

**CALVINOREIBNITZJÚNIOR**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**EGRESSOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFSC  
E SUA INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO**

**FLORIANÓPOLIS,  
2003.**

**CALVINOREIBNITZJÚNIOR**

**EGRESSOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UFSC  
SU A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO**

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, área de concentração Administração e Planejamento de Serviços de Saúde, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.*

**Orientador:  
PROF. DR. JOÃO CARLOS CAETANO**

**FLORIANÓPOLIS,  
2003.**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**“EGRESSOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA E SUA  
INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO”.**

**AUTOR: CALVINO REIBNITZ JÚNIOR**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE:

**MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO, PLANEJAMENTO DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Prof. Dra. Sandra Noemi C. Caponi  
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. João Carlos Caetano  
(Presidente)

Prof. Dr. Alcides Rabelo Coelho  
(Membro)

Prof. Dr. Sylvio Monteiro Júnior  
(Membro)

Prof. Dra. Maria Helena Westrupp  
(Suplente)

# *Agradecimentos*

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ter permitido que eu vivesse até este momento e pudesse ter a oportunidade de vivenciar as experiências no processo ensino-aprendizagem do Curso de Odontologia da UFSC.

Em segundo lugar ao meu orientador professor Doutor João Carlos Caetano pela paciência em esperar que este trabalho fosse concluído, assim como nos seus ensinamentos que me fizeram ver um outro lado do processo pedagógico, possibilitando o meu crescimento como formador de recursos humanos para a área da saúde bucal.

Quero deixar o meu agradecimento especial à professora Dr.<sup>a</sup> Maria de Lourdes de Souza que com seu incentivo me fez retornar ao Curso de Mestrado em Saúde Pública.

Agradeço à minha esposa Kenya Schmidt Reibnitz pelo incentivo à minha vida profissional e me acompanhar na construção da nossa vida familiar.

Os meus sinceros agradecimentos a todos os professores do Curso de Mestrado em Saúde Pública, que com competência e dedicação, procuram desenvolver um curso visando a melhor qualificação de seus alunos.

Ao meu amigo professor Hubert Chamone Gesser e Maria Albertina Braglia Pacheco pela colaboração prestada na elaboração deste trabalho.

Concluindo, o agradecimento às minhas amigas e colegas de disciplina do Curso de Odontologia, como também aos amigos familiares, por todo o apoio que me foi dado durante toda a trajetória do Curso de Mestrado.

REIBNITZ JUNIOR, Calvino. **Egressos do curso de odontologia da UFSC e sua inserção no mercado de trabalho.** 2003. F Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

## RESUMO

O mercado de trabalho em Odontologia desde a década de 1970 vem passando por diversas mudanças, originadas por diversos fatores dos quais se destacam: aumento do número de escolas com conseqüente crescimento da oferta de mão-de-obra; concentração dos dentistas nas duas regiões mais ricas do Brasil (Sudeste e Sul); desenvolvimento científico e tecnológico modificando o perfil epidemiológico das morbidades de maior prevalência; massificação das medidas de caráter preventivo-promocionais; crise no sistema capitalista com a globalização da economia e do sistema neoliberal. O presente trabalho objetiva verificar a inserção de egressos do Curso de Odontologia da UFSC no mercado de trabalho. O universo da pesquisa englobou 479 egressos inscritos no CRO-SC que colaram grau entre 1994/2 a 2001/01. A taxa de retorno dos questionários foi de 30,48% perfazendo a amostra de 146 profissionais. Os dados foram coletados através de questionário contendo 41 perguntas abordando variáveis de identificação, formação acadêmica e pós-graduação, atividade profissional, renda, carga horária de trabalho, principais dificuldades no exercício da profissão, satisfação com a profissão, entre outras. Os resultados mostraram que a maioria: é do sexo feminino; graduou-se dentro do prazo normal de 4,5 anos, com idade entre 22 e 23 anos e levou menos de 3 meses para iniciar suas atividades profissionais. Trabalha no Estado de Santa Catarina em apenas 1 cidade; escolheu a cidade por motivos de relacionamento pessoal e pela proximidade de centros de educação continuada; tem como atividade principal o consultório odontológico, é generalista e trabalha com ajuda de auxiliar. A carga total de trabalho varia entre 4 a 10 horas diárias; destaca como dificuldades de mercado o excesso de profissionais aliado ao baixo poder aquisitivo da população; tem um ganho mensal entre 1,5 mil a 3,5 mil reais e se encontra satisfeito com a profissão.

**REIBNITZJUNIOR,Calvino.** Egressos do curso de odontologia da UFSC e sua inserção no mercado de trabalho. **2003.F Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.**

## **ABSTRACT**

The work market in Dentistry since the years 1970 has gone through various changes, caused by several factors, among which are the growing number of schools with the consequent increase in graduated professionals; a concentration of professionals in the two richest areas of Brazil (SE and South); scientific and technological development whereby a modification is seen on the epidemiological profile of more prevalent morbidities; the massive clustering of preventive-promotional measures; crisis lived by the capitalist system with the globalization of economy and the neoliberal ideas. This study has as a goal to analyze the entrance of graduates from the UFSC Dentistry School in the work market. The research included 479 graduates registered at the CRO-SC, who received their certificates between 1994/2 and 2001/01. Questionnaires had a 30,48% return rate, on a total of 146 professionals. Data were collected through questionnaires with 41 questions covering the variables of identification, academical and graduation studies, professional activity, revenue, hours of work, main difficulties faced in the profession, and satisfaction with one's work, among others. Results showed the majority of subjects were female, graduated within the normal period of 4,5 years, aged between 22 and 23, and having taken less than 3 months to start their professional activities. They work in the province of Santa Catarina, concentrates in one only city; they have chosen the city on account of personal relationships and the proximity to continued education centers; they have as a main activity the dental office, are general clinicians and have an assistant person. The full workload oscillates between 4 and 10 hours per day; they point as a market difficulty to the excessive number of professionals in conjunction with the low economical status of the population. The subjects declared also to have monthly earnings of 1.5 to 3.5 thousand reais, being happy with the profession they have opted for.

# SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS .....	8
LISTA DE TABELAS .....	9
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 GERAL .....	17
2.2 ESPECÍFICOS .....	17
<b>3 A PROFISSÃO ODONTOLÓGICA E O MERCADO DE TRABALHO. ....</b>	<b>18</b>
3.1 FATOS HISTÓRICOS .....	18
<b>3.1.1 A Criação da Faculdade de Farmácia e Odontologia .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1.2 O curso de Odontologia e a Universidade de Santa Catarina .....</b>	<b>22</b>
3.1.2.1 A reforma universitária .....	22
3.2 ODONTOLOGIA COMO PROFISSÃO .....	23
<b>3.2.1 A dinâmica organizativa da profissão odontológica .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2.2 O exercício legal da Odontologia .....</b>	<b>26</b>
<b>3.2.3 A prática odontológica .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2.4 O quantitativo de cirurgiões-dentistas e a saúde bucal .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.5 Recursos auxiliares em odontologia .....</b>	<b>31</b>
<b>3.2.6 A questão da feminilização da profissão .....</b>	<b>33</b>
3.3 O MERCADO DE TRABALHO .....	36
3.4 A SATISFAÇÃO COM O TRABALHO .....	44
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>47</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	47
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	48
4.3 FONTE DE DADOS .....	48
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	48
4.5 PRÉ-TESTE DO QUESTIONÁRIO .....	49
4.6 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS .....	49
4.7 APRESENTAÇÃO DOS DADOS .....	50
4.8 QUESTÕES DE ORDEMÉTICA .....	51
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>52</b>
5.1 IDENTIFICAÇÃO DOS SEGREGOS .....	52
5.2 FORMAÇÃO .....	55
5.3 INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO .....	62
5.4 EXERCÍCIO EXCLUSIVAMENTE EM CLÍNICA DE REDE PRIVADA .....	68
5.5 DISCRIMINAÇÃO PROFISSIONAL NO SEXO FEMININO .....	73
5.6 POSIÇÃO POLÍTICO-PROFISSIONAL .....	74
5.7 RENDIMENTO MENSAL E DIFICULDADES DO MERCADO DE TRABALHO .....	76
5.8 SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E FUTURO DA PROFISSÃO ..	78
5.9 ESTATÍSTICA INFERENCIAL .....	80
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>96</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1: Composição dos egressos por sexo .....	53
Gráfico2: Distribuição dos egressos por sexo e tur ma de formatura. ....	54
Gráfico3: Naturalidade dos egressos por sexo e respe ctivos estados. ....	54
Gráfico4: Representação dos egressos por sexo quan to ao prazo de formação. ....	55
Gráfico5: Distribuição dos egressos quanto ao hábi to de leitura de publicações de caráter científico odontológico. ....	56
Gráfico6: Utilização da Internet com finalidade de educação permanente. ....	58
Gráfico7: Situação dos egressos quanto ao pós-gradu ação. ....	59
Gráfico8: Participação em eventos científicos. ....	61
Gráfico9: Período de tempo para início da profissã o. ....	62
Gráfico10: Distribuição dos egressos por sexo e m relação ao número de cidades onde exerce sua profissão. ....	63
Gráfico11: Exercício profissional na cidade de ori gem. ....	64
Gráfico12: Motivos de escolha da cidade para traba lhar. ....	64
Gráfico13: Utilização de pessoal auxiliar na clíni ca odontológica. ....	70
Gráfico14: Razões do trabalho clínico sem o de auxiliar. ....	71
Gráfico15: Classificação dos tipos de discriminaçã o. ....	74
Gráfico16: Avaliação de desempenho das entidades de assistência segundo os egressos. ....	75
Gráfico17: Distribuição dos egressos quanto à situ ação de leitura do código de ética odontológico. ....	76
Gráfico18: Distribuição dos egressos quanto ao curs o odontológico novamente. ....	80

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela1</b> :Distribuição dos egressos por sexo, quanto ao	tivos após-graduação. ....	60
<b>Tabela2</b> :Distribuição dos egressos quanto à ocupação emp	stos de trabalho. ....	65
<b>Tabela3</b> : Relação entre os tipos de postos de trabalho em	erodepostos ocupados.....	66
<b>Tabela4</b> : Distribuição dos egressos por carga horária diária	de trabalho.....	67
<b>Tabela5</b> : Distribuição dos egressos quanto à situação do	do consultório.....	68
<b>Tabela6</b> :Distribuição dos egressos quanto ao tipo de clien	tela atendida na clínica de rede privada.....	71
<b>Tabela7</b> :Classificação do tipo de carga de trabalho. ....	.....	73
<b>Tabela8</b> : Importância das entidades de classe na definição	os rumos da profissão. ....	74
<b>Tabela9</b> : Distribuição dos egressos por faixa de rendimento	mensal. ....	77
<b>Tabela10</b> : Classificação das dificuldades de mercado de traba	lho. ....	78
<b>Tabela11</b> : Distribuição dos egressos quanto ao grau de satisf	ação profissional.....	79
<b>Tabela12</b> : Associação entre satisfação com a profissão e ser	proprietário de consultório odontológico.....	81
<b>Tabela13</b> : Associação entre satisfação com a profissão e trab	alhar com o uso de recursos humanos auxiliares. ....	82
<b>Tabela14</b> :Associação entre satisfação com a profissão e tip	ode atividade exercida.....	82
<b>Tabela15</b> :Associação entre satisfação com a profissão e cla	ssificação da carga de trabalho. ....	83
<b>Tabela16</b> :Associação entre satisfação com a profissão e tip	ode clientela. ....	84
<b>Tabela17</b> :Associação entre satisfação com a profissão e rend	imento mensal. ....	84
<b>Tabela18</b> :Associação entre satisfação com a profissão e sex	o do profissional.....	85
<b>Tabela19</b> :Associação entre rendimento mensal e tipo de ativ	idade.....	85

## 1 INTRODUÇÃO

A trajetória da minha vida profissional possibilitou adquirir experiências tanto nas instituições públicas como a Secretaria de Saúde do município de Florianópolis, como na Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, em conjunto com as atividades clínicas desenvolvidas na rede privada. Durante todos os 27 anos de profissão sempre questioneie as transformações que vem se processando na Odontologia, procurando entender que causas e fatores poderiam estar provocando estas alterações.

A partir de 1992 com a minha nova atividade, concentrada na formação de cirurgiões-dentistas da Universidade Federal de Santa Catarina, a vontade em buscar respostas para os meus questionamentos se intensificou levando-me a realizar um trabalho que permitisse desenvolver estudos a respeito da profissão odontológica, mais especificamente como segressos do curso de Odontologia da UFSC, na esperança que seus resultados pudessem contribuir no crescimento cognitivo, psíquico e social do recurso humano formado.

O ensino superior de Odontologia no Estado de Santa Catarina teve seu início a partir de 13 de março de 1917, na cidade de Florianópolis, através da fundação do Instituto Polytechnico, uma instituição de caráter particular que congregava os cursos de Odontologia, de Farmácia, de Comércio e Agrimensura. O curso de Odontologia tinha um tempo de conclusão de dois anos e formou em 15 anos de funcionamento, 14 turmas totalizando 129 profissionais dos quais somente 14 (10,85%) eram do sexo feminino (ROSA; MADEIRA, 1982).

Em decorrência de vários acontecimentos ocorridos no início da década de 1930, que abalaram sua estrutura e acabaram provocando crises internas, esta escola encerrou suas

atividades no ano de 1932 e o suprimento do mercado de trabalho foi preenchido por profissionais de outros estados.

Diversos fatores acabaram contribuindo para a criação de uma nova escola de Odontologia. Dentre estes, destacam-se a reforma Francisco Campos em 1931 com as novas exigências para o ensino, e principalmente o desenvolvimento econômico da comunidade florianopolitana, que acabaram construindo a mentalidade social que clamava por uma nova escola. Em janeiro de 1946 é fundada então a Faculdade de Farmácia e Odontologia, cuja autorização de funcionamento só é dada em 8 de janeiro de 1948. Esta faculdade funcionou como autônoma até a criação da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC em dezembro de 1960, onde as várias faculdades existentes em Florianópolis passaram a fazer parte desta Universidade. Uma das consequências imediatas da criação da Universidade foi a separação dos cursos de Farmácia e de Odontologia. Em 1970 devido a reforma universitária, a Faculdade de Odontologia passou a ser o Curso de Graduação em Odontologia pertencente ao Centro de Ciências da Saúde e funcionando com coordenação própria e Departamentos afins que são os órgãos administradores do corpo docente (ROSA; MADEIRA, 1982).

Uma das modificações da reforma foi que a partir de 1973 o sistema de entrada no curso de Odontologia, passou a ser semestral e não mais anual. O tempo de integralização do curso estava previsto para 4 anos. Em 1985 em decorrência de uma nova reforma, o tempo de duração do curso foi aumentado em mais um semestre. Tanto a duração do curso como o sistema de entrada permanecem até os dias atuais.

Os acadêmicos freqüentam um curso estruturado do ponto de vista didático e pedagógico, montado em um currículo formado por disciplinas integrantes de Departamentos, sendo que algumas destas disciplinas são ministradas por Departamentos de outros Centros.

A regulamentação atual do exercício da Odontologia, está pautada na Lei n.º 5.081 de 24 de setembro de 1966 (CFO, 2002). Os formandos do curso de Odontologia adquirem uma profissão que está inserida no processo de trabalho em saúde. De acordo com Nogueira (1997), o trabalho em saúde envolve direcionalidade técnica, que congrega instrumento e força de trabalho, além do serviço (assistência à saúde) e se caracteriza por não ser igual ao trabalho executado na indústria, pois possui especificidade própria, não se realizando sobre coisas ou objetos, mas sim sobre pessoas.

Asaúde não é uma área que funciona segundo a lógica de substituição de tecnologia por trabalho e sim com a tendência geral de acúmulo das novas tecnologias e de variedade de serviços. Daí, o sentido de fragmentação da prestação e do consumo de serviços de saúde.

Os serviços de saúde parecem-se com os serviços pessoais, porque requerem íntima relação interpessoal, e envolvem consumo intenso de mercadorias (equipamentos, medicamentos, materiais diversos, etc.), o que os situa numa dimensão mercantil distinta. Do ponto de vista da lógica econômica, não interessa se esses serviços terão efeito final efetivamente útil ou não. A utilidade é presumida em função do pacto de cientificidade com a medicina. O usuário pagará pelo valor dos bens materiais utilizados e pelo uso da força de trabalho preparada segundo os padrões correntes (NOGUEIRA, 1997).

De acordo com Nogueira (1987), força de trabalho diz respeito à produção, emprego/desemprego, renda, divisão de trabalho, setor de emprego, as salariedade, etc. No setor saúde, este conceito se refere ao conjunto de pessoas vinculadas direta ou indiretamente à prestação de serviços de saúde e sujeitas à relação de compra e venda dessa mercadoria especial constituída pela capacidade de trabalho de cada um. A relação econômica é a característica mais importante e pode se concretizar mediante qualquer forma de contratação por um salário ou através da troca de serviço por dinheiro. Na saúde é considerado como força de trabalho, todos que assim contribuem na manutenção dessa área particular da divisão social do trabalho e dela dependem para subsistir.

O mercado de trabalho odontológico segundo Pinto (1990), é formado em decorrência de vários fatores, dos quais se evidencia-se o modelo de prestação de serviços, os padrões epidemiológicos, culturais e econômicos da população, o crescimento da oferta de mão-de-obra e a própria estrutura profissional. Este mercado de trabalho está conformado pela organização das atividades nos setores liberal ou privado, público ou indireto, e indireto ou privatizado. Dentre os três, o privado é a modalidade preferencial entre os profissionais, uma vez que lhes permite ampla liberdade de exercício da profissão, podendo escolher o tratamento a ser feito e em que tempo, os recursos a serem utilizados, e os preços a serem cobrados. A característica da clínica privada é a existência de clientela própria que procura o profissional em consultório isolado próprio ou em parceria com colegas. Em decorrência do seu custo, destina-se às pessoas de classe de média e alta renda com poder aquisitivo parata.

Navisão de Portillo (1999), as instituições de ensino como instituições fundamentais do aparelho ideológico do estado, cumprem a sua atividade social orgânica aos grupos sociais dominantes, formando profissionais voltados para a prática odontológica curativa e destinada a uma pequena parcela da população (aquele que pode pagar), separando-se cada vez mais da atenção global à sociedade. O papel social da profissão fica reduzido na vinculação dos dentistas na estrutura sócio-econômica vigente.

De acordo com dados atuais do Conselho Federal de Odontologia – CFO, 2003, em nosso país estão funcionando cerca de 160 cursos de Odontologia, formando a cada ano um total aproximado de 11.000 dentistas.

Para Garrafa e Moysés (1996), apesar do grande número de faculdades de odontologia e de profissionais dentistas atuando no mercado, o quadro da saúde bucal da população, é alarmante. Apesar da ciência, nestes últimos anos, tem fornecido instrumentos à Odontologia brasileira, capazes de erradicar a população pelo menos as duas principais doenças que acometem a cavidade bucal, a cárie e a doença periodontal, o que se tem visto é que o quadro epidemiológico não tem mudado significativamente neste tempo. As verdadeiras causas relacionadas com este caótico quadro, não dependem de ações técnicas isoladas, mas sim de ações que estejam inseridas dentro de um contexto maior que é a situação global da cidadania no país. Portanto, os problemas bucais da população brasileira vão além da limitada fronteira de influência do setor técnico-científico, como é a Odontologia.

Os dados atuais do Conselho Federal de Odontologia mostram que o número total de dentistas no território brasileiro chega a 183.541 profissionais. Apesar deste número, a distribuição no território nacional não se processa de maneira equitativa. Quando se procura verificar a distribuição atual dos dentistas nas regiões brasileiras verifica-se a discrepância, onde se tem para a região Sudeste cerca de 113.689 profissionais registrados. Quando se soma a estes os 27.330 profissionais registrados na região Sul tem-se 76,83% dos dentistas de todo o país. Além do fato desta má distribuição verifica-se que em cada uma das regiões brasileiras, os profissionais se instalam nas maiores e mais desenvolvidas de maior porte populacional (IBGE 2003, CFO 2003).

No estado de Santa Catarina, a distribuição dos profissionais nas cidades de maior porte populacional (mais de 100.000 hab.) e mais desenvolvidas fica bem evidente no estudo realizado por Caetano em 1998, onde o resultado final mostrou que 60,7% dos cirurgiões-dentistas se concentravam nestes municípios que representavam apenas 3,07%

dos municípios catarinenses. E atualmente com relação ao quantitativo de dentistas em Santa Catarina, os dados de abril de 2003, mostram que há 5.164 dentistas (CRO, 2003).

No Brasil nos últimos 15 anos pode-se dizer que vem ocorrendo uma significativa mudança na procura pela profissionalização em Odontologia, ou seja, o que era uma característica predominantemente masculina está passando a ser feminina.

O gradual interesse da mulher pela Odontologia só iniciou a partir de 1970, com a sua conscientização e transformação do seu papel frente à sociedade, buscando status e melhoria da condição social. Um dos fatores que contribuiu para isto foi a expansão do setor saúde a partir da década de 1960, onde houve o crescimento do número de vagas nas Universidades, favorecendo o incremento da ocupação do sexo feminino nestas vagas (MACHADO, 1987).

Em Santa Catarina dos atuais 5.164 dentistas existentes, 2.146 (41,6%) são do sexo feminino e 3.018 (58,4%) do sexo masculino. Esta diferença a favor do sexo masculino pode ser explicada em virtude de este ser mais numeroso na faixa etária acima dos 31 anos de idade (44,3%) contra 27,7% dentistas do sexo feminino. Porém nas faixas de idade mais novas observa-se leve mudança a favor do sexo feminino com 2,46% contra 2,17% masculino para a faixa menor de 25 anos de idade e na faixa de 25 a 30 anos 13,28% mulheres contra 11,95% homens (CRO-SC, 2003).

Além da participação das mulheres na profissão outras mudanças vêm se processando na profissão odontológica, acompanhando as modificações ocorridas no mercado de trabalho formal urbano, quer seja pelo capitalismo contemporâneo, pela globalização da economia e pelo sistema neoliberal e que tem acarretado o aumento nas taxas de desemprego e na eliminação de vários postos de trabalho (GELBCKE; REIBNITZ, 2002).

Na Odontologia a transformação está sendo processada devido ao surgimento de novas tecnologias direcionadas à área, e também aos movimentos de reforma do Estado e da economia brasileira. A chamada Odontologia de Mercado passou a concorrer com a venda de outros bens e serviços que possuem apelos de consumo mais interessantes aos consumidores comuns. Aliado a este fator, os níveis de incidência e prevalência da principal doença bucal, a cárie dentária sofreu mudanças a partir de 1984, em decorrência do crescimento das ações e medidas de caráter preventivo-promocionais em saúde bucal, realizadas tanto na esfera pública como na privada, com a massificação do acesso às

tecnologias de flúor (fluoretação das águas de abastecimento público e dos dentifrícios) e de autocuidados. A modificação no quadro epidemiológico da doença cárie provocou mudanças nas necessidades de tratamento de parte da população, já que era esta doença que praticamente organizava a formação do tipo de prática necessária, transformando em mercadorias passíveis de compra e venda no mercado, a maior parte dos atos odontológicos (ZANETTI, 1999).

O mercado de trabalho é regido pela balança oferta e procura. Na Odontologia, apesar do excesso de profissionais no mercado (oferta) a perda do poder aquisitivo da população nos últimos anos provocou diminuição na procura dos serviços odontológicos oferecidos pela rede privada. Este fato incidiu diretamente nos honorários dos dentistas. Em decorrência do esvaziamento dos consultórios, o trabalho autônomo aos poucos vai cedendo lugar ao trabalho assalariado direto (contratação) ou indireto (credenciamento). Esta modificação acarreta alterações no exercício profissional, exigindo nova postura para a nova situação. O mercado torna-se mais competitivo, forçando os profissionais a procurar colocações em empresas privadas ou nos serviços públicos através do assalariamento (APCD JORNAL, 2000).

Independente do setor onde o dentista estiver atuando, ele só se sentirá estimulado para a sua profissão se estiver satisfeito com o seu trabalho. Uma profissão e sua prática, não deve ser considerada somente como o resultado de aptidão e habilidade de quem a executa. Os fatores psicológicos e sociais produzem grande influência no comportamento do trabalhador no seu exercício profissional e condicionam a sua compatibilização com seu trabalho. É esta compatibilização que leva à chamada satisfação profissional, que pode ser definida como o estado emocional positivo resultante do prazer que se tem com as experiências do trabalho (NICOLIELO; BASTOS 2002).

As variações do comportamento do mercado de trabalho odontológico aliada a formação constante de novos cirurgiões-dentistas oriundos do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC, levaram-me a pensar como se processa a inserção do egresso no mercado de trabalho odontológico.

Em razão destes fatos e por se tratar de uma pesquisa ainda não efetuada no Curso de Odontologia da UFSC, realizei a mesma com parte dos seus egressos na tentativa de descobrir onde e como trabalham, quais as principais dificuldades encontradas no exercício da profissão e o seu grau de satisfação com a mesma, com a finalidade de verificar se estes estão devidamente capacitados para se inserirem no mercado de trabalho.

Atualmente, em decorrência das novas Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC e Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO (BRASIL, 2000), mudanças nos currículos dos cursos de Odontologia se fazem necessárias, na tentativa de adequar a formação com a realidade social da população. O Colegiado do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina no intuito de atender a estas diretrizes designou, em março de 2003, uma comissão para proceder um estudo que ofereça nova proposta curricular para ser posteriormente debatida pelo corpo docente deste curso.

Acredito que os resultados desta pesquisa possam ajudar os membros desta comissão nas discussões dos pontos que entenderem ter necessidade de reformulações, visando a formação dos futuros profissionais dentro da realidade atual do mercado de trabalho odontológico.

## **2OBJETIVOS**

### **2.1GERAL**

- Estabelecer a inserção no mercado de trabalho dos egressos formados nas turmas 1994/2a2001/1 do Curso de Odontologia da UFSC.

### **2.2ESPECÍFICOS**

- Quantificar e qualificar o exercício profissional (público e/ou privado).
- Especificar as principais dificuldades no exercício da profissão.
- Estabelecer o grau de satisfação com a profissão.

### **3 A PROFISSÃO ODONTOLÓGICA E O MERCADO DE TRABALHO**

Para analisar o perfil do egresso do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, é de fundamental importância estudar os aspectos referentes à trajetória desta profissão, e mais particularmente, da formação dos cirurgiões-dentista no estado de Santa Catarina. Para tanto, serão focalizados neste capítulo, alguns fatos marcantes da história da profissão e do desenvolvimento da prática profissional nos tempos atuais.

#### **3.1 FATOS HISTÓRICOS**

A Odontologia teve seu início como profissão na Europa e o seu ensino estava intimamente ligado ao ensino da medicina. De acordo com Novaes (1998), o surgimento da Odontologia inicia-se no século XVIII, com Pierre Fauchard como seu fundador, já que este cunhou o termo “cirurgião-dentista” ao publicar em 1728, o livro denominado “O cirurgião-dentista; um tratado sobre os dentes”.

Este livro na verdade foi concluído em 1723 e só depois de cinco anos é que foi publicado. Em 1746 foi publicada uma segunda edição, que incluía mais material e melhores ilustrações em relação à primeira, composto por dois pequenos volumes num total de 863 páginas. Foi o livro mais importante sobre odontologia surgido até aquela data, e permaneceu como autoridade neste campo até o século seguinte (RING, 1998).

