

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Mestrado em Saúde Pública
Sub-área Planejamento e Gestão em Serviços e Sistemas de Saúde

MERCADO DE TRABALHO DOS ODONTÓLOGOS
E
EXPECTATIVAS DOS GRADUANDOS

por

Andréa Lanzillotti Cardoso

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de
Mestre em Ciências na área de Saúde Pública

Orientadoras: Profa. Dra. Ana Luiza Stiebler Vieira
Profa. Dra. Maria Helena Machado

Rio de Janeiro, maio de 2007.

EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MERCADO DE TRABALHO DOS ODONTÓLOGOS

E

EXPECTATIVAS DOS GRADUANDOS

por

Andréa Lanzillotti Cardoso

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Ana Luiza Stiebler Vieira (ENSP/FIOCRUZ)
Orientadora

Professora Doutora Maria Helena Machado (ENSP/FIOCRUZ)
Orientadora

Professor Doutor Antenor Amâncio Filho (ENSP/FIOCRUZ)

Professora Doutora Luciana Freitas Bastos (UERJ/UNIGRANRIO)

Suplentes:

Professora Doutora Maria de Fátima Lobato (ENSP/FIOCRUZ)

Professora Doutora Maria Isabel de Castro de Souza (UERJ)

Para Vítor, meu maior tesouro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora Aparecida que me abençoaram e fortaleceram, ultrapassando todos os obstáculos, desde o ingresso até à defesa.

Ao Luiz, meu marido, pelo amor, compreensão, amparo e incentivo em todos os momentos. Foi um herói, pai e mãe do nosso filho por muitas vezes.

Ao Vitor, meu filho, por aceitar, na maioria das vezes, a minha ausência.

À Iara, minha mãe, minha grande amiga, que está sempre ao meu lado cuidando de mim e da minha família, incondicionalmente.

À Luciana, minha irmã querida, cujo apoio e orientações foram determinantes na conclusão deste trabalho. Sua perseverança e profissionalismo tem sido referência para mim.

Ao “seu” Zé, meu avô amado, que se furtou pacientemente da minha presença durante esse percurso.

Aos meus sogros, cunhados e primos pelo apoio e torcida.

À professora Ana Luiza Stiebler Vieira, pelas valiosas orientações, correções, sugestões, oferta de livros e estímulo que direcionaram e tornaram possível a finalização deste trabalho.

À professora Maria Helena Machado, pelas sugestões apropriadas, pelo cuidado e conveniência de suas correções.

Aos professores Antenor Amâncio Filho, Luciana Freitas Bastos, Maria Isabel de Castro de Souza e Maria de Fátima Lobato pela disponibilidade em participar da banca examinadora e por contribuir para a melhoria desta pesquisa.

Ao professor Urubatan Vieira de Medeiros, pelo incentivo, amizade e orientações ao longo de todos esses anos.

A todos os amigos do mestrado, Clarissa, Cristina (JF), Cristina (equatoriana), Daniele, Delba, Durval, José Antônio e Mônica. Em especial para o meu grupo da Portaria no. 1101: Adélia, Camila, Geandro e Valdir; pelas inquietações, idéias, sugestões e amizade.

À Bernardete e Moacir, coordenadora do setor odontológico e gerente da Unidade Madureira do SESC-RJ, por apoiarem e disponibilizarem o local para a coleta de dados.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
LISTA DE SIGLAS.....	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xii
LISTA DE QUADROS.....	xv
LISTA DE TABELAS.....	xvi
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 – CAMINHO METODOLÓGICO	20
1.1 – Descrição da metodologia utilizada.....	20
1.2 – A população em estudo.....	21
1.3 – Instrumentos da pesquisa empírica.....	24
1.4 – Aspectos éticos da pesquisa.....	24
CAPÍTULO 2 – MERCADO DE TRABALHO	25
2.1 - Aspectos Gerais do mercado de Trabalho no Mundo.....	25
2.2 - Mercado de Trabalho – uma aproximação teórica.....	28
2.3 - Correntes teóricas sobre o mercado de trabalho.....	30
2.4 - Demandas de novas competências/ mudanças no mercado de trabalho.....	34
2.5 - Mercado de trabalho no Brasil.....	35
2.6 - O lugar da saúde na economia.....	44
2.7 - Comportamento do mercado de trabalho em saúde.....	46
2.8 - Repercussões da reforma administrativa do Estado.....	55
2.9 - Os vínculos no SUS.....	58
CAPÍTULO 3 – MERCADO DE TRABALHO DOS ODONTÓLOGOS	65
3.1 - A Oferta.....	65
3.1.1 Considerações sobre formação profissional.....	65
3.1.2 Da regulação da profissão às Diretrizes Curriculares Nacionais e sua repercussão na formação odontológica	67
3.1.3 A mudança de paradigma.....	73
3.1.4 Odontólogos no Brasil.....	77
3.1.5 Considerações sobre a dinâmica da graduação em odontologia.....	79

3.1.6 Sobre o momento de crise vivido pelos cursos de odontologia.....	88
3.2 A Demanda.....	89
3.2.1 Setor público em voga.....	94
3.2.1.1 A institucionalização da saúde bucal no setor público.....	95
3.2.1.2 Expansão de postos de trabalho com o Programa Saúde da Família.....	96
3.2.1.3 Expansão de postos de trabalho com o Programa Brasil Sorridente.....	101
3.2.2 Transformações no setor privado.....	104
3.2.2.1 Autonomia – Atuação odontológica em desuso?.....	106
3.2.2.2 Um estranho no ninho.....	107
CAPÍTULO 4 – EXPECTATIVAS DOS GRADUANDOS.....	115
4.1 – Identificação e Formação Profissional.....	115
4.2 – Expectativas quanto ao Mercado de Trabalho.....	125
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	165
ANEXOS.....	174
Anexo 1 – Questionário.....	174
Anexo 2 – Tabela 1a – Cursos de graduação em Odontologia segundo dependência administrativa por Regiões e Unidades Federadas. Brasil, 1995-2003.....	179
Anexo 3 – Tabela 1b – Vagas de graduação em Odontologia segundo dependência administrativa por Regiões e Unidades Federadas. Brasil, 1995-2003.....	181
Anexo 4 – Tabela 1c – Egressos de graduação em Odontologia segundo dependência administrativa por Regiões e Unidades Federadas. Brasil, 1995-2003.....	183
Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	185

RESUMO

O presente estudo investigou o mercado de trabalho dos odontólogos, tendo em vista as transformações que vêm acontecendo no mundo do trabalho, e em particular no mercado de trabalho em saúde, nas últimas décadas. No contexto da economia globalizada e suas conseqüências para o trabalho, o objetivo foi analisar as mudanças do mercado de trabalho odontológico e as expectativas dos graduandos quanto ao seu futuro neste mercado no Brasil. Além da análise das transformações ocorridas ao longo de décadas, no mercado de trabalho específico, sob a ótica da oferta e da demanda; aplicou-se um questionário com 63 graduandos das universidades públicas e particulares do Rio de Janeiro que cumpriram o programa de estágio no SESC-RJ, Unidade Madureira, no ano de 2006. Os resultados demonstraram: grande concentração geográfica da oferta e da demanda; crescimento do setor de Saúde Suplementar; empresariamento da assistência odontológica; flexibilização das relações de trabalho com profissionais da mesma categoria; e procura pela ocupação no setor público, antes visto com ressalvas. Os graduandos apresentaram preferência por trabalho com vínculo empregatício formal e esta ocupação seria realizada simultaneamente à prática da profissão em consultórios odontológicos com pacientes particulares e advindos de convênios. Entretanto, vêm nas clínicas populares, uma opção para ingressar no mercado de trabalho, mesmo cientes dos percalços que possam encontrar. Concluímos que apesar dos graduandos idealizarem um vínculo empregatício formal, eles estão convictos de que experimentarão o que vem ocorrendo no mercado de trabalho dos odontólogos: a diminuição da prática liberal autônoma e a inserção nos postos de trabalho de forma flexibilizada. Acredita-se que o produto desta investigação possa contribuir na formulação de políticas de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, no âmbito da gestão de trabalho e da formação na área da saúde.

ABSTRACT

The present study investigated the labor market for dentists, taking into consideration the changes that this market has been going through, particularly the health-labor market in the last few decades. In the context of a globalized economy and its consequences for labor, the objective was to analyze the changes in the labor market for dentists and undergraduate students' expectations towards their future in the Brazilian market. Besides the analyses of the transformations that have taken place over decades in the specific labor market, under the perspective of offer and demand; a questionnaire was answered by 63 Rio de Janeiro public and private college undergraduate students who had done an internship program in SESC-RJ, Madureira branch in the year 2006. The results show: high offer and demand geographic concentration; the increase of the Supplementary Health sector, dental care corporatization, more flexible labor relations with their counterparts and a search for the public sector, formerly seen with restrictions. The undergraduate students gave preference for a formal steady job and this occupation would be exercised in private and privately insured patients simultaneously to their professions in dental offices. However, they see popular clinics as a way to enter labor market, even being aware of the difficulties they may face. Our conclusion is that despite undergraduate students' idealization of a formal steady job, they have the firm belief that they will experience whatever is taking place in their labor market: the reduction of the liberal autonomous exercise of their profession and their insertion in the labor market in a flexible way. The product of these investigations is believed to be a contribution to the formulation of human resources policies for the Unified Health System, in the ambit of labor management and formation in the health sector.

LISTA DE SIGLAS

ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO – Associação Brasileira de Odontologia
ABRASPE – Associação Brasileira dos Serviços de Assistência de Saúde Próprios das Empresas
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CES – Câmara de Educação Superior
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CNE – Conselho nacional de Educação
CPO-D – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CRO – Conselho Regional de Odontologia
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe Saúde da Família
FESO – Faculdades Unificadas da Serra dos Órgãos
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GM – Gabinete do Ministro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES – Institutos de Educação Superior
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LBD – Leis de Diretrizes Básicas
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MS – Ministério da Saúde
NESP – Núcleo de Estudos de São Paulo
OCB – Organização das Cooperativas Brasileiras
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PEA – População Economicamente Ativa
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
POF – Pesquisa de orçamentos Familiares
PSF – Programa Saúde da Família

RAIS – Relatório Anual de Informações Sociais
ROREHS – Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
SB – Brasil 2003 – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
SESC-RJ – Serviço Social do Comércio, seção Rio de Janeiro
SINOG – Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
SUS – Sistema Único de Saúde
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF - Universidade Federal Fluminense
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UGF – Universidade Gama Filho
UNESA – Universidade Estácio de Sá
UNIGRANRIO – Universidade do Grande Rio
UNIODONTO – União das Cooperativas Odontológicas
UNIVERSO – Universidade Salgado de Oliveira
UVA - Universidade Veiga de Almeida
UNIG - Universidade Iguazu

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Participação dos empregados com carteira assinada na ocupação total. Brasil, 1992-2004.

Gráfico 2 – Participação dos empregados sem carteira assinada na ocupação total. Brasil, 1992-2004.

Gráfico 3 – Evolução da Taxa de Desemprego Aberto. Brasil, 1992-2004.

Gráfico 4 – Número de empregados, associados e cooperativas por Ramo. Brasil, 2005.

Gráfico 5 – Distribuição percentual de indivíduos que nunca foram ao dentista por renda familiar. Brasil – 1998.

Gráfico 6 – Cursos de graduação em Odontologia, por regiões, segundo dependência administrativa. Brasil, 1995.

Gráfico 7 – Cursos de graduação em Odontologia, por regiões, segundo dependência administrativa. Brasil, 2003.

Gráfico 8 – Vagas de graduação em Odontologia, por regiões, segundo dependência administrativa. Brasil, 1995.

Gráfico 9 – Vagas de graduação em Odontologia, por regiões, segundo dependência administrativa. Brasil, 2003.

Gráfico 10 – Egressos de graduação em Odontologia, por regiões, segundo dependência administrativa. Brasil, 1995.

Gráfico 11 – Egressos de graduação em Odontologia, por regiões, segundo dependência administrativa. Brasil, 2003.

Gráfico 12 – Comportamento de empregos de Odontólogos segundo Grandes Regiões. Brasil, 1992 - 2005.

Gráfico 13 – Evolução das Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil, 2001 – 2005.

Gráfico 14 – Recursos Federais Investidos em Saúde Bucal. Brasil, 2002-2006.

Gráfico 15 - Distribuição dos graduandos por sexo.

Gráfico 16 - Distribuição dos graduandos por local de residência.

Gráfico 17 – Odontólogos na família.

Gráfico 18 – Distribuição de odontólogos na família.

Gráfico 19 - Distribuição dos graduandos por faculdade em qual estuda.

Gráfico 20 - Distribuição dos graduandos por natureza jurídica da instituição de ensino.

Gráfico 21 – Especializações almejadas pelos graduandos.

Gráfico 22 – Motivos que induziram os graduandos a escolher as especializações.

Gráfico 23 – Posicionamento dos graduandos frente ao mercado de trabalho no setor público.

Gráfico 24 – Insuficiências apontadas pelos graduandos para enfrentar o mercado de trabalho no setor público.

Gráfico 25 – Posicionamento dos graduandos frente ao mercado de trabalho no setor privado.

Gráfico 26 - Insuficiências apontadas pelos graduandos para enfrentar o mercado de trabalho no setor privado.

Gráfico 27 - Expectativas referentes à forma ideal de ocupação imediata dos graduandos.

Gráfico 28 – Expectativas quanto ao trabalho num segundo estabelecimento já sendo bem remunerado em consultório.

Gráfico 29 – Expectativas quanto a não trabalhar num segundo estabelecimento já sendo bem remunerado.

Gráfico 30 – Distribuição da prioridade em trabalhar de forma autônoma ou com vínculo empregatício formal.

Gráfico 31 – Distribuição dos motivos pelos quais dão preferência ao trabalho autônomo.

Gráfico 32 – Distribuição dos motivos pelos quais dão preferência ao vínculo empregatício formal.

Gráfico 33 – Distribuição da importância do vínculo empregatício.

Gráfico 34 – Distribuição da expectativa em trabalhar no setor público.

Gráfico 35 - Distribuição da expectativa por serviço público almejado.

Gráfico 36 – Distribuição das vantagens nas expectativas em secretarias estaduais e municipais de saúde.

Gráfico 37 – Distribuição das desvantagens nas expectativas em secretarias estaduais e municipais de saúde.

Gráfico 38 - Distribuição das expectativas quanto à possibilidade real de ocupação imediata no mercado de trabalho.

Gráfico 39 – Distribuição da opinião do trabalho dos odontólogos em clínicas populares frente ao trabalho realizado.

Gráfico 40 – Distribuição de motivos de uma avaliação como Ruim o trabalho em clínicas populares.

Gráfico 41 - Distribuição de motivos de uma avaliação como Bom o trabalho em clínicas populares.

Gráfico 42 - Distribuição da opinião do trabalho dos odontólogos em clínicas populares frente à remuneração.

Gráfico 43 – Distribuição de motivos de uma avaliação como Ruim a remuneração dos odontólogos em clínicas populares.

Gráfico 44 - Distribuição de motivos de uma avaliação como Boa a remuneração dos odontólogos em clínicas populares.

Gráfico 45 – Distribuição da aceitação ao credenciamento a convênios.

Gráfico 46 - Distribuição dos casos em que aceitaria o credenciamento a convênios.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – “Modalidades de Flexibilidades”

Quadro 2 – Número de Cooperativas, Associados e Empregados por Ramo de Atividade. Brasil, 2005.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução dos estabelecimentos públicos de saúde por esfera administrativa – Brasil, 1980 - 2005.

Tabela 2 – Evolução dos empregos públicos por esfera administrativa – Brasil, 1980 - 2005.

Tabela 3 – Evolução dos empregos de saúde por entidade mantenedora – Brasil, 1980 - 2005.

Tabela 4 – Evolução dos estabelecimentos de saúde por entidade mantenedora – Brasil, 1980 - 2005.

Tabela 5 – Número de habitantes, odontólogos e relação odontólogo/habitante por Estado. Brasil, 2005.

Tabela 6 – Cursos, vagas e egressos da graduação em Odontologia por regiões, segundo unidades federadas. Brasil, 1995 e 2003.

Tabela 7 – Comportamento de empregos de Odontólogos segundo Grandes Regiões – Brasil 1992 - 2005.

Tabela 8 – Comportamento de empregos de Odontólogos por setores institucionais segundo Grandes Regiões – Brasil 2002 -2005.

Tabela 9 – Comportamento de empregos de Odontólogos por esfera administrativa segundo Grandes Regiões – Brasil 2002 - 2005.

Tabela 10 – Formas de contratação utilizadas por categoria segundo o agente contratante (em percentual).

Tabela 11 - Centros de Especialidades Odontológicas implantados. Brasil, 2005.

Tabela 12 – Evolução dos beneficiários por modalidade de operadora. Brasil, 2000-2005.

Tabela 13 – Distribuição da forma ideal de ocupação imediata dos graduandos.

Tabela 14 - Distribuição dos motivos de se ocupar no setor público.

Tabela 15 - Distribuição da possibilidade real de ocupação imediata no mercado de trabalho.

INTRODUÇÃO

No mundo do trabalho, especialmente no mercado de trabalho de saúde, assim como no mercado de trabalho em geral, o panorama tem sido desde a década de 90, de flexibilização das formas de inserção dos trabalhadores no país. Na esfera pública, as políticas de saúde, têm também orientado a demanda por profissionais, e em especial, pelos odontólogos e sob as mais variadas formas de vinculação ao mercado setorial. Estes fatos, além de outros, como as transformações nas abordagens técnicas; o avanço da tecnologia; a transição epidemiológica das doenças bucais; as aspirações da clientela; e primordialmente, as condições sócio-econômicas da população, obviamente, têm afetado a inserção dos odontólogos no mercado de trabalho.

Com a crise econômica, principalmente nos anos 80 e assim, com a perda do poder aquisitivo da classe média – porção determinante da clientela de consultório, segundo Zanetti (2000), passaram a ser observados os cálculos de relação custo/benefício na incorporação de novas tecnologias, em odontologia.

No mercado de trabalho, pelo lado da oferta, assiste-se a um incremento de novos estabelecimentos de ensino no país, desde a década de 1990. De acordo com Oliveira et al. (2006), entre 1995 a 2003, foram criados 81 cursos de odontologia, ou seja, um crescimento de 91% na capacidade instalada de ensino de odontologia. Em 2003, totalizavam 170 cursos de graduação em odontologia. Os autores constataram que a iniciativa privada tem formado o dobro de egressos do que as instituições públicas e que está havendo uma concentração geográfica deste ensino, pois, 84% dos egressos são oriundos da Região Sudeste.

Pelo lado da demanda, atualmente têm-se percebido no mercado de trabalho dos odontólogos, uma forte terceirização que vem mediando a relação cliente-profissional. As operadoras de saúde entram no mercado com a intenção de maior lucro, oferecendo uma cartela de clientes e pagando valores ínfimos por procedimentos realizados. Por sua vez, os odontólogos vêm nessa nova modalidade de trabalho, a possibilidade de movimentação dos consultórios através das indicações indiretas (Mendes, 2005). Por outro lado, dado aos altos custos dos serviços odontológicos, poucos são os clientes que têm a possibilidade de efetuar pagamento direto por procedimentos na área, levando a sua grande maioria à comprar planos de saúde odontológicos. Adiciona-se a isso, o

caminho tomado pela universalização do sistema de saúde brasileiro, onde as tentativas de expansão acabam por impulsionar mecanismos de racionamento, expulsando deste, segmentos das classes sociais com poder reivindicatório e priorizando a atenção aos setores mais carentes (Faveret Filho & Oliveira, 1990).

No processo de terceirização, além de operadoras de saúde pode-se observar o surgimento no mercado de trabalho odontológico, a presença de cooperativas, sublocação de consultórios e clínicas odontológicas - oferecendo todas as especialidades -, clínicas populares, bem como o surgimento de profissionais-administradores, gerenciando colegas assalariados. Tem-se também ênfase e um novo olhar dos odontólogos em relação ao serviço público. A corporação tem acompanhado as políticas públicas de saúde bucal, e com isso, o serviço público antes menosprezado, vem ganhando relevância junto a estes profissionais, perfilando, agora, um novo e atraente mercado. Todo este quadro se caracteriza como contraditório às perspectivas de uma profissão de cunho essencialmente liberal.

Nesse panorama, algumas questões se impõem para o conhecimento do mercado de trabalho dos odontólogos, ou seja, quais são as mudanças e as formas de inserção desses profissionais no mercado de trabalho em saúde. Que expectativas têm os graduandos com relação a sua inserção no mercado de trabalho. É sobre este tema que centra este estudo que ora apresentamos.

Desta forma, pretendemos com os resultados desse estudo, além de melhor conhecer esse mercado de trabalho, contribuir na formulação de políticas de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde, no âmbito da gestão do trabalho e da formação na área da saúde.

O objetivo geral deste estudo é analisar as mudanças do mercado de trabalho odontológico e as expectativas dos graduandos quanto ao seu futuro no mercado de trabalho.

E como objetivos específicos:

- Descrever as características gerais do mercado de trabalho dos odontólogos;
- Caracterizar as mudanças recentes desse mercado de trabalho;
- Detectar as expectativas dos graduandos quanto a sua entrada no mercado de trabalho.

Assim, o presente trabalho inicia com uma breve introdução e conta com cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta o caminho metodológico percorrido, quando são explicados os passos seguidos, tanto em termos de pesquisa bibliográfica, quanto aqueles da pesquisa empírica. O segundo traz as referências teóricas que guiam os resultados apresentados no terceiro e quarto capítulos, que tratam respectivamente, das mudanças assistidas no mercado de trabalho dos odontólogos e das análises realizadas sobre as expectativas dos graduandos quanto ao ingresso no mercado de trabalho. E o último é destinado às considerações finais deste estudo.

CAPITULO 1 - CAMINHO METODOLÓGICO

1.1 - DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA UTILIZADA

Esta pesquisa é um estudo descritivo que tem por finalidade configurar a dinâmica do mercado de trabalho dos odontólogos no Brasil, focalizando a oferta destes e a demanda nos setores público e privado. E ainda, conhecer as expectativas dos graduandos quanto ao seu futuro no mercado de trabalho. Gil (2002) considera uma pesquisa descritiva, toda aquela que tem como objetivo primordial, a descrição analítica das características de uma determinada população ou fenômeno. Desta forma, foi de interesse particular no nosso estudo, compreender o fenômeno, ou seja, as mudanças no mercado de trabalho dos odontólogos no Brasil.

A proposta metodológica utilizada, entendida como a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos, está apoiada em uma abordagem qualitativa que se vale de métodos quantitativos. Estes, de acordo com Minayo (2004), diferenciados pela sua natureza e pela sua utilidade, não se excluem, ao contrário, se complementam.

Na coleta de dados para contemplar os dois primeiros objetivos, utilizou-se: documentos oficiais; portarias; leis; resoluções de origem governamental; além da utilização de bibliografias (artigos, teses, livros) e *sites* de interesse. Para contemplar o terceiro objetivo, foram aplicados questionários com perguntas fechadas e abertas. Ainda, segundo Gil (2002), o questionário compreende um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado. Por outro lado, Rudio (2004), esclarece que todo questionário deve ter natureza impessoal para assegurar uniformidade na avaliação da pesquisa abordada e que a preocupação básica na elaboração das perguntas deve ser além da validade, a finalidade e a relação das perguntas com o objetivo da pesquisa.

Marconi & Lakatos (2003), defendem que as vantagens do questionário são: economia de tempo, viagens e obtenção de um grande número de dados; economia pessoal, tanto em calibragem quanto em trabalho de campo; abrange maior número de pessoas simultaneamente; alcance de uma área geográfica mais ampla; obtenção de respostas mais rápidas e precisas; maior liberdade nas respostas, em razão do

anonimato; maior segurança; menor risco de distorção; há mais tempo para responder e em hora mais favorável; há mais uniformidade na avaliação e se obtém respostas que materialmente seriam inacessíveis. As autoras também discorrem sobre as desvantagens do mesmo, que são: grande número de perguntas sem respostas; percentagens pequenas de questionários que retornam; impossibilidade de ajudar o informante em questões mal compreendidas; a dificuldade de compreensão por parte dos informantes pode levar a uma uniformidade aparente; na leitura de todas as perguntas, antes de respondê-las, poderá uma questão influenciar a outra; a devolução tardia poderá prejudicar o calendário ou sua utilização e o desconhecimento das circunstâncias em que serão preenchidos poderá tornar difícil o controle e a verificação.

1.2 - A POPULAÇÃO EM ESTUDO

A pesquisa foi direcionada a todos os graduandos do último ano do curso de odontologia que passaram por estágio supervisionado no Serviço Social do Comércio do Rio de Janeiro – SESC/RJ, Unidade Madureira, durante o ano de 2006.

Importante registrar que a dinâmica de incorporação de novos estagiários no SESC-RJ se dá pelo ingresso dos estagiários por concurso que é realizado semestralmente. Os elegíveis são graduandos do último ano de graduação. Eles podem estar cursando o penúltimo ou o último período. No caso daqueles do último período, são desligados assim que colam grau. Os graduandos do penúltimo período que apresentam bom aproveitamento¹ são convidados a permanecer mais um semestre. As vagas que são abertas, seja pela conclusão de curso de alguns, seja pela desistência ou baixo aproveitamento de outros, são as que serão disponibilizadas no próximo concurso para estágio. No total, existem 39 vagas para estágio na Unidade Madureira do SESC-RJ. Desta forma, não há como prever quantos graduandos estarão estagiando no SESC por todo um ano letivo.

¹ Ao final de cada semestre os graduandos são avaliados pelos seus respectivos tutores.

Todos os graduandos, durante o estágio, cumprem a carga horária de 12 horas semanais, distribuídos em três turnos de atendimento², cuja escolha, se dá de acordo com a disponibilidade dos turnos em aberto.

O SESC/RJ, Unidade Madureira, foi o local escolhido por vários fatores. Esta Unidade desenvolve há 25 anos um programa de estágio supervisionado que atualmente abrange desde a prevenção até a reabilitação, ou seja, seus estagiários têm a oportunidade de assistir aos clientes no que concerne a instrução de higiene oral, aconselhamento sobre alimentação cariogênica/detergente, profilaxias (polimento de elementos dentários com pastas odontológicas abrasivas), aplicações tópicas de flúor, tartarotomias supra-gengivais, restaurações, exodontias simples, auxílio nas tomadas radiográficas e atendimentos de emergências odontológicas. Entende-se com isso que não existe um perfil específico de graduando à procura de maior experiência em determinada área, como acontece em outros serviços, como hospitais, quando estagiam à procura de angariar maior experiência, prioritariamente, em cirurgia³.

No município do Rio de Janeiro poucas são as instituições que disponibilizam estágios remunerados para tão grande número de alunos. Pode-se afirmar que apenas três, quais sejam: SESC-RJ, Polícia Militar e SUSEME, oferecem e divulgam tais estágios. Os demais que possam vir a existir são pontuais, não podendo ser referência.

Das três instituições supracitadas, apenas o SESC constitui instituição não pública⁴, onde assiduidade e pontualidade são requeridas de todos – funcionários e estagiários – o que facilitou a coleta de dados.

O fato da pesquisadora principal ser funcionária da referida instituição e cumprir 20 horas semanais na mesma, facilitou o contato com os graduandos, seja para a entrega ou para a coleta dos questionários.

² O SESC-RJ funciona de 3af a 6af das 13:00 às 22:00, em dois turnos – das 13:00 às 17:00 e das 18:00 às 22:00. E aos sábados, também em dois turnos – das 9:00 às 13:00 e das 14:00 às 18:00.

³ O trabalho especializado (periodontia, prótese, endodontia, odontologia para bebês, cirurgia oral menor) é realizado por especialistas contratados pelo próprio SESC-RJ.

⁴ Na verdade ela é uma Para-estatal.

Durante todo o ano de 2006, estiveram em estágio 75 graduandos, destes 63, ou seja, 31 graduandos de universidades públicas e 32 de universidades particulares responderam ao questionário.

Constitui uma limitação do estudo o fato de chamar a atenção para o estágio no SESC-RJ majoritariamente os graduandos que moram ou estudam próximo ao mesmo. Visto que, o curso de odontologia, na maioria das faculdades, é disponibilizado em tempo de estudo integral, e pouco tempo torna-se disponível para se ocuparem de estágios em locais que não sejam estratégicos ao seu trajeto diário. No caso da unidade Madureira, no ano de 2006, todas as faculdades públicas e particulares do município do Rio de Janeiro foram representadas – UFRJ, UERJ, UGF, UGV, UNESA e Faculdades São José. Quanto ao município de Niterói, a única faculdade pública foi representada (UFF), e uma de duas⁵ faculdades particulares foi representada (UNIVERSO). O município de Duque de Caxias teve sua única universidade representada (UNIGRANRIO), assim como o município de Teresópolis (FESO)⁶. Os demais municípios: Campos, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Valença, Vassouras e Volta Redonda; cada um com uma universidade respectivamente, não foram representados.

Dos municípios não representados na pesquisa, apenas o de Nova Iguaçu localiza-se a menos de 100 km de distância, porém este município tem uma unidade do SESC-RJ com programa de estágio e naturalmente absorve, em grande parte, os graduandos do local.

Foi realizado um pré-teste, com aplicação do questionário a três graduandos de odontologia, participantes do estágio oferecido pelo SESC-RJ. A partir dos resultados e das dificuldades, apontadas pelos participantes, procedeu-se a um ajuste no instrumento, aperfeiçoando as questões.

⁵ A Faculdade não representada foi a Escola Superior de Ensino Helena Antipoff, faculdade mais conhecida como participante da Instituição Pestalozzi, que além da distância territorial, corrobora o fato de ser um curso novo, iniciado em 2001, com duração de cinco anos, tendo sua primeira turma formada no ano de 2006.

⁶ No caso desta universidade, apesar de ela estar a mais de 100 km de distância do SESC-RJ, unidade Madureira, os respectivos graduandos cumpriam os seguintes turnos: sexta-feira noite, sábado manhã e tarde. Turnos que, segundo eles, não interferiu de maneira negativa com o acompanhamento do período letivo.

1.3 - INSTRUMENTOS DA PESQUISA EMPÍRICA

O questionário, utilizado para a coleta de dados da pesquisa empírica, foi composto de questões objetivas e estruturadas, e também opinativas. O instrumento (Anexo 1) foi constituído de 22 questões abordando:

- **Identificação** (idade, sexo, residência, se tem outras graduações, parentes odontólogos);
- **Formação profissional** (faculdade do graduando, deficiências identificadas na sua formação e anseio à futuras especializações);
- **Mercado de trabalho** (possibilidades ideais e reais de inserção no mercado, expectativas de trabalho no setor público e privado, preferências quanto a ocupação de forma autônoma ou com vínculo empregatício formal).

Recolhidos os questionários, os dados foram processados por meio do programa estatístico *The R Foundation for Statistical Computing Version 2.1.1, ISBN 3-900051-07-0, Copyright 2005*. O estudo apresenta variáveis por meio de frequências simples ou relativas, com a classificação das respostas em grupos mais homogêneos.

1.4 – ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Antes de iniciada a coleta de dados em campo, seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa –CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e capítulo IV da resolução 251/97, o projeto de pesquisa passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, tendo sido aprovado sem ressalvas.

Desta maneira, foi fornecido aos graduandos o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 5) constando: os objetivos, a garantia de esclarecimento antes e durante o curso da pesquisa, a liberdade em se recusar a participar ou de se retirar da mesma e a garantia de sigilo. Assim como, as orientações necessárias para o esclarecimento de dúvidas que pudessem advir da pesquisa.

CAPITULO 2 - MERCADO DE TRABALHO

2.1 - ASPECTOS GERAIS DO MERCADO DE TRABALHO NO MUNDO

O fenômeno da mundialização ou globalização econômica, de acordo com Souza (1996), constrói seus alicerces no pós-guerra, acelera a partir do início dos anos 70 e, ao longo da década de 1980 até os dias atuais gerou uma nova ordem no padrão de relacionamento econômico entre os países, seus mercados, capitais e serviços financeiros.

O avanço da globalização econômica, que ultrapassa os fenômenos econômicos invadindo os contextos políticos, sociais e culturais, traz, como conseqüências, como assinala Deluiz (2004), mudanças no tamanho e nas atribuições do Estado, a desregulamentação das economias nacionais, a reestruturação do mercado de trabalho, novas formas de organização do trabalho, a flexibilização do trabalho, o crescimento dos empregos precários, o desemprego cíclico e estrutural, e a exclusão de contingentes de trabalhadores do mercado formal. De acordo com a autora, a forte segmentação da força de trabalho (incluídos X excluídos do mercado formal, qualificados X não-qualificados, trabalhadores de empresas modernas X trabalhadores de empresas terceirizadas), ocorre num quadro de desmobilização de movimentos reivindicatórios e de dificuldades de organização e sindicalização dos trabalhadores. Assim, afirma a autora, que a globalização econômica corresponde, pois, a globalização do mundo do trabalho e da questão social.

De acordo com Souza (1996), os Estados internacionalizados pela quebra de barreiras regionais, os Estados, agora mundializados, passam a expressar a unidade econômica do mundo, onde a produção de bens e serviços, o comércio, as empresas, os mercados de bens de produção e de consumo e a força de trabalho são arrastados para a esfera da competitividade global, atropelados pela compulsividade do capitalismo desestatizante.

Botelho (2000) acrescenta três importantes aspectos ocorridos na segunda metade do século XX: o surgimento de empresas multinacionais, a nova divisão

internacional do trabalho e o aumento de financiamento *offshore*⁷ (externo). Por conta da forte expansão do capital em direção às várias partes do globo, através do avanço das multinacionais, pôde-se perceber uma relação entre diferentes tipos de países que seria do tipo superior e subordinado, matriz e filial. O “centro” do sistema mundial capitalista – os países ricos e industrializados, avançados na tecnologia e com grande poder financeiro e militar, fazem o papel de dominantes, subordinando a periferia – os países pobres, com poucos recursos financeiros, baixo nível tecnológico e industrialização tardia. Na dimensão da nova divisão internacional do trabalho, uma grande mudança é percebida no chamado “terceiro mundo”, deixando de ser apenas o tradicional fornecedor de matérias-primas não-industrializadas. Segundo o autor, novas indústrias do “terceiro mundo” abasteciam não apenas os crescentes mercados locais, mas também o mercado mundial. Podiam fazer isso tanto exportando artigos inteiramente produzidos pela indústria local, quanto se tornando parte de um processo transacional de manufatura. No que se refere ao financiamento externo (*offshore*), reforça-se a expansão do valor econômico pelo mundo através da fluidez do mercado financeiro. Toma fôlego um potencial de desequilíbrio e instabilidade econômica causados pelo surgimento desses mercados de capitais altamente móveis, de forma interessante, descritos por Hobsbawm (1996):

“Em dado momento da década de 1960, um pouco de engenhosidade transformou o velho centro internacional financeiro, a City de Londres, num grande centro offshore global, com a invenção da ‘euromoeda’, ou seja, sobretudo ‘eurodólares’. Os dólares depositados em bancos não americanos e não repatriados, sobretudo para evitar as restrições da legislação bancária americana, tornaram-se um instrumento financeiro negociável. Esses dólares em livre flutuação acumulando-se em grandes quantidades graças aos crescentes investimentos americanos no exterior e aos enormes gastos políticos e militares do governo dos EUA, se tornaram a fundação de um mercado

⁷ “O termo *offshore* começou a fazer parte do vocabulário público civil a certa altura da década de 1960, para descrever a prática de registrar a sede legal da empresa num território fiscal generoso, em geral minúsculo, que permitia aos empresários evitarem impostos e outras restrições existentes em seu próprio país. Pois todo Estado ou território sério, por mais comprometido que estivesse com a liberdade de obter lucros, havia estabelecido em meados da década de 1960 certos controles e restrições à conduta de negócios legítimos, no interesse de seu povo. Uma combinação convenientemente complexa e engenhosa de buracos legais nas leis empresariais e trabalhistas dos bondosos miniterritórios – por exemplo: Curaçao, Ilhas Virgens e Liechtenstein – podia produzir maravilhas no balanço da empresa.” Para maiores detalhes ver: Hobsbawm, E. A Era dos Extremos – São Paulo: Companhia das Letras, 1996, p. 272.

global, sobretudo de empréstimos a curto prazo, que escapava a qualquer controle. Seu crescimento foi sensacional. O mercado de euromoeda líquida subiu de cerca de 14 bilhões de dólares em 1964 para aproximadamente 160 bilhões de dólares em 1973 e quase 500 bilhões cinco anos depois (...). Os EUA foram o primeiro país a se ver à mercê dessas vastas e multiplicantes enxurradas de capital solto que varriam o globo de moeda em moeda, em busca de lucros rápidos. Todos os governos acabaram sendo vítimas disso, pois perderam o controle das taxas de câmbio e do volume de dinheiro em circulação no mundo” (Hobsbawm, 1996: 273).

No fim da década de 1960 se dá um acirramento das pressões competitivas entre as grandes empresas norte-americanas e as não americanas na luta pela conquista de mercados. Ao lado da recuperação das economias da Europa Ocidental e do Japão, com a conseqüente saturação de seus mercados consumidores, ocorreram, no período, políticas de substituição de importações em países do terceiro mundo e o avanço das multinacionais, em especial no Sudeste Asiático. O que se dá, então, é um avanço na industrialização em ambientes novos, nos quais o contrato social do trabalho era fracamente respeitado ou inexistente.

Para Hobsbawm (1996), a intensificação internacional entre as empresas levou a uma pressão maior sobre o mercado de insumos (que se tornaram mais caros) e sobre o mercado consumidor (os produtos finais se tornaram mais baratos relativamente aos meios de produção), o que, por sua vez, afetou a lucratividade do capital. Houve também alguns sinais de diminuição na produtividade da mão-de-obra em vários países. Os custos das empresas dos países capitalistas avançados (em especial) passaram por um processo de elevação.

Segundo Botelho (2000), devido ao chamado “primeiro choque do petróleo”, o mercado de insumos assistiu, em 1973, a sua principal transformação, onde o preço desse recurso energético elevou drasticamente.⁸ Esse fato levou todos os segmentos da economia a buscarem modos de economizar energia através da mudança tecnológica e organizacional. Harvey (1999) assinala que o início dos anos 1970 foi marcado por um

⁸ Um dos motivos para se chamar a Era de Ouro do capitalismo como tal, foi o preço do barril de petróleo saudita que custava em média menos de dois dólares durante todo o período de 1950 a 1973, tornando, com isso, a energia extremamente barata.

crescente processo inflacionário. O ímpeto da expansão do pós-guerra se manteve no período 1969-1973 por uma política extremamente frouxa por parte dos EUA e da Inglaterra. O mundo capitalista estava sendo afogado pelo excesso de fundos; e, com as poucas áreas produtivas, reduzidas para investimento; esse excesso significava uma forte inflação. Essa inflação também era alimentada pelo aumento nos custos de produção das economias capitalistas em geral.

Souza (1996), por outro lado, acrescenta que, a existência de mercados desvinculados da tutela dos Estados vinha sendo considerada como a possibilidade de retomada do crescimento econômico e social do mundo, capaz de revitalizar, sobretudo, o processo de acumulação capitalista. Nesta ótica, é professada a ineficiência do setor público em revitalizar a economias nacionais e, por conseguinte, o processo de acumulação capitalista, deslocando para o setor privado tal incumbência. Assim, as formas de capitalismo, outrora reguladas pelos Estados nacionais e particularizadas pelos diferentes processos históricos, políticos, sociais e culturais vividos por cada país, acabam por se submeter ao fetiche do mercado global sem barreiras e é engendrado simultaneamente aos esforços do neoliberalismo pela hegemonia político- econômica no Ocidente, reordenando a estrutura de poder mundial.

Nosso estudo não tem o intuito de remontar os diferentes momentos da economia mundial, visto que se trata de tema já dissecado por inúmeros estudiosos. Porém, se faz necessário vislumbrar o cenário econômico e social, vivido até então, para entender o mundo do trabalho.

2.2 - MERCADO DE TRABALHO – UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA

De uma forma genérica, mercado de trabalho pode ser definido por: “Conjuração de oferta e procura de pessoal para trabalho em determinado tempo e lugar. Campo onde se realizam negociações entre candidatos a emprego e empregados interessados na contratação”⁹. Ou ainda por: “Quantidades ofertadas e demandadas de trabalhadores em uma dada região; onde a oferta seria o contingente da população em

⁹ Agnelo, C. V. Educação técnica. Rio de Janeiro: MEC/DEI, 1970, p. 15. Disponível em: www.inep.gov.br.

condições de empregar-se imediatamente e a procura corresponderia às necessidades de empregados ou de profissionais liberais manifestadas pelas empresas, instituições e pela clientela de serviços autônomos.”¹⁰ Cabe lembrar, porém, que “mercado” está inserido num contexto econômico, político, social e cultural.

Na visão de Jatobá & Andrade (1993), o que diferencia o mercado de trabalho de qualquer outro mercado de produto ou fator é a maneira como as regras e as instituições afetam o seu funcionamento e os seus resultados.

No que diz respeito ao “trabalho”, numa concepção geral, é a forma pela qual o homem se apropria da natureza, transformando-a, tendo em vista construir as condições para sua sobrevivência. É considerada uma atividade que altera o estado natural de materiais da natureza para aumentar sua utilidade.

Segundo Braverman, citado por Botelho (2000), sob uma ótica capitalista, o trabalho passa a se constituir em valor de troca. Onde o trabalhador detém a capacidade de trabalho e o capitalista domina os meios do trabalhador exercê-la. Sendo que, o que o trabalhador vende e o capitalista compra não é uma quantidade de trabalho contratada, mas a força para trabalhar por um período de tempo contratado. Nessa ótica, o trabalho passa a representar uma dupla finalidade, a de produzir valores de uso e valores de troca.

Polanyi, citado por Bunhoff (1991), acrescenta, dizendo que o trabalho seria uma mercadoria “fictícia”, e esta seria definida empiricamente como objeto produzido para a venda no mercado; passando o trabalho a ter valor de troca no mercado; onde o preço do trabalho (ou da força de trabalho) é estabelecido pelo mercado, de acordo com suas leis e nuances conjunturais.

¹⁰ Cunha, L. A. Política Educacional no Brasil: a Profissionalização do Ensino Médio. Rio de Janeiro: Tijuca Editora, 1973, pp. 125-26. disponível em: www.inep.gov.br.

2.3 - CORRENTES TEÓRICAS SOBRE O MERCADO DE TRABALHO

O neoliberalismo, hegemônico no mundo atual, tem suas origens históricas localizadas nos EUA e na Europa do pós-guerra constituindo-se como uma reação teórica ao Estado intervencionista e de bem-estar social, organizado pelo Keynesianismo (Souza, 1996).

Estudiosos como Phelps, Friedman, Lucas e Hayek, na segunda metade da década de 1940, já criticavam os perigos que a regulação do mercado pelo Estado representava para o desenvolvimento pleno do capitalismo e, simultaneamente, apontando para a destruição das liberdades individuais dos cidadãos decorrente do Estado de bem-estar social (Solimano, 1988; Souza, 1996).

Friedman (citado por Souza, 1996) chegou a defender que a liberdade econômica é a verdadeira fundadora da liberdade civil e política e que, a regulação do mercado pelo Estado interferiria na vitalidade da concorrência. Para este autor, o Estado intervencionista não oferecia condições necessárias para defender a liberdade do cidadão em nenhuma das instâncias.

Souza (1996) acrescenta que:

“As propostas neoliberais têm o mercado como princípio fundador, auto-unificador e auto-regulador das sociedades, fazendo coincidir, através de um discurso contratualista de direitos, a imperativa necessidade humana de desenvolvimento social com o desenvolvimento despolitizado do mercado” (Souza, 1996:4).

Este pensamento se apóia nas teorias do liberalismo clássico, sistematizadas na segunda metade do século XVIII. Adam Smith, seu principal representante, justificou a competitividade em uma economia de mercado a partir da premissa de que a condição humana se configura egoísta. Assim, a liberdade econômica seria a possibilidade para dar vazão a esta condição natural.

No século XX, seguidores desse pensamento, apenas na década de 1970 encontraram condições econômicas e político-sociais para pôr em prática sua doutrina.

Nessa década assistiu-se a uma profunda recessão e altas taxas de inflação. As estratégias empregadas tanto pelas empresas como pelo Estado Keynesiano não produziam mais uma resposta adequada ao novo cenário mundial (Botelho, 2000).

De acordo com Souza (1996), no capitalismo monopolista de Estado, o aumento da intervenção estatal se realizava, justamente, para prover recursos suficientes à sobrevivência do capital. A presença ativa do Estado no planejamento econômico e também social, em suas múltiplas interfaces, se estabeleceu, assim, com o objetivo de uma possível regulação das instabilidades dos ciclos econômicos do capital, tentando alcançar a integridade do processo de acumulação.

E foi nesse contexto que o Estado de bem-estar social avançou nos países capitalistas europeus e na América buscando, através do Estado provedor de serviços sociais, centrar nos mais variados aspectos, o pleno emprego. O enfoque Keynesiano, surgido a partir da grande depressão dos anos 30 e da emergência do desemprego em massa, diagnosticou que o mercado de trabalho estava longe de um desempenho eficiente como defendia anteriormente as correntes neoclássicas¹¹. Nessa teoria foi postulado que os mecanismos de ajuste antidesequilíbrios podem não funcionar e/ou fazê-lo muito lentamente, transformando o desemprego em um traço permanente das economias de mercado capitalistas (Solimano, 1988).

Na teoria Keynesiana o problema do desemprego é estudado tendo em vista outros mercados e não apenas o de trabalho, como no clássico. Keynes (1936) ainda defendia que o desemprego que se observa nas economias capitalistas ocidentais é, em grande parte, de caráter involuntário, o que reflete na impossibilidade dos trabalhadores acharem emprego ao salário real vigente (Solimano, 1988).

Harvey (1989) e Souza (1996) acrescentam que desde a crise econômica da década de 1970, o Estado de bem-estar passa a ser questionado na medida em que, como modelo político-econômico, aumentou o déficit público, tornou favorável o crescimento de indústrias improdutivas, desestimulou o trabalho e a competitividade, reduziu a capacidade de poupança e o excedente de capital para ser reinvestido na

¹¹ As correntes neoclássicas sobre o mercado de trabalho defendiam que este estava sempre em equilíbrio e, assim, a economia tenderia a estar permanentemente em pleno emprego, e o desemprego era de caráter voluntário ou transitório.

produção, gerando níveis altíssimos de inflação. Além de haver problemas de rigidez nos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho.

Já na visão de Antunes (2000) a crise do Keynesianismo foi a expressão fenomênica de um quadro crítico mais complexo. Ela exprimia, em seu interior, uma crise estrutural do capitalismo, onde se destacava a tendência crescente da taxa de lucro. Na hipótese do autor, era também a manifestação, tanto do sentido destrutivo da lógica do capital, quanto da incontabilidade do sistema de metabolismo social do capital.

Carvalho (2001) disserta que essas transformações também trazem à tona restrição das oportunidades de acesso ao trabalho e à proteção social, iniciando-se uma desmontagem de direitos historicamente consagrados, fragilização dos vínculos e da solidariedade social, além da ampliação da vulnerabilidade, da insegurança e das desigualdades. A autora faz referência ao fato do declínio do Keynesianismo ter acontecido de diferentes formas nos países industrializados e nos do chamado “terceiro mundo”. Nesses últimos, onde os Estados mal iniciaram a construção efetiva de bem-estar social, o neoliberalismo encontrou condições favoráveis para a disseminação de suas políticas. Naquele momento, a hiperinflação servia de substrato para se comprovar a incapacidade do Estado, tanto nos interesses das sociedades em vias de democratização, quanto na tutela do mercado. Os países latino-americanos passaram a aderir às determinações de caráter global do capitalismo mundial, resignando-se à política, economia, cultura e nova divisão internacional do trabalho imposta pelo neoliberalismo. A palavra de ordem é: desregulamentar, liberar e privatizar, afirma Souza (1996).

Os países do “terceiro mundo”, numa posição de total subordinação e dependência, tiveram sua reestruturação produtiva nos marcos de uma condição subalterna. As repercussões mais profundas dizem respeito ao desemprego e à precarização da forma humana de trabalho (Antunes, 2000).

Na década de 1980, respostas às novas exigências do mercado vêm surgindo em busca de novas formas de aumento da produtividade e de novos mercados. No processo de trabalho já não cabe mais a produção em série, típica do padrão fordista¹². Busca-se a

¹² Processo de trabalho que predominou na grande indústria capitalista do século XX. Baseava-se na produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; a partir do controle

flexibilização da produção. Como relata Antunes (2001), aspira-se por uma “especialização flexível”, por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do mercado.

Para Harvey (1989) a acumulação flexível se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. E ainda, pelo surgimento de novos mercados e novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros. A acumulação flexível envolve mudanças nos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando emprego no chamado “setor de serviços”, assim como conjuntos industriais inteiramente novos em regiões até então subdesenvolvidas.

A adoção de novos modelos produtivos baseados nos princípios da produção enxuta, permeada pela difusão de novas tecnologias nos processos produtivos propiciou, por um lado, aumento da produtividade no trabalho e, por outro, uma preocupante substituição do trabalho vivo por trabalho acumulado nos sistemas de equipamentos (Régner & Arroio, 2001).

Nos dias atuais, Lógus & Paulino (1993), acreditam que não há mais um mercado de trabalho na sociedade contemporânea, mas vários. Dessa maneira, na visão das autoras, o mercado torna-se uma arena imaginária e concreta, com articulação dos diversos mercados que, juntos, acolhem pelo menos três formas básicas de acesso ao trabalho: os assalariados legais com carteira de trabalho assinada nos mercados regulamentados, os assalariados ilegais sem carteira nos mercados não-regulamentados, e os ocupados por conta própria nos mercados de trabalho informais. E defendem que as políticas de emprego têm que, necessariamente, se reportar a essas diferenças, estruturais da economia atual.

de tempos e movimentos, na fragmentação das funções, na separação entre elaboração e execução no processo de trabalho, pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição do operário-massa e do trabalhador coletivo fabril. Para maiores detalhes: Antunes, R Adeus ao Trabalho?, São Paulo:Cortez, 2001.

2.4 - DEMANDAS DE NOVAS COMPETÊNCIAS / MUDANÇAS NO MERCADO DE TRABALHO

As relações de trabalho caracterizadas, até pouco tempo, por meio de contratos formais realizados entre patrões e empregados, sofreram mudanças simultaneamente com a evolução da sociedade e das condições da produção. Assim como mudaram as realidades que se escondem por trás dessas noções.

Régnier & Arroio (2001), relatam que contribuíram para a construção dessa nova realidade do trabalho, fatores como a globalização econômica, a disseminação das inovações tecnológicas e organizacionais, as transformações no papel dos Estados, a disseminação do individualismo como valor nas sociedades contemporâneas e o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho. O impacto que trouxe esses fatores à nova realidade pode ser percebido pelo aumento do nível de desemprego, no crescimento da informalização nas relações trabalhistas, no deslocamento setorial do emprego, e nos novos requisitos funcionais, com a exigência de novas habilidades e competências, assim como na busca pela polivalência funcional.

Segundo Deluiz (2004) espera-se do “novo” trabalhador que, cada vez menos seu desempenho profissional pautar-se pelo cumprimento de tarefas prescritas, ou seja, seu desempenho passa a ser associado ao cumprimento de “missões”, cujo componente de avaliação, em última instância, consiste na capacidade de produzir mais, em menos tempo, maximizando os recursos. Soma-se a isso a necessidade de trabalhar com as tecnologias de informação e de comunicação (presentes nos novos equipamentos e instrumentos) que exigem o domínio de novas linguagens, raciocínio lógico, habilidades sócio-comunicativas, responsabilidade, disposição para correr riscos e espírito de liderança.

As práticas dessas novas competências têm resultado numa crescente individualização das relações de trabalho, onde cada profissional passa a ser remunerado pela quantidade de valor que agrega aos produtos e aos processos. Dessa maneira, segundo Souza et al. (1999), cresce a necessidade de se adicionar a noção de *politecnia* à formação profissional, ou seja, ao domínio dos fundamentos científicos, principalmente no intuito de superar diferenças entre teoria e prática, técnica e política, generalidades e especificidades; não visando apenas seu desenvolvimento intelectual,

mas na busca frenética pela adaptabilidade do trabalhador às necessidades do sistema produtivo.

Deluiz (2004) nos diz que a natureza desse trabalho molda-se na imprevisibilidade das situações, onde o trabalhador ou o coletivo de trabalhadores tem que fazer escolhas e opções todo o tempo, destacando-se as operações intelectuais nas atividades e, simultaneamente, seus “custos subjetivos”. A autora acrescenta que essas “competências”, além de condicionadas pelo contexto econômico, social e político atual, é produto das relações sociais resultante de negociações e embates entre interesses nem sempre denominados do capital e do trabalho. Estas refletem relações de poder entre atores sociais envolvidos no processo de produção de bens e de serviços, cujos perfis variam de acordo com os mercados.

2.5 - MERCADO DE TRABALHO NO BRASIL

O neoliberalismo, entre o final da década de 1970 e o início da década seguinte, segundo Pochmann (2001), foi encarado no Brasil com expectativas de um diagnóstico favorável, principalmente no que dizia respeito à difusão das novas tecnologias de base microeletrônica. Porém, durante a segunda metade da década de 1980, em vistas da baixa *performance* da economia brasileira (hiperinflação, estagnação da renda *per capita* e redução da taxa de investimentos), não se conseguiu avançar de maneira significativa na automação industrial, tampouco foram generalizados os esforços de introdução dos modelos de gestão da produção e de organização do trabalho. Simultaneamente a essa baixa *performance* econômica, o Estado não implementou um projeto nacional, que criasse uma nova lógica para nortear o desenvolvimento econômico, evitando a redução de salários, do mercado interno e contração dos investimentos públicos, retardando as possibilidades favoráveis de inserção do país na nova divisão internacional do trabalho.

Ainda nessa década foi retomado o processo de redemocratização do país. Multiplicaram-se os movimentos sociais, ampliando-se a participação na esfera pública com o movimento das “Diretas já” e pela Constituinte de 1988 (Deluiz, 2004). A

Constituição de 1988 consagrou, no Brasil, universalização e ampliação dos direitos sociais, alargando os limites da “cidadania regulada”¹³ vigente até aquele momento.

Carvalho (2001) analisa no entanto, que não retardou para que os direitos promulgados pela Constituição começassem a ser vistos como “excessivos” e como fator de ingovernabilidade, e que a relevância atribuída às questões sociais e da própria agenda nacional fossem modificadas. O país passou, então, por “reformas estruturais” que envolveram um programa de estabilização, abertura econômica do país, implementação de um amplo programa de privatizações, e profunda reformulação no papel do Estado.

A busca pela estabilidade econômica veio atrelada à expansão dos processos de reestruturação produtiva, ou seja, fechamento de fábricas, renovação tecnológica, terceirização, subcontratação, reorganização dos processos produtivos e enxugamento de quadros que entre outras medidas objetivavam primordialmente a racionalização de custos, com ênfase para os custos do trabalho. Segundo Costa (2005), o resultado imediato dessas mudanças foi a perda, ainda na primeira metade da década de 1990, de mais de 1 milhão de empregos na indústria de transformação, tendo boa parte de seus trabalhadores abraçado a informalidade e outra se deslocado para o setor de serviços, com predomínio de contratos de baixa qualificação e de baixos salários.

Dessa maneira, os anos noventa confirmaram-se como segunda década perdida, marcada pelo crescente desemprego, baixos níveis de crescimento econômico, deterioração das condições de trabalho e renda da população, acentuação das desigualdades sociais e espaciais e reorientação profunda e regressiva das políticas sociais (Pochmann, 2001).

Assim, afirma Pochmann (2001), que a década de 1990 também foi marcada por uma forte destruição de postos de trabalho no setor industrial. Pois, com a abertura e a conversão econômica, além da fragilidade oriunda da década de 1980, várias indústrias mostraram-se incapazes de acompanhar os padrões e as normas internacionais de produção, sendo praticamente aniquiladas. Nesse contexto o setor terciário passou a

¹³ Direitos sociais concedidos apenas a algumas categorias sociais e ocupacionais regulamentadas do núcleo “duro” dos assalariados urbanos. Ficam à margem de qualquer proteção os ocupados no setor informal urbano e todos os trabalhadores rurais. Para maiores detalhes ver: Santos, W. G. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

absorver um maior número de trabalhadores. Por outro lado, ainda de acordo com o autor, a expansão dos serviços não consegue compensar a destruição de empregos que vem se processando nos demais setores.¹⁴ Como resultado, amplia-se o excedente de mão-de-obra no país, intensificando a seletividade patronal e as dificuldades e desigualdades no acesso aos postos de trabalho existentes.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, na década de 1990, todas as regiões brasileiras apresentaram taxas de desemprego que são, no mínimo, o dobro das verificadas no final da década de 1980. Em 1999, segundo a fundação Seade e o Dieese, as taxas de desemprego correspondem à cerca de 20% da População Economicamente Ativa (PEA)¹⁵. Na visão de Carvalho (2001), isso se traduz num intenso crescimento do desemprego, na precarização das relações de trabalho, na queda de rendimentos dos que permanecem ocupados, no aumento das desigualdades e na permanência de uma pobreza em massa.

De acordo com Pochmann (2001), no que concerne às formas de emprego, como resultante da reestruturação e do crescimento das práticas de terceirização, observa-se a queda do emprego formal e a ampliação dos contratos 'atípicos' (por tempo determinado, por prestação de serviços, estágio, etc.) e da informalidade. Trabalhadores inseridos nessas formas de ocupação têm em comum a precariedade do emprego e da remuneração, a desregulamentação das condições do trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a conseqüente regressão dos direitos sociais, bem como a ausência de proteção e expressão sindicais, demonstrando uma tendência à individualização extrema da relação salarial. Frente a esse panorama tem havido um contínuo crescimento do mercado informal, em detrimento do trabalho regulamentado.

Foi em 1972, no âmbito do Programa Mundial de Emprego, que foi abordado de maneira enfática a questão da informalidade, pela OIT. Tendo por referência o caso do Quênia, no continente africano, constatou-se um grande número de trabalhadores

¹⁴ Há muitas décadas a população com ocupação na agropecuária vem se reduzindo. A rápida industrialização da economia brasileira após a II Guerra Mundial inverteu as proporções de pessoas que viviam nos meios rural e urbano entre 1950 e 1980. Estas passaram, respectivamente, de 70% a 30% e vice-versa.

¹⁵ No Brasil a taxa de desemprego varia conforme a metodologia da pesquisa. O IBGE considera como desempregado qualquer pessoa que fez algum tipo de trabalho na semana anterior à pesquisa. A taxa de desemprego mensurado pelo Dieese/Seade considera o desemprego oculto pelo trabalho precário (aqueles que procuram trabalho mas exercem precariamente alguma atividade) e o desemprego oculto pelo desalento (aqueles que gostariam de estar trabalhando, procuraram trabalho no último ano, mas não o fez nos últimos 30 dias).

desenvolvendo atividades econômicas à margem da lei e desprovidas de qualquer proteção ou regulação pública. O nome dado a essas novas formas de produção foi “atividades informais”, onde foi apontada como principal diferença entre o setor formal e o informal, a existência de trabalho assalariado e trabalho autônomo, respectivamente (Varella, 2006).

Uma das formas de classificação utilizada pela OIT toma como referência a unidade econômica, e não o trabalhador ou a ocupação por ele exercida. É caracterizada pela produção em pequena escala, pelo baixo nível de organização e pela quase inexistência de separação entre capital e trabalho, enquanto fatores de produção; e por oferecerem empregos instáveis e reduzidas rendas, além da ausência de direitos sociais por parte dos trabalhadores (Sebrae, 2003).

Fuentes (1997) disserta que a concepção de setor informal tem sofrido alterações ao longo do tempo. Para este autor, o setor informal é pensado como uma alternativa de emprego com o intuito de diminuir os efeitos do desemprego. Para o IBGE, o conceito de trabalho informal está vinculado ao tipo de posição na ocupação: aqueles cujos ocupantes são trabalhadores sem carteira assinada ou por conta própria. Segundo Kraychete (1998) a conceituação do setor informal assemelha-se mais a uma descrição de atividades e situações, envolvendo um conglomerado que, tratado como um conjunto, não responderia a nenhuma lógica específica. Dessa maneira, o setor informal seria um movimento reflexo do setor formal ou moderno, onde cresceria nos momentos de crise, amortecendo o desemprego gerado no setor formal. O autor apresenta duas novas visões e expectativas em relação ao mercado informal:

- Uma visão, compatível com as crenças ultraliberais, propõe aos que não têm acesso ao mercado formal de trabalho que adquiram uma empregabilidade, que assim se transformem em empresários de si mesmos. Nessa visão os desempregados montam seus próprios empreendimentos, transformando-se em pequenos empresários individuais;

- Por outro lado, uma outra visão crítica sobre os postulados econômicos hegemônicos aponta para a importância de conceitos como economia popular, economia popular e solidária ou sócio-econômica solidária. Nesse contexto, diante de oportunidades de emprego regular, cada vez mais escassas, a reprodução da vida de uma fatia crescente da população passa a depender, em maior escala, de uma economia que

se alimenta de inúmeras atividades realizadas de forma individual, familiar ou associativa, englobando um extenso fluxo de produção e troca de bens e serviços.¹⁶

Por outro lado, Camargo (1996) associa o setor informal à perspectiva de flexibilidade do mercado de trabalho e acrescenta que este não representa um passado a ser superado pelo desenvolvimento do processo de acumulação, e sim um futuro a ser ampliado.

Para Jatobá & Andrade (1993) o conceito de flexibilização não está isento de valorações ideológicas. Enquanto para alguns a flexibilização tem a função singular de legitimar um enfoque de destruição e recomposição sobre as novas bases das relações sociais no contexto de uma economia em crise; para outros, o conceito é mais preciso. Limitar-se-ia tanto aos ajustes do emprego e jornada de trabalho a uma conjuntura econômica instável quanto à possibilidade de ajustar os salários às contingências das flutuações econômicas. Na concepção destes autores, a flexibilização do mercado de trabalho tem o objetivo de atenuar ou remover as normas institucionais e jurídicas que restringem a margem de manobra das empresas. No entanto, o conceito mais geral é o de capacidade de adaptação às mudanças, gerando um sistema capaz de reagir aos choques de forma rápida e eficaz, modificando normas e práticas (institucionais, culturais, sociais e econômicas) que regulam o mercado e as relações de trabalho.

Lagos (1994) classifica a flexibilidade do mercado de trabalho em: flexibilidade de custos de trabalho, numérica e funcional. A flexibilidade de custos de trabalho consiste na revisão de regras trabalhistas e na adoção de instrumentos de remuneração para se adaptar às demandas de produção, como gratificações e comportamentos salariais. Os custos diretos e indiretos do trabalho têm sido apontados como uma das formas de rigidez que evita o bom funcionamento do mercado de trabalho. Já a flexibilidade numérica abrange duas alternativas; pode ser subdividida em externa (seria o ajuste pela força de trabalho) e interna ou temporal (quando implica em variação do número de horas trabalhadas, sem mudanças na quantidade de empregos). E a flexibilidade funcional diz respeito à mobilidade dos trabalhadores dentro da empresa com reorganização dos postos de trabalho diante de modificações no volume de trabalho ou por introdução de novas tecnologias.

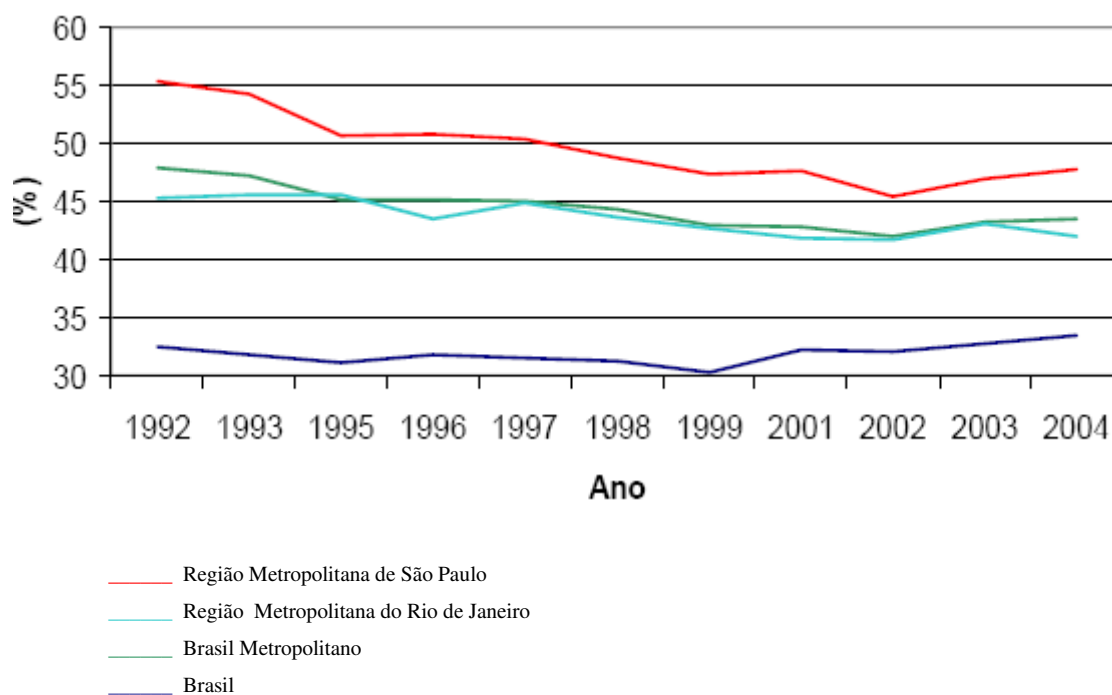
¹⁶ Para maiores detalhes ver: Singer, P. Globalização e Desemprego. Diagnóstico e Alternativas. São Paulo: Contexto, 1998 e Gaiger, L. I. (org.) Formas de combate e resistência à pobreza, São Leopoldo: Unisinos, 1996.

Como cenário ainda da década de 1990, Kraychete (2000) aponta que houve uma forte ampliação das ocupações por conta própria. Neste período, para cada 10 ocupações geradas, apenas duas foram assalariadas, sendo três de ocupações sem remuneração e cinco por conta própria. Entre 1986 e 1998, nas regiões Metropolitanas, a ocupação com carteira teve uma redução de 4% e o número de trabalhadores por conta própria aumentou em 61%.

Desta forma, segundo o autor, assiste-se a um novo panorama onde um contingente formado pelos trabalhadores expulsos do emprego regular e pelas pessoas que ingressam no mercado de trabalho a cada ano, se une àquelas que sempre viveram de trabalhos informais.

Pode-se observar nos Gráficos 1 e 2 a mudança no perfil dos empregados. O Gráfico 1 apresenta o decréscimo dos empregados com carteira assinada, no período de 1992 a 1999 no Brasil. Houve uma sutil elevação dessa percentagem de 1999 a 2004; retornando, aproximadamente, à percentagem encontrada em 1992.

**Gráfico 1 – Participação dos empregados com carteira assinada na ocupação total.
Brasil, 1992-2004**



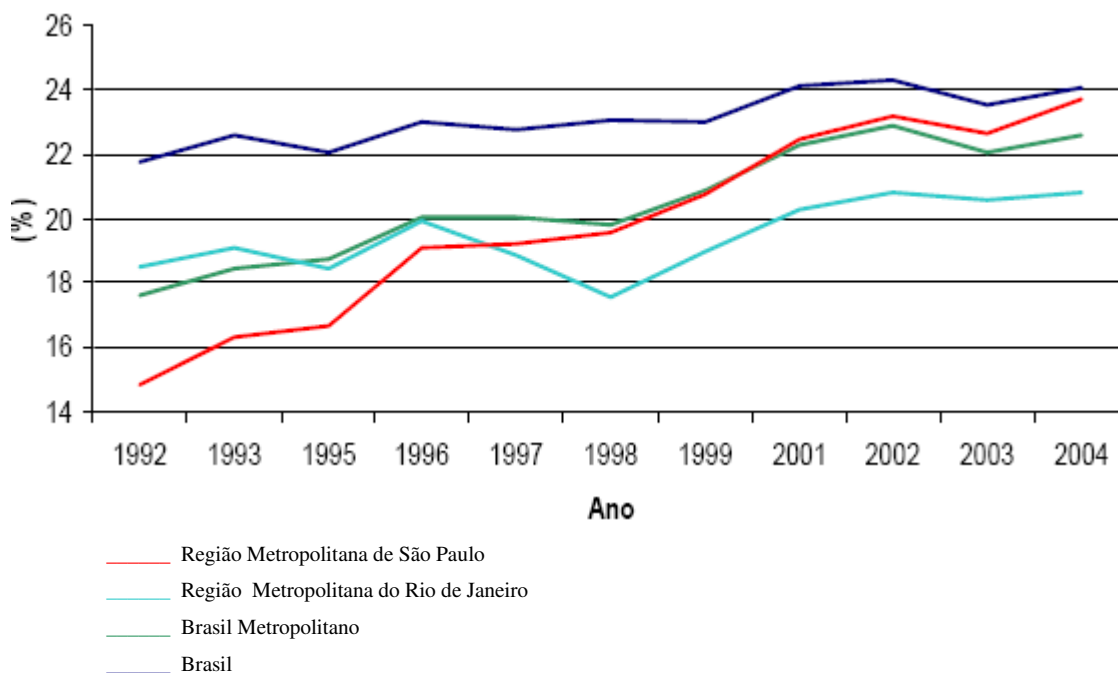
Fonte: PNAD/IBGE. Dados usados por Urani, A. *Desigualdade e Pobreza no Brasil: diagnóstico e estratégias de enfrentamento* (2006, slide 36). Disponível em: www.comunidade.real.com.br

Os dados da Relação Anual de Informações Sociais- RAIS (2004) confirmam uma elevação do emprego formal. No total, entre celetistas e estatutários, observou-se um incremento de 1,86 milhão de empregados, superior aos 861 mil postos de trabalho criados no ano de 2003.

O Gráfico 2 demonstra o aumento de uma parcela de trabalhadores na informalidade. No Brasil, no intervalo entre 1992 e 2004, passou-se de aproximadamente 22% para 24% a participação de trabalhadores sem carteira assinada no total de ocupação. Pelos critérios do IBGE¹⁷, estariam incluídas no setor informal as unidades de produção de trabalhadores por conta própria e de empregadores com até cinco empregados.

¹⁷ De acordo com o IBGE, os critérios adotados para a Pesquisa de Economia Informal Urbana baseiam-se nas recomendações da 15ª. conferência de Estatísticas do Trabalho promovida pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

**Gráfico 2 – Participação dos empregados sem carteira assinada na ocupação total.
Brasil, 1992-2004**



Fonte: PNAD/IBGE. Dados usados por Urani, A., *Desigualdade e Pobreza no Brasil: diagnóstico e estratégias de enfrentamento* (2006, slide 38). Disponível em: www.comunidadeareal.com.br

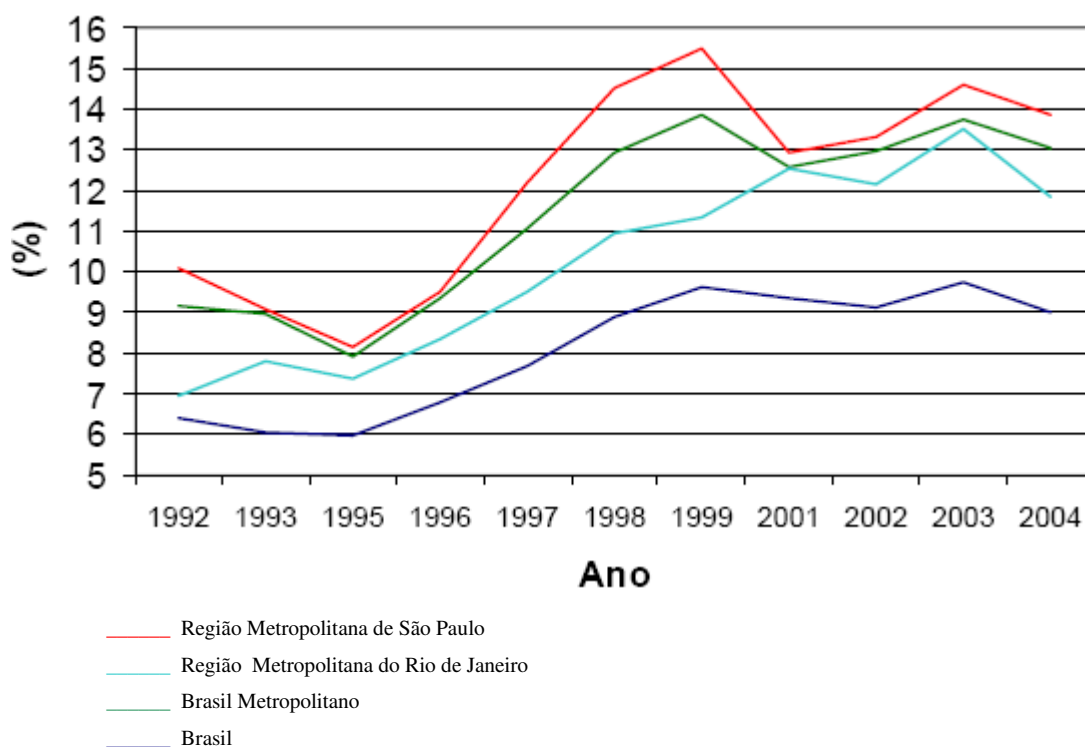
Também nos Gráficos 1 e 2, pode-se perceber que apenas duas regiões metropolitanas (Rio de Janeiro e São Paulo) estão sendo consideradas. Elas representam o perfil das metrópoles no Brasil. As pesquisas realizadas pelo IBGE que objetivam identificar o setor informal excluem as atividades agrícolas desenvolvidas por moradores de domicílios em áreas rurais¹⁸.

Por outro lado, no Gráfico 3 observa-se que a taxa de desemprego aberto foi crescente até o fim da década de 1990. A partir de 2000, esta apresenta um recuo, tornando-se a partir de então inconstante, apresentando baixas e elevações. Entretanto, apesar do Gráfico apontar para uma tendência decrescente do desemprego aberto, até o ano apresentado a percentagem ainda está bem acima da observada na década de 1990.

¹⁸ O IBGE justifica o recorte urbano devido aos elevados custos operacionais que seriam demandadas pela cobertura dos domicílios rurais, e na evidência empírica de que é nos grandes centros urbanos que se concentra a economia informal.

Gráfico 3 – Evolução da Taxa de Desemprego Aberto.

Brasil, 1992-2004



Fonte: PNAD/IBGE. Dados usados por Urani, A. Desigualdade e Pobreza no Brasil: diagnóstico e estratégia de enfrentamento (2006, slide 37). Disponível em: www.comunidadeareal.com.br

Se em 2004 a taxa de desemprego aberto pairava em 9%, em 2005 a taxa voltou a crescer e, segundo dados do IBGE, atingiu em julho deste ano a taxa de 10,7%. Na visão de Cimar Azeredo¹⁹, gerente da pesquisa mensal de emprego, o que explica esse aumento é o fato de que há mais pessoas procurando trabalho e não estão sendo geradas vagas suficientes para absorver esse contingente.

Para Giovanna Rocca²⁰, economista, esses dados não são alarmantes, apenas mostram que há mais pessoas considerando o mercado de trabalho mais promissor e, que por este motivo, saem em busca de um emprego, simultaneamente a criação de vagas não é suficiente para acolher todos os interessados.

E na saúde? Como se comporta o mercado de trabalho em saúde nesse contexto? O cenário verificado no mercado de trabalho em geral, no Brasil, é reflexivo na saúde?

¹⁹ Entrevista concedida ao Jornal O Globo em 11/10/2006. Disponível em : www.oglobo.globo.com

²⁰ Entrevista concedida ao jornal Correio da Bahia em 25/08/2006. Disponível em: www.correiodabahia.com.br

2.6 - O LUGAR DA SAÚDE NA ECONOMIA

Segundo Cunha (1999), o setor de serviços abrange o comércio, turismo, hotelaria, publicidade, transportes, comunicações, seguradoras, corretoras, imobiliárias, consultorias jurídicas, fiscais e empresariais, serviços médicos e todo o sistema financeiro. Desta maneira, os produtos das atividades desenvolvidas no setor terciário não assumem formas de objetos designados diretamente ao consumidor. Produção e consumo ocorrem simultaneamente. Estes se definem, primordialmente por sua utilidade imediata, focada ao atendimento de uma necessidade, e dá-se no âmbito do consumo privado, individual ou coletivo.

Neste tipo de atividade, segundo Offe (1989), na produção do serviço tem-se a co-participação do cliente, onde se destacam dois aspectos: a imposição de resguardar a particularidade em função do cliente, e a submissão a normas que tornam possível controlar a qualidade. A partir desses pressupostos são erguidas limitações dos mecanismos de controle e observada a necessidade de flexibilidade desse tipo de atividade. E assim, de acordo com o autor, se faz necessário buscar o ponto de equilíbrio entre individualização e padronização.

Os trabalhos de Berger e Offe (1991) apontam para uma possibilidade de transformações culturais que se operam nesse Setor e se expandem socialmente. Essa caracterização funcional do terciário não agrega nenhum valor econômico, em si mesmo, se comparado à atividades produtivas em geral, visto que quanto ao recurso à disponibilidade para a prestação de serviços, prevalece a incerteza quanto ao volume, clientes, tipo, etc., que serão demandados. Dessa maneira, os autores rejeitam a idéia de que o setor terciário absorva a força de trabalho disponibilizada pelo setor de produção de bens, equilibrando oferta e demanda de empregos.

Os mesmos autores acrescentam mais um argumento contra a idéia ingênua sobre a absorção do excedente de mão-de-obra pelo setor terciário, onde fazem uma analogia com a produtividade industrial e notam que os serviços não acompanham o mesmo conceito de produtividade destes, devido à sua disponibilidade excedente e à sua função social de absorção de incertezas, ou seja, os serviços devem ser prestados

quando, como, onde e por quem são demandados, e não há parâmetros para medir ou prever tal demanda.

Roggero (1998) afirma que, no Brasil, o processo de terceirização está intimamente correlacionado ao modo como se deu a implantação das indústrias e a expansão das atividades de comércio ligadas à ela, a partir dos anos 1950. Hoje a expansão é observada em função do processo de mundialização da economia, acompanhando o movimento realizado pelos países de capitalismo avançado, mesmo que de forma dependente.

O setor saúde se torna parte integrante do setor de serviços na medida em que o produto do seu trabalho é imaterial. O consumo se dá no ato da produção sendo dele indissociável. Não tem como resultado um produto de comercialização no mercado. Machado (1996) destaca que o setor de saúde guarda características que difere dos demais setores de prestação de serviços e destaca a essencialidade do trabalho especializado, que requer autonomia e pressupõe trabalho não serializado, sem rotina e com tendência à individualidade.

Hoje a prestação de serviços em saúde se dá cada vez mais em instituições formais²¹, nas mais diversas atividades, sejam de promoção, proteção ou recuperação da saúde. Envolve uma série de grupos profissionais que utilizam tecnologias cada vez mais sofisticadas, complexificando o trabalho neste setor (Varella, 2006). Contudo, apesar do incremento tecnológico, o setor de saúde apresenta um grande dinamismo de crescimento, principalmente se comparado ao mercado de trabalho em geral (Vieira, 1998). Todo esse incremento tecnológico requer novas qualificações para sua operação, fazendo crescer a demanda efetiva por força de trabalho. Dessa maneira, quanto mais tecnologia se utiliza no setor saúde, mais se absorve mão-de-obra especializada, sem obrigatoriamente ter que dispensar as já existentes na equipe (Machado et al., 2006).

No intuito de melhor compreender o comportamento do mercado de trabalho em saúde, também influenciado pelo perfil de seus profissionais, torna-se imprescindível fazer uma aproximação teórica ao tema recursos humanos/força de trabalho.

²¹ Instituições públicas, privadas, lucrativas ou filantrópicas, com atenção ambulatorial ou a pacientes hospitalizados.

Na visão de Nogueira (1983) força de trabalho em saúde e recursos humanos em saúde, apresentam diferenças conceituais. O mesmo defende que força de trabalho em saúde seria o conjunto de pessoas que prestam serviços de saúde, direta ou indiretamente, e estão sujeitas a uma relação de compra e venda da mercadoria que seria a sua própria capacidade de trabalho. Acrescenta que é fundamental o estabelecimento de um intercâmbio econômico entre as partes. Pode-se incluir os não-remunerados com a condição de que cumpram um determinado número de horas diárias e incluem-se os desempregados.

Deste modo, enquanto o conceito de força de trabalho vincula-se à economia política clássica, o conceito de recursos humanos em saúde, para este autor, advém da ciência da administração e se enquadra à ótica de quem exerce algum tipo de função gestora no âmbito micro ou macro-institucional. Assim o conceito de recursos humanos é usado em função do objetivo de se intervir numa dada situação para produzir e aprimorar, ou ainda para administrar a capacidade de trabalho dos indivíduos, sendo disposto ao lado de outros recursos, da mesma forma susceptíveis a uma utilização “mais racional”. Este conceito emerge da teoria dos sistemas onde o trabalho humano é encarado como elemento contribuinte para um processo físico, envolvendo ainda outros recursos vistos como insumos que levam à determinados processos.

2.7 – COMPORTAMENTO DO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE

Merece alguns destaques a dinâmica do mercado de trabalho em saúde nas últimas décadas. O intuito é o de possibilitar uma ampla visão das mudanças ocorridas nesse mercado para que se possa estabelecer um paralelo com a situação atual do mercado de trabalho dos odontólogos. É importante lembrar a afirmação feita por Buss (1995) quando ele relata que mudanças ocorridas no setor saúde, no século passado, diz respeito muito mais à lógica da acumulação de capital no referido setor do que às reais necessidades da população. Comungando o mesmo pensamento, Vieira (1998) acrescenta que o mercado de trabalho em saúde, no Brasil, tem realizado mudanças relevantes na estrutura ocupacional do setor, ou seja, no perfil quanti-qualitativo da

força de trabalho em saúde, em virtude do crescimento do seu sistema produtor de serviços.

Com já visto anteriormente, todos os segmentos da economia foram acometidos por grandes mudanças desde o período de pós-guerra, porém, foi durante o período do chamado milagre econômico que, no Brasil, a saúde sofreu sua primeira grande expansão. Segundo Médici (1986) o ciclo expansivo do milagre econômico só ocorreu graças às profundas alterações que ocorreram nos setores do Estado entre 1964 e 1967. Entenda-se por isso, a reforma tributária e financeira, a mudança do enfoque dado à questão social, entre outras medidas, foram imprescindíveis para financiar a nova política de gasto público.

O referido período teve no setor saúde como hegemônico, o modelo médico-assistencial privativista²², que vigorou de meados da década de 1960 até meados da década de 1980. Este teve, além das determinações estruturais ditadas pelo estágio do desenvolvimento capitalista no país, também motivações políticas conjunturais. Dessa maneira, fez parte de um conjunto de políticas sociais compensatórias, necessárias para a legitimação política do regime burocrático-autoritário e, então, possíveis devido ao surto de crescimento econômico (Buss, 1995).

O modelo médico-assistencial privativista era composto por quatro subsistemas: o subsistema estatal representado pela rede de serviços assistenciais do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, onde se oferecia a medicina simplificada, direcionada a cobertura de populações não integradas economicamente; o subsistema contratado e conveniado com a Previdência Social, para cobrir daquela instituição e setores não atingidos pelas políticas de universalização excludente, o subsistema de atenção médica supletiva, na intenção de atrair mão-de-obra qualificada das grandes empresas; e finalmente, o subsistema de alta tecnologia, conformado em torno dos hospitais universitários e alguns hospitais públicos de maior densidade tecnológica (Buss, 1995).

²² Este modelo tinha o Estado como o grande financiador do sistema, através da Previdência Social e como prestador de serviços aos não integrados economicamente. O setor privado nacional era o maior prestador de serviços de assistência médica. E ainda, tinha o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

No que diz respeito à política de recursos humanos no setor saúde, assistiu-se a uma imensa demanda por profissionais de nível superior, técnico e auxiliar devido à ampliação dos serviços médico-hospitalares em larga escala. A demanda era tanta, que se optou por uma política de contratação de prestadores privados. Foi assim que, entre 1966 e 1974, os postos de trabalho em saúde inseridos nas atividades hospitalares aumentaram de 150.123 para 303.908, com uma taxa geométrica anual de 9,2%, significativamente maior que o crescimento do emprego na economia como um todo (Médici, 1986).

Médici (1986) acrescenta que a dinâmica percebida no emprego de profissionais em saúde na década de 1970 representa maior institucionalização²³ do trabalho nesse setor, na medida em que, com o surgimento de condições de lucratividade das empresas médicas e o crescimento da medicina previdenciária, passava a ser desvantajoso para as instituições, fossem elas públicas ou privadas, de toda a sorte de atividades econômicas, manter grandes estruturas de assistência social, como serviços médicos, em seus próprios estabelecimentos, quando se tornava possível alcançar esses serviços por meio de credenciamentos e convênios com empresas médicas a custos mais baixos.

Ainda no período de 1967-1974, Machado (1992) destaca na política de recursos humanos em saúde, além do já citado incentivo à formação de profissionais de nível superior, especialmente médicos; a estratégia de absorção de empregos, pautada na expansão da rede privada, a partir do financiamento público; e a expansão seletiva de empregos, reforçando a dicotomia médico/atendente e o incentivo à hospitalização/especialização, em detrimento da ambulatorização/atenção primária.

A desaceleração percebida na economia brasileira a partir de 1974, com o esgotamento do dito “milagre econômico”, perfilou uma nova realidade nos padrões de desenvolvimento e mais claramente impôs-se na década de 1980 um cenário com menores taxas de crescimento do produto e do emprego. Apesar desse novo contexto, a política nacional de saúde pouco se alterou e o crescimento dos empregos em saúde permaneceu elevado, com um incremento geométrico anual de 13,2% durante o período 1976-80. Dessa maneira o número o número de postos de trabalho em saúde, nos

²³ Institucionalização do trabalho em saúde pode ser entendido pelo movimento onde o conjunto de força de trabalho de saúde passa a estar ocupado nas instituições de saúde. Para maiores detalhes ver: Médici, A. C. Estrutura e dinâmica da força de trabalho médica no Brasil na década de 70. ENSP/FIOCRUZ, 1984. mimeo.

estabelecimentos médico-hospitalares evolui de 349.386 para 573.629 no referido período (Médici, 1986)

Para Machado (1992), entre 1980-1984, as mudanças introduzidas na política de recursos humanos no período 1975-1979, começam a surtir efeito, sendo percebidos da seguinte maneira. a) aumento da participação do setor público na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares; b) aumento da participação do pessoal lotado nos estabelecimentos ambulatoriais; c) aumento dos níveis de formação de pessoal de nível médio e o aumento da participação destes nas equipes de saúde.

Machado (1992) ressalta que o arrocho salarial dos profissionais de saúde, devido a crise econômica²⁴, impediu que as melhorias oriundas de uma maior quantidade de empregos se refletissem em melhoria na qualidade dos serviços oferecidos.

A partir de 1985, várias propostas com o intuito de resolver novos e velhos problemas na área de recursos humanos integram o começo das mudanças estruturais do sistema de saúde, que se colocam com a Reforma Sanitária²⁵. As tendências que se colocam nesse campo permeiam uma maior interdisciplinaridade das equipes, pelas perspectivas de isonomia salarial e maior homogeneidade dos planos de cargos, carreiras e salários (Machado, 1992). Nogueira (1996), afirma que as lutas pela isonomia salarial e pela estruturação de planos de cargos, carreiras e salários para todos se justificavam no intuito de recuperar os direitos de cidadania a justiça social, adormecidos durante um longo período de ditadura.

²⁴ Entre 1979 e 1984, por força da crise econômica, os gastos sociais dos Estados se reduzem de 16,6 para 15,2 bilhões de dólares e os gastos com saúde, de 1.0 para 0,9 bilhões. As despesas de custo em saúde, dos quais 90% representam gastos com o pessoal, se reduzem de US\$ 864,6 para US\$ 22,5 milhões. Dessa maneira, houve um grande rebaixamento salarial para que se pudesse manter uma política de contratação de profissionais de saúde nos anos de crise. Para os profissionais de nível superior tal estratégia acelerou a tendência ao exercício de uma multiplicidade de empregos.

²⁵ O movimento da Reforma Sanitária se origina e se difunde, a partir dos setores contra-hegemônicos, imerso num pensamento crítico do projeto político do modelo médico-assistencial privatista, apoiado na articulação solidária entre Estado, as empresas multinacionais e as empresas privadas nacionais.

Na nova Constituição Brasileira²⁶, promulgada em 1988, a saúde foi contemplada com uma série de conceitos, princípios e diretrizes advindos das propostas contra-hegemônicas do “movimento sanitário”, em detrimento da prática corrente e hegemônica. Dessa maneira, o atual texto constitucional sela não mais um sistema de seguro social, mas de seguridade social, constituído por um conjunto integrado de ações assegurando os direitos relativos à Saúde, Assistência e Previdência Social (Buss, 1995).

Na Carta Magna cabe ressaltar a tendência à descentralização setorial, contida através do processo de redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre as esferas do governo, que foi traduzida pela definição do município como único ente federativo que tem a missão de prestar serviço de atendimento à saúde da população. À União e aos Estados cabe prover a cooperação técnica e financeira necessária para apoiar os Municípios (Silva & Costa, 2002).

Essas mudanças de titularidade da gestão levaram ao crescimento do papel dos governos locais na provisão da atenção, reduzindo desde a década de 1980 as funções da União na oferta direta de serviços de atenção à saúde e ampliando as suas funções de negociação na alocação de recursos e regulação de desempenho (Silva & Costa, 2002).

A Tabela 1 sinaliza que o incentivo a maior autonomia na gestão administrativa e financeira local resultou na passagem quase unânime da gestão dos estabelecimentos de saúde para os municípios. Os estabelecimentos sob gestão federal regrediram de 16%, em 1980, para 5% em 1992, se mantendo em 2%, em 2002 e 2005. Enquanto a titularidade local cresceu de 27% em 1980, passando para 69%, em 1992, 94% em 2002, e finalmente para 95%, em 2005.

²⁶ O atual texto constitucional declara a saúde como direito de todos e dever do Estado enquanto acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Institui ainda a participação, de modo complementar, das instituições privadas do setor no Sistema Único de Saúde. Igualmente institui a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral priorizando as ações preventivas sem detrimento dos serviços assistenciais e a participação da comunidade. Para maiores detalhes ver: Cohn, A. & Elias, P. E. Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços. São Paulo: Cortez, 117 p, 1996.

Tabela 1 – Evolução dos estabelecimentos públicos de saúde por esfera administrativa - Brasil, 1980- 2005.

Estabelecimentos Públicos de Saúde	1980	1992	2002	2005
Total	10.055 (100%)	27.092 (100%)	38.347 (100%)	45.089(100%)
Federais	1.575 (16%)	1.387 (5%)	652(2%)	1.044(2%)
Estaduais	5.768 (57%)	7.043 (26%)	1.600 (4%)	1.496(3%)
Municipais	2.712 (27%)	18.662 (69%)	36.095 (94%)	42.549(95%)

Fonte: IBGE, AMS (1980, 1992, 2002 e 2005).

Em 2002, a proporção de unidades de saúde, sob a responsabilidade administrativa da União e dos Estados, tornaram residuais, enquanto que os municípios, passaram a deter a responsabilidade na prestação direta pelos serviços de saúde. O período de 1980-2005 foi marcado por uma “migração” do emprego público em direção à esfera municipal, contrapondo um forte enxugamento da esfera federal.

Podemos perceber pelos dados da Tabela 2 o impacto do processo de municipalização das ações de saúde no seu próprio mercado de trabalho; onde o crescimento global do emprego em saúde no setor público foi sustentado essencialmente pelo crescimento do emprego municipal. A oferta de empregos municipais passou de 18% do total de empregos públicos em 1980, para 44% em 1992, 62% em 2002, e finalmente 64% em 2005; enquanto empregos públicos federais apresentaram taxas de crescimentos negativas em todo o período, apresentando uma queda de 38%, referente ao total de empregos. Na esfera estadual elevaram-se 5% referente ao total de empregos, no período entre 1980 e 1992 e decresceram 13%, referente ao total de empregos, no período compreendido entre 1992 e 2005.

**Tabela 2 – Evolução dos empregos públicos por esfera administrativa
Brasil, 1980-2005**

Empregos Públicos de Saúde	1980	1992	2002	2005
Total	265.956 (100%)	537.688 (100%)	694.576 (100%)	848.330(100%)
Federal	122.475 (46%)	80.228 (15%)	62.708 (9%)	70.714(8%)
Estadual	96.443 (36%)	222.139 (41%)	198.546 (29%)	233.259(28%)
Municipal	47.038 (18%)	235.321 (44%)	433.322 (62%)	544.357(54%)

Fonte: IBGE, AMS (1980, 1992, 2002 e 2005).

Podemos comparar analisando a Tabela 3 o grande incremento de empregos no setor público, passando de 265.956 em 1980, duplicando em 1992, e chegando à 848.330 em 2005. Já o setor privado passa de 307.673 empregos em 1980, para 469.680 em 1992, chegando a 2002 e 2005 com 660.050 e 773.761 postos de trabalho, respectivamente. Dessa maneira, se observa que o setor público e privado guardam relações bem próximas em todos os anos pesquisados.

Apesar do elevado incremento de postos de trabalho no período estudado, Nogueira (2002) aponta a debilidade dessa²⁷ e de outras formas de estatísticas usuais, à medida que subestima o número de postos de trabalho devido ao não-registro ou à inadequada caracterização dos que se encontram em condição de vinculação indireta ou contrato informal de trabalho.

**Tabela 3 – Evolução dos empregos de saúde por entidade mantenedora
Brasil, 1980 - 2005**

Empregos de Saúde	1980	1992	2002	2005
Total	573.629 (100%)	1.034.368 (100%)	1.354.626 (100%)	1.622.091(100%)
Público	265.956 (46%)	573.688(52%)	694.576 (51%)	848.330(52%)
Privado	307.673 (54%)	496.680 (48%)	660.050 (49%)	773.761(48%)

Fonte: IBGE, AMS (1980, 1992, 2002 e 2005).

²⁷ Inquérito de Assistência Médico-Sanitária, do IBGE.

O Sistema Único de Saúde mostrou-se um grande impulsionador deste mercado, quer pela expansão da rede pública, quer pela expansão da rede privada contratada, que gerou novos postos de trabalho. Dessa maneira, a política de saúde vem interferindo positivamente no mercado de trabalho nacional (Varella, 2006).

Silva & Costa (2001) analisam o crescimento no setor privado na década de 1990 e dissertam que o mesmo deveu-se pela demanda de serviços especializados e de alto custo de atenção hospitalar e por serviços de apoio, diagnóstico e terapias pelo Sistema Único de Saúde ao setor privado; e também pelo crescimento da medicina supletiva, vinculados aos planos e seguros de saúde.

Em seu estudo Varella (2006) nos aponta que o estoque de vínculos ativos na saúde cresceu cerca de 11,4%, entre 1995 e 2000, o que pode ser considerado um bom desempenho do setor num período em que as taxas de desemprego cresceram. Porém, observa-se uma pequena redução do salário médio e um aumento da média de horas semanais contratadas.

A Tabela 4 evidencia, no período entre 1980 e 2002, um crescimento percentual dos estabelecimentos públicos, e um “encolhimento” percentual dos estabelecimentos privados, configurando uma dependência do setor privado em relação ao setor público na prestação dessa modalidade de assistência à população. No intervalo entre 2002 e 2005, as percentagens se mantêm.

Tabela 4 – Evolução dos estabelecimentos de saúde por entidade mantenedora. Brasil, 1980 - 2005

Estabelecimentos de Saúde	1980	1992	2002	2005
Total	18.489 (100%)	49.676 (100%)	65.343 (100%)	77.004(100%)
Público	10.045 (54%)	27.092 (55%)	38.347 (59%)	45.089(59%)
Privado	8.444 (46%)	22.584 (45%)	26.996 (41%)	31.915(41%)

Fonte: IBGE, AMS (1980, 1992, 2002 e 2005).

O crescimento da oferta do setor público foi na opinião de Silva & Costa (2001), inesperadamente, muito mais expressivo do que a oferta privada em razão da expansão

das unidades ambulatoriais básicas nos municípios. Acrescentam que a política de descentralização da saúde tem sido essencialmente um processo de ampliação da cobertura ambulatorial básica pelos municípios. Ao contrário do observado no mercado de trabalho em geral, a partir da década de 1990, o setor saúde tem apresentado dinamismo positivo, com expansão de postos de trabalho e aumento das ocupações no setor (Varella, 2006).

Dessa maneira, o peso do emprego e das rendas salariais geradas em atividades de saúde aumentou ao longo da década de 1990 e neste século, já representa mais de 10% do emprego e da massa salarial gerados na economia formal brasileira. A questão do emprego em saúde também fez crescer sua importância para o setor privado. No setor privado sem fins lucrativos (o denominado terceiro setor), o emprego em saúde representa aproximadamente 16,4% de seus empregos e quase 3% do emprego formal em atividades privadas lucrativas, está na área da saúde (Girardi & Carvalho, 2002).

Entretanto estudos como os de Machado (2000)²⁸ e Silva & Costa (2002) nos alertam que o setor saúde também tem sofrido os impactos dos processos de desregulamentação e desestruturação do mercado de trabalho brasileiro. Tais impactos têm sido observados através da ampliação da informalidade dos vínculos trabalhistas e na geração de poucos incentivos às atividades de qualificação de recursos humanos, gerando precariedade das relações e das condições de trabalho, crescimento do mercado informal e estagnação dos rendimentos médios reais (Silva & Costa, 2002).

Importante considerar que o conhecimento das reais dimensões da ocupação no conjunto da economia da saúde não é tarefa fácil, na medida em que existem limitações nas estatísticas disponíveis e, ainda, uma complexidade e dinamismo no movimento de reconfiguração do trabalho no setor. No início da década de 1990, Alan Lipietz²⁹ (1992) se referia à dificuldade em traçar limites entre o formal e o informal, entre o estatal e o comunitário, entre o trabalho e o não-trabalho, nas economias contemporâneas. Nesse contexto, Girardi & Carvalho (2003), defendem que o embaçamento dessas fronteiras só aumentou ao longo dos anos e que, mesmo em termos aproximados, estimativas globais, que pretendam abarcar a totalidade da

²⁸ Machado, M. H. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, v.1, 146 p.

²⁹ Lipietz, A. towards a new economic order. New York: Oxford University Press, 1992.

ocupação nos mercados de trabalho em saúde, precisam ser interpretadas com muita cautela.

2.8 – REPERCUSSÕES DA REFORMA ADMINISTRATIVA DO ESTADO

De acordo com Nogueira (2002), a vertente de estudo da força de trabalho no setor saúde, ao longo da década de 1990, deparou-se com uma nova realidade social, exposta a uma crescente informalidade no trabalho. O Sistema Único de Saúde seguiu a tendência geral à desregulação do trabalho, percebida desde então na economia brasileira, na qual se caracteriza por subtrair aos trabalhadores alguns de seus direitos, conquistados nos campos da seguridade social e da legislação trabalhista. A informalização ou precariedade das relações de trabalho acompanhou a adoção de arranjos flexíveis de gestão da administração descentralizada, municipal e estadual. Simultaneamente novas modalidades de gestão flexível, terceirizada e em parceria com instituições não-lucrativas foram introduzidas, por efeito direto ou indireto da reforma administrativa do Estado ou ainda decorrentes de rigorosos controles fiscais. Houve proliferação das cooperativas, firmando contratos com os gestores do SUS em condições que preservam a condição de autonomia dos médicos, mas com o preço da informalidade.

Três principais conceitos de precariedade e informalidade têm sido consideradas por Nogueira et al.(2004): 1) caracteriza uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social; 2) decorre de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores; 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores aí inseridos.

Essas diretivas supracitadas foram impulsionadas a partir da Reforma Estrutural do Estado. Esta Reforma, iniciada em 1995, apoiou-se no conjunto de políticas econômicas e sociais conhecidas como *Consenso de Whashington*³⁰. Os pressupostos dessa Reforma caminharam, então, na direção da construção de um “Estado regulador, mas não essencialmente prestador”. Essa mudança de orientação introduziu a

³⁰Determinado pelas grandes agências internacionais, como FMI, BIRD, BID, entre outras, este consenso defende da estabilização monetária da economia (controle da inflação) e a diminuição do déficit público (controle de gastos governamentais).

expectativa que o Estado se responsabilizasse menos diretamente por prestar o serviço e mais pela função de financiar e controlá-lo (Nogueira, 1999b).

Costa et al. (2001) acrescentam que o curso da reforma do Estado no Brasil, como em diversos países, decorreu não apenas da interação com a agenda internacional, mas de fatores internos associados à crise fiscal. Dessa maneira, a reforma apontou para a privatização de empresas públicas e para o desenho de novas funções regulatórias dos serviços de utilidade pública recém-privatizados.

Para Nogueira (1999a), na perspectiva de reforma do Estado, para as funções que incluem as atividades finais de educação e saúde, os modelos de contrato direto e subcontratação foram os que melhor se moldaram aos objetivos das políticas de estabilização econômica, e foram percebidos como capazes de dar mais eficiência à administração pública. Assim, estas formas de contratação, segundo o autor, foram privilegiadas pelos gestores do SUS, dado à autonomia dos mesmos e a dificuldade da expansão do contingente de pessoal devido à rigidez da norma estatutária.

O processo de terceirização serviços finais fez crescer e renovar os quadros de pessoal de uma forma praticamente invisível, uma vez que escamoteia o fato de que não deixa de ser um gasto com recursos humanos. Nesse contexto, Nogueira (1999b) aponta para uma reforma informal do Estado. O autor disserta que tal informalidade é decorrente da desregulação da ação estatal, que faz parte da cultura e do jogo político-econômico exercido pelos gestores públicos que se envolveram e do qual tentam tirar partido. Desta forma, Nogueira (1999a) acrescenta que esta reforma informal se realizou sob a formatação das terceirizações e ressalta duas formas de terceirizações, uma externa e outra, interna:

“O contrato de prestação de serviços [...] é sempre sinônimo de terceirização [...] há um tipo de relação contratual que tem uma longa tradição no sistema público de saúde no Brasil e que é feito com a iniciativa privada [...] caracterizado pelo fato de o contratado privado entrar na relação utilizando a totalidade dos seus recursos físicos e humanos para prestar os serviços à clientela vinculada ao contratante público [terceirização externa]. O que há de novo na reforma informal [...] é que o contratante cede ao contratado [...] uma parte de seus

próprios recursos (matérias e humanos) para prestar o serviço requerido, originando uma semiprivatização [terceirização interna]. Na medida em que esses arranjos ocorrem como resultados de negociações internas à organização [...], a legalidade e a impessoalidade do processo licitatório são bastante contestáveis” (Nogueira, 1999b, p. 73-74).

Esta reforma informal, elucidada por Nogueira (1999b), pode ser comparada à oficial no Quadro abaixo:

Quadro 1 – “Modalidades de Flexibilidades”

Reforma Oficial	Reforma Informal
<ul style="list-style-type: none"> • Criação de organizações sociais e agências executivas sob contrato de gestão. • Possibilidades de reconhecimento das OSCIP e fixação de termo de parceria. <p>Flexibilização da estabilidade dos funcionários.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permissão de contratos CLT. • Admissão mediante processos seletivos simplificados. • Criação de carreiras de pessoal estratégico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Terceirização de serviços finais através de empresas privadas, cooperativas de funcionários, cooperativas de agentes comunitários, etc. • “Triangulação” através das fundações de apoio, ONGs vinculadas ao Estado e outras entidades. • Criação de entidades privadas não-lucrativas para gestão de consórcios municipais. • Uso indiscriminado de contratos temporários, cargos comissionados, “código 7” e artifícios similares. • Contratação de pessoal permanente mediante mecanismos precários, tais como bolsas de trabalho, pró-labore, etc.

Fonte: Nogueira (1999b, p. 76).

De acordo ainda com Nogueira (1999b) há outras flexibilidades que estão totalmente desprovidas de base legal, e que surgem, sobretudo de mecanismos informais de contratação de pessoal. O exemplo mais popular é a dos vínculos mantidos com os

agentes comunitários, onde cerca de 80% dos 100mil agentes comunitários de saúde³¹ (ACS) em exercício no país, ainda na década de 1990, se vinculava ao SUS através de bolsas de trabalho, pagamento por serviço, *pró-labore*, entre outras formas de remuneração que caracterizam uma condição de contrato precário de trabalho, para trabalhar no PSF³².

No Programa Saúde da Família (PSF), as cooperativas, segundo Nogueira (1999) vêm se impondo como alternativa para responder à demanda de criar um incentivo à dedicação integral de médicos e enfermeiros. Também, de acordo com o autor, a extrema ineficiência de algumas unidades hospitalares tem levado a estabelecer ajustes institucionais em que médicos e outros atores organizam-se em cooperativas, suspendendo seu vínculo com a administração pública, e passam a ser responsáveis, em alguns casos até pela própria gerência dessas unidades, sob contrato de gestão com o gestor público. Nesse contexto, vale ressaltar as principais alternativas de vinculação no SUS, preponderantes a partir da reforma administrativa do Estado.

2.9 – OS VÍNCULOS NO SUS

De acordo com estudo do Núcleo de Estudos de São Paulo - NESP (2003), a contratação de pessoal na operacionalização do SUS vem se tornando uma das mais desafiadoras tarefas a serem enfrentadas por seus dirigentes. Nessa discussão ressaltam-se as questões de ordem legal que acompanharam os processos recentes da reforma administrativa do Estado, a exemplo da Emenda Constitucional No. 19 e suas derivações, e as de origem fiscal, como a Lei de Responsabilidade Fiscal. Outras facetas importantes se referem aos esquemas de terceirização por empresas privadas e cooperativas e de parcerias com entidades não-governamentais.

³¹ Por outro lado, existe a recomendação de que os ACS não sejam convertidos em funcionários públicos, sob a pena de perder sua vantagem comparativa de ser um elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

³² Em 1994, o Ministério da saúde iniciou a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), como proposta de reorganização dos serviços básicos de saúde. Este surgiu, inicialmente, para atuar junto com o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS), criado em 1991, tendo como um dos objetivos proporcionar um atendimento mais próximo à população. Para maiores detalhes ver: Gil, C.R.R. et al. Pólos de capacitação em Saúde da Família: Alternativas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção Básica. In: Negri, B. et al. Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. São Paulo: UNICAMP, p. 103-25, 2002.

A complexidade dos processos de contratação tem abrangido todos os quadros de pessoal. A denominação funcionário público, por exemplo, caiu em desuso legal simultaneamente à reintrodução da Consolidação das Leis de Trabalho como um regime alternativo no âmbito do serviço público (NESP, 2003).

Pelas definições constitucionais em vigor, *servidor público* é o indivíduo que mantém um vínculo de trabalho com a administração do Estado como estatutário ou empregado público (celetista) (NESP, 2003). De acordo com dados do NESP (2003), o servidor estatutário tem remuneração, vantagens e condições previdenciárias estabelecidas num estatuto que constitui um conjunto de normas legais a que a pessoa adere no momento de sua admissão para o serviço público. Trata-se do Regime Jurídico Único (RJU) adotado pela União, unidades federadas e municípios, como coletânea de normas gerais.

Nessa nova perspectiva o regime estatutário tende a ser cada vez mais restrito a pessoal incluído nas chamadas “funções essenciais” da administração pública nos quadros do aparato jurídico, policial e da administração estratégica. Todas as demais funções passam a ser cumpridas por pessoal com outro tipo de vinculação (Nogueira, 1999). Ainda segundo o autor, se forjou um novo conceito de emprego público, referente a um funcionário próprio não-estável, subordinado às normas do direito privado da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou seja, que pode ser demitido tanto por desempenho insatisfatório quanto por excesso de quadros³³. Esse regime chamado celetista tem recebido destaque pelo governo federal a todas as carreiras de “funções não-essenciais de Estado” da administração direta, funcional e autárquica.

As diferenças existentes entre as duas categorias dizem respeito aos aspectos de estabilidade, processo seletivo, remuneração, oportunidades de carreira e previdência social. Assim, os empregados públicos gozam, em princípio, de uma menor estabilidade funcional do que os servidores estatutários, na medida em que são regidos por um contrato trabalhista; todos os empregados públicos estão fora do regime da previdência pública, pois contribuem para o Regime Geral de Previdência Social e são aposentados

³³ O gasto público com recursos humanos não pode ultrapassar 60% da renda líquida de estados e municípios.

de acordo com as regras e o teto de valor da aposentadoria que valem pra os trabalhadores dos demais setores da economia; nas duas categorias a forma de contratação se dá via concurso público, e ainda, o processo seletivo de empregados públicos pode ser feito de forma mais simplificada do que o que se aplica de forma habitual aos servidores estatutários (NESP, 2003).

Ainda segundo dados do NESP (2003) há uma desvantagem do regime celetista em comparação com o estatutário, devido aos encargos extras previdenciários e com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Isto pressupõe que esta alternativa de vinculação só deverá proporcionar um retorno de eficiência a longo prazo, como contenção de gasto da previdência pública, na medida em que começar a acontecer a aposentadoria dos empregados celetistas.

Abordando outro aspecto Nogueira (1999a) relata que esta relação contratual, via CLT, pode se dar com uma pessoa física ou com entidades de direito privado, que neste caso passam a funcionar como agentes terceirizados do setor público. E acrescenta que tais mudanças representariam ganhos de eficiência, na medida em que as regras do mercado poderiam ser mais respeitadas do que seria numa burocracia clássica. Porém, como já mencionado, esses ganhos podem não acontecer ou, até podem ser acompanhados de perda da qualidade dos serviços. Nogueira (1999a) disserta, ainda, sobre os cargos comissionados e as contratações temporárias, que originalmente criados como mecanismos de provisão de cargos e funções de natureza excepcional, não devem ser considerados alternativas efetivas de expansão do quadro de pessoal, à disposição do SUS. O autor defende que a contratação temporária está legalmente limitada às necessidades de combate à endemias, como no caso da dengue; e que “arranjos institucionais” visando o uso de cargos comissionados pra vincular médicos a centros de saúde e ao PSF, ou de contratos temporários para agentes comunitários de saúde, ou mesmo o ato de fazer seleções clientelistas para outros vínculos informais como o *pró-labore* e bolsas de trabalho não devem ser tomadas a sério.

Já na visão de Pierantoni (2001) o *pró-labore* e a bolsa de trabalho vêm sofrendo distorções e pouca ou total ausência de regulamentação, como já referida na implementação do PACS e PSF. E essa flexibilidade também tem suprido a necessidade

de reposição na rede de assistência local, em especial na esfera municipal, ante a não contratação pelos outros entes federativos (Estado e União).

No caso das cooperativas, estas têm achado uma brecha no mercado e acompanhado a política econômica, sofrendo grande expansão nas últimas décadas. São definidas como associações autônomas de pessoas que se unem, voluntariamente, para satisfazer aspirações e necessidades econômicas, sociais e culturais comuns, por meio de empresas de propriedade coletiva e democraticamente geridas. Pode-se perceber no Quadro 2, que em dezembro de 2005 já totalizavam 7.518 cooperativas, oferecendo ocupação a 199.680 mil pessoas e associando outras 6.791.054 (OCB, 2005).

Totalizavam-se no ramo da saúde³⁴ 899 cooperativas com 287.868 associados e 28.599 empregados. Visualiza-se melhor no Gráfico 4 a representação da saúde como quarto maior setor onde se localiza o número de cooperativas e, ainda, o sexto maior em número de associados, e o segundo em número de empregados.

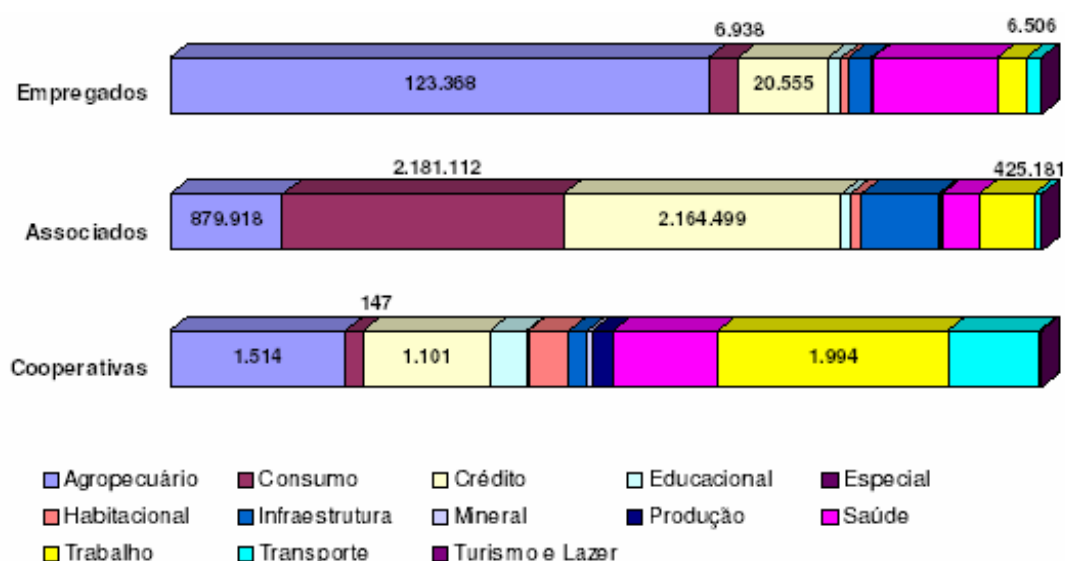
Quadro 2 – Número de cooperativas, associados e empregados por ramo de atividade - Brasil, 2005.

Ramo de Atividade	Cooperativas	Associados	Empregados
Agropecuário	1.514	879.918	123.368
Consumo	147	2.181.112	6.938
Crédito	1.101	2.164.499	20.555
Educacional	319	73.951	3.144
Especial	10	529	-
Habitacional	355	91.299	1.562
Infra-estrutura	160	600.399	5.213
Mineral	44	15.212	52
Produção	173	17.569	323
Saúde	899	287.868	28.599
Trabalho	1.994	425.181	6.506
Transporte	783	50.600	3.411
Turismo e Lazer	19	2.917	9
TOTAIS	7.518	6.791.054	199.680

Fonte: Núcleo banco de dados – GETEC/OCB, Posição 12/ 2005, p. 13.

³⁴ O ramo da saúde é composto por cooperativas que se dedicam à preservação e recuperação da saúde humana. As cooperativas abrangem médicos, psicólogos, odontólogos e pessoal afim. Esse ramo surgiu no Brasil, na cidade de Santos (SP), em 18 de dezembro de 1967 e se estendeu a outros países. Ver maiores detalhes em: www.brasilcooperativo.com.br

**Gráfico 4 – Número de empregados, associados e cooperativas por ramo
Brasil, 2005**



Fonte: Núcleo banco de dados – GETEC/OCB, posição 12/2005, p. 14.

Almeida (2004) analisa que no SUS as cooperativas vêm tomando expressão para a prestação de serviços terceirizados dos profissionais de saúde e que são dotadas de particularidades, quais sejam. Primeiro, as cooperativas além de reunir profissionais liberais clássicos, podem envolver outras categorias em composições heterogêneas (como no caso do PSF) e trabalhadores semi-profissionais (como os agentes comunitários de saúde). Segundo, são contratadas pelos gestores do SUS, numa relação de terceirização, para prestar serviços em hospitais e na rede básica, podendo ou não participar da gestão local da assistência em determinada área.

Nesse contexto, se disponibiliza dois tipos de cooperativas no SUS: as cooperativas de profissionais – que são fornecedoras de trabalho na prestação de serviços de saúde, e as cooperativas gerenciais – que não só fornecem força de trabalho, como também assumem a gestão de uma ou mais unidades de saúde da rede. Enquanto a primeira modalidade tem estado sob observância do Ministério Público, que acredita haver nesse caso uma burla dos direitos dos trabalhadores, a segunda modalidade tem recebido críticas pelos gestores do SUS, porque entendem que interfere gravemente em sua governabilidade no sistema (Nogueira, 1999a).

O regime de cooperativas, para a categoria médica, segundo Nogueira (1999), parece ser uma situação comum e até, de certa maneira, desejada dado o seu ideