. A segunda – a acadêmica – corresponde à implantação formal das

primeiras faculdades de Odontologia, com o reconhecimento da necessidade do embasamento das ciências biológicas. No final do século XX, tem início a terceira fase, com a introdução, nos currículos, de conteúdos da área de humanidades.

Assim, em 1982, o Conselho Federal de Educação estabeleceu, com a Resolução nº 4, de 3/9/1982, o conteúdo mínimo dos cursos de Odontologia, com vistas à formação de um profissional generalista, com a introdução de matérias das áreas de psicologia, antropologia, sociologia e metodologia científica. Na realidade, segundo o autor, *“A incorporação de ciências comportamentais e sociais no currículo, considerada uma evolução na educação odontológica, parece não ter sido amplamente entendida na oportunidade.”*

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação propõem uma formação inicial de caráter generalista e humanista, tal como indica a Resolução CNE/CES Nº. 3/2002:

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião-dentista com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Em 2004, foram publicadas as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, veiculadas no documento *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2004)*. Partindo do conceito ampliado de saúde, marcado no Artigo 196 da Constituição de 1988¹ e norteador das mudanças dos serviços nessa área, o documento ressalta a evolução de um modelo assistencial, com foco na doença, para um modelo de

¹ Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

atenção integral à saúde, com a incorporação de ações de prevenção, promoção e recuperação. Nesse último modelo, os serviços e as ações devem partir de um conhecimento dos contextos locais, das pessoas, das suas condições de vida, de suas concepções acerca da saúde, tendo em vista a construção da cidadania:

Assim, as ações e serviços devem resultar de um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade para, a partir disso, construir uma prática efetivamente resolutive. É imprescindível, em cada território, aproximar-se das pessoas e tentar conhecê-las: suas condições de vida, as representações e as concepções que têm acerca de sua saúde, seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem bem como o que fazem para evitar enfermidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 3)

Desse modo, as ações voltadas para o cuidado em saúde bucal devem contemplar os princípios gravados no texto constitucional: universalidade, integralidade e equidade. O documento supracitado também detalha tais princípios em marcos norteadores das ações de saúde bucal, dentre os quais se podem destacar:

- *gestão participativa*: participação das representações de usuários;
- *ética*;
- *acesso universal*: atenção a toda a demanda, expressa ou reprimida;
- *acolhimento*: consideração do usuário em sua integralidade biopsicossocial;
- *vínculo*: oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução;
- *responsabilidade profissional*: práticas profissionais baseadas no respeito à identidade do usuário, no conhecimento do contexto familiar e laboral, com um tempo necessário à escuta e ao atendimento, de modo a criar um contexto de atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais.

Em síntese, as perspectivas advindas do texto constitucional de 1988 redirecionam as políticas públicas, com clara reverberação no campo da Odontologia:

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de políticas públicas saudáveis, o desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. Ações de promoção da saúde incluem também trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 8)

Além disso, as atuais diretrizes encaminham para a compreensão da saúde numa perspectiva sociocultural:

A atenção à saúde bucal deve considerar tanto as diferenças sociais quanto às peculiaridades culturais, ao discutir alimentação saudável, manutenção da higiene e autocuidado do corpo, considerando que a boca é órgão de absorção de nutrientes, expressão de sentimentos e defesa. Os conteúdos de educação em saúde bucal devem ser pedagogicamente trabalhados, preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos na forma de debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios. [...] Estas atividades podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), técnico em higiene dental – THD

(atualmente: técnico em saúde bucal - TSB), atendente consultório dentário – ACD (atualmente: auxiliar em saúde bucal - ASB) e agente comunitário de saúde (ACS) especialmente durante as visitas domiciliares. As escolas, creches, asilos e espaços institucionais são locais preferenciais para este tipo de ação, não excluindo qualquer outro espaço onde os profissionais de saúde enquanto cuidadores possam exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 9-10)

Verifica-se, portanto, a integração do trabalho do cirurgião-dentista na equipe de saúde bucal, redimensionando-se o seu papel:

Considerando a importância de que o trabalho do CD não se restrinja apenas a sua atuação no âmbito da assistência odontológica, limitando-se exclusivamente à clínica, sugere-se cautela no deslocamento frequente deste profissional, para a execução das ações coletivas. Estas devem ser feitas, preferencialmente, pelo THD, pelo ACD e pelo ACS. Compete ao CD planejá-las, organizá-las, supervisioná-las e avaliá-las sendo, em última instância, o responsável técnico-científico por tais ações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 10)

Como era de se esperar, tais diretrizes vêm se refletindo e se materializando nos mais recentes projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia. Como exemplo, vale citar o perfil profissional estabelecido para o Curso de Odontologia da UFMG, cujo objetivo é:

... a formação de profissionais com vivência em diferentes realidades de atendimento odontológico, com ampla visão de saúde bucal e coletiva, com competência para tomar decisões, intervir ao nível das necessidades globais da população, compreender e avaliar as políticas de saúde vigentes e com capacidade de atualizar-se quanto aos conhecimentos inerentes à prática odontológica. Está no

âmbito da prática profissional do Cirurgião-dentista a abordagem da promoção da saúde, da prevenção, terapêutica e reabilitação de pacientes portadores de alterações patológicas que acometem o sistema estomatognático. Em sua prática clínica esse profissional deverá articular os diversos determinantes do processo saúde-doença, e sua inter-relação com a totalidade da vida dos indivíduos, aplicando esse conhecimento, de forma específica, na área da saúde. (UFMG, 2006).

No âmbito do estado da Bahia, é mister considerar a importância histórica da Faculdade de Odontologia da UFBA na formação de cirurgiões-dentistas, pois, durante muito tempo, essa instituição liderou o processo de formação, sendo a única no estado a manter, atualmente, um mestrado em Odontologia de caráter acadêmico.

Constituindo-se como unidade autônoma em 1949 – ao separar-se da Faculdade de Medicina, onde funcionava como curso anexo desde a sua criação, em 1884 –, a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA), atualmente é uma das 32 Unidades de Ensino Pesquisa e Extensão da UFBA, localizada no *campus* do Canela, no Bairro do mesmo nome, em Salvador. Ao longo dos 125 anos de existência do curso, o currículo passou por inúmeras alterações.

O Projeto Pedagógico atual da FOUFBA², datado em 2006, insere-se nessa perspectiva atual de atuação do cirurgião-dentista e incorpora as recentes recomendações do Conselho Nacional de Educação, assinalando como objetivo central do curso de Odontologia: “... *formar um profissional com base ética, humanística e formação científica sólida para a oferta de um serviço de saúde de qualidade para a população brasileira.*”

Assim, a supracitada proposta pedagógica, em consonância com o CNE, considera importante formar o cirurgião-dentista como

... um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de aten-

² Projeto Pedagógico da Faculdade de Odontologia da UFBA, Profª. Ceres Mendonça Fontes, Profª. Regina Cerqueira Wanderley Cruz e Profª. Sônia Cristina Lima Chaves (grupo de trabalho), dezembro, 2006.

ção à saúde, com base no rigor técnico e científico, capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Dentre as definições gerais dessa proposta pedagógica, destacam-se:

- A aproximação precoce do estudante da sua área de interesse. Desde o primeiro semestre, além de cursar componentes curriculares específicos do curso, entremeados com componentes mais gerais, o aluno começa um trabalho externo voltado para trabalhos de educação em saúde e levantamento de condições socioculturais de comunidades.
- A inserção de um componente curricular denominado Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), de modo a permitir a experiência do aluno em trabalho de investigação e produção do conhecimento crítico.

Considerando as atuais políticas de saúde pública, dentre os tópicos referentes às competências e habilidades gerais desejadas para o profissional, nesse projeto pedagógico, são relevantes os seguintes aspectos:

I - O profissional deverá ser capaz de atuar na **atenção à saúde** desde prevenção até a reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo. Tal prática deverá ser realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde;

.....

IV – O profissional deverá estar apto para trabalhar em equipe multiprofissional, assumindo posições de **liderança**, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V – O profissional deve estar apto para fazer o **gerenciamento e administração** tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI – O profissional deve ser capaz de aprender continuamente através da **educação permanente**, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Ou seja, devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, com benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

Já dentre as competências e habilidades específicas, também se verifica a atenção para as atuais políticas de saúde pública:

II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e **comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o**;

III - atuar **multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente** com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV - reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a **integralidade da assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V - exercer sua profissão de forma articulada ao **contexto social**, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

.....

VII - desenvolver **assistência odontológica individual e coletiva**;

VIII - identificar em pacientes e em grupos populacionais as doenças e distúrbios buco-maxilo-faciais e **realizar procedimentos adequados** para suas investigações, prevenção, tratamento e controle;

.....

X - promover a saúde bucal e prevenir doenças e distúrbios bucais;

.....

XIII - **aplicar conhecimentos e compreensão de outros aspectos de cuidados de saúde** na busca de soluções mais adequadas para os problemas clínicos no interesse de ambos, o indivíduo e a comunidade;

.....

XVI - aplicar conhecimentos de saúde bucal, de doenças e tópicos relacionados no melhor interesse do indivíduo e da comunidade;

XVII - participar em **educação continuada relativa a saúde bucal** e doenças como um componente da obrigação profissional e manter espírito crítico, mas aberto a novas informações;

.....

XIX - buscar melhorar a percepção e providenciar soluções para os problemas de saúde bucal e áreas relacionadas e necessidades globais da comunidade.

Mais recentemente, a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) veio a agregar sua contribuição na formação de cirurgiões-dentistas no estado da Bahia, com a criação do curso de Odontologia, reconhecido em 1994.

Outras iniciativas devem ser destacadas no estado, dentre as quais os cursos de Odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), da União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e da Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC), essas três últimas instituições particulares.

Segundo Haddad (2006), a expansão da oferta de cursos de Odontologia por instituições privadas

... foi efetivada no período em que se defendeu um amplo processo de interiorização de faculdades, notadamente nas áreas de humanidades e, especificamente, das licenciaturas. Essa interiorização se deve, antes de mais nada, à política educacional vinculada à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em fins de 1961. Além da liberalização do processo de instalação de faculdades, a nova legislação previu um amparo legal e financeiro à iniciativa privada no campo do ensino. Daí a maior expansão de faculdades ter se verificado na rede particular. Na prática, o critério do mercado de trabalho foi ignorado. A expansão dos cursos de Odontologia já era uma preocupação da então nascente Associação Brasileira de Ensino Odontológico. (p. 383)

Assim, de um modo geral, no que diz respeito à estrutura curricular, os novos cursos de formação vêm incorporando a filosofia e as diretrizes das políticas públicas de saúde do país, por meio de componentes curriculares tanto de natureza básica (Anatomia, Histologia, Bioquímica, Biofísica, Imunologia, Parasitologia, Microbiologia, Patologia, Fisiologia e Farmacologia) e profissionalizante (Clínica, Prótese, Dentística, Escultura/Materiais, Saúde Coletiva, Endodontia, Periodontia, Cirurgia, Odontopediatria, Estomatologia e Implantodontia, dentre outros), como conteúdos de formação humanística assegurados pelas Ciências Sociais. Nos cursos atuais de formação inicial, a formação acadêmica e ética assim como a amplitude das responsabilidades profissionais vêm intensificando a necessidade de um contato permanente com o campo de trabalho, como forma de vinculação ao contexto, de modo a gerar avanços na qualidade. Como essa reforma dos cursos foi deflagrada depois de 2002, grande parte dos profissionais ainda em exercício não tiveram acesso a tais transformações.

A esse respeito, Mello (2009) ressalta a permanência, em cursos de Odontologia, de características que contrariam o novo modelo de formação. Ressalta a autora a permanência, em muitos casos, de um modelo de ensino odontológico que

... é também caracterizado por sua natureza individualista de atenção, pela dominância da especialização, pela seletividade da clientela e pela exclusão de práticas alternativas, contrapondo-se às premissas propostas pelas diretrizes curriculares, segundo as quais os egressos dos cursos de graduação em Odontologia devem possuir forte formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, pautados em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio. (p. 98)

Por outro lado, a evidência de que a Odontologia é uma profissão que utiliza recursos de tecnologia que evoluem rapidamente torna urgente a necessidade permanente de atualização e ampliação dos conhecimentos científicos que fundamentam esses recursos. E isso pode ser materializado em programas de extensão universitária e de pós-graduação em nível de especialização, com desenhos curriculares ajustados e permanentemente atualizados.

Nesse campo, devem ser destacados os programas de formação continuada – com oferta crescente – e os de pós-graduação. De acordo com França-Botelho (2004),

... a educação continuada é uma necessidade imposta pela sociedade da informação, já que a maioria dos conhecimentos adquiridos durante os cursos de graduação torna-se obsoleta num curto espaço de tempo. Profissionais de saúde precisam estar atentos aos avanços técnico-científicos de sua área e de áreas afins, realizando, frequentemente, cursos e participando de eventos científicos. (p.1-4)

É patente, portanto, a necessidade permanente de conhecimento do contexto em que se vem dando a formação inicial e continuada dos cirurgiões-dentistas, em articulação com as diretrizes atuais das políticas de saúde.

Mas igualmente importante, como corolário, é o acompanhamento e a avaliação permanentes das características e alterações em curso no exercício da profissão, bem como as condições e os contextos de trabalho oferecidos ao profissional. E é nesse âmbito que se insere a necessidade de pesquisas que ofereçam um retrato crítico do exercício profissional na atualidade, de modo a se alimentarem as iniciativas de formação continuada e de pós-graduação. E esse constitui um dos objetivos do presente trabalho.

2. O contexto da atuação

O exercício da profissão de cirurgião-dentista é regulamentado pela Lei Nº 5.081, que exige do graduado registro no respectivo Conselho Regional de Odontologia (CRO).

Apesar das iniciativas de diversos órgãos e entidades profissionais na busca de conhecimento sobre as condições de exercício profissional da Odontologia no país, não tem sido frequente a realização de investigações voltadas especificamente para o conhecimento do perfil do cirurgião-dentista e do seu campo de atuação, particularmente em contextos específicos, regionais ou estaduais, como é o caso do estado da Bahia.

Não são desconhecidas as carências de assistência odontológica no Brasil, mormente para grupos sociais menos favorecidos economicamente. Segundo França-Botelho (2004),

... as dificuldades econômicas do Brasil, com recessão e desemprego, têm reduzido o número de brasileiros que podem pagar um atendimento odontológico privado. Quando muito, procuram clínicas particulares, que oferecem um atendimento mais barato e, devido à alta rotatividade, sem a qualidade devida, contribuindo para o desprestígio da profissão. Na grande maioria das vezes, a única opção que a população encontra é o SUS. As pessoas enfrentam filas e outras dificuldades para então receberem um tratamento odontológico muitas vezes básico, que

nem sempre é o suficiente. O que é possível é feito, e muitas necessidades se acumulam (p. 1-4).

A heterogeneidade da qualidade dos serviços profissionais prestados e a competitividade imposta a qualquer preço pelas leis de mercado têm resultado, com frequência, no comprometimento ético e da qualidade do exercício profissional. Superar esse quadro, contudo, só será possível quando o cirurgião-dentista, como categoria profissional, perceber que a solução dos seus problemas não se encontra apenas na boca do seu paciente, mas na efetiva materialização das políticas públicas de saúde dirigidas para a assistência odontológica.

Nicoliello e Bastos (2002), após minuciosa análise da satisfação profissional do cirurgião-dentista conforme o tempo de formado, concluíram que

... há uma relação estabelecida entre o tempo de atuação no mercado de trabalho e a satisfação profissional, estando os profissionais recém-formados mais insatisfeitos, pelo menos em alguns aspectos. Além disso, notou-se que a Odontologia não tem conseguido oferecer a estes novos profissionais tudo aquilo que esperavam enquanto estudantes. Nem mesmo suas atuais aspirações profissionais têm sido realizadas. (p. 69-74)

Os autores concluem que se trata

...de um dado importante, pois, requer análises mais aprofundadas para que se possa averiguar suas causas e as consequências dessa insatisfação para o futuro da profissão. Somente desta forma será possível criar e direcionar ações e programas que venham ao encontro das necessidades destes profissionais. (p. 69-74)

Cabe acrescentar, com certeza, que tais ações e programas devem também ser direcionados para as necessidades da população.

Nesse sentido, a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil a partir da Constituição de 1988 significou, em primeiro lugar, uma vitória do

movimento sanitaria, que, antes da última Constituinte, construiu um novo modelo universalista de atendimento à população, tornando a saúde um direito de todos e um dever do Estado. Anteriormente, a saúde esteve restrita a setores organizados da sociedade, na economia e emprego formais e ligados ao Estado ou a corporações. Aos “desassistidos” restava procurar as instituições beneficentes.

Especialmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, formulou-se um modelo que prevê a cobertura de saúde a todos os cidadãos, independentemente da contribuição previdenciária, e o Estado é compreendido como promotor desse direito. O sistema descentralizado, municipalizado, com a distribuição de responsabilidades por níveis de assistência entre procedimentos de prevenção e de atenção básica de média e de alta complexidade, foi combinado com o controle social, a ser efetivado através de diversos conselhos nos quais a participação dos cidadãos é garantida legalmente. Apesar de o funcionamento e a representatividade de tais conselhos ainda deixarem muito a desejar, é indiscutível o avanço representado pela sua institucionalização.

Também é preciso admitir que, no Brasil, a paulatina efetivação do SUS e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) tiveram um impacto significativo sobre a assistência à população, a formação de recursos humanos e a atuação profissional.

O Programa Saúde da Família (PSF), como política nacional de atenção básica, teve início, em 1994, como proposta do governo federal aos municípios para implementar a atenção básica em saúde. Constitui uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais nesse nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Quanto à reorganização dos serviços de saúde, trata-se de uma estratégia que vai ao encontro dos debates sobre o processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente desde a década de 1970. Valoriza as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral aos usuários, com vistas à superação do modelo anterior, calcado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalar, no excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado.

Em 2006, o Governo Federal, através da Portaria Nº 648 (28 de Março de 2006), estabeleceu o PSF como estratégia prioritária do Ministério da Saúde, para organizar a Atenção Básica, com vistas a *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

A partir desse contexto de mudanças, vários cursos da área de saúde, no país, adotaram, em seu Projeto Político Pedagógico, a tarefa de formar de profissionais para a saúde pública e para o PSF.

Além disso, o impacto dessa política se fez sentir no contexto de atuação dos profissionais, com uma mudança no perfil de empregabilidade de muitos profissionais, atraídos para as carreiras nas equipes de saúde da família, nas unidades básicas de saúde, no planejamento de políticas públicas e na auditoria dos sistemas públicos de saúde.

A participação dos cirurgiões-dentistas nesse âmbito profissional se deu de forma concomitante a uma mudança nos currículos dos cursos de formação, o que permitiu uma reorientação na formação dos egressos e uma reformulação na concepção da saúde tradicionalmente veiculada. De uma concepção mais curativa, individualista, clínica e dirigida para a elite dominante, passou-se para uma concepção mais preventiva, coletiva, social, voltada para a universalização do acesso e a promoção da saúde.

Com a inserção de profissionais da área de Odontologia nas Equipes de Saúde da Família, através do PSF – Programa que lhes reserva um lugar obrigatório nas Unidades Básicas de Saúde –, torna-se essencial analisar de que forma essa transformação social da Saúde Pública, cujos dados publicados dão conta de 21.700 Equipes de Saúde da Família (MS/SAS/DAB, 2008), está interferindo no perfil desse profissional, com as novas exigências. Dados de 2010 (MS/SAS/DAB) demonstram a expansão do PSF através do quantitativo de 30.603 Equipes de Saúde da Família, já implantadas, no território nacional, sendo 1.722 ESF no estado da Bahia.

Nos dias atuais, cabe se questionar qual a visão desses profissionais sobre o sistema e até que ponto se deu a superação da visão curativa, individualista, clínica e elitista – que marcou historicamente a formação e a atuação profissional em Odontologia – em direção à concepção mais preventiva, coletiva e

social, uma vez que grande parte dos profissionais em exercício não passou no seu curso de graduação por currículos que abordassem essa nova perspectiva de inserção social da Odontologia no serviço público.

Ainda hoje, observa-se que as disciplinas eminentemente de saúde pública são marcantes no currículo, embora, no ciclo profissionalizante de clínicas integradas, de cirurgia e das demais especialidades odontológicas, a perspectiva teórica e o treinamento técnico continuam marcadamente voltados para o exercício autônomo, seja com pacientes particulares ou conveniados. A congregação de especialistas em clínicas privadas, de um modo geral, tem como conotação o tratamento odontológico interdisciplinar, condição que parece não ter sido alcançada com a mesma eficácia nos grupos de PSF, cujo referencial básico deve ser a saúde coletiva.

Assim, mais uma vez, torna-se patente a importância do desenvolvimento de pesquisas que permitam uma visão em profundidade do alcance dessas transformações e que possam alimentar a renovação das iniciativas de formação inicial, de formação continuada e de pós-graduação.

3. Pesquisas sobre o perfil de profissionais da saúde

Mesmo considerando, na atualidade, a rapidez das transformações operadas no mundo do trabalho, é essencial ressaltar a importância dos estudos que se voltam para flagrar as novas configurações e as tendências de diversos campos profissionais, mormente aqueles que são substancialmente atingidos pelos avanços científicos, tecnológicos e sociais, como o da Odontologia.

Na área das profissões vinculadas à saúde, cabe destacar algumas experiências relevantes. Há a pesquisa *Perfil dos Médicos no Brasil*, realizada (1996) pela Fundação Oswaldo Cruz, por meio da qual se tornou possível conhecer a situação dos médicos que atuam no sistema de saúde brasileiro, público e privado. Esse estudo permitiu a análise de dados socioeconômicos, sobre formação profissional, acesso à informação técnico-científica, o mundo do trabalho, a mulher no exercício da profissão, participação sociopolítica, dentre outros.

Dado ao caráter abrangente dessa pesquisa – que não aprofundou os dados sobre as diversas especialidades médicas –, em 1999 a Sociedade Brasileira de Pediatria buscou parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, através do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Este Núcleo desenvolve há mais de dez anos, estudos e pesquisas sobre os recursos humanos em saúde, mais especificamente sobre a profissão médica, o que o levou a enfrentar o desafio de traçar o perfil de relevante especialidade médica – a dos radiologistas. Assim, a Pesquisa *Perfil dos Radiologistas no Brasil* (2002) se voltou para aspectos sociodemográficos, aspectos da formação e da atualização técnico-científica, mercado de trabalho, dentre outros.

Ainda nesse âmbito, Koide, Paranhos e Quintela (2004) desenvolveram uma pesquisa intitulada *Análise do perfil profissional na Odontologia*. Seu objetivo foi avaliar as formas de atividade profissional exercida por integrantes do corpo docente de uma Faculdade de Odontologia de uma Universidade da cidade de São Paulo, abordando relações de trabalho, autonomia associativa e empregatícia, formas cooperativas e os planos de assistência a saúde, além de uma análise do perfil profissional.

Facó *et al.* (2005), na pesquisa *O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil*, avaliaram o contentamento desses profissionais na realização de serviços voltados, em sua grande parte, para a prevenção e educação. Esse estudo objetivou analisar o perfil do cirurgião-dentista no PSF, levando em consideração aspectos importantes, como o tipo de trabalho desenvolvido e a satisfação dos profissionais em fazê-lo, a motivação dos dentistas nesse programa e a qualificação profissional. Como pontos negativos, destacaram os baixos salários, as condições inadequadas de trabalho e a falta de vínculo empregatício, o que provoca grande insatisfação nos profissionais. Os pontos positivos incluíram a promoção de ação multidisciplinar (trabalho em equipe) e a delimitação da clientela, com a consequente melhoria de seu acompanhamento.

Quantos cirurgiões-dentistas atuam no Brasil? Como eles se distribuem no país, do ponto de vista geográfico e pelos níveis de formação? Que tipo de exercício profissional desenvolvem? Quanto ganham? Que tendências se revelam no perfil demográfico, na formação científica e no seu mercado de trabalho? Para responder essas questões, o Ministério da Saúde deu início, em agosto de 2008, ao projeto de pesquisa intitulado *Perfil Atual e Tendências*

do Cirurgião-Dentista brasileiro. A pesquisa, desenvolvida de agosto de 2008 a dezembro de 2009, foi promovida pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, Organização Pan-americana de Saúde e Observatório de Recursos Humanos em Odontologia da FO/USP. A ABO Nacional participou do levantamento fornecendo informações e apoiando sua realização, assim como o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e a Associação Brasileira de Ensino Odontológico (Abeno). Os resultados, publicados em Boletim da ABO de 6 de fevereiro de 2010³, apresentam muitos dados importantes como o número de profissionais em atividade no Brasil, sua distribuição geográfica, formação educacional e renda, entre outros, que podem contribuir para o planejamento e implementação de políticas voltadas não apenas para a formação, mas também para o exercício profissional dos cirurgiões-dentistas. Dentre esses dados⁴, destacam-se:

- Em outubro de 2008, existiam 219.575 cirurgiões-dentistas no Brasil, total que representa 20% do montante mundial desses profissionais.
- Destaca-se um aumento do número de registros no CFO em 2007 o que revela um recente reaquecimento da profissão.
- Há uma concentração de 3/4 dos cirurgiões-dentistas brasileiros no Sudeste e Sul do país. O estado de São Paulo tem 1/3 do total de CDs brasileiros.
- A proporção de população por profissional está entre as menores do mundo, com um cirurgião-dentista para cada 838 habitantes.
- Há disparidades regionais relevantes. Há municípios em que a relação é de um cirurgião-dentista para 65.000 habitantes e outros com menos de um cirurgião-dentista para 171 habitantes.
- Há, no Brasil, 197 cursos de Odontologia, com uma concentração de 52% dos cursos na Região Sudeste.
- De 1991 a 2008, houve um crescimento de 137% no total de cursos de Odontologia.

³ <http://www.abo.org.br/>, consultado em 06.02.2010.

⁴ Outros dados serão apresentados no curso deste trabalho, em situação comparativa com os dados obtidos por esta pesquisa, referentes ao estado da Bahia.

Com esses dados, as entidades nacionais da Odontologia e os responsáveis pelos cursos de formação inicial ou continuada adquirem uma ferramenta capaz de apurar, de forma fiel, as tendências do exercício profissional, o que não foi possível com a pesquisa produzida por essas entidades em 2003, pelo fato de ter sido realizada por amostragem (foram ouvidos 614 profissionais). Por isso, ela constitui uma fotografia mais completa do cirurgião-dentista, ao refinar as informações referentes ao total de profissionais que atuam no país, vindo a preencher uma enorme lacuna existente sobre os estudos pertinentes ao quadro geral da profissão no País.

Quanto à formação do profissional da Odontologia, é importante destacar a pesquisa de Pinheiro *et al.* (2009), intitulada “A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão”, cujo objetivo foi de “comentar e discutir a produção acadêmica no Brasil sobre a formação do cirurgião-dentista entre os anos de 1992 a 2005.” Dentre outros achados importantes, esse trabalho constatou que, no período de julho a dezembro de 2005, quando foi realizada a coleta de dados, foram encontrados apenas 13 estudos sobre a formação profissional do CD, a maioria concentrada nas regiões Sul e Sudeste. Constatações dessa natureza fortalecem a convicção sobre a necessidade de estudos voltados para regiões ou contextos específicos.

No caso deste estudo – *O cirurgião-dentista: estudo exploratório sobre perfil, formação e exercício profissional no estado da Bahia* –, o objetivo é o de focalizar, em primeiro plano, dados obtidos com informantes radicados na cidade de Salvador, embora tenham sido incluídos na amostra informantes de algumas cidades do interior do estado da Bahia, uma vez que não existem estudos anteriores dessa natureza para esse contexto.

4. Os contornos metodológicos do estudo

Os expressivos serviços que são prestados à sociedade pelo cirurgião-dentista demonstram a importância e a necessidade de se conhecer o perfil desse profissional, que atua em contextos diferenciados, haja vista a extensão do território brasileiro e a diversidade socioeconômica e cultural que nos caracteriza. Impõe-se, desse modo, tanto a realização de pesquisas mais

abrangentes em relação ao território nacional, como também de pesquisas que considerem recortes regionais e ponham em destaque certas especificidades contextuais.

Esse segundo âmbito de pesquisa, na área de Odontologia, pode permitir caracterizar a inserção dos profissionais dessa área junto às comunidades a que assiste, seu desempenho profissional, seu ajuste ao campo de trabalho, as questões éticas que estão postas e a qualidade do trabalho que desenvolvem no cotidiano.

Segundo Roncali *et al.* (2006), “...levantamentos epidemiológicos são necessários tanto para o conhecimento da prevalência das doenças bucais como para estimar necessidades de tratamento”, o que revela uma já consolidada área de pesquisas epidemiológicas no campo da saúde bucal. Ainda segundo esse autor, “... a partir dos dados coletados podem-se planejar, executar e avaliar ações de saúde, inferir sobre a eficácia geral dos serviços, além de permitir comparações de prevalências em diferentes períodos de tempo e áreas geográficas” (p. 105-114), o que reforça a concepção de que as pesquisas servem para contribuir na melhoria do sistema.

Nesse sentido, compreende-se que uma pesquisa para investigar o perfil do odontólogo, sua atuação profissional e visão sobre a concepção e prática do SUS pode contribuir para impulsionar a graduação e a pós-graduação desses profissionais e verificar o grau de aproximação dos paradigmas do SUS e da saúde pública brasileira. Em consequência, pesquisas dessa natureza podem fornecer subsídios valiosos à definição, implementação e avaliação de políticas públicas para o setor, bem como fornecer subsídios valiosos para a formação inicial e continuada.

Há de se ter em consideração, entretanto, que o estágio atual de conhecimento do perfil do cirurgião-dentista acha-se cristalizado ou vagamente delineado em termos regionais, carecendo, portanto, de um conhecimento atualizado e criteriosamente produzido, para que se possa operar com políticas de formação profissional que contemplem as demandas da sociedade, particularmente em contextos específicos como o Nordeste do País.

Estes fatos justificam a realização de estudos como este, de delineamento do perfil do cirurgião-dentista no estado da Bahia, onde são raras pesquisas dessa natureza e existe um significativo número de profissionais e de cursos de Graduação em Odontologia, entre os quais o curso mantido pela Universidade Federal da Bahia.

Portanto, constituem justificativas para a realização do presente estudo:

- O fato de a literatura científica a respeito do perfil dos profissionais legalmente habilitados ao exercício de determinadas atividades, em particular a Odontologia, ser extremamente escassa, em que pesem os levantamentos bibliográficos exaustivos realizados e a recente pesquisa da ABO/CFO/ABENO - Ministério da Saúde, já mencionada. Ao que tudo indica, inexistem estudos desta natureza efetuados com amostras estratificadas de cirurgiões-dentistas que exercem suas atividades na cidade de Salvador ou no estado da Bahia.

- O atendimento às demandas sociais e a necessidade de responder com eficiência aos desafios impostos, cotidianamente, pelo Sistema Único de Saúde, estão a exigir que se conheça, efetivamente, o perfil atual destes profissionais. Tal conhecimento permite planejar e desencadear políticas de formação e informação que compatibilizem o perfil do cirurgião-dentista às exigências da sociedade, com a desejada otimização qualitativa dos serviços odontológicos prestados à população.

- A inserção dos cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde da família através do Programa de Saúde da Família (PSF) – que lhes reserva um lugar obrigatório nas Unidades Básicas de Saúde –, torna iminente a necessidade de investigar de que forma essa transformação social da Saúde Pública está interferindo no perfil desse profissional com as novas exigências. A determinação do atual perfil do odontólogo na cidade de Salvador, sua atuação profissional e sua visão sobre as atuais políticas do sistema de saúde pode efetivamente contribuir para impelir qualificar melhor a graduação e a pós-graduação desses profissionais.

A natureza dos dados a serem obtidos bem como a densidade científica desejada motivaram a escolha associada de duas modalidades de investigação o *survey* e a pesquisa bibliográfica.

De acordo Yin (2001), o *survey* tem como estratégias de investigação o levantamento de dados, a formulação de questões de forma significativamente objetiva – quem, o que, onde, quantos, quanto –, centralizando o foco em acontecimentos contemporâneos. Esse pesquisador enfatiza que há possibili-

dade do uso de mais de uma metodologia para uma questão ou para investigar um fenômeno. Ao mesmo tempo, uma determinada metodologia contém, no seu interior, instrumentos de pesquisa.

Faz-se necessário, do ponto de vista metodológico, entretanto, distinguir a pesquisa *survey*, ou pesquisa de levantamento, da modalidade estudo de caso, objeto principal dos estudos de Babbie (1999), uma vez que a pesquisa de levantamento de dados trabalha com coleta de dados de uma população ou amostra abrangente e representativa. Já o estudo de caso busca, inicialmente, o entendimento abrangente de um só caso idiossincrático. Se a maioria das pesquisas procura limitar o número de variáveis consideradas, o estudo de caso tenta maximizá-lo. Em última análise, o estudo de caso, busca, tipicamente, conhecimentos geralmente aplicáveis além do caso estudado, embora, por si só, o estudo de caso não garanta essa generalização, de acordo com Babbie (1999). O estudo de caso “... *consiste na observação detalhada de um contexto ou indivíduo, de uma única fonte de documento ou de um acontecimento específico*”, conforme Marriam apud Boaventura (2004). A implementação desse tipo de pesquisa permite a apropriação de informações coletadas em entrevistas, de caráter estruturado, semiestruturado ou pouco estruturado.

O estudo de caso procura uma generalização analítica, uma generalização teórica, diferentemente do levantamento ou do experimento que buscam uma generalização estatística. Logo o estudo de caso, de acordo Yin (2001), não é uma abordagem que trabalha com amostragem, e o seu caso, ou os casos, servem para “*fazer uma análise generalizada, e não particularizada*”, conforme se pretende durante o desenho do perfil do profissional que se deseja determinar.

Ao distinguir o estudo de caso da pesquisa *survey*, Babbie (1999) registra que a pesquisa de levantamento de dados trabalha com coleta de dados de uma população ou amostra abrangente e representativa, enquanto o estudo de caso se dedica a um caso apenas ou a poucos casos.

O *survey* pode abordar tanto aspectos quantitativos como qualitativos. Segundo Godoy (1995), os aspectos quantitativos estão presentes numa pesquisa quando “... *o pesquisador conduz seu trabalho a partir de um plano estabelecido a priori, com hipóteses claramente especificadas e variáveis operacionalmente definidas. Preocupa-se com a medição objetiva e a quantificação dos resultados. Busca a precisão, evitando a distorção na etapa de análise e interpretação dos dados.*” Ainda segundo esse autor,

De maneira diversa, a pesquisa qualitativa não procura enumerar ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões e focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação de estudo. (p. 58)

Já pesquisa bibliográfica é feita com fontes secundárias. Nela, segundo Boaventura (2004), “... o pesquisador não é um simples consulente de livros e revistas na biblioteca. É um operador decidido em busca de fontes”. Essa busca de fontes serve para relacionar os dados da pesquisa de campo com aqueles obtidos pela pesquisa documental. Na pesquisa bibliográfica, ter-se-á a oportunidade de conhecer o que foi escrito e debatido sobre o referencial teórico da pesquisa, permitindo um trabalho circunstanciado, segundo Lavillé e Dione (1999).

Em se tratando de pesquisa *survey*, o instrumento de coleta de dados é de natureza mista, ou seja: questionário-formulário. Neste estudo, a construção do instrumento teve como referencial o modelo utilizado para determinar o *Perfil dos Médicos Radiologistas no Brasil*, realizado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia, Ministério da Saúde, e a Fundação Oswaldo Cruz através da Escola Nacional da Saúde Pública (2002), devidamente adaptado para a categoria profissional de cirurgião-dentista. Assim, foi utilizado, como instrumento para a coleta de dados, um questionário com questões fechadas combinado com questões abertas ou subjetivas (ver Anexo I).

Neste estudo, inicialmente, o desenho do perfil profissional do cirurgião-dentista tinha como abrangência um determinado território (Salvador) num determinado espaço de tempo (2007), e envolvia coleta de dados sobre sua participação sociopolítica, formação acadêmica, visão ética, atualização científica e inserção no mundo do trabalho, particularmente nos serviços de saúde pública, dentre outros. A intenção também era de identificar a visão dos cirurgiões-dentistas sobre o sistema de saúde, para analisar se ela está mais ligada à concepção curativa, individualista, clínica e elitista ou à concepção preventiva, coletiva, social, voltada à universalização do acesso e à promoção da saúde, conforme é preconizado pelo SUS.

A esse propósito, a Abeno (2006) se reportando às DCN, registra que não se podem perder de vista as características do profissional a ser formado, isto é, a necessidade da preparação para atuação profissional, de modo a tornar o futuro cirurgião-dentista apto a:

... desenvolver trabalho preventivo; atuar em grandes centros urbanos e/ou pequenas localidades; realizar trabalho autônomo ou assalariado; atuar considerando os aspectos humanísticos e éticos, e não apenas seu preparo técnico científico; planejar e administrar serviços de saúde, públicos e privados; demonstrar capacidade de liderança e ter participação ativa na comunidade; propor planos alternativos de tratamento, de acordo com a condição sócio-econômica do paciente; racionalizar o trabalho; delegar funções para auxiliares; usar informática e fazer pesquisas (coletar e analisar dados, publicar relatórios científicos).

Em consonância com essas características desejadas para o profissional, o instrumento foi constituído por quatro blocos:

Bloco I - Identificação do profissional.

Bloco II - Formação profissional.

Bloco III - Mundo do trabalho.

Bloco IV - Participação sociopolítica.

Nessa direção, os dados necessários à realização do estudo ora proposto, após os procedimentos de levantamento de dados em campo, foram objeto de tratamento estatístico, análise e interpretação, de acordo com os instrumentos preconizados pela metodologia científica para o *survey*.

O instrumento elaborado considerou, portanto, os objetivos delineados no Projeto:

1. Determinar a identificação profissional de Cirurgiões-dentistas que exercem suas atividades profissionais na Cidade de Salvador, Bahia, no ano 2007.

2. Investigar a visão desses cirurgiões-dentistas sobre o Sistema de Saúde, para verificar se ela se vincula mais à concepção curativa, individualista, clínica e elitista, ou à concepção preventiva, coletiva, social, voltada à universalização do acesso e à promoção da saúde.
3. Obter dados sobre a formação e a atualização profissional desses profissionais.
4. Determinar os espaços de inserção profissional ocupados pelos informantes.
5. Determinar o seu grau de participação sociopolítica.
6. Determinar o grau de participação dos profissionais nas atividades no Sistema Único de Saúde (SUS), na Cidade de Salvador.

Os trabalhos de pesquisa – cujo projeto foi intitulado “Determinação do Perfil dos Cirurgiões-dentistas que exercem suas atividades profissionais na Cidade de Salvador, Bahia, no ano 2007” – foram desenvolvidos, a partir de 2007, pelo Grupo de Pesquisa no Laboratório de Bioquímica Oral do Departamento de Biofunção do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia⁵, com o apoio institucional da FAPESB e do CRO-BA.⁶

A expectativa é de que os resultados deste estudo possam permitir uma maior compreensão do exercício desse profissional de saúde na cidade de Salvador, e na Bahia, e gerem consequências tais como:

- a) reformulações e adaptações dos currículos dos Cursos de Graduação em Odontologia com vistas a adequá-los à realidade contemporânea do exercício da

⁵ Grupo coordenado pelo Prof. Roberto Paulo Correia de Araújo, atualmente Professor Titular do ICS-UFBA e detentor do título de Livre Docente em Odontologia, que contou (na fase de construção do instrumento de coleta de dados) com a colaboração do Prof. Assistente da UFBA, Penildon Silva Filho, à época Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia e integrante do Grupo de Pesquisa Política e Gestão em Educação, ambos cadastrados no CNPq, atualmente, Professor Adjunto do ICS e Diretor do IAT.

⁶ À época, foi estabelecida parceria com o Conselho Regional de Odontologia – BA, através do Dr. Paulo César de Alcântara Ribeiro (à época presidente), para a liberação das listas de dentistas inscritos no conselho no estado da Bahia para o sorteio aleatório da amostra e a colaboração para remessa de parte dos formulários e foi obtido apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), através do Programa PPSUS

Odontologia interdisciplinar voltada efetivamente para os interesses da coletividade;

- b) motivação para a criação de novas concepções curriculares em nível de pós-graduação, que visem ao fortalecimento das políticas de saúde bucal;
- c) o estímulo à educação continuada de egressos para o desenvolvimento do trabalho preventivo, a atuação em grandes centros urbanos e (ou) pequenas localidades, tendo em consideração os aspectos humanísticos e éticos, o planejamento e administração dos serviços de saúde, públicos e privados, com ênfase ao SUS, bem como a proposição de planos alternativos de tratamento, de acordo com a condição socioeconômica da comunidade;
- d) a construção coletiva de programas e campanhas de promoção de saúde bucal voltados ao interesse regional das diversas comunidades, devidamente articulados com as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde.

Além disso, os dados tratados e avaliados em cada etapa da pesquisa poderão ser de interesse de diversos setores da sociedade organizada, dentre os quais se destacam: Ministério da Saúde – Governo Federal, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Secretarias Municipais da Saúde do Estado da Bahia, particularmente a Secretaria de Municipal de Saúde de Salvador, Instituições de Ensino Superior, em particular as Universidades Públicas e os Órgãos Classistas dentre os quais, os Conselhos Federal e Regional de Odontologia, a Associação Brasileira de Odontologia – Secção Bahia, e o Sindicato dos Odontologistas do Estado da Bahia.

5. A amostra estudada: composição e características gerais

Constituição da amostra

A amostra na qual o estudo se baseia é constituída de 300 profissionais em efetivo exercício, o que corresponde a cerca de 4% do total do estado da Bahia.

Por ocasião da concepção do projeto de pesquisa intitulado *Determinação do Perfil dos Cirurgiões-Dentistas que exercem suas atividades profissionais na cidade de Salvador, Bahia - 2007*, seguida de construção da proposta, submissão ao financiamento pelo Programa PPSUS/FAPESB e aprovação da mesma pela

FAPESB, foi consolidada a metodologia científica alicerçada na modalidade de pesquisa bibliográfica e de pesquisa de levantamento de dados ou pesquisa *survey*, que também contempla como estratégia de investigação, a centralização do foco em acontecimentos contemporâneos.

Tratando-se, portanto, de pesquisa *survey*, o instrumento de coleta de dados indicado foi de natureza mista, ou seja, questionário-formulário. A construção desse instrumento teve como referencial, como já foi mencionado, o modelo utilizado na determinação do “Perfil dos Médicos Radiologistas no Brasil”. Assim, sua elaboração considerou variáveis independentes e nominais, ordinais, intervalares e de razão.

O sistema de amostras aleatórias, tal como foi estabelecido preliminarmente para a pesquisa em pauta, permite que se efetuem investigações, inclusive nacionais, entrevistando-se um número de informantes em bases científicas, com vistas à projeção de resultados para outras populações. A partir desse quadro de referência e do número de Cirurgiões-Dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia – Bahia foi possível estabelecer a amplitude de uma amostra que tivesse uma margem de erro cientificamente aceitável.

O estado da Bahia contava na época, com 7.439 cirurgiões-dentistas, sendo 3.834 em Salvador e 3.605 no interior, em efetivo exercício (CFO, 2008). Ao se considerar uma população estimada em 13.070.250 de habitantes no estado da Bahia (IBGE, 2007), ter-se-ia um cirurgião-dentista para 754 cidadãos na capital e um para 2.823 nas demais cidades do interior do estado, tendo-se em conta a densidade demográfica de 10.177.625 habitantes. Dados do CFO, 2010, expressam a acentuada evolução deste quadro, ou seja: registro de 8.477 profissionais no estado da Bahia. Considerada a estimativa populacional realizada pelo IBGE para 2007 podem ser admitidas as seguintes proporções: na capital, um cirurgião-dentista para 679 habitantes e um para 2.413 nas demais cidades do interior, o que revela crescente adensamento deste tipo de profissional. Para este estudo, foi estabelecida, inicialmente, uma amostra de 4% do total de profissionais estabelecidos na cidade do Salvador, ou seja, 154 cirurgiões-dentistas.

Estruturado no decorrer do segundo semestre de 2007, os primeiros questionários-formulários deste estudo foram distribuídos no início do ano de 2008. Essa etapa se prolongou até o primeiro trimestre de 2009. No decorrer desse período, foi enfrentado o desafio de sensibilizar os cirurgiões-dentistas,

sorteados aleatoriamente, com base no registro profissional no CRO-BA, para que respondessem o questionário. Os resultados obtidos se configuraram como desanimadores, tamanha foi a falta de disponibilidade dos informantes em responder, ou em devolver o instrumento devidamente respondido, apesar do compromisso de colaboração assumido. Essa constatação preocupante foi contornada com o aumento da amostra para 300 respondentes, face à possibilidade concreta de ampliação para o interior do estado. Mais uma vez, o sorteio aleatório não demonstrou a eficácia desejada. Por fim, deliberou-se por cumprir essa meta solicitando a participação de cirurgiões-dentistas em diversas oportunidades, dentre as quais a presença em cursos de extensão ou de especialização, em reuniões convocadas pelo Conselho e Associações de Classe e no exercício do magistério nos cursos de graduação em Odontologia situados no estado da Bahia. Cabe ressaltar que a amostragem não teve a intenção em alcançar todos os municípios baianos e sim os profissionais que se dispuseram a responder o instrumento de coleta de dados.

Dessa forma, a amostragem deixou de ser aleatória, passando a ser uma amostragem por conveniência e por voluntariado, condição que justifica plenamente a consulta aos 300 informantes.

A partir deste marco, a pesquisa em pauta passou a ter o seguinte título provisório: “O Perfil do cirurgião-dentista que exerce suas atividades profissionais na cidade de Salvador e em outros municípios do estado da Bahia”. Concluída a coleta dos dados, analisados e interpretados os primeiros resultados, a pesquisa recebeu seu título definitivo: *O Cirurgião-Dentista: perfil, formação e exercício profissional no estado da Bahia. Um estudo exploratório.*

Almeja-se, a partir da análise dos dados, aqui apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, colocar em disponibilidade as alterações ocorridas com os profissionais Cirurgiões-Dentistas, mais especificamente na última década, tais como interesse despertado pelo setor público, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que modificou o modelo do profissional antes apenas dedicado ao setor privado, e as mudanças no mercado de trabalho em decorrência do crescimento do número de novos profissionais formados a partir da expansão do número de faculdades, a concentração nos grandes centros, a proliferação dos planos de saúde e cooperativas, entre outros.

Desse modo, este estudo envolve informações sobre dados sociodemográficos, formação técnico-científica e elementos mercadológicos, considerando o atendimento, a qualidade, as condições de trabalho, a remuneração

neração, a relação entre profissional e paciente, a participação sociopolítica e o exercício do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde (SUS).

A seguir, são apresentadas algumas características da amostra constituída para este estudo.

A maioria feminina

Dos 300 respondentes do questionário, 38 % eram do sexo masculino e 61,3% do sexo feminino, conforme se apresenta na Tabela 1.

Tabela 1 – **Identificação profissional: gênero**

Sexo	N	%
Masculino	114	38,0
Feminino	184	61,3
Sem resposta	2	0,7
Total	300	

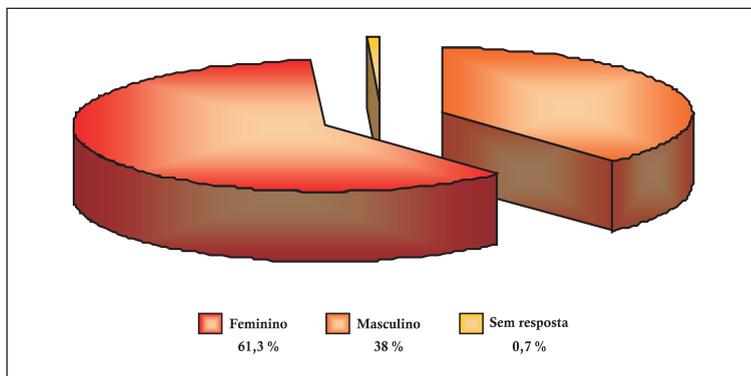


Figura1 – **Identificação profissional: gênero**

Esses dados confirmam uma tendência já verificada no Brasil: as mulheres, em maior número, não apenas estão concluindo os cursos de Odontolo-

gia, mas estão suplantando o número de homens em exercício, principalmente no Nordeste. Já em 1998, a revista *Odontologia Brasil* constatava:

Lá se vão os tempos em que os homens davam o tom da profissão de cirurgião-dentista. A cada ano mais mulheres e sempre ainda bem jovens entram no mercado de trabalho através da Odontologia. Num quadro de 146.550 profissionais atuantes no país, numa média nacional de idade de 40 anos, temos 73.784 homens, com uma média de 44 anos, superior a média nacional, enquanto o universo feminino representa 72.766, com média de apenas 33 anos, quase dez anos menos que a idade média nacional.

E continua:

Hoje, formam-se mais mulheres do que homens e elas saem das faculdades bem mais jovens que seus colegas masculinos, quando formados no mesmo ano. Existem mulheres com idade abaixo de 20 anos, enquanto os homens nas mesmas condições são pouquíssimos. [...] no nordeste, considerado uma região tipicamente machista, o domínio da mulher é bastante significativo, tendo concentração maciça de profissionais mulheres.

Em 2005, os dados coletados na pesquisa “**Perfil do Cirurgião-Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Estado de Pernambuco**”, coordenada por Macedo *et al.* (2007) publicados na revista *Ciência e Saúde Coletiva para a sociedade*, confirmam essa tendência:

Dos 115 CD que responderam ao questionário, 70,4% são do sexo feminino, mostrando que o quadro denominado de feminilização na profissão odontológica, observado em diversos estudos, também está presente na ESF de municípios do estado de Pernambuco. Além do que, a pesquisa realizada por Haddad *et al* revela que 65,3% dos concluintes no curso de Odontologia no Brasil são do sexo feminino, o que, por sua vez, remete a uma realidade nacional de feminilização da profissão.

Cabe uma reflexão sobre essa tendência à feminilização das diversas profissões, especialmente na área de saúde, particularmente na Odontologia. Nesse sentido, dentre a literatura produzida sobre o tema, vale referir o trabalho intitulado *A força do trabalho feminino na Odontologia, em Araçatuba – SP*, de Suzely Adas Saliba Moimaz (2003). Nesse trabalho, a autora entrevistou 100 cirurgiãs-dentistas da cidade de Araçatuba (SP), formulando algumas constatações: 87% disseram não ser a principal fonte de renda de sua família; 38% possuem renda mensal inferior à R\$ 1.500,00; 44% afirmaram que a renda obtida com o exercício profissional não é suficiente. E, embora 78% consideram-se satisfeitas com a profissão, suas principais queixas diziam respeito à baixa remuneração que a profissão lhes proporciona e à saturação do mercado de trabalho. Assim, embora a maioria das entrevistadas declare estar satisfeita com a profissão, os problemas financeiros, de saúde e as queixas motivam a não-recomendação da profissão para o filho. Quanto à realização de cursos de pós-graduação, a autora afirma:

Dentre as que realizaram cursos de pós-graduação (85%), verificou-se que as áreas de maior preferência são a Odontopediatria, com 42%, depois a Cirurgia com 25% e a Dentística com 22%, o que confirma os achados de “Silveira, Córdon (1984)”. “Stewart, Drummond (2000)” e “Du (1983)” relataram que as mulheres preferem as áreas nas quais existe um maior campo de oportunidades para que elas possam propalar suas características tais como delicadeza, paciência e serviços que requerem habilidades manuais. Devido à necessidade de se buscarem alternativas para o aumento da renda mensal, as profissionais atualmente partem para a realização de mais de uma especialização, tendo 32% das entrevistadas duas especialidades, sendo na maioria delas associada à Dentística ou Endodontia.

Na publicação *Women & Dentistry Reports - A Global Dialogue* (2001) — onde são apresentados dados e análises sobre a inserção feminina em diversos países (Austrália, Estados Unidos, Bulgária, China e Índia) — Erica Migliorati apresenta dados significativos sobre a participação feminina na Odontologia em São Paulo. Ela informa que, na maior cidade brasileira, a

quarta do mundo, com uma população de cerca de 18 milhões de habitantes, onde está concentrada a maioria dos dentistas (dos 154 mil dentistas no Brasil, aproximadamente 54 mil estão em São Paulo), há um contingente de 27.439 mulheres e 26.435 homens. Acrescenta ainda outro dado significativo: dentre os dentistas com menos de 30 anos, mais de 60% são mulheres; entretanto, dentre aqueles com mais de 50 anos, apenas 4% exercem a profissão, pois 885 são mulheres e 19.586 são homens. Ela conclui que o interesse das mulheres pela Odontologia vem crescendo, aproximando-se de uma relação de 3:1.

Vale ainda referir o artigo de Rabello, Godoy e Padilha (2000) *Por que a Odontologia se transformou numa profissão de mulheres?* Esse estudo teve por objetivo identificar os fatores que levaram a Odontologia a transformar-se numa profissão com predomínio de profissionais do sexo feminino. Os autores analisam historicamente a identidade feminina, pontuando as condições que produziram a universalidade do domínio masculino nesse campo de trabalho e ressaltando a influência da hegemonia patriarcal. Concluem que esse processo de transformação está vinculado a uma série de fatores econômicos e culturais e corresponde à recente busca pela igualdade de direitos sociais.

Cabe ainda referir os dados da pesquisa *Pesquisa Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro* (CES-MEC e CFO, 2010), cujos dados, coletados de agosto de 2008 a dezembro de 2009, revelam que as mulheres são maioria na profissão em 25 dos 27 estados brasileiros. Há 40 anos, elas eram 10% do total e, hoje, esse percentual é de 56% no país. Na realidade pesquisada neste estudo, esse percentual sobe para 61,3%.

Finalmente, Mello (2009) em seu estudo sobre o exercício da docência por parte de cirurgiões-dentistas, encontrou uma predominância do sexo feminino (58,8%) sobre o masculino (41,1%) (p. 115).

Assim, vários estudos têm flagrado a tendência à feminilização no setor saúde, especialmente na Odontologia, fenômeno que se situa aproximadamente após a década de 60 do século passado – o que corresponde a mudanças verificadas na estrutura produtiva do capitalismo e o advento da força dos movimentos sociais registrada nesse período. Os dados do presente estudo corroboram essa tendência no estado da Bahia.

Profissionais de meia idade e a tendência para os mais jovens

Dos 300 respondentes do questionário, a maioria se concentra nas faixas entre 31 e 50 anos: 57,6%. Destaca-se, que entre as faixas extremas de idade (20 a 30 anos e 51 a 60), há uma clara predominância de jovens (21%) sobre profissionais acima de 60 anos (11,3%). Trata-se de uma distribuição que tende à normalidade, com uma tendência maior de concentração no extremo correspondente a menores idades em relação ao de maiores idades. (Ver Tabela 2)

Tabela 2 – Faixa etária dos informantes

Idade	N	%
20 a 30	63	21,0
31 a 40	112	37,3
41 a 50	61	20,3
51 a 60	34	11,3
mais de 60	7	2,3
Sem resposta	23	7,7
Total	300	

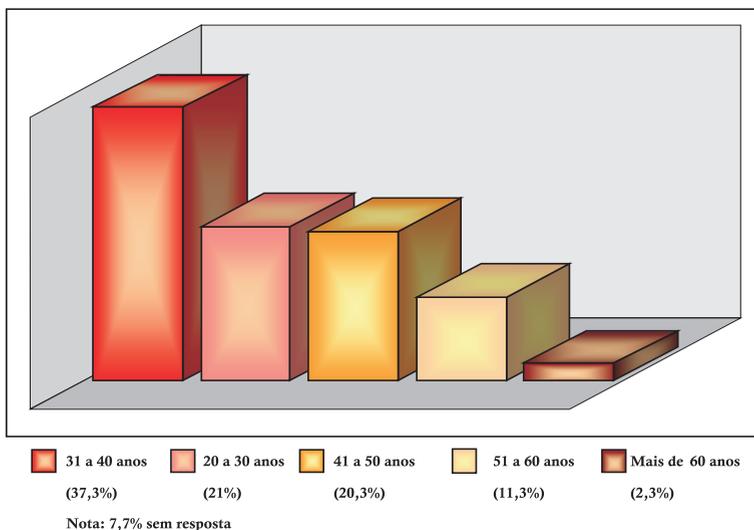


Figura 2 – Identificação profissional: faixa etária

Esses dados são compatíveis com os da Pesquisa *Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro* (CES-MEC e CFO, 2010), que encontrou 55% dos cirurgiões-dentistas brasileiros com idade menor de 40 anos. No caso deste estudo, nessa faixa de idade, foram encontrados 58,3 % dos profissionais da amostra. Também se verificou uma comparabilidade entre os dados nacionais e os desta pesquisa quanto à tendência ao aumento dos mais jovens na profissão: nacionalmente, 25% têm menos de 30 anos; nesta pesquisa, 20% estão nessa condição.

Vale ressaltar que a tendência a uma crescente inserção de jovens na Odontologia foi encontrada por Mello (2009), no que se refere à docência. Segundo a autora, “a força de trabalho docente é jovem (65,7%) apresentam em média, 36 anos de idade.” (p. 115).

Os dados também podem indicar, além da curva normal de inserção dos profissionais no mercado de trabalho, a idade de 60 anos como o início da perspectiva de aposentadoria. Além disso, esses dados podem ser associados ao progressivo e gradual envelhecimento da população brasileira.

De certa forma, esses resultados também são compatíveis com os obtidos na pesquisa de Nunes e Freire (2006), “Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público”, na qual foi constatada uma média de idade de cirurgiões-dentistas da ordem de 41,3 anos, além da predominância feminina (67,8%).

Maioria de casados

É evidente a superioridade do número de informantes casados (53%) em relação às demais situações, dentre as quais sobressai o percentual de solteiros (34%).

Os dados não permitem verificar se a categoria “casado” está incluindo os casamentos oficiais e as uniões consensuais, o que poderia ser verdade frente à não-indicação na categoria “outros”. Alguns paralelismos entre a situação encontrada podem ser feitos. Segundo notícia oficial do IBGE (2009), na década de 40 do século passado, mais da metade das pessoas (51,6%) com 10 anos ou mais eram solteiras, enquanto que, em 2000, esse percentual caiu para aproximadamente um terço (38,5%) da população nessa faixa. Ou seja, verifica-se, demograficamente, uma tendência à diminuição do número de solteiros.

No sentido contrário, os casados cresceram de 42,2% para 49,5% da população nesta faixa de idade, e os desquitados e divorciados de 0,2% para 4,1%. O percentual de viúvos caiu de 5,9% para 4,1% neste período [...]. Uma característica revelada pelo Censo de 2000 foi o aumento das uniões consensuais, fato não investigado em 1940. A maior proporção de casados, em 1940, estava no Sudeste (44,6%), enquanto 60 anos mais tarde, o Sul tinha a maior proporção (54,6%).

Tabela 3 – Estado civil dos informantes

Estado Civil	N	%
Solteiro	102	34,0
Casado	159	53,0
Viúvo	5	1,7
Desquitado/divorciado	32	10,6
Outros	0	–
Sem resposta	2	0,7
Total	300	

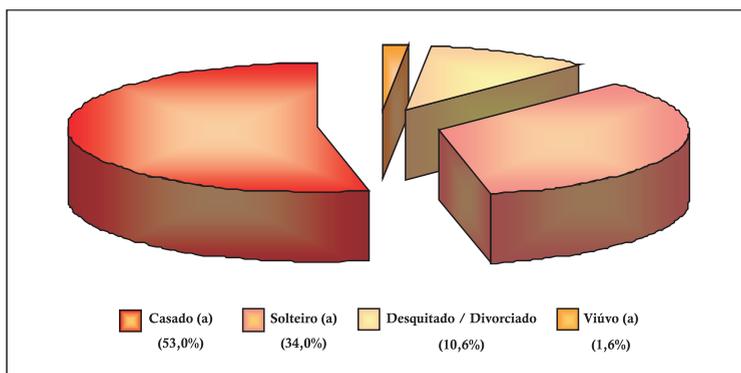


Figura 3 – Identificação profissional: estado civil

Assim, o percentual de 34% de solteiros parece ser compatível com a tendência de decréscimo desse estado civil na população em geral, ao mesmo tempo em que tende a aumentar a proporção de casados. Na amostra deste estudo (2007), os casados representam 53%, dado comparável ao percentual de 54,6% verificado para a população total em 2000.

É preciso destacar também que a maioria de casados (53%) é compatível com a as faixas de 31-40 e 41-50 anos, onde se situa a maioria dos informantes (57,6%).

Autoidentificação de cor

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2007) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007) e divulgadas em parceria com a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia, autarquia da Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia, cerca de 62,9% da população baiana era composta por pardos, 20,8% de brancos, 15,7% de pretos, 0,6% de amarelos e indígenas. Assim, a Bahia se configura como o estado com a maior proporção de pretos e pardos do país, de 78,6%.

Na amostra desta pesquisa, o quadro se mostra diferenciado, como pode ser verificado na Tabela 4.

Tabela 4 – Autoidentificação de cor dos informantes

Cor	N	%
Branca	170	56,7
Preta	3	1,0
Parda	112	37,3
Amarela	8	2,7
Indígena	0	–
Sem resposta	7	2,3
Total	300	

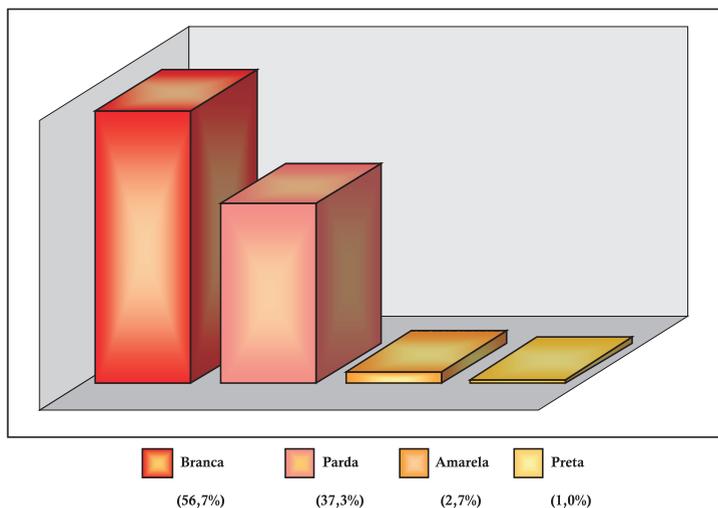


Figura 4 – Autoidentificação de cor dos informantes

Comparando-se os percentuais obtidos na pesquisa com os do PNAD, tem-se:

Tabela 4-A – Comparação de dados sobre cor: Pesquisa e PNAD

Cor	% Amostra da Pesquisa	% População do estado - PNAD
Branca	56,7	20,8
Preta	1,0	15,7
Parda	37,3	62,9
Amarela	2,7	0,6
Indígena	0	

Algumas observações podem ser feitas a partir desses dados. Num estado da Federação em que a presença de pretos e pardos é uma evidência incontestável (78,6%), o percentual de 56,7% de informantes que se declararam brancos merece destaque, ao lado do percentual de 1% dos que se declararam pretos.

Dados do IBGE (2007) revelam que, *entre os Censos de 1940 e 2000, o número de pessoas autodeclaradas pardas aumentou de 21,2% para 38,5%, o que pode ser reflexo do processo de miscigenação racial, ou da consciência que as pessoas estão adquirindo sobre esse processo. Por outro lado, as pessoas que se autodeclararam como brancas, em 1940, representavam 63,4% da população e, de acordo com o Censo 2000, houve redução para 53,7%. Também decresceu a proporção de pretos (14,6% para 6,2%). Houve grande ganho populacional para as pessoas que se autodeclararam pardas, de 21,2% para 38,5%. Para o Nordeste, foi observada, em 1940, a maior proporção de pretos do País (19,6%). Essa tendência manteve-se também em 2000, entretanto, a proporção caiu para o patamar dos 7,7%.*

Em relação às constatações desta pesquisa, referentes à autodeclaração de cor, algumas hipóteses podem ser levantadas. A primeira é que o Curso de Odontologia esteja sendo realizado predominantemente por uma elite branca e, em contraposição, o acesso de pretos seja ínfimo.

A esse respeito, é importante mencionar os resultados de pesquisa realizada por Brandão e Marins (2005) na Universidade Federal Fluminense (UFF), com o objetivo de conhecer o perfil étnico-racial dos alunos inscritos nos cursos de graduação da instituição. Neste mesmo ano, a variável “cor ou raça” foi introduzida no questionário da pesquisa socioeconômica feita com os candidatos ao vestibular da Universidade Federal Fluminense, e os dados evidenciam uma super-representação dos brancos na UFF e a concomitante sub-representação dos pardos e, mais ainda, dos pretos, em relação à sua presença no Estado do Rio de Janeiro. Entretanto, essa profunda diferença não diz respeito apenas à quantidade, uma vez que ela tem origem na escolha dos cursos em função da maior ou menor disputa por vagas. Assim, a pesquisa constata que pretos e pardos têm pequena taxa de aprovação no geral, e uma taxa menor ainda quando se trata dos cursos mais disputados.

No tocante ao curso de Odontologia, os dados são bastante claros. A distribuição dos alunos da UFF por cor ou raça segundo o curso, no caso de Odontologia revela: 71,6% brancos, 1,2% pretos, 21,4% pardos, 2,7% amarelos e 0,4% indígenas. Mas essa diferenciação já se inicia na inscrição para o vestibular (2003-2004) de Odontologia da UFF: 57,87% brancos; 5,11% pretos; 30,36% pardos; 2,03% amarelos e 0,08% indígenas. No que diz respeito à aprovação no vestibular de 2003, os percentuais, para o mesmo curso, são: 69,6% brancos, 0,0% pretos; 26,6% pardos.

A pesquisa aponta que:

... pretos e pardos obtêm aprovação para a UFF em proporção menor do que a sua freqüência de inscrições, enquanto que o contrário ocorre com os brancos. A avaliação da taxa de sucesso no vestibular dos três grupos de cor ou raça impõe uma brutal evidência: taxa positiva para brancos, taxa negativa para pardos e taxa mais negativa ainda para pretos. Como corolário disto, os brancos apresentam taxa positiva em 30 dos 32 cursos, os pardos em 6 destes e os pretos em 2 (e ainda apresentam *reprovação total* em 3 cursos – fato que não ocorre com os dois outros grupos de cor ou raça – todos muito disputados).

Essa questão, que se reproduz em muitos outros contextos, pode constituir a razão dos dados encontrados nesta pesquisa, o que vem alimentando o acirrado debate sobre o sistema de cotas nas universidades públicas brasileiras.

Distribuição geográfica de domicílio dos informantes

Considerando que a constituição da amostra deste estudo foi efetivada por conveniência e voluntariado, cabe apenas caracterizá-la do ponto de vista da distribuição geográfica.

Tabela 5 – Distribuição geográfica de domicílio dos informantes

Local de residência	N	%
Salvador	158	52,6
Outros municípios da Bahia	134	44,7
Outros estados*	3	1,0
Sem resposta	5	1,7
Total	300	

*Sergipe (Aracaju), Pernambuco (Recife) e Alagoas (Maceió)

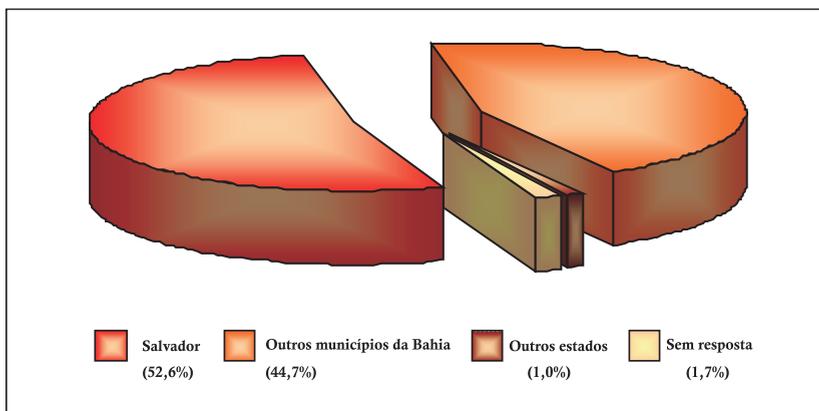


Figura 5 – Distribuição geográfica de domicílio dos informantes

Nesse caso, há, na amostra, uma representação ligeiramente maior de informantes com domicílio em Salvador, seguida da representação de outros municípios da Bahia. Tais municípios correspondem àqueles que abrigam delegacias do CRO-BA, que receberam formulários e conseguiram aplicá-los. É possível que, devido a esse fato, os municípios presentes na amostra estejam incluídos, no ranking do Índice de Desenvolvimento Econômico (IDE), entre os cinquenta mais desenvolvidos, conforme se verifica na Tabela 6-A. Vale acrescentar que a representação de outros estados foi mínima.

Tabela 6 – Distribuição dos informantes por município de residência no estado da Bahia (exclusive Salvador)

Município	N	%
Alagoinhas	17	12,7%
Eunápolis	14	10,4%
Barreiras	9	6,7%
Itamaraju	7	5,2%
Juazeiro	10	7,5%
Ilhéus	7	5,2%
Itapetinga	10	7,5%

continua...

Município	N	%
Paulo Afonso	8	6,0%
Irecê	5	3,7%
Itabuna	6	4,5%
Feira de Santana	10	7,5%
Vitória da Conquista	7	5,2%
Outros municípios	24	18,0%
Total	134	

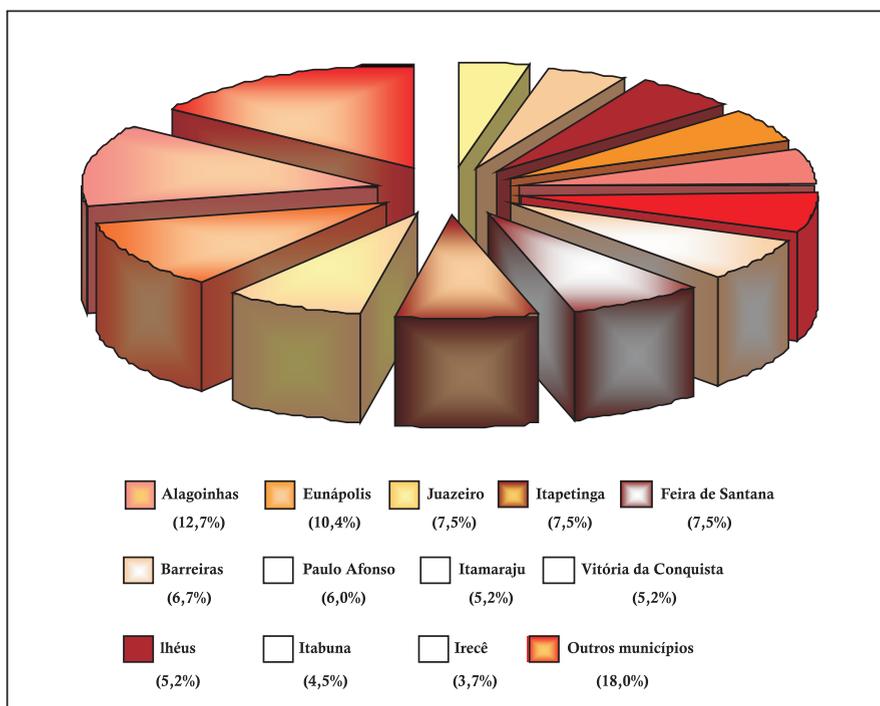


Figura 6 – Identificação profissional: Distribuição dos informantes por município de residência – Estado da Bahia

Tabela 6-A – Municípios da amostra, por região econômica do estado da Bahia e Índice de Desenvolvimento Econômico – 2006

Região	Município	Ranking: (IDE)* (2006)
Metropolitana de Salvador	Salvador	1°
Litoral Norte	Alagoinhas	33°
Recôncavo Sul	—————	—————
Litoral Sul	Ilhéus	18°
	Itabuna	13°
Extremo Sul	Eunápolis	14°
	Itamaraju	50°
Nordeste	Paulo Afonso	23°
Paraguaçu	Feira de Santana	9°
Sudoeste	Itapetinga	20°
	Vitória da Conquista	15°
Baixo Médio São Francisco	Juazeiro	26°
Piemonte da Diamantina	—————	—————
Irecê	Irecê	41°
Chapada Diamantina	—————	—————
Serra Geral	—————	—————
Médio São Francisco	—————	—————
Oeste	Barreiras	19°

*Fonte: SEI / IBGE⁷

Naturalidade dos informantes

Praticamente todos os participantes deste estudo têm nacionalidade brasileira (99,3%).

⁷ SEI. BA. PIB MUNICIPAL http://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=88.

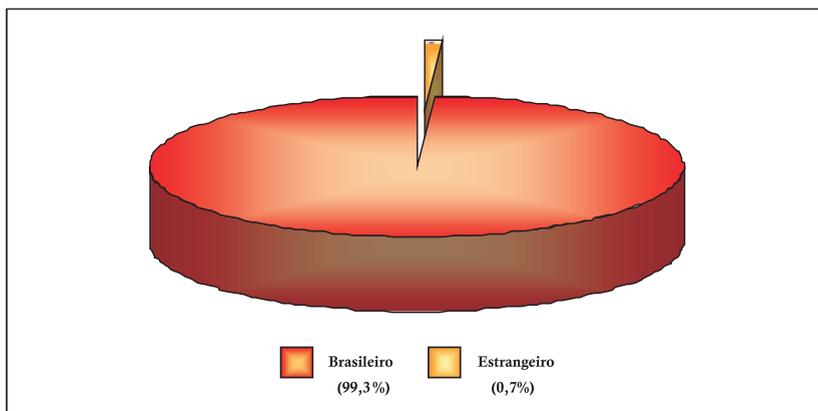


Figura 7 – Identificação Profissional: Nacionalidade

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos informantes da amostra por naturalidade e a Tabela 8 por região.

Tabela 7 – Distribuição dos informantes por naturalidade – Bahia e outros estados

Estado	N	%
Bahia	224	74,7
Outros estados	76	25,3
Total	300	

Tabela 8 – Distribuição dos informantes por naturalidade (região)

Região	Estado	N	%
Norte	Pará (2)	3	1,0
	Acre (1)		

continua...

Região	Estado	N	%
Nordeste	Sergipe (2)	30	84,7
	Alagoas (4)		
	Rio Grande do Norte (1)		
	Paraíba (4)		
	Pernambuco (16)		
	Maranhão (1)		
	Ceará (2)		
Centro Oeste	–	–	–
Sudeste	Minas Gerais (23)	38	12,7
	Espírito Santo (2)		
	São Paulo (5)		
	Rio de Janeiro (8)		
Sul	Paraná (5)	5	1,6

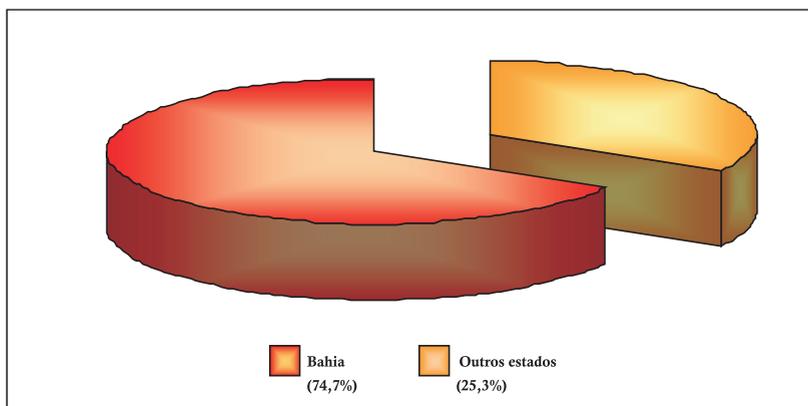


Figura 8 – **Identificação profissional: naturalidade**

A região de onde provém a maioria de profissionais de outros estados é, curiosamente, a Sudeste (38), com predomínio do estado de Minas Gerais (23), seguida da região Nordeste (30), onde se destaca o estado de Pernambuco, a exceção da Bahia (224). Os dados são reveladores de um processo de migração

interna, no país, confirmado pela *Pesquisa Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro* (CES-MEC e CFO, 2009), que aponta para o dado de que 12% dos cirurgiões-dentistas brasileiros migraram para outro estado depois de iniciada a atividade profissional. É possível levantar a hipótese de que a migração de profissionais oriundos da região Sudeste seja devida à saturação de profissionais nessa região, pois essa mesma pesquisa revela que 3/4 dos cirurgiões-dentistas estão concentrados no Sudeste e Sul do país e que o estado de São Paulo tem 1/3 do total de cirurgiões-dentistas brasileiros.

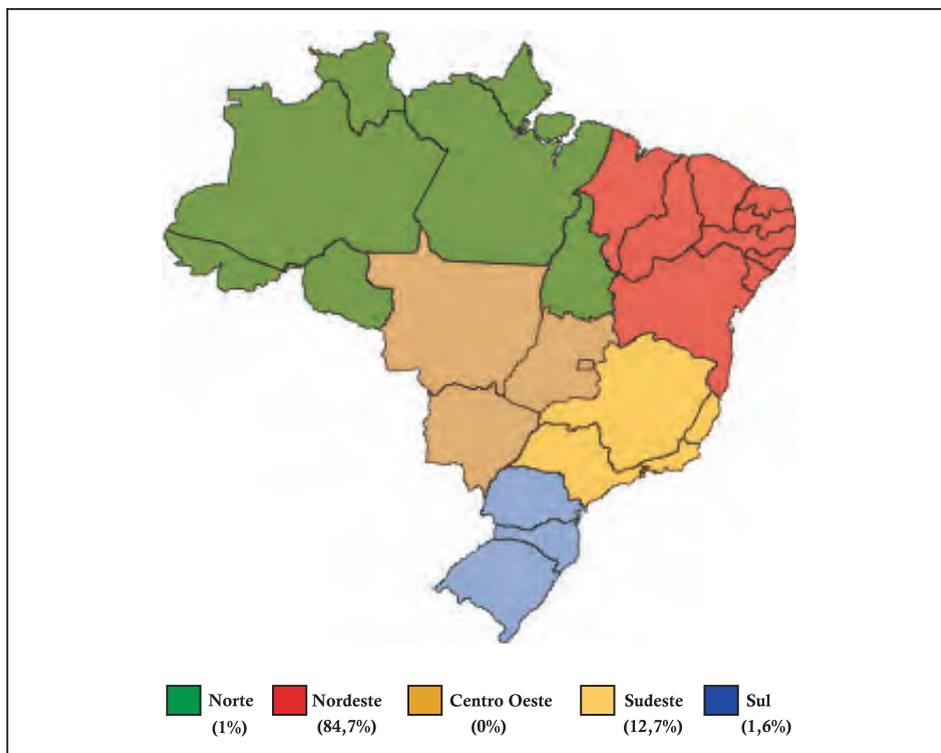


Figura 9 – **Identificação profissional: naturalidade/região**

Família e profissão

Os dados obtidos sobre esse tema parecem indicar influência da família na escolha da profissão, ou, pelo menos permite verificar a influência de um

contexto familiar com a presença de profissionais da Odontologia, o que parece criar uma situação favorável à escolha desse campo profissional.

Tabela 9 – Familiares com a mesma profissão do informante

Tem familiares na mesma profissão	N	%
Sim	166	55,3
Não	133	44,3
Sem resposta	1	0,33
Total	300	

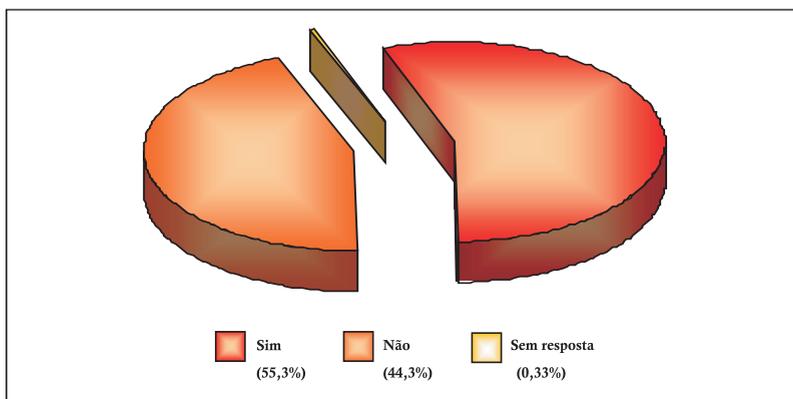


Figura 10 – Familiares com a mesma profissão do informante

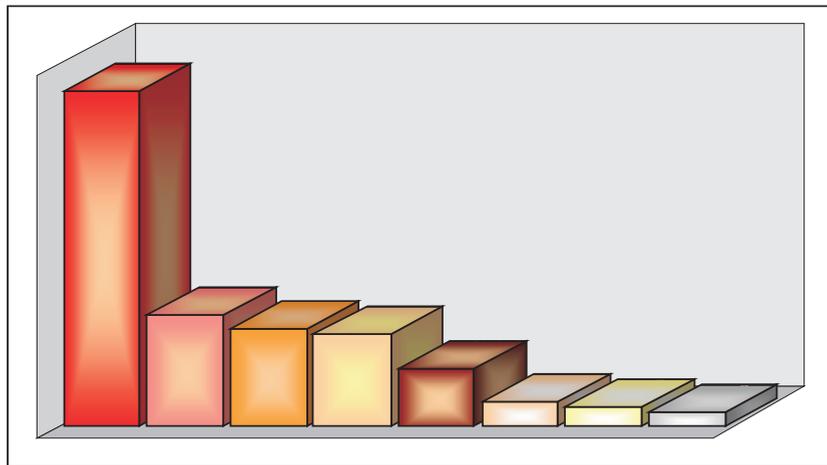
No que diz respeito ao grau de parentesco do informante com o familiar do mesmo campo profissional, na amostra estudada, a influência dos pais não parece ter sido significativa, frente à possível influência de tios, primos e irmãos.

Tabela 10 – Grau de parentesco de familiares dos informantes que têm a mesma profissão

Grau de parentesco	N	%
Primos	23	13,8

continua...

Grau de parentesco	N	%
Tios	20	12,0
Irmãos	19	11,4
Cônjuges	12	7,2
Pais	5	3,0
Filhos	4	2,4
Sobrinhos	3	1,8
Outros	72	43,4
Sem resposta	8	5,8



■ Outros (43,4%)
 ■ Primos (13,8%)
 ■ Tios (12,0%)
 ■ Irmãos (11,4%)
 ■ Cônjuges (7,2%)
 ■ Pais (3,0%)
 ■ Filhos (2,4%)
 ■ Sobrinhos (1,8%)

Nota: 5,8% sem resposta

Figura 11 – Identificação profissional: grau de parentesco de familiar da mesma profissão do informante

Os dados relativos à especialidade do familiar do informante ressaltam a Saúde Coletiva e a Clínica Geral como preponderantes.

Tabela 11 – Especialidade de familiares dos informantes que têm a mesma profissão

Especialidade	N	%
Saúde Coletiva/Pública	63	37,9
Clinica geral	26	15,6
Ortodontia	15	9,0
Prótese	13	7,8
Endodontia	6	3,6
Bucomaxilo	6	3,6
Odontopediatria	2	1,2
Implantodontia	2	1,2
Dentística	2	1,2
Patologia	1	0,6
Radiologia	1	0,6
Sem resposta	29	17,5

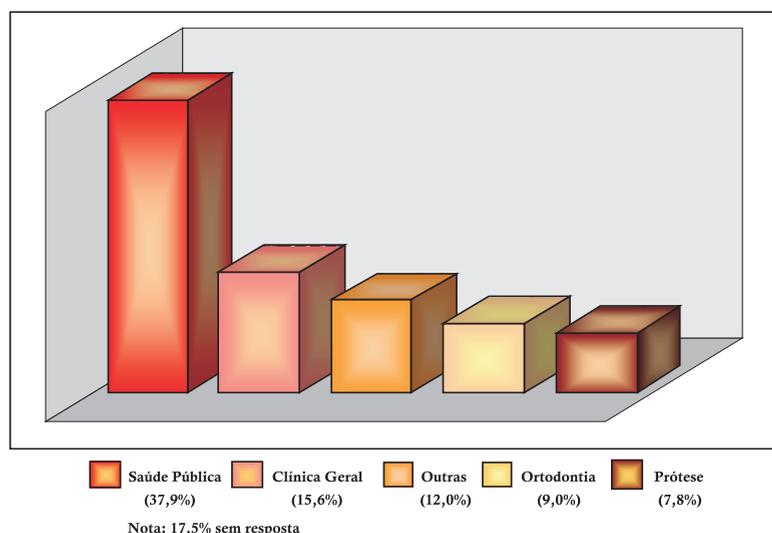


Figura 12 – Identificação Profissional: especialidade de familiares da mesma profissão

Parcela relevante de cirurgiões-dentistas que participaram do presente estudo indica ter algum parentesco com familiares cuja formação recai na Odontologia. Esse achado é correlacionado, predominantemente, ao parentesco com primos, seguidos de tios, contrário, portanto, do que se poderia admitir como sendo forte influência profissional dos pais. Pôde-se constatar, também, não haver correlação significativa entre a especialidade exercida pelos entrevistados e seus familiares com formação odontológica, uma vez que, entre os primeiros, foram apuradas, majoritariamente, as especialidades endodontia e prótese, enquanto que predominou entre os primos, as especialidades saúde coletiva, seguida de clínica e prótese. Quanto aos tios destacaram-se as especialidades clínica, prótese e, mais recentemente, a ortodontia, provavelmente, por conta de maior acesso a este tipo de atendimento, através dos credenciamentos que vêm se ampliando. O destaque dessas especialidades, possivelmente, se deve ao exercício profissional no serviço público, com ênfase ao SUS/PSF – Saúde Coletiva, e na livre iniciativa onde predominam os procedimentos gerais de ordem clínica e determinadas especialidades.

Desse modo, como outros estudos indicam, parece existir, na amostra estudada, uma importância dos contextos de vida – especificamente do contexto familiar – na escolha da opção profissional dos informantes embora não se veja nela uma influência direta dos pais.

Descanso e lazer

Diversos estudos demonstram ser a profissão de cirurgião-dentista um contexto causador de estresse e de algumas enfermidades ocupacionais. Desse modo, procurou-se verificar, através da prática de atividades físicas e do gozo de férias, em que medida esses profissionais usufruem de práticas sociais compensadoras do desgaste natural da profissão.

Tabela 12 – **Prática regular de atividades físicas**

Resposta	N	%
Sim	166	55,3
Não	132	44,0
Sem resposta	2	0,7
Total	300	

Mesmo considerando não ser a prática de atividades físicas predominante na população em geral, mais da metade dos informantes declarou praticar alguma delas.

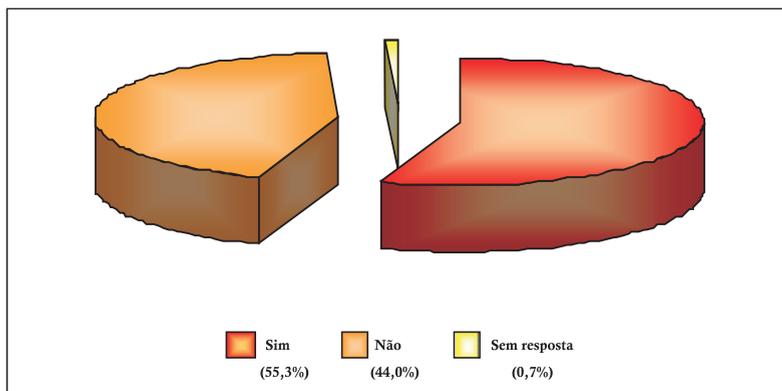


Figura 13 – **Identificação Profissional: prática regular de atividades físicas**

Tabela 13 – **Tipo de atividade física praticada pelos informantes**

Atividade	N	%
Ginástica/Aeróbica/Musculação	85	37,3
Caminhada/Cooper/Jogging	67	29,4
Futebol	21	9,2
Natação	13	5,7
Tênis/Squash	6	2,6
Vôlei/Basquete	5	2,2
Lutas/Artes Marciais	2	0,9
Outros*	29	12,7
Sem resposta	–	–

*6 - Hidroginástica; 12 -Pilates; 1 - Bike; 1 - Vôo livre; 7 - Dança; 1 - Futvôlei; 1 -Sinuca.

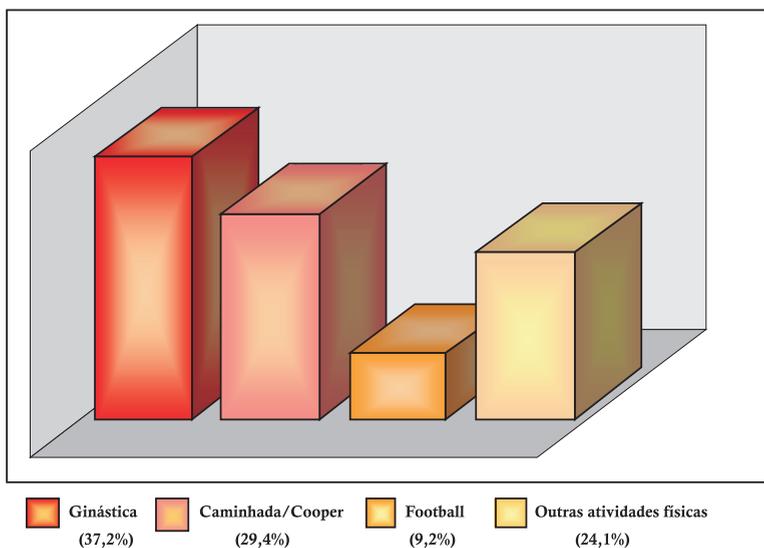


Figura 14 – **Identificação Profissional: tipo de atividade física praticada**

Dentre as atividades realizadas, há nítida influência do contexto atual, em que se valorizam atividades físicas realizadas em academia (ginástica, aeróbica e musculação) e as caminhadas (caminhada, cooper e jogging), atividades claramente vinculadas à manutenção da saúde. Há ainda atividades que constituem lazer, embora tenham implicações sobre a saúde (esportes em geral).

De qualquer modo, os resultados indicam uma busca de atividade física como forma de superar o estresse profissional.

Num estudo denominado *Estresse e qualidade de vida no trabalho do cirurgião-dentista: uma abordagem ergonômica*, Regis Filho e Ribeiro (2007a) afirmam que:

A Odontologia, em função de alguma das suas características inerentes à profissão, como equipamentos e instrumentos elaborados sem obedecer a critérios ergonômicos, campo operatório mal iluminado, tarefas mal desenhadas e, na maioria das vezes trabalhando sob pressão temporal, em razão de um novo mercado de alta competitividade

e de clientes mais informados e exigentes, submete os profissionais à diversos agentes estressantes de origem ocupacional.

Os resultados obtidos nesse trabalho permitiram concluir que os cirurgiões-dentistas constituem um grupo profissional exposto a um risco considerável de estresse, com fatores majoritariamente vinculados ao paciente, à organização do trabalho, à concorrência e a competitividade, com grandes chances de adoecimento por conta de tais fatores.

Ainda Regis Filho e Ribeiro (2007b), ressaltam que as condições atuais de trabalho de grande parte dos cirurgiões-dentistas impingem-lhes uma sobrecarga mental e física que lhes impede prazer e eficiência desejáveis no exercício profissional. As atividades do cotidiano desses profissionais demandam uma elevada exigência cognitiva, visual e principalmente muscular, num trabalho estático que exige contração muscular contínua.

Quanto às férias, embora com um percentual não muito alto, considera-se um dado significativo o fato de 29% dos profissionais terem declarado não usufruí-las, considerando-se, principalmente o desgaste da atividade ocupacional. Dentre os que usam suas férias, predominam os que usufruem no próprio estado ou em outros estados do país, e o percentual dos que viajam para o exterior é mínimo, como se pode verificar nos dados das Tabelas 14 e 15.

Tabela 14 – Usufruto de férias anuais

Resposta	N	%
Sim	209	69,6
Não	87	29,0
Sem resposta	4	1,3
Total	300	

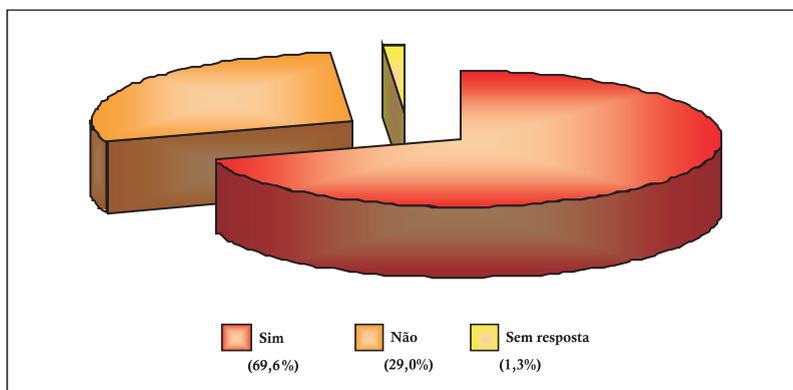


Figura 15 – Identificação profissional: férias anuais

Tabela 15 – Local onde costuma passar as férias

Local	N	%
Em localidades dentro do seu estado	88	42,1
Em outros estados do país	70	33,5
No exterior	5	2,4
Todas as opções	36	17,2
Sem resposta	10	4,8

A pequena frequência de informantes que declararam passar férias no exterior pode ser um indicador de que a categoria profissional dos cirurgiões-dentistas pode ser situada, socialmente, como classe média.

Assim, destaca-se uma correlação entre o exercício efetivo do direito de férias anuais e as duas faixas predominantes de renda mensal situadas entre R\$ 4.000,00 e R\$ 8.000,00. Constata-se, nessas mesmas faixas de renda, a preferência pelo gozo de férias em localidades situadas no próprio estado em que residem. Contudo, os profissionais que declararam usufruir suas férias no exterior podem ser identificados como aqueles que percebem rendimentos mensais na faixa que se situa entre R\$ 8.000,00 e R\$ 10.000,00. No que diz respeito à correlação entre o exercício de especialidades e o gozo de férias

destacam-se aqueles profissionais que exercem a endodontia, periodontia, ortodontia e prótese. Por fim, aproximadamente, 75% dos entrevistados em plena atividade profissional declararam que utilizam o período de férias ao qual têm direito, independentemente do vínculo trabalhista, seja em instituições públicas ou privadas.

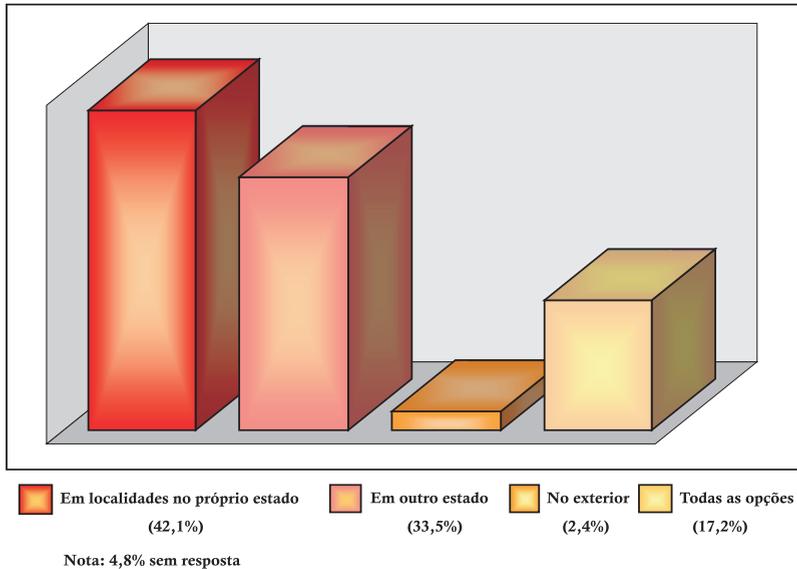


Figura 16 – Identificação Profissional: local das Férias

Capítulo 2

A formação profissional

1. Graduação

Os profissionais que constituíram a amostra, majoritariamente (47,0%), situam-se na faixa de 1 a 10 anos de graduados, seguidos daqueles que têm de 11 a 20 anos (29,6%),

Tabela 16 – Ano de graduação dos informantes

Ano de graduação	N	%
1998 a 2008	141	47,0
1987 a 1997	89	29,6
1976 a 1986	54	18,0
1965 a 1975	10	3,3
1964 ou menos	2	0,6
Sem resposta	4	1,3
Total	300	

Se considerarmos que datam de 2001 e 2002 os instrumentos normativos que regulamentam a nova concepção curricular para os cursos de Odontologia⁸ e que as *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal* do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS têm

⁸ Parecer CNE/CES nº 1.300, de 6 de novembro de 2001, que estabelece Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia e Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002, que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.

vigência a partir de 2004, podemos verificar que os informantes graduados entre 1998 e 2008 se situam num período crítico, de criação e implantação - não sem resistências - das novas perspectivas advindas das leis. Assim podemos retomar a afirmação de Haddad (2006) de que *“A incorporação de ciências comportamentais e sociais no currículo, considerada uma evolução na educação odontológica, parece não ter sido amplamente entendida na oportunidade.”*

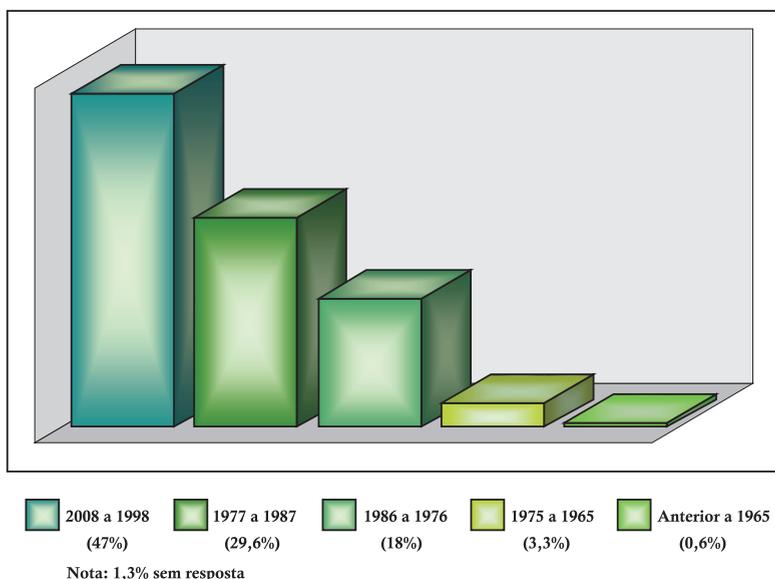


Figura 17 – Formação Profissional: graduação

Desse modo, é possível afirmar que, ao lado de cerca de 53% dos informantes cuja formação foi anterior a essas profundas mudanças, os 47%, graduados na última década, provavelmente, também não tiveram pleno acesso a elas, por se situarem num período de transição curricular. Além disso, há sempre uma demora da mudança de cultura de currículo. A conclusão é que, provavelmente, a maior parte dos profissionais da amostra não passou, no seu curso de graduação, por currículos que abordassem essa nova perspectiva de inserção social da Odontologia no serviço público. Resta verificar se as iniciativas de formação continuada se encaminham para uma atualização das concepções de atuação profissional e do campo de trabalho ou se atêm a inovações tecnológicas da Odontologia.

Quanto à natureza da instituição onde os informantes obtiveram o título de graduação, verifica-se que, apesar do incremento recente do número de instituições particulares, os profissionais da amostra obtiveram sua graduação majoritariamente em instituições públicas (66,3%). Também Mello (2009) encontrou, em sua pesquisa sobre cirurgiões-dentistas docentes, que, na sua amostra, “a maioria (74,5%) graduou-se na FOUBA, portanto em IES Pública Federal (79,4%), entre os anos de 1996-2000 (28,9%), ou seja tem, em média 11 anos de formado.” (p. 81). Esses dados destacam a relevância dessas instituições na formação inicial na área de Odontologia.

Tabela 17 – Natureza da Instituição onde obteve a graduação

Cor	N	%
Públicas *	199	66,3
Particulares	73	24,3
Sem resposta	28	9,3
Total	300	

* Federais: 11; Estaduais: 4

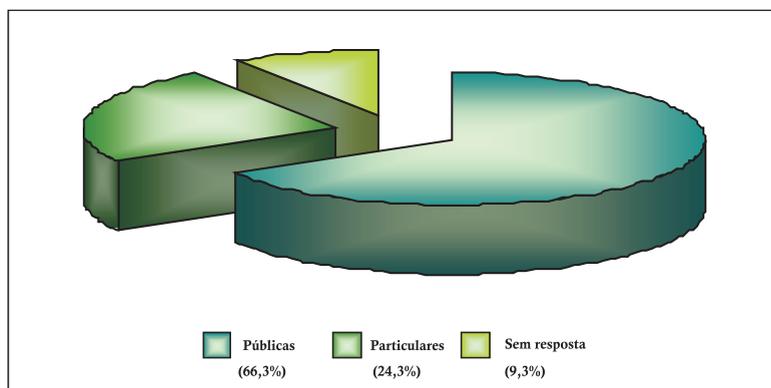


Figura 18 – Formação Profissional: IES de origem

Na amostra estudada, se excluída a Universidade Federal da Bahia como instituição majoritária de formação, verifica-se uma dispersão de instituições, conforme se verifica na Tabela 18. Nesse campo, destaca-se a Universidade

Estadual de Feira de Santana (UEFS), que contribui com 36 informantes na amostra deste estudo.

Tabela 18 – **Instituição onde obteve a graduação**

Instituição	N
FOUFBA	125
UEFS	36
UNIVALE	13
UFAL	8
UFS	5
EORV-RJ	1
Universidade Tiradentes	2
UNIFENAS	10
UFMG	3
EFOA/MG	1
Univ. Itaúna	2
Unicor (Universidade 3 Corações)	2
FBDC	7
Universidade Paulista	1
Univ. São Francisco	2
UFRN	1
Univ. Gama Filho	1
UFPB	2
Faculdade de Odontologia de Caruaru	9
Facul. de Odon. de Nova Friburgo	1
Universidade Braz Cubas	1
FTC	1
UEPB	9
UFPE	4
Faculdade de Odontologia de Campos – RJ	1

continua...

Instituição	N
URNE	1
Universidade Federal de Juiz de Fora	1
UNIPAR	1
Universidade Vale do Rio Doce	1
FONF	1
FOG	1
UNESP	1
PUC- RS	1
Universidade de Uberaba	2
UNIFOR	1
FOB – SP	1
UNIT	2
Faculdade de Odontologia de Valença	1
Universidade Regional do Nordeste	1
UNIME	1
Universidade de Marília	1
Universidade Federal de Pelotas	1
UNITAU	1
USC	1
UFRJ	1
UFF	1

Se considerarmos o dado de que a maioria dos informantes é constituída de egressos de curso superior em instituições públicas, podemos depreender que os resultados desta pesquisa pouco foram afetados por características específicas de instituições privadas.

2. Pós-Graduação lato sensu Residência

A Residência em Odontologia é um processo de formação relativamente novo no nosso contexto e na própria história da Odontologia no Brasil. Na

Bahia, especificamente em Salvador, só existem duas residências desse tipo, ambas em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial (CTBMF): na Associação Obras Sociais Irmã Dulce (AOSID) e no Hospital Central Roberto Santos. Em Salvador, são oferecidas anualmente cerca de quatro vagas para residência, com bolsas pagas pela SESAB.

Sabe-se que, em 2008, foi publicizada uma minuta de resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNMRS), divulgada no site *Medicina Oral*, convocando as instituições de ensino superior e órgãos de classe da área de saúde que possuem programas de residência multiprofissional em saúde para cadastramento junto à CNMRS⁹. Essa notícia resolução foi firmada por Ana Estela Haddad (Coordenadora-Geral da CNMRS e Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde/DEGES/SGTES do Ministério da Saúde) e Flávio Luiz Antonello Londero (Diretor Substituto de Hospitais Universitários Federais e Residência em Saúde da Secretaria de Ensino Superior do MEC). No texto divulgado, destacam-se os seguintes trechos:

§1º Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde são definidos como programas de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais.

§2º O disposto nesta Convocatória abrange as profissões de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Art.2º O cadastramento dos Programas junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde tem como objetivo realizar o levantamento de todos os pro-

⁹ Em: <http://medicinaoral.org/blog/2008/07/29/saiu-a-residencia-em-Odontologia/#comment-5412>. Acessado em 06.02.2010.

gramas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde existentes no país, a serem posteriormente credenciados, na forma da legislação.

Essa notícia gerou comentários diversos, veiculados no site *Medicina Oral*. Eis alguns deles¹⁰:

Como já foi colocado anteriormente concordo com o modelo da Residência Multiprofissional (ligada à saúde coletiva), ela contempla um novo conceito em pós-graduação que enriquece o conhecimento da área da saúde em atenção às necessidades básicas da população e não somente na questão hospitalar.

Espero sinceramente que nenhuma fórmula mágica seja proposta para a Residência em Odontologia, pois, se assim for feito a grande maioria dos profissionais da Odontologia terão perdido o seu tempo e dinheiro, sem adquirir nenhum conhecimento de valia para si e para ajudar seus pacientes.

A cada dia que passa percebo a fragilidade dos cursos de graduação em Odontologia e a tentativa de se formar profissionais através daquela ideia de que os cursos de pós-graduação, sejam eles em qualquer nível, possam fornecer elementos suficientes para uma boa formação de um CD. Nossa profissão é aprimorada através do tempo decorrido na carreira: experiência clínica aliada a constante estudo e aprimoramento.

...entendo como muito importante o momento, não só para a Odontologia, assim como para as demais áreas da saúde. Cabe a nós entendermos que a formação de equipes multidisciplinares nos setores viabiliza, além de um apren-

¹⁰ A identificação da autoria dos comentários poderá ser feita com uma consulta ao site. Sua inserção neste trabalho visa apenas a ilustrar o debate.

dizado melhor, uma objetividade maior quanto aos resultados: cura, erradicação, prevenção, promoção de saúde etc. Um debate lúcido quanto à formação das bases para a Residência em Odontologia é bem visto.

Um dos fatores que podem interferir na implantação da Residência em Odontologia é a indústria de cursos de especialização. E isso não é só culpa dos professores, o próprio MEC quer reduzir a carga horária para cursos *lato sensu* para absurdas 360 horas.

Quem vai querer investir 2 anos e 6000 horas de dedicação se pode ter o mesmo diploma com poucas horas e alguns trocados? A Odontologia (CFO, CRO, ABENO, ABO, e nós CD indignados) tem que se posicionar e defender os interesses da classe como um todo.

O debate continua, e, a pedido do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, o CFO e a ABENO elaboraram proposta de revisão da base legal da Residência em Odontologia. O objetivo é ampliar as residências na Odontologia para todas as especialidades.

No caso desta pesquisa, verifica-se que a Residência em Odontologia não se constituiu como um estágio relevante na formação de 81,7% desses profissionais, conforme pode ser verificado na Tabela 19.

Tabela 19 – Realização (concluída ou em curso) de programa de Residência

Resposta	N	%
Sim	43	14,3
Não	245	81,7
Sem resposta	12	4,0
Total	300	

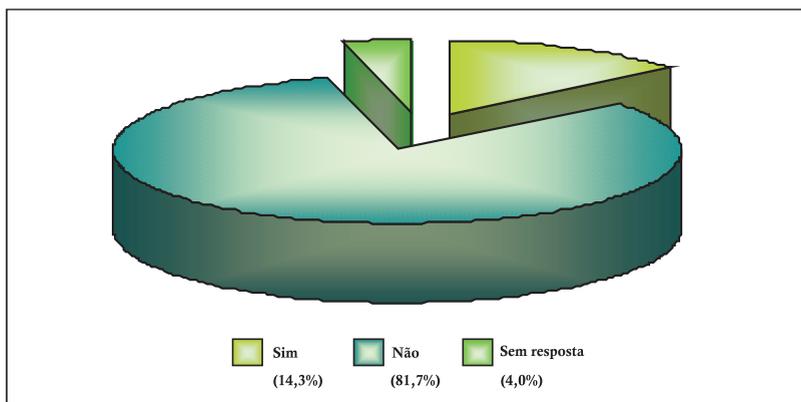


Figura 19 – **Formação Profissional: Residência Odontológica**

A maioria daqueles que realizaram residência o fez em instituição nacional (76,7%), conforme dados apresentados na Tabela 20, num espectro muito amplo de instituições, conforme aponta a Tabela 21.

Tabela 20 – **Natureza da instituição em que realizou (ou está realizando) residência**

Natureza da instituição	N	%
Nacional	33	76,7
Internacional	2	4,6
Sem resposta	8	19,0
Total	43	

Tabela 21 – **Instituição em que realizou residência**

Instituição	N
NY University	1
USP	3

continua...

Instituição	N
ABO	5
FOUERJ	1
Unifenas	2
UNAERP	1
UFBA	1
UFRJ	1
Univ. São Francisco	1
IBPEX	2
IFAP	1
University of Maryland	1
OSID (Obras Sociais Irmã Dulce)	1
UNINCOR	1
FBDC	2
EBO- DF	1
UEFS	3
Unyhana	2
CENTRO	1
Universidade de Itaúna	1
UFLA	1
FOP	1
IAPPEM – BA	1

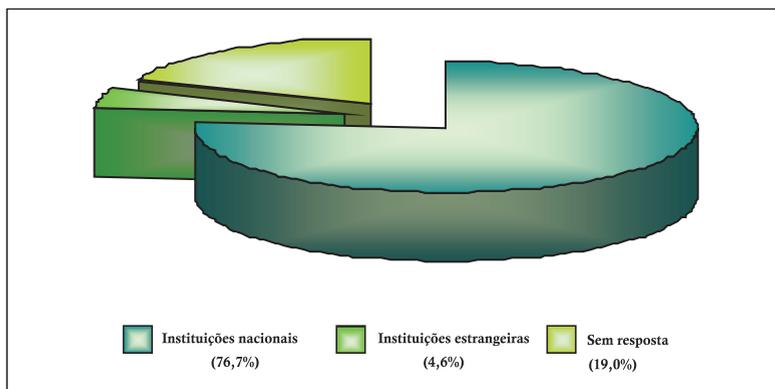


Figura 20 – Formação profissional: origem da Residência

3. Pós-Graduação *lato sensu* Especialização

Especialização

Ao contrário do que foi constatado para a Residência em Odontologia, mais da metade dos informantes declararam ser portadores de título de especialista (pós-graduação *lato sensu*), conforme dados da Tabela 22.

Tabela 22 – Obtenção de título de especialista

Resposta	N	%
Sim	164	54,6
Não	127	42,3
Sem resposta	9	3,0
Total	300	

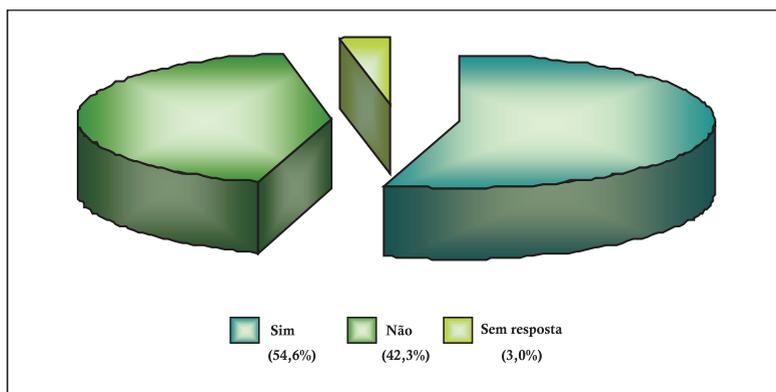


Figura 21 – Formação profissional: especialização

A prevalência da especialização sobre a residência possivelmente se deve não apenas à multiplicidade de especialidades abarcadas atualmente pela Odontologia – por força do avanço científico e tecnológico -, mas também a interesses profissionais, uma vez que algumas dessas especialidades têm alta demanda e elevado custo para o paciente, ao lado de uma cultura que valori-

za a especialização em detrimento da clínica geral. É sintomático que, no site *Yahoo*¹¹, no link *answers*, exista a pergunta: “Qual seria a especialização com melhor saída, mais lucrativa em Odontologia hj? tirando implantodontia e ortodontia, claro...”

Há, pois, uma extensa gama de áreas de especialização nas quais os informantes se distribuem, conforme se verifica na Tabela 23, com predominância de endodontia e prótese (12,2%), ortodontia (11,6%) e periodontia (10,4%). Observe-se a baixa incidência de profissionais informantes com título de especialização em clínica odontológica e em Odontologia preventiva.

Tabela 23 – Área em que obteve o título de especialista

Área	N	%
Endodontia	20	12,2
Prótese	20	12,2
Ortodontia	19	11,6
Periodontia	17	10,4
Cirurgia Bucomaxilofacial	11	6,7
Odontopediatria	11	6,7
Clínica Odontológica	10	6,1
Radiologia	9	5,5
Implantodontia	5	3,0
Odontologia Preventiva	4	2,4
Ortopedia funcional	3	1,8
Odontologia do Trabalho	1	0,6
Odontogeriatrics	1	0,6
Outras*	32	19,5
Sem resposta	1	0,6

* Saúde publica; metodologia do ensino superior; pacientes especiais

¹¹ <http://br.answers.yahoo.com/question/index?qid=20090910171803AAIjQ70>

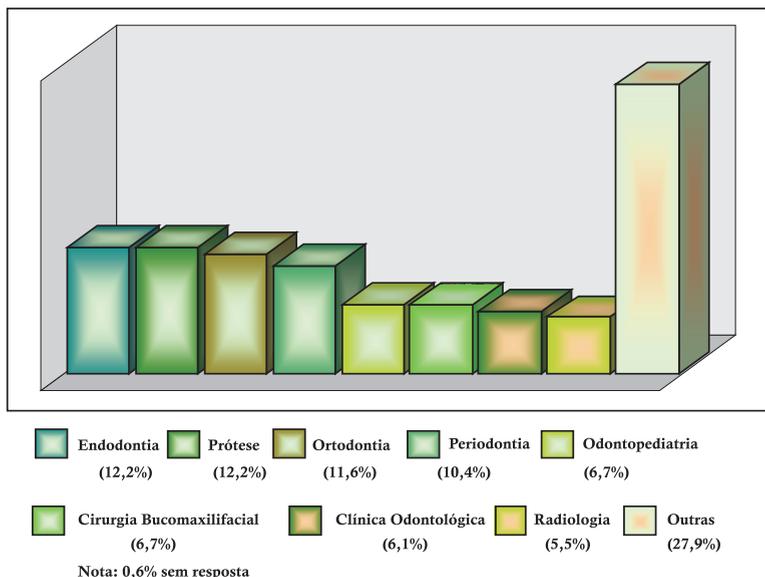


Figura 22 – Formação profissional: área da especialização

Em seu estudo sobre a docência em Odontologia, Mello (2009) destaca:

Em todos os âmbitos de cursos de aprimoramento profissional, percebe-se claramente que, entre a população estudada, há uma preocupação com a qualificação mais voltada para as técnicas odontológicas (98,5%), em detrimento de outras áreas, incluindo estudos pedagógicos (p. 97-98).

As universidades se destacam como instituições que oferecem cursos de especialização (45,1%), seguidas por associações de classe (24,4%) ou instituições particulares credenciadas pelo CFO (14,0%).

Tabela 24 – Tipo de instituição em que obteve o título de especialista

Tipo de instituição	N	%
Universidade	74	45,1
Centro Universitário	3	1,8

continua...

Tipo de instituição	N	%
Faculdade isolada	5	3,0
Associação de Classe	40	24,4
Instituição Particular Credenciada pelo CFO	23	14,0
Outros*	15	9,1
Sem resposta	4	2,4

*CROBA: 1

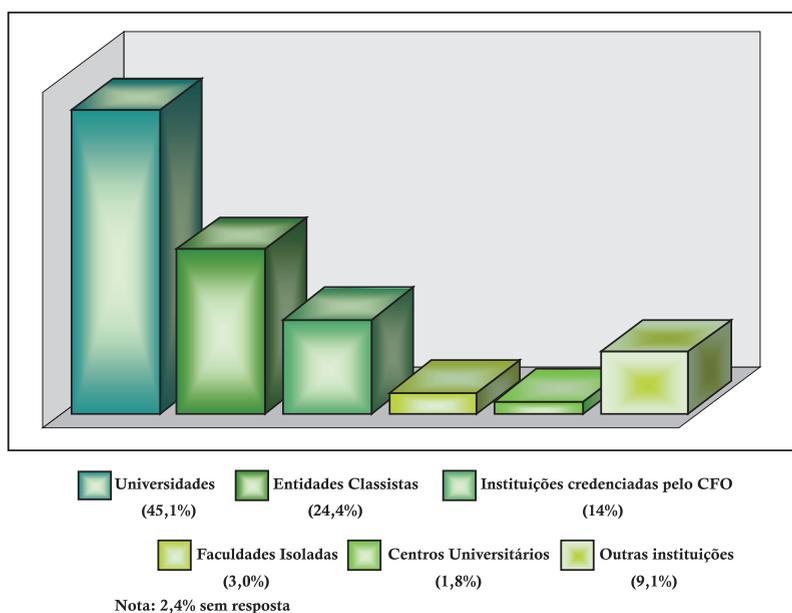


Figura 23 – Formação profissional: tipo de instituição em que obteve o título de especialista

O Brasil é o país onde, quase exclusivamente, os informantes realizaram seus cursos de especialização (83,5%), e a Bahia foi a Unidade da Federação em que a maioria dos informantes (68,9%) os realizaram (Tabelas 25 e 26).

Tabela 25 – País onde realizou Curso de Especialização

País	N	%
Brasil	137	83,5
Argentina	1	0,6
USA	1	0,6
Sem resposta	25	15,2

Tabela 26 – Estado onde realizou Curso de Especialização

Estado	N	%
Bahia	113	68,9
São Paulo	8	4,8
Minas Gerais	4	2,4
Rio de Janeiro	6	3,6
Pernambuco	4	2,4
Distrito Federal	1	0,6
Sergipe	1	0,6
Arizona (USA)	1	0,6
Sem resposta	26	15,8

Ao contrário do que foi constatado para os cursos de graduação, em que majoritariamente predominaram instituições públicas (Ver Tabela 17), 49,4% dos informantes declararam ter realizado cursos de especialização em instituições privadas (Tabela 27), indicadas na Tabela 28.

Esse dado corresponde a uma constatação da crescente oferta desses cursos por instituições privadas, como forma de auferir lucros com cursos de curta duração e de custo bastante alto para os usuários. Assim, enquanto a formação inicial (de custo bastante alto) está sendo sustentada por instituições públicas, a formação continuada está cada vez mais atrelada ao setor da educação privada.

Tabela 27 – Natureza da instituição em que realizou Curso de Especialização

Natureza da instituição	N	%
Pública	40	24,4
Privada	81	49,4
Sem resposta	43	26,2

Tabela 28 – Instituição em que realizou Curso de Especialização

Nome da instituição	N
ABO- BA	28
ABO-PE	1
ABO –SE	1
ABO-SP	1
ABE	3
UEFS	3
UNAERP	1
FOUFBA	24
PORTAL F	1
UNICASTELO	2
CEBEO	14
PUC-MG	2
UFRJ	4
Faculd. De Odont. De Sto. Amaro	1
CETRO	1
USLMANDIC	1
CIODONTO/CENO	5
FBMSP	1
Univ. Estácio de Sá	2

continua...

Nome da instituição	N
FUNCITE	1
FUNORTE	2
UNESA	1
IBEPEX	2
CTBMF	1
Faculdade de Teixeira de Freitas	1
ÊNFASE	2
UNIME	2
ABO –DF	1
LDA	1
USP	1
CFO	2
FOP	1
IAPPEM	2
FABAC	1
FOBAURU	1
Tweed Foundation	1
São Camilo	2
UFLA	1

A análise dos dados da tabela 28 revela uma maciça maioria de associações de classe e de instituições de ensino privadas que ministram cursos de especialização para posterior registro no CFO. Além de auferir altos rendimentos mensais a essas instituições, tais cursos despertam o interesse dos profissionais, uma vez que eles necessitam do título de especialista para serem credenciados pelos convênios. Um dado relevante é que as poucas iniciativas das universidades públicas também implicam em recolhimento de parcelas mensais, uma vez que os cursos de especialização, mesmo oferecidos por instituições públicas, em geral são pagos e escravizam os profissionais a esse pagamento mensal durante a realização do curso, entre 24 e 36 meses.

Os lucros são projetados em função do longo tempo de duração dos programas de especialização para atender a exigência de altas e variadas cargas horárias, na dependência da especialização, para registro do diploma no CFO quando as universidades públicas têm autonomia para emitir certificados de especialização em cursos com um mínimo de 360 horas.

A busca por cursos de especialização parece ser relativamente recente, uma vez que 56,7% realizaram tais cursos há menos de 10 anos (Tabela 29).

Tabela 29 – **Ano de conclusão (real ou previsto) de Curso de Especialização**

Ano	N	%
1970 - 1980	1	0,6
1981 - 1990	6	3,6
1991 - 2000	11	6,7
2001 - 2010	93	56,7
2011 ou após	1	0,6
Sem resposta	52	31,7

Segundo Mello (2009), observa-se “... uma tendência de especialização precoce, em decorrência da característica exageradamente tecnicista dos cursos de Odontologia, o que induz os profissionais egressos a se especializarem logo após a conclusão do curso de graduação.” (p. 98)

4. Pós-Graduação stricto sensu Mestrado

Ainda não constitui prática disseminada, dentre os informantes da amostra estudada, a realização de curso de mestrado, uma vez que 65,3% não os realizaram (Tabela 30). Há de se considerar, nesse caso, a prevalência da oferta de mestrados acadêmicos – que encaminham para a docência em ensino superior – sobre os chamados mestrados profissionais, na área de Odontologia. Na Bahia, só há um mestrado acadêmico em Odontologia e um profissionalizante na Escola Bahiana de Medicina. Assim, ao lado da oferta

restrita, pesa, na escolha de uma modalidade de pós-graduação, o interesse imediato em entrar no mercado de trabalho, o que é conseguido com curso de especialização.

Tabela 30 – Realização de curso de pós-graduação *stricto sensu* - mestrado

Resposta	N	%
Sim	66	22,0
Não	196	65,3
Sem resposta	38	12,6
Total	300	

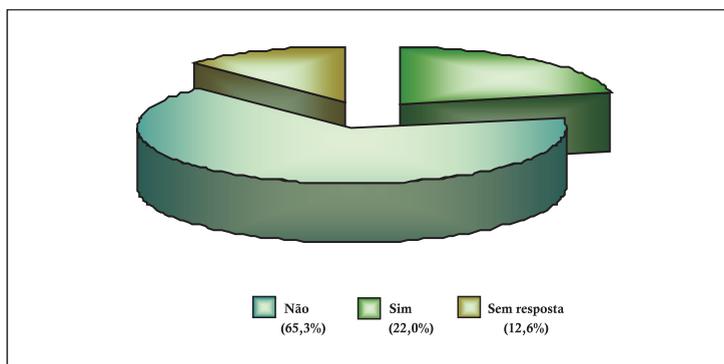


Figura 24 – Formação profissional: pós-graduação *stricto sensu*

Dentre as áreas de concentração ou especialidade focalizada nos cursos de mestrado realizados pelos respondentes, há uma clara supremacia de clínica odontológica, realizado por 45,4% dos que declararam ter realizado mestrado. Vale retomar o dado em relação aos cursos de especialização em clínica odontológica, realizado por apenas 6,1% dos informantes. (Tabela 23)

Tabela 31 – Área de concentração do curso de mestrado

Área	N	%
Clínica Odontológica	30	45,4
Endodontia	3	7,5
Ortodontia	3	7,5
Estomatologia	3	7,5
Anatomia	2	3,0
Periodontia	2	3,0
Odontologia c/ ênfase em Saúde Coletiva	2	3,0
Radiologia	2	3,0
Prótese	1	1,5
Dor Orofacial	1	1,5
Biologia Molecular	1	1,5
Dentística	1	1,5
CTBMF	1	1,5
Imunologia	1	1,5
Implantodontia	1	1,5
Reabilitação Oral	1	1,5
Odonto Legal	1	1,5
Laser em Odontologia	1	1,5
Auditoria do Sistema de Saúde	1	1,5
Metodologia	1	1,5
Ciências	1	1,5
Sem resposta	6	9,0
Total	66	

Do mesmo modo como ocorreu com cursos de especialização, grande parte dos que realizaram mestrado o fizeram no Brasil (80%) e, desses, 53% no estado da Bahia, conforme se verifica nas Tabelas 32 e 33.

Tabela 32 – País onde realizou o curso de mestrado

País	N	%
Brasil	53	80,0
França	1	1,5
Sem resposta	12	18,2
Total	66	

Tabela 33 – Local onde realizou curso de mestrado

Local	N	%
Bahia	35	53,0
São Paulo	14	21,2
Rio de Janeiro	2	3,0
Rio Grande do Sul	1	1,5
Pernambuco	1	1,5
Paris	1	1,5
Sem resposta	12	18,2
Total	66	

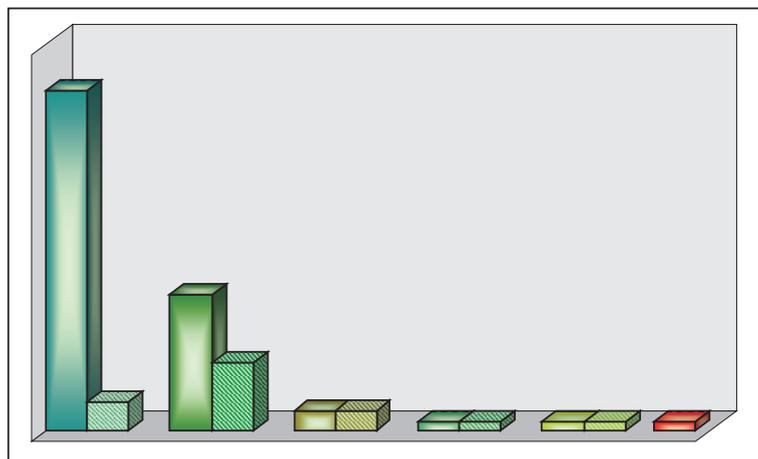
Tal como ocorreu para os cursos de especialização, a realização de cursos de mestrado ocorreu nos últimos 10 anos (69,6%).

Tabela 34 – Ano de conclusão de curso de mestrado

Ano de conclusão	N	%
1986 – 1990	2	3,0
1991 – 1995	1	1,5
1996 - 2000	5	7,5
2001 – 2005	14	21,2

continua...

Ano de conclusão	N	%
2006 -2010	32	48,4
2011 ou após	–	–
Sem resposta	12	18,2
Total	66	



Local	Mestrado	Doutorado
Bahia	53,0%	20,0%
São Paulo	21,2%	46,6%
Rio de Janeiro	3,0%	13,3%
Rio Grande do Sul	1,5%	6,7%
Pernambuco	1,5%	6,7%
Paris	1,5%	–

Nota: 18,2% sem resposta referente ao mestrado e 13,3% sem resposta referente ao doutorado

Figura 25 – Formação profissional: local onde realizou curso de mestrado ou doutorado

73% dos entrevistados que informaram ter conquistado o título de mestre na faixa de 1996 a 2000, concluíram o curso de graduação entre 1976 e 2008. Esse dado remete à inexistência de respondentes graduados a partir de 1999, desde que se considere o limite médio de dois anos para a realização do curso de mestrado. Contudo, constata-se que a concentração de

mestres (60%) resultou de diplomação nos últimos 20 anos, com crescimento relativamente sutil para a amostra em estudo, na última década. Certamente, o possível crescimento do número de mestres se deve à ampliação da rede de Instituições de Ensino Superior que exige titulação *stricto sensu* em atendimento à LDB.

5. Pós-Graduação *stricto sensu* Doutorado

A realização de curso de doutorado também não se revelou frequente na amostra estudada, haja vista a constatação de que apenas 15 profissionais o realizaram (5,0%). Dentre eles, há três especialidades que se destacam: Laser, Anatomia e Radiologia, com 13,3% cada (Tabelas 35 e 36). Na Bahia, há apenas um doutorado interinstitucional com a UFPB, em *Laser*. Há uma oferta em áreas correlatas, como *Medicina e Saúde, Imunologia, Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas e Educação*, por exemplo.

Tabela 35 – Realização de curso de doutorado

Resposta	N	%
Sim	15	5,0
Não	285	95,0
Sem resposta	–	–
Total	300	

Tabela 36 – Área de concentração do curso de doutorado

Área	N	%
Laser	2	13,3
Anatomia	2	13,3
Radiologia	2	13,3
Imunologia	1	6,6

continua...

Área	N	%
Prótese	1	6,6
Ortodontia	1	6,6
Estomatologia	1	6,6
Dentística	1	6,6
Endodontia	1	6,6
Odontologia c/ ênfase em Saúde Coletiva	1	6,6
Periodontia	1	6,6
Medicina e Saúde	1	6,6
Sem resposta	15	-
Total		

Todos os informantes que realizaram curso de Doutorado o fizeram no Brasil (Tabela 37) e predominantemente nos estados de São Paulo (46,6%), Bahia (20%) e Rio de Janeiro (13,3%), num período que compreende, majoritariamente, a última década (Tabela 39).

Tabela 37 – País onde realizou curso de doutorado

País	N	%
Brasil	15	100,0
Outros países	-	-
Sem resposta	-	-
Total	15	

Tabela 38 – Estado do Brasil onde realizou curso de doutorado

Estado	N	%
Bahia	3	20,0
São Paulo	7	46,6

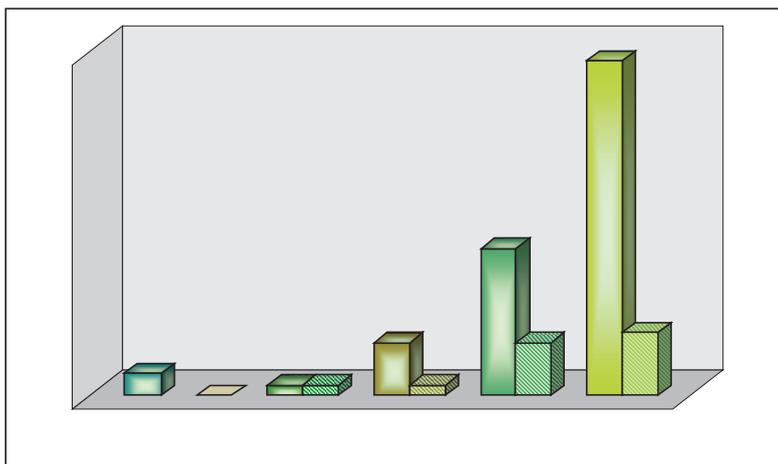
continua...

Estado	N	%
Rio de Janeiro	2	13,3
Rio Grande do Sul	1	6,7
Pernambuco	1	6,7
Sem resposta	1	6,7
Total	15	

Tabela 39 – Ano de conclusão do curso de doutorado

Ano	N	%
1990 – 1995	1	6,6
1996 - 2000	1	6,6
2001 – 2005	5	33,3
2006 – 2010	6	40,0
2011 ou após	–	–
Sem resposta	2	13,3
Total	15	

Similarmente aos resultados apurados para o mestrado, os profissionais que acusaram ter concluído o doutorado entre 2001 e 2005 informaram ter recebido o diploma de graduação em Odontologia entre 1987 e 1997. De acordo com os dados apontados na tabela 39, os profissionais doutores conquistaram essa titulação nos últimos 20 anos. As razões que justificam essa demanda crescente são as mesmas que justificaram a expectativa de ampliação da formação constatada para o título de Mestre, particularmente em se tratando da aspiração à docência em Instituições de Ensino Superior de natureza pública. Diante dos resultados obtidos conclui-se que 65,3% dos respondentes, portanto 196 deles em plena atividade profissional, não cursaram programa de pós-graduação *stricto sensu* algum, seja em nível de mestrado ou doutorado. Essa constatação reafirma a possibilidade de maior inclinação, após a graduação, pelos programas *lato sensu*.



Período	Mestrado	Doutorado
1986 - 1990	3,0%	-
1991 - 1995	1,5%	6,6%
1996 - 2000	7,5%	6,6%
2001 - 2005	21,2%	33,3%
2006 - 2010	48,4%	40,0%

Nota: 18,2% sem resposta referente ao mestrado e 13,3% sem resposta referente ao doutorado

Figura 26 – Formação profissional: período de realização do curso de mestrado ou doutorado

6. A atualização científica

Periódicos nacionais constituem o objeto prioritário de leitura (58,9%), dentre os 65,7% dos informantes que declararam hábito de leitura de periódicos científicos (Tabelas 40 e 41).

Tabela 40 – Hábito de leitura: periódicos científicos

Resposta	N	%
Sim	197	65,7
Não	95	31,6
Sem resposta	8	2,7
Total	300	

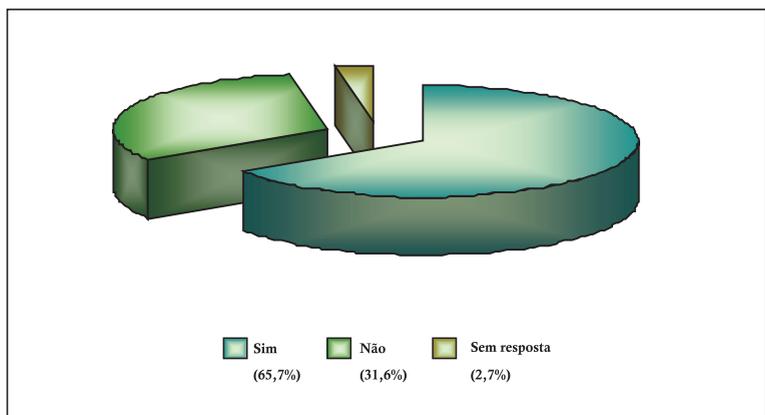


Figura 27 – Atualização Científica: leitura habitual de periódicos

Tabela 41 – Tipo de periódico habitualmente lido

Tipo de periódico	N	%
Nacional	116	58,9
Internacional	17	8,7
Os dois tipos	61	30,9
Sem resposta	3	1,5
Total	194	

Clínica odontológica apresenta-se como o tema mais frequente dos periódicos habitualmente lidos (12,9%), seguido da ortodontia (9,8%) e da prótese (8,2%).

Tabela 42 – Área ou especialidade dos periódicos habitualmente lidos

Área	N	%
Clínica Odontológica	25	12,9
Ortodontia	19	9,8

continua...

Área	N	%
Endodontia	17	8,8
Periodontia	16	8,2
Prótese	16	8,2
Implantodontia	12	6,2
Radiologia	11	5,6
Cirurgia Bucomaxilofacial	9	4,6
Odontopediatria	7	3,6
Odontologia Preventiva	4	2,1
Ortopedia funcional	2	1,0
Odontogeriatrics	1	0,5
Odontologia do Trabalho	1	0,5
Estomatologia	1	0,5
Outras	4	2,1
Sem resposta	49	2,5
Total	194	

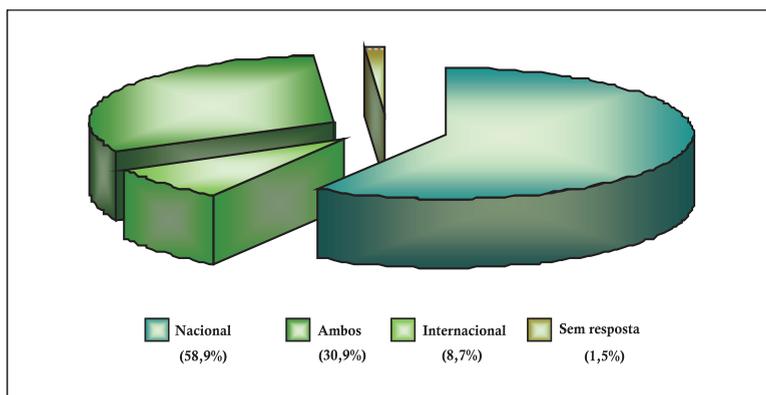


Figura 28 – Atualização Científica: natureza do periódico lido

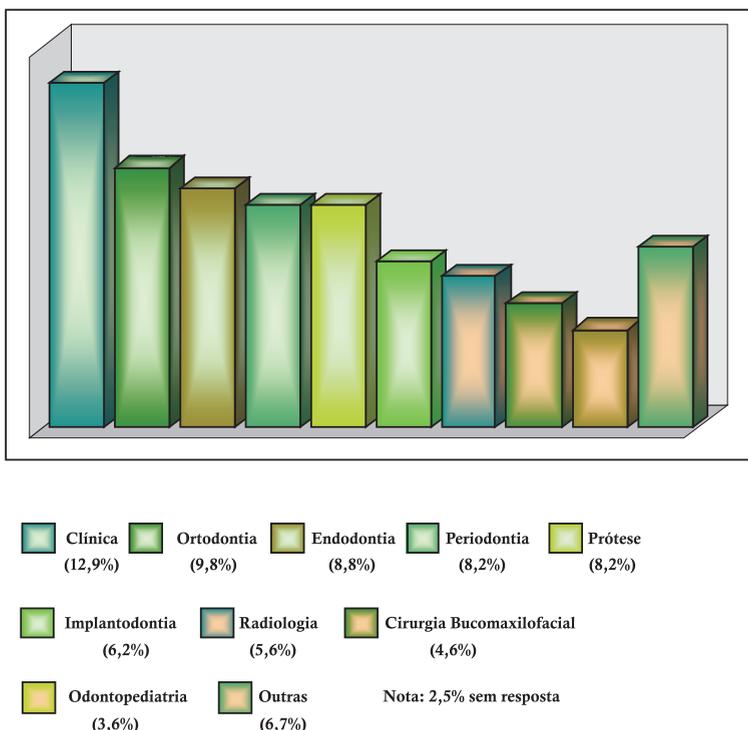


Figura 29 – **Atualização Científica: área dos periódicos habitualmente lidos**

Os informantes revelaram interesse no aperfeiçoamento profissional (66%), conforme se verifica na Tabela 43. Dentre as razões para a não-participação em iniciativas dessa natureza, destacam-se: falta de tempo, motivação ou estímulo (23,7%), dificuldades pessoais (13,4%) e dificuldades interromper o trabalho (12,4%), conforme se verifica na Tabela 44.

Tabela 43 – **Participação em iniciativas de aperfeiçoamento profissional**

Resposta	N	%
Sim	198	66,0
Não	94	32,3
Sem resposta	5	1,7
Total	300	

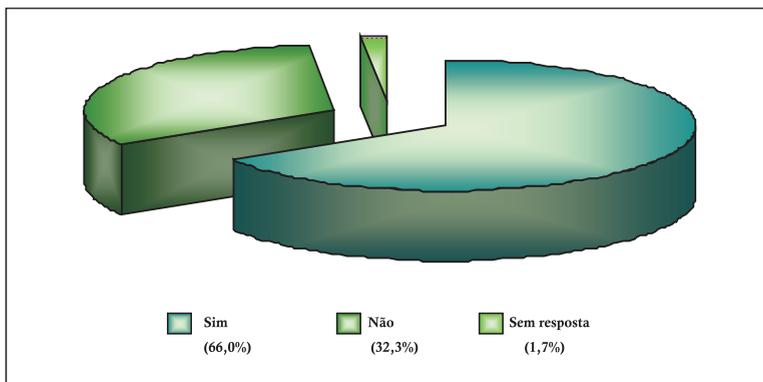


Figura 30 – Atualização Científica: participação em iniciativas aprimoramento profissional

Tabela 44 – Razões da não-participação em iniciativas de aperfeiçoamento profissional

Resposta	N	%
Falta de tempo, motivação, estímulo	23	23,7
Dificuldades pessoais	13	13,4
Dificuldades em parar de trabalhar	12	12,4
Dificuldade de acesso, distância	7	7,2
Falta de condições financeiras	6	6,2
Recém- formado, cursando especialização	6	6,2
Recém formado, cursando residência	2	2,1
Outras	23	23,7
Sem resposta	5	5,1
Total	97	

Quanto à participação em encontros científicos, 43% o fazem frequentemente, 38,7% ocasionalmente e 12,7% não participam (Tabela 45). Eventos nacionais apresentam maior frequência, 63,7% (Tabela 46).

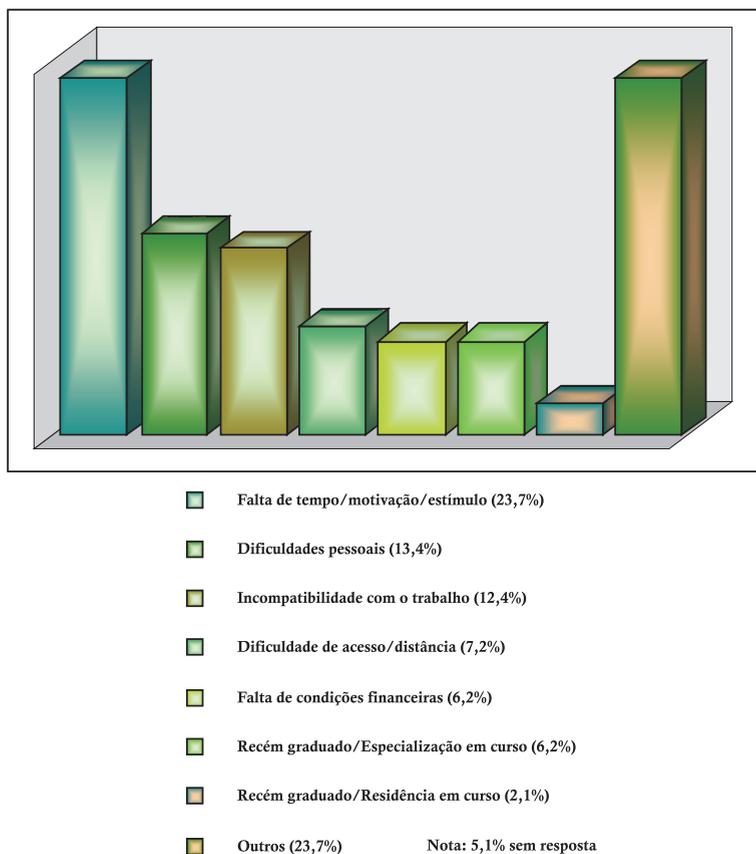


Figura 31 – Atualização científica: razões da não-participação em iniciativas de aprimoramento profissional

Tabela 45 – Frequência de participação em encontros científicos (últimos 12 meses)

Resposta	N	%
Frequentemente	129	43,0
Ocasionalmente	116	38,7
Raramente	11	3,7
Não participei	38	12,7
Sem resposta	6	2,0
Total	300	

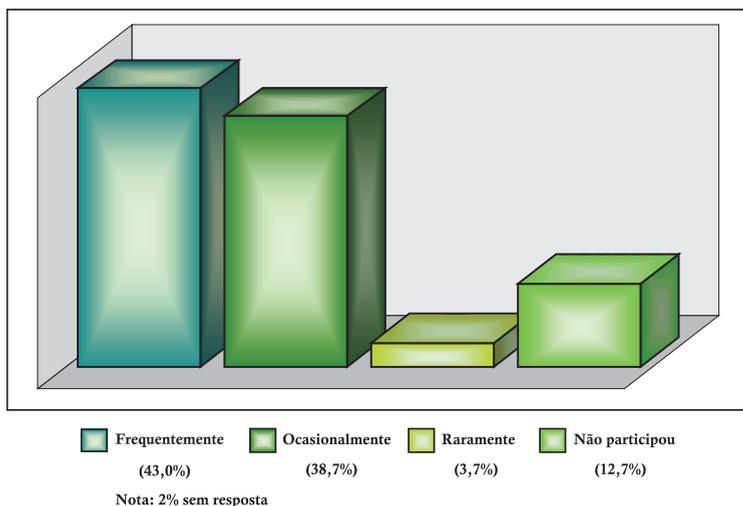


Figura 32 – **Atualização científica: participação nos últimos 12 meses em encontros científicos**

Tabela 46 – **Modalidade dos encontros científicos de que participou**

Modalidade de encontro	N	%
Nacional	163	63,7
Internacional	25	9,8
As duas opções	58	22,6
Sem resposta	10	3,9
Total	256	

53,7% dos informantes avaliam positivamente a importância desses encontros, enquanto 33,3% o fazem negativamente (Tabela 47).

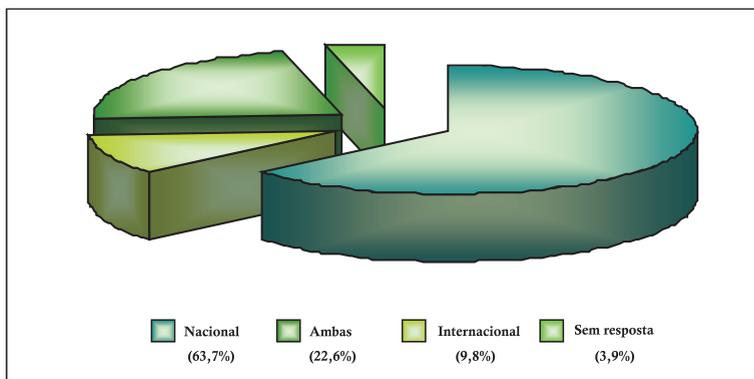


Figura 33 – Atualização científica: natureza dos eventos de que participou

Tabela 47 – Avaliação dos encontros de que participou quanto à importância para atualização profissional

Resposta	N	%
Sim	161	53,7
Não	100	33,3
Sem resposta	39	13,0
Total	300	

Questionados a justificar a não-participação em encontros científicos destinados à atualização e aperfeiçoamento profissional, as respostas coletadas sinalizam razões relacionadas à necessidade de reformulação das propostas canceladas pelas diversas instituições voltadas para os egressos.

Como solicitações mais relevantes quanto à oferta de oportunidades de atualização, destacam-se:

- Maior frequência de oferta de eventos voltados ao aperfeiçoamento profissional.
- Abordagem de temas atuais, fundamentados cientificamente.
- Adoção de estratégias de aproximação entre a academia e o segmento profissional.

- Inserção de procedimentos práticos compatíveis com a ampliação das cargas horárias teóricas destinadas aos eventos voltados ao aperfeiçoamento profissional.
- Análise crítica dos materiais e técnicas odontológicas disponíveis na literatura científica, visando a selecioná-los e adequá-los à realidade socioeconômica e regional vivenciada, profissionalmente.

Paralelamente, significativas limitações pessoais trazem dificuldades ao aperfeiçoamento profissional, tais como:

- Falta de condições financeiras.
- Inacessibilidade aos programas de aperfeiçoamento pelo seu alto custo.
- Impossibilidade de participação dos profissionais recém-graduados, devido à exclusão imposta pelo mercado de trabalho.
- Imperiosa necessidade de diminuir o ritmo de trabalho para se manter atualizado cientificamente.
- A exigência de maior disponibilidade de tempo para se manter atualizado.

Com menor frequência, outras razões foram mencionadas, tais como, “falta de estímulo” e a longa distância entre o domicílio e os grandes centros urbanos.

Optando pela autossuficiência, parcela dos informantes registrou que se mantém atualizada através de livros, revistas e da internet, tal como se manifestou um dos participantes da presente pesquisa:

“... hoje, com a internet, não precisa mais se dirigir a uma sala de aula”.

Foi solicitado que os informantes sugerissem estratégias às entidades de classe no que diz respeito a programas de formação continuada para cirurgiões-dentistas. Dentre as sugestões apresentadas, destacam-se:

- Facilitar o acesso às especializações, talvez instituindo um sistema de residência remunerada, regulando, dessa forma, a precocidade do ingresso às especialidades, valorizando a clínica geral. Isso deve ocorrer como iniciativa do CFO, inclusive com o subsídio desse Conselho e do Governo Federal.

- Estimular as EAPs, aumentando o número de instituições.
- Mudar a grade curricular dos cursos de graduação.
- Valorização de professores, especialistas, mestres e doutores.
- Diversificar e reduzir os custos das iniciativas de aperfeiçoamento, via convênio com o MEC.
- Intensificar a comunicação com os CDs via mala direta, e-mails e informativos, permitindo a todos, inclusive os do interior, o acesso à informação.
- Promover cursos via internet, bem como a divulgação de artigos, palestras, bem como as informações sobre eventos.
- Divulgar e implementar cursos *hands-on*, curtos e mais baratos.
- Descentralizar os eventos científicos, com interiorização, promovendo cursos em pequenos centros urbanos.
- Promover programas e cursos específicos de atualização, aperfeiçoamento e especialização.
- Promover congressos e eventos científicos com mais frequência.
- Oferecer cursos e vídeo-conferências via EAD, mantendo uma oferta de cursos permanente, independentemente do número de inscritos.
- Redução dos valores das mensalidades dos cursos oferecidos.

Sendo a Odontologia uma das profissões da área de saúde que exige atualização permanente, frente às crescentes demandas sociais e ao avanço científico e tecnológico, conclui-se que as condições para a formação continuada ainda deixam a desejar e carecem de estímulos para os profissionais.

Cabe registrar que apenas 97 (32,3%) dos 300 entrevistados acusaram as razões pelas quais não buscaram até então, o aprimoramento profissional. 23,7% destes afirmaram não participar de aprimoramento algum, em função da “falta de tempo, de motivação e de estímulo”; 13,4% registraram não frequentá-las por “dificuldades de ordem pessoal”; 12,4% dos profissionais respondentes referiram “as dificuldades de acesso e a relevante distância en-

tre os locais de trabalho e residência das sedes dos eventos” como sendo obstáculos à não participação e, finalmente, 23,7% acusaram, isoladamente, variadas razões.

Correlacionadas as variáveis atualização profissional nos últimos 12 meses *versus* participação em eventos no exterior e faixa etária constatou-se que os profissionais situados na faixa de 31 a 40 anos participam mais assiduamente desses encontros. Em contrapartida, os profissionais enquadrados nos limites de 21 a 30 anos revelaram não participar dos mencionados encontros nos últimos 12 meses. Provavelmente, este fenômeno se deve ao recém ingresso no mercado de trabalho dos profissionais enquadrados na faixa etária de 21 a 30 anos.

7. A formação em Saúde Coletiva

Considerando a relevância das atuais políticas públicas de saúde, particularmente de saúde pública, várias questões foram incluídas no instrumento de coleta de dados para verificar em que medida os cirurgiões-dentistas da amostra tiveram acesso a informações sobre conceitos, princípios e procedimentos em saúde coletiva.

Inicialmente, tentou-se verificar a existência de disciplinas sobre saúde coletiva no curso de graduação realizado pelos informantes. Nessa questão obteve-se um percentual significativo de 79,7% de respostas afirmativas, conforme se observa na Tabela 48.

Tabela 48 – **Existência de disciplinas sobre saúde coletiva ou saúde bucal no curso de graduação**

Resposta	N	%
Sim	239	79,7
Não	58	19,3
Sem resposta	3	1,0
Total	300	

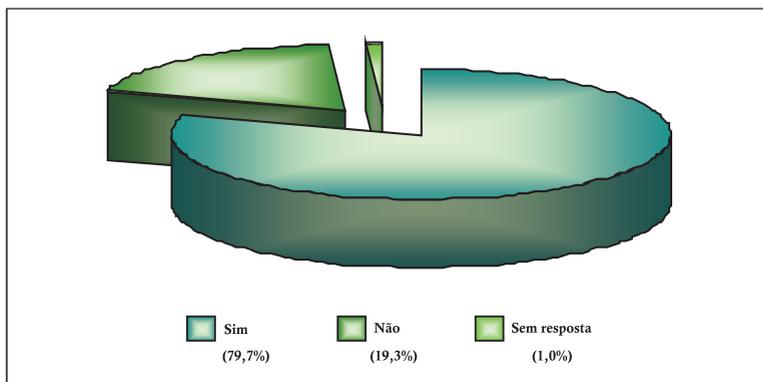


Figura 34 – Disciplinas sobre saúde coletiva e saúde bucal coletiva na graduação

Entretanto, mesmo quando tais disciplinas existiam na grade curricular, a frequência maior foi de 1 a 2 disciplinas (49,4%), conforme se observa na tabela 49, o que pode indicar certa fragilidade da formação nesse âmbito, até porque se sabe não ser essa uma área privilegiada nos currículos anteriores à vigência das DCN para os cursos de Odontologia.

Tabela 49 – Número de disciplinas sobre saúde coletiva ou saúde bucal ministradas no curso de graduação

Número de disciplinas	N	%
1 a 2 disciplinas	118	49,4
3 a 4 disciplinas	65	27,2
5 ou mais	41	17,1
Não se lembra	10	4,2
Sem resposta	5	2,1
Total	239	

Dentre as disciplinas citadas, destacam-se as denominadas *Saúde Preventiva e Social* (53,1%) e *Introdução à Saúde Coletiva* (32,6%), possivelmente de caráter introdutório ou genérico, o que não significa uma sólida formação nessa área.

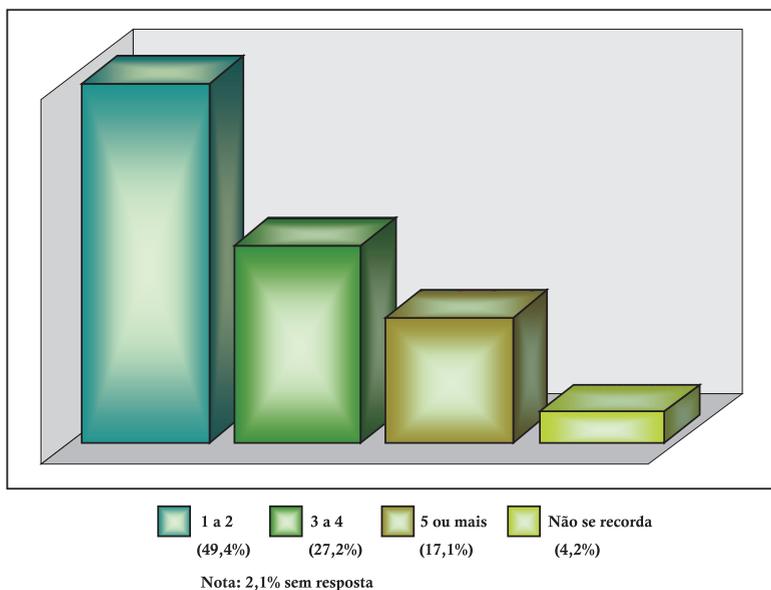


Figura 35 – Número de disciplinas de saúde coletiva no curso de graduação

Tabela 50 – Disciplinas sobre saúde coletiva ou saúde bucal ministradas no curso de graduação

Disciplina	N	%
Preventiva e social	127	53,1
Introdução à Saúde Coletiva	78	32,6
Saúde Pública	1	0,4
Economia Dental	4	1,7
Odontologia Sanitária	3	1,2
Educação para Saúde	2	0,8
OSC I, II, III	1	0,4
Não se lembra	13	5,4
Sem resposta	10	4,2
Total	239	

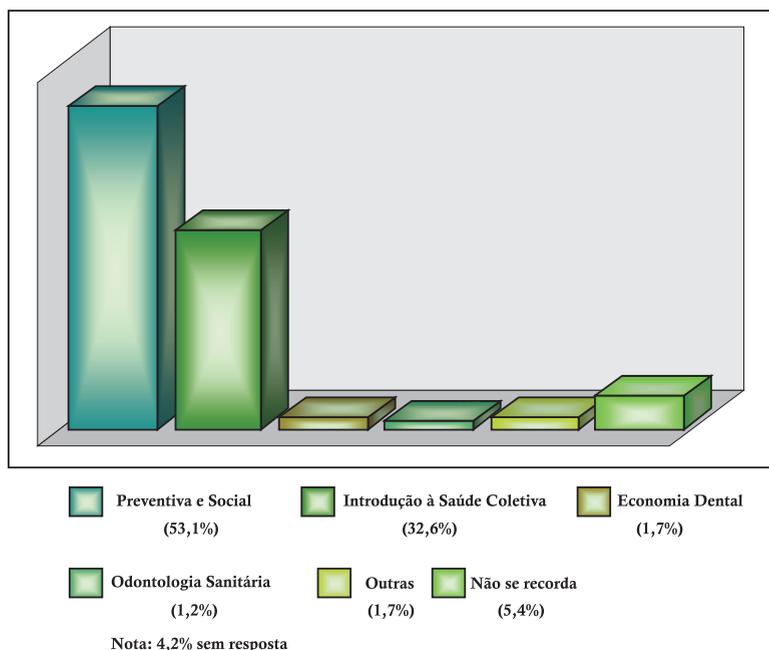


Figura 36 – Denominação das disciplinas de saúde coletiva no curso de graduação

De extrema relevância é a constatação de que 62,3% dos cursos de graduação dos informantes não incluíam debates sobre a inserção do cirurgião-dentista no PSF e no SUS (Tabela 51), o que se deve ao período de formação dos informantes, quando ainda estavam em vigor currículos anteriores à vigência das DCN ou a implantação dessas diretrizes ainda estava em processo.

Tabela 51 – Inclusão de debates sobre a inserção do cirurgião-dentista no PSF e no SUS, no curso de graduação

Resposta	N	%
Sim	108	36,0
Não	187	62,3
Sem resposta	5	1,7
Total	300	

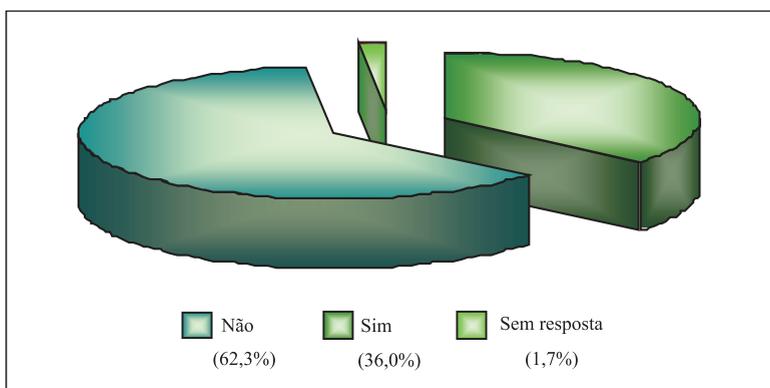


Figura 37 – Debates sobre o SUS/PSF na Graduação

Como aspectos da atuação profissional enfatizados no curso de Graduação, a atuação curativa e a atuação preventiva foram igualmente consideradas, segundo os informantes, com um percentual de 47,7% e 42,7%, respectivamente, com ligeira vantagem para a atuação curativa, conforme se observa na Tabela 52.

Tabela 52 – Aspecto da atuação profissional enfatizado no curso de graduação

Aspecto enfatizado	N	%
Atuação Curativa	143	47,7
Atuação Preventiva	128	42,7
Ambas	23	7,7
Sem resposta	6	2,0
Total	300	

Os dados apresentados nas tabelas 53 e 54 são conclusivos em relação à perspectiva profissional predominante nos cursos de graduação realizados pelos informantes: em 73,7% deles, a ênfase foi atribuída ao desempenho profissional em clínica particular, em detrimento da atuação no SUS, e, em 54,7%, o estrato do mercado privilegiado foi o elitista, em detrimento do atendimento a camadas populares.

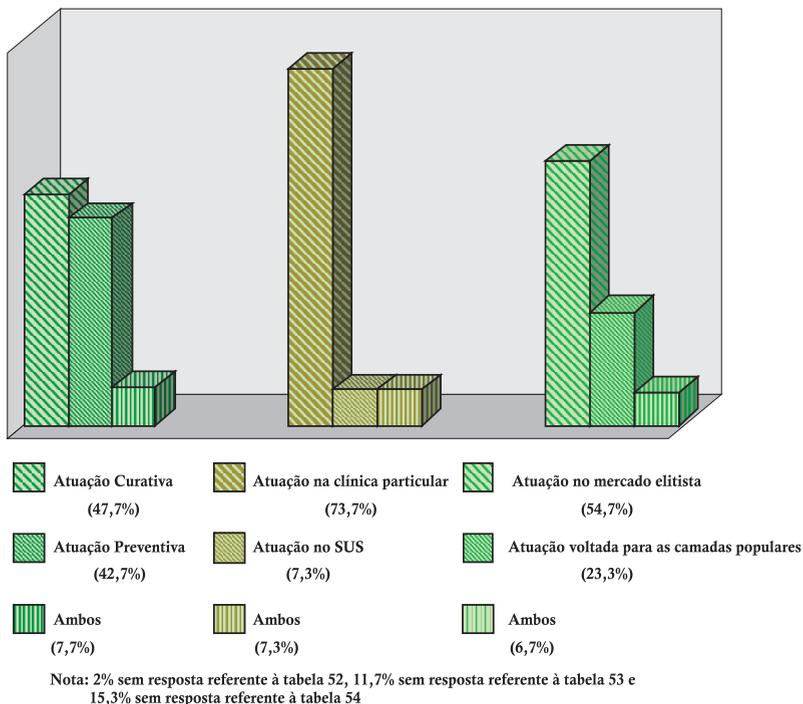


Figura 38 – Aspecto da atuação profissional enfatizado no curso de Graduação

Quanto à formação profissional Mello (2009) enfatiza que “... a formação do profissional generalista ou clínico geral diminuiu sensivelmente, quando cabe às instituições de ensino superior a formação do profissional generalista, consciente de sua capacitação para atender às principais necessidades preventivas ou curativas de seus pacientes. Acrescente-se o mercantilismo presente em torno do processo de saúde e doença, o que leva a uma maior ênfase no processo curativo-reparador. (p. 98)

Tabela 53 – Espaço da atuação profissional enfatizado no curso de graduação

Espaço enfatizado	N	%
Clínica Particular	221	73,7
SUS	22	7,3
Ambos	22	7,3
Sem resposta	35	11,7
Total	300	

Tabela 54 – Estrato do mercado profissional enfatizado no curso de graduação

Estrato	N	%
Mercado elitista	164	54,7
Camadas populares	70	23,3
Ambos	20	6,7
Sem resposta	46	15,3
Total	300	

Capítulo 3

A inserção no mundo do trabalho

1. Situação profissional

A amostra revelou-se predominantemente constituída de profissionais ativos, no exercício da profissão, que totalizaram 86,3% dos informantes, como se pode verificar na Tabela 55.

Tabela 55 – **Atual situação profissional dos informantes**

Situação profissional	N	%
Ativo	259	86,3
Desempregado	1	0,3
Aposentado	3	1,0
Abandonou a profissão	0	–
Afastado temporariamente da atividade odontológica	6	2,0
Outros	0	–
Sem resposta	31	10,3
Total	300	

2. Especialidade

No que diz respeito à área de especialidade, a maioria dos informantes (54,0%) declarou atuar em mais de uma especialidade, embora não seja des-

prezível o percentual daqueles que atuam em apenas uma especialidade (42,7%), como está registrado na Tabela 56.

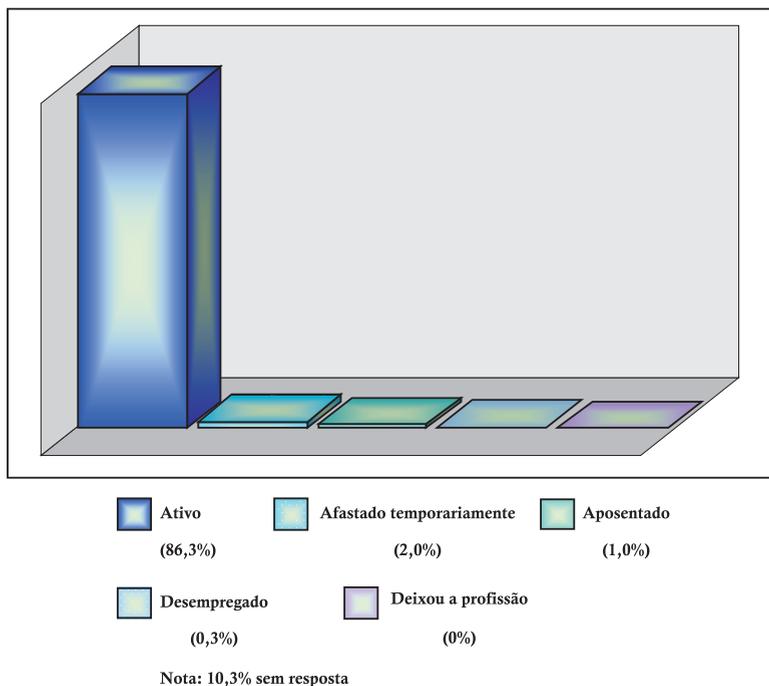


Figura 39 – Mundo do trabalho: situação profissional

Tabela 56 – Atuação em mais de uma especialidade

Resposta	N	%
Sim	162	54,0
Não	128	42,7
Sem resposta	10	3,3
Total	300	

Clínica geral, estética e dentística, prótese e endodontia constituem as especialidades mais presentes na amostra, perfazendo 54,7% do total, com vanta-

gem, dentre elas, para a clínica geral (16,3%). Esse último dado ressalta a importância da clínica geral, que abrange procedimentos preventivos e curativos, acima de tudo de diagnóstico e planejamento, materializando-se como a base para as especialidades. (Tabela 57)

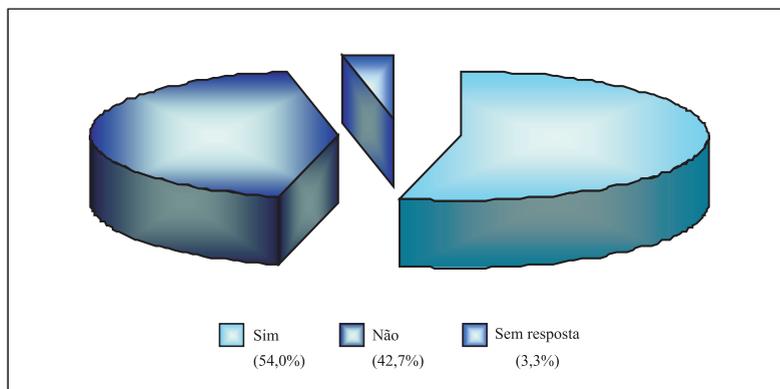


Figura 40 – Mundo do trabalho: atuação em mais de uma especialidade

No que diz respeito à abrangência das especialidades representadas, importa observar que 85,5% da amostra se distribui entre 9 especialidades cujos percentuais registrados pelos informantes variaram de 16,3% a 3,2%, como se pode observar na Tabela 57.

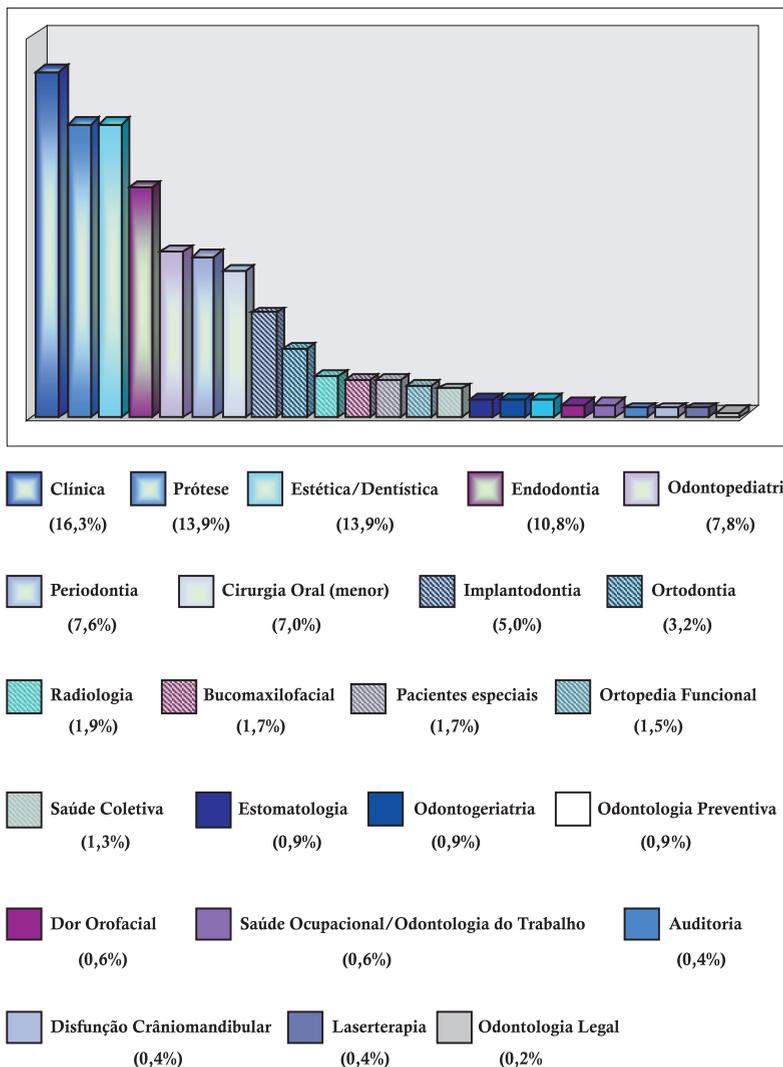
Tabela 57 – Especialidade em que atua

Especialidade	N	%
Clínica Geral	75	16,3
Estética/ Dentística	64	13,9
Prótese	64	13,9
Endodontia	50	10,8
Odontopediatria	36	7,8

continua...

Especialidade	N	%
Periodontia	35	7,6
Cirurgia Oral Menor	32	7,0
Implantodontia	23	5,0
Ortodontia	15	3,2
Radiologia	9	1,9
Cirurgia Bucomaxilofacial	8	1,7
Pacientes Especiais	8	1,7
Ortopedia Funcional	7	1,5
Saúde Coletiva	6	1,3
Estomatologia	4	0,9
Odontogeriatrics	4	0,9
Odontologia Preventiva	4	0,9
Dor orofacial	3	0,6
Saúde Ocupacional /Odont. do Trabalho	3	0,6
Auditoria	2	0,4
Disfunção Crânio-mandibular	2	0,4
Laserterapia	2	0,4
Odontologia Legal	1	0,2
Sem resposta	4	0,8
Total	300	

Na *Pesquisa Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro* (CES-MEC e CFO, 2010) as especialidades que possuem o maior número de profissionais, em âmbito nacional, são a *ortodontia*, com 11.778 profissionais registrados e a *endodontia*, com 9.120 profissionais registrados. Os dados são diferenciados dos encontrados nesta pesquisa e, sobre isso, aventa-se a hipótese de a clínica geral não ter sido incluída como categoria dentre as especialidades naquela pesquisa.



Nota: 0,8% sem resposta

Figura 41 – Mundo do trabalho: áreas de atuação – especialidades

Os dados também não se aproximam quando se trata da especialidade *Saúde Coletiva* que, na pesquisa CES-MEC e CFO, foi incluída, entre as 10 especialidades mais frequentes. Nesta pesquisa, a especialidade *Saúde Coletiva* obteve apenas 1,3% do total.

3. Espaços de trabalho

É evidente a multiplicidade dos espaços de atuação profissional, haja vista a incidência do percentual de 56,3% dos informantes que assinalaram a alternativa “outros estabelecimentos” (o que exclui postos ou centros de saúde, hospitais, clínicas, policlínicas ou ambulatórios). Em seguida, tem-se o registro de 26,0%, correspondente à atuação no espaço convencional do consultório. Apenas 3,4% indicaram atuar em postos ou centros de saúde e hospitais.

Tabela 58 – Espaço de atuação profissional

Espaço de atuação	N	%
Postos ou centros de saúde	10	3,4
Hospitais	1	0,3
Clínicas/ Policlínicas/ Ambulatórios	21	7,0
Consultório	78	26,0
Outros estabelecimentos	169	56,3
Sem resposta	21	7,0
Total	300	

A presença reduzida de profissionais em postos ou centros de saúde (3,4%) e em hospitais (0,3%) corresponde à pequena inclusão ou integração de ações de saúde bucal nesses espaços. Além disso, o percentual de 26% de profissionais em espaços de consultório se vincula provavelmente ao fato de a Odontologia como profissão, ser historicamente vinculada a atendimento em consultório, em situação de livre iniciativa. Mesmo com os currículos matizados com Odontologia preventiva e social, ainda assim a expectativa dos estudantes é pela livre iniciativa.

4. Condições de trabalho

O percentual de 85% de profissionais que trabalham dois turnos ou mais parece indicar possibilidade de excesso de horas trabalhadas, numa atividade

que exige preparo, perícia e alta responsabilidade, e que, por isso mesmo (e segundo a percepção dos informantes, verificada nos dados da Tabela 61) revela-se deveras estressante.

Tabela 59 – Média de horas trabalhadas por dia

Número de horas de trabalho	N	%
8 h ou menos	31	10,3
Acima de 8	255	85,0
Sem resposta	14	4,7
Total	300	

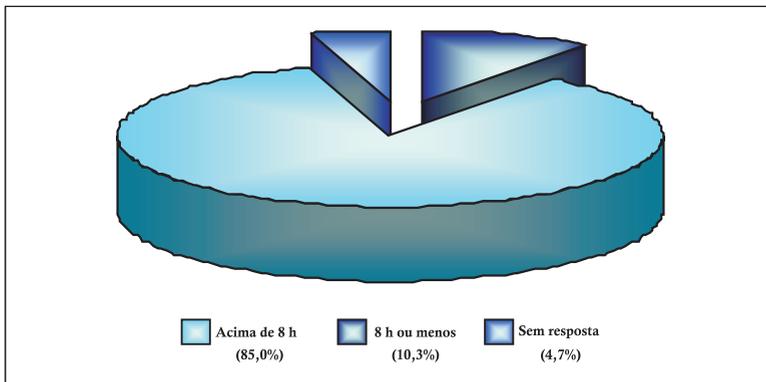


Figura 42 – Mundo do trabalho: horas trabalhadas por dia

Em seu estudo sobre cirurgiões-dentistas docentes, Mello (2009) também encontrou uma média da jornada semanal de trabalho em torno de 44 horas, declarada por 50,2% dos informantes (p. 117).

Sobre o estresse no trabalho do cirurgião-dentista, Regis Filho e Ribeiro (2007a), no artigo “Estresse e qualidade de vida no trabalho do cirurgião-dentista: uma abordagem ergonômica”, afirmam que:

O gerenciamento adequado do estresse exige do cirurgião-dentista uma nova posição frente à profissão e à vida como, por exemplo, definir-se claramente, uma vez que frequentemente o ser humano é induzido a realizar mais do que deve e quer, buscando aprender a dizer não e sentir-se bem com isso. O presente estudo possibilita concluir que os cirurgiões-dentistas pertencem a uma categoria profissional exposta à um risco considerável de se obter estresse ocupacional [...]

Fontenele e Ribeiro de Farias, no artigo “O trabalho do cirurgião-dentista e o estresse: considerações teóricas” ponderam que:

A atividade odontológica vem sofrendo graves problemas nos dias atuais, os quais se projetam em uma crise sem precedentes. Registram-se a diminuição da receita, a redução do número de pacientes na clínica privada, em razão da queda do poder aquisitivo das pessoas e o aumento dos custos com insumos e equipamentos impostos pelas novas tecnologias. Este trabalho tem como objetivo realizar uma reflexão sobre os fatores determinantes do estresse apresentados pelo cirurgião-dentista num contexto de jornada dupla de trabalho. Os resultados do estudo demonstraram que os cirurgiões-dentistas com mais de vinte anos de atividade profissional queixam-se de doenças sabidamente relacionadas ao estresse psicológico tais como: distúrbios posturais, dores na coluna cervical, enxaquecas constantes, hipertensão arterial, depressão, fibromialgias, distúrbios da atividade sexual, infartos, insuficiências respiratórias, envelhecimento precoce e câncer. Assim, conclui-se que as atividades desenvolvidas por esses profissionais trazem sérias consequências psicológicas demonstradas pelas doenças psicossomáticas apresentadas pelos mesmos.

5. Satisfação com o trabalho

Apesar do número de horas trabalhadas e do estresse inerente ao exercício da profissão, a grande maioria dos informantes declarou estar satisfeita com a atuação no âmbito da Odontologia.

Tabela 60 – Satisfação com a área de atuação em Odontologia

Resposta	N	%
Sim	260	86,7
Não	35	11,7
Mais ou menos	1	0,3
Sem resposta	4	1,3
Total	300	

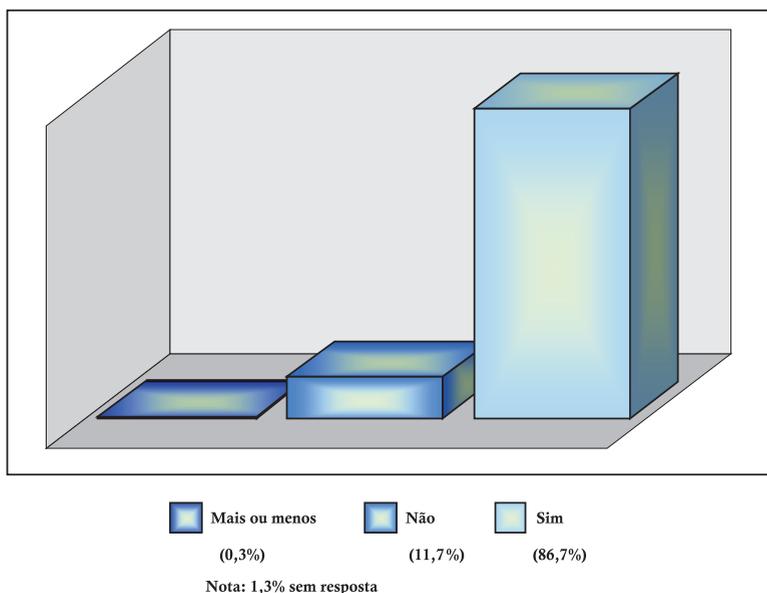


Figura 43 – Mundo do trabalho: satisfação com atuação em Odontologia

Entretanto, 74,7% é o percentual dos profissionais da amostra que admitem existir um desgaste no exercício da atividade profissional.

Tabela 61 – **Opinião frente à existência de desgaste na atividade profissional**

Resposta	N	%
Sim	224	74,7
Não	70	23,3
Mais ou menos	2	0,7
Sem resposta	4	1,3
Total	300	

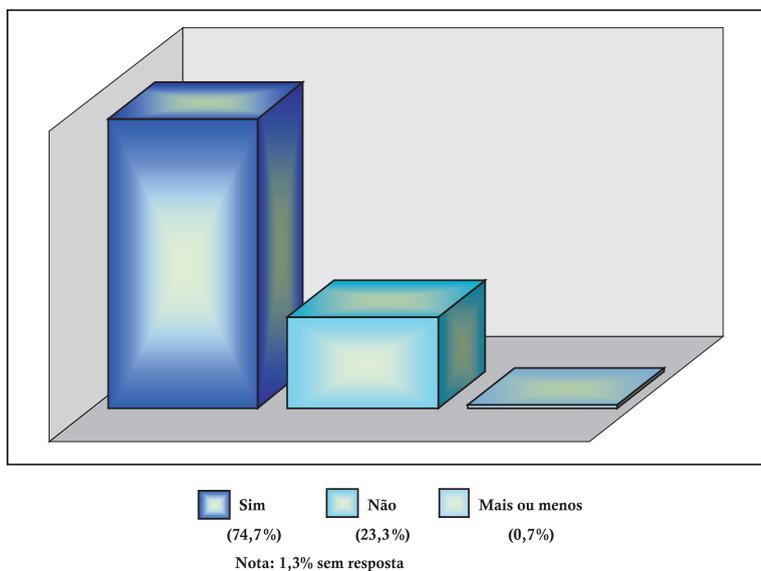


Figura 44 – **Mundo do trabalho: existência de desgaste profissional**

Quanto aos fatores responsáveis por esse desgaste, as respostas dos informantes possibilitaram a constituição de algumas categorias:

- *Fatores relativos ao ambiente e à natureza do trabalho:* vida sedentária; rotina; esforço físico; trabalho braçal; movimentos repetitivos; trabalho minucioso; preocupação constante com a qualidade do serviço; posição de trabalho, postura (ergonomia); iluminação excessiva; visualização constante de radiografias; ruídos (turbina, compressor); funções indelegáveis; trabalho em espaços fechados; riscos; insalubridade; falta de condições em postos de saúde; relação com terceirizados; ambulatório com muitos alunos; horas excessivas de trabalho; pouco tempo para descanso; falta de férias prolongadas; deslocamento entre os locais de trabalho.
- *Fatores relativos à relação com os pacientes:* pacientes com ansiedade; exigências; falta de condições financeiras; quantidade de pessoas atendidas; tempo de atendimento aos pacientes; atendimento a crianças e pacientes especiais.
- *Fatores relativos às características do mercado de trabalho:* mercado saturado; concorrência desleal; baixa remuneração; muitos convênios; demora no repasse pelos convênios; falta de reconhecimento da população; pouca valorização da Odontologia; necessidade de muitos empregos.

Como consequência do estresse ocupacional, os informantes citaram: perda progressiva da audição; problemas na coluna; escoliose; postura incorreta; redução da acuidade visual; dores de cabeça constantes; cefaléia; estresse; desgaste físico; LER e DORT; artrite; problemas ortopédicos; desgaste psicológico e mental; desgaste emocional; desmotivação; impaciência; intolerância; pressão alta; excesso de peso; cansaço; sono; dores musculares; varizes; desgaste da voz; envelhecimento precoce.

Dos 300 profissionais que participaram deste estudo, 260 informaram estar satisfeitos com a área que atuam na Odontologia, o que equivale, portanto, ao alto percentual de 86,7%. Dentre os que registraram satisfação, 28,7% auferem rendimento mensal obtido com o trabalho odontológico realizado, na faixa de R\$ 2.000,00 a R\$ 4.000,00. 22,3% estão situados na faixa de rendimento entre R\$ 4.000,00 e R\$ 6.000,00, enquanto que 15,1% estão inseridos nos limites de R\$ 6.000,00 a R\$ 8.000,00. Por fim, em baixos percentuais heterogêneos estão incluídos os profissionais que recebem rendimentos mensais abaixo de R\$ 2.000,00 e acima de R\$ 8.000,00.

6. Atividade em cooperativas

Cooperativas odontológicas são sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na lei 5.764 / 71, que operam exclusivamente planos odontológicos. Nesse sistema, os profissionais subscrevem cotas, e montam uma rede para prestar serviços a pacientes por eles próprios captados.

Na amostra estudada, apenas 13,3% dos informantes declararam ter vínculo com cooperativas, como se pode verificar na Tabela 62.

Tabela 62 – Participação em cooperativa

Resposta	N	%
Sim	40	13,3
Não	247	82,3
Sem resposta	13	4,3
Total	300	

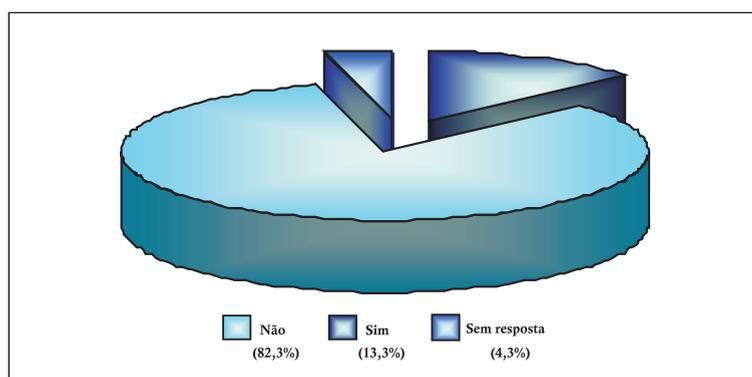


Figura 45 – Mundo do trabalho: participação em cooperativa

Foi ainda solicitado que os profissionais da amostra apresentassem propostas ou sugestões ao Conselho Federal de Odontologia em relação às cooperativas.

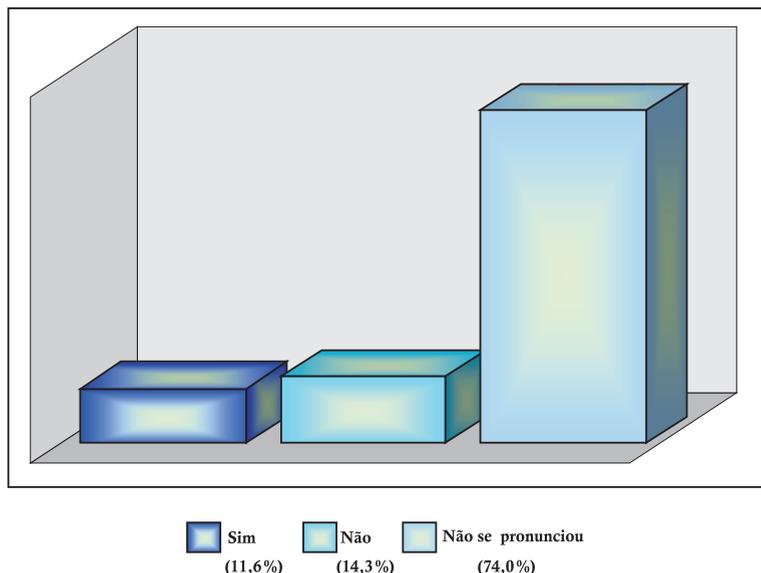


Figura 46 – **Mundo do trabalho: interesse em enviar ao CFO propostas a respeito das Cooperativas**

Apenas 11,6% deles apresentaram-nas. Dentre as propostas formuladas, destacam-se:

- Investir e fomentar as experiências bem sucedidas de cooperativas existentes no país.
- Estimular o favorecimento da classe em negociações.
- Proporcionar maior inclusão dos cirurgiões-dentistas em cooperativas.
- Ouvir os participantes de cooperativa para conhecer a realidade.
- Dar oportunidade aos recém-formados com contratos de experiência (estágio probatório) com a cooperativa e depois fixá-los como profissionais.
- Dispensar maior apoio e incentivo às cooperativas.

As cooperativas da área odontológica atendem à necessidade de o cirurgião-dentista buscar outras alternativas no atual mercado de trabalho altamente competitivo, fortalecendo o trabalho coletivo, ganhando autonomia e maior poder de decisão, oferecendo um atendimento odontológico organizado, de custo acessível e de qualidade.

Segundo Schiavolin Neto, em artigo intitulado “Convênios e cooperativas odontológicas na região metropolitana de São Paulo: uma análise operacional”,

No Brasil, a assistência odontológica obedece a uma prática predominantemente privada, curativa e socialmente excludente, sendo que a maior parte da população tem acesso limitado ao sistema público. Diante disso, as demandas pelo atendimento odontológico em Convênios e Cooperativas têm crescido significativamente. [...]

Em seu estudo sobre cooperativas em São Paulo, constatou que:

O estudo revelou forte ligação dos cirurgiões-dentistas com os sistemas, apontando os seguintes resultados: (a) as Cooperativas têm mais usuários e mais profissionais credenciados do que os Convênios, com tempo de funcionamento também maior; (b) o número de profissionais especialistas e de especialistas/clínicos-gerais é maior nos Convênios, mas as Cooperativas oferecem maior número de especialidades; (c) os critérios predominantes para credenciamento em Convênios e Cooperativas são o aumento do número de usuários e a necessidade de novas especialidades; (d) o principal motivo para a rescisão de contrato do profissional é o descumprimento das normas internas; (e) 75% dos reembolsos nos Convênios é feito após a conclusão do trabalho; (f) nos Convênios os usuários têm acesso ao atendimento em sede própria e locais credenciados e nas Cooperativas somente em locais credenciados; (g) menos da metade dos Convênios e Cooperativas realiza fiscalização nos consultórios; (h) as especialidades odontológicas oferecidas por todos os Convênios e Cooperativas são: dentística, odontopediatria,

prevenção, periodontia e endodontia; (i) procedimentos mais realizados nos dois sistemas: dentística e periodontia; (j) procedimentos menos realizados: implantes, semiologia e cirurgia bucomaxilofacial. Conclui-se que o sistema operacional das Cooperativas favorece mais o cirurgião-dentista do que os Convênios odontológicos, facilitando o acesso ao sistema e melhor participação nos resultados.

7. Remuneração de serviços

Foi feita aos cirurgiões-dentistas da amostra a seguinte pergunta: *Em sua opinião, qual deveria ser o valor em Reais da Unidade de Serviço (US) que, multiplicado pelo número de unidades pré-estabelecido para cada procedimento odontológico a ser pago pelos convênios, remuneraria os serviços relacionados com a sua área, mediante acordo firmado entre o CFO, a ABO e os Convênios?*

Um número significativo dos informantes declarou não saber avaliar (23%) ou não respondeu a essa questão (59,6%). Dentre os que opinaram, 6,7% indicaram a faixa de 0,51 a 1,00.

Tabela 63 – Proposta de valor para a Unidade de Serviço

Valor	N	%
0,30 a 0,50	13	4,3
0,51 a 1,00	20	6,7
1,01 a 3,00	5	1,7
3,01 a 5,00	1	0,3
Mais de 5,00	13	4,3
Não sabe avaliar	69	23,0
Sem resposta	179	59,6
Total	300	

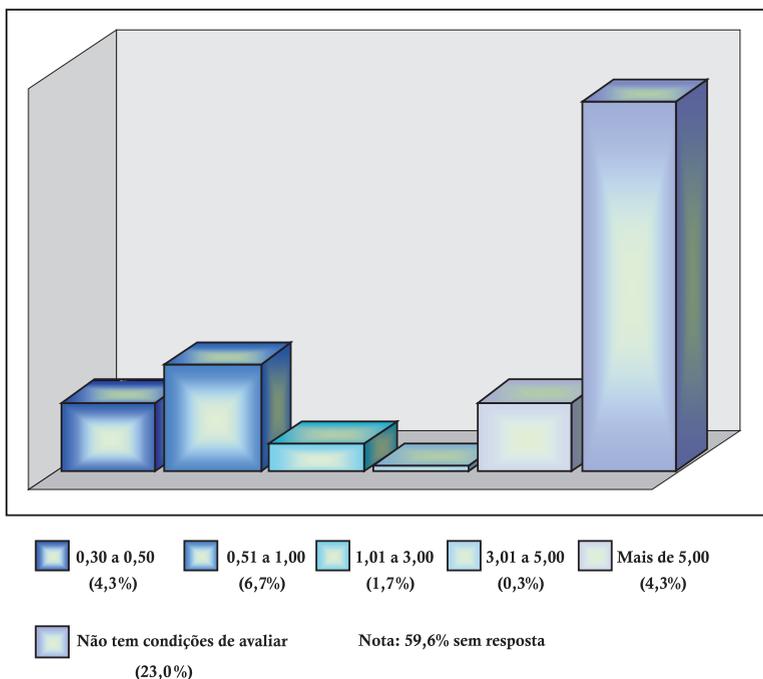


Figura 47 – **Mundo do Trabalho: valor em Reais da US**

Convênios e credenciamentos na área de Odontologia têm sido motivo de discussão e polêmicas desde os anos 1970. Nos anos 80, surge com mais intensidade a terceirização e a “quarteirização” na Odontologia, ensejando a organização das entidades odontológicas em uma instância nacional que coordenaria todo esse processo: a Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC), criada em 1987.

A CNCC é composta pelas seguintes entidades: *Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas – (ABCD)*, *Associação Brasileira de Odontologia*, *Conselho Federal de Odontologia*, *Federação Interestadual dos Odontologistas* e *Federação Nacional dos Odontologistas*. Tem como funções: organizar as Comissões Estaduais de Convênios e Credenciamentos, formadas pelo sindicato local, ABO e CRO, responsabilizando-se pela negociação e implementação da VRCC no Estado; coordenar os Fóruns Estaduais de Convênios e Credenciamentos; negociar com os convênios nacionais; e atualizar a VRCC e lutar pela sua implantação.

Em 1987 foi criada a primeira Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos (TNCC), hoje denominada *Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos* (VRPO), regionalizados, editados em Real e atualizados anualmente. A atual referência teve início em 2003, com o *I Fórum de Especialidades Odontológicas do DF*, quando ficou definido o coeficiente de especialidade em 0,93. A partir dessa data, anualmente o valor é reajustado utilizando-se o mesmo índice de atualização dos VRPOs.

Dada a relevância desse tema, foi perguntado aos informantes se conheciam a constituição da Comissão Nacional de Convênios e Credenciamento (CNCC) do CFO, e 58,3% indicaram desconhecimento de que ela é constituída pelas Entidades Nacionais de Classe, conforme se verifica na Tabela 64.

Tabela 64 – Conhecimento da constituição da Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC)

Resposta	N	%
Sim	99	33,0
Não	175	58,3
Sem resposta	26	8,7
Total	300	

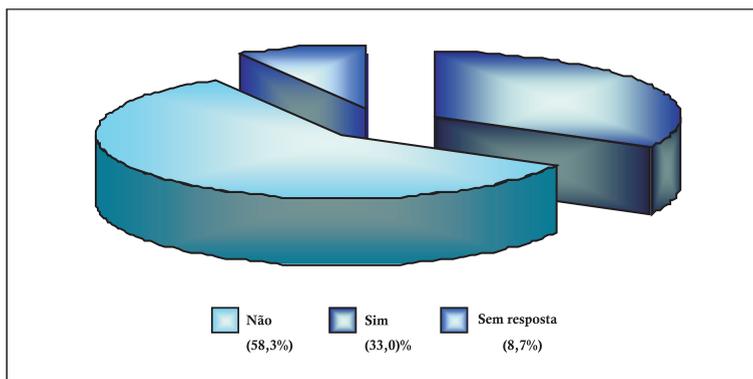


Figura 48 – Mundo do Trabalho: conhecimento sobre a CNCC

Apesar desse desconhecimento, 60,3% dos informantes posicionaram-se favoravelmente à possibilidade de a Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC) fixar o valor da Unidade de Serviço (US)

Tabela 65 – **Posição frente à possibilidade de a Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC) fixar o valor da Unidade de Serviço (US)**

Resposta	N	%
Sim	181	60,3
Não	41	13,7
Sem resposta	78	26,0
Total	300	

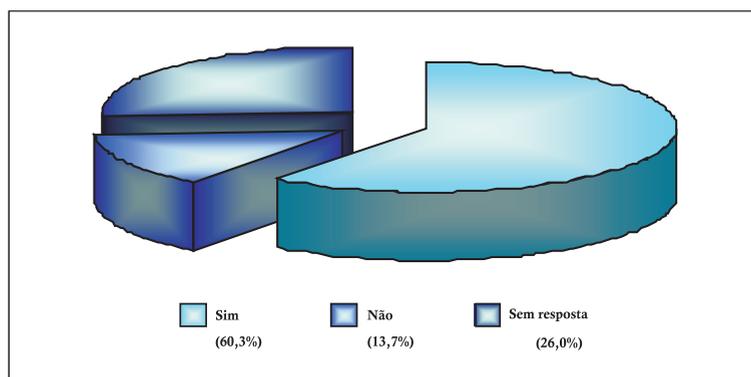


Figura 49 – **Intervenção da CNCC na fixação da US**

Quanto ao índice de Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos (VRPO) da Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC), 54,7% dos informantes revelou desconhecê-lo (Tabela 66).

Tabela 66 – Conhecimento do índice de Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos (VRPO) da Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC)

Resposta	N	%
Sim	94	31,3
Não	164	54,7
Sem resposta	42	14,0
Total	300	

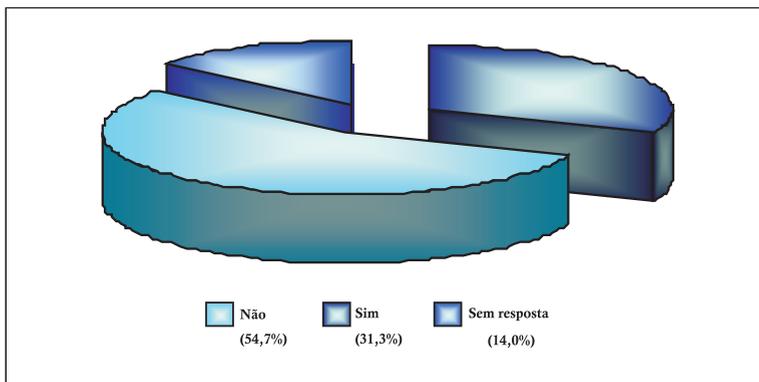


Figura 50 – Mundo do Trabalho: conhecimento do Índice VRPO da CNCC

O uso, na clínica, do índice de Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos (VRPO) foi confirmado apenas por 11% dos respondentes, ocorrendo uma ausência de resposta para 56% deles.

Tabela 67 – Utilização do índice de Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos (VRPO) na própria clínica diária

Resposta	N	%
Sim	33	11,0
Não	99	33,0
Sem resposta	168	56,0
Total	300	

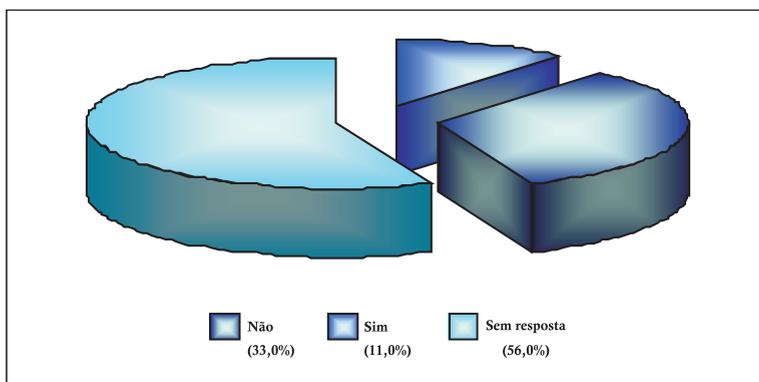


Figura 51 – **Mundo do trabalho: utilização do VRPO como referência para o cálculo dos procedimentos**

No tocante à concordância com os valores de VRPO, a maior parte dos informantes ou discorda (22,7%) ou se absteve de responder (24,6%), conforme se pode verificar na Tabela 68, o mesmo ocorrendo em relação à política que estabelece o mesmo índice de VPRO para as diversas regiões do país, rejeitada por 57,3% deles. Foi registrado um percentual de ausência de respostas da ordem de 24,3% (Tabela 69).

Tabela 68 – **Concordância com os valores fixados no índice atual de VRPO**

Resposta	N	%
Sim	29	9,7
Não	68	22,7
Não conheço	129	43,0
Sem resposta	74	24,6
Total	300	

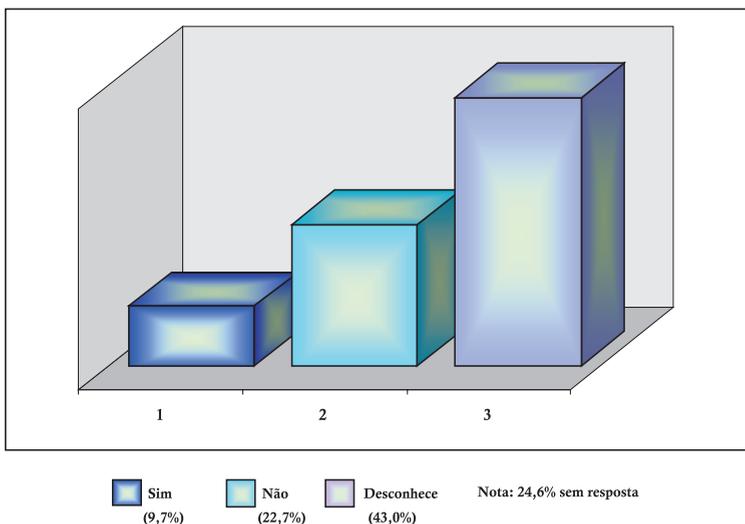


Figura 52 – Mundo do Trabalho: concordância com os atuais valores fixados da VRPO

Tabela 69 – Concordância com a política que estabelece o mesmo índice de VRPO para todas as regiões do país

Resposta	N	%
Sim	55	18,3
Não	172	57,3
Sem resposta	73	24,3
Total	300	

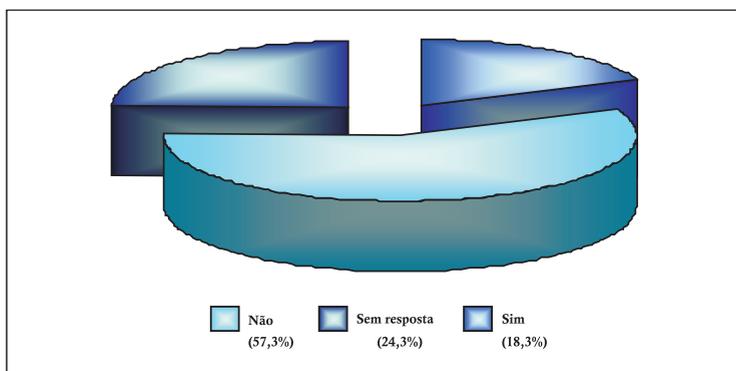


Figura 53 – Mundo do Trabalho: concordância com o mesmo VRPO para todas as regiões do país

8. Âmbitos de atuação

Apesar de, no atual contexto, as políticas de saúde enfatizarem as ações preventivas, os profissionais da amostra, em sua maioria (67,7%) declararam atuar predominantemente em ações curativas, como se pode verificar na Tabela 70.

Tabela 70 – Foco predominante da atuação profissional

Foco predominante	N	%
Atuação curativa	203	67,7
Atuação preventiva	35	11,7
Ambos	13	4,3
Sem resposta	49	16,3
Total	300	

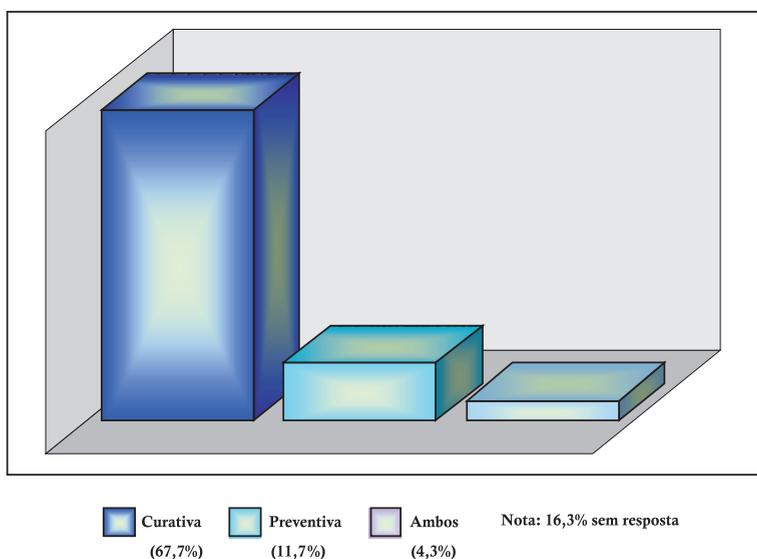


Figura 54 – Mundo do trabalho: foco predominante da atuação profissional

Independentemente do ano de diplomação, os dados coletados indicam que os informantes têm reservado maior espaço de tempo à realização de procedimentos odontológicos curativos (67,7%) frente àqueles de natureza preventiva (11,7%). O baixo percentual de 4,3% sinaliza a realização desses procedimentos, concomitantemente. A partir desses resultados, pode-se concluir que o exercício da Odontologia em nosso meio, ainda é maciçamente voltado às intervenções reparadoras.

Os dados coletados entre os participantes da pesquisa evidenciam que 56% (168) deles atuam no setor público. Cabe ressaltar que 243 (81%) informantes revelaram que durante o curso de graduação a maior ênfase nos conteúdos ministrados foi direcionada à formação profissional voltada para a clínica privada.

92,6% dos respondentes que concluíram o curso de graduação entre 1976 e 1986 afirmaram que nas disciplinas cursadas, em geral foi dada maior ênfase na atuação profissional curativa. 85% dos respondentes que graduaram entre 1987 e 1997 e 74% dos concluintes entre 1998 e 2008 reafirmaram esse entendimento. Diante dos resultados obtidos pode-se admitir que embora a atuação preventiva tenha sofrido um processo de expansão face aos resultados positivos comprovados pelas evidências científicas, ainda assim, predomina em nosso meio, cirurgiões-dentistas preparados, academicamente, para o exercício profissional curativo, apesar dos currículos nos últimos 20 anos contemplarem, mesmo timidamente, conteúdos voltados para a prevenção e a promoção da saúde. Mesmo entre aqueles profissionais que declararam estar vinculados ao serviço público, os resultados obtidos revelaram formação profissional idêntica aos anteriores.

O foco principal da atuação da maioria dos informantes é constituído pela clínica particular (Tabela 71), na qual vêm atuando num período de tempo situado, predominantemente, numa faixa de 2 a 10 anos (Tabela 72)

Tabela 71 – Atuação predominante em clínica particular

Resposta	N	%
Sim	241	80,3
Não	40	13,3
Sem resposta	19	6,3
Total	300	

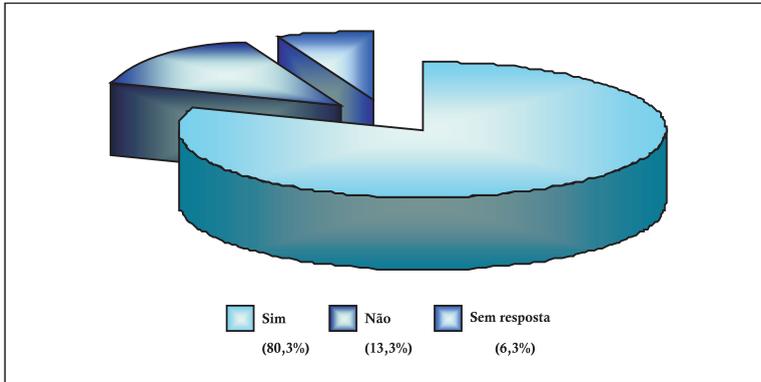
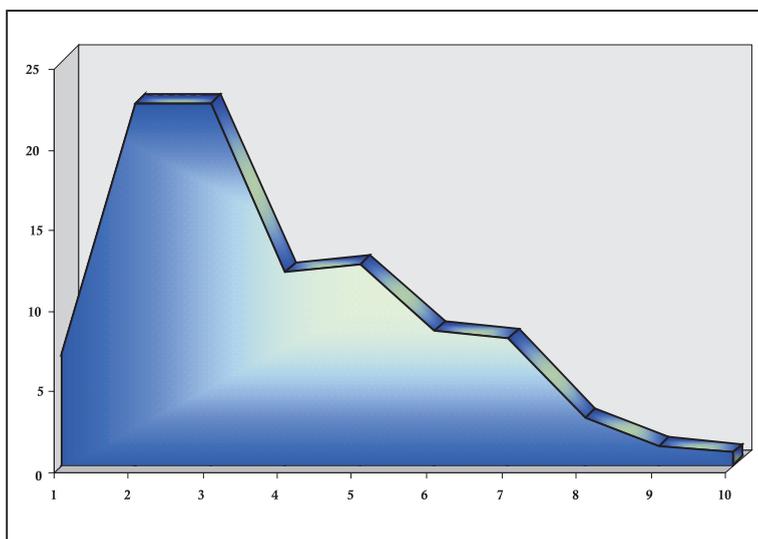


Figura 55 – Mundo do trabalho: atuação em clínica particular

Tabela 72 – Tempo de trabalho dedicado à clínica particular

Tempo	N	%
Até 1 ano	17	7,0
2 - 5 anos	54	22,4
6 - 10 anos	54	22,4
11 – 15 anos	29	12,0
16 – 20 anos	30	12,4
21 – 25 anos	20	8,3
26 – 30 anos	19	7,9
31 – 35 anos	7	2,9
36 – 40 anos	3	1,2
41 – 45 anos	2	0,8
Sem resposta	6	2,5
Total	241	

Quanto à atuação predominante no Sistema Único de Saúde (SUS) ela é revelada por cerca da metade dos informantes (Tabela 73), e o período de tempo dessa atuação, majoritariamente, se situa na faixa de 2 a 10 anos (Tabela 74).



1 - Até 1 ano	(7,0%)	6 - 21 - 25 anos	(8,3%)
2 - 5 anos	(22,4%)	7 - 26 - 30 anos	(7,9%)
3 - 6 - 10 anos	(22,4%)	8 - 31 - 35 anos	(2,9%)
4 - 11 - 15 anos	(12,0%)	9 - 36 - 40 anos	(1,2%)
5 - 16 - 20 anos	(12,4%)	10 - 41 - 45 anos	(0,8%)

Nota: 2,5% sem resposta

Figura 56 – Mundo do trabalho: faixa de tempo dedicado à clínica particular

Tabela 73 – Atuação predominante no Sistema Único de Saúde (SUS)

Resposta	N	%
Sim	155	51,7
Não	145	48,3
Sem resposta	0	
Total	300	

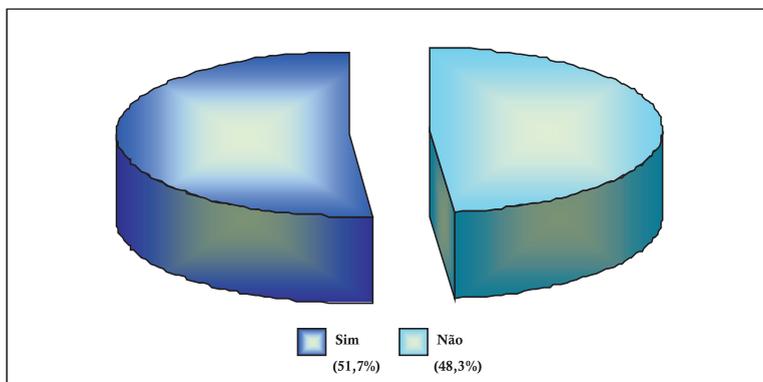


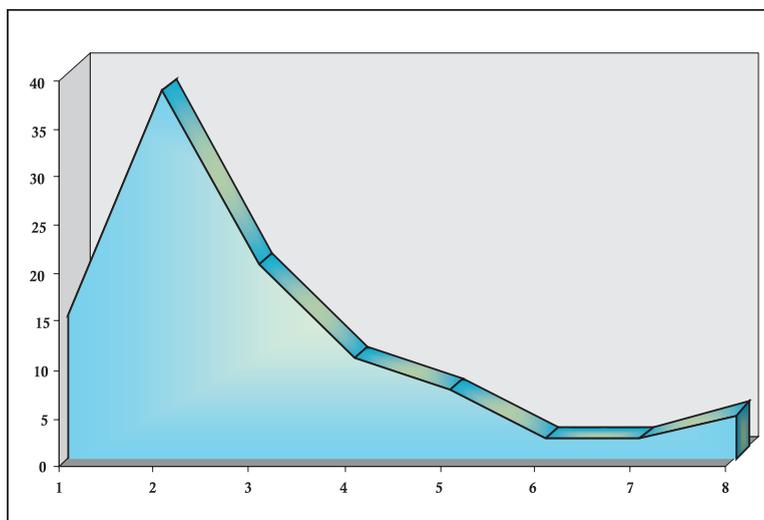
Figura 57 – Mundo do trabalho: tempo dedicado ao SUS

Tabela 74 – Faixa de tempo de trabalho dedicado ao Sistema Único de Saúde (SUS)

Tempo	N	%
Até 1 ano	23	14,8
2 - 5 anos	59	38,0
6 - 10 anos	31	20,0
11 – 15 anos	16	10,3
16 – 20 anos	11	7,1
21 – 25 anos	3	1,9
26 – 30 anos	3	1,9
31 – 35 anos	7	4,5
36 – 40 anos	–	–
41 – 45 anos	–	–
Sem resposta	2	1,3
Total	155	

Mais da metade dos profissionais da amostra, 60,3%, revelaram atuar profissionalmente no mercado elitista/privado (Tabela 75), também com um

tempo de dedicação a esse mercado que se situa, predominantemente, na faixa de 2 a 10 anos (Tabela 76)



1 - Até 1 ano	(14,8%)	6 - 21 - 25 anos	(1,9%)
2 - 5 anos	(38,0%)	7 - 26 - 30 anos	(1,9%)
3 - 6 - 10 anos	(20,0%)	8 - 31 - 35 anos	(4,5%)
4 - 11 - 15 anos	(10,3%)	9 - 36 - 40 anos	(0%)
5 - 16 - 20 anos	(7,1%)	10 - 41 - 45 anos	(0%)

Nota: 1,3% sem resposta

Figura 58 – Mundo do trabalho: faixa de tempo dedicado ao SUS

Tabela 75 – Atuação no mercado de elite

Resposta	N	%
Sim	181	60,3
Não	81	27,0
Sem resposta	38	12,7
Total	300	

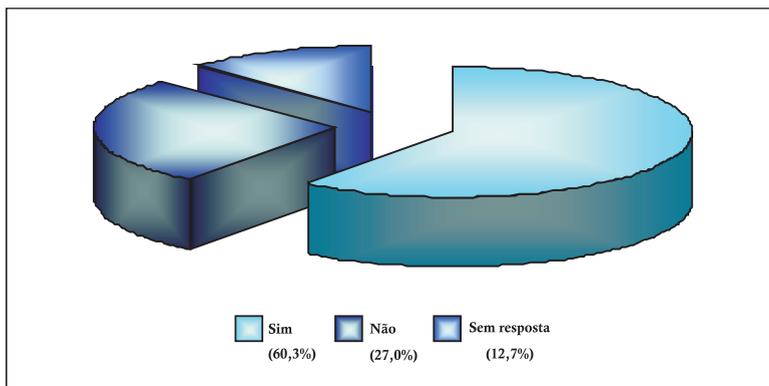


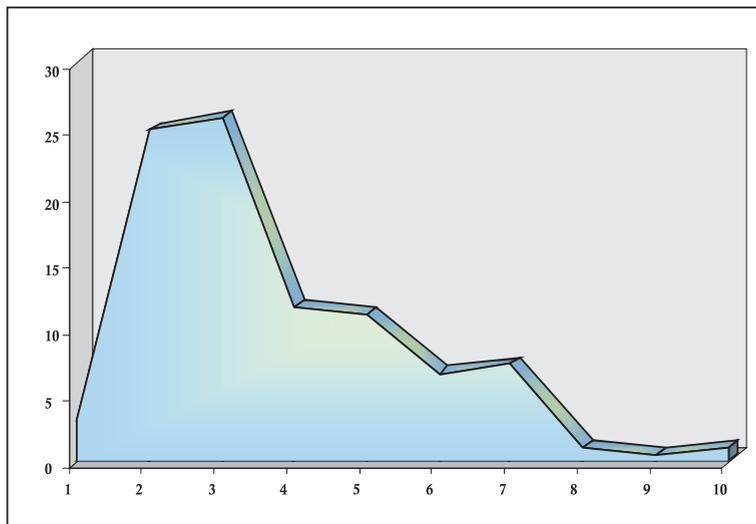
Figura 59 – Mundo do trabalho: tempo de atuação profissional dedicado ao segmento de elite

Tabela 76 – Tempo de trabalho dedicado ao mercado de elite

Tempo	N	%
Até 1 ano	6	3,3
2 - 5 anos	45	24,9
6 - 10 anos	47	26,0
11 – 15 anos	21	11,6
16 – 20 anos	20	11,0
21 – 25 anos	12	6,6
26 – 30 anos	14	7,7
31 – 35 anos	2	1,1
36 – 40 anos	1	0,5
41 – 45 anos	2	1,1
Sem resposta	11	6,1
Total	181	

Finalmente, com referência ao atendimento predominante a camadas consideradas pelos respondentes como populares, a situação se revela seme-

lhante, com 54,7% dos informantes declarando dedicação predominante a esse grupo (Tabela 77), num período que se situa, majoritariamente também, entre 2 e 10 anos (Tabela 78).



1 - Até 1 ano	(3,3%)	6 - 21 - 25 anos	(6,6%)
2 - 5 anos	(24,9%)	7 - 26 - 30 anos	(7,7%)
3 - 6 - 10 anos	(26,0%)	8 - 31 - 35 anos	(1,1%)
4 - 11 - 15 anos	(11,6%)	9 - 36 - 40 anos	(0,5%)
5 - 16 - 20 anos	(11,0%)	10 - 41 - 45 anos	(1,1%)

Nota: 6,1% sem resposta

Figura 60 – Mundo do trabalho: faixa de tempo dedicado ao segmento de elite

Tabela 77 – Atuação no atendimento a camadas populares

Resposta	N	%
Sim	164	54,7
Não	132	44,0
Sem resposta	4	1,3
Total	300	

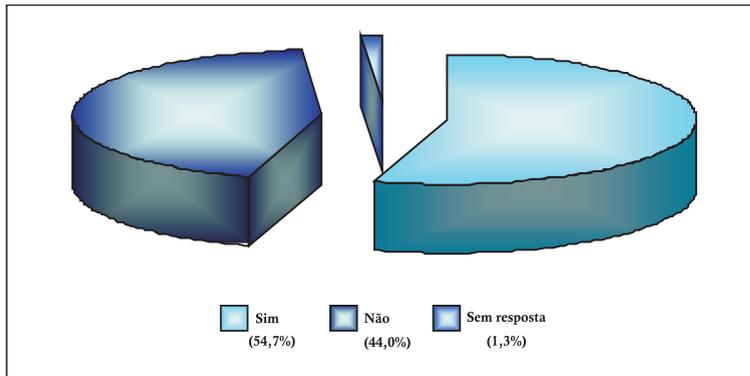


Figura 61 – Atuação no atendimento a camadas populares

Tabela 78 – Tempo de trabalho dedicado ao atendimento ao segmento popular

Tempo	N	%
Até 1 ano	22	13,4
2 - 5 anos	64	39,0
6 - 10 anos	33	20,1
11 – 15 anos	13	7,9
16 – 20 anos	13	7,9
21 – 25 anos	4	2,4
26 – 30 anos	7	4,3
31 – 35 anos	4	2,4
36 – 40 anos	–	–
41 – 45 anos	–	–
Sem resposta	4	2,4
Total	164	

Esses dados parecem indicar uma superposição de focos de atuação dos profissionais que constituíram a amostra, o que, talvez, seja uma característica atualmente presente na atividade profissional dos cirurgiões-dentistas.

Essa característica do exercício profissional em Odontologia também foi constatada por Mello (2009), pois, na amostra que estudou (cirurgiões-dentistas docentes), a docência é exercida, de forma expressiva, através de um regime de trabalho paralelo à atividade clínica, por 63,2% dos informantes (p. 100).

Nesta pesquisa, esse fato pode ser reforçado pelos dados das Tabelas 79 e 80, a partir dos quais se constata que mais da metade dos informantes possui ou é participante de sociedades de clínicas ou consultórios.

Tabela 79 – **Sociedade em clínica ou propriedade de clínica**

Resposta	N	%
Sim	170	56,7
Não	115	38,3
Sem resposta	15	5,0
Total	300	

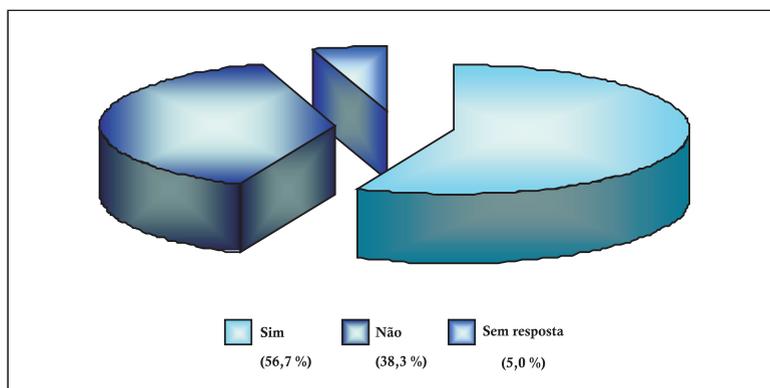


Figura 62 – **Mundo do trabalho: serviço odontológico próprio ou em sociedade**

Tabela 80 – Tipo de clínica de que é proprietário ou sócio

Tipo	N	%
Clinica	78	45,9
Consultório Particular	50	29,4
Odontologia especializada	1	0,6
Parceira	1	0,6
Sem resposta	40	23,5
Total	170	

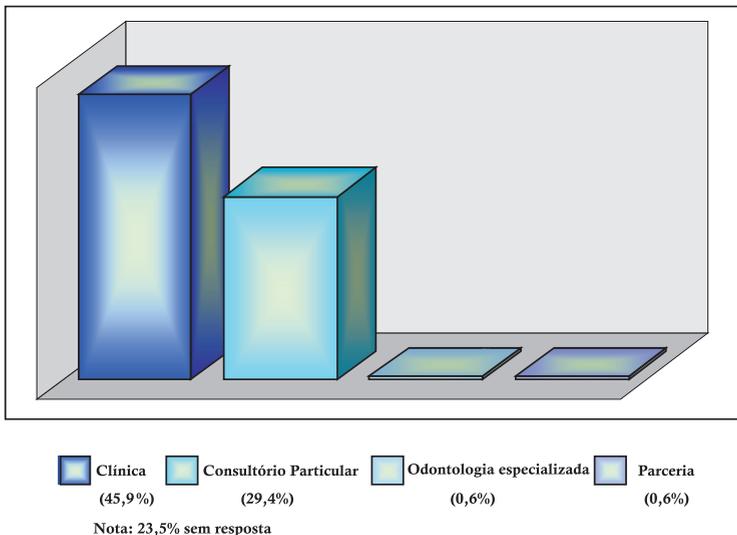


Figura 63 – Mundo do trabalho: ambientação do serviço odontológico próprio

Dentre os que informam ser proprietários ou sócios de clínicas ou consultórios, 45,9 % são proprietários individuais, e 14,7% são co-proprietários ou sócios, conforme se pode verificar nos dados da Tabela 81.

Tabela 81 – Modalidade de funcionamento da clínica de que é proprietário

Modalidade	N	%
Própria individual	78	45,9
Própria em grupo	25	14,7
Alugada individual	29	17,0
Alugada em grupo	20	11,8
Horário sublocado	8	4,7
Cessão de percentual de produção	10	5,9
Sem resposta	–	
Total	170	

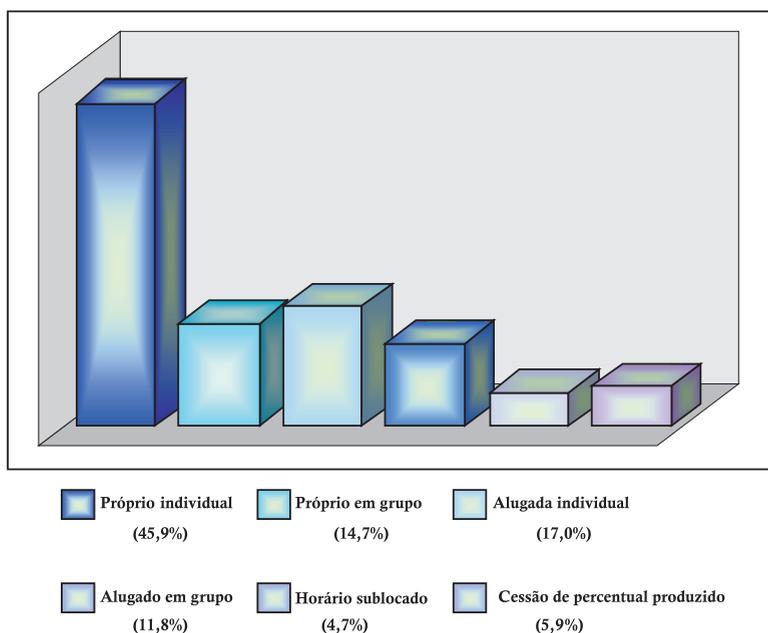


Figura 64 – Mundo do trabalho: tipo vinculação com a forma funcionamento do serviço

Independente de ser ou não proprietário individual ou sócio proprietário, dos 192 profissionais, 105 informaram dispensar entre 11 e 30 horas o tempo semanal dedicado à clínica, de acordo com os dados da Tabela 82. Caso fosse considerada irrelevante a ausência de resposta dada por 22 profissionais, certamente o resultado correspondente à faixa majoritária apurada não alteraria.

Tabela 82 – Horas semanais dedicadas à clínica

Horas	N	%
Ate 10h	28	13,1
11 a 20h	66	30,8
21 a 30h	39	18,2
31 a 40h	26	12,1
41 a 50h	28	13,1
Mais de 50	5	2,3
Sem resposta	22	10,3
Total	214	

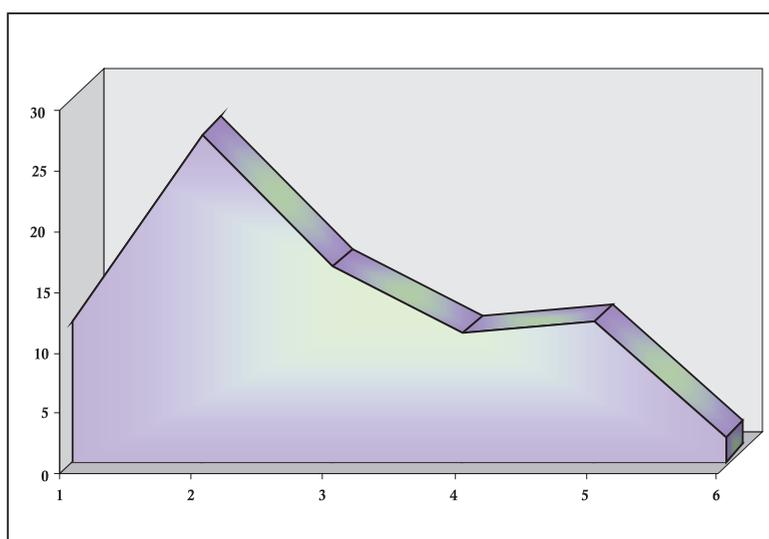
As modalidades atendimento particular ou via seguro particular de saúde constituem as situações predominantes nos atendimentos realizados na clínica, 61,7% e 17,3%, respectivamente, conforme se pode verificar na Tabela 83.

Tabela 83 – Distribuição percentual aproximada dos tipos de pacientes a que atende na clínica

Origem de pacientes	N	%
Particulares	132	61,7
Odontologia em grupo	8	3,7

continua...

Origem de pacientes	N	%
Seguro privado de saúde	37	17,3
Plano de funcionários da própria empresa	8	3,7
Uma única cooperativa	4	1,9
Outras cooperativas	2	0,9
Sem resposta	23	10,7
Total	214	



1 - Até 10 horas	(13,1%)	4 - 31 a 40 horas	(12,1%)
2 - 11 a 20 horas	(30,8%)	5 - 41 a 50 horas	(13,1%)
3 - 21 a 30 horas	(18,2%)	6 - Mais de 50 horas	(2,3%)

Nota: 10,3% sem resposta

Figura 65 – **Mundo do trabalho: horas semanais dedicadas à clínica privada**

É bastante variável a média de atendimentos mensais necessários para a manutenção da rentabilidade da clínica, conforme se verifica na Tabela 84, com predominância de faixas situadas entre 1 a 100 atendimentos por mês, o que totaliza o percentual equivalente a 41,2%.

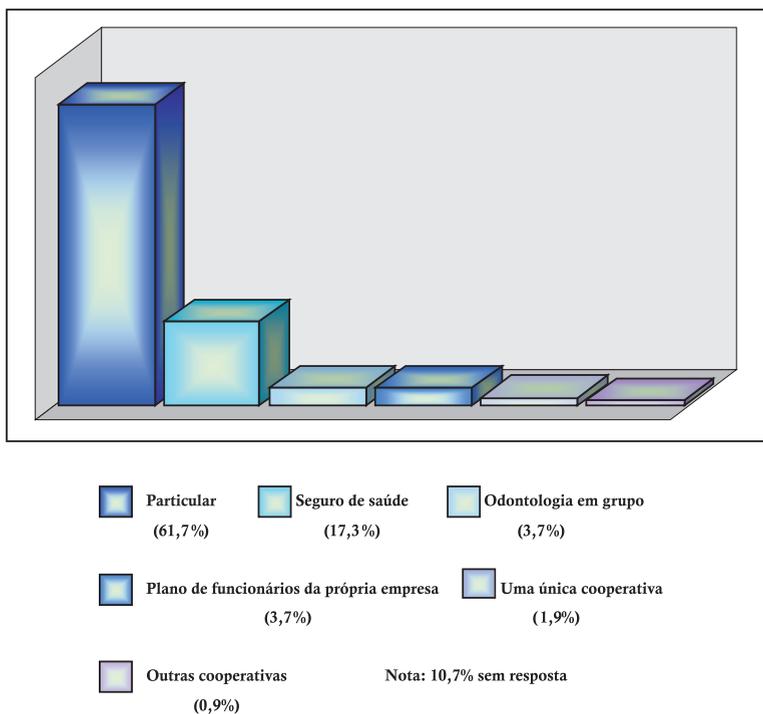


Figura 66 – Mundo do trabalho: tipos de pacientes atendidos

Tabela 84 – Média de atendimentos/mês necessários para manter a clínica rentável

Número de atendimentos	N	%
1 a 50	44	25,9
51 a 100	26	15,3
101 a 150	17	10,0
151 a 200	18	10,6
Mais de 200	34	20,0
Não sabe avaliar/depende	15	8,8
Sem resposta	16	9,4
Total	170	

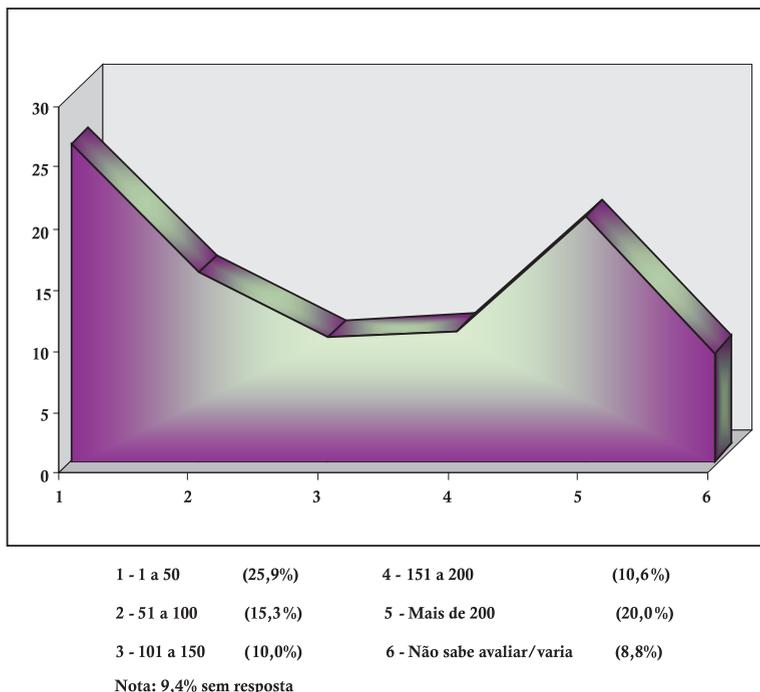


Figura 67 – **Mundo do trabalho: número de atendimentos / mês**

O serviço público ainda é o maior empregador, pois a maioria dos profissionais da amostra (56%) informou ter vínculos com o setor público (Tabela 85), o que reforça a hipótese de superposição de focos e de vínculos levantada anteriormente, embora predomine a situação de apenas um vínculo com esse setor (Tabela 86) e seja predominante o vínculo como funcionário, efetivo ou contratado, isto é, 59,5% (Figura 70).

Tabela 85 – **Atuação no setor público**

Resposta	N	%
Sim	168	56,0
Não	114	38,0
Sem resposta	18	6,0
Total	300	

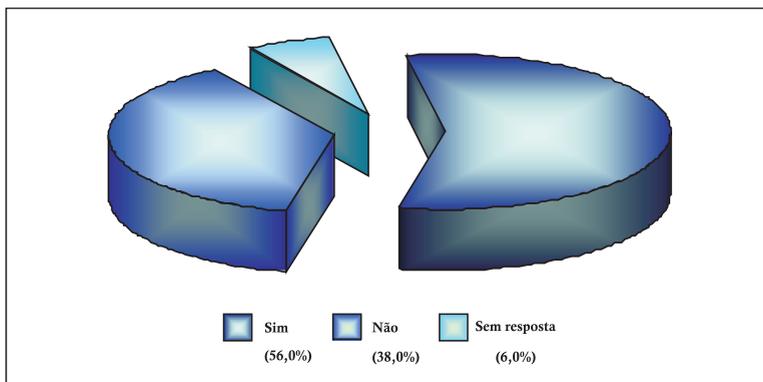


Figura 68 – Mundo do trabalho: vinculação com o setor público

Tabela 86 – Número de vínculos no setor público

Número de vínculos	N	%
01	110	65,5
02	27	16,1
03	4	2,4
Sem resposta	27	16,0
Total	168	

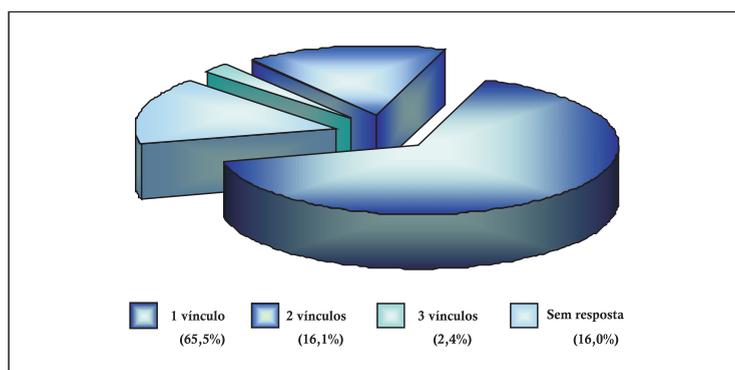


Figura 69 – Mundo do trabalho: número de vínculos com o setor público

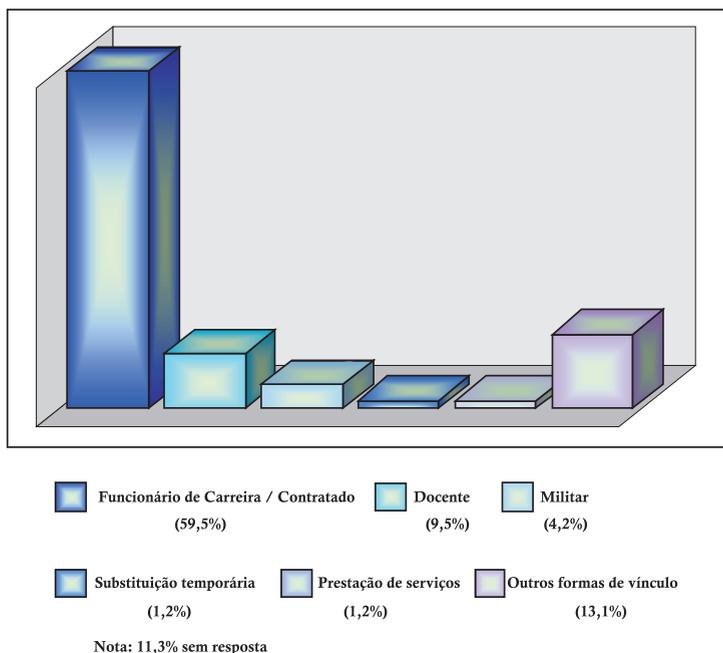
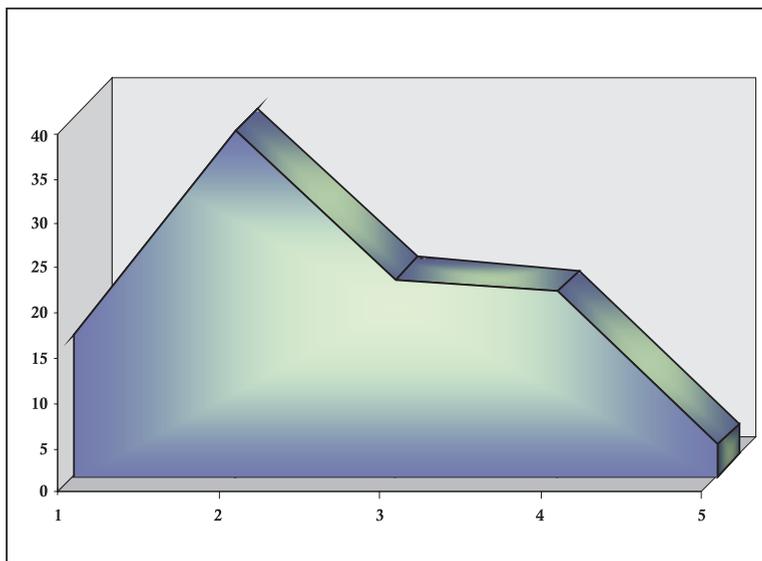


Figura 70 – Mundo do trabalho: natureza do vínculo com o setor público

Nesse sentido, verifica-se que, na faixa de 11 a 30 horas se situa a dedicação dos profissionais que têm vínculo com o setor público, conforme se verifica na Tabela 87, reforçando também a hipótese de superposição de vínculos e de espaços de trabalho, se considerarmos que 33,3% declararam vinculação ao setor privado (Tabela 88).

Tabela 87 – Número médio de horas semanais dedicadas ao Setor Público

Número de horas	N	%
Ate 10h	36	15,2
11 a 20h	88	37,3
21 a 30h	50	21,2
31 a 40h	47	20,1
Mais de 41h	8	3,4
Sem resposta	7	3,0
Total	236	



1 - Até 10 horas	(15,2%)	4 - 31 a 40 horas	(20,1%)
2 - 11 a 20 horas	(37,3%)	5 - Mais de 41 horas	(3,4%)
3 - 21 a 30 horas	(21,2%)	Nota: 3% sem resposta	

Figura 71 – Mundo do trabalho: horas semanais dedicadas ao setor público

Tabela 88 – Atuação no setor privado

Resposta	N	%
Sim	100	33,3
Não	131	43,7
Sem resposta	69	23,0
Total	300	

Um ou dois vínculos, de tipos variados, com o setor privado são as situações indicadas com maior frequência pelos informantes, com a predominância da primeira situação (61%) conforme se verifica nos dados da Tabela 89 e da Figura 73.

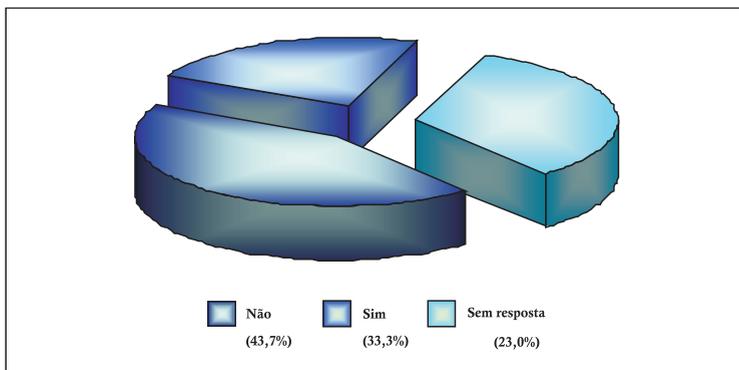


Figura 72 – Mundo do trabalho: relação com o setor privado

Tabela 89 – Número de vínculos no setor privado

Resposta	N	%
01	61	61,0
02	20	20,0
03	4	4,0
05	2	2,0
Sem resposta	13	13,0
Total	100	

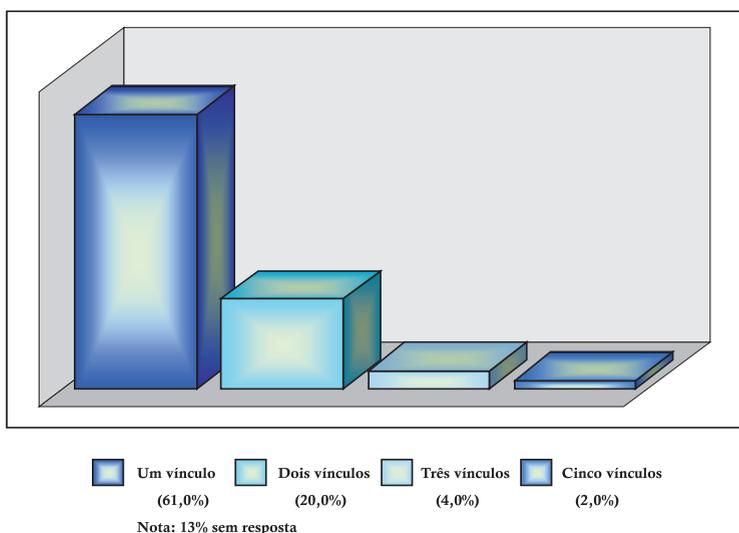
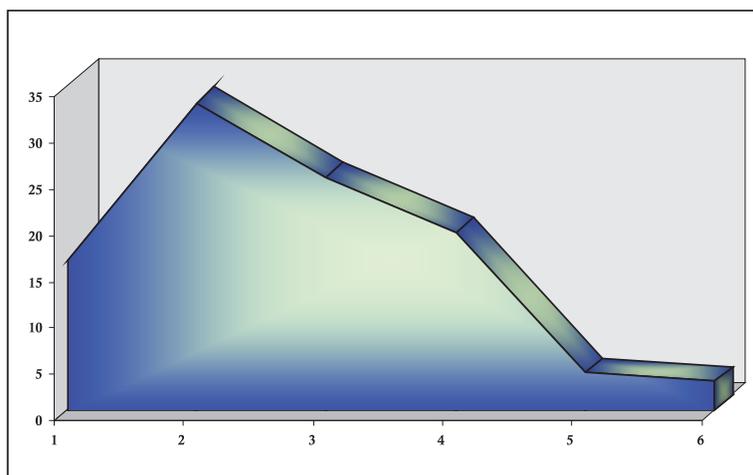


Figura 73 – Mundo do trabalho: número de vínculos com o setor privado

De 11 a 30 horas é a variação predominante do número de horas dedicadas ao setor privado, cuja soma corresponde ao percentual de 58%, conforme se verifica na Tabela 90.

Tabela 90 – Número médio de horas semanais dedicadas ao setor privado

Número de horas	N	%
4 - 10h	16	16,0
11 a 20h	33	33,0
21 a 30h	25	25,0
31 a 40h	19	19,0
41 a 50h	4	4,0
51 a 60h	3	3,0
Sem resposta	–	–
Total	100	



1 - 4 a 10 horas	(16,0%)	4 - 31 a 40 horas	(19,0%)
2 - 11 a 20 horas	(33,0%)	5 - 41 a 50 horas	(4,0%)
3 - 21 a 30 horas	(25,0%)	6 - 51 a 60 horas	(3,0%)

Figura 74 – Mundo do trabalho: horas semanais dedicadas ao setor privado

A maior parte dos profissionais da amostra não trabalha em regime de plantão (Tabela 91). Dentre os que trabalham, 50% o fazem no setor público (Tabela 92).

Tabela 91 – Trabalho em regime de plantão

Resposta	N	%
Sim	42	14,0
Não	222	74,0
Sem resposta	36	12,0
Total	300	

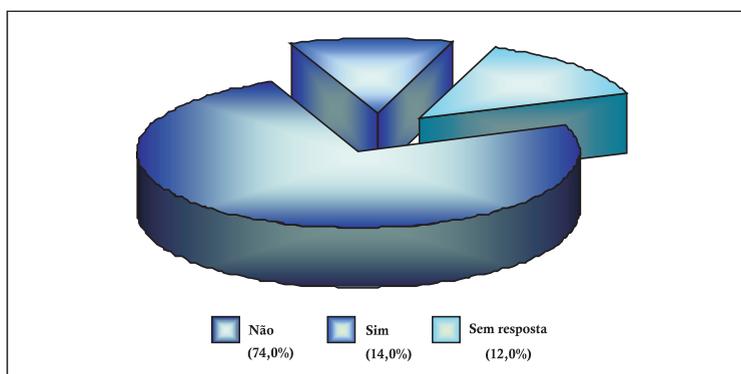


Figura 75 – Mundo do trabalho: trabalho em regime de plantão

Tabela 92 – Setor em que trabalha em regime de plantão

Resposta	N	%
Público	21	50,0
Privado	8	19,0
Sem resposta	13	31,0
Total	42	

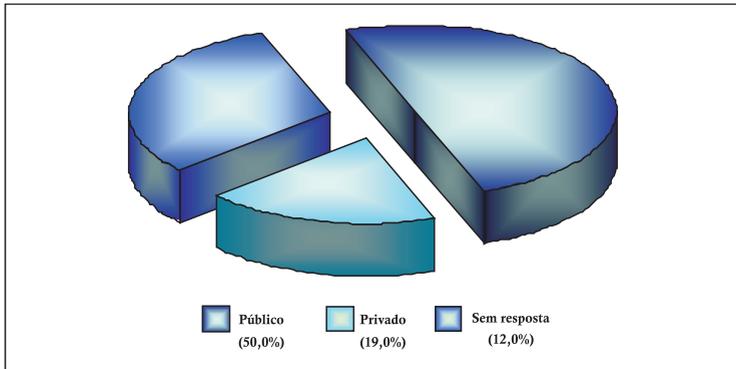


Figura 76 – Mundo do trabalho: natureza da instituição em que trabalha em regime de plantão

Tabela 93 – Média mensal de horas de trabalho em regime de plantão

Número de horas	N	%
Até 10h	7	16,7
11 a 15h	8	19,0
15 a 20h	7	16,7
21 a 30h	7	16,7
Mais de 31h	13	30,9
Sem resposta	–	–
Total	42	

Dentre os 300 respondentes deste estudo, 222 (74,0%) declararam não trabalhar em regime de plantão. Esta conclusão evidencia que esse regime de trabalho ainda não é comum entre os profissionais formados em Odontologia, apesar da demanda de atendimento noturno e da existência de centros públicos de atendimento emergencial, ainda que numericamente sejam limitados. Cabe registrar a importância de se dispor de cirurgiões-dentistas em regime plantonista diuturno, particularmente, aqueles especializados em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.

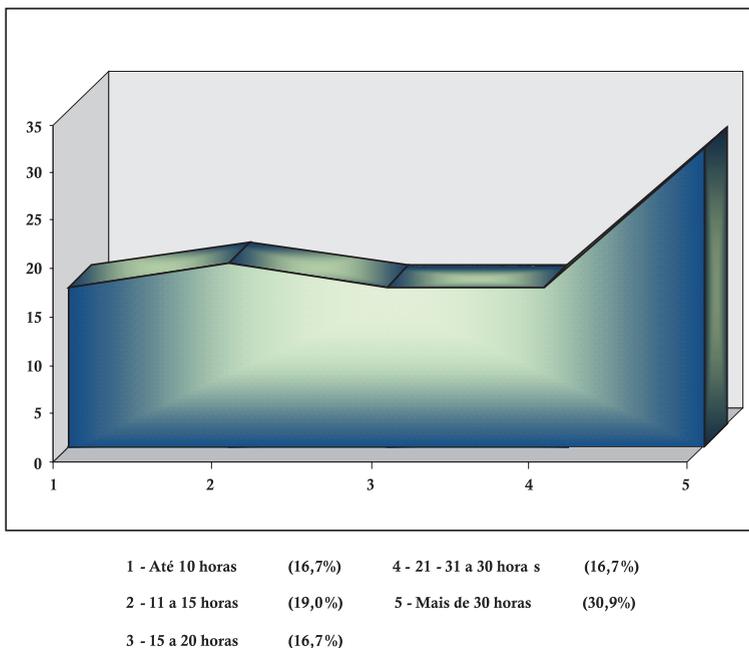


Figura 77 – **Mundo do trabalho: horas semanais dedicadas ao plantão**

Independentemente da faixa de rendimento mensal em que se enquadraram os cirurgiões-dentistas entrevistados, seja no limite mínimo mensal da ordem de R\$ 1.000,00 ou máximo acima de R\$ 10.000,00, foi unânime a revelação de uma média de trabalho diário superior a 8 horas, sendo que 66% estão situados no intervalo de rendimento que varia entre R\$ 2.000,00 e R\$ 8.000,00.

Rotineiramente, a maioria dos cirurgiões-dentistas entrevistados revelou trabalhar mais de 8 horas por dia. Todavia, 40,7%, portanto, 122 profissionais, ao tempo em que informaram trabalhar 8 ou menos de 8 horas por dia, revelaram estar insatisfeitos com a área de trabalho que pela qual optaram. Dessa forma, estatisticamente, pode-se admitir haver correlação entre o menor número de horas dedicadas diariamente ao trabalho e a insatisfação com a área laborativa.

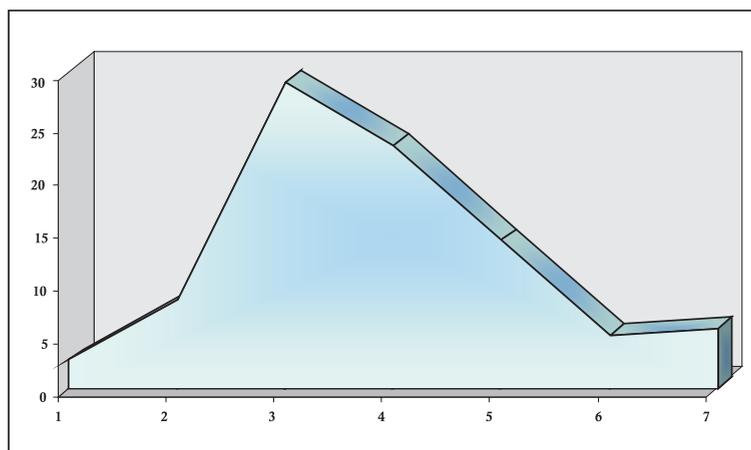
9. Renda

A distribuição dos informantes pelas faixas de renda apresentadas revela uma concentração nas três faixas que compreendem salários de R\$ 2.001,00

a R\$ 8.000,00, com uma incidência maior na de R\$ 2.001,00 a R\$ 4.000,00 (29,0%).

Tabela 94 – Renda individual mensal aproximada obtida com o trabalho em Odontologia

Renda	N	%
Até 1.000 reais	8	2,7
De 1.001 a 2.000 reais	25	8,3
De 2.001 a 4.000 reais	87	29,0
De 4.001 a 6.000 reais	69	23,0
De 6.001 a 8.000 reais	42	14,0
De 8.001 a 10.000 reais	15	5,0
Mais de 10.000 reais	17	5,7
Sem resposta	37	12,3
Total	300	



1 - Até R\$ 1.000,00	(2,7%)	5 - R\$ 6.001,00 a R\$ 8.000,00	(14,0%)
2 - R\$ 1.001,00 a R\$ 2.000,00	(8,3%)	6 - R\$ 8.001,00 a R\$ 10.000,00	(5,0%)
3 - R\$ 2.001,00 a R\$ 4.000,00	(29,0%)	7 - Mais de R\$ 10.000,00	(5,7%)
4 - R\$ 4001,00 a R\$ 6.000,00	(23,0%)	Nota: 12,3% sem resposta	

Figura 78 – Mundo do trabalho: renda média mensal do trabalho em Odontologia

Dados da *Pesquisa Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro* (CES-MEC e CFO, 2010) indicam que mais de 60% dos CD brasileiros declaram renda superior a R\$ 24.000,00/ano, ou seja, mais de R\$ 2.000,00/mês. Nesta pesquisa, os informantes que se situam nos limites de rendimento que estão acima de R\$ 2.000,00 totalizam 76,7%.

A maior parte dos profissionais da amostra (230) tem como fonte de renda, apenas, a atividade em Odontologia, conforme acha-se explicitado na Tabela 95.

Tabela 95 – Outras fontes de renda

Resposta	N	%
Sim	48	16,0
Não	230	76,7
Sem resposta	22	7,3
Total	300	

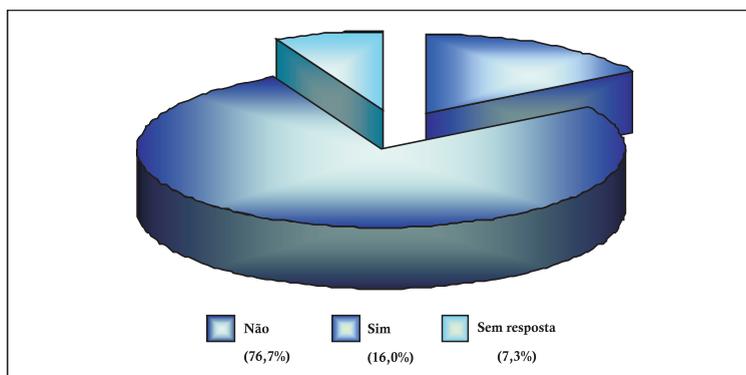


Figura 79 – Mundo do trabalho: outra fonte de renda além do trabalho em Odontologia

Dentre os que declaram possuir outras fontes de renda, a essa renda adicional é obtida, principalmente através do aluguel de imóveis (31,2%) seguida da docência (27,1%) e de atividades agropecuárias (16,6%).

Tabela 96 – Origem de outras fontes de renda

Origem da renda	N	%
Aluguel de imóveis	15	31,2
Docência	13	27,0
Fazenda/criação de animais	8	16,7
Outra profissão	5	10,4
Empresa Particular	4	8,3
Polícia Militar	1	2,1
Sem resposta	2	4,2
Total	48	

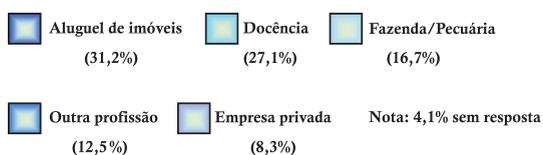
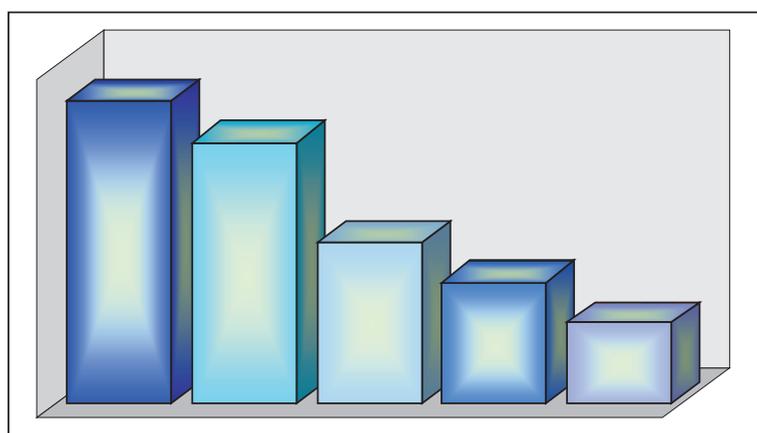


Figura 80 – Mundo do trabalho: fonte alternativa de renda além do trabalho em Odontologia

A partir da análise dos resultados obtidos, as correlações mais relevantes permitem inferir que os profissionais graduados na última década percebem

rendimentos mensais que se situam entre R\$ 2.000,00 e R\$ 4.000,00, provavelmente, em decorrência das contratações temporárias no serviço público para atender às demandas do PSF. Entre 1976 e 1986, faixa em que se situam os profissionais que têm, em média, 25 anos de formados, constata-se o rendimento mensal médio entre R\$ 4.000,00 e R\$ 6.000,00, o que se supõe estarem concentrados nessa faixa aqueles dentistas que acumulam algum vínculo trabalhista com prestações de serviços autônomos. Muito embora o número de profissionais informantes que têm, em média, 15 anos de graduados seja inferior, numericamente, àqueles situados na faixa anterior, usufruem renda mensal situada entre R\$ 2.000,00 e R\$ 4.000,00, portanto, equivalente àqueles dentistas com 10 anos ou menos tempo de formados. Pode-se admitir, entretanto, que os cirurgiões-dentistas participantes desta pesquisa e que concluíram seus cursos entre 1976 e 2008 têm rendimentos mensais médios que variam entre R\$ 2.000,00 e R\$ 6.000,00.

Analisados os resultados que correlacionam o rendimento mensal às especialidades, pode-se constatar que a maior concentração de especialistas com ganhos entre R\$ 6.000,00 e R\$ 8.000,00 é atribuído a endodontistas (62,5%). Este resultado não deve se refletir, apenas, como sendo estes, os especialistas melhor remunerados, em que pese os respondentes em geral, se considerarem mal remunerados financeiramente. Em realidade a demanda por esse atendimento varia da necessidade premente do atendimento emergencial à preparação da estrutura dental para atender a outras especialidades, dentre as quais a prótese. Na faixa de R\$ 4.000,00 e R\$ 8.000,00 estão situadas as especialidades clínica odontológica (35,9%) e cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (27,7%), enquanto que a odontopediatria ocupa os limites de R\$ 4.000,00 e R\$ 6.000,00. O percentual de 27,7% dos especialistas que são cirurgiões bucomaxilofaciais pode ser aparentemente baixo, entretanto estando no limite máximo de renda mensal equivalente a R\$ 8.000,00. Parece ser essa uma especialidade promissora, tendo em vista o fato de a conquista desse título ser relativamente recente, restrita a poucos profissionais (no presente estudo, apenas 11 respondentes). Isso se agrava pela exigência do pré-requisito de Residência Odontológica em vários cursos de especialização. Os rendimentos mensais declarados pelos ortodontistas e protesistas situados entre R\$ 2.000,00 e R\$ 6.000,00 e R\$ 2.000,00 e R\$ 4.000,00, respectivamente, parecem ser surpreendentemente baixos, tendo em vista tratar-se de duas especialidades de alto investimento financeiro por parte dos profissi-

onais. A provável justificativa que pode ser atribuída à ortodontia é a terceirização imposta pelos contratos com as empresas com as quais esses especialistas firmam convênios, similarmente à prótese odontológica que, há vários anos, vem sendo remunerada por essas empresas através de unidades de serviços que podem ser consideradas como desprezíveis.

Capítulo 4

As injunções sociopolíticas

1. Vida associativa e posicionamentos em relação ao exercício profissional

É importante iniciar esta parte com algumas considerações a respeito da natureza do que se está considerando entidades de classe. Com efeito, a distinção entre conselho, associação e sindicato nem sempre pareceu clara para os informantes desta pesquisa.

Possivelmente para esclarecer dúvidas frequentes entre os profissionais, o *site* do Conselho Regional de Biomedicina¹² esclarece:

CONSELHOS. Os conselhos regionais foram criados para regular, orientar e fiscalizar a atividade profissional. São entidades fiscalizadas pelo Conselho Federal, órgão hierarquicamente superior: dele emanam resoluções para os regionais. Cabe a ele julgar em grau de último recurso procedimentos éticos e administrativos. Os conselhos regionais têm seu espaço de atuação delimitado por leis constitucionais. Muitas vezes, estão impedidos legalmente de fazer mais pela profissão, senão estarão invadindo a área de outras instituições, como associações e sindicatos.

ASSOCIAÇÕES. As associações são sociedades de cunho científico, criadas com o objetivo de auxiliar os profissionais e estudantes com atividades que agreguem valor aos seus currículos, como cursos, palestras, congressos e jornadas, encontros, simpósios e demais eventos cientí-

¹² <http://www.crbm1.gov.br/funcoes.asp>

ficos. Elas devem cuidar de reciclar os conhecimentos técnico-científicos dos biomédicos, tendo como objetivo atualizá-los diante de uma sociedade que exige cada vez mais qualidade, especialização, excelência e competência. Também oferecem apoio ao profissional biomédico que é proprietário de um serviço, com ferramentas de gestão que melhorem a performance de suas atividades.

SINDICATOS. Os sindicatos têm como missão principal a luta pela melhoria das condições de trabalho, da remuneração dos profissionais, das relações entre proprietários de empresas privadas, públicas e colaboradores, e à defesa da classe, entre outras atividades. Eles têm como atribuição específica verificar jornada ideal de trabalho do profissional, piso salarial, acordos anuais, fazendo prevalecer todos os direitos trabalhistas garantidos pela CLT.

Ainda nesse *site*, algumas considerações são feitas a respeito da participação em órgãos de classe:

Os dirigentes dessas entidades lamentam constantemente a ausência do profissional biomédico nas causas da classe, não sentem interesse geral, espírito de corpo, nem veem o surgimento de novas lideranças em número satisfatório, profissionais que estejam dispostos a utilizar a estrutura conquistada pela Biomedicina e avançar. Estão faltando profissionais que queiram se dar para as causas dos biomédicos. Independentemente da região, seria excelente que todos procurassem seus conselhos regionais, associações ou sindicatos e oferecessem sua colaboração com trabalho.

No caso da Odontologia no estado da Bahia, existe o Sindicato dos Odontologistas (SOEBA), o qual por força de Lei, afirma-se como é o único representante da classe odontológica no Estado da Bahia e em cujo *site*¹³ se informa:

¹³ <http://www.soeba.com.br/cartilha.htm>. O que você precisa saber sobre o seu sindicato. Consulta em 14.02.2010.

O Sindicato dos Odontologistas no Estado da Bahia é uma entidade civil fundada em **11.04.1943**, com amparo na Constituição Federal, e regulamentada pelos artigos 511 a 625-H, da CLT, para representar a Classe Odontológica no Estado da Bahia, conforme determina o art. 8º, inciso III, da Constituição Federal, que assim estabelece: *“ao sindicato cabe a defesa dos direitos e interesses coletivos ou individuais da categoria, inclusive em questões judiciais ou administrativas”*.

Em se tratando de sindicatos, cabe ressaltar a existência da Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), criada em 23 de fevereiro de 1948, por iniciativa dos sindicatos de Ceará, Recife, Bahia, Paraná, Juiz de Fora, Niterói, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Em seu *site*¹⁴, verificamos que:

Desde sua criação, a FNO desenvolve intenso trabalho para consolidação da profissão de cirurgião-dentista e para o desenvolvimento científico da Odontologia. A atuação da entidade caracteriza, nesse sentido, o terceiro período da história do mercado de trabalho odontológico. Sua atuação torna-se mais importante frente ao aumento descontrolado do número de faculdades e, conseqüentemente, do número de profissionais inseridos no mercado de trabalho. Este espaço passou a se ressentir das constantes crises resultantes de planos econômicos mal-sucedidos, que geraram redução do poder de ganho da população e tiveram reflexos no mercado de trabalho odontológico.

Sobre o quadro atual do exercício profissional, a FNO assim se pronuncia:

O trabalho do cirurgião-dentista com retribuição em base de percentual de sua produção, os serviços prestados por meio de convênios e credenciamentos e o profundo arrocho salarial dos servidores públicos têm levado a categoria à situação atual de redução do poder de ganho. Assim, impõe-se a atuação das entidades representativas da cate-

¹⁴ <http://www.fno.org.br/page/mostrarConteudo.php?arq=historia>. Consultado em 14.02.2010.

goria, para modificação do atual quadro, não só para o restabelecimento das condições anteriores, mas também para novas aquisições no campo profissional.

No âmbito do estado da Bahia, existe o Conselho Regional de Odontologia da Bahia (CROBA), vinculado ao Conselho Federal de Odontologia (CFO), Autarquia Federal instituída pela Lei 4.324 de 14 de abril de 1964.

Com personalidade jurídica de Direito Público, autonomia administrativa e financeira, a jurisdição do CROBA abrange todo o Estado da Bahia, com a finalidade principal de exercer a supervisão da ética profissional, “... cabendo-lhe zelar pelo prestígio e bom conceito da profissão do Cirurgião-Dentista e demais categorias auxiliares”¹⁵. Compete-lhe também:

- a) Deliberar sobre inscrições e cancelamentos, em seus quadros profissionais, registrados na forma da Lei
- b) Orientar, aperfeiçoar, disciplinar e fiscalizar o exercício da Odontologia
- c) Deliberar sobre assuntos atinentes à ética profissional, impondo a seus infratores as devidas penalidades
- d) Expedir carteiras profissionais
- e) Promover por todos os meios ao seu alcance o perfeito desempenho técnico e moral da Odontologia, de seus profissionais
- f) Publicar relatórios anuais de seus trabalhos e a relação dos profissionais registrados
- g) Exercer atos de jurisdição que por lei lhes sejam cometidos
- h) Designar um representante em cada município de sua jurisdição
- i) Submeter ao Conselho Federal à aprovação do orçamento e das contas anuais.

Verifica-se, no Brasil a existência, na área de Odontologia um grande número de entidades, muitas delas vinculadas às especialidades, e outras ge-

¹⁵ <http://www.croba.org.br/>, consultado em 14 de fevereiro de 2010.

rais, como a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e a Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD).

Desse modo, merecem reflexão os dados coletados nesta pesquisa a respeito da vida associativa dos cirurgiões-dentistas da amostra.

Tabela 97 – **Participação em entidades odontológicas**

Resposta	N	%
Sim	164	54,7
Não	109	36,3
Sem resposta	27	9,0
Total	300	

Embora a maioria dos respondentes (54,7%) tenha informado sobre sua participação em entidades odontológicas, é significativo que 36,3% não revelem tal participação, haja vista a importância de tais entidades, não apenas pelo seu caráter representativo, mas, sobretudo, pela oportunidade que criam de atualização e intercâmbio entre seus pares.

O percentual de 54,7% daqueles que responderam, afirmativamente ao quesito 12 do instrumento revela a relativa participação dos Cirurgiões-Dentistas nas entidades odontológicas. Dos que informaram participar de entidades Odontológicas, 51,8% justificaram sua filiação por reconhecerem essas entidades como representativas da categoria profissional, apesar de manifestarem entendimento de que a exigência de contribuição financeira condiciona essa participação. Entendem, ainda, que a participação dos profissionais fortalece a classe e favorece, por conseguinte, a luta pela sua valorização.

Essa conscientização, que expressa relevante identificação com a profissão, levou determinados entrevistados a declararem entusiasmo pela categoria, por acreditarem que essa é a forma mais eficaz para a Odontologia alcançar um maior patamar de reconhecimento.

Atribuem, também, às entidades o poder de facilitar um maior acesso aos cursos, palestras e à participação em reuniões científicas e sociais, permi-

tindo estreitar os laços entre os colegas e socializar as experiências profissionais. Reconhecem que essas entidades têm um papel político importante, devido ao envolvimento direto nas questões de interesses maiores dos cirurgiões-dentistas

Tabela 98 – Entidades odontológicas de que participa

Entidade	N	%
ABO-BAHIA	134	68,8
Várias outras	56	27,8
Sem resposta	5	2,6
Total	195	

O fato de os entrevistados declararem sua filiação à Associação Brasileira de Odontologia, Seção Bahia, conforme o significativo percentual de 68,8% significa que esse contingente se deve à possibilidade de um mesmo profissional estar vinculado a mais de uma instituição de classe, particularmente, por se tratar de vinculação facultativa.

Em estudo sobre a docência em Odontologia no estado da Bahia, Mello (2009) destaca que, na amostra estudada, 74,5% dos cirurgiões-dentistas docentes estão vinculados a alguma entidade de classe, sendo a opção pela ABO – BA majoritária, indicada por 42,3% dos informantes (p. 104).

Cabe ressaltar que, nesses percentuais, não está incluída a participação no Conselho, tendo em vista o fato de essa participação ser de caráter compulsório, essencial ao registro do diploma, condição obrigatória para o exercício da profissão, acrescido do imperativo recolhimento da anuidade e do comparecimento ao processo eleitoral que respalda a constituição das diretorias, cuja penalidade aplicada, devido à ausência, implica em pagamento de multa.

No que diz respeito ao vínculo com associações ou entidades de classe concernentes à especialidade dos informantes, os dados coletados são apresentados nas tabelas 99 e 100 a seguir.

Tabela 99 – Vínculo com associação ou entidade da especialidade a que se dedica

Resposta	N	%
Sim	110	36,7
Não	145	48,3
Sem resposta	45	15,0
Total	300	

Tabela 100 – Entidade ou Associação da especialidade a que se dedica com a qual tem vínculo

Entidade	N	%
ABO	37	36,6
Abozinha	8	7,3
ABE	8	7,3
Colégio Bras. de CTBMF	8	7,3
SOBRAPE	8	7,3
SOBA	8	7,3
Outros	24	21,8
Sem resposta	27	24,7
Total	128	

A Tabela 100 demonstra, entre os respondentes, as preferências de afiliação às entidades que representam as respectivas especialidades odontológicas. Excluído o valor correspondente à ausência de resposta, 36,6% dos informantes declararam ter vinculação, majoritária por sinal, com a entidade representativa da categoria profissional específica - Associação Brasileira de Odontologia, Seção Bahia, ABO. Cabe ressaltar que as categorias “Outros” e “sem resposta” perfazem 50,5%, o que está possivelmente a indicar uma baixa taxa de vinculação a entidades de classe.

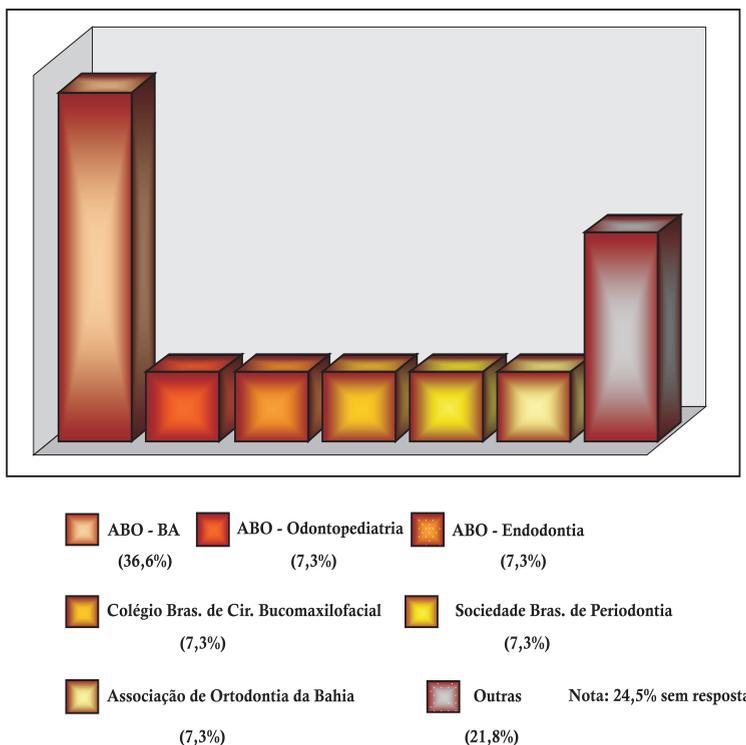


Figura 81 – **Participação sociopolítica: participação em entidades odontológicas**

Muito provavelmente, esse resultado se repetiria se a pesquisa em pauta fosse realizada em outro estado brasileiro, pelo fato da ABO nacional ser uma instituição que, ao congregar as estaduais, formalmente, constitui uma espécie de confederação de associações regionais, seja por acolher nos seus próprios ambientes as associações das diversas especialidades e até mesmo avaliar a realização de congressos nacionais em cada estado.

Contudo, é importante destacar que o percentual de 24,7% sem resposta pode revelar significativo descompromisso de vinculação com qualquer entidade que possa representar os interesses das diversas especialidades odontológicas ou a categoria de um modo geral.

Diversas razões foram apresentadas para justificar a preferência de 25,4% de profissionais pela escolha da associação que consideram melhor representar os interesses da sua especialidade, tais como estar contribuindo para o fortalecimento e o reconhecimento da especialidade, o que a torna represen-

tativa, e manter-se informado cientificamente na área específica em que atua, devido à possibilidade de participar de eventos que são promovidos ou de outros meios oferecidos por essas entidades aos seus associados, inclusive, com direito a possíveis descontos em taxas de adesão aos congressos e, até mesmo, gratuidade de matrícula em cursos de curta duração. A seguinte expressão traduz o entendimento daqueles que identificam, nessas associações, o prestígio e o poder perante a sociedade e a categoria profissional: “Quem tem informação tem poder”.

Contudo, 33,6% dos entrevistados decidiram por expressar as razões pelas quais não se filiaram, até então, a alguma associação classista. Assim é que dentre as razões registradas pode-se destacar como relevantes, as seguintes: falta de registro de especialista; falta de interesse pessoal e de representatividade dessas entidades; inviabilidade financeira em se tornar sócio; inexistência de sub-seções na região em que reside; e o fato de já estar vinculado ao Conselho e à ABO. Cabe destacar que a assimilação do pressuposto de que as associações são instâncias voltadas apenas para auferir lucros foi a variável que definiu a opção em não se filiar.

No que diz respeito ao CFO, foi solicitado que os informantes apresentassem sua opinião. Preliminarmente, cabe registrar que o entendimento sobre a importância do Conselho Federal de Odontologia (CFO) e sobre a regulamentação da profissão, manifestado pelos profissionais que participaram da presente pesquisa equivale à imagem especular da visão a respeito dos Conselhos Regionais.

Assim, 11% dos entrevistados consideram o Conselho Federal de Odontologia como uma entidade de classe atuante, que tem buscado uma crescente aproximação com a categoria profissional. Consideram ainda que, no âmbito das suas atribuições, promove rigorosa fiscalização do exercício profissional, acompanhando técnica e eticamente a atuação profissional e preservando, dessa forma, os valores éticos da profissão. O exercício pleno dessas prerrogativas tem resultado na defesa e na promoção da classe, configurando-se, portanto, numa autarquia reguladora, importante na defesa e na promoção da classe odontológica e do exercício da Odontologia.

Entretanto, cabe registrar que 19% dos respondentes declararam ser um dever desse Órgão classista assumir uma postura mais ostensiva com vistas à valorização da categoria, tanto na inspeção do exercício profissional quanto,

principalmente, na fiscalização dos valores impostos pelos convênios aos profissionais prestadores de serviços. Ao mesmo tempo, consideram a necessidade de uma atuação mais proativa do CFO, de modo a lutar mais, ser uma entidade mais ativa na luta pela valorização da classe, principalmente na fiscalização e definição de valores relacionados a convênios.

No entender de parcela dos entrevistados, o CFO deveria interferir junto aos órgãos governamentais no sentido de impedir a abertura de novos cursos de graduação, devendo, inclusive, se estabelecer em Brasília e não no Rio de Janeiro. Paralelamente, deveria se modernizar promovendo ações preventivas de saúde bucal e prestando assessoria jurídica gratuita aos seus afiliados.

Assim, enquanto 5,7% revelaram marcante indiferença em relação à atuação dessa entidade, 15% foram enfáticos nas críticas, conforme ilustram as expressões a seguir transcritas:

“Completamente inoperante”.

“Dispensável”.

“Pouco atuante”.

“Ineficiente, com ações fora do foco principal”.

“Continua elitista”.

“Distante dos profissionais”.

“Entidade de classe sem credibilidade”.

Tendo em consideração que o tempo de graduação variou entre 1965 e 2008, ou seja, de um a 43 anos de diplomação, pode-se afirmar que 99% dos informantes se encontram em plena atividade profissional. No tocante à participação em órgãos classistas, 47% dos informantes que se situam na faixa de graduados entre 1998 e 2008 revelaram participar dessas entidades. Se a participação mais efetiva dos Cirurgiões-Dentistas recai naqueles cuja diplomação variou de 20 a 40 anos, se admite que estes resultados refletem uma maior credibilidade nas supracitadas entidades, a partir das experiências de representação classista bem sucedidas, vivenciadas por aquelas gerações.

Foi solicitada aos informantes sua posição frente à exigência de registro junto ao CFO do título de especialista, obtido em instituições públicas, e a maioria (67%) revelou-se favorável. Ao mesmo tempo, essa posição representa, de um lado, o reconhecimento indireto da importância da entidade na regulação do exercício profissional, mas, de outro, certo descredenciamento das instituições públicas de formação, devidamente reconhecidas para tal função.

Tabela 101 – Posição frente à exigência de registro, junto ao CFO, do título de especialista emitido por universidades públicas para atuar profissionalmente

Resposta	N	%
Sim	201	67,0
Não	73	24,3
Sem resposta	26	8,7
Total	300	

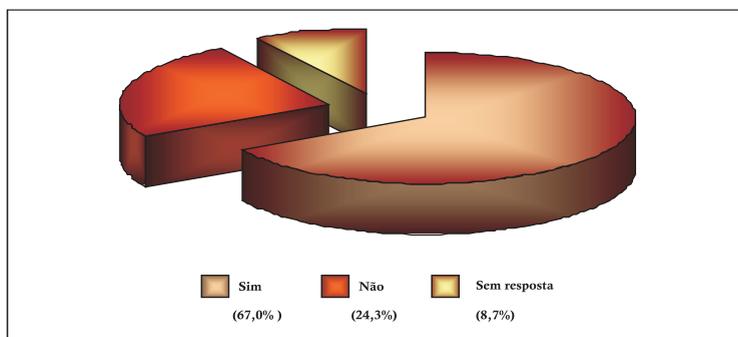


Figura 82 – Participação sociopolítica: posição quanto ao registro do título de especialista Junto ao CFO

Também foi indagada a posição dos informantes a respeito da avaliação dos cursos de Odontologia a partir do desempenho dos alunos, cujo resultado encontra-se na Tabela 102.

Tabela 102 – Posição frente à substituição do “provão” pelo ENADE, para avaliar o ensino odontológico através dos estudantes

Resposta	N	%
Concorda plenamente	133	44,3
Concorda parcialmente	117	39,0
Não concorda	21	7,0
Não tem conhecimento	13	4,3
Sem resposta	16	5,3
Total	300	

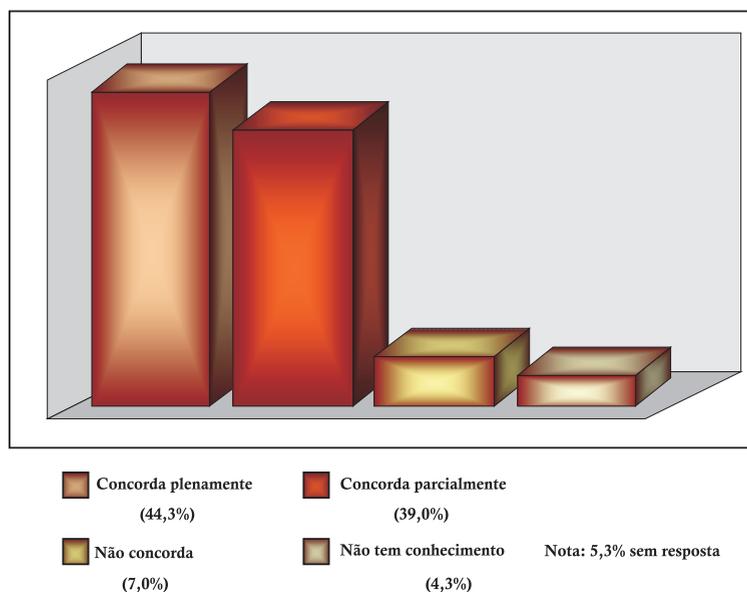


Figura 83 – Participação sociopolítica: avaliação do ensino odontológico pelo “provão” – ENADE

Seja plenamente ou parcialmente, o maciço percentual da ordem de 83,3% dos informantes expressa a concordância com a realização do ENADE. Esse dado revela que a sociedade está atenta à formação acadêmica dos profissionais que as Instituições de Ensino Superior estão colocando no mercado de

trabalho. Esse dado se torna mais relevante quando se considera o aumento da inserção da iniciativa privada em instituições de formação.

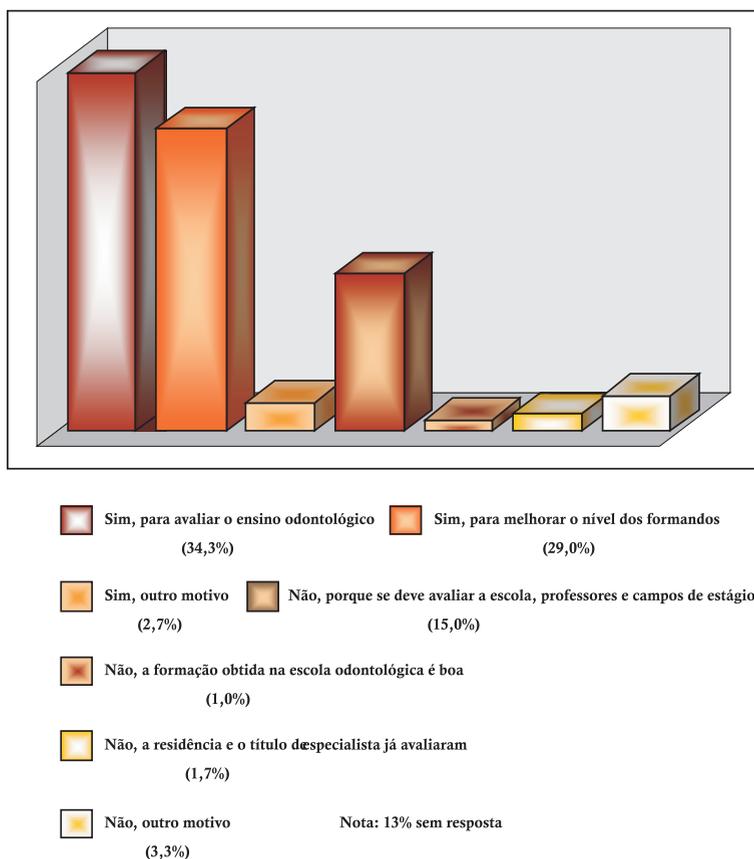


Figura 84 – Participação sociopolítica: posição quanto ao exame de proficiência

Essa informação também é relevante, uma vez que expressa o exercício da cidadania, a partir do momento em que a sociedade, ao se tornar proativa, passa a exercer o poder regulador dos serviços que as instituições prestam. A coerência desse percentual encontra sustentação na revelação das queixas que os informantes trouxeram à tona, a partir do comportamento questionável, ética e moralmente, que registraram, certamente com base em depoimentos prestados pelos seus pacientes e, provavelmente, por parcela de seus pares. Mas, indiretamente, também se pode inferir que o controle de qualidade da

formação profissional estará relacionado a um mercado altamente competitivo, que gera nos indivíduos certo grau de corporativismo em relação ao aumento da oferta de profissionais, principalmente em áreas de especialização altamente rentáveis. Isso se dá, contraditoriamente, num país em que a demanda não está plenamente atendida e a distribuição territorial de profissionais deixa a desejar. Vale lembrar que, segundo dados da pesquisa *Pesquisa Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro* (CES-MEC e CFO, 2009) a distribuição de profissionais no país é bastante irregular: 3/4 dos cirurgiões-dentistas estão concentrados no Sudeste e Sul do país, e o estado de São Paulo tem 1/3 do total de cirurgiões-dentistas brasileiros. Além disso, a proporção de população por profissional está entre as menores do mundo, com um cirurgião-dentista para cada 838 habitantes. Em alguns municípios, essa relação é de um CD para 65.000 habitantes.

Os informantes foram ainda indagados a respeito da possibilidade de os recém-formados em Odontologia – a exemplo do que ocorre com o curso de direito – serem submetidos a um exame de habilitação profissional, por iniciativa do CFO ou da ABO.

Há de se ressaltar que o somatório dos informantes que concordaram com a possibilidade de os órgãos classistas virem a realizar exames de habilitação profissional, à semelhança do Exame de Ordem realizado pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) alcançou o alto patamar de 66,0%. A informação que trata das instituições de classe que merecem a credibilidade dos respondentes para realizar possíveis exames de proficiência profissional não é tão relevante quanto o entendimento sobre a necessidade da realização de procedimentos reguladores da qualidade dos serviços odontológicos que são prestados à sociedade.

Outro dado expressivo extraído dessa questão é constituído pelas razões que justificaram a concordância, quais sejam: “melhorar o nível dos formandos” (29,0%) e “avaliar o ensino odontológico” (34,3%). A esse percentual majoritário de 63,3% dos profissionais que declararam concordar com esse tipo de exame, poderia ser acrescido o percentual de 2,7% dos informantes que também concordam, embora sem revelar as razões que justificam essa opinião, o que totalizaria o percentual de 66,0%.

Essa questão diz respeito também a uma decisão política: controlar e apoiar a qualidade da formação na sua origem, ou seja, nas instituições for-

madoras, ou *a posteriori*, com os exames de habilitação para o exercício profissional, o que gera uma verdadeira indústria de cursos preparatórios para tal exame.

Em realidade, embora 15,0% dos respondentes discordem da realização desse tipo de exame pelo Conselho Federal ou a Associação Brasileira de Odontologia, também eles consideram ser essencial qualificar a formação profissional. Para tanto, acreditam que se deva avaliar o desempenho da escola, dos professores e dos campos de estágio como estratégias de controle de qualidade. Enquanto que apenas 1,0% dos informantes discorda da realização do exame, por considerar a “formação obtida na escola odontológica como boa”, 1,7% entendem que a conquista do título de residente e de especialista são mecanismos de avaliação suficientes, esquecendo-se de que só uma minoria de graduados realiza estudos formais de especialização e (ou) Residência Odontológica.

Por fim, merece destaque o possível conflito entre o percentual de 66% dos entrevistados que concordam com a realização do exame de proficiência odontológica pelos órgãos classistas, e a insatisfação, em maior ou menos intensidade, demonstrada, particularmente, com o desempenho do Conselho Federal de Odontologia.

2. Questões éticas e relação entre dentista e paciente

O Código de Ética Odontológica Brasileiro (CEO) é relativamente recente: data de 2006 e foi aprovado pela Resolução CFO 42/2003, que revoga o Código anterior. Trata-se de um instrumento legal-normativo que regula os direitos e deveres dos profissionais, das entidades e das operadoras dos planos de saúde. Cabe-lhe, portanto a definição dos princípios que regem o exercício profissional.

No que diz respeito ao conhecimento desse Código, Oliveira, Sales Peres, Yarid e Silva (2008), no artigo “Ética odontológica: conhecimento de acadêmicos e cirurgiões-dentistas sobre os aspectos éticos da profissão” asseveraram que “os cirurgiões-dentistas, principalmente os que atuam somente em

consultórios ou clínicas, estão despreparados para enfrentar os dilemas éticos que surgem no dia-a-dia profissional, demonstrando a necessidade de uma maior e melhor divulgação do Código de Ética Odontológica.” Os autores concluem, com esse estudo, que:

- existe deficiência quanto ao conhecimento de alguns artigos do Código de Ética Odontológica, tanto nos acadêmicos do último ano de graduação em Odontologia, como nos profissionais já formados;
- os profissionais cirurgiões-dentistas que atuam exclusivamente em consultórios ou clínicas, quando comparados aos profissionais que cursam especialização e com os acadêmicos do último ano de graduação, apresentam um maior desconhecimento referente às questões éticas que envolvem a Odontologia; e
- faz-se necessária a maior divulgação possível do Código de Ética Odontológica, principalmente àqueles profissionais exclusivamente clínicos, sendo imprescindível o empenho máximo do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Odontologia, além dos docentes da área e das entidades de classe, buscando preventivamente educar e instruir os profissionais, para evitar condená-los e puni-los.

Algumas avaliações já foram feitas a respeito da natureza e do conteúdo do Código de Ética Odontológica Brasileiro, tanto positivas como negativas.

Dentre as positivas, cita-se o estudo de Lucato e Ramos (2006), intitulado “A humanização das relações assistenciais no Código de Ética Odontológica”. Os autores analisaram o referido Código usando a técnica hermenêutica em relação à promoção da humanização das relações assistenciais e concluíram que o documento que originou o Código, formulado na III CONEO “preocupou-se com o zelo à saúde do paciente e com o respeito à dignidade do mesmo, preceitos fundamentais da humanização da assistência.” Acrescentam que ele “poderia ser menos repetitivo em algumas questões e ter um objetivo mais definido, com ênfase no conceito de pessoa humana.” Mas,

mesmo assim, “...apresenta efetiva preocupação com o atendimento humanizado.”

Uma das críticas mais veementes a esse instrumento foi realizada por Pyrrho, Prado, Cordón e Garrafa (2009) no artigo “Análise bioética do Código de Ética Odontológica brasileiro”¹⁶ cujo objetivo foi analisar o CEO a partir de uma comparação entre os enfoques deontológico e bioético. Os autores realizaram uma

... análise interpretativa do CEO e de doze textos selecionados, seis sobre bioética e seis sobre deontologia, por meio da classificação metodológica das unidades de contexto, parágrafos textuais e itens do código, nas seguintes categorias: os referenciais do princípalismo bioético – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça –, aspectos técnicos e virtudes morais relacionados à profissão.

Constataram que, no CEO, 42% dos itens encontrados reportavam-se às virtudes, 40,2% mencionavam aspectos técnicos e apenas 22,9% mencionavam os princípios. Assim, constataram que as “virtudes relacionadas aos profissionais e os aspectos técnicos juntos representam 70,1% do código”. Algumas conclusões desse estudo são contundentes e merecem uma reflexão acurada:

O CEO, em vez de centrar-se no paciente como sujeito do processo de atenção à saúde bucal, focaliza o profissional, sendo predominantemente voltado para aspectos legalistas e corporativistas.

.....

Apesar de seus aparatos técnicos sempre se atualizarem como resposta à dinâmica ciência moderna, as reflexões éticas evidenciadas no código de ética profissional, em vigência no país, não acompanharam as transformações morais constatadas na sociedade brasileira contemporânea.

¹⁶ Ciênc. saúde coletiva vol.14 no. 5 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2009.

.....

O CEO, de conteúdo basicamente prescritivo e formado principalmente de referências a aspectos técnicos, vazios de significado moral, apóia-se em prescrições previamente estabelecidas para resolver os conflitos éticos, o que pode dificultar a orientação de condutas éticas diante da diversidade moral que predomina na atualidade.

.....

Apesar de já na primeira versão do CEO o paciente ser referido como “a razão e o objetivo de toda a ciência odontológica”, a leitura do código atual leva à conclusão oposta. O CEO configura-se como um instrumento de proteção dos profissionais, criado por estes para estes, com uma postura muito mais corporativista do que se deseja admitir.

.....

... os resultados da presente pesquisa mostram que o CEO sustenta-se em aspectos corporativistas e legalistas, com predominância de itens técnicos e legais, e na valorização das virtudes relacionadas com o próprio profissional em detrimento dos princípios da bioética.

Quanto ao tema da ética, neste trabalho, foi dirigida aos informantes a seguinte pergunta: “Considera que tem ocorrido mudanças no padrão ético na relação dentista- paciente?” Os dados obtidos são apresentados na Tabela 103.

Tabela 103 – Ocorrência de mudanças no padrão ético da relação entre dentista e paciente

Resposta	N	%
Sim	206	68,7
Não	53	17,7
Sem resposta	41	13,7
Total	300	

É evidente a percepção de que houve mudanças no padrão ético de atendimento ao paciente, e as razões dessa mudança são distribuídas em dois grandes grupos:

- Dentre os informantes, 35,4% registraram como relevante o fato de os pacientes estarem mais bem informados, por conseguinte, mais exigentes. Soma-se a esse aspecto o estabelecimento de um maior diálogo entre dentista e paciente, em decorrência de melhor formação profissional exigida pelo mercado.
- 29,1% apontaram haver, da parte do paciente, entendimentos fundamentados em aspectos de natureza ética que revelam o exercício da cidadania. Há pacientes que reclamam do profissional que o assiste, inclusive com a interposição de ações judiciais com base nos Código de Ética e de Defesa do Consumidor. Declararam, ainda, que diversas razões vinculadas aos profissionais motivam tais comportamentos dos pacientes, dentre os quais são realçados: a busca desmedida no sentido de auferir lucros exagerados mediante a opção por valores extorsivos cobrados pelos serviços prestados; a disputa por pacientes face à concorrência desmedida; os tratamentos mal executados; as dificuldades de melhor conhecimento dos procedimentos de abordagem dos pacientes por parte dos profissionais mais novos e desconhecimento profissional dos princípios éticos. Mais uma vez a constatação de mercantilização da Odontologia e a exploração dos profissionais pelos convênios são insatisfações que se fazem presentes, gerando o registro de descrença e desesperança, como no caso de um dos informantes, que afirma: “Ética não muda com o tempo. Está cada vez menos considerada”.
- Por fim, 1,9% apontam a ocorrência de desrespeito no relacionamento entre dentista e paciente, com a imposição do atendimento de número vultoso de

peças em menor período de tempo, o que compromete a qualidade do serviço prestado e implica um maior desgaste físico e mental do profissional.

Também diz respeito à ética, a relação entre os profissionais. Nesse sentido, foi indagado dos informantes as principais reclamações dos pacientes em relação a outros profissionais. Os dados são apresentados na Tabela 103.

Tabela 104 – Recepção de reclamações de pacientes sobre outros colegas dentistas

Resposta	N	%
Sim	217	72,3
Não	38	12,7
Sem resposta	45	15,0
Total	300	

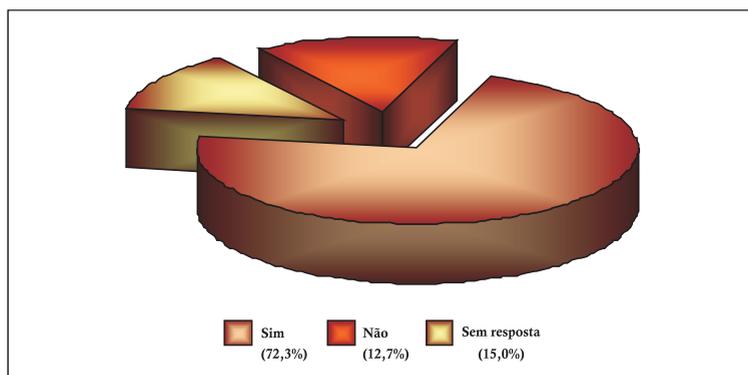


Figura 85 – Participação sociopolítica: recepção de reclamações de pacientes sobre outros colegas dentistas

É evidente a existência de queixas dos usuários de serviços odontológicos, mesmo se considerando que essa informação foi obtida dos próprios profissionais da área. Solicitados a indicar as três queixas mais frequentes, essas se distribuem em dois grandes grupos, o primeiro relativo à qualidade da relação entre o profissional e o cliente e o segundo pertinente à qualidade dos serviços prestados:

- 45,6 % dos cirurgiões-dentistas participantes desta pesquisa afirmaram que as queixas mais frequentes dos pacientes sobre outros profissionais giram em torno do tratamento pessoal, da falta de atenção e da comunicação difícil, muitas vezes com arrogância, gerando desgaste no relacionamento. Nesse dado se inclui a declaração quanto à falta de profissionalismo, o desrespeito, que pode culminar até em assédio sexual e atitudes antiéticas, tais como, tratamentos deliberadamente prolongados, incompetência, negligência e descaso, que trazem como consequência a falta de confiança no profissional. Esse grupo registrou, ainda, a ocorrência de outras reclamações, a exemplo da falta de pontualidade, da dificuldade em marcar consultas, do retardo na entrega de trabalhos protéticos, dos baixos ou extorsivos valores de remuneração dos procedimentos odontológicos praticados, da não-conclusão do tratamento planejado, da necessidade de melhor orientação, da escolha de procedimentos conflitantes com as necessidades acusadas pelos pacientes e do descompasso entre o plano de tratamento e o plano de pagamentos dos honorários.
- Entretanto, 28,1% afirmam que as queixas mais constatadas se devem à insatisfação com o tratamento odontológico em si do ponto de vista técnico ou da qualidade. Assim, há pacientes inconformados seja com o resultado do tratamento, seja com a técnica utilizada, ou com a aparência estética resultante, chegando a questionar a qualidade dos materiais utilizados ou prováveis deficiências na execução de procedimentos clínicos (restaurações), cuja qualidade deixa a desejar, próteses mal adaptadas, falta de procedimentos de biossegurança e dores durante a realização do tratamento. Atribuem essas intercorrências à imperícia e imprudência profissional.

Ainda no que diz respeito à relação entre o profissional e os pacientes, a grande maioria dos respondentes declarou informar aos pacientes a respeito dos riscos dos procedimentos odontológicos, como se pode verificar nos dados da Tabela 105.

Tabela 105 – Informação aos pacientes sobre os riscos que envolvem os procedimentos odontológicos

Resposta	N	%
Sim	269	89,7
Não	12	4,0
Sem resposta	19	6,3
Total	300	

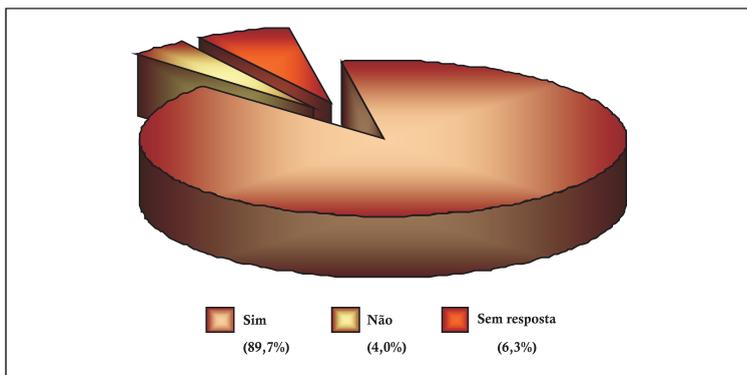


Figura 86 – Participação sociopolítica: informação sobre os riscos dos procedimentos odontológicos

A grande maioria dos respondentes – 74% – declarou esclarecer aos pacientes e (ou) responsáveis os riscos que envolvem os procedimentos odontológicos a serem realizados logo na primeira consulta, após a realização da anamnese e a elaboração do plano de tratamento.

O profissional informa, ainda, o tipo de tratamento e a melhor forma de executá-lo, respeitando as possíveis limitações do paciente, detalhando de maneira pormenorizada a duração das sessões, as técnicas e materiais que serão utilizados, explicando a probabilidade de possíveis prognósticos que venham a ser considerados como reservados, de modo claro, objetivo, através de comunicação oral e (ou) escrita, ilustrando com desenhos, imagens, *folders* e, até mesmo mostrando alguns casos clínicos.

Após aprovação do paciente ou do responsável, é formalizado o acordo através da assinatura de documento específico, sendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o mais usado. 3% dos respondentes afirmaram que informam os riscos que envolvem os procedimentos, esclarecendo sobre as medidas de biossegurança em relação aos materiais e técnicas que serão utilizadas. Todavia, 2,2% se referiram, particularmente, às informações específicas que prestam em razão do atendimento diferenciado a pacientes com necessidades especiais, em função de cada procedimento a ser executado, assim como seus riscos peculiares. Informam, ainda, sobre a importância da colaboração desses pacientes para que possam ser alcançados resultados favoráveis.

Foi ainda indagado dos informantes desta pesquisa quais os elementos externos que comprometem a ética na sua atividade profissional.

Cabe registrar que um primeiro grupo de respostas dadas à identificação dos valores éticos que comprometem o exercício profissional tem marcada conexão com as características da agressividade do mercado de trabalho: *mercado saturado, deslealdade na concorrência, propagandas com informações incorretas e abusivas e remuneração aviltante paga pelos planos de saúde.*

Outro grupo de respostas se vincula às características ou comportamentos de profissionais da Odontologia, alguns dos quais refletem a influência do contexto do mercado de trabalho: *desunião de classe, ganância, mercantilismo profissional, despreparo e desonestidade de muitos profissionais, charlatanismo, profissionais recém-formados que se deixam explorar em decorrência da escassez de trabalho, profissionais que cobram valores irrelevantes e falta de ética entre os próprios profissionais”, além de procedimentos odontológicos desqualificados, clínicas populares que desqualificam a profissão e comportamentos individualistas e presunçosos.*

Esses foram os comentários mais frequentes entre os entrevistados, que totalizaram o percentual de 52%.

De forma menos enfática, 10,4% registraram as seguintes influências no comprometimento da ética profissional:

- Comportamentos questionáveis de profissionais ou de pacientes e da própria sociedade.
- Desconhecimento do Código de Ética.
- Condições desfavoráveis de trabalho.
- Falta de credibilidade das entidades classistas.
- Falta de valorização profissional junto à sociedade.
- Escassez de comprometimento ético individual.
- Comportamento questionável dos convênios.
- Excessivo número de Cursos de Odontologia.

O que se pode depreender é a existência de conflitos ou contradições entre princípios éticos e as características atuais do mercado de trabalho, tendo em vistas as recentes e profundas alterações no mundo do trabalho, por força das novas configurações do capitalismo, particularmente do neoliberalismo.

Nesse sentido, cabe mencionar alguns achados do trabalho de França-Botelho (2004), intitulado “Superando os desajustes do mercado de trabalho em Odontologia.” Ao caracterizar o contexto brasileiro, a autora chama a atenção para o fato de que:

A prevalência de cárie no Brasil tem diminuído nos últimos tempos, porém a redução dos índices de cárie não ocorreu de forma homogênea na população, visto que grande parcela da população ainda sofre de problemas odontológicos (NADANOVSKY, 2000). A demanda consiste na população que não pode pagar um tratamento. Cerca de 18% da população brasileira nunca recebeu nem sequer um atendimento odontológico durante toda a vida (ANDRADE, 2000). Dados mostram que crianças pobres na faixa etária de 0-6 anos consultam um CD em escala cinco vezes menor que crianças de classe alta (BARROS & BERTOLDI, 2002).

Paradoxalmente há cerca de 193.111 CD no Brasil (CFO, 2004) e a cada ano acrescentam-se em média 12.000 novos profissionais fazendo com que a população de cirurgiões-dentistas cresça cerca de 5,7% ao ano, enquanto o crescimento anual da população brasileira é de 1,6% (SORIA et al 2002).

No que diz respeito ao mercado de trabalho, a autora afirma:

No Brasil, ganha-se muito dinheiro com Odontologia, porém não por parte dos cirurgiões-dentistas, e sim de empresários, donos de clínicas e planos de saúde. O dentista verdadeiramente trabalha, mas é o atravessador que recebe os lucros. Poucos convênios levam em consideração VRCC (Valores Referenciais para Convênios e

Credenciamentos), criam suas próprias tabelas, com valores absurdos. No desespero de ver seu consultório vazio, o profissional se ilude com a perspectiva de aumento do número de pacientes e concorda com esse tipo de credenciamento.

As dificuldades econômicas do Brasil, como recessão e desemprego, têm reduzido o número de brasileiros que podem pagar um atendimento odontológico privado. Quando muito, procuram clínicas populares, que oferecem um atendimento mais barato e, devido à alta rotatividade, sem a qualidade devida, contribuindo para o desprestígio da profissão.

Na grande maioria das vezes, a única opção que a população encontra é o SUS (Sistema Único de Saúde). As pessoas enfrentam filas e outras dificuldades para então receberem um tratamento odontológico muitas vezes básico, que nem sempre é o suficiente.

Finalmente, ao se referir ao mercado, a autora alerta:

Outro agravante do mercado é a concorrência desleal. Alguns profissionais desconsideram a ética e abusam das propagandas. Negociam os procedimentos odontológicos como se fossem mercadorias na feira. Com isso prejudica os que trabalham dentro dos princípios éticos, e pior, agrava a imagem negativa da Odontologia. Neste contexto, fica difícil convencer os pacientes que a Odontologia visa a promoção de saúde.

Assim, de um modo geral, as condições de um exercício profissional pautado pela ética chocam-se com as características do modelo econômico, que estimula a concorrência e os altos lucros, estimula a competitividade, em detrimento da função social da Odontologia, num país de disparidades regionais imensas e de uma injusta distribuição de renda, que não permite a universalização do atendimento à saúde.

3. Perspectivas e visão de futuro

A questão última do instrumento de coleta de dados – *Que palavra resume o sentimento que você tem hoje sobre o futuro da Odontologia?* – permitiu verificar que 34,3% dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados consideraram a possibilidade de um futuro promissor, enquanto 55,3% consideraram desfavoráveis as perspectivas futuras da profissão, com prognósticos bastante sombrios.

Esses percentuais se invertem quando os respondentes avaliam o futuro da especialidade que exercem, pois 54,3% expressaram um sentimento de otimismo em relação ao futuro da sua especialidade, o que demonstra uma visão positiva em relação às múltiplas especialidades em que se vem desdobrando a Odontologia na atualidade. Consideram-se motivados, por entenderem que realizam procedimentos odontológicos especializados, tidos como fundamentais, imprescindíveis, preventivos, que contribuem para a preservação da qualidade de vida. Acreditam que, por prestarem serviços diferenciados, o trabalho realizado é reconhecido, é valorizado e, por conseguinte, é rentável financeiramente, o que resulta em estabilidade, equilíbrio e segurança.

Todavia, 24,3% explicitam descrença, desânimo, apreensão e decepção, sentimentos preocupantes de dúvidas e incertezas, o que os faz vislumbrar um futuro, certamente, sombrio. Depoimentos que exprimem o pessimismo revelam plena convicção no desaparecimento de determinadas especialidades, a exemplo da dentística. Essa convicção, provavelmente, tem origens em seguidos episódios decepcionantes, impedindo que eles reconheçam a amplitude do espectro de intervenções dessa especialidade. Se, mais recentemente, as restaurações dentais vêm tendo reduzida frequência, esse fato é plenamente justificado pela eficácia dos métodos preventivos no combate à cárie, a exemplo da fluoroterapia.

Capítulo 5

Considerações conclusivas

Inicialmente, cabe ressaltar que este trabalho constitui o resultado de investimento realizado pela FAPESB, em parceria com o Ministério da Saúde, com base no apoio à pesquisa através do Edital Projeto PPSUS. A amplitude e a ressonância por ele alcançadas correspondem ao desafio de se ultrapassarem obstáculos que são próprios das pesquisas que envolvem instrumentos cujos dados essenciais a serem coletados estão na dependência do êxito da aplicação de questionários e ou formulários. Neste caso, a coleta de dados envolveu uma amostra de trezentos cirurgiões-dentistas.

O estudo tentou abranger os múltiplos aspectos profissionais em que se enquadra a amostra relevante dos cirurgiões-dentistas residentes e em exercício profissional na cidade de Salvador e em alguns municípios do interior do estado da Bahia, no período compreendido entre 2008 e 2009. Certamente, esses resultados poderão ser projetados para o estado como um todo e, possivelmente, inspirar outras pesquisas de caráter regional. A amplitude da pesquisa realizada permitiu que os autores alcançassem um patamar compatível com as exigências recomendadas para um título científico, ultrapassando, dessa maneira, a formatação de relatórios, artigos e comunicações científicas, sem excluir, contudo, essas formas de divulgação.

Isso posto, cabe apresentar os achados mais relevantes obtidos neste estudo.

Dentre as características da amostra estudada, ressalta-se, inicialmente, sua constituição predominantemente feminina, com profissionais de média idade, em sua maioria casados. Um dado significativo, merecedor de estudos posteriores, é a ínfima representatividade de negros na amostra, que é predominantemente constituída de brancos e pardos. Se considerarmos o baixo poder aquisitivo da população negra e o caráter elitista e dispendioso do curso de Odontologia, é possível admitir que esse quadro pode ser transformado

nos próximos anos, como resultado da política de cotas para ingresso de afrodescendentes no ensino superior.

Parcela relevante de cirurgiões-dentistas que participaram do presente estudo indica ter algum parentesco com familiares cuja formação recai na Odontologia. Esse achado pode ser correlacionado, predominantemente, ao parentesco com primos, seguidos de tios, o contrário, portanto, do que se poderia admitir como sendo uma forte influência profissional dos pais. Pôde-se constatar, também, não haver correlação significativa entre a especialidade exercida pelos entrevistados e seus familiares com formação odontológica, uma vez que entre os primeiros foram apuradas, majoritariamente, as especialidades endodontia e prótese, enquanto que predominou entre os primos, as especialidades saúde coletiva, seguida de clínica e prótese. Quanto aos tios, destacaram-se as especialidades clínica, prótese e, mais recentemente, a ortodontia, provavelmente, por conta de maior acesso a esse tipo de atendimento, através dos credenciamentos que vêm se ampliando. O destaque dessas especialidades, possivelmente, se deve ao exercício profissional no serviço público, com ênfase ao SUS/PSF – Saúde Coletiva, e na livre iniciativa, onde predominam os procedimentos gerais de ordem clínica e determinadas especialidades.

Foram coletados dados relevantes sobre a formação inicial dos cirurgiões-dentistas.

Com tempo de conclusão situado majoritariamente entre 1 e 10 anos, a maioria dos informantes concluiu o curso de graduação em instituição pública, apesar do recente incremento de cursos de Odontologia oferecidos por instituições privadas. A residência não se constituiu como um estágio de formação profissional relevante para a maioria dos informantes, ao contrário da especialização, que se revelou como a etapa mais importante após o curso de graduação, particularmente nas áreas de saúde coletiva, endodontia e prótese, ortodontia e periodontia.

Ao contrário do que ocorre com os cursos de graduação, na oferta de cursos de especialização, o destaque é para as universidades privadas, seguidas das associações de classe, e a Bahia foi a Unidade da Federação em que a maioria dos informantes os realizou. Cabe destacar que a busca por cursos de especialização é relativamente recente, uma vez que a maioria dos informantes realizou tais cursos há menos de 10 anos.

Ainda não constitui prática disseminada no contexto profissional dos informantes da amostra estudada a realização de curso de mestrado. Nos casos em que esse curso foi realizado, prepondera uma direção voltada para a Clínica Odontológica. Do mesmo modo como ocorreu com os cursos de especialização, a grande parte dos que realizaram mestrado o fizeram no Brasil e na Bahia, nos últimos dez anos.

A realização de curso de doutorado também não se revelou frequente na amostra estudada, e os poucos casos registrados voltaram-se para as especialidades Laser, Anatomia e Radiologia, e foram realizados no Brasil, predominantemente nos estados de São Paulo, Bahia e Rio de Janeiro, num período que também compreende a última década.

No que diz respeito à formação continuada, verificou-se um grande interesse pela atualização científica, através da leitura de periódicos científicos predominantemente nacionais voltados para clínica odontológica, ortodontia e prótese.

Os informantes também revelaram interesse no aperfeiçoamento profissional, apontando predominantemente como causa da não-participação a falta de tempo, motivação ou estímulo, dificuldades pessoais e dificuldades de interrupção do trabalho.

Considerando a relevância das atuais políticas públicas de saúde, buscou-se verificar em que medida os cirurgiões-dentistas da amostra tiveram algum tipo de formação inicial ou continuada em saúde coletiva, com acesso a informações sobre conceitos, princípios e procedimentos nessa área. Os achados não são animadores, pois a maioria dos informantes, nos cursos de graduação não teve contato com disciplinas dessa área. Além disso, de extrema relevância é a constatação de que 62,3% dos cursos de graduação dos informantes não incluíam debates sobre a inserção do cirurgião-dentista no PSF e no SUS. Em relação à diretriz curricular predominante nos cursos de graduação realizados pelos informantes, a ênfase majoritária foi atribuída ao desempenho profissional em clínica particular e ao estrato do mercado privilegiado foi o elitista.

O estudo se voltou ainda para a investigação sobre a inserção dos cirurgiões-dentistas no mundo do trabalho. No que diz respeito à área de especialidade, a maioria dos informantes declarou atuar em mais de uma especialidade, embora não seja desprezível o percentual daqueles que atuam em apenas

uma especialidade. Clínica geral, estética e dentística, prótese e endodontia constituem as especialidades mais presentes na amostra, o que está condizente as áreas focalizadas pelos cursos de especialização mais frequentemente oferecidos.

É evidente a multiplicidade dos espaços de atuação profissional, embora permaneça como relevante a atuação no espaço convencional do consultório. A presença reduzida de profissionais em postos ou centros de saúde e em hospitais provavelmente corresponde à pequena inclusão ou integração de ações de saúde bucal nesses espaços, apesar das atuais políticas de integração das ações de saúde.

O alto percentual de profissionais que trabalham dois turnos ou mais parece indicar possibilidade de excesso de horas trabalhadas, numa atividade que exige preparo, perícia e alta responsabilidade, o que, por isso mesmo (e segundo a percepção dos informantes) se revela deveras estressante. Entretanto, apesar do número de horas trabalhadas e do estresse inerente ao exercício da profissão, a grande maioria dos informantes declarou estar satisfeita com a atuação no âmbito da Odontologia. Os desgastes principais apontados no exercício da atividade profissional referem-se a fatores relativos ao ambiente e à natureza do trabalho, à relação com os pacientes e às características do mercado de trabalho, o que promove o advento de inúmeras patologias físicas ou emocionais.

Um número significativo dos informantes declarou não saber avaliar ou opinar sobre qual deveria ser o valor em Reais da Unidade de Serviço (US). Apesar desse desconhecimento, a maioria se posicionou favoravelmente à possibilidade de a Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC) fixar o valor dessa unidade. Quanto ao índice de Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos (VRPO) da Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC) a maioria dos informantes revelou desconhecê-lo.

Apesar de, no atual contexto, as políticas de saúde enfatizarem as ações preventivas, os profissionais da amostra, em sua maioria declararam atuar predominantemente em ações curativas.

Independentemente do ano de diplomação, os dados coletados indicam que os informantes têm reservado maior espaço de tempo à realização de procedimentos odontológicos curativos (67,7%) frente àqueles de natureza

preventiva (11,7%). O baixo percentual de 4,3% sinaliza a realização concomitante desses procedimentos. A partir desses resultados, pode-se concluir que o exercício da Odontologia, em nosso meio, ainda é maciçamente voltado às intervenções reparadoras.

O foco principal da atuação da maioria dos informantes é constituído pela clínica particular, na qual vêm atuando num período de tempo situado, predominantemente, numa faixa de 2 a 10 anos. Mesmo assim, verifica-se que também foi registrada significativamente a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), no mercado elitista e no atendimento às camadas populares. Esses dados parecem indicar uma superposição de focos de atuação dos profissionais que constituíram a amostra, o que, talvez, seja uma característica atualmente presente na atividade profissional dos cirurgiões-dentistas. Além disso, um contingente significativo revelou ser proprietário ou sócio de clínicas ou consultórios, além de um grupo não-desprezível que afirmou ter vínculos com o serviço público.

Assim, parece evidente a multiplicidade e a superposição de vínculos desses profissionais no atual contexto de trabalho na área de Odontologia.

No que diz respeito à renda auferida com o trabalho em Odontologia, a distribuição dos informantes pelas faixas de renda apresentadas revela uma concentração nas três faixas que compreendem salários de R\$ 2.001,00 a R\$ 8.000,00 reais, com uma incidência maior na de R\$ 2.001,00 a R\$ 4.000,00 reais. Mas existem aqueles que informam ter outras fontes de renda, particularmente de aluguel de imóveis, exercício da docência e atividades agropecuárias.

Destaca-se a correlação entre o exercício efetivo do direito de férias anuais e as duas faixas de renda mensal situadas entre R\$ 4.000,00 e R\$ 8.000,00, faixas essas predominantes, com base nas informações coletadas. Constatase, nessas mesmas faixas de renda, a preferência pelo gozo de férias em localidades situadas no próprio estado em que residem. Contudo, os profissionais que declararam usufruir suas férias no exterior podem ser identificados como percebendo rendimentos mensais na faixa que se situa entre R\$ 8.000,00 e R\$ 10.000,00. No que diz respeito à correlação entre o exercício de especialidades e o gozo de férias, destacam-se aqueles profissionais que exercem a Endodontia, Periodontia, Ortodontia e Prótese. Por fim, aproximadamente, 75% dos entrevistados em plena atividade profissional declararam que utili-

zam o período de férias ao qual têm direito, independentemente do vínculo trabalhista, seja em instituições públicas ou privadas.

A partir da análise dos resultados obtidos, as correlações mais relevantes permitem inferir que os profissionais graduados na última década percebem rendimentos mensais que se situam entre R\$ 2.000,00 e R\$ 4.000,00, provavelmente, em decorrência das contratações temporárias no serviço público para atender às demandas do PSF. Entre 1976 e 1986, faixa em que se situam os profissionais que têm, em média, 25 anos de formados, constata-se o rendimento mensal médio entre R\$ 4.000,00 e R\$ 6.000,00, o que se supõe estarem concentrados aqueles dentistas que acumulam algum vínculo trabalhista com prestações de serviços autônomos. Muito embora o número de profissionais informantes que têm, em média, 15 anos de graduados seja inferior, numericamente, àqueles situados na faixa anterior, usufruem renda mensal situada entre R\$ 2.000,00 e R\$ 4.000,00, portanto, equivalente àqueles dentistas com 10 anos ou menos tempo de formados. Pode-se admitir, entretanto, que os cirurgiões-dentistas participantes desta pesquisa e que concluíram seus cursos entre 1976 e 2008 têm rendimentos mensais médios que variam entre R\$ 2.000,00 e R\$ 6.000,00.

No que concerne à participação sociopolítica, uma parcela dos informantes considera o Conselho Federal de Odontologia como uma entidade de classe atuante, que promove rigorosa fiscalização do exercício profissional, preservando dessa forma, os valores éticos. Entretanto, observam que o Conselho deveria interferir junto aos órgãos governamentais no sentido de impedir a abertura de novos cursos de graduação, devendo, inclusive, se estabelecer em Brasília e não no Rio de Janeiro. Além disso, deveria se modernizar, ter uma atuação mais proativa na valorização da classe, na fiscalização e definição de valores relacionados a convênios, bem como promover ações preventivas de saúde bucal e prestar assessoria jurídica gratuita aos seus afiliados. Algumas críticas contundentes sobre a atuação desse Conselho foram feitas por uma minoria dos informantes.

Nas questões relativas à posição dos informantes frente a questões éticas, duas posições se destacaram: a daqueles que consideram os problemas éticos decorrentes das características da agressividade do mercado de trabalho, e a de outros que atribuem os comprometimentos éticos da profissão ao comportamento individual dos profissionais.

Os informantes destacaram mudanças relevantes no padrão ético da relação entre dentista e paciente, principalmente relativas ao fato de os pacientes estarem mais bem informados, por conseguinte, mais exigentes, o que propicia um melhor diálogo, além de uma expressa consciência de exercício da cidadania, com muitos que reclamam do profissional que o assiste, inclusive com a interposição de ações judiciais com base nos Código de Ética e de Defesa do Consumidor.

Por outro lado, entre as razões de comportamentos antiéticos dos profissionais, foram destacadas: a busca desmedida de lucros exagerados pela cobrança de valores extorsivos, a disputa por pacientes face à concorrência desmedida, tratamentos mal executados, dificuldade de melhor conhecimento dos procedimentos de abordagem dos pacientes por parte dos profissionais mais novos e desconhecimento profissional dos princípios éticos.

Registraram ainda as queixas mais frequentes dos pacientes em relação a seus colegas de profissão: falta de pontualidade, dificuldade em marcar consultas, retardo na entrega de trabalhos protéticos, extorsivos valores de remuneração dos procedimentos odontológicos praticados, não-conclusão do tratamento planejado, escolha de procedimentos conflitantes com as necessidades acusadas pelos pacientes e descompasso entre o plano de tratamento e o plano de pagamentos dos honorários, dentre outras.

No que diz respeito à participação em entidades odontológicas, a maioria dos respondentes (54,7%) confirmou sua participação, embora não seja desprezível o percentual daqueles que indicaram não-participação (36,3%). Dentre as razões da participação, encontra-se o reconhecimento de que tais entidades têm o poder de facilitar um maior acesso aos cursos, palestras e à participação em reuniões científicas e sociais, permitindo estreitar os laços entre os colegas e socializar as experiências profissionais. Reconhecem que essas entidades têm um papel político importante devido ao envolvimento direto nas questões de interesses maiores dos cirurgiões-dentistas. Muito provavelmente, esse resultado se repetiria se a pesquisa em pauta fosse realizada em outro estado brasileiro, pelo fato da ABO nacional ser uma Instituição que ao congregar as estaduais, formalmente, constitui desta forma, uma federação de associações regionais.

Tendo em consideração que o tempo de graduação variou entre 1965 e 2008, ou seja, de um a 43 anos de diplomação, pode-se afirmar que 99% dos

informantes se encontram em plena atividade profissional. No tocante à participação em órgãos classistas, 50% dos informantes que se situam na faixa de graduados entre 1998 e 2008 – 47% – revelaram participar dessas entidades. Entretanto, os profissionais diplomados entre 1987 e 1997 e entre 1976 e 1986, tenham sido aqueles respondentes menos numerosos, conforme os respectivos percentuais apurados - 30% e 18% - pode-se constatar que a participação desses dois grupos parece ser mais efetiva, de acordo com os percentuais de 63% e 73%, respectivamente. Se a participação mais efetiva dos Cirurgiões-Dentistas recai naqueles cuja diplomação variou de 20 a 40 anos, se admite que estes resultados refletem uma maior credibilidade nas supracitadas entidades, a partir das experiências de representação classista bem sucedidas, vivenciadas por aquelas gerações.

Finalmente, quanto às perspectivas e visão de futuro da profissão, 55,3% consideram desfavoráveis as perspectivas futuras da profissão, com prognóstico bastante negativo. Estes percentuais se invertem quando os respondentes avaliam o futuro da especialidade que exercem, pois 54,3% expressaram o sentimento de otimismo em relação a elas. Consideram-se motivados, por entenderem que realizam procedimentos odontológicos especializados, tidos como fundamentais, imprescindíveis, preventivos, uma vez que contribuem para a preservação da qualidade de vida. Acreditam no reconhecimento do trabalho realizado, o qual promove não apenas rentabilidade, mas também estabilidade, equilíbrio e segurança.

Aqueles que revelam descrença, desânimo, apreensão e decepção, sentimentos preocupantes de dúvidas e incertezas, apresentam depoimentos que exprimem plena convicção no desaparecimento de determinadas especialidades, a exemplo da Dentística. Parecem não considerar que a reduzida frequência de restaurações dentais constitui uma decorrência da eficácia dos métodos preventivos no combate à cárie e a outras patologias.

Muitas outras ilações poderiam ser realizadas a partir dos achados deste estudo, e também muitas outras investigações podem ser inspiradas pelas questões nele levantadas.

A expectativa dos autores é que ele possa fornecer insumos relevantes para os órgãos classistas reverem suas práticas e, até mesmo, buscarem a evolução da legislação pertinente. Ao mesmo tempo, oxalá possa ele inspirar novas perspectivas para as instituições de ensino superior responsáveis pela

formação dos Cirurgiões-Dentistas em nível de graduação e de pós-graduação que integram os sistemas de educação, de modo a que se promova, efetivamente, a qualificação tanto da formação quanto do exercício profissional desta importante categoria, com vistas ao resgate da qualidade e da dignidade do seu trabalho e os benefícios que dele deve usufruir a sociedade. Por fim, os autores crêem que os resultados obtidos têm condições de fornecer aos órgãos governamentais envolvidos com a saúde bucal da sociedade brasileira, em particular no estado da Bahia, seja na esfera federal, estadual e municipal, subsídios que contribuirão para a elaboração de políticas públicas interdisciplinares envolvendo diretamente os cirurgiões-dentistas.

Referências

1. ABENO (Associação Brasileira de Ensino Odontológico). 2004. Disponível em: <http://www.abeno.org.br>. Acesso em: 20 out. 2009.
2. ABO. Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro. Boletim da ABO de 6 de fevereiro de 2010. <http://www.abo.org.br/>, consultado em 06.02.2010
3. BABBIE, E. *Métodos de pesquisas de Survey*. Belo Horizonte: UFMG, 1999.
4. BOAVENTURA, E. M. *Metodologia da Pesquisa: Monografia, Dissertação e Tese*. São Paulo: Atlas, 2004.
5. BRANDÃO, A. A.; MARINS, M. T. A. de; SILVA, A. P da. Raça, escolhas e sucesso no vestibular: Que profissão você vai ter quando crescer? * UFF* Trabalho apresentado na 28ª Reunião Anual da ANPEd – 16 a 19 de Outubro de 2005 em Caxambu / MG.
6. CFO – Conselho Federal de Odontologia . Resolução CFO 42/2003 que aprova o Código de Ética Odontológica Brasileiro (CEO).
7. CFO – Conselho Federal de Odontologia. Cirurgião-Dentista não é mais uma profissão só de homens. *Jornal do CFO*. Ano VI – n. 21, Fevereiro e Março/98. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/jornal/n21/hpbras.htm>. Acesso em: 10 set. 2007.
8. CFO – Conselho Federal de Odontologia. Pesquisa revela novo perfil do CD. *Jornal do CFO*. Ano x. n° 52 janeiro/fevereiro, 2003. Edição Nacional.
9. CONSTITUIÇÃO FEDERAL - CF - 1988, Título VIII. *Da Ordem Social*. Capítulo II. *Da Seguridade Social*. Seção II. *Da Saúde*. Art. 196. Disponível

em: http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf196a200.htm.
Consultado em 18.06.2009. Acesso: 22 abr. 2009.

10. FACÓ, E. F; VIANA, L. M. O; NUTO, S de A. S. O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na microrregião II, Ceará, Brasil. *RBPS* 2005; 18 (2): 70-77.

11. FRANÇA-BOTELHO, A. C. Superando os desajustes do mercado de trabalho em Odontologia. 2004. Disponível em: <http://www.webodonto.com>. Acesso em: 21 out. 2009.

12. GODOY, A. S. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

13. HADDAD, A. E. et al. (Org.). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

14. IBGE - *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD. 2007.

15. IBGE - *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Tendências Demográficas: Uma Análise da População com Base nos Resultados dos Censos Demográficos de 1940 e 2000. Em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=892&id_pagina=1. Acesso em 22 de abr. 2009.

16. IBGE - *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Percentual de solteiros caiu e aumentaram as uniões consensuais. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=892. Acesso em: 30 mai. 2009.

17. KOIDE, R.E; PARANHOS, L.R; QUINTELA, R.S. Análise do perfil profissional na Odontologia. *Revista Paulista de Odontologia*, ano XXVI, nº 3, maio-junho de 2004.

18. LAVILLE, C., DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Tradução Lana Mara Siman. Porto Alegre: Artes Médicas, Belo Horizonte: UFMG, 1999.

19. LIMA A.D. F. de; FARIAS, F.L. R. de. O trabalho do cirurgião-dentista e o estresse: considerações teóricas. *RBPS* 2005; 18 (1): 50-54.

20. LUCATO, M.C; RAMOS, D.L. de P. A humanização das relações assistenciais no Código de Ética Odontológica. *O Mundo da Saúde* 2006; 30(30): 417-424.

21. MACEDO, C.L.S.V. *et al.* Perfil do Cirurgião-Dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do Estado de Pernambuco. Revista Ciência e Saúde Coletiva para a sociedade – Abrasco, 2007. Em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2781
22. MACHADO, M.H. *et al.* Perfil dos médicos no Brasil: relatório final (Médicos em Números). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina (CFM). Ministério da Saúde (MS-Pnud), 1996.
23. MEDICINA ORAL. <http://medicinaoral.org/blog/2008/07/29/saiu-a-residencia-em-Odontologia/#comment-5412>. Acessado em 06.02.2010.
24. MELLO, S.M.F. Cirurgições-dentistas docentes dos cursos de Odontologia do estado da Bahia, 2008-2009: estudo sobre formação e desempenho pedagógico. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, UFBA. Salvador, 2009.
25. MIGLIORATI, E. WOMEN & DENTISTRY REPORTS - A Global Dialogue. The Compendium of Continuing Education in Dentistry. Premier Issue 2001 Women in Dentistry. *Br Dent.J* 1975; 139(4): 153-6.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Portaria N° 648, de 28 de Março de 2006.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal *DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL*. Brasília, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acesso em: 18 jun. 2009.
28. MOIMAZ, S. A. S. A força do trabalho feminino na Odontologia, em Araçatuba – SP. Em: *J Appl Oral Sci* 2003; 11(4): 301-5, World Web Wide. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jaos/v11n4/a04v11n4.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2009.
29. NICOLIELO, J.; BASTOS, J. R. M. *Satisfação Profissional do Cirurgião-dentista conforme o tempo de formado*. Ver. Fac. Odontol. Bauru. Bauru, v. 10, n. 2, p. 69-74, 2002.

30. NUNES, M. de F. N; FREIRE, M D. O C. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Revista Saúde Pública* 2006;40(6):1019-26.
31. OLIVEIRA, F.T. de; SALES PERES, A; YARID, S.D; SILVA, R.H. A. da. Odontological ethics: knowledge of the students and dentists on the ethical aspects of the profession. *Rev Odontol UNESP*. 2008; 37(1): 33-39.
32. PERFIL DOS MÉDICOS RADIOLOGISTAS NO BRASIL (Colégio Brasileiro de Radiologia, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional da Saúde Pública, 2002). Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/perfil_radiologistas1. Acesso em 10 out. 2007.
33. PINHEIRO, F.M da C; NÓBREGA-THERRIEN, S.M; ALMEIDA, M.E.L. de; ALMEIDA, M.I. de. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. *RGO*, Porto Alegre, 57(1), p. 99-106, jan./mar. 2009.
34. PYRRHO,M; PRADO, M.M.do; CORDÓN, J; GARRAFA, V. Análise bioética do Código de Ética Odontológica brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.14, no.5, Rio de Janeiro Nov./Dez 2009.
35. RABELLO, S.B; GODOY, C.V.C; PADILHA, W.W.N. Por que a Odontologia se transformou numa profissão de mulheres? *Revista Brasileira de Odontologia* - Março / Abril 2000, volume 57, número 2.
36. REGIS FILHO, G.I; RIBEIRO, D.M. *Estresse e qualidade de vida no trabalho do cirurgião - dentista: uma abordagem ergonômica*. Comunicação apresentada ao XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Foz do Iguaçu, 9 a 11 de outubro de 2007(a).
37. REGIS FILHO, G.I; RIBEIRO, D.M. *Estresse e qualidade de vida no trabalho do cirurgião-dentista*. São Paulo: Insular, 2007 (b).
38. RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1):105-114, 2006.
39. SCHIAVOLIN NETO, L. *et al* . Convênios e cooperativas odontológicas na região metropolitana de São Paulo: uma análise operacional. Consultado em 15 de janeiro de 2010. Em: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/4481950.html
40. SOEBA. O que você precisa saber sobre o seu sindicato. Consultado em 14.02.2010. Em: <http://www.soeba.com.br/cartilha.htm>

41. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Perfil Profissional*. 2004. Disponível em: <http://www.odonto.ufmg.br>. Acesso em: 21 out. 2009.
42. YIN, R. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman. 3ª Ed. 2004.

Anexos

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Salvador, 19 setembro de 2008.

Ilmo(a). Sr(a) Cirurgião(ã)-Dentista,

O Departamento de Biofunção do Instituto de Ciências da Saúde – UFBA em parceria com o Conselho Regional de Odontologia – BA e com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB, através do Programa PPSUS, está realizando a presente coleta de dados com o objetivo de realizar o estudo do Perfil do cirurgião-dentista que exerce suas atividades profissionais na cidade de Salvador e outros municípios do estado da Bahia. Esta pesquisa abrangerá o atendimento, a qualidade e as condições de trabalho, a remuneração, a relação profissional-paciente, a participação sócio-política e o exercício do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a execução da mesma, elaboramos o Questionário/Formulário para a coleta de dados anexo a este expediente, baseado em metodologia científica. É fundamental sua participação para o êxito desta iniciativa. Solicitamos de V. S^a. a gentileza em receber o representante desta Instituição, devidamente credenciado, portador do Questionário/Formulário impresso e de auto-preenchimento, a ser recolhido posteriormente. Informamos que este estudo foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética MCC – UFBA, o que assegura o sigilo dos dados coletados, não sendo necessária sua identificação.

Possíveis esclarecimentos complementares que venham a ser considerados pertinentes, poderão ser obtidos por *e-mail* ou por telefone, através do qual poderá ser agendada entrevista com a Coordenação do projeto.

Agradecemos sua especial atenção.

Cordialmente.

Roberto Paulo Correia de Araújo
Paulo Cesar Alcântara Ribeiro
Professor Adjunto. ICS- UFBA
Presidente. CRO BA
rpcaraujo@hotmail.com
paulloribeiro@hotmail.com,
(71) 3283 8891
(71) 3114 2525

Sandra Maria Ferraz Mello
CD – SESAB
mello.sandra@ig.com.br
(71) 3247 3844

BLOCO I: IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

(OS CAMPOS SOMBREADOS SÃO PARA USO DO PESQUISADOR)

1 Sexo

1 Masculino 2 Feminino

2 **Ano de nascimento:** de de

3 Estado Civil

1 Solteiro (a) 2 Casado (a)

3 Viúvo (a) 4 Desquitado / Divorciado (a)

4 Outros (especificar)

4 **Segundo a nomenclatura utilizada pelo IBGE, como você classifica a sua cor ou raça?**

1 Branca 2 Preta

3 Parda 4 Amarela

5 Indígena

5 Local de residência

1 Estado (sigla do estado)

2 Município

6 Nacionalidade

1 Brasileira

2 Estrangeira (especificar)

(vá para o item 8)

7 **Naturalidade** (sigla do estado)

8 Tem outros dentistas na família?

3. Sim

2 Não (vá para o item 10)

9 Relacione os dentistas com parentesco (inclusive o cônjuge) e as especialidades que atuam.

GRAU DE PARENTESCO		ESPECIALIDADE	
(por extenso)		(por extenso)	
1	
2	
3	
4	

10 Pratica regularmente algum esporte?

1 Sim

2 Não (vá para o item 12)

11 Qual (is)?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 Futebol | 2 Vôlei / Basquete |
| 3 Tênis ? Squash | 4 Natação |
| 5 Ginástica / Aeróbica / Musculação | |
| 6 Caminhada / Cooper / Jogging | |
| 7 Lutas / Artes marciais | |
| 8 Outros (especificar) | |

12 Tira férias anualmente?

1 Sim

2 Não (vá para o bloco 2)

13 Onde costuma passar suas férias?

- 1 Em localidades dentro do seu estado
- 2 Em outros estados do país
- 3 No exterior

BLOCO II: FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(OS CAMPOS SOMBREADOS SÃO PARA USO DO PESQUISADOR)

1 Ano da graduação

..... de de

2 Nome da instituição

3 Coursou ou está cursando algum programa de residência?

1 Sim

2 Não (vá para o item 4)

1 Nome da Especialidade (s)

(por extenso)

2 Nome da Instituição

(por extenso)

3 Ano de conclusão

(ou previsão de término)

1

2

3

4 Tem título de Especialista?

1 Sim

2 Não (vá para o item 7)

5 Em que área?

1 Clínica Odontológica

2 Endodontia

3 Periodontia

4 Radiologia

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| 5 Odontopediatria | 6 Ortodontia |
| 7 Prótese | 8 Implantodontia |
| 9 Odontologia do Trabalho | 10 Odontogeriatrica |
| 11 Odontologia Preventiva | 12 Ortopedia Funcional |
| 13 Cirurgia Buco-maxilo-facial | |
| 14 Outra (especificar) | <input type="text"/> |

6 Através de que forma obteve o título?

- | |
|--|
| 1 Universidade (especificar) |
| 2 Centro Universitário (especificar) |
| 3 Faculdade Isolada (especificar) |
| 4 Associação de Classe (especificar) |
| 5 Instituição particular credenciada pelo CFO (especificar) |
| 6 Outro (especificar) |

7 Fez ou está fazendo algum Curso de Especialização (Pós-graduação *lato sensu*)?

- | | |
|-------------|----------------------|
| 1 Sim | <input type="text"/> |
| 2 Não | (vá para o item 8) |

1 Nome da Especialidade (s)
(por extenso)

2 País
2.1 Brasil 2.2 Exterior

3 Local
(estado - sigla)

1
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4 Nome da Instituição
(por extenso)

5 Ano de conclusão
(ou previsão de término)

1
<input type="text"/>	<input type="text"/>

11 ESPECIFIQUE POR ÁREA

1 Clínica Odontológica

1

2

3

2 Endodontia

1

2

3

3 Periodontia

1

2

3

4 Radiologia

1

2

3

5 Odontopediatria

1

2

3

6 Ortodontia

1

2

3

7 Prótese

1

2

3

8 Implantodontia

1.....

2

3

9 Odontologia do trabalho

1.....

2

3

11 ESPECIFIQUE POR ÁREA

1 Clínica Odontológica

1

2

3

2 Endodontia

1

2

3

3 Periodontia

1

2

3

4 Radiologia

1

2

3

5 Odontopediatria

1

2

3

6 Ortodontia

1

2

3

7 Prótese

1

2

3

8 Implantodontia

1.....

2

3

9 Odontologia do trabalho

1.....

2

3

- 10 Odontogeriatrica 1
 2
3
- 11 Odontologia Preventiva 1
 2
3
- 12 Ortopedia Funcional 1
 2
3
- 13 Cirurgia Buco-maxilo-facial 1
 2
3
- 14 Estomatologia 1
 2
3
- 15 Outra (**especificar**) 1
 2
3

12 Tem participado de alguma modalidade de aprimoramento?

1 Sim (**vá para o item 14**)

2 Não

13 Por que?

- 1 Falta de condições financeiras
- 2 Falta de tempo / motivação / estímulo
- 3 Recém-formado (a) / cursando Residência

- 4 Recém-formado (a) / cursando Especialização
- 5 Dificuldade de acesso / distância
- 6 Dificuldades pessoais
- 7 Dificuldade em parar de trabalhar
- 8 Outras (especificar)

14 Nos últimos 12 meses participou de encontros científicos (Jornadas, Congressos e Simpósios)

- 1 Frequentemente
- 2 Ocasionalmente
- 3 Raramente
- 4 Não participei (vá para o item 18)

15 Que tipo (s) de modalidade (s) foram esses encontros?

- 1 Nacional
- 2 Internacional

16 Considera esta frequência suficiente para o sua atualização profissional?

2 Não

17 Por que? (responda em caso negativo)

.....

.....

.....

.....

18 Na sua opinião, qual deveria ser a estratégia das Entidades de Classe para o programa de Educação Continuada dos Dentistas?

.....

.....

.....

19 Na formação acadêmica durante o curso de graduação, houve disciplinas sobre Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva?

Sim Não

20 Se houve, quantas foram as disciplinas?

21 Quais foram elas?

22 No momento da formação na graduação, os professores da faculdade debateram a inserção do Cirurgião-Dentista no Programa de Saúde da Família e no Sistema Único de Saúde (SUS)?

Sim Não

23 No momento da formação na graduação, os professores da faculdade deram maior ênfase a que aspecto da atuação profissional?

Atuação curativa Atuação preventiva

24 No momento da formação na graduação, os professores da faculdade deram maior ênfase a que aspecto da atuação profissional?

Atuação na clínica particular

Atuação no sistema público de saúde (SUS)

25 No momento da formação na graduação, os professores da faculdade deram maior ênfase a que aspecto da atuação profissional?

Atuação para um mercado elitista

Atuação voltada para as camadas populares, voltada à universalização do acesso e à promoção da saúde

BLOCO III: MUNDO DO TRABALHO

(OS CAMPOS SOMBREADOS SÃO PARA USO DO PESQUISADOR)

1 Situação profissional (Admite-se mais de uma resposta)

1 Ativo 2 Desempregado

3 Aposentado 4 Abandonou a profissão

9 Relacione os dentistas com parentesco (inclusive o cônjuge) e as especialidades que atuam.

GRAU DE PARENTESCO		ESPECIALIDADE	
(por extenso)		(por extenso)	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10 Pratica regularmente algum esporte?

1 Sim

2 Não **(vá para o item 12)**

11 Qual (is)?

1 Futebol

2 Vôlei / Basquete

3 Tênis ? Squash

4 Natação

5 Ginástica / Aeróbica / Musculação

6 Caminhada / Cooper / Jogging

7 Lutas / Artes marciais

8 Outros (especificar)

12 Tira férias anualmente?

1 Sim

2 Não **(vá para o bloco 2)**

13 Onde costuma passar suas férias?

1 Em localidades dentro do seu estado

2 Em outros estados do país

3 No exterior

.....

10 Se a resposta ao quesito 9 foi afirmativa, relacione a natureza dos desgastes adquiridos ao longo do exercício profissional.

.....

.....

.....

11 Participa de alguma Cooperativa?

1 Sim

2 Não

12 Qual (is) (especificar)

1 2

3 Outras

13 Em relação à Cooperativa, você tem alguma proposta que gostaria de sugerir ao CFO?

.....

.....

.....

14 Na sua opinião, qual deveria ser o valor em Reais da Unidade de Serviço (US) que multiplicado pelo Número de Unidades pré -estabelecido para cada procedimento odontológico a ser pago pelos convênios, remuneraria os serviços relacionados com a sua área, mediante acordo firmado entre as Entidades de Classe e os Convênios?

.....

15 Você tem informação que a Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos – CNCC - é constituída pelas Entidades Nacionais de Classe?

1 Sim

2 Não

15 Acha que a Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos deveria fixar este valor?

1 Sim 2 Não

16 Conhece o índice de Valores de Referência para Procedimentos Odontológicos –

VRPO - da CNCC?

1 Sim 2 Não

17 Em caso afirmativo utiliza a VRPO na sua clínica diária?

1 Sim 2 Não

18 Concorda com os valores fixados na atual VRPO?

1 Sim 2 Não 3. Não conheço

19 Considerando as diferenças sócio -econômicas, você concorda com a política que estabelece, indistintamente, a mesma VRPO para todas as regiões do país?

1 Sim 2 Não

20 Durante a sua atuação profissional, houve maior tempo em:

Atuação curativa

Atuação preventiva

21 Durante a sua atuação profissional, houve maior tempo em:

Atuação na clínica particular

Quanto tempo: ____anos

Atuação no sistema público de saúde(SUS)

Quanto tempo: ____anos

22 Durante a sua atuação profissional, houve maior tempo em:

Atuação para um mercado da elitista

Quanto tempo: ____anos

Atuação voltada para as camadas populares, voltada à universalização do acesso e à promoção da saúde

Quanto tempo: ____anos

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

CLÍNICA

23 É sócio e / ou proprietário de alguma Clínica?

1 Sim

2 Não

24 De que tipo? (se tiver mais de uma, escolha a principal)

.....
.....

25 Em que modalidade funciona a sua Clínica?

1 Própria individual

2 Própria em grupo

3 Alugada individual

4 Alugada em grupo

4 Comodato em hospital

5 Horário sublocado

6 Cedendo percentual de sua produção

26 Exerce algum tipo de atividade na Clínica?

1 Sim

2 Não

27 Quantas horas semanais, em média, dedica a Clínica? h

28 Qual a distribuição percentual aproximada dos pacientes que você atende na Clínica?

1 Particulares

%

2 Odontologia de Grupo

%

3 Seguro Privado de Saúde

%

4 Plano de funcionários da própria empresa (Autogestão)

%

5 Uma única Cooperativa

%

6 Outras Cooperativas

%

TOTAL

1 0 0 %

29 Qual a média de atendimentos / mês necessários para manter a Clínica rentável?

..... pacientes

SETOR PÚBLICO

30 Atua no Setor Público?

1 Sim

2 Não

31 Número de vínculos no Setor Público

.....

32 Especifique o (s) tipo (s) de vínculo (s)

.....
.....
.....

33 Em média, semanalmente, quantas horas você dedica ao Setor Público?

..... h

SETOR PRIVADO

34 Atua no Setor Privado? (não considerar neste caso a atividade em clínica própria)

1 Sim

2 Não

35 Número de vínculos no Setor Privado

.....

36 Especifique o (s) tipo (s) de vínculo (s)

.....
.....
.....

37 Em média, semanalmente, quantas horas você dedica ao Setor Privado?

..... h

ATIVIDADE EM PLANTÃO

38 Trabalha em regime de plantão?

1 Sim

2 Não

39 Em que Setor?

1 Público

2 Privado

40 Quantas horas trabalha, em média, por mês sob regime de plantão?

..... h

41 Há quanto tempo faz plantão?

1 Anos

2 Meses

42 Renda mensal aproximada (Renda individual obtida com o trabalho odontológico)

1 Até 1.000 reais

2 De 1.001 a 2.000 reais

3 De 2.001 a 4.000 reais

4 De 4.001 a 6.000 reais

5 De 6.001 a 8.000 reais

6 De 8.001 a 10.000 reais

7 Mais de 10.000 reais

43 Possui outra (s) fonte (s) de renda, além da Odontologia?

1 Sim

2 Não (vá para o Bloco 4)

44 Qual (is)?

.....

.....

.....

45 Assinale as formas de aquisição dos equipamentos que utiliza em seu

trabalho (admite-se mais de uma opção)

1 Própria

4 Comodato em Hospital

2 Alugada

5 Outras (especificar)

3 Leasing

BLOCO IV: PARTICIPAÇÃO SÓCIO -POLÍTICA

(OS CAMPOS SOMBREADOS SÃO PARA USO DO PESQUISADOR)

1 Dê sua opinião sobre as Entidades de Classe, identificando-as, se considerar essencial.

.....
.....
.....

2 Quais os elementos externos que comprometem a ética na sua atividade profissional?

.....
.....
.....

3 Considera que tem ocorrido mudanças no padrão ético na relação dentista – paciente?

1 Sim 2 Não

4 Por que?

.....
.....

5 Informa aos seus pacientes sobre os riscos que envolvem os procedimentos odontológicos?

1 Sim

2 Não (vá para o item 7)

6 De que forma?

.....
.....

7 Você recebe (através de seus pacientes) reclamações de outros colegas dentistas?

1 Sim

2 Não (vá para o item 9)

8 Cite as três reclamações mais frequentes

.....

.....

.....

9 É favorável à exigência de registro, junto ao CFO, do Título de Especialista emitido por Universidades Públicas, para atuar profissionalmente?

1 Sim 2 Não

10 O Governo federal criou o “Provão” e o substituiu mais recentemente pelo “ENADE”, para avaliar o ensino odontológico através dos estudantes. O que você pensa sobre o assunto?

1 Concordo plenamente

2 Concordo parcialmente

3 Não concordo

4 Não tenho conhecimento

11 Os advoga dos recém-formados são submetidos pela OAB a um exame de habilitação profissional. Considera que o CFO deveria ter este tipo de iniciativa para a Odontologia através da institucionalização do Exame de Proficiência?

1 SIM, para avaliar o ensino odontológico

2 SIM, para melhorar o nível dos formandos

3 SIM, por outro motivo (especificar)

4 NÃO, porque deve-se avaliar a escola, professores e campos de estágios

5 NÃO, a formação obtida na escola odontológica é boa

6 NÃO, a Residência e o Título de Especialista já avaliam

7 NÃO por outro motivo (especificar)

12 Participa de Entidade(s) Odontológica(s)

1 Sim 2 Não

13 Em caso afirmativo relacione a(s) entidade(s).

.....

14 Por que?

.....

.....

15 É sócio da Associação da sua especialidade?

1 Sim 2 Não

16 Em caso afirmativo relacione a(s) entidade(s).

.....

17 Por que?

.....

.....

18 Que PALAVRA resume o sentimento que você tem hoje sobre o futuro da Odontologia?

19 Que PALAVRA resume o sentimento que você tem hoje sobre o futuro da sua Especialidade Odontológica?

.....

.....

COLOFÃO

Formato	17 x 24 cm
Tipologia	Revival565 BT
Papel	Alta alvura 75 g/m ² (miolo) Cartão Supremo 250 g/m ² (capa)
Impressão	Setor de Reprografia da EDUFBA
Capa e Acabamento	Bigraf
Tiragem	600