De acordo com Novaes (1998), Fauchard era um cirurgião militar que se especializou no tratamento de afecções bucais. O conteúdo do livro abordava diferentes técnicas para tratamento de cáries, extrações, bem como a prevenção e tratamento da doença periodontal. O prestígio conquistado por ele conseguiu dar destaque à Odontologia, como

especialidade cirúrgica, bem como ampliar a distância entre a prática e os “puxadores de dentes”.

Nesta época era costume dos profissionais de qualquer das artes ter apênticas ocultarem ciumentamente seus conhecimentos e habilidades. Porém, Fauchard desprezando estes segredos e em detrimento de seu próprio bem-estar financeiro, tornou públicos seus métodos dizendo

“Aperfeiçoei e também inventei várias peças artificiais para a substituição de uma parte dos dentes, e para remediar sua perda completa... e ainda que em prejuízo de meu próprio interesse, em seguida fornecerei a descrição mais exata destas peças” (RING, 1998, p. 160).

Apesar do aumento do número de cirurgiões dedicados a esta especialidade, e do desenvolvimento da técnica cirúrgica, não houveram modificações significativas no conhecimento sobre os fatores determinantes das doenças, na diminuição do desconforto e da dor dos pacientes, ou melhorias de grande importância estética dental, mesmo para as pessoas que tivessem recursos para pagá-las.

Nas Américas o modelo europeu de Odontologia foi seguido até a metade do século XIX. Foi nos Estados Unidos, país onde se iniciava grande desenvolvimento econômico onde as instituições e regulamentações ainda não tinham se formalizado, que a Odontologia iniciou um caminho próprio, em separado da medicina, através desta nova profissão, a de dentista. A partir de então, os países americanos passaram a ministrar o ensino da Odontologia de forma independente (NOVAES, 1998).

A primeira escola de Odontologia do mundo foi fundada nos Estados Unidos da América do Norte, no estado de Maryland, na cidade de Baltimore no ano de 1840. Chamava-se Baltimore College of Dental Surgery. O curso completo durava dois anos, sendo que em cada um destes anos eram reservados quatro meses de aulas teóricas e o restante do tempo empregado em atividades práticas num consultório dental (RING, 1998).

No Brasil, foi a partir de 1879, que criou-se legislação, obrigando as Faculdades de Medicina do país a incluir um grupo de Odontologia (o teor legal dizia curso de cirurgia-dentária) com duração de dois anos. Os primeiros cursos de Odontologia no Brasil, considerados como de nível superior, foram criados nas cidades do Rio de Janeiro-RJ e Salvador-BA, através do decreto imperial 9311 em 25 de outubro de 1884. E em 1919, o decreto n.º 3830 determinava a criação das Faculdades de Odontologia e estendia a

duração do curso para quatro anos, acrescentando novos conteúdos ao currículo. Porém, em 1931, nova legislação voltava a fixar o curso em três anos. Em Santa Catarina, o ensino superior de Odontologia iniciou a partir de 13 de março de 1917, na cidade de Florianópolis, através da fundação do Instituto Polytechnico. Tratava-se de uma instituição de caráter particular, cujo reconhecimento oficial veio através da Lei n.º 1.169 de 1 de outubro de 1917, assinada pelo governador do Estado, coronel Felipe Schmidt, e regulamentada pelo decreto n.º 1080, de 19 de dezembro de 1917. Mais tarde, em 28 de outubro de 1918, o governo estadual resolve subvencionar o Instituto para que pudesse cumprir sua missão. O tempo de formação do profissional era de dois anos (ROSA; MADEIRA, 1982).

O curso superior do Instituto Polytechnico funcionava na Faculdade Livre de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia, e o ingresso dos candidatos se dava através de exames de admissão no qual constavam provas escritas sobre português, inglês, geografia, história do Brasil, aritmética, física e química. Após a aprovação nestas provas, os candidatos realizavam também provas orais de francês e de elementos de história natural. De uma maneira geral os candidatos deviam ter no mínimo 16 anos de idade e ser portadores de certificado de aprovação do curso ginasial. Só estavam isentos dos exames, os candidatos que apresentassem certificados de conclusão do curso ginasial expedidos pelo Colégio D. Pedro II da cidade do Rio de Janeiro ou ginásios a eles equiparados, e pela escola Normal Catarinense de Florianópolis e Colégio Santo Antônio da cidade de Blumenau. Este Instituto funcionou por 15 anos e formou cerca de 14 turmas com um quantitativo de 129 formandos. Convém destacar que da primeira até a penúltima turma a média era de 6 alunos e só na última turma é que estavam 52 alunos. Do total dos 129 formados, somente 14 (10,85%) eram do sexo feminino (ROSA; MADEIRA, 1982).

A importância do Instituto Polytechnico para a comunidade catarinense era que o mesmo servia de pólo de convergência intelectual, oferecendo aos jovens novas perspectivas educacionais e de preparação profissional, principalmente para aqueles cuja situação financeira não permitia o deslocamento até centros mais adiantados para frequentar cursos de nível superior. Vários acontecimentos no início dos anos 30 vieram abalar a estrutura do Instituto, provocando crises internas que foram gradativamente desgastando-o, levando ao encerramento de suas atividades. Este encerramento ocorreu no final do ano de 1932, e as necessidades de preenchimento do mercado de trabalho

odontológico passaram a ser supridas por profissionais de outros estados, principalmente do vizinho Rio Grande do Sul (ROSA; MADEIRA, 1982).

### 3.1.1 A criação da Faculdade de Farmácia e Odontologia

Após o encerramento do Instituto Polytechnico, a comunidade catarinense viu-se privada de uma escola que formasse profissionais de odontologia. Mas, a ocupação do mercado de trabalho odontológico por profissionais de outros estados, a implantação da Reforma Francisco Campos em 1931 com novas exigências do ensino, e a evolução psicossocial e econômica da comunidade, propiciaram as condições fundamentais para a criação de uma nova escola de Odontologia, moldada em características renovadoras. Desta forma no mês de janeiro de 1946 foi fundada a Faculdade de Farmácia e Odontologia em Santa Catarina onde o curso de Odontologia tinha a duração de três anos. No entanto, a autorização para o funcionamento da faculdade só ocorreu em 8 de janeiro de 1948 através do Decreto n.º 24.316 assinado pelo presidente da república Eurico Gaspar Dutra. Após a autorização de funcionamento, a instalação solene foi realizada no dia 19 de janeiro de 1948 e só assim a Faculdade de flagrou seu processo de ensino, matriculando a primeira turma (ROSA; MADEIRA, 1982).

Ainda de acordo com esses autores apesar da devida autorização para o funcionamento, os graduados ainda não conseguiam registrar seus diplomas no Ministério da Educação, pois este ainda não reconhecia a Faculdade de Farmácia e Odontologia. Até as duas primeiras turmas formadas, a Faculdade não podia expedir os respectivos diplomas. Em 6 de dezembro de 1951, o Diário Oficial da União publicou o Decreto n.º 30.234 deste mesmo mês, assinado pelo presidente Getúlio Vargas, reconhecendo os cursos de Farmácia e Odontologia. A partir desta data, os diplomas podiam ser expedidos pela Faculdade e registrados no Ministério da Educação. Isto foi muito importante para o estado, uma vez que os graduados poderiam então, exercer a profissão em qualquer dos estados da federação.

Após o término da Segunda Guerra Mundial e principalmente na década de 1950, houve crescimento rápido do número de Faculdades de Odontologia. Foi nesta década, em 1955 através de legislação específica, que os cursos de Odontologia passaram a ter novamente a duração de quatro anos.

### 3.1.2 O curso de Odontologia e a Universidade de Santa Catarina

Em dezembro de 1960, foi fundada legalmente a Universidade de Santa Catarina, sob a égide do Governo Federal, que passou então a agregar as várias faculdades existentes em Florianópolis. (ROSA; MADEIRA, 1982)

A consequência imediata da criação da Universidade Federal de Santa Catarina foi a separação dos cursos de Farmácia e de Odontologia. Embora a legislação vigente desde 1955 determinasse a duração do curso de Odontologia com quatro anos, em Santa Catarina passou de três para quatro anos somente a partir de 1963.

#### 3.1.2.1 A reforma universitária

A Universidade brasileira caracterizava-se pela reunião de faculdades em torno de um reitoria. Os objetivos destas faculdades eram nitidamente a profissionalização de seus alunos. Tais faculdades embora pertencentes a uma Universidade, mantinham a sua autonomia, e apesar das constantes tentativas, não ocorria a perspectiva de integração nas áreas afins. O que se observava era a duplicação de meios, de professores, de equipamentos e instalações para os mesmos fins. Esta estrutura provocou movimentos através do tempo, na procura de modelos mais adequados para a realidade brasileira.

Um fato marcante que ocorreu no ensino superior no Estado de Santa Catarina foi a reforma na Universidade Federal realizada em 1970 que tinha a finalidade de atender o disposto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação aprovada no Congresso Nacional em 1961, e nos Decretos Leis n.º 53/66 e n.º 252/67 e na Lei 5540/68, que estabeleciam orientações específicas às reformas das universidades brasileiras (ROSA e MADEIRA, 1982).

As faculdades que integravam a Universidade foram extintas e absorvidas pela nova estrutura formada por Centros e dentro destes por Departamentos e Coordenações de Cursos. Desapareceu, então, a vinculação curso-faculdade, persistindo o curso.

Convém destacar que nos anos anteriores à reforma, o curso de Odontologia funcionava com turmas de entrada anual, enquanto que após o período da reforma (1970–1973) a entrada passou a ser semestral (março e agosto), gerando aumentamento anual no número de vagas.

Os cursos da Universidade possuem do ponto de vista didático-pedagógico, currículos formados por disciplinas integrantes de Departamentos, que por sua vez podem estar dentro de outros Centros. Como a maioria dos cursos da Universidade, o curso de Odontologia estava e se encontra até hoje, dividido em ciclo básico e profissionalizante.

Na época da reforma, o acesso dos candidatos era feito por concurso vestibular único e unificado à área de Ciências Biológicas formadas pelos cursos de Enfermagem, Farmácia e Bioquímica, Medicina e Odontologia. Após o ciclo básico de três semestres letivos, a classificação dos estudantes era feita por índice de aproveitamento obtido, e os melhores colocados escolhiam os seus cursos pretendidos até o limite de vagas ofertadas nos períodos letivos. Porém com o passar do tempo, a experiência demonstrou que a escolha do curso feita após os três semestres do ciclo básico, acabou criando problemas na execução deste modelo, pois alguns cursos eram mais procurados do que outros o que formou excedente interno de alunos esperando vaga no curso pretendido (ROSA; MADEIRA, 1982).

Diante do quadro preocupante, a única saída seria o retorno ao esquema anterior, ou seja, de escolha prévia já no concurso vestibular. A partir de 1973, foi implantada esta sistemática.

Já a duração do curso de Odontologia em quatro anos permaneceu até 1985, onde então passou a ter 9 semestres letivos, ou seja, um tempo de quatro anos e meio para formação. Tanto o sistema de entradas semestral como o tempo de duração em quatro anos e meio permanecem até a presente data.

### 3.2 A ODONTOLOGIA COMO PROFISSÃO

Atualmente os cursos de Odontologia vêm formando anualmente cerca de 11.000 profissionais, que vão se inserir e disputar o mercado de trabalho em saúde. De acordo com Nogueira (1997), o processo de trabalho em saúde deve considerar três aspectos fundamentais: o primeiro é o exemplo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns com outros processos que ocorrem na indústria e em outros setores da economia; o segundo é um serviço, já que toda assistência à saúde constitui serviço; o terceiro é que o trabalho desenvolvido fundamenta a interação pessoal e o relacionamento, que no caso da saúde, é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia da ação. Estas três dimensões são complementares e interatuantes. Por um lado tem-se o processo

de trabalho com sua direcionalidade técnica, que envolve instrumento e força de trabalho, sendo passível de análise macroeconômica geral. Em outra dimensão, tem-se o serviço, onde a assistência à saúde se caracteriza por não ser igual ao trabalho executado na indústria, pois possui especificidade própria. E um terceiro aspecto deve ser ressaltado, pois esse serviço não se realiza sobre coisas ou objetos, mas ao contrário, sobre pessoas e, sobretudo com base na inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, é parte deste, na medida em que fornece valores de uso e necessários ao trabalho. É exigido do consumidor informações a respeito do que lhe ocorreu, a história de sua queixa ou doença, mas também participação ativa para que sejam corretamente aplicadas as normas e prescrições médicas. Trata-se, portanto, de usuário ser considerado o-partícipe do processo de trabalho, e freqüentemente co-responsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica.

A saúde não é uma área que funciona segundo a lógica de substituição de tecnologia por trabalho. A tendência geral é a de acúmulo das novas tecnologias e de variedade de serviços. Daí, o sentido de fragmentação da prestação e do consumo de serviços de saúde.

Para Nogueira (1997), o serviço de saúde nunca resulta da aplicação de regras gerais ao processo de trabalho genérico, mas pressupõe o contrário através da aplicação de conhecimentos ao particular. Trata-se então de uma forma de inter-relação em que o usuário fornece alguns valores de uso e também participa ativamente do processo

Existem alguns critérios para se identificar uma profissão, independentemente de ser da área da saúde ou não. De acordo com Wilensky (1970, citado por Machado, 1995), a diferença que distingue profissão de ocupação no mercado está baseada em duas características: a primeira é o caráter técnico da tarefa do profissional, já que a mesma baseia-se no corpo de conhecimentos sistemático adquirido através do treinamento escolar. Pressupõe-se que este conhecimento seja transmitido por outros profissionais que falam a mesma linguagem. A segunda característica refere-se à normas e regras profissionais em que ele se orienta para executar sua tarefa. Em outros termos, esta tarefa ou atividade representa o conjunto de atos sistemáticos contínuos, que obedecem a certa lógica técnica científica. Sendo assim, qualquer profissão que pretenda exercer autoridade profissional terá de encontrar base técnica para fazê-lo, reivindicar que tanto as técnicas como a jurisdição estejam de acordo com padrões de treinamento e convencer o público que seus serviços são exclusivamente confiáveis.

O processo de profissionalização de acordo com Wilensky (citado por Machado, 1995), deve seguir cinco passos tais como: que o trabalho tenha ocupação integral; que existam escolas de treinamento, ou seja, a transmissão do corpo teórico de conhecimento feita por pares experientes; que haja associação profissional; que a profissão seja regulamentada, no sentido de definir o monopólio de competência aos sócios da prática profissional; e que se adote um código de ética, para enquadramento dos profissionais em normas e regras.

O profissional formado em odontologia preenche estes requisitos, tendo portanto uma profissão que dentro do cenário das profissões da saúde, se destaca por ser profissão peculiar com especificidade histórica e social.

### **3.2.1 A dinâmica organizativa da profissão odontológica**

De acordo com Caetano (1993), considerar a forma e a dinâmica da organização profissional, é fundamental no estudo das determinações do exercício profissional. Enfatiza também que algumas das condições objetivas da prática profissional podem ser mantidas ou alteradas pela organização profissional. Desde a formação profissional até a determinação de níveis salariais, passando por preenchimento de cargos e a possibilidade de influenciar decisões políticas relacionadas com o setor saúde.

A organização profissional se conforma pelos Conselhos, pelas Associações e Sindicatos de Odontologia. Em Santa Catarina a Associação Brasileira de Odontologia – seção de SC, teve seu início no ano de 1935 na cidade de Joinville, com a fundação da Associação Odontológica de Joinville. Isto se deu em decorrência desta cidade ser considerada na época como o berço do movimento associativista odontológico catarinense. Já em Florianópolis, em consequência da influência da Faculdade de Farmácia e Odontologia fundada em 1948, surge no ano de 1949 a Associação Profissional dos Odontologistas de Santa Catarina com o objetivo de transformar-se no Sindicato dos Odontologistas de SC. Porém, tal fato não ocorreu porque algumas de suas lideranças manifestavam interesse em filiar-se à Associação Brasileira de Odontologia, através da seccional de Joinville. Em 1957 a Associação Profissional passa a se chamar Associação Catarinense de Odontologia, e em 1962 passou a ser denominada Associação Brasileira de Odontologia – subseção de Florianópolis, vinculada à regional de Joinville. Mas somente em 1972 se processa a transferência da sede da regional de Joinville para Florianópolis, pois na capital haviam mais

oferta de movimento científico e classista decorrentes de vários fatores, e dentre estes destaca-se a presença da Faculdade de Odontologia da UFSC (CAETANO, 1993).

Muitos fatos ocorreram na época e segundo Caetano (1993), foi muito importante a distribuição do Boletim Informativo da Associação Catarinense de Odontologia a partir de 1957, como veículo de comunicação para os seus associados; e no período de 72/74 a conclusão dos trabalhos para o lançamento do primeiro número da Revista Catarinense de Odontologia, órgão oficial da Associação Brasileira de Odontologia – Seção de SC.

O Conselho Regional de Odontologia foi fundado em 14 de abril de 1964, através da Lei n.º 4.324, mas a sua implantação ocorreu somente três anos depois, em 1967 com caráter disciplinador tendo como objetivo fiscalizar as normas éticas da classe odontológica. Já o Sindicato dos Odontologistas do Estado de Santa Catarina teve seu início em março de 1983, segundo registro deferido pelo Tribunal Regional do Trabalho, com o nome de Associação Profissional dos Odontólogos da Grande Florianópolis. Nesta época a sua base territorial abrangia os municípios de Florianópolis, Águas Mornas, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Governador Celso Ramos, Nova Trento, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José e Tijucas. Porém, devido a necessidade de estender a sua base territorial, em 25 de junho de 1985, o sindicato consegue estender a sua jurisdição para todo o estado e o seu nome passa a ser Sindicato dos Odontologistas do Estado de Santa Catarina (CAETANO, 1993).

### **3.2.2 O exercício legal da Odontologia**

A regulamentação atual do exercício da Odontologia, está pautada na Lei n.º 5.081 de 24 de setembro de 1966. Esta Lei em seu artigo 6, trata das competências do cirurgião-dentista. Dentro deste artigo, destaca-se: o estabelecimento da prática de todos os atos pertinentes à Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em cursos de pós-graduação; prescrição e aplicação de especialidade e farmacêuticas de uso interno e externo e também no caso de urgência em situações de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente; atestar estados mórbidos e outros; proceder à perícia odontológica em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa; empregar a analgesia e hipnose, quando constituírem meios eficazes para o tratamento, etc. (CFO, 2002).

Nesta mesma Lei, o artigo 7 dispõe de que é vedado ao cirurgião-dentista atuar como exposto em público trabalhos odontológicos e usar de artifícios de propaganda para angariar clientela; anunciar curada de determinadas doenças, para as quais não haja tratamento eficaz; consultas mediante correspondência, rádio, televisão, ou meios semelhantes; anunciar preços de serviços, modalidades de pagamento e outras formas de comercialização da clínica que signifiquem competição desleal, etc.

### 3.2.3 Prática odontológica

A definição do tipo de prática odontológica que necessita o país ou regiões, é o ponto fundamental na definição do currículo para a formação profissional. Para isto, tem-se necessidade de se conhecer a real situação de saúde bucal da população, que proporcionará o levantamento das possíveis soluções para a situação encontrada, além de disponibilizar aos recursos humanos em formação os elementos teóricos, metodológicos e instrumentais que lhes capacitem a desenvolver atitude crítica e criativa frente à realidade encontrada na sociedade.

Segundo Narvai (1994), as doenças de caráter odontológico que ocorrem na população brasileira de grande interesse para a saúde pública, são pela ordem: 1.º acarie dentária; 2.º as periodontopatias; 3.º as maloclusões; 4.º as fissuras lábio-palatais e 5.º o câncer bucal. Destaca também, do Relatório Final da I Conferência Estadual de Saúde Bucal, realizada em São Paulo em setembro de 1986, que:

No setor privado, a prática odontológica atual, nitidamente curativa, por seus altos custos, torna-se acessível para tão somente cinco por cento da população, os quais consomem serviços odontológicos com frequência regular; outros quinze por cento servem-se desses mesmos serviços de modo irregular, ficando o restante da população à mercê de atendimentos ainda mais irregulares ou sem qualquer espécie de cobertura. Isso determina, para esse modelo, algumas características, dentre as quais se poderia colocar: baixo impacto social, baixa produtividade, ineficácia e iatrogenicidade. Os serviços públicos, por outro lado, apresentam oferta inelástica de serviços, operando com os mais variados modelos de atendimento e escassos recursos (NARVAI, 1994, p.17-18).

Com relação ao relatório do 5.º Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico – ENATESPO, realizado em 1988, este mesmo autor registra que:

É imprescindível que as instituições invistam na educação continuada e na formação do pessoal odontológico, onde deve haver empenho na promoção de cursos, encontros e seminários, cujos objetivos sejam, entre outros, tornar o pessoal odontológico adequado social, técnico e cientificamente às necessidades dos usuários, compreendidos em quantos pessoas (NARVAI, 1994, p.86)

Em 1991, houve o 8.º ENATESPO com o tema *Construindo a Saúde Bucal Coletiva no Brasil*, propondo em seu documento final:

... Reafirmar a inadequação do tipo de prática odontológica ainda vigente em nosso país, centrada nas ações clínico-cirúrgicas individuais e em enfoques biologicistas em detrimento da compreensão e enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Reiterar que a construção da saúde bucal coletiva no Brasil é um processo não exclusivo dos trabalhadores da área e de todos os profissionais de saúde e da população organizada. Essa construção passa, portanto, pela integração das ações de saúde bucal nas práticas coletivas de saúde e pelo resgate da integralidade dessas práticas (NARVAI, 1994, p.89).

A situação caótica do quadro da odontologia no Brasil se deve ao modelo da prática odontológica, centrada nas atividades curativas. A problemática da saúde bucal é resolvida para aqueles que podem arcar com seus custos, no mercado de trabalho da rede privada, mas para aqueles sem poder de compra resta a procura no setor público, e a sua mobilização para setornar objeto de reivindicação socialmente expressiva. É minoritária a participação de serviços estatais no conjunto dos serviços odontológicos produzidos no País, bem ao contrário da assistência médica e hospitalar, onde a pesar da expansão do seguro-saúde e da medicina de grupo, o Estado é o principal produtor/financiador dos serviços. A participação estatal no campo odontológico não corresponde sequer à metade dos serviços produzidos. Destacou ainda que “somente ações preventivas concentradas e sustentadas ao longo do tempo poderão reverter esse quadro calamitoso que é a saúde bucal do brasileiro” (TABACOF, 1992 citado por NARVAI, 1994, p. 18-19).

### 3.2.4 O quantitativo de cirurgiões-dentistas e a saúde bucal

Um dos fatores que possivelmente contribuiu para o estado de saúde bucal da população é a distribuição dos profissionais nas diversas regiões do território nacional. Segundo Chaves (1986, p.168)

... a distribuição dos dentistas num país não depende unicamente de fatores econômicos. Fatores educacionais, sociais e culturais, que constituem elementos importantes das condições de vida de uma comunidade, influenciam a escolha de um profissional que pretende instalar-se. ... habitação, alimentação, escolas para os filhos, diversões, assistência médica e hospitalar são coisas importantes para um dentista, principalmente com a família, decidir-se a instalar-se numacidade.

Em 1992, no Brasil, o quantitativo de dentistas correspondia a cerca de 11% dos dentistas do globo terrestre. (NARVAI, 1997)

Para Teitelbaum (1997), o número de dentistas existentes no país já seria suficiente para tratar a saúde bucal da população. Um dos principais fatores que não tem contribuído

para a resolução dos problemas bucais é a má distribuição dos profissionais no território brasileiro. A maior concentração de dentistas se situa nas regiões, sudeste e sul, especialmente nas grandes cidades. Esta concentração se processa devido ao maior desenvolvimento destas regiões, assim como o fato do maior número de cursos de odontologia estar fixado nas regiões mais prósperas. O aumento do número de escolas de odontologia não tem ajudado a resolver os problemas bucais da população, uma vez que o mercado como se encontra já está saturado. Aliado a este fato, o governo não tem mais interesse em criar cursos nas áreas menos desenvolvidas deixando na mão da iniciativa privada a criação de novos centros de formação, que por sua vez, tem como mola propulsora o ganho financeiro sem se importar com as necessidades sociais das regiões territoriais. O custo das mensalidades é elevado tornando o curso inacessível aos alunos de baixa renda, o que comprovadamente é uma má utilização dos recursos sociais. Isto se manifesta nas condições precárias com que funcionam determinados cursos, cujas bibliotecas e laboratórios são deficientes, bem como o projeto político-pedagógico apresenta-se distante da realidade social da população e ainda a falta de capacitação técnica dos docentes.

O Brasil no ano de 1994, contava com 86 cursos de odontologia que formavam anualmente 7.543 profissionais. Em 1997, este número já era de 92 cursos com mais 60 pedidos de aberturas de novos cursos (supremacia nas regiões nordeste, sul e sudeste). O crescimento da população era nesta época de 1,89% ao ano ao passo que o crescimento do número de dentistas era de 6,04%. O mercantilismo, objetivo maior da abertura de novos cursos, provavelmente acarretará no mercado de trabalho odontológico a diminuição da qualidade dos serviços oferecidos à população em decorrência do aviltamento da profissão com a maioria dos profissionais trabalhando para planos de saúde e convênios, aceitando pagamentos em quantias ridículas pelos trabalhos profissionais (TEITELBAUM, 1997).

De acordo com dados do Conselho Federal de Odontologia-CFO em abril de 2003, o quantitativo de dentistas no território brasileiro chega a 183.541 profissionais. Apesar deste número, a distribuição dos profissionais continua não sendo equitativa no território nacional. Isto fica evidente quando se analisa os dados disponíveis por região do país. De acordo com o Instituto de Geografia e Estatística-IBGE, em 2000, a região mais populosa era o sudeste, com uma população de 72.412.411 habitantes, o que equivale a 42,64% da população total brasileira. A segunda mais populosa era o nordeste, com 47.741.711 habitantes o que equivale a 28,11% do total populacional. Dados atuais do CFBOM mostram que a maior concentração de dentistas se situa nas regiões Sudeste e Sul. Já a região

Nordeste que é a segunda mais populosa apresenta apenas um quantitativo de 22.999 dentistas, o que equivale a 12,53% dos dentistas brasileiros (IBGE 2003, CFO 2003).

Um estudo realizado em 2000 por Myasava e Guimarães no estado de Santa Catarina, com o Censo de Odontologia da UNIVALI a partir da primeira turma formada em julho de 1994 até a turma formada em dezembro de 1998, mostrou que a má distribuição também se processa dentro de um estado. O resultado final apontou que 60,92% dos profissionais se concentram nas cidades mais populosas.

Com relação ao quantitativo de dentistas em Santa Catarina, os dados de março de 2002, forneciam o total de 5.079 profissionais inscritos e considerados em atividade, independente de estarem ou não em adimplentes. Os dados atuais de abril de 2003 mostram um quantitativo de 5.164 dentistas (CRO, 2002 e 2003).

Apesar do contingente excessivo de profissionais, a saúde bucal geral da população brasileira ainda é considerada péssima. De acordo com Narvai (2002, p.1),

não basta para o enfrentamento dos problemas de saúde bucal da população a atual política de formação de recursos humanos em saúde — aí incluídos os recursos humanos odontológicos —, e a ênfase na formação de que a Organização Mundial da Saúde recomenda 1 dentista para 1.500 habitantes. Seria mesmo um absurdo supor que uma eventual proporção dentista por habitantes pudesse ser estabelecida como ideal sem levar em consideração aspectos elementares envolvidos no planejamento de recursos humanos odontológicos necessários em cada comunidade como, por exemplo, o seu perfil epidemiológico.

Além disso, este autor enfatiza que a OMS nunca recomendou tal proporção. Entende que em algum momento, alguém deve ter lido mal em algum lugar, citou erroneamente a OMS, e a partir daí, tem havido esta repetição da proporção mecânica e acrítica dessa proporção.

O serviço de saúde tem características distintas de outros serviços e o mercado não é o instrumento mais adequado para regular sua oferta. A formação da demanda também resulta de complexa rede de fatores. Os mecanismos de mercado funcionam apenas parcialmente nesse caso. Mas empresários, economistas e políticos, por razões amplamente conhecidas, costumam desconsiderar esses argumentos. Além destes fatos, deve-se salientar que o modelo hegemônico de saúde odontológica ainda se concentra nas ações de caráter cirúrgico-restaurador não se dando a devida ênfase à promoção e prevenção de saúde bucal.

### 3.2.5 Recursos auxiliares em odontologia

Em cada um dos campos de ação da odontologia nos dias atuais, desde a promoção de saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação oral, pode-se identificar tarefas de distintos níveis de complexidade. O dentista que desde os primórdios da profissão sempre trabalhou sozinho iniciou, no começo do Século XX, experiências utilizando o trabalho auxiliar profissionalizado em odontologia. Mas esta utilização de pessoal auxiliar deve a razões históricas tais como: expansão dos serviços de saúde especialmente no setor público, o que exigia a necessidade de incorporação de pessoal menos qualificado para a realização de atividades de menor complexidade, sob a supervisão direta ou indireta de profissionais de nível universitário ou especialista, liberando os profissionais destas funções mais simples; necessidade de expansão dos serviços de odontologia a um custo menor frente a demanda crescente pelo tratamento odontológico; utilização crescente e diversificada de medidas preventivas e educativas nos serviços odontológicos; mudança na prática odontológica com a incorporação de medidas de controle de infecção, ou seja, questões de biossegurança (CARVALHO, 1999).

Estas experiências surgiram primeiramente no Estados Unidos da América, com o aparecimento de duas categorias: a de assistente ou auxiliar e a de protético. Deve-se enfatizar que ambas não podiam executar qualquer tipo de trabalho na boca dos pacientes atendidos pelos dentistas. Com vistas a este tipo de impedimento estabeleceu-se no exercício odontológico, legislação subsidiária que garantia o controle dos profissionais auxiliares por parte das entidades de cirurgiões-dentistas através da criação de cursos de formação e registro destes auxiliares (QUELUZ, 2003).

A Organização Mundial da Saúde – OMS, a partir de 1949, iniciou o seu apoio à proposta do uso profissional de auxiliares no trabalho odontológico, incentivando a sua propagação em países da África, Ásia e da América Latina. A expansão ocorreu de forma rápida no continente americano, havendo variações nas propostas na forma de utilização destes recursos humanos auxiliares (CARVALHO, 1999).

No Brasil, em 1959, o VII Congresso Odontológico Brasileiro, preconizou a ampla utilização dos auxiliares na assistência direta ao trabalho do dentista. Com esta recomendação, no ano seguinte, houve a regulamentação dos técnicos em prótese dentária – TPD subordinados à Lei n.º 1314, 17 de janeiro de 1951, que regulamentava o exercício do dentista. Na década de 1970, nos estados de Minas Gerais, Distrito Federal e São Paulo

ocorreram diversas experiências de formação e incorporação de recursos humanos auxiliares no trabalho simplificado em odontologia, delegando funções de maneira ampla e propondo profunda reorganização dos serviços de saúde bucal. A nomenclatura e papel destes auxiliares foram estabelecidas, com a definição formal dos seus perfis e currículos mínimos, pelo Ministério da Educação e Cultura/Conselho Federal de Educação, em 1975, através do parecer n.º 460/75 aprovado em 6 de fevereiro de 1975, para o atendente de consultório dentário - ACD e técnico de higiene dental - THD e pelo parecer 540/76 do Conselho Federal de Educação para os Auxiliares de Prótese Dentária - APD. Mais tarde a Lei n.º 6710 de 5 de novembro de 1979 revogou a Lei n.º 1314 e disciplinou a formação do técnico em prótese dentária - TPD. Uma nova regulamentação para o TPD é feita pelo Decreto 87.689 de 11 de dezembro de 1982. Além da regulamentação educacional que rege estas profissões, estes auxiliares são sujeitos à regulamentação específica do Conselho Federal de Odontologia, segundo normas de procedimentos profissionais estabelecidas em resoluções aprovadas a partir de 1980 (CARVALHO, 1999; QUELUZ, 2003).

Nos dias atuais no Brasil, os auxiliares do trabalho odontológico estão divididos nas seguintes categorias: técnico em higiene dental - THD, atendente de consultório dentário - ACD, técnico em prótese dentária - TPD, auxiliar em prótese dentária - APD. O THD e o ACD são aqueles que prestam serviços de saúde à população desenvolvendo atividades e tarefas consideradas de menor complexidade e que necessitam de supervisão direta ou indireta do dentista. Estas atividades estão regulamentadas para o ACD e THD pela resolução CFOnº 185/93 de 23/04/93 (QUELUZ, 2003).

Esta mesma autora enfatiza que a participação do auxiliar nas tarefas diárias odontológicas reduz em cerca de 46% o tempo de trabalho do dentista. Isto é muito importante, já que a atividade profissional do dentista não está só diretamente ligada ao paciente durante a sua consulta, pois após a sua saída são realizadas várias atividades rotineiras e obrigatórias como o registro das atividades no prontuário odontológico, limpeza e esterilização dos instrumentais, desinfecção da cadeira, cuspeira, das pontas de baixa e alta rotação, etc. Com a ajuda de profissionais auxiliares, estas atividades indiretas passam a ser realizadas por este tipo de pessoal, permitindo ao dentista que se dedique mais ao planejamento dos casos de seus pacientes, assim como das funções de características puramente clínicas.

Em relação à ocupação dos postos de trabalho na área da saúde, o grupo de saúde bucal representado pelos dentistas e seus auxiliares (THD, ACD), detêm cerca de 5% deste

mercado de trabalho, sendo que 85% da equipe odontológica é formada pelos dentistas (CARVALHO, 1999).

Apesar de se reconhecer a importância da utilização de mão-de-obra auxiliar em odontologia, existe a histórica resistência à incorporação deste pessoal nos processos de trabalho odontológico. Ainda hoje, raramente encontra-se técnicos em higiene dental mesmo nos melhores programas públicos. E o resultado também é conhecido, ou seja, serviços de baixa cobertura, caros, enfatizando ações curativas e desenvolvendo ações centradas no profissional de nível universitário. Pode-se dizer que é tudo o que a maioria dos dentistas querem quando só vêem a si mesmos, além de atenderem a que a população não precisa e a que os administradores públicos responsáveis evitam (NARVAI, 2002).

No Brasil atualmente o quantitativo de recursos auxiliares em odontologia alcança cerca de 54.029 profissionais. Este número está distribuído da seguinte forma: 32.090 ACD, 14.358 TPD, 4.793 THD e 2.788 APD. Como geralmente é o ACD que mais trabalha diretamente no dia a dia com o dentista tem-se a relação inversa de 17,5 dentistas para cada ACD (CFO, 2003).

Os dados disponíveis no CRO de Santa Catarina em abril de 2003 mostram o registro de 69 THD sendo 5 do sexo masculino e 64 do sexo feminino. Estes recursos humanos estão na sua maioria na faixa etária até 40 anos perfazendo 45 (65,22%) profissionais. Quanto ao quantitativo de ACD, tem-se a seguinte distribuição: dos 662 inscritos, 632 (95,47%) são do sexo feminino e só 30 (4,53%) do sexo masculino; a faixa etária que apresenta maior número é a que vai dos 31 a 40 anos de idade, já que apresenta 255 (38,52%) inscritos seguidos da faixa etária de 25 a 30 anos de idade, com o quantitativo de 169 (25,53%) inscritos (CRO, 2003).

O que se tem observado nos últimos dois anos é a expansão do mercado de trabalho para o ACD e THD, devido a possibilidade de serem absorvidos nas equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família-PSF (QUELUZ, 2003).

### **3.2.6 A questão da feminilização da profissão**

Com o impulso do capitalismo no período pós-revolução industrial, aumentou o êxodo das massas camponesas para as grandes cidades na tentativa de suprir a necessidade de mão-de-obra e o anseio de acúmulo de capital. A crença no potencial libertador da

técnica e da ciência tornou-se um valor presente em todas as idéias e ideologias que no mundo ocidental se associaram ao progresso. Este progresso era o modo de equacionar a produção de mercadorias dentro do modo de produção industrial e passou a significar o crescimento econômico, justificando muitas vezes, em nome da razão, a aniquilação de tudo aquilo que veio a ser associado ao "atraso", desde as relações tradicionais até a natureza e as próprias pessoas. A unidade de produção, antes realizada pela família, agora era do domínio da empresa, e o uso de instrumentos substituiu, em parte, o trabalho humano. Isto fez surgir novas classes sociais, gerando estratificação social determinada por essa nova ordem econômica.

A industrialização transforma a qualidade de vida e provoca o desgaste da vida familiar e social. O processo produtivo permite uma discreta participação do sexo feminino, fixando a mulher preferencialmente na área têxtil e manufatureira. São destinadas às mulheres as categorias menos remuneradas, de menor complexidade e de atividades repetitivas, que limitavam suas habilidades intrínsecas e as submetia à suposta superioridade masculina. Com o abandono das tarefas domésticas, surge um novo tipo de dependência, o trabalho da mulher passa a ser muito apreciado e pouco remunerado dando margem à exploração feminina. A conflitante tarefa de conciliar o trabalho no espaço privado e público, ou seja, o trabalho doméstico e o trabalho forçado, levam a mulher a dupla jornada, acabando por não ser valorizada em nenhuma das áreas onde atua.

De acordo com Rabello, Godoy e Padilha (2000), devido a movimentos como: o ocorrido nos Estados Unidos, em 1970 onde houve a emenda da igualdade de direitos sendo mais tarde incorporada à Constituição em 1979; na Áustria, na Colômbia e na Itália em 1973, com a aprovação de leis que substituem o sistema patriarcal por participação igualitária, as mulheres influenciadas por reformas observadas no panorama político-internacional, passaram a ter consciência de sua posição social e se organizam enquanto movimento político autônomo com reivindicações para sua liberação.

Para Machado (1987), o aumento do sexo feminino no mercado de trabalho, ocorreu em virtude do assalariamento da mulher devido ao avanço do capitalismo, que acabou reduzindo as oportunidades de emprego no setor de produção não capitalista, aliado ao fato de a queda brusca do salário mínimo no país, forçando a concorrência do trabalho adicional das mulheres com a finalidade de complementar a renda familiar. No ano de 1970, esta autora relata que do total da força de trabalho urbana, a participação feminina atingia 22,5% em atividades econômicas. Este percentual aumentou para 38,4% em 1980, apesar

deste contingente estar contido no setor terciário, ocupando postos de trabalho de baixo prestígio e de menores rendimentos. Em relação ao setor saúde, com a sua expansão a partir de 1960 houve o incremento da força de trabalho feminina. Os dados da década de 1970 mostram a participação feminina em cerca de 18%, aumentando para 35,2% no final dos dez anos seguintes. Isto pode ser evidenciado quando se verifica que em 1980, 70% dos trabalhadores na área da saúde eram do sexo feminino. Outro fator positivo é que o crescimento a partir da década de 1960 do número de vagas nas Universidades trouxe aumento do sexo feminino na ocupação destas vagas, chegando em 1971 a percentual de 40% das vagas existentes. Este crescimento das mulheres na ocupação de vagas das Universidades proporcionou incremento, em 1980, da força de trabalho feminina em nível superior em cerca de 106%.

Para esta mesma autora, a Odontologia não fogia a este panorama histórico, pois a inserção da mulher na Odontologia deu-se lentamente, acompanhando o desenvolvimento histórico e cultural da sociedade. Só a partir de 1970, é que se observou o incremento gradual do interesse da mulher pela Odontologia paralelamente a sua conscientização e transformação do seu papel frente à sociedade, buscando status e melhoria da condição social.

Com relação à ocupação do mercado de trabalho em geral, os dados mostram um leve decréscimo para o sexo masculino entre os anos de 1999 e 2001, com valores de ocupação de 67,9% para 67,4% respectivamente. No sexo feminino os valores praticamente permaneceram inalterados já que os percentuais de ocupação ficaram em 43% e 43,1% respectivamente (IBGE, 2003).

No mercado de trabalho odontológico, segundo dados do CFO em abril de 2003 estão registrados nos Conselhos Regionais de Odontologia como em atividade de 183.541 profissionais. A análise por sexo mostra que dos totais de dentistas brasileiros 51,35% são do sexo feminino. Os estados onde mais se sobressai o sexo feminino são pela ordem: o da Paraíba com o percentual de 69,4%, seguido de Sergipe com 66,6%, Alagoas com 59,9%, Pernambuco com 57,5%, Espírito Santo e Bahia ambos com 57,2%, Pará com 57,1% e São Paulo com 53,1%. Os estados onde há supremacia do sexo masculino são: Acre com 63,1% seguido dos estados de Rondônia com 60%, Roraima com 55,1%, Tocantins com 53,5%, Rio Grande do Sul com 52,2% (CFO, 2003).

Em Santa Catarina atualmente tem-se um efetivo de 5.164 dentistas inscritos, inadimplentes ou não, e considerado sem atividade. Destes total 2.146 (41,6%) são do sexo

feminino e 3.018 (58,4%) do sexo masculino. Esta diferença a favor do sexo masculino se processa em virtude do sexo masculino ser mais numeroso na faixa etária acima dos 31 anos de idade, já que se tem 2.289 (44,3%) dentistas masculinos contra 1.433 (27,7%) dentistas femininos. Com relação às faixas de idade mais novas, pode-se notar que até a faixa menor de 25 anos de idade tem-se 127 (2,46%) mulheres e 112 (2,17%) homens, e na faixa de 25 à 30 anos os números mostram 686 (13,28%) mulheres contra 617 (11,95%) homens, mostrando que apesar de existir uma tendência à feminilização da profissão nos últimos 9 anos, esta se processa de forma lenta (CRO, 2003).

### 3.3 O MERCADO DE TRABALHO

A partir do século XVIII com a revolução industrial, começa a ocorrer gradativamente modificação no processo produtivo em decorrência da substituição das ferramentas do trabalhador pelas máquinas. Estas máquinas passaram então a determinar o ritmo de trabalho. A revolução industrial trouxe consigo o surgimento do sistema capitalista, que acabou mudando de forma significativa a relação de trabalho e o domínio que o trabalhador tinha sobre o seu processo de trabalho. Apesar de fixar a relação de exploração, o capitalismo provocou a incorporação de um número significativo de pessoas à esfera produtiva, regida pelos princípios da economia de mercado. A partir da metade dos anos 60, o modelo econômico inicia uma crise gerada por aspectos econômicos, políticos, culturais e tecnológicos. Desde então, diversas mudanças vêm se processando, em decorrência do capitalismo contemporâneo, da globalização da economia e do sistema neoliberal, com alterações no mercado de trabalho (aumento da taxa de desemprego e eliminação de postos de trabalho). O desemprego faz surgir novas formas de trabalho não regulamentadas como o trabalho assalariado sem carteira assinada, trabalho informal e por conta própria. Há também o incremento no trabalho temporário, por tempo determinado e de tempo parcial, que envolvem salários mais baixos com diminuição de benefícios e menor estabilidade (GELBCKE; REIBNITZ, 2002).

Segundo Freitas (2001, p.8)

... com a emergência do sistema capitalista, este vai utilizar-se da Medicina - como de resto de outras instituições sociais - para seus interesses imediatos de desenvolvimento: a manutenção de corpos saudáveis e produtivos deixa de ser um problema simplesmente médico para ser um instrumento e uma necessidade da produção, eixo principal de desenvolvimento adotado no início do sistema capitalista.

O mercado de trabalho em saúde não ficou fora deste contexto, pois acompanhou a passagem destas alterações que se configuraram em mudanças na prática profissional. Segundo Donnangelo (apud MACHADO, 1995, p.30),

A insuficiência econômica do sistema frente à estrutura de necessidades da população, na mesma medida em que acarreta, pela interferência do Estado, a criação de uma nova clientela, impõe limitações à liberdade de circulação no mercado, e gera o controle de preços. O assalariamento através do próprio setor público tem sido o efeito mais imediato dessa conjuntura de fatores.

Neste panorama, a Odontologia passou a conviver intimamente com estas mudanças, quer seja como surgimento de novas tecnologias direcionadas à área, como movimentos de reforma do Estado e da economia brasileira. A chamada Odontologia de Mercado passou a concorrer com a venda de outros bens e serviços que possuem papel de consumo mais interessantes aos consumidores comuns. Com isto, este consumidor passa a comprometer mais facilmente suas poucas economias, adiando o máximo a procura pelo dentista. Aliado a este fator, o crescimento a partir de 1984 das ações e medidas de caráter preventivo-promocionais em saúde bucal, realizadas tanto na esfera pública (Estado) como na privada (mercado), provocaram gradativamente a massificação do acesso às tecnologias de flúor (fluoretação das águas de abastecimento público e dos dentifrícios) e de autocuidados, que ajudou a modificar sensivelmente os níveis de incidência e prevalência da principal doença bucal, a cárie dentária. Isto gerou uma transição epidemiológica em saúde bucal no Brasil (ZANETTI, 1999).

Esta modificação no quadro de saúde bucal pode ser evidenciada quando se processa a análise dos dados das pesquisas realizadas procurando-se saber a situação dos dentes atacados pela doença cárie, com a utilização do exame específico paratal, ou seja, o índice CPO-D. Este índice procura diagnosticar os dentes que estão com a seqüela da doença cárie (cariados e restaurados com cárie), os que já estiveram cariados e se encontram restaurados sem cárie e aqueles que foram extraídos devido a esta doença. A Organização Mundial da Saúde – OMS utiliza como parâmetro de comparação a idade de 12 anos. A partir da década de 70, os países industrializados vêm apresentando reduções significativas neste índice. No início da década de 70, os valores do CPO-D variavam de 5 a 9 dentes comprometidos pela cárie. Após 20 anos, estes valores já se encontram próximos de 1. Este valor está de acordo com as metas estabelecidas pela OMS para o ano 2010. Um levantamento epidemiológico de nível nacional foi realizado no Brasil em 1986 e os resultados mostraram o CPO-D aos 12 anos igual a 6,7. Em 1996, o Ministério da Saúde

patrocinou novo levantamento nacional e os resultados mostraram o CPO-D para esta idade no valor de 3,12 o que mostra redução de cerca de 50% neste índice. Em uma análise mais apurada, os resultados desta pesquisa mostraram mudança nos padrões epidemiológicos da faixa infantil, onde a maioria de crianças (30%) apresentava a maioria (70%) dos dentes comprometidos, fenômeno conhecido como grupo de polarização da doença cárie. Além desta mudança na prevalência, outro fato constatado foi a mudança na velocidade da progressão das lesões e no padrão da distribuição do ataque (lesões mais restritas às superfícies oclusais). Com isto a maioria das pessoas desta geração terá necessidades futuras apenas de intervenções de pouca complexidade. Convém destacar que como se trata de média nacional, não se pode desprezar as grandes diferenças que ainda persistem no nível de saúde quando se analisa a classe social e a região geográfica do país (PINTO, 2000).

Um alerta sobre os novos padrões de distribuição da doença cárie é feito por Freitas em 2001, ao citar o estudo sobre o CPO-D de crianças de 12 anos de idade realizado em 1998 na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, onde o resultado final mostrou que o grupo pesquisado residente em áreas cobertas com água fluoretada pelos menos nos últimos 5 anos, 5,2% das crianças concentrava 42,2% do total do índice CPO-D. Segundo este mesmo autor, outros levantamentos epidemiológicos realizados em várias partes do Brasil, mostravam que até 15% das crianças reuniam mais de 50% da experiência de cárie na população estudada. Em sua análise, estas distribuições mostram que há necessidade de se adotar outra postura em relação à doença, já que este novo modelo de doença exige novos métodos de diagnóstico, prevenção e prognóstico. Para os serviços de saúde do setor público que pretendem planejamento sério e eficaz, é importante que se defina quem são estes indivíduos da população.

Para Zanetti (1999, p. 15),

[...] o processo crescente de busca pelos serviços odontológicos se fez no esteio da cárie dentária enquanto fenômeno social. Pois, a cárie sempre foi o objeto fundante para a organização da formação, das práticas e da transformação da maior parte dos atos odontológicos em mercadorias passíveis de compra e venda no mercado. Como seqüela da atividade de cárie, seguem as lesões dentais, os comprometimentos pulpares (endodônticos), os processos periapicais, a perda dos tecidos de sustentação, e por fim as necessidades de extrações, associadas à imediata instalação de problemas oclusais. As demandas estimularam a organização da oferta de serviços clínicos gerais e ainda de serviços especializados em dentística, endodontia, cirurgia, prótese e, em menor escala ortodontia e implantodontia.

A organização das atividades odontológicas está estruturada em três sistemas básicos: liberal ou privado, público ou direto, e indireto ou privatizado (PINTO, 2000).

A liberal é entendida quando o profissional e o paciente definem sem intermédios o tratamento a ser feito, o preço a ser cobrado e a modalidade de pagamento. A característica deste tipo é a existência de clientela própria que escolhe o profissional para atendê-la em consultório isolado próprio ou em parceria com colegas. Destina-se às pessoas de classe de média e alta renda que podem arcar com os custos dos serviços. É a modalidade preferencial entre os profissionais, uma vez que lhes permite ampla liberdade de exercício da profissão, podendo escolher o tratamento a ser feito e em que tempo, os recursos a serem utilizados, e os preços a serem cobrados.

O modelo direto tem como características a prestação de cuidados odontológicos por unidades pertencentes ao setor público sem custo direto, em bases universais ou pelo menos para as pessoas de renda mais baixa e para grupos considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico e/ou social. É um sistema que permite o desenvolvimento de um plano de trabalho, a sua supervisão, o acompanhamento e a avaliação, no caso do objetivo ser o de prestar serviços integrais (educativos/preventivos/curativos de maneira interrelacionada) à população visando a melhoria das condições de saúde bucal.

O terceiro modelo, prestação indireta (privatização), tem por essência a intermediação de um terceiro elemento entre o profissional e o paciente. Este elemento pode ser desde a previdência social ou alguma outra agência pública, ou uma empresa privada que assume responsabilidades administrativas e riscos financeiros, captando recursos e remunerando serviços. Do ponto de vista da organização do trabalho em si, trata-se em geral de uma forma similar à liberal, já que o profissional conserva a sua independência, não sofrendo interferências externas sobre o que faz no consultório, embora esteja limitado aos tipos de serviços e aos preços previamente contratados com o terceiro interveniente. Há casos inclusive em que os profissionais são contratados para trabalhar como assalariados em unidades pertencentes à agência intermediadora.

A instalação por parte do governo, a partir da década de 80, da chamada política neoliberal (política de privatização, abertura ao capital estrangeiro e abandono das políticas sociais), estabelecendo a política econômica que vem provocando o estrangulamento da classe média (achatamento salarial), tem proporcionado a fuga dos consultórios privados, forçando a busca do assistencialismo na rede pública e a denominada medicina supletiva (expansão a partir dos anos 90) caracterizando a tendência à extinção da prática profissional

individual e isolada, imposta pelas necessidades de mercado e demonstrada na acentuada expansão da modalidade de exercício profissional na forma associada ou conveniada (OLIVEIRA, 2000).

No setor odontológico vem aumentando o número de cooperativas, de planos de saúde e seguros de saúde, como forma de proporcionar o acesso de parte da população a estes serviços. Isto tem levado os dentistas a se adaptarem a novas formas de produção modificando o perfil de tempo estabelecido, o de ser um profissional na sua maioria de caráter liberal. Estas empresas acabam por se apropriar da força de trabalho odontológico, passando a “empregar” sob a forma de salário aqueles que produziam por conta própria.

Segundo Assada (2002), os convênios ou operadoras de planos de seguros privados de saúde tiveram a sua regulamentação estabelecida através da Lei 9.656/98, que disciplinou os serviços de saúde suplementar, definindo os direitos e deveres das operadoras e consumidores. Após entrarem em vigor, nos três anos seguintes ainda estavam se processando supressões e acréscimos, por meio de Medidas Provisórias, Resoluções, Portarias, e criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Os convênios odontológicos (sob qualquer denominação) além de estarem em conformidade com a Lei, também devem cumprir a Resolução CFO-203/96 que em seu capítulo IX dispõe do funcionamento de entidades prestadoras de assistência odontológica e no seu Art. 76 estabelece que ‘o funcionamento de entidade prestadora de assistência odontológica obriga ao registro no Conselho Federal e à inscrição no Conselho Regional em cuja jurisdição esteja estabelecida ou exerça sua atividade’. Em seu parágrafo primeiro destaca que estão sujeitas a esta norma todas as entidades prestadoras de assistência odontológica, as clínicas dentárias, as policlínicas ou quaisquer outras entidades, estabelecidas ou organizadas, como firmas individuais ou sociedades, para a prestação direta ou indireta de serviços odontológicos (CFO, 2002).

Atualmente o atendimento odontológico para clientes encaminhados por convênios é uma realidade, e o volume destes atendimentos é cada vez maior. De acordo com Grec, Daruge, Daruge Jr. (1998), o número de pessoas cobertas por planos de atendimento odontológico atingiu cerca de 2.500.000 mil pessoas. Como este nicho de mercado tende a crescer rapidamente, o dentista deve estar atento a legislação odontológica que regulamenta estas empresas, para saber se elas estão registradas nos Conselhos Regionais, evitando aborrecimentos futuros, uma vez que o capítulo XV que trata – das penas e suas

aplicações- do Código de Ética Odontológico em seu artigo 38, diz: 'Considera-se de manifesta gravidade, principalmente: II - acobertar ou ensejar o exercício ilegal da profissão; e III - exercer, após ter sido alertado, atividade odontológica em caráter ilegal, inidônea ou irregular'.

Para Teitelbaum (1999) a verdadeira invasão dos chamados planos de saúde ou os grupos que se intitulam de "empresas de atenção odontológica" junto da total insensibilidade das autoridades no que se relaciona à abertura e criação de novos cursos de Odontologia, tem produzido enormes malefícios. Não que se seja contra planos de saúde, entretanto eles devem tratar com equidade o usuário e o profissional, para que o resultado final seja aceitável para todos os envolvidos.

No entender de Castro (2002), os convênios e credenciamentos são um mal necessário. Se não existissem, desde que houvesse pacientes sobrando, seriam muito melhor. Mas na realidade o que bate à porta é a falta crônica de pacientes e de remuneração, aliada a despesas inadiáveis todo mês. Os convênios podem trazer de forma mais rápida os primeiros pacientes e ajudar no pagamento das contas, facilitando o estabelecimento do consultório. Porém, o profissional não deve submeter-se a qualquer convênio. Práticas desleais ou tabelas humilhantes devem ser repudiadas. O objetivo do profissional que quer conveniar-se deve ser o de conhecer todos os convênios e credenciamentos de sua cidade ou região e suas tabelas de honorários e contratos. Assim é possível escolher aqueles mais justos (ou pelo menos, menos injustos). Não aceitar contratos e tabelas humilhantes seria atitude extremamente saudável para a classe, pois ajudaria a diminuir o número de empresas exploradoras.

Quanto ao mercado no setor público, em decorrência da criação do Sistema Único de Saúde – SUS a partir de 1988, mudanças foram ocorrendo na estrutura e práticas de saúde. Este fato tem trazido reflexos na atuação e inserção dos profissionais que nela trabalham. Estão na realidade exigindo a formação de recursos humanos capacitados para esta área, pois ao mesmo tempo em que se aumenta o nível de empregos no setor de saúde pública, verifica-se que um dos principais obstáculos no desenvolvimento do SUS é a formação de profissionais desvinculados da realidade social. Este fato fica evidente na formação do cirurgião-dentista, onde o ensino praticamente está baseado na odontologia científica de média e alta densidade tecnológica, formando profissionais altamente especializados e despreparados para as ações de saúde pública (SILVA; ROSA, 1996).

Normalmente a odontologia no sistema público está caracterizada pelas atividades clínicas que o cirurgião-dentista desenvolve nos consultórios odontológicos instalados nos postos de saúde. O atendimento à população é feito através da demanda espontânea, sem a preocupação com os princípios do SUS que é a integralidade. O sistema público tem falhado ao não conseguir deter a marcha das doenças bucais na grande maioria da população brasileira. Este quadro foi formado e continua se estendendo em virtude da atuação da odontologia estar voltada na grande maioria para o tratamento clínico das sequelas das doenças bucais, quando se devia estar atuando nos determinantes do processo de saúde-doença (SANTOS, 2002).

A mudança deste quadro só será possível se o sistema público investir mais nas ações de características educativo-preventivas. Para isto, há necessidade de se aumentar a oferta de empregos públicos para os cirurgiões-dentistas, que hoje praticam em postos ocupados por trabalhadores municipais, pois desde 1994 o governo federal suspendeu a contratação de sua parte. Os municípios por sua vez devido a falta de verbas acabam contratando menor número de profissionais que é insuficiente para atender à demanda da população (CARVALHO; ORLANDO, 2001).

No Brasil os gastos públicos com a área da saúde aumentaram substancialmente de acordo com os dados do Ministério da Saúde (2003), em 1995 o montante foi de 14,9 bilhões de reais. Já no ano de 2001 houve um gasto de 26,1 bilhões de reais, o que proporcionou um acréscimo da ordem de 57,09%. Estes valores referem-se aos gastos com despesas de pessoal e encargos sociais, assim como as despesas de custeio e capital que englobam a assistência médica e hospitalar, a atenção básica e medicamentos. O que se sobressai é que o gasto com pessoal e encargos sociais que era em 1995 de 25% do gasto total foi reduzido em 2001 para 19%. Outro fato a destacar é que o gasto com a assistência médica e hospitalar, a atenção básica e com medicamentos elevou-se de 66% em 1995 para 80% em 2001. Para as despesas em 2001, o PSF recebeu cerca de 2,7 bilhões de reais. Quanto à saúde bucal o histórico dos gastos por parte do SUS mostra que em termos percentuais há uma involução, pois em 1996 no Brasil o gasto total com a saúde foi de 65,72% e em 2000 passou a ser de 4,22%. Observa-se que na região Sul nestes mesmos anos, os valores ficaram em 7,48%, 7,33% e 5,51% respectivamente. Com relação ao estado de Santa Catarina o valor de 1996 que era de 9,0% passou em 2000 a ser de 7,92% (Ministério da Saúde, 2003).

Na odontologia, as ações preventivas nunca foram o foco principal. A maioria dos gastos em saúde bucal está voltada para os procedimentos clínicos, além do fato de atingir um pequeno percentual do total gasto com a saúde geral. Em 1998 o gasto governamental total com a saúde geral atingiu 6,5% do Produto Interno Bruto – PIB, sendo que deste montante apenas 5,2% foi com a saúde bucal. O caminho é investir mais nas ações de caráter educativo-preventivo, com a contratação de profissionais capacitados para a realidade social. Os esforços do Ministério da Saúde se direcionam neste momento para a implementação de modelos de atenção à saúde bucal, na estratégia do Programa de Saúde da Família – PSF (CARVALHO, ORLANDO, 2001).

O PSF tem estratégia para a reorganização da atenção básica que busca vigilância à saúde por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Este programa foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, propondo nova maneira de atuação sobre o processo saúde-doença, reestruturando a atenção primária (OLIVEIRA, 1999).

De acordo com Pinto (2000), a inserção do dentista no PSF vem sendo através da inserção das equipes de saúde bucal – ESB, onde pode haver o dentista e um atendente de consultório dentário (ACD) ou estes dois mais um técnico de higiene dental (THD).

A equipe de saúde bucal deve integrar-se à equipe do PSF e estar preparada para conhecer a realidade das famílias, realizando o cadastramento e verificando as características sociais, demográficas e epidemiológicas desta população. Em seu trabalho deverá: identificar os problemas de saúde bucal prevalentes e as situações de risco as quais a população está exposta; elaborar os planos de ação para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; prestar assistência integral, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar que se fizerem necessários; desenvolver ações educativas e intersectoriais para a superação dos problemas de saúde identificados (SOUZA, CURY, CAMARGO, INHANETO, 2001).

O PSF em suas diretrizes cria nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde, possibilitando maior racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial e resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população (SOUZA, 2002).

A situação de implantação do PSF em dezembro de 2001 no Brasil apresenta os seguintes dados: 13.168 equipes de saúde da família distribuídas em 3.684 municípios; 152.861 agentes comunitários de saúde distribuídos em 4.786 municípios; 2.248 equipes de saúde bucal distribuídas em 1.288 municípios (SOUZA, 2002).

Do ponto de vista de Araújo e Araújo (2001), a expectativa para o ano 2002 é atingir a formação de 20.000 equipes de saúde bucal, o que criará mais postos de trabalho para os dentistas. Além disso, a proximidade do dentista com a sua população (a descrita) favorecerá a assistência contínua, humanizada e evitará complicações e encaminhamentos desnecessários para centros de referência, racionalizando o uso dos recursos materiais e humanos do SUS.

### 3.4 A SATISFAÇÃO COMO TRABALHO

O cirurgião-dentista na sua grande maioria desenvolve suas atividades diárias em procedimentos de caráter educativo-preventivo ou cirúrgico-restaurador, desempenhando papel importante na resolução dos problemas de saúde que afetam a população. Dentro do seu dia a dia, necessita de ambiente e condições adequadas para a realização de seus serviços visando a mais alta qualidade possível. É dentro dos seus afazeres diários que este profissional procura a satisfação com a sua profissão.

Para Nicolielo e Bastos (2002) a realização de estudos a respeito da satisfação profissional na classe odontológica, pode ser utilizada na análise da Odontologia enquanto profissão e através da análise dos seus dados poder-se-á estabelecer níveis de satisfação destes profissionais, possibilitando significativa contribuição 'para o contínuo desenvolvimento de programas de educação e para a reestruturação do currículo escolar'. Dependendo das respostas às pesquisas realizadas, poder-se-á também verificar se há uma relação entre níveis de satisfação profissional e tempo de trabalho.

O sistema de valores de um indivíduo, segundo Tamayo (2000), pode ser fator determinante para a manifestação da sua satisfação com o seu trabalho. Haja vista que o sistema de valores é formado pelos princípios que expressam os interesses ou desejos e determinam a forma de pensar, agir e sentir. O seu pressuposto teórico é que a satisfação que o indivíduo poderá ter dependerá da diferença entre o que se busca no trabalho e o que realmente se alcança. Na procura de comprovar as suas suposições teóricas, este autor realizou uma pesquisa com trabalhadores e os resultados finais só confirmaram

parcialmente seus pressupostos. Porém, ficou bem evidente que o maior grau de satisfação foi alcançado pelos indivíduos que atribuíram um grau mais elevado de importância aos chamados valores coletivistas, ou seja, valores que se refere à preservação do *status quo*, à aceitação das normas morais e de tudo que é convencional, assim como a busca do controle de comportamentos de indivíduos e das tendências que possam perturbar a ordem.

Em 1980 nos Estados Unidos da América, Gruenberg (1980, citado por Borges 2001), desenvolveu um estudo cuja finalidade era descobrir as razões dos altos níveis de satisfação no trabalho relatados por pessoas envolvidas em atividades consideradas rotineiras. Procurou então, mensurar valores como a remuneração, o emprego, o relacionamento com os colegas e como o ambiente de trabalho, denominados por ele como valores extrínsecos. Mensurou também os valores intrínsecos, como a liberdade para o planejamento do trabalho, as oportunidades de aprendizado e a utilização de habilidades. Um de seus resultados foi que a satisfação tende a ser menor nas pessoas com maiores níveis educacionais e que segundo este autor, pode ser explicada pelo fato de as pessoas com maior nível educacional reconhecerem que possuem condições de conseguirem melhores postos de trabalho. Outro fato que ficou evidente foi que no grupo de pessoas que realizava trabalhos manuais/semi-manuais e de escritório, a remuneração, a condição e ambiente de trabalho, foram mais importantes na definição da satisfação do que para aqueles trabalhadores profissionais e técnicos. Os resultados obtidos possibilitaram ao autor concluir que quanto menos recompensas intrínsecas estão presentes numa atividade, mais as pessoas valorizam as recompensas extrínsecas.

Em seu estudo sobre a satisfação no trabalho de farmacêuticos empregados em farmácias comerciais de Florianópolis, Borges (2001) após levantamento de bibliografia que tratava deste tema, concluiu que dependendo da forma como são tratados os determinantes (formas de abordagem), diferentes graus de satisfação no trabalho são criados, o que evidencia as diferentes visões de mundo existentes. Em sua opinião, é praticamente impossível estabelecer-se leis sobre a satisfação ou se encontrar uma única explicação para ela, pois na satisfação estão envolvidos aspectos subjetivos e de difícil avaliação, além das constantes e imprevisíveis mudanças no cenário político, econômico e legal, que acabam por influenciar as atitudes e opiniões das pessoas. A teoria que melhor se enquadra para compreender o fenômeno da satisfação, é aquela que se destina à uma situação muito particular, tal como em um local e período de tempo determinado, e para uma ocupação específica.

Este mesmo autor enfatiza que algumas variáveis podem servir para medir o grau de satisfação no trabalho. Dentre estas, destaca o controle sobre o trabalho (participação nas tomadas de decisão da organização que afetam direta ou indiretamente seu trabalho); reconhecimento social (valor que a sociedade atribui à profissão); carga de trabalho (quantidade e qualidade das tarefas realizadas); jornada de trabalho (tempo que dispensa para executar suas tarefas); relacionamento com os usuários; remuneração (valor em dinheiro que recebe pela venda de sua força de trabalho); realização das tarefas burocráticas e administrativas (tempo dispendido para o trabalho que não envolve o usuário).

## 4 METODOLOGIA

Dentro da minha proposta de estudo procurei a metodologia que tivesse melhor condição de atender aos meus objetivos. A opção que pareceu mais apropriada foi a através de questionário, tendo sempre a preocupação de preservar as normas de um trabalho científico.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é denominado de Survey (palavra inglesa que significa pesquisar, fazer levantamento de) em virtude de obter as informações quanto à prevalência, distribuição e inter-relações de variáveis, no âmbito de uma determinada população. Neste tipo de estudo as informações são obtidas a partir de uma amostra de pessoas, através do auto-relato, onde os indivíduos da amostragem respondem a perguntas propostas pelo investigador. As informações assim coletadas podem referir-se às ações, conhecimentos, intenções, opiniões, atitudes e valores dos indivíduos. Pode ser realizada através de entrevista pessoal face-a-face ou por telefone e por questionários auto-administrados, distribuídos via correio. Apesar de sua flexibilidade e amplitude de alcance, tem a desvantagem de ser mais adequada a uma análise extensiva do que intensiva (POLIT, HUNGLER, 1995).

Trata-se de um estudo de características não-experimental, modelo transversal, já que se refere a um ponto único no tempo em que se faz levantamento dos dados. Este ponto único no tempo pode representar dias, semanas, meses e até ano, para se colecionar as

observações. O interesse do modelo transversal está centrado na situação e circunstância contemporânea ao momento da pesquisa (OLIVEIRA, 1995).

#### 4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo prevista inicialmente para este trabalho era formada por todos os 575 egressos do Curso de Odontologia formados no período entre o final do segundo semestre de 1994 até o final do primeiro semestre de 2001. Destes, 313 (54,43%) eram do sexo feminino e 262 (45,56%) do sexo masculino.

A escolha do grupo pesquisado se deu em razão do mesmo se encontrar no mercado de trabalho num ponto estabilizado da economia brasileira, possibilitado pela criação do Plano Real (instituído em julho de 1994) que provocou de imediato a queda brusca da inflação propiciando a aceleração do crescimento econômico e a alta dos rendimentos.

Para a inclusão na população de estudo, o egresso necessitava estar inscrito no CRO-SC. Dos 575 egressos, somente 479 fizeram parte da pesquisa uma vez que 96 não puderam ser localizados (39 por não terem inscrição no CRO-SC, 57 por não terem o endereço atualizado).

#### 4.3 FONTE DE DADOS

Os dados secundários foram coletados junto à Coordenadoria do Curso de Graduação em Odontologia da UFSC para se obter a relação nominal dos egressos deste curso, formados a partir de 1994/2 até 2001/1, e junto ao Conselho Regional de Odontologia – SC para verificar quais egressos da listagem fornecida pela Coordenadoria do Curso de Odontologia, ali se encontravam registrados e qual era seu endereço de contato.

Os dados primários foram coletados junto aos participantes da pesquisa.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados utilizou-se o questionário já elaborado na fase de projeto de pesquisa, que recebeu o acréscimo de dois itens por sugestão da banca de qualificação com a finalidade de complementação.

Trata-se de um questionário estruturado (anexo 1), constituído por 41 perguntas. O instrumento de coleta de dados estruturado é aquele em que os respondentes participam das mesmas perguntas e exatamente na mesma ordem, com o mesmo conjunto de opções para as suas respostas. As alternativas podem variar desde um simples sim ou não até manifestações completas de opinião. O propósito do uso de perguntas com um grau tão elevado de estrutura é o de garantir a comparabilidade das respostas, vindo a facilitar a análise dos resultados (POLIT, HUNGLER, 1995).

As perguntas abrangiam variáveis de identificação como sexo, nacionalidade, naturalidade, estado civil, cidade onde atua, inscrições em entidades classistas, tempo de formado bem como informações sobre: a formação acadêmica (formação técnica-científica) e pós-graduação (tipo e razões em cursar); a atividade profissional (ocupação na rede pública e/ou rede privada, atividade predominante, tipo de clientela atendida); renda (valor médio mensal, clientela de sustentação) e horas trabalhadas; os motivos na escolha da cidade onde trabalha; as principais dificuldades no exercício da profissão; utilização de pessoal auxiliar e a satisfação com a profissão.

#### 4.5 PRÉ-TESTE DO QUESTIONÁRIO

Um pré-teste do questionário foi realizado com 7 cirurgiões-dentistas que não iriam fazer parte da população de estudo, com a finalidade de verificar a fidedignidade, validade e operatividade do instrumento, e se o mesmo necessitava de modificações. Os respondentes do pré-teste informaram que não tiveram dificuldades em entender o enunciado das perguntas e que o tempo dispendido para respondê-lo foi em média de aproximadamente 10 minutos.

#### 4.6 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

Neste estudo foram utilizadas 3 estratégias para a aplicação dos questionários: a primeira foi a entrega pessoal do questionário juntamente com uma carta explicando os objetivos da pesquisa e a importância da participação (anexo 2) a 47 profissionais que tinham endereço profissional no centro de Florianópolis. Foi acertado que após uma semana retornar-se-ia para o endereço de recolhimento.

A segunda opção foi a utilização da internet como via de envio. A maioria dos endereços eletrônicos foi conseguida com alguns representantes de turmas dos egressos. Foram enviados 115 email.

A terceira escolha foi a utilização do Correio. Com a finalidade de verificar a possibilidade de trocar a via correio pela via email, procurou-se contatar por telefone (endereço fornecido pelo CRO-SC) os egressos residentes em Florianópolis, São José e Palhoça. Este contato mostrou que 57 egressos não tinham como ser localizados. Para os 317 egressos restantes, foi enviado um envelope contendo: a carta explicativa já citada na primeira estratégia; o questionário; um envelope já selado e com o endereço profissional do pesquisador (Curso de Odontologia, Departamento de Estomatologia, UFSC) para o devido retorno.

O total de retornos nas 3 modalidades de envio foi 146 questionários respondidos, o que corresponde a 30,48% dos egressos participantes.

#### 4.7 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados dos questionários desta pesquisa foram digitados no programa Excel, o que proporcionou uma planilha eletrônica organizada por respondente e por ordem das perguntas. Para facilitar a visualização, entendimento e análise destes dados foram elaboradas tabelas e gráficos, sendo que os seus títulos estão apresentados em forma resumida.

A primeira parte dos resultados é apresentada na forma de estatística descritiva e a segunda parte na estatística inferencial, onde se procurou fazer a associação entre algumas variáveis de estudo.

Na estatística inferencial utilizou-se um software contendo o Programa SPSS for Windows Release 8.0.0 Standard Version, de 22 de dezembro de 1997. O teste empregado para verificar a associação das variáveis empregadas foi o Teste não paramétrico Qui-Quadrado com correção de continuidade.

#### 4.8 QUESTÕES DE ORDEM ÉTICA

Em respeito à resolução 196/96/CNS que trata dos aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, foi enviada à Comissão de Ética da UFS C, a solicitação para exame e parecer do projeto de pesquisa como questionário a ser enviado aos egressos participantes da mesma. Após 1 mês e meio do envio, foi deferido o parecer favorável (anexo 3).

Cada participante de um estudo deve consentir formalmente em tomar parte dele, após ter sido bem informado do que isto representa. Há necessidade de que o pesquisado seja esclarecido do que se trata a pesquisa, a importância da sua participação, os procedimentos a qual vai ser submetido, os riscos se houverem e os benefícios que os resultados trarão (VAUGHAN; MORROW, 1997).

Nesta pesquisa utilizou-se uma carta explicando os objetivos da mesma e o consentimento foi o próprio questionário respondido.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados resultantes desta pesquisa foram montados em forma de gráficos e de tabelas para melhor visualização e compreensão, possibilitando sua análise e discussão.

Entre os 575 egressos previstos para participar da pesquisa, efetivamente só 479 receberam o questionário através das estratégias adotadas.

O retorno total foi de 30,4% correspondente a 146 questionários respondidos. Deve-se destacar que via Correio 38 (8,61%) retornaram em branco devido o destinatário não ter sido localizado.

Dentro de cada estratégia adotada para o envio do instrumento de pesquisa, obteve-se a seguinte taxa de retorno: entrega pessoal com 82,97% (39); via email com 46,08% (53); e via Correio com 17,03% (54), portanto, a mais efetiva foi a entrega pessoal.

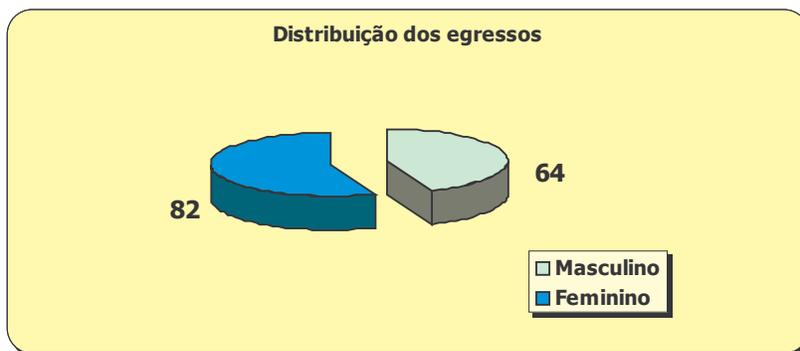
Alguns dos gráficos e algumas tabelas não terão como número final os 146 respondentes. Isso deve ser devido a liberdade do egresso não responder a pergunta que lhe trouxesse qualquer tipo de constrangimento e/ou da invalidação da resposta que não considerou o cabeçalho da pergunta.

### 5.1 IDENTIFICAÇÃO DOS EGRESSOS

Os primeiros resultados mostram no gráfico 1, que entre os 146 respondentes, 56,16% (82) são do sexo feminino e 43,84% (64) do sexo masculino. A população de estudo era composta de 54,43% (313) mulheres e 45,57% (262) homens, sendo que esta

maioria feminina também é comprovada pelos dados disponíveis no CRO-SC onde na faixa de idade dos egressos, existem 813 mulheres e 729 homens.

**Gráfico 1** : Composição dos egressos por sexo



De acordo com Rabello, Godoy e Padilha (2000), a tendência a feminilização no setor saúde, se iniciou a partir da década de 1970, com o rejuvenescimento da força de trabalho com maior ênfase em níveis superiores. Na Odontologia, o crescimento do número de mulheres se processou a partir do início dos anos 80, verificada na matrícula das mesmas nos cursos de graduação, assim como na participação nos provões do Ministério da Educação e Cultura de 1997 e 1998.

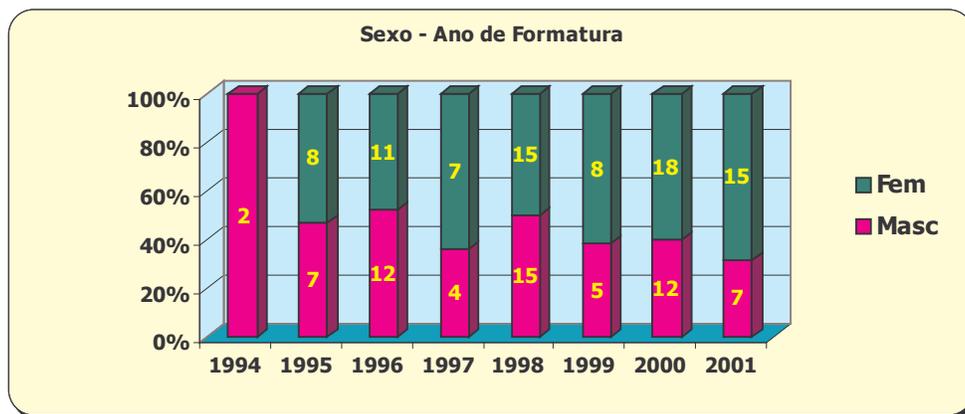
Para Saliba et al. (2002), a tendência a feminilização da Odontologia se deve a mudança da situação econômica que vem se processando nas últimas décadas no Brasil, requerendo a força de trabalho feminina em incrementação financeira da família. A escolha da Odontologia pelas mulheres pode estar sendo influenciada pela possibilidade de poder exercer a atividade profissional de forma autônoma, que permite adequar o seu trabalho como seu papel de mãe, esposa e dona de casa.

No período em que se desenvolveu a coleta de dados deste trabalho, o sexo em sua maioria (68,49%) eram solteiros, seguidos pelos casados (28,08%). Os demais se incluíam na situação de divorciados e outros. Este fato pode evidenciar que mesmo após adquirir a profissão, preferem primeiro investir na carreira profissional e aguardar o momento certo de constituir família, provavelmente procurando alcançar a estabilidade que lhes permita tal responsabilidade.

Com relação as turmas de formatura, como se pode observar no gráfico 2, as que mais contribuíram para o retorno dos questionários foram pela ordem: inicialmente a de 1998 e de 2000 com 30 questionários cada uma, seguidas pelas de 1996 com 23 e de 2001

com 22. Portanto estas 4 turmas contribuíram em cerca de 105 retornos o que proporciona 71,91% do total de respondentes.

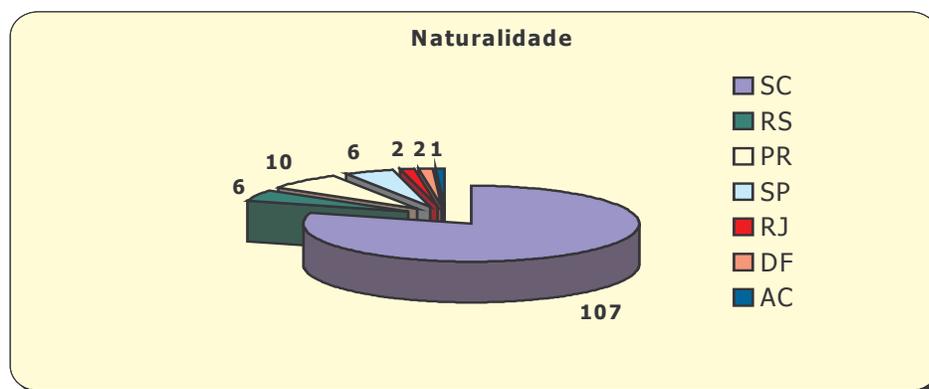
**Gráfico 2** : Distribuição dos egressos por sexo e turma de formatura.



Com exceção das turmas de 1997 e 1999, com 11 e 13 respondentes respectivamente, os dados mostram que quanto mais próximos da data da pesquisa a melhor foi a participação dos egressos, talvez por ainda estarem ligados emocionalmente ao curso de Odontologia.

Quanto à naturalidade dos pesquisados, o gráfico 3 permite observar que do total dos 146 egressos, 73,28% (107) nasceram no estado de Santa Catarina ficando os restantes procedentes em ordem decrescente, dos estados do Paraná, do Rio Grande do Sul e São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal e por último o Acre.

**Gráfico 3** : Naturalidade dos egressos por seus respectivos estados.



Estes egressos são filhos em grande parte de pais que têm como maior grau de instrução o ensino superior completo, haja vista que neste nível de escolarização

encontram-se 74 pais e 56 mães, alcançando entre os 292 pais uma taxa de 44,52%. O segundo contingente de escolaridade situa-se no segundo grau completo com 52 mães e 34 pais perfazendo 29,45% do total. No caso dos pais com escolaridade superior pode-se supor que provavelmente acabaram por estimular seus filhos a buscarem cursos superiores. É bem provável que estes egressos sejam oriundos de famílias com condições sociais e econômicas suficientes que permitiram o devido sustento durante o decorrer do curso de Odontologia.

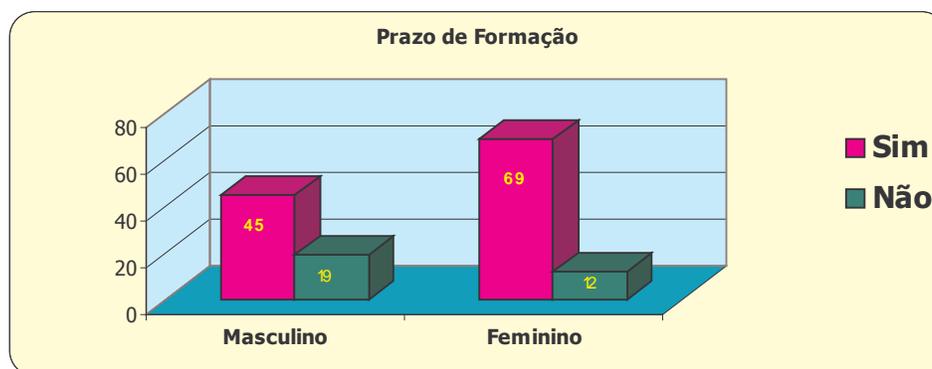
Um fato interessante é que dos 146 egressos cerca de 48,63% (71) declararam ter parentes dentistas. Como 51,37% não possuem tal situação, provavelmente a escolha da profissão não se processou exclusivamente em virtude de já ter alguma experiência familiar com a Odontologia.

## 5.2 FORMAÇÃO

A idade de graduação dos respondentes variou de 21 anos a 32 anos, sendo que 76,71% (112) se situaram entre 22 à 24 anos. As duas idades que mais prevaleceram foram as de 22 e 23 anos com 59,58% (87) respondentes, destacando-se que o sexo feminino contribuiu com 56,32%.

De uma maneira geral os participantes desta pesquisa fizeram o curso dentro do prazo normal de formação, ou seja, 4,5 anos para a integralização curricular.

**Gráfico 4:** Representação dos egressos por sexo quanto ao prazo de formação.



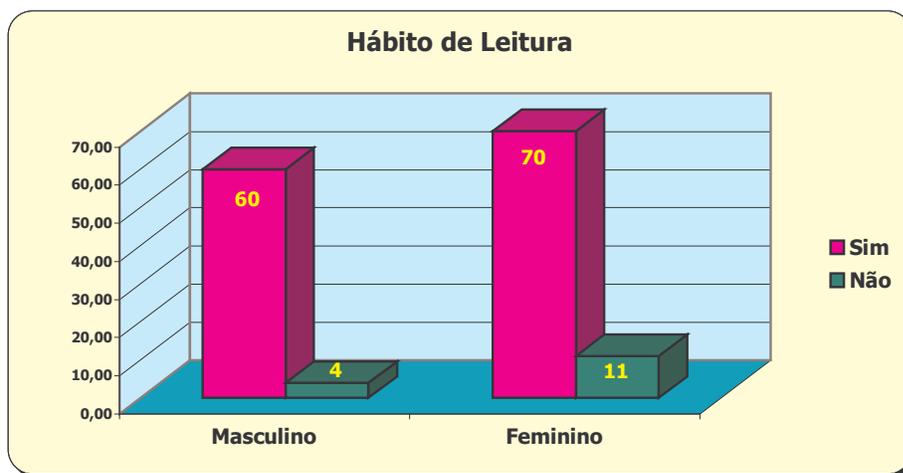
Analisando-se os dados disponíveis no gráfico 4, observa-se que dos 145 respondentes, 78,62% (114) se formaram dentro do prazo previsto de 4,5 anos. Quanto aos

31 egressos que não conseguiram se formar dentro do tempo normal, 61,29% são do sexo masculino apesar da maior contingente de respondentes ser do sexo feminino. O resultado de 78,62% de conclusão no período normal de curso se aproxima da pesquisa do Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicas, Inbrape (2003), que foi realizada com uma amostra de 614 dentistas provenientes de todos os estados brasileiros, onde 70,7% dos pesquisados relataram ter concluído o seu curso dentro do prazo previsto.

A formação da maioria dentro do período normal pode estar justificada no fato do curso ser em período integral, exigido dos estudantes uma dedicação exclusiva, traduzindo-se em uma busca pela integralização curricular o mais rápido possível.

A educação permanente parece ser uma das preocupações destes egressos. Isto pode ser observado nos dados constantes no gráfico 5, onde do total de 145 respondentes, 89,65% (130) manifestaram ter o hábito de leitura de livros ou revistas de caráter científico da área odontológica. Em termos percentuais dentro de cada sexo, o masculino pratica mais a leitura, já que entre os 64 homens, 93,75% (60) responderam praticar a leitura ao passo que entre as 81 mulheres, a prática se dá em 86,41% (70).

**Gráfico 5** : Distribuição dos egressos quanto ao hábito de leitura de publicações de caráter científico odontológico.



O hábito de leitura pode estar fortemente ligado à disputa do mercado de trabalho. Novos materiais, novas técnicas e mudança na filosofia de tratamento, forçam os profissionais a se atualizarem constantemente. Um outro fator que pode ter influenciado este estímulo pela leitura, é que durante o período de formação este profissional ainda não

sido exigidos na elaboração e apresentação de trabalhos científicos, levando-os a ter a leitura como um hábito.

O resultado de 89,65% no hábito de leitura de publicações científicas e aproximadamente dos resultados do Inbrape (2003) que alcançou 81,3% dos pesquisados.

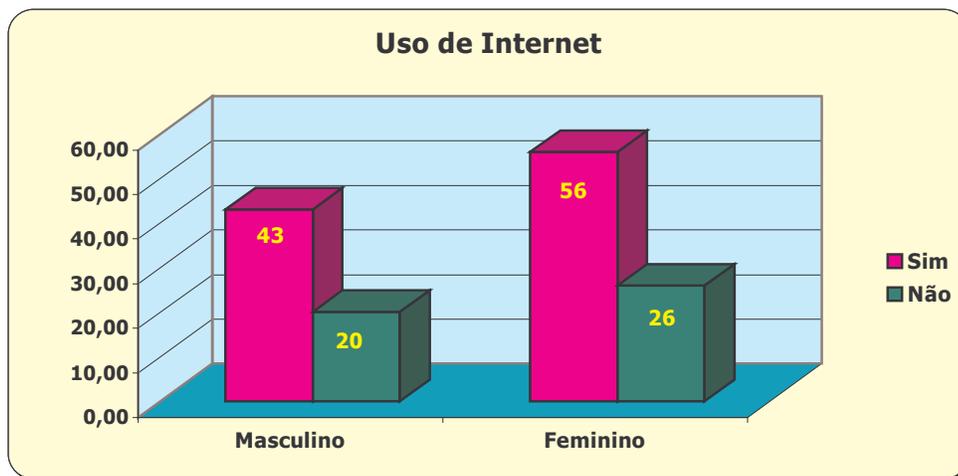
Quanto a periodicidade de leitura, dos 125 participantes que se manifestaram, 70,4% (88) afirmaram fazê-la mensalmente. Isto é significativo, uma vez que demonstra que estão em busca de atualização dos temas emergentes na área odontológica.

Entre os livros mais lidos, de acordo com o número de citações registradas destacam-se pela ordem os de cirurgia com 28, seguidos pelo de ortodontia com 20 e odontologia com 18. Foram citados ainda em menor proporção os de endodontia, prótese, odontopediatria, radiologia, terapêutica e saúde bucal coletiva. No que se refere à leitura de revistas, as mais citadas foram a Rev. da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas - APCD com 33 registros, Jornal Brasileiro de Odontopediatria com 12 e Rev. da Associação Brasileira de Odontologia - ABO com 11. Houveram ainda citações para a Rev. Gaúcha de Odontologia - RGO e Rev. Brasileira de Odontologia - RBO.

Com relação à leitura de jornal ou informativo distribuído por alguma entidade classista, os resultados apontam para o Jornal do Conselho Regional de Odontologia - CRO com 93 citações, seguido do Jornal da ABO com 87. Não se deve desprezar o número de citações para o Jornal do Conselho Federal de Odontologia - CFO (50) e o Jornal da APCD (48). Pode-se observar que os egressos se preocupam em saber o que as entidades estão fazendo em prol da classe odontológica. A leitura destes informativos também pode estar no fato destes periódicos serem distribuídos gratuitamente e chegar em diretamente às mãos dos profissionais mensalmente, o que facilita o seu acesso.

Em decorrência da leitura de bibliografia científica odontológica não se restringir unicamente à leitura de revistas e livros, procurou-se saber se os egressos também utilizavam a Internet para tal fim.

**Gráfico 6** : Utilização da Internet com finalidade de educação permanente.



Conforme os dados disponíveis no gráfico 6, dos 145 respondentes, 68,27% (99) utilizavam a Internet na procura de publicações científicas. Não se verificou diferença quanto ao sexo neste questionamento, pois houve a equiparação em aproximadamente 68%.

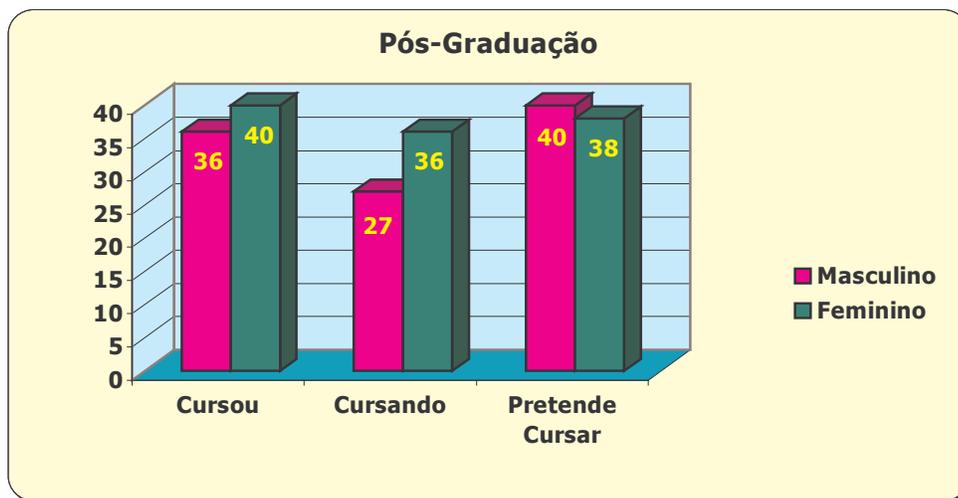
Apesar da Internet facilitar o acesso a vários endereços eletrônicos, tanto de Instituições como de profissionais, disponibilizando informações e artigos científicos da área odontológica, os usuários devem estar atentos a credibilidade do que é pesquisado. A Internet facilita a odontista não ter que se deslocar até uma biblioteca especializada, o que economiza tempo que pode ser usado em sua pesquisa. Da própria casa ou do local de trabalho pode-se fazer a leitura instantaneamente, salvar texto ou arquivá-lo para leitura futura. No entanto, qualquer profissional pode expor na Internet informações e publicações sem que estas tenham passado por uma comissão de publicação, não tendo, portanto, a devida credibilidade científica. Não basta apenas acessar, há necessidade de também saber selecionar os artigos de cunho científico.

Deve-se ressaltar que ao mesmo tempo em que a Internet facilita o acesso, ela também exclui àqueles que ainda não dispõem de micro computador e de provedor para suas pesquisas. O elevado custo do computador e da manutenção das mensalidades do provedor acabam dificultando tanto a compra do equipamento como o uso da Internet.

Além do fato da busca na leitura de conteúdos relacionados à profissão odontológica, os pesquisadores demonstraram necessidade de aprimoramento profissional.

O gráfico 7 mostra a situação dos egressos quanto à pós-graduação, evidenciando que 52,77% (76) já tinham frequentado algum tipo de curso (atualização, aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado).

**Gráfico 7** : Situação dos egressos quanto à pós-graduação.



Entre os tipos de pós-graduação já cursados, destaca-se que 48,68% (37) eram especialistas. Este resultado é mais alto do que o conseguido por Myasava e Guimarães (2000) em sua pesquisa com os egressos do curso de Odontologia da UNIVALI, onde dos 133 participantes, desde a formatura até 6 anos após, os especialistas contabilizavam 36,6% (41) entre os 112 participantes de pós-graduação. Os dados evidenciam ainda, que havia 63 profissionais cursando algum tipo de pós-graduação e que 78 pretendia cursar, o que demonstra o interesse destes profissionais com sua educação permanente.

Com relação à comparação da pesquisa do CROSC (2002) realizada com 605 dentistas do estado de Santa Catarina para levantar o perfil dos cirurgiões-dentistas e suas expectativas com relação ao CRO, os resultados apontaram para 69% destes profissionais sem algum tipo de pós-graduação ficando os 31% restantes com 26% na especialização, 4% no mestrado e 1% no doutorado. Deve-se destacar que nesta pesquisa a maioria dos profissionais tinham mais de 5 anos de formado.

Nap pesquisa de Marcos et al. (2000) realizada em Minas Gerais com 1.199 dentistas daquele estado, os resultados gerais evidenciaram que 76% dos entrevistados não haviam cursado pós-graduação e daqueles que a cursaram, a mais procurada foi a especialização com 22,7% dos pesquisados. Na faixa de formados até 5 anos, os dados mostram que

395 entrevistados que somente 6,6% destes já haviam cursado a especialização, o que é bem inferior ao resultado da presente pesquisa.

Todos os resultados acima demonstram que a maioria dos profissionais que pratica a atividade clínica é generalista, o que pode significar que as necessidades de mercado podem ser solucionadas por este tipo de profissional, ou que apesar da necessidade de especialistas, devido ao custo destes cursos os profissionais ainda preferem aguardar um tempo para ter as condições financeiras para poder assumir tal compromisso.

Na tabela I encontram-se dispostos os motivos que influenciaram a necessidade em frequentar algum tipo de pós-graduação.

**Tabela 1** : Distribuição dos egressos por sexo, quanto aos motivos da pós-graduação.

Motivos da Pós-Graduação	Egressos				Total%
	Masc	%	Fem	%	
Identificação teórica-técnica	22	34,9	30	38,5	5236,9
Complementação teórica-técnica	20	31,7	29	37,2	4934,8
Titulação	14	22,3	13	16,7	2719,1
Mercado	05	7,9	05	6,4	107,1
Outros	02	3,2	01	1,2	32,1
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>44,68</b>	<b>78</b>	<b>55,32</b>	<b>141100</b>

Analisando-se os dados percebe-se que dos 141 egressos que responderam a este item, os dois motivos mais citados são pela ordem, a identificação teórica e técnica como área escolhida (36,9%) e a necessidade de complementação teórica e técnica com as atividades profissionais (34,8%). Este último resultado é bem inferior ao encontrado por Myasava e Guimarães (2000), pois estas obtiveram 58,18% relacionado ao motivo da busca de conhecimento científico. Em relação ao gênero, proporcionalmente dentro de cada grupo, as mulheres predominam (75,7%) sobre os homens (66,6%) na busca do conhecimento científico, em compensação o sexo masculino é maioria (22,3%) no quesito titulação, haja vista que o feminino só alcançou 16,7%.

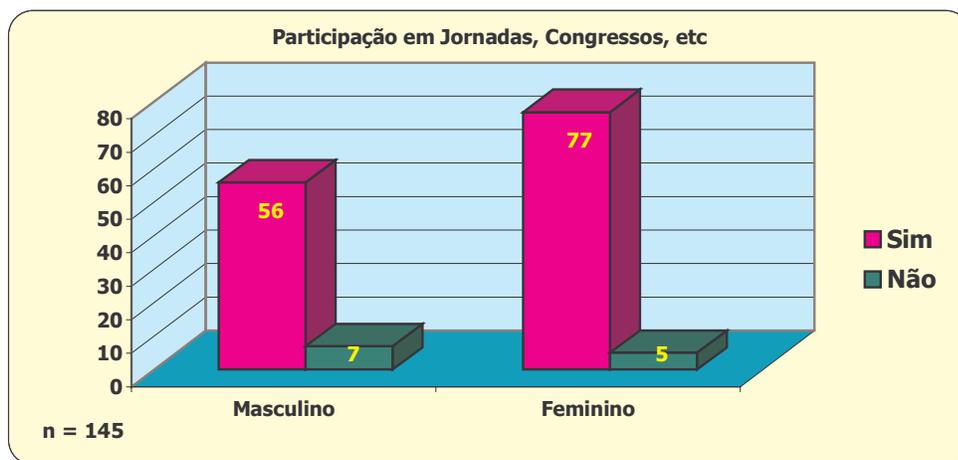
O que chama a atenção é que só 7,1% (10) profissionais tenham justificado como principal motivo entender que existe um bom mercado para a área escolhida. O fato de procurar fazer um curso após a graduação está mais ligado a necessidade do profissional em ampliar seu conhecimento e/ou habilidade técnica com o seu trabalho, do que com a preocupação de conseguir expandir sua atividade profissional. Provavelmente, devido o mercado estar bem competitivo, os profissionais procuram estudar mais visando

adquirirem novos conhecimentos e habilidades suficientes, que possam lhes assegurar competência e segurança no desenvolvimento de suas atividades diárias.

O que também pode estar incentivando os profissionais a procurar cursos de pós-graduação é o fato dos mesmos ao participarem de Congressos, Jornadas, Seminários, etc. serem despertados e/ou introduzidos em áreas onde o domínio ainda é incipiente. Esta possível influência pode ser constatada no gráfico 8 que trata da participação em eventos científicos.

Pode-se notar no gráfico abaixo que é grande a participação nos eventos científicos, pois dos 145 respondentes, 91,72% (133) declararam participar dos mesmos.

**Gráfico 8** : Participação em eventos científicos.

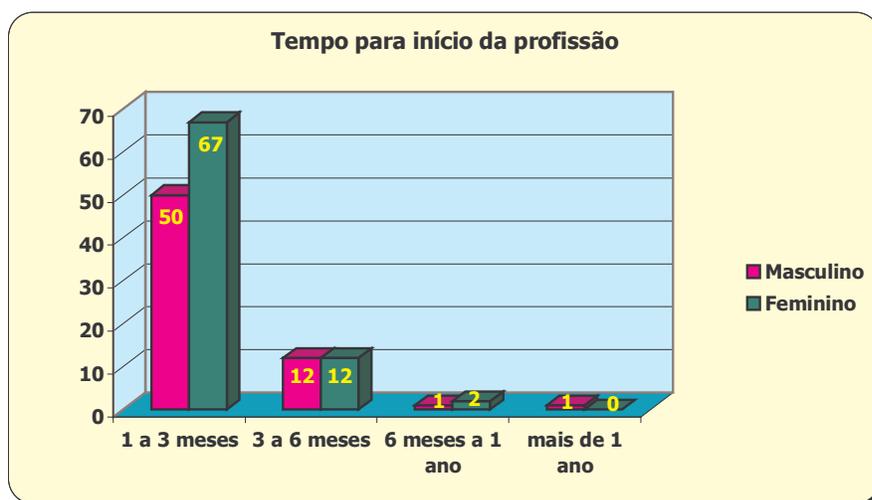


A busca de novos conhecimentos nestes eventos parece estar ligada ao sexo do profissional, já que dentro de cada grupo a participação feminina foi maior com 93,9% de mulheres contra 88,8% dos homens. Outro questionamento era saber a periodicidade de participação nestes eventos. Somente 112 egressos responderam a este quesito, e o resultado alcançou 50% (56) declarando participar uma vez ao ano e 37,5% (42) duas vezes. Os demais 15 respondentes registraram a participação entre 3 a 4 vezes anuais. Neste caso não houve superioridade de qualquer um dos sexos. O que fica evidente é que estes profissionais procuram anualmente participar de algum tipo de evento científico na busca de sua formação permanente.

### 5.3 INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Para saber como se processou a inserção dos egressos no mercado de trabalho e como estão atuando efetuou-se 8 perguntas. A primeira procurava descobrir quanto tempo após a formatura o egresso levou para iniciar a sua atividade profissional. O gráfico 9 mostra que dentre os 145 respondentes, 80,68% (117) só levaram até 3 meses para iniciar suas atividades profissionais, o que demonstra que apesar da competitividade do mercado de trabalho do nível técnico, ainda existe campo de trabalho. Pode ser que estes profissionais preocupados com os rumos da profissão tenham procurado com antecedência local para trabalhar, o que justificaria o curto espaço de tempo entre a formatura e o início da profissão.

**Gráfico 9:** Período de tempo para início da profissão



Na presente pesquisa, 3 profissionais declararam ter iniciado a profissão entre 6 meses e 1 ano após formado e 1 com mais de um ano.

O exercício profissional dos respondentes, conforme dados do gráfico 10, se encontra na maioria sendo realizado em apenas uma cidade, haja vista que dos 146 respondentes, 64,38% (94) afirmaram trabalhar somente na cidade onde residiam ficando os 35,62% (52) restantes atuando em mais de uma cidade.

**Gráfico 10:** Distribuição dos egressos por sexo em relação ao número de cidades onde exerce sua profissão.

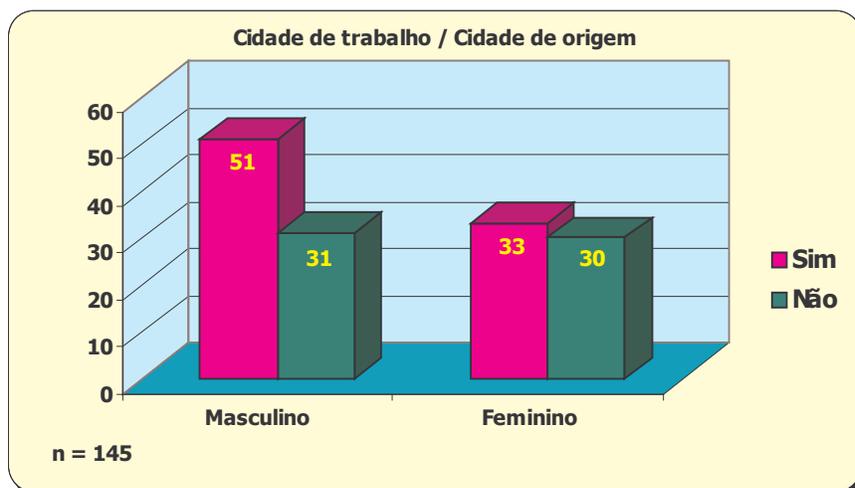


Da bibliografia consultada, a pesquisa de Inbrape (2003) mostra que 83,9% dos 614 participantes relataram atuar apenas na cidade de residência e 16,1% além da cidade onde residiam. Apesar deste último resultado ser menor que os 35,62% encontrados com os egressos do curso de Odontologia da UFSC, o que fica evidente em ambos os casos é que uma parcela dos profissionais tem procurado expandir sua área de atuação, podendo ser devido a competitividade em sua cidade ou mesmo na procura de ter mais trabalho buscando aumentar seus rendimentos.

Além de se procurar saber em quantas cidades o profissional atuava, também foi questionado se a cidade de escolha para o exercício profissional era a mesma em que o profissional residia antes de iniciar o curso de Odontologia, ou seja, a cidade de origem.

Os dados do gráfico 11 mostram que dos 145 respondentes 57,9% (84) afirmaram que se estabeleceram na cidade de origem a passo que 42,1% (61) acabaram optando por outra cidade para iniciar sua profissão.

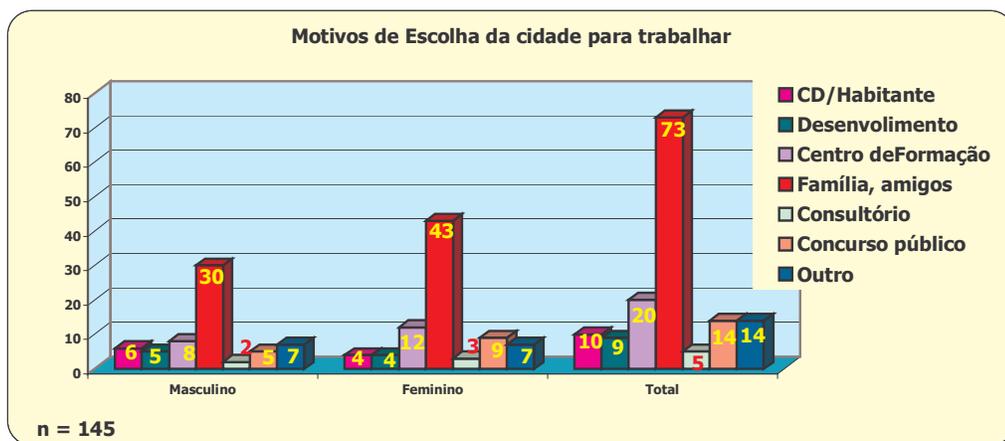
**Gráfico11** :Exercícioprofissionalnacidade deorigem.



Na busca de qual motivo foi mais decisivo na escolha da cidade para iniciar a profissão, pode-se observar no gráfico 12, que 50,34% (73) dos 145 egressos afirmaram que a escolha foi determinada pelos laços familiares (família, amigos, namorado(a) noivo(a), esposo(a)). A segunda razão mais citada com 13,79% (20) das respostas foi estar próximo de centro de formação facilitando a educação permanente.

De acordo com Carvalho et al. (1997), a instalação dos dentistas no mercado de trabalho de um modo geral está mais ligada aos fatores familiares, fato comprovado pela pesquisa que realizaram com egressos de 4 faculdades de Odontologia do Rio Grande do Sul, onde a maioria declarou ter se instalado na cidade de origem ou onde residia a família, sem se preocupar em avaliar as possibilidades de mercado destas cidades. Além disso, pelo receio de obter renda insatisfatória e insegurança nos rumos da profissão, a instalação do profissional tem-se processado nos centros culturais e sociais.

**Gráfico12** :Motivos de escolhadacidade para trabalhar.



O resultado do retorno de 57,94% dos egressos à cidade de origem pode ser justificado pela influência que a família, amigos etc. exerceram para esta tomada de decisão, uma vez que 50,34% dos profissionais relataram ser este o principal motivo de escolha da cidade para trabalhar. Esta causa se encontra dentro daquelas apontadas por Chaves (1986) no qual a distribuição dos dentistas é influenciada por fatores sociais, culturais e educacionais não apenas pelos fatores econômicos. Quanto ao segundo principal motivo que é estar próximo de centros de formação continuada, pode-se ter como explicação o fato de 89,65% dos egressos terem informado possuir hábito de leitura de publicações científicas; 98,63% afirmarem sentir necessidade em aprimorar seus conhecimentos; e a demonstração com a preocupação na pós-graduação. A residência na cidade onde existe centro de pós-graduação facilita a frequência ao curso, pois as despesas de custeio ficam diminuídas em relação àqueles que tem que se deslocar para conseguir estes estudos.

Estes profissionais em sua cidade de trabalho podem estar ocupando desde 1 posto até mais de 3 postos de trabalho.

**Tabela 2** : Distribuição dos egressos quanto a ocupação em postos de trabalho.

Ocupação em postos de trabalho	n.º de egressos	%
1 posto	66	46,2
2 postos	58	40,5
3 postos	17	11,9
+ de 3 postos	2	1,4
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>

Em relação ao número de postos de trabalho ocupados, dos 146 pesquisados 3 deixaram de registrar sua resposta. Entre os 143 respondentes 46,2% (66) informaram ter apenas um posto de trabalho, 40,5% (58) com dois postos, 11,9% (17) com três postos e 1,4% (2) com mais de três postos. O que fica evidente é que a maioria ocupa mais de 1 posto de trabalho, que pode ser justificado no fato destes profissionais não terem um rendimento mensal suficiente em um só local de trabalho, necessita de outro local para complementar sua renda.

**Tabela3:** Relação entre os tipos de postos de trabalho e número de postos ocupados.

TipodePostos	1Posto	%	2Postos	%	3Postos	%	Tota	1	%
Consultório de privada	60	90,90	53	45,69	16	32,00	129	55,6	
Consultório de pública	4	6,06	28	24,13	13	26,00	45	19,4	
Sindicato, SESC, etc	2	3,04	17	14,66	7	14,00	26	11,2	
Magistério odontologia	-		12	10,35	7	14,00	19	8,2	
Forças armadas	-		4	3,45	3	6,00	7	3,0	
Magistério superior	-		1	0,86	3	6,00	4	1,7	
Magistério 2º grau	-		1	0,86	1	2,00	2	0,9	
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100</b>	<b>116</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>232</b>	<b>100</b>	

Quanto aos tipos de postos de trabalho, dos 232 postos ocupados 55,6% (129) se encontram entre profissionais que trabalham em consultório na rede privada, e destes a maioria (77,69%) possuem um outro local de trabalho evidenciando que apesar da maioria dos profissionais trabalharem na rede pública, estão procurando outro posto de trabalho para completar a sua renda. Este dado fortalece a colocação de Zanetti (1999) de que o mercado de serviços curativos de massa vem passando por mudanças que estão provocando o seu esgotamento, isto é, a forma inicialmente concebida da formação do profissional para o exercício clínico na forma liberal tradicional vai sendo substituída ou compartilhada por outros tipos de exercício profissional. O segundo efeito de postos de trabalho se encontra na rede pública com 19,4% (45) sendo que somente 4 profissionais realizam a atividade de trabalho de forma exclusiva.

Computando-se todos os 232 postos de trabalho ocupados pelos 143 profissionais tem-se uma relação de 1,62 posto por dentista, maior que o conseguido por Caetano (1993) que foi de uma relação de 0,41 posto de trabalho/CD. Myasavae Guimarães (2000) em sua pesquisa com os egressos da UNIVALI, conseguiram uma relação de 0,86 posto de trabalho/CD, maior que a relação da pesquisa de Caetano, porém menor que o valor da presente pesquisa. Estas 3 relações mostram que há uma tendência no aumento da ocupação de postos de trabalho, o que pode significar que os dentistas estão procurando outros locais de trabalho talvez para completar sua carga diária de trabalho assim como aumentar sua renda mensal. Se analisarmos o número absoluto de postos de trabalho, pode-se verificar que entre os 232 postos, 103 (44,39%) se referem a trabalho na forma assalariada, ou seja, o dentista procura uma forma de trabalho que lhe garanta o rendimento de forma fixa e com as vantagens trabalhistas de férias remuneradas e do décimo terceiro salário aliado à segurança futura de aposentadoria.

Dentro de todos estes postos de trabalho o exercício profissional declarado pelos egressos está contemplado desde atividades exclusivamente de caráter clínico realizadas tanto na rede privada como na rede pública passando pela associação de atividades clínicas e outras (magistério, administrativo no setor público) até as exclusivamente sem qualquer características clínicas.

De acordo com os dados da tabela 3, tem-se que a atividade de característica clínica ainda é a mais efetuada, pois do total dos 232 postos de trabalho só 25 postos (10,8%) possuem características diferentes (ensino). Pode-se ainda supor que existam mais egressos ocupando postos com estas características diferentes, haja vista que no setor público dentistas ocupam cargos de coordenadores de programas de saúde bucal. Tal vez devido ao fato da supremacia do trabalho odontológico ainda ser clínico é que os cursos de Odontologia ainda possuem maior parte de sua carga horária de formação voltada para as disciplinas de características clínicas.

Independente do tipo de atividade exercida, estes egressos desenvolvem sua profissão dentro de uma carga horária que pode variar de menos de 4 horas até mais de 10 horas diárias.

**Tabela 4:** Distribuição dos egressos por carga horária diária de trabalho

Carga de trabalho	Egressos	%
<de 4 horas	6	4,2
de 4 a 6 horas	11	7,6
>de 6 a 8 horas	39	27,1
>de 8 a 10 horas	58	40,3
>de 10 horas	30	20,8
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100</b>

A tabela acima mostra que entre os 144 profissionais, 40,3% (58) encontram-se trabalhando na faixa horária acima de 8 até 10 horas. A segunda faixa horária mais trabalhada é de 6 a 8 horas diárias com 27,1% (39) e a terceira faixa acima de 10 horas com 20,8% (30).

O resultado de 40,3% dos que trabalham acima de 8 horas diárias se encontra um pouco superior aos 30% encontrados por Portillo (1999), em sua pesquisa realizada com dentistas de Brasília nestas cargas horárias. No entanto, na comparação com outras pesquisas verifica-se que o resultado das mesmas é bem inferior. Marcos et al. (2000) após pesquisar os dentistas de Minas Gerais, verificou que 49,9% trabalhavam de 20 a 30 horas semanais e só 10,9% acima de 40 horas; o CRO de Santa Catarina (2002) conseguiu observar que

50% dos dentistas catarinenses pesquisados trabalhavam menos de 20 horas semanais e somente 5% acima de 40 horas semanais; e o Inbrape (2003) em sua pesquisa nacional evidenciou que 54,6% trabalhavam até 40 horas semanais e 24,9% acima desta carga horária. Talvez por estas pesquisas englobarem profissionais com mais de 6 anos de atividade, os resultados apresentem estes percentuais menores, pela possibilidade dos mesmos já estarem estabilizados profissionalmente, ao passo que os da presente pesquisa estão praticamente iniciando a profissão e por isso trabalham mais horas diárias na busca desta estabilidade.

#### 5.4 O EXERCÍCIO EXCLUSIVAMENTE EM CLÍNICA DA REDE PRIVADA

Os dentistas que executam atividades clínicas na rede privada utilizam consultórios que podem estar localizados em clínicas ou na forma isolada, podendo os mesmos serem de sua propriedade ou pertencentes a outros colegas.

A tabela a seguir apresenta os dados pelo tipo de propriedade do consultório.

**Tabela 5:** Distribuição dos egressos quanto à situação do uso do consultório.

Situação do uso	Sexo				Total %
	Masc	%	Fem	%	
Próprio	45	34,88	41	31,78	86
Em regime de %	7	5,43	16	12,40	23
Alugado	5	3,88	10	7,75	15
Emprestado	2	1,55	3	2,33	5
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>45,74</b>	<b>70</b>	<b>54,26</b>	<b>129</b>

Os dados da tabela 4 mostram que dos 129 profissionais que trabalham em consultório na rede privada, 66,7% (86) são os próprios donos. O segundo grupo está constituído pelos 17,82% (23) que trabalham em consultório de outros dentistas em regime de participação percentual sobre o total do orçamento dos pacientes. As duas outras modalidades (alugado e emprestado) preenchemos 15,5% restantes.

Os resultados encontrados evidenciam que a maioria prefere investir na profissão, adquirindo os meios de produção apesar destes terem um alto custo exigindo um investimento financeiro que provavelmente compromete o rendimento mensal destes profissionais. Possivelmente pelo fato de procurar adquirir o seu próprio equipamento, estes egressos tenham que trabalhar acima das 8 horas diárias na procura de melhores rendimentos para saldar seus compromissos.

Comparando-se estes resultados com a pesquisa do Inbrape (2003), verifica-se que esta conseguiu uma taxa de 72,2% dos pesquisados sendo proprietários de seu consultório ao passo que nesta pesquisa o resultado foi inferior chegando a 66,7%. Quanto aos outros tipos de modalidade, o Inbrape alcançou 24,5% contra 32,32%.

Na visão de Carvalho e Orlando (2001), os custos da manutenção de um consultório são elevados assim como a aquisição de aparelhos que facilitam a atividade do dentista. A estratégia de administração do consultório então passa a ser outra, procurando dividir despesas e espaços com outros colegas.

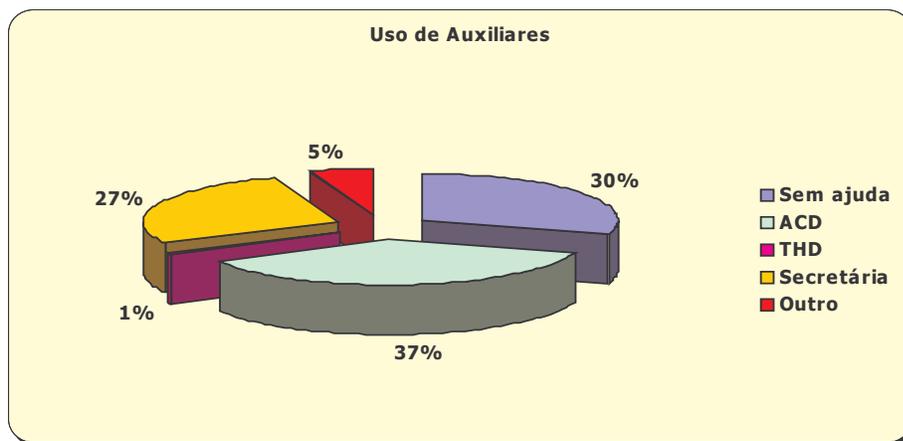
Outro questionamento era saber se os egressos que são especialistas estariam exercendo unicamente a sua especialidade na clínica diária. O primeiro resultado mostra que dos 37 especialistas que responderam, a maioria (75,67%) é do sexo masculino, resultado que se encontra próximo da pesquisa de Caetano (1993) com 74,7% homens. Outro dado importante é que entre os 37 especialistas, 24,32% (9) relataram estar desenvolvendo unicamente a sua especialidade, ou seja, 75,68% do além da atividade exclusiva de especialista, ainda desempenham atividades de clínica geral. Pode-se supor que as razões da maioria não estar apenas realizando atividades de sua especialidade, se encontram na maior oferta de especialistas no mercado em relação à procura, ou no preço do tratamento destes profissionais se tornar proibitivo para a população que os necessita, forçando estes dentistas a completar sua carga de trabalho com atividades de clínica geral. Convém destacar que a maioria (91,6%) dos especialistas desenvolve suas atividades em clínicas odontológicas, que pode ser justificado no fato de se encontrarem juntos de dentistas que solicitam sua especialidade, facilitando aos pacientes não terem que se deslocar a outros consultórios e até mesmo dos outros dentistas terem o especialista praticamente à disposição.

De acordo com Carvalho e Orlando (2001) um fato que pode inspirar a decisão do profissional em especializar-se é o encantamento que o aluno de graduação sente pelos professores que possuem especialidade, pois são estes os mais bem sucedidos financeiramente e de maior prestígio entre o alunado, e até mesmo entre seus pares. Não há um incentivo dos professores aos alunos no que diz respeito à clínica geral.

O trabalho clínico odontológico pode ser realizado com ajuda de auxiliar, por esta razão procurou-se saber como os profissionais estavam desenvolvendo as suas atividades clínicas. Os dados do gráfico 13 mostram que entre os 129 profissionais que trabalham na rede privada, 70% (91) afirmaram usar trabalho auxiliar em sua atividade diária, sendo que

o maior percentual (37%) dos egressos faz uso de ACD, que é um dos cursos qualificados para este trabalho. No entanto 27% declararam ter como ajuda a própria secretária que não se encontra na categoria de auxiliares do trabalho odontológico.

**Gráfico 13** : Utilização de pessoal auxiliar na clínica odontológica



Este resultado se encontra bem acima do encontrado por Portillo (1990) em sua pesquisa com 43,6% dos profissionais com uso de auxiliares. Já dentro de cada tipo de categoria auxiliar, encontrou 26,3% trabalhando com uso de ACD e 68,2% usando a própria secretária para estes serviços.

Os resultados de ambas as pesquisas demonstram que estes profissionais desconhecem a legislação do CFO quanto ao registro e competências do recurso auxiliar em Odontologia, o que no futuro poderá acarretar problemas com a legislação profissional.

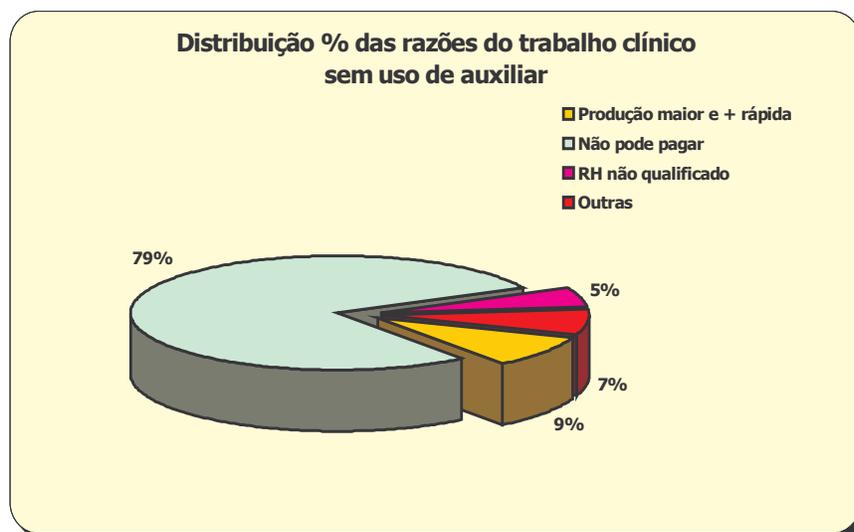
Com relação a comparação com outras pesquisas observa-se no caso de Marcos et al. (2000) que 50,8% dos entrevistados relatou fazer uso de auxiliar em suas atividades de consultório, porém este percentual se encontrava assim distribuído: 5,4% com uso de secretária, 7,1% com uso de THD e 38,3% com uso de ACD. Já na pesquisa nacional do Inbrape (2003) 43,3% relataram fazer uso de auxiliar e deste total 72,2% utiliza ACD como recurso principal e 18,8% o THD. Nesta pesquisa não foi dada a opção de entender como recurso auxiliar tanto a secretária como o outro.

O que se observa é que em todas as pesquisas citadas um grupo de profissionais utiliza o trabalho auxiliar durante a execução de suas atividades clínicas.

Quanto aos 30% que não utilizam o trabalho auxiliar, os dados do gráfico 14 mostram que 79% não o fazem por não poder pagar. Isto demonstra que o rendimento

seu trabalho ainda não é suficiente e estável para assumir tal compromisso. Porém, também demonstra que a maioria deste grupo setivesse condição financeira para contratar um auxiliar.

**Gráfico 14** : Razões do trabalho clínico sem uso de auxiliar.



O fato de querer contar com o trabalho de um auxiliar pode ser explicado pela colocação de Carvalho (1999), de que o uso de auxiliar libera o profissional para atividades mais especializadas das funções mais simples do trabalho odontológico (porém não menos importantes). Concordando com este autor, Queluz (2003) enfatiza que a participação de auxiliares nas tarefas diárias odontológicas reduz em cerca de 46% o tempo de trabalho do dentista. As atividades administrativas e de biossegurança passam a ser de responsabilidade do auxiliar liberando o dentista para se dedicar mais ao planejamento dos casos de seus pacientes, assim como das funções de características puramente clínicas.

A pergunta número 29 procurava saber qual o tipo de clientela atendida na rede privada.

**Tabela 6** : Distribuição dos egressos quanto ao tipo de clientela atendida na clínica rede privada.

Tipo de Clientela	Sexo				Total	%
	Masc.	%	Fem.	%		
Exclusiva particular	18	13,95	8	6,2	26	20,2
Predomínio particular	23	17,83	29	22,48	52	40,3
Exclusiva convênio	0	0	3	2,33	3	2,3
Predomínio convênio	5	3,87	12	9,3	17	13,2
Particular e convênio iguais	13	10,08	18	13,96	31	24,0
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>45,73</b>	<b>70</b>	<b>54,27</b>	<b>129</b>	<b>100</b>

O que se pode observar é que 60,5% (78) dos egessos relataram ter escolhido a clientela de sustentação a particular, um resultado inferior a pesquisa de Casetano (1993) onde a clientela particular alcançou 77,42% do total de pacientes atendidos, o que evidencia uma mudança no tipo de clientela atendida no consultório odontológico. Já no que se refere à clientela base conveniada, o resultado mostra que 15,5% (20) se encontram nesta situação.

Quanto à pesquisa de Marco et al. (2000) e do Inbrape (2003), estas confirmam que a maioria da clientela ainda é particular, apresentando respectivamente 70,8% e 52,4%. Estes resultados evidenciam que a sustentação da clínica privada a pesar da tendência de mudança, ainda é feita pela clientela particular que pode pagar melhor os serviços prestados pelos dentistas, proporcionando um rendimento médio mensal mais condigna capaz de sustentá-lo em sua vida.

Segundo Assada (2002), o mercado de serviços odontológicos tem se expandido através da participação das operadoras de planos e seguros privados de saúde. No Brasil no ano 2002, a Odontologia de Grupo atendi cerca de 4,5 milhões de pessoas. O crescimento previsto para os 3 anos seguintes estava estimado em 400%, o que totalizaria a cobertura de aproximadamente 16 milhões de pessoas. Estas operadoras são atores que estão atuando dentro do mercado de serviços odontológico, ocupando o espaço da demanda reprimida ou da demanda crescente. Acontece que estas operadoras visam à redução de custos e este fato reflete no pagamento aos profissionais, tornando-os insatisfeitos pela baixa remuneração e aos prazos de pagamento. O desafio do profissional é prestar atendimento de qualidade com baixo custo.

Os convênios e credenciamentos são no entender de Castro (2000) um mal necessário, haja vista que a realidade tem mostrado que o preenchimento da agenda diária na atividade clínica não se dá somente pela clientela particular, mas sim complementada pelos clientes oriundos de convênios odontológicos. É este tipo de clientela que pode trazer de forma mais rápida os primeiros pacientes e também ajudar no pagamento das contas, facilitando o estabelecimento do consultório. O que o profissional deve levar em consideração na hora de filiar-se a uma operadora de plano de saúde é conhecer a sua situação de registro junto ao CRO, sua tabela de honorários e o tipo de contrato, evitando desmotivação futura no momento de receber pelo trabalho fornecido e até mesmo ficar exposto a não cumprimento da legislação que trata destes convênios.

Outro fato pesquisado foi verificar como os profissionais entendiam sua jornada de trabalho diária, dentro dos níveis de classificação de excessiva, suficiente, razoável e insuficiente.

**Tabela 7** : Classificação do tipo de carga de trabalho.

Classificação	Egressos	%
Excessiva	30	23,6
Suficiente	54	42,5
Razoável	25	19,7
Insuficiente	18	14,2
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100</b>

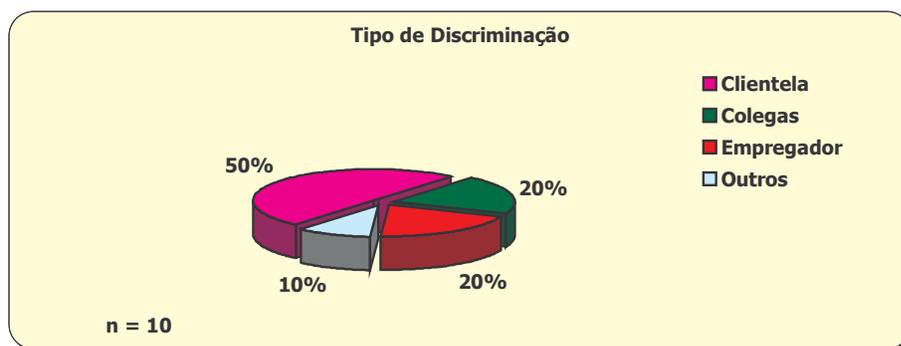
A distribuição dos 127 respondentes quanto a situação nos níveis de classificação da carga de trabalho se encontra assim disposta: 23,6% (30) profissionais considerando excessiva; 42,5% (54) declarando ser suficiente; 19,7% (25) considerando ser suficiente; e 14,2% (18) manifestando ser insuficiente.

Considerando-se que as cargas horárias razoável e insuficiente manifestam disponibilidade de tempo para trabalhar, tem-se que 43,9% (43) dos respondentes declararam intenção de trabalhar mais horas durante o seu dia de trabalho. As razões desta manifestação da disponibilidade de terem mais tempo para trabalhar diariamente, podem estar no fato de exercerem a profissão a pouco tempo e não se sentirem cansados, necessitarem trabalhar mais para se estabilizarem profissionalmente ou precisarem atender mais pacientes para aumentar a renda visando saldar seus compromissos profissionais e pessoais.

## 5.5 DISCRIMINAÇÃO PROFISSIONAL NO SEXO FEMININO

Uma dos questionamentos desta pesquisa era com respeito a discriminação profissional com o sexo feminino. Procurou-se saber se em algum momento da atividade profissional, estas perceberam estar sendo discriminadas profissionalmente.

Os dados obtidos com as respostas das 73 respondentes mostrou que 86,3% (63) relataram não terem tido qualquer experiência discriminatória profissional, ao passo que 10 relataram terem sido discriminadas. O fato da maioria não ter tido qualquer experiência discriminatória pode evidenciar que estas mulheres se sentem reconhecidas profissionalmente tanto pela clientela, como perante seus pares e agentes empregadores.

**Gráfico15:** Classificação dos tipos de discriminação.

Entre as 10 profissionais discriminadas como se pode notar 50% (5) relataram que a discriminação se deu pelos próprios pacientes, 20% pelo empregador e 20% pelos colegas de profissão. Apesar das mulheres estarem ocupando postos de trabalho de nível superior, ainda há um descrédito por parte da clientela, da classe profissional e de agentes empregadores.

## 5.6 POSIÇÃO POLÍTICO-PROFISSIONAL

Esta pesquisa procurou descobrir como os egressos se relacionam com as entidades de classe e vêem a sua importância dentro dos rumos da profissão odontológica.

**Tabela8:** Importância das entidades de classe na definição dos rumos da profissão.

Importância das entidades de classe	Sexo		Total%
	Masc	Fem	
Sim	33	49	82,63,56
Não	22	25	47,36,44
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>74</b>	<b>129,100</b>

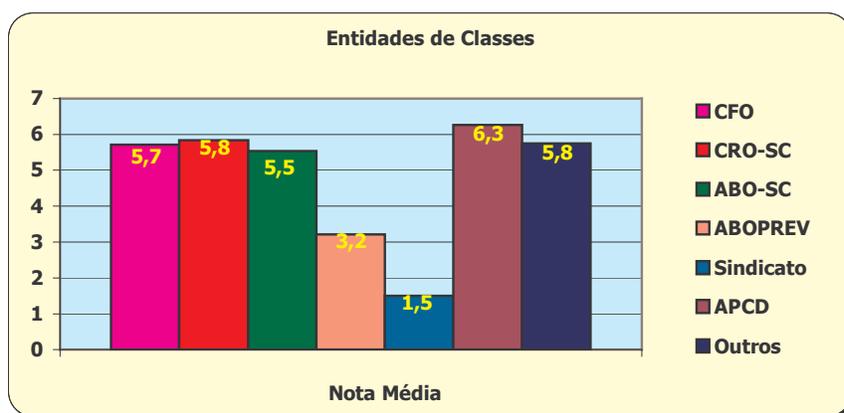
Entre os 129 respondentes, 63,56% (82) declararam entender que as entidades de classe são importantes na definição dos rumos da profissão odontológica. Apesar de ser a maioria, tem-se ainda 36,44% não percebendo esta importância, o que é preocupante uma vez que são estes órgãos que representam a classe odontológica e como estruturas organizadas possuem força política para reivindicar políticas públicas que possam beneficiar os cirurgiões-dentistas na sua profissão.

Quanto à filiação em outras entidades de classe, o CRO-SC que é obrigatória, os dados coletados mostram que dos 145 respondentes, 88,27% (128) declararam estar inscritos em outra instituição sendo que 70,31% (90) destes relataram que a filiação era

Associação Brasileira de Odontologia (ABO-SC). Este último dado é superior ao encontrado por Marcos et al. (2000) com 48,8% e próximo do encontrado na pesquisa do CRO (2002) que atingiu 72% de filiação. Já na pesquisa de Caetano (1993) a filiação na ABO foi de 80%, o que pode significar que no estado de Santa Catarina houve uma diminuição, esta talvez devida a motivos financeiros (pagamentos mensais) ou a opção de filiação em outras entidades (ABOPREV, APCD, Sindicato) que tornaram-se mais conhecidas e mais valorizadas.

Além da filiação foi solicitado que os respondentes dessem nota para o desempenho das entidades classistas conhecidas.

**Gráfico 16:** Avaliação de desempenho das entidades classistas segundo o egresso.



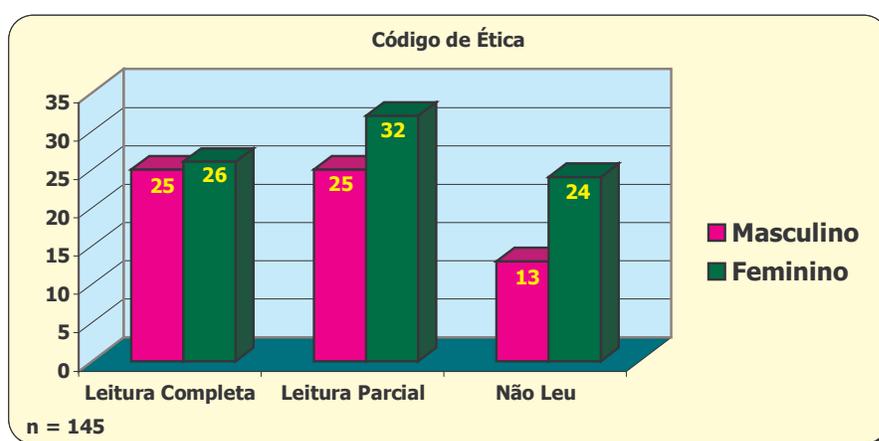
Os dados mostram quedas das duas entidades mais conhecidas, o CRO e a ABO, a nota média ficou entre 5,8 e 5,5 respectivamente. Quanto a entidade máxima a CFO, sua média praticamente se equivale ao CRO e ABO. O fato que chama a atenção é que apesar dos egressos na sua maioria (63,56%) terem declarado reconhecer a importância das entidades classistas nos rumos da profissão, pela avaliação de desempenho efetuada mostram o seu descontentamento entendendo que a atuação deste órgão tem muito a melhorar.

Na pesquisa do CRO (2002) a nota média conseguida foi de 6,88 o que pode ser considerada como regular e mais alta que a da presente pesquisa. De acordo com a pesquisa do CRO, o maior percentual de queixa sobre a atuação desta Instituição foi de 59% para o serviço de fiscalização tanto de praticos como de novas faculdades e sua respectiva qualidade, do código de ética, dos falsos especialistas e dos planos de saúde. Estes mesmos motivos podem ter refletido o pensamento dos egressos na hora de dar a nota ao CRO.

NapesquisadeMarcosetal.(2000),anotamédiadadaaoCROfoi7, Osuperioraos  
5,8encontradosnapresentepesquisa.

Além da avaliação de desempenho classista, procurou-se saber sobre a leitura do  
códigodeéticaodontológica.Estaperguntatinhaoobjetivode descobrir eoprofissional  
havia lido o documento que possui a legislação que norteia a conduta dos denti stas no  
exercícioprofissional.

**Gráfico 17:** Distribuição dos egressos quanto à situação da leitura do código de  
éticaodontológica.



Entre os 145 respondentes, 35,17% (51) realizaram a leitura completa. Este dado  
mostraque64,83%dosprofissionaispesquisadosnãoderamaindaadevidaimpor tânciaao  
referido código, o que é preocupante, pois trata-se do documento que trata das questões  
éticasdaprofissão,comoaáreade atuação, relaçõesprofissionaiscomcolegaseclientela,  
assimcomoomododedivulgaçãodotrabalho.

## 5.7 RENDIMENTO MENSAL E DIFICULDADES DE MERCADO DE TRABALHO

Os dados disponíveis na tabela 8 mostram que dos 141 respondentes, 26,2% (37)  
tem um ganho mensal inferior a 1,5 mil reais, 36,9% (52) de 1,5 a 2,5 mil reais, 21,3%  
(30) acima de 2,5 a 3,5 mil reais e o restante 9,2% acima de 4,5 mil reais. O maior  
percentual de egressos (36,9%) encontra-se na faixa de rendimento entre 1,5 a 2,5 mil  
reais. O segundo grupo encontra-se nos 26,2% que tem como rendimentos quantia inferior

a 1,5 mil reais. Observa-se então que 63,1% dos egressos tem maior rendimento até 2,5 mil reais.

**Tabela 9:** Distribuição dos egressos por faixa de rendimento mensal.

Faixa salarial mensal	Egressos	%
<1,5 mil reais	37	26,2
de 1,5 a 2,5 mil reais	52	36,9
>2,5 a 3,5 mil reais	30	21,3
>3,5 a 4,5 mil reais	9	6,4
>4,5 a 6 mil reais	10	7,1
>6 a 8 mil reais	3	2,1
>8 mil reais	0	0
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

Com relação ao sexo as mulheres são a maioria na faixa salarial até 2,5 mil reais acima desta faixa os homens passam a ser maioria. Talvez isto possa ser explicado pelo fato dos homens que trabalham em consultório na rede privada atingirem 13,95% com a clientela exclusivamente particular ao passo que as mulheres só atingiram 6,2%. Aliado a esta suposição, no quesito de clientela predominantemente conveniada as mulheres atingiram 9,3% contra apenas 3,87% dos homens. A possibilidade de ganho maior fica então como sexo masculino.

Na comparação da faixa salarial até 1,5 mil reais verificamos que os 26,2% obtidos se encontram muito próximos dos resultados da pesquisa de Marcos et al. (2000), onde o percentual foi de 31,2% nesta faixa de renda. Na faixa de renda entre 1,5 mil a 3,5 mil reais houve uma diferença bem significativa haja vista que obteve-se 58,2% contra 30,8% respectivamente. Na pesquisa do CRO-SC (2002) o maior percentual encontrado se situou em 35% na faixa de 1801,00 a 3200,00 reais também inferior a presente pesquisa.

Dentre as dificuldades de mercado de trabalho, os dados constantes da tabela 9 mostram que dentre todas as 391 razões citadas, 28,2% (110) se deve ao baixo poder aquisitivo da população para procurar o atendimento odontológico, seguido de 26,3% (103) citações de entenderem que há excesso de profissionais no mercado. Estes dois motivos juntos perfazem 54,47% das citações que evidenciam que além do mercado estar competitivo não há pacientes suficientes para procurar e pagar o atendimento odontológico.

**Tabela 10:** Classificação das dificuldades de mercado de trabalho.

Motivos de dificuldades	Total	%
Baixa poder aquisitivo	110	28,2
Repassados custos	103	26,3
Falta de priorização	83	21,2
Excesso de Dentistas	60	15,4
Concentração de Dentistas	21	5,4
Outros	14	3,6
<b>Total</b>	<b>391</b>	<b>100</b>

Interessante é que se referiram ao excesso de dentistas, mas não incluíram no mesmo patamar a má distribuição dos mesmos. Pode-se entender que simplesmente pela quantidade considerada excessiva, já se torna um obstáculo no mercado de trabalho. Pelo baixo número (21) de citações quanto ao repassado dos custos do tratamento para a clientela, os dentistas desta pesquisa não demonstraram qualquer dificuldade neste quesito.

Na comparação com a pesquisa brasileira do Inbrape (2003), o maior percentual de citação ficou em 40,8% com os preços dos materiais odontológicos. Se a condição para estes 24,7% do preço dos tratamentos tem-se 65,5% com estes motivos. Já em relação ao nível social dos pacientes o percentual atingiu 28,4% o que praticamente se iguala com o percentual de 28,2% da presente pesquisa.

Já em relação aos resultados de Marcos et al. (2000), as dificuldades de mercado são expressas em 62,8% para o excesso de profissionais seguida em 54,6% dos problemas criados pela política econômica do governo. O problema da má distribuição de renda ficou em terceiro lugar com 43,8% de citações bem mais elevado que o da presente pesquisa. O que se nota é que nas 3 pesquisas não houve uma concordância nos motivos mais citados.

## 5.8 SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E FUTURO DA PROFISSÃO

Os pesquisados foram questionados quanto ao seu grau de satisfação com a profissão e ao nível que possuem quanto ao futuro da profissão odontológica.

A tabela a seguir registra entre os 146 respondentes o grau de satisfação com a profissão.

**Tabela 11:** Distribuição dos egressos quanto ao grau de satisfação profissional.

Grau de satisfação	Sexo		Total %
	Masc %	Fem %	
Muito satisfeito 96,16	74,79	1610,9	
Satisfeito 3221,	92	2819,18	6041,1
Parcialmente satisfeito 2114,38		4228,78	6343,2
Insatisfeito 2	1,37	53,42	74,8
<b>Total</b>	<b>6443,83</b>	<b>8256,17</b>	<b>146100</b>

Observa-se que dentre os 146 pesquisados, 76 (52,0%) se encontram satisfeitos com a profissão, o que demonstra que as expectativas quanto a Odontologia estão sendo atingidas. Do grupo dos satisfeitos em parte nota-se que estes representam 43,2% do total pesquisado. Embora não estejam satisfeitos, pode-se justificar que este grupo entende que a profissão tem campo para oferecer melhores condições de crescimento profissional, ou seja, estão parcialmente satisfeitos por sentirem que merecem mais como seu trabalho.

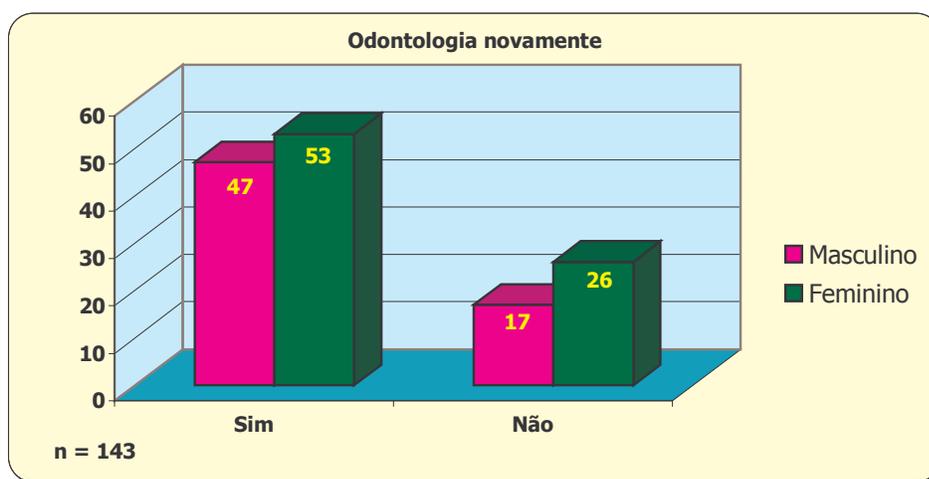
Comparando-se o resultado de 4,8% do grupo insatisfeito com a profissão com os dados obtidos por Nicolielo e Bastos (2002), em pesquisa desenvolvida com dentistas residentes na cidade de Bauru-SP, agrupados por tempo de formado (até 5 anos e mais de 5 anos), observa-se que este resultado é muito inferior aos 76,67% dos insatisfeitos que naquela pesquisa se encontravam nos profissionais formados até 5 anos. Com relação aos 52% dos satisfeitos foi bem abaixo dos 70% conseguido pelos autores, mas deve-se destacar que estas respostas estavam no grupo com mais de 5 anos de profissão.

De acordo com Nicolielo e Bastos (2002), satisfação profissional vem sendo descrita como “o estado emocional positivo resultante do prazer que se tem com a experiência do trabalho”. O grau de satisfação é dependente do desempenho profissional, dos rendimentos recebidos para proporcionar qualidade de vida, do reconhecimento social e da própria auto-estima do profissional. Também devem ser incluídos os níveis de estresse que a profissão proporciona, o ambiente de trabalho e o tempo que sobra para as atividades pessoais.

Dos 145 respondentes quanto à opinião sobre o futuro da profissão odontológica 63 (43,44%) são pessimistas, 41,38% (60) são otimistas e 15,18% (22) não têm opinião formada.

O gráfico abaixo expõe os dados relativos a pergunta que questionava se os egressos pudessem voltar no tempo, cursariam odontologia novamente.

**Gráfico18** :Distribuição dos egressos quanto a cursar odontologia novamente.



Dentre os 143 respondentes, observa-se que 69,93% (100) se voltassem no tempo para cursariam odontologia novamente, o que é um forte indício que estes egressos se identificaram com a profissão e que esta provavelmente está satisfazendo as suas expectativas. Ao comparar este resultado com os 52,05% que declararam estar satisfeitos com a profissão, pode-se supor que é este grupo de satisfeitos que faria odontologia novamente. O restante faltante provavelmente estará dentro dos 63 profissionais que declararam estar satisfeitos em parte.

Quanto ao sexo, observa-se que o masculino declarou-se mais interessado em cursar novamente a Odontologia, haja vista que alcançaram dentro de seu grupo 73,43% contra 67,08% das mulheres em seu grupo.

## 5.9 ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Uma das preocupações desta pesquisa foi verificar a possibilidade de algumas variáveis terem associação com a satisfação com a profissão. Dentre as variáveis de estudo escolheu-se as seguintes: propriedade do consultório odontológico, uso de trabalho auxiliar, ter outra atividade além de clínica, classificação da carga de trabalho, tipo de clientela atendida e sexo. Além destas também se efetuou a associação entre faixa de salário e tipo de atividade.

Para a realização do teste foi preciso elaborar as respectivas tabelas de contingência. Para isto se fez necessário a dicotomização das variáveis de cada uma das perguntas

pertinentes a este estudo inferencial. Esta estruturação pode ser melhor visualizada no anexo 4.

Os dados de cada uma das tabelas foram expostos ao teste não paramétrico de associação Qui-Quadrado com correção de continuidade. O nível de significância adotado foi igual a 0,05 onde  $p < 0,05$  representa associação estatística significativa e  $p > 0,05$  não há associação. Isto significa que se considerou no máximo até 5% de probabilidade de não ter associação entre as variáveis estudadas.

**Tabela 12:** Associação entre satisfação com a profissão e ser proprietário do consultório odontológico.

Satisfação	Proprietário		Total
	Sim	Não	
Sim	52	14	66
Não	34	29	63
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>43</b>	<b>129</b>

Pode-se observar na tabela 9, dos 129 profissionais que desenvolvem atividades de consultório odontológico na rede privada, a maioria (86) é proprietário do mesmo. Ao se aplicar o teste estatístico obteve-se o resultado do Qui-Quadrado com correção de continuidade no valor de 7,853 que corresponde ao valor de p (probabilidade de significância) igual a 0,005 evidenciando que há associação entre satisfação e ser proprietário do consultório odontológico.

Isto pode ser justificado pelo fato do profissional ser o proprietário do seu meio de produção, garantindo-lhe liberdade tanto de escolha do aparelhamento como de trabalho, segurança por saber que possui os meios para desenvolver suas atividades assim como a estabilidade proporcionada por saber que já fez este investimento e que não terá que desembolsar o montante necessário para adquirir de uma vez todo este equipamento. Em decorrência destes fatores se encontra satisfeito com a sua profissão. Em contrapartida, aqueles que não tem esta propriedade (43) acabam sendo obrigados a procurar consultório de colegas para trabalhar, quer seja em regime de aluguel ou de percentagem, ocasionando gastos (aluguel) ou diminuição de rendimentos. Isto pode fazer com que estes profissionais sejam explorados, não lhes proporcionando satisfação com a profissão. Além do fato de não terem liberdade, segurança e estabilidade nos desenvolvimentos de suas atividades.

**Tabela 13:** Associação entre satisfação com a profissão e trabalhar com uso de recurso humano auxiliar.

Satisfação	Uso de auxiliar		Total
	Sim	Não	
Sim	18	48	66
Não	27	36	63
Total	45	84	129

Os dados da tabela acima mostram que dos 129 dentistas que executam atividades clínicas em consultório odontológico na rede privada cerca de 84 não fazem uso de auxiliar a passo que 45 fazem. Dentro do grupo que não se utiliza de auxiliar é maior número de profissionais que estão satisfeitos com a profissão assim como nos que se utilizam é menor número de satisfeitos.

A aplicação do teste do Qui-Quadrado com correção de continuidade apresentou o valor de 2,794 que corresponde ao valor de  $p$  (probabilidade de significância) igual a 0,095 mostrando que não há associação entre satisfação e trabalhar com auxiliar.

Este resultado pode ser justificado pelo fato destes profissionais entenderem que conseguem realizar a contento o seu trabalho sem ajuda de outrem, ou que o custo de um auxiliar não seja compensatório na questão da produtividade e qualidade do trabalho por ele efetuado.

**Tabela 14:** Associação entre satisfação com a profissão e tipo de atividade exercida.

Satisfação	Tipo de atividade		Total
	Só clínica	Clínica e outra	
Sim	44	22	66
Não	33	30	63
Total	77	52	129

Nesta tabela se observa que a maioria (77) dos 129 dentistas realiza exclusivamente atividade clínica de consultório, ficando o restante (52) distribuído nas atividades de consultório associada a outra atividade.

O teste do Qui-Quadrado com correção de continuidade mostrou o valor de 2,172 que corresponde ao valor de  $p$  (probabilidade de significância) igual a 0,141 mostrando que não há associação.

O que se nota é que no grupo dos não satisfeitos praticamente se equivalem os profissionais que só executam atividades clínicas e os que executam este tipo de atividade associada a outra atividade.

A explicação para a falta de associação pode estar contida no fato destes profissionais valorizarem seu trabalho não pelo tipo de atividade desenvolvida mas sim pela sua facilidade, nível de exigência, qualidade produzida, abrangência e reconhecimento social.

**Tabela 15** : Associação entre satisfação com a profissão e classificação da carga de trabalho.

Satisfação	Carga de trabalho		Total
	Excessiva	Não excessiva	
Sim	16	50	66
Não	16	47	63
Total	32	97	129

Os dados da tabela acima evidenciam que a maioria (97) dos 129 dentistas com atividade clínica considera a sua carga de trabalho não excessiva com praticamente uma equivalência entre os satisfeitos e não satisfeitos. Quanto aos 32 restantes, estes consideram a carga excessiva, sendo que a metade está satisfeita e a outra metade não satisfeita. Ao se verificar a questão da satisfação com a profissão nota-se que praticamente se igualamos quem estão e não estão satisfeitos.

O teste do Qui-Quadrado com correção de continuidade apresentou o valor de 0,000 que corresponde ao valor de  $p$  (probabilidade de significância) igual a 1,000 evidenciando que não há associação entre satisfação e carga de trabalho.

Entre as possíveis justificativas para este resultado, destaca-se o fato destes profissionais serem jovens, possuindo maior vitalidade para suportar uma maior carga de trabalho diária, conseqüentemente não se sentindo cansados. Além disto, o fato de estarem a menos de 8 anos atuando na profissão, provavelmente ainda não lhes proporcionou uma estabilidade financeira o que pode estar estimulando-os a trabalhar além das horas de um trabalhador comum, visando a procura desta estabilidade.

**Tabela16** : Associação entre satisfação com profissão e tipo de clientela.

Satisfação	Tipo de clientela		Total
	Predominante particular	Não predominante particular	
Sim	42	24	66
Não	36	27	63
Total	78	51	129

Os dados acima mostram que há um predomínio (78) entre os 129 dentistas com atividades clínicas, daqueles que atendem clientela predominantemente particular. No entanto, quanto a estar ou não satisfeitos praticamente se equivalem os dois grupos.

Após a aplicação do teste do Qui-Quadrado com correção de continuidade o valor encontrado foi de 0,329 que corresponde ao valor de  $p$  (probabilidade de significância) igual a 0,566 mostrando que não há associação entre a satisfação com o tipo de clientela atendida.

Pode-se supor que isto se deva ao fato da exigência com o tipo de procedimento clínico, tempo de trabalho e gasto com materiais, não estar ligada unicamente a um determinado tipo de clientela e sim a qualquer tipo que é atendida. Desta forma, esta variável não determina a satisfação com a profissão.

**Tabela17**: Associação entre satisfação com profissão e rendimento mensal.

Satisfação	Rendimento mensal		Total
	>1500,00	<1500,00	
Sim	66	10	76
Não	38	32	70
Total	104	42	146

Como observa-se nos dados acima a maioria (104) dos 146 respondentes relatou um rendimento mensal acima de 1.500,00 reais ficando o restante (42) recebendo valores mensais inferiores a 1.500,00 reais. O quantitativo daqueles que se encontram satisfeitos e ganhando acima de 1.500,00 reais chega a 66 ao passo que no grupo que recebe até 1.500,00 reais mensais só alcança 10 profissionais.

O teste do Qui-Quadrado com correção de continuidade mostrou o valor de 17,292 que corresponde ao valor de  $p$  (probabilidade de significância) igual a 0,000 evidenciando que há forte associação entre a satisfação e o ganho mensal.

Evidentemente que o fato de receber mais mensalmente facilitar a e garantirá o pagamento dos encargos decorrentes da atividade profissional, e também possibilitará a sobrevivência do profissional assim como de seus familiares. Permitirá também recursos financeiros para a formação continuada e investimentos na área profissional.

**Tabela 18** : Associação entre satisfação com a profissão e sexo do profissional.

Satisfação	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Sim	41	35	76
Não	23	47	70
Total	64	82	146

A tabela acima permite observar que apesar do sexo feminino ser maior (82) entre os 146 profissionais, o maior (41) contingente de satisfação encontra-se no sexo masculino.

A aplicação do teste do Qui-Quadrado com correção de continuidade apresentou um valor de 5,754 que corresponde ao valor de  $p$  (probabilidade de significância) igual a 0,001 evidenciando que há forte associação entre a satisfação e o sexo.

A explicação para justificar que o sexo masculino se encontra mais satisfeito com a profissão pode estar no fato de os homens se sentirem mais reconhecidos pelo seu trabalho, possuem clientela mais fiel e com melhores padrões sociais e econômicos. Também pode ser que os homens se sintam responsáveis pelos sustento familiar ao passo que as mulheres entendem que não possuem esta responsabilidade participando somente na complementação da renda familiar.

O último teste de associação foi efetuado entre a variável rendimento mensal com a variável tipo de atividade exercida.

**Tabela 19** : Associação entre rendimento mensal e tipo de atividade.

Rendimento mensal	Tipo de atividade		Total
	Só clínica	Clínica e outra	
até 1500,00	13	19	32
>1500,00	64	33	97
Total	77	52	129

Entre os profissionais que participaram deste estudo, a maioria (77) só exercia atividade clínica ao passo que 52 exerciam além da atividade clínica outra atividade.

O teste do Qui-Quadrado com correção de continuidade apresentou o valor de 5,418 que corresponde ao valor de  $p$  (probabilidade de significância) igual a 0,020 mostrando que há associação entre ganhar mais mensalmente com o tipo de atividade.

Como se observa entre aqueles (97) que ganham acima de 1.500,00 reais, a maioria (64) só executa atividade do tipo clínico. Talvez este efetivo de profissionais se encontre mais desenvolvendo esta atividade na clínica privada, que permite a ampliação do horário de trabalho, traduzindo-se em mais pacientes com possibilidade de obter maior rendimento, ao passo que aqueles que realizam a clínica associada à outra atividade acabam tendo menos horas para atuar na clínica privada em decorrência do comprometimento com a outra atividade. Outro fato que pode estar contribuindo para esta relação, é que quem executa outra atividade tem um salário fixo não permitindo neste caso qualquer possibilidade de expansão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Odontologia no Brasil tem mostrado em sua trajetória histórica, que nos últimos 20 anos vem passando por transformações quer relativa ao desenvolvimento técnico-científico, quer na expansão das medidas de caráter coletivo visando abranger a maior parte da população e até mesmo nas pesquisas visando o conhecimento das etiologias das doenças bucais.

O ensino odontológico como formador dos recursos humanos destinados a esta área tem a obrigação de acompanhar as mudanças ocorridas no quadro epidemiológico da população, capacitando profissionais para atender as reais necessidades e não apenas a parte da mesma com poder aquisitivo para usufruir dos serviços odontológicos na rede privada. A comissão de especialistas de Odontologia da SESu/MEC foi muito clara quando da emissão do documento de enquadramento das Diretrizes Curriculares de Odontologia, ao enfatizar o perfil do novo dentista como um profissional generalista, com sólida formação técnico-científica, humanística e ética, orientada para a promoção da saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes. Este profissional deverá ser capaz de interagir com a sociedade, tendo capacidade de liderança e sensibilidade social. A sua capacitação deverá ser capaz de prepará-lo para exercer a profissão em consultório privado, mas também a serviços socializados trabalhando em equipes multidisciplinares. Uma formação capaz de estimular o futuro profissional a refletir criticamente sobre a sucessão de fatos que ocorrem na estrutura da sociedade e das políticas econômicas de governo que acabam repercutindo na conformação do mercado de trabalho. O mercado de trabalho odontológico exige que além das informações e habilidades técnicas, o profissional se preocupe com as questões políticas e econômicas tanto relativas ao país

comoda classe e que este já preparado para administrar com eficiência quando do trabalho na rede privada, a sua microempresa.

Alguns dados expostos neste trabalho possibilitam analisar como se processou a inserção dos egressos no mercado de trabalho e como vem desenvolvendo a sua profissão.

São profissionais que se formaram jovens, dentro do prazo previsto para a complementação do curso, justificado por se tratar de um curso em período integral exigindo dedicação exclusiva, aliada ao fato de serem filhos de famílias com bom grau de instrução e possivelmente de condições financeiras suficientes para sustentá-los durante todo o decorrer do período de formação.

O sexo que prevalece neste grupo pesquisado é o feminino, destacando-se que os egressos em sua maioria são naturais de Santa Catarina e escolhem este Estado para seu trabalho profissional. Além disso, procuraram se estabelecer apenas em cidades de sua mesma origem.

Trata-se de profissionais preocupados com a formação permanente, comprovado pelas informações de sentirem necessidade de aprimorar seus conhecimentos, de lerem rotineiramente bibliografia científica odontológica e de já ter frequentado, se encontrar frequentando e até mesmo pretender frequentar cursos de pós-graduação. Isto provavelmente representa os estímulos recebidos durante o curso para a leitura e educação permanente, aliado às exigências do mercado competitivo.

Levaram menos de 6 meses para iniciar as atividades profissionais, o que demonstra que existe campo de trabalho na Odontologia e que provavelmente devido à preocupação com a profissão já tinham procurado com antecedência local para se estabelecer. Na rede privada, praticamente são proprietários de seu equipamento, demonstrando que a segurança no exercício profissional passa pela propriedade dos meios de produção e que vale a pena investir na profissão em razão de entenderem que o mercado de trabalho é promissor. A maioria executa atividades de clínica geral, o que se encontra em acordo com o enquadramento das Diretrizes Curriculares de Odontologia estabelecidas pela comissão de especialistas de Odontologia da SESu/MEC. Deve-se destacar que até os especialistas além de sua especialidade acabam também desenvolvendo o tipo de clínica.

O trabalho realizado na clínica privada pela maioria é feito com ajuda de pessoal auxiliar, no entanto parte deste recurso não é o qualificado expondo o profissional às sanções da legislação em vigor. O desconhecimento das reais atribuições do trabalho

auxiliar pode ser explicado pelo fato de estes profissionais não terem uma preocupação de ler o código de ética odontológico, demonstrando que desconhecem a legislação que os enquadra em suas obrigações profissionais e às sanções previstas. O currículo do curso de graduação deve se preocupar não apenas em trabalhar as questões éticas com seus alunos, mas também conscientizá-los da importância deste conhecimento.

A carga de trabalho total dos profissionais de maneira geral situa-se entre 6 a 10 horas, com maior ênfase na faixa de 8 a 10 horas diárias, o que supera o horário normal de trabalho. No entanto, estes dentistas não se sentem com carga excessiva de trabalho, provavelmente por serem jovens e possuírem vitalidade assim como procurar ter uma estabilidade profissional devido ao pouco tempo de exercício profissional.

Na clínica privada a clientela particular ainda é predominante, mas com a tendência da inserção da clientela conveniada, o que provoca mudanças nas relações sociais de produção, passando o profissional a se submeter aos preços das operadoras de convênios. Relatam como dificuldade de mercado pela ordem de baixa capacidade da população e excesso de dentistas, o que mostra que possuem menos pacientes e para compensar tem que trabalhar mais e que a competitividade os força a cobrar menos por seu trabalho, sujeitando-se aos planos de convênios.

A faixa de rendimentos total destes profissionais situa-se entre 1,5 até 4,5 mil reais, que se encontra dentro da média brasileira para profissões de nível superior.

As mulheres não se sentem discriminadas profissionalmente, o que mostra que além do aumento destas na profissão, vêm conquistando a sua valorização entre seus pares, empregadores e a sociedade.

Entendem que as entidades de classe são importantes para determinar os rumos da profissão, mas que esperam mais das mesmas, o que pode ser significativo, pois estas entidades representam a classe odontológica nas reivindicações de políticas públicas de saúde bucal que possam beneficiar a população assim como expandir o mercado de trabalho odontológico.

A satisfação com a profissão está ligada fortemente aos rendimentos recebidos e a propriedade dos meios de produção, que se justifica pela segurança proporcionada ao dentista tanto do seu local de trabalho como do cumprimento de suas obrigações profissionais dos sustentos de sua família.

O trabalho desenvolvido na rede privada e na rede pública vai ao encontro da afirmação de Zanetti (2003), que coloca historicamente o ensino odontológico qualificando profissionais através de cursos que procuram desenvolver habilidades suficientes para o exercício profissional, que poderão ser da esfera do mercado de serviços dos serviços públicos. Por serem distintas, cada uma destas esferas demanda qualificações inerentes às suas práticas específicas, mas não se pode deixar de destacar que em ambas existe um conjunto de qualificações comuns identificadas na prática clínica terapêutica e operatória com ações preventivas, adequadoras, cirúrgicas e restauradoras.

Cabe então ao aparelho formador estruturar o currículo visando formar um perfil de profissional que atenda às exigências reais da população e facilitando a inserção do egresso no mercado de trabalho odontológico.

A qualificação profissional do dentista não pode estar resumida na sua competência técnica-científica. As exigências do mercado de trabalho solicitam dos profissionais uma diversidade de habilidades, ultrapassando o caráter tecnológico e clínico do atendimento isolado que ficou insuficiente em assegurar uma inserção vantajosa no mercado de serviços. A competitividade gerou uma sensibilização geral às demandas por novas habilidades, tais como posturas qualificadas na ética, comunicação, antropologia, sociologia, satisfação, cuidado integral mediante procedimentos promocionais e preventivos, administração, biossegurança, negociação, etc.

Finalizando, gostaria de articular os princípios da ética com a cidadania citados por Garrafa (1993), em que é praticamente impossível alcançar níveis adequados de saúde bucal para a população brasileira se não existir um pleno processo de cidadania, que só poderá ser conseguida como o estabelecimento de uma nova ética odontológica, que deverá envolver todos os atores participantes desta complexa situação. O elemento ético-filosófico agregador para este processo, é a compreensão e aplicação prática do princípio de responsabilidade não só técnica científica, mas principalmente social e moral. A formação de recursos humanos para atender às necessidades odontológicas da maioria da população (Sistema Único de Saúde), deve constituir um processo radicalmente comprometido com a mesma, onde atuem conjuntamente e de forma responsável os setores educacionais e sanitários responsáveis, com o rompimento do atual quadro de distanciamento e conseqüente dicotomia. A Odontologia deve ser vista dentro da sua verdadeira dimensão social, ou seja, como o instrumento que permitirá atingir a cidadania ao povo brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Izamir Carnevalide; ARAÚJO, Marizeli Vianade Aragão. **Programa de saúde da família e a saúde bucal**. Revisado em novembro de 2001. Disponível em: <<http://intermega.com.br/odontomanager/art%20iza%20psf.htm>>. Acesso em: 30 abril 2003.
- ASSADA, Ricardo M. Paradoxos da Lei dos planos de saúde. **Rev. Associação Brasileira de Odontologia Nacional**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 5, p. 266-267, out./nov. 2002.
- BORGES, Felipe Pasquotto. **Satisfação no trabalho para farmacêuticos empregados em farmácias comerciais do município de Florianópolis, Santa Catarina**. 2001. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Comissão de especialistas do ensino de graduação em odontologia: diretrizes curriculares para o curso de graduação em odontologia**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>>. Acesso em: 23 março 2002.
- CAETANO, João Carlos. **Recursos humanos em odontologia: análise da situação no Brasil**. Santa Catarina, jul. 1998. Trabalho não publicado.
- \_\_\_\_\_. **Formação profissional, força de trabalho em odontologia**: tendências e perspectivas em Santa Catarina. 1993. 213 f. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Curso de Pós-graduação em Odontologia Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- CARVALHO, Cíntia; ORLANDO, Simone. Futuro incerto. **Rev. Brasileira de Odontologia**. v. 58, n. 1, p. 36-39, jan./fev. 2001
- CARVALHO, Cristiana L. Trabalho e profissionalização das categorias auxiliares em odontologia. **Rev. Ação Coletiva**. Brasília, v. 2, n. 1, p. 25-34, jan./mar. 1999.
- CARVALHO, D. R. de; CARVALHO A. C. P. de; SAMPAIO, H. Motivações e expectativas para o curso para o exercício da Odontologia. **Rev. APCD**, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 345-349, jul./ago. 1997.
- CASTRO, Marcos. **Convênios e credenciamentos: juntar-se ou não à eles?** Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/marketing6.htm>>. Acesso em: 23 março 2002.

CHAVES, Mário M. **Odontologia social**. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (Brasil). **Lein.º 5081 de 24 de setembro de 1966, dispõe sobre a regulamentação do exercício da Odontologia**. Disponível em: <[www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br)> Acesso em: março de 2002

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Cadastro do cirurgião dentista**. Disponível em: <[www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br)> Acesso em: abril de 2003

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA. **Cadastro do Cirurgião-Dentista – totalização por idade e sexo no CRO**. Disponível em: <[www.crosc.org.br](http://www.crosc.org.br)> Acesso em: março de 2002

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA. **Cadastro do Cirurgião-Dentista – totalização por idade e sexo no CRO**. Disponível em: <[www.crosc.org.br](http://www.crosc.org.br)> Acesso em: 30 abril 2003

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA. **Perfil dos cirurgiões-dentistas de Santa Catarina e expectativas com relação ao CRO**. Florianópolis, 2002. p. 30

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. **Perfil do profissional de odontologia de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2000. p. 78

FREITAS, Sergio Fernando Torres de. **Histórias social da cárie dentária**. Bauru: EDUSC, 2001.

GARRAFA, Volnei; MOYSÉS, Samuel Jorge. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina, n. 13, p. 06-17, jul. 1996.

GARRAFA, Volnei. Saúde bucal e cidadania. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 41, p. 50-57, dez. 1993

GELBCKE, Francine Lima; REIBNITZ, Kenya Schmidt. Empregabilidade: perda ou reconquista da cidadania? In: CIANCIARULO, Tâmara Iwanow; CORNETTA, Vitória Kedy. (Org.) **Saúde, desenvolvimento e globalização**: um desafio para gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, 2002. p. 149-173

GREC, Waldir; DARUGE, Eduardo; DARUGE JR., Eduardo. **Aspectos éticos e legais no atendimento odontológico por convênios**. 1998. Disponível em: <<http://www.ibemol.com.br/forense1998/10.asp>> Acesso em: 23 março 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS E PESQUISAS SÓCIO-ECONÔMICOS – Inbrape. **Perfil do cirurgião-dentista no Brasil**. São Paulo, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Censo populacional**. 2001. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> Acesso em: 30 abril 2003.

MACHADO, Maria Helena. Participação da mulher na força de trabalho em saúde no Brasil – 1970-80. **Textos de apoio: planejamento I. Recursos humanos em saúde**. Rio de Janeiro: Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública, 1987. p. 51-62

- MACHADO, Maria Helena (Org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 13-33.
- MARCOS, B. ; MARTINS, E. M. ; OLIVEIRA, A. M. S. D. de. **Perfil do profissional de odontologia de Minas Gerais**. Belo Horizonte, Conselho Regional de Odontologia-MG, 2000. p. 78
- MYASAVA, Daniela; GUIMARÃES, Elisabete Lopes. **Egressos do curso de Odontologia da UNIVALI no período de 94/1 a 98/2: perfil profissional e inserção no mercado de trabalho**. 2000, 53 f.. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Curso de Graduação em Odontologia, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.
- NARVAI, Paulo Capel. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- \_\_\_\_\_. Recursos humanos para promoção de saúde bucal In: KRIGER, L. (Org.) **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 447-463.
- \_\_\_\_\_. **Mais dentistas?** Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel6.htm>> Acesso em: 23 março 2002.
- NICOLIELO, Juliana; BASTOS, José Roberto de Magalhães. Satisfação profissional do cirurgião-dentista conforme tempo de formado. **Rev. Faculdade de Odontologia de Bauru**. v. 10, n. 2, p. 69-74, 2002.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. As dimensões do trabalho em saúde. In: A MÂNCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, M. Cecília G. B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Mercado de trabalho em saúde: conceitos e medidas. **Textos de apoio: planejamento I. Recursos humanos em saúde**. Rio de Janeiro: Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública, 1987. p. 21-23
- NOVAES, H. M. D. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica. In: BOTAZZO, Carlos; FREITAS, Sérgio Fernando Torres de. **Ciências sociais e saúde bucal**. São Paulo: EDUSC, 1998.
- Odesequilíbrio entre a oferta e a procura. **APCD Jornal**, São Paulo, p. 26-27, out. 2000.
- OLIVEIRA, Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa et al. Modelo assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Rev. Ação Coletiva**. v. 2, n. 1, p. 9-14, jan./mar. 1999.
- OLIVEIRA, A. G. R. da C.; SOUZA, E. C. F. de. **A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial**. 2000. Disponível em: <[http://www.geocities.com/Athens/Styx/4684/sal\\_bra.htm](http://www.geocities.com/Athens/Styx/4684/sal_bra.htm)> Acesso em: 23 março 2002.
- OLIVEIRA, T. de F. R. **Pesquisa biomédica: da procura, do chado e da escrita de tese e comunicação científica**. São Paulo: Atheneu, 1995.
- PINTO, Vitor Gomes. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 2. ed. São Paulo: Santos, 1990.
- \_\_\_\_\_. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000.

- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed.PortoAlegre:ArtesMédicas,1995.
- PORTILLO, Jorge Cordon. O espectro do ensino. **Revista Gaúcha de Odontologia**. PortoAlegre, v.28,n.3,p.173-175,jul./set.1980.
- \_\_\_\_\_. A crise atual da natureza e organização da prática odontológica. **Jornal do CRO-MG**.BeloHorizonte,v.19,n.105,p.24-25,out.1999.
- \_\_\_\_\_. Estudos sobre a força de trabalho em saúde bucal: características do cirurgião-dentista no Distrito Federal. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**. São Paulo, p. 19-26, out. 1991.
- QUELUZ, Dagmar de Paula. Recursos humanos na área odontológica. In: PEREIRA, Antônio Carlos (Org). **Odontologia em saúde coletiva** : planejando ações e promovendo saúde.PortoAlegre:Artmed,2003.
- RABELLO, Silvia Braga; GODOY, Carla Valéria; PADILHA, Wilson W. N. Porque a odontologia se transformou numa profissão. **Rev. Brasileira de Odontologia**. v.57,n.2, mar./abr.2000.
- RING, Malvin E. **História ilustrada da Odontologia**. São Paulo: Manole, 1998.
- ROSA, José Edú; MADEIRA, Ademar Américo. **Odontologia catarinense** : evolução, ensino e movimento associativo. Florianópolis: Editora da UFSC, 1982.
- SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; VILELA, R. M. et al. I. Mulher na Odontologia: uma análise quantitativa. **Rev. Brasileira de Odontologia**, São Paulo, v. 59, n. 6, p. 400-403, nov./dez.2002.
- SANTOS, Leônidas Galbas. A nova odontologia. Disponível em: <<http://www.saudebucal.com.br/coluna/novaodonto.htm>> Acesso em: 27 setembro 2001.
- SILVA, Silvio Rocha Corrêa da; ROSA, Antônio Galvão Fortuna. Características dos cirurgiões-dentistas com vínculo empregatício em empresas públicas e/ou privadas no município de Araraquara-SP. **Rev. de Odontologia UNESP**. v.25,n.esp.,p.9-18,1996.
- SOUZA, D.S.; CURY, J.A.; CAMINHANETO, J.A. et al. I. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**. v.2, n.2, p.7-29, 2001.
- SOUZA, Heloisa Machado de. Reforma da reforma. **Rev. Brasileira de Saúde da Família**. Ano II, n.4, p.2-3, jan.2002.
- TAMAYO, A. Prioridades axiológicas e satisfação no trabalho. **Rev. de Administração**, São Paulo, v.35,n.2,p.37-47,abr./jun.2000.
- TEITELBAUM, Henrique. Os excessos do mercado. **Rev. Associação Brasileira de Odontologia Nacional**, São Paulo, v.4,n.6,p.384-386,dez./jan.1997.
- \_\_\_\_\_. Equidade. **Rev. Associação Brasileira de Odontologia Nacional**, São Paulo, v.7,n.2,abr./maio.1999.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para municípios:** manual para gerenciamntodosdistritossanitários.2.ed.SãoPaulo:HUCITEC ,1997.

ZANETTI,CarlosHenriqueGoretti.Acrisedaodontologiabrasileira:asmudançases-  
turaisdomercadodeserviçoseoesgotamentodomododeregulaçãocura  
tivodemassa.  
**Rev.AçãoColetiva.** v.2,n.3,p.11-24,jul./set.1999.

ZANETTI,CarlosHenriqueGoretti. **Odontologia:**habilidadesesecolhas.Disponívelem:  
<[www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/mercado/estrutural/habilidades.htm](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/mercado/estrutural/habilidades.htm)>Acesso  
em:30/4/03

## **ANEXOS**

## **ANEXO1**

**Questionário para egressos do Curso de Odontologia da UFSC, período 1994/2 – 2001/1**

Leia as perguntas a seguir e responda as mesmas colocando um X nas respostas que refletem a real situação de sua atividade profissional, e se houver necessidade complementenaslinhasdisponíveis.

**Identificação**

- 1-Sexo: masc fem
- 2-Nacionalidade: brasileira estrangeira
- 3-Naturalidade(sigla da unidade da federação): \_\_\_\_  
nocasodeestrangeiro,citaropaísdeorigem: \_\_\_\_\_
- 4-Estadocivil: solteiro(a) casado(a) divorciado(a)  
viúvo(a) outros
- 5-Graude escolaridade dos pais:  
pai \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ mãe \_\_\_\_\_
- 6-Possui algum parente que seja dentista?  
sim não  
**caso afirmativo**, assinale o grau de parentesco:  
pai mãe irmão(a) tio(a) primário(a)

**Quanto a formação**

- 7-Idade com que se graduou: \_\_\_\_\_ anos
- 8-Ano de sua graduação: \_\_\_\_\_
- 9-Se formou dentro do prazo previsto (4 anos e meio)?  
sim não
- 10-Tem o hábito de ler livros ou revistas de caráter científico da área odontológica?  
sim não
- caso afirmativo** :  
a) qual a periodicidade de leitura? b) Cite o nome de duas revistas/livros mais lidos:  
mensal \_\_\_\_\_  
bimensal \_\_\_\_\_  
trimestral \_\_\_\_\_  
semestral \_\_\_\_\_
- 11- Possui o hábito de usar a InterNet para procurar conteúdos de caráter científico sobre a área odontológica?  
sim não

12- Você lê rotineiramente algum jornal ou informativo, impresso e distribuído por entidade representativa da classe odontológica?

( ) sim ( ) não

**caso afirmativo**, citar quais:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13- Sentenecessidadedeaprimorarseusconhecimentos?

( ) sim ( ) não

**caso afirmativo**, em que situação você se encontra em relação a pós-graduação? (especialização, mestrado, doutorado, aperfeiçoamento e/ou atualização)

( ) já curse citar: \_\_\_\_\_

( ) estou cursando citar: \_\_\_\_\_

( ) pretendo cursar citar: \_\_\_\_\_

14- Se já cursou, quanto tempo depois de formado frequentou a primeira pós-graduação?

Citar: \_\_\_\_\_

15- Dentre as razões abaixo, qual **aquela que mais** o levou ou o levará a fazer o curso de pós-graduação?

( ) identificar-se teórica e tecnicamente com a mesma

( ) necessidade de titulação para a atividade profissional

( ) necessidade de complementação teórica/técnica

( ) entender que existe bom mercado para a mesma

( ) outros (citar) \_\_\_\_\_

16- Desde a sua formatura, participou de Congresso, Jornada, Simpósio, Seminário, etc.?

( ) sim ( ) não

**caso afirmativo**, com que periodicidade?

Citar: \_\_\_\_\_

### Quanto à inserção no mercado de trabalho

17- Após a sua formatura, quanto tempo em média levou para exercer a atividade profissional?

( ) de um a três meses

( ) de três a seis meses

( ) de seis meses a um ano

( ) mais de um ano

18- Assinale **as alternativas abaixo** que exemplificam a sua ocupação em postos de trabalho no exercício da sua profissão?

( ) rede pública

( ) forças armadas

( ) Sindicatos, SESC, SESI, Associações, outros

( ) magistério (Curso de Odontologia)

( ) magistério e outros cursos de nível superior

( ) magistério e cursos de nível elementar e/ou secundário

( ) outros

19- Em quantas cidades você exerce a atividade profissional?

( ) apenas uma cidade

( ) mais de uma cidade

20- A cidade onde desenvolve a sua maior carga de trabalho é a mesma onde morava até se formar?  
 sim  não

21- Dentre as alternativas abaixo, qual **aquela que mais determinou** a sua escolha pela cidade onde desenvolve suas atividades profissionais?

- relação CD/Habitantes ser favorável  
 desenvolvimento econômico da mesma  
 ser centro de formação de recursos humanos e facilitar o acesso a formação continuada  
 possuir nela a sua família, amigos, namorada(o), noiva(o), esposa(o)  
 herdar ou ter emprestado o consultório de parente ou conhecido  
 ter sido classificado em concurso público  
 outro (especifique) \_\_\_\_\_

22- Dentre as alternativas abaixo, **assinale em ordem decrescente** de importância ( **1,2,3 ...** ), as dificuldades que teve **para o início** da sua profissão :

- escolha do local para trabalhar  
 não possuir recursos financeiros para aquisição de equipamentos, instrumentos e materiais de consumo  
 não possuir todos os equipamentos e instrumentos e materiais de consumo básicos considerados adequados  
 relacionamento humano com a clientela atendida  
 relacionamento comercial com a clientela atendida  
 gerenciamento do consultório  
 insegurança quanto a formação técnica  
 outro (especifique) \_\_\_\_\_

23- Como está distribuída a sua carga de trabalhos emanal?  
 somente como dentista clínico (rede privada, pública, SESC, SESI, etc)  
 como dentista clínico e outro (especifique) \_\_\_\_\_  
 somente como outro (especifique): \_\_\_\_\_

24- Considerando toda a sua atividade profissional ligada à odontologia, qual a sua jornada de trabalho diária?  
 menos de 4 horas  
 de 4 a 6 horas  
 de 6 a 8 horas  
 de 8 a 10 horas  
 mais de 10 horas

**As perguntas do número 25 ao número 32 deverão ser respondidas pelos profissionais que desenvolvem atividades profissionais em consultório odontológico particular e/ou localizado em clínica na rede privada. Aqueles que não exercem este tipo de atividade, devem passar diretamente a pergunta den.º 33**

25- O consultório em que trabalha é:  
 de sua propriedade  
 alugado  
 emprestado  
 em regime de trabalho de percentagem

26- Este consultório está localizado em clínica odontológica?

sim ( ) não

**caso afirmativo**, sua atividade é:

só de clínica geral

só de especialista

ambas

27- No desenvolvimento das suas atividades clínicas diárias, trabalha:

sem ajuda de auxiliar

com auxílio de Atendente de Consultório Dentário (ACD)

com auxílio de Técnico de Higiene Dental (THD)

com auxílio de secretária administrativa

com ajuda de outro (especificar) \_\_\_\_\_

28- No caso de **trabalhar sem ajuda** de auxiliar, o faz porque:

entendo que sozinho(a) produz mais rapidamente

até o momento, os ganhos não permitem a contratação de ACD, THD e/ou secretária

ainda não encontrou recurso humano devida mente qualificado

outro (especifique) \_\_\_\_\_

29- A clientela atendida é de característica:

exclusivamente particular

predominantemente particular

exclusivamente conveniada

predominantemente conveniada

particular e conveniada em proporções iguais

30- No caso de trabalhar em **consultório particular** e ser especialista, exerce unicamente esta especialidade na sua atividade clínica diária?

sim ( ) não

31- Como você considera a sua carga de trabalho diária no consultório?

excessiva

suficiente

razoável

insuficiente

**Quanto à discriminação profissional** (para ser respondida **só pelo sexo feminino**)

32- Durante o tempo de exercício em clínica, teve alguma experiência a que se caracterizasse como discriminação profissional?

sim ( ) não

**caso afirmativo**, esta discriminação foi por parte:

da clientela

de colegas de profissão

do órgão empregador

outros: citar \_\_\_\_\_

**Quanto a posição político-profissional**

33- As entidades de classes são necessárias para o definir os rumos da profissão?

sim  não

**caso afirmativo**, cite qual(is)

---

34- Além da sua inscrição no CRO-SC, está filiado(a) a outra entidade de classe?

sim  não

**caso afirmativo**, assinale em qual:

ABO-SC

ABOPREV

Sindicato dos Odontologistas de SC

APCD

outro, citar: \_\_\_\_\_

35- Em relação ao seu conhecimento do código de ética profissional:

realizou a leitura completa

realizou a leitura parcial

sabe da sua existência mas não o leu

36- Como você entende a participação das entidades de classe nos rumos da profissão? Dê uma **nota de zero a dez** para aquelas **que você conhece** o respectivo desempenho:

CFO

CRO-SC

ABO-SC

ABOPREV

Sindicato dos Odontologistas de SC

APCD

outro citar: \_\_\_\_\_

**Quanto a visão atual do mercado, satisfação profissional e futuro da profissão**

37- No seu entender, dentre os motivos abaixo quais predominam sobre as dificuldades do mercado?

baixa poder aquisitivo da população

repasse dos custos do tratamento odontológico

falta de priorização da população para a saúde bucal

excesso de dentistas e atividade em formação

concentração de dentistas nos grandes centros

outro, citar: \_\_\_\_\_

38- Assinale nas alternativas abaixo aquela que **mais expressa** o seu grau de satisfação com a profissão:

muito satisfeito(a)

satisfeito(a)

satisfeito(a) em parte

insatisfeito(a)

39- Em que faixa de renda mensal você esta inserido (a) levando-se em consideração todos os postos de trabalho ocupados em odontologia?

- até 1.500,00 reais
- acima de 1.500,00 a 2.500,00 reais
- acima de 2.500,00 a 3.500,00 reais
- acima de 3.500,00 a 4.500,00 reais
- acima de 4.500,00 a 6.000,00 reais
- acima de 6.000,00 a 8.000,00 reais
- acima de 8.000,00 reais

40- Qual sua opinião quanto ao futuro da profissão?

- otimista
- pessimista
- não formei uma opinião ainda

41- Se pudesse voltar no tempo, cursaria odontologia novamente?

- sim  não

**ANEXO2**

Universidade Federal de Santa Catarina  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Curso de Odontologia

Florianópolis, 30 de julho de 2002

Prezado(a) colega

Com os meus cordiais cumprimentos, venho através desta solicitar- vos a gentileza  
 em participar da pesquisa “Egressos do Curso de Odontologia da UFSC 1994 -2a2001-1 e  
 sua Inserção no Mercado de Trabalho”, que está sendo desenvolvida por minha pessoa, no  
 período de 25 de julho a 30 de agosto do corrente ano.

Você está recebendo além desta carta, um questionário em anexo, composto por 41  
 perguntas.

A sua participação nesta pesquisa é muito importante, uma vez que a  
 representatividade dos resultados só será possível se dentro do universo pesquisado o  
 percentual de respondentes for acima de 85%. Necessário se fazes esclarecer a importância  
 dos dados a serem coletados e analisados, tanto para a elaboração da minha dissertação de  
 mestrado como para fornecer subsídios ao colegiado do Curso de Odontologia visando a  
 reforma curricular que se aproxima. Alerto para o fato que esta pesquisa ainda não foi  
 realizada no Curso de Odontologia da UFSC, não havendo até o presente momento  
 quaisquer informações oficiais a respeito da ocupação do mercado de trabalho  
 odontológico por parte dos egressos deste curso.

Se durante a leitura das perguntas, alguma delas lhe causar qualquer tipo de  
 constrangimento, solicito que pule a mesma colocando apenas um X sobre seu número e  
 passando a seguinte. É preferível que eu obtenha a resposta do questionário sem alguma  
 pergunta respondida do que a sua não devolução.

Esperando contar com a sua colaboração, esclarecendo que a data final para a  
 devolução do questionário será o dia 30/8/02, solicito que uma vez respondido, entre em  
 contato comigo pelo telefone 331-5144 ou [calvino@matrix.com.br](mailto:calvino@matrix.com.br). Agradeço  
 antecipadamente a sua participação e me coloco à disposição para qualquer esclarecimento  
 que se fizer necessário, tanto pelo telefone acima ou mesmo pessoalmente de terça a sexta-  
 feira na UFSC.

Prof. Calvino Reibnitz Júnior

**ANEXO3**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
PARECER CONSUBSTANCIADO PROJETO Nº 60 /2002

I- Identificação

Título do Projeto: Egressos do Curso de Odontologia da UFSC 1994/ 2001 e sua Inserção no Mercado de Trabalho

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. João Carlos Caetano

Instituição onde se realizará

Data de apresentação ao CEP: 08/ 05/ 02

II- Objetivos

Estabelecer a inserção no mercado de trabalho dos egressos do Curso de Odontologia da UFSC; quantificar e qualificar o exercício profissional (público e/ou privado); especificar as principais dificuldades no exercício da profissão; estabelecer o grau de satisfação com a profissão.

III- Sumário do Projeto

O projeto constituir-se-á na dissertação de mestrado de Calvino Reibnitz Júnior, tratando-se de pesquisa descritiva exploratória, onde serão encaminhados questionários semi-estruturados à 575 egressos do Curso de Odontologia da UFSC, formados a partir de 1994/2 até 2001/1, com possibilidade de fornecer dados reais sobre a situação de mercado de trabalho odontológico e proporcionar ao Colegiado do Curso de Odontologia subsídios para discussões, visando a reforma curricular.

IV- Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares:

O projeto encontra-se bem redigido, sendo de interesse e relevância para a classe odontológica, visto que resgata sua história. Por se tratar de pesquisa realizada mediante distribuição de questionário, em que, a resposta do mesmo pode ser considerada como consentimento, fica dispensada a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; no entanto, não foi apresentado o Cronograma das atividades a serem desenvolvidas.

V- Parecer

Pelo exposto, considera-se o projeto Com Pendência.

VI- Data da Reunião

Florianópolis, 27 de maio de 2002

*Vera Lúcia Bosco*

Vera Lúcia Bosco  
Coordenadora do CEPESH da UFSC

**ANEXO4**

### Resumo das variáveis testadas pelo teste de associação

Tabela 1: Associação estatística entre a satisfação com a profissão e faixa salarial.

Variável de estudo	Qui-Quadrado com correção de continuidade	Probabilidade de significância
Faixa salarial	17,292	0,000 m.s.

Observação: n= 146

m.s. muito significativa ( $p < 0,01$ )

Tabela 2: Associação estatística entre a satisfação com a profissão e outras variáveis de estudo.

Variável de estudo	Qui-Quadrado com correção de continuidade	Probabilidade de significância
Propriedade de consultório	7,853	0,005 m.s.
Uso de auxiliar	2,794	0,095 n.s.
Tipo de atividade	2,172	0,141 n.s.
Classificação da carga de trabalho	0,000	1,000 n.s.
Tipo de clientela	0,329	0,566 n.s.

Observação: n= 129

m.s. muito significativa ( $p < 0,01$ )

n.s. não significativa

população de estudo – 129 dentistas com atividades clínicas

Tabela 3: Associação estatística entre o rendimento mensal e o tipo de atividade.

Variável de estudo	Qui-Quadrado com correção de continuidade	Probabilidade de significância
Tipo de atividade	5,418	0,020 m.s.

Observação: n= 129

m.s. muito significativa ( $p < 0,01$ )

### Resumo da composição das tabelas de contingência usadas para o teste estatístico do Qui-Quadrado com correção de continuidade.

Para a elaboração das tabelas de contingência houve a necessidade de dicotomizar as opções de cada uma das perguntas que fariam parte deste tipo de estudo.

A questão principal era descobrir estatisticamente se a satisfação na profissão estava associada a algumas variáveis de estudo. A seguir explica-se como se processou a dicotomização das opções.

Tabela X: Associação entre satisfação com a profissão e ser proprietário de consultório odontológico.

Satisfação	Proprietário		Total
	Sim	Não	
Sim	52	14	66
Não	34	29	63
Total	86	43	129

A pergunta que tratava deste tema era a de n.º 25 onde as opções de resposta foram agrupadas: Sim – de sua propriedade

Não – alugado, emprestado, em regime de trabalho em percentagem

Tabela X: Associação entre satisfação com a profissão e trabalhar com uso de recurso humano auxiliar.

Satisfação	Uso de auxiliar		Total
	Sim	Não	
Sim	18	48	66
Não	27	36	63
Total	45	84	129

A pergunta que tratava deste tema era a de n.º 27 onde as opções de resposta foram agrupadas: Sim – com auxílio de ACD, com auxílio de THD, com auxílio de secretária, com ajuda de outro

Não – sem ajuda de auxiliar

Tabela X: Associação entre satisfação com a profissão e tipo de atividade exercida.

Satisfação	Tipo de atividade		Total
	Só clínica	Clínica e outra	
Sim	44	22	66
Não	33	30	63
Total	77	52	129

A pergunta que tratava deste tema era a de n.º 23 onde as opções de resposta foram agrupadas: Só clínica – somente como dentista clínico

Clínica e outra – como dentista clínico e outro, somente como outro

Tabela X: Associação entre satisfação com a profissão e classificação da carga de trabalho.

Satisfação	Carga de trabalho		Total
	Excessiva	Não excessiva	
Sim	16	50	66
Não	16	47	63
Total	32	97	129

A pergunta que tratava deste tema era a de n.º 31 onde as opções de resposta foram agrupadas: Excessiva - excessiva

Não excessiva- suficiente, razoável, insuficiente

Tabela X: Associação entre satisfação com a profissão e tipo de clientela.

Satisfação	Tipo de clientela		Total
	Predominante particular	Não predominante particular	
Sim	42	24	66
Não	36	27	63
Total	78	51	129

A pergunta que tratava deste tema era a de n.º 29 onde as opções de resposta foram agrupadas: Predominante particular- exclusivamente particular, predominantemente particular

Não predominante particular - exclusivamente conveniada, predominantemente conveniada, particular e conveniada em proporções iguais

Tabela X: Associação entre satisfação com a profissão e rendimento mensal.

Satisfação	Rendimento mensal		Total
	> 1500,00	até 1500,00	
Sim	66	10	76
Não	38	32	70
Total	104	42	146

A pergunta que tratava deste tema era a de n.º 39 onde as opções de resposta foram agrupadas: > 1500,00 – acima de 1.500,00 a 2.500,00 reais, acima de 2.500,00 a 3.500,00 reais, acima de 3.500,00 a 4.500,00 reais, acima de 4.500,00 a 6.000,00 reais, acima de 6.000,00 a 8.000,00 reais, acima de 8.000,00 real até 1500,00 - até 1500,00 reais

Tabela X: Associação entre satisfação com a profissão e sexo do profissional.

Satisfação	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Sim	41	35	76
Não	23	47	70
Total	64	82	146

A pergunta que tratava deste tema era a de n.º 1 onde as opções de resposta foram agrupadas: Masculino – sexo masculino  
Feminino – sexo feminino

O último teste tentou verificar a associação entre o rendimento mensal com o tipo de atividade exercida pelo dentista.

Tabela X: Associação entre rendimento mensal e tipo de atividade.

Rendimento mensal	Tipo de atividade		Total
	Só clínica	Clínica e outra	
até 1500,00	13	19	32
> 1500,00	64	33	97
Total	77	52	129

A pergunta que tratava deste tema era a de n.º 23 onde as opções de resposta foram agrupadas: Só clínica – somente como dentista clínico  
Clínica e outra – como dentista clínico e outro,  
somente como outro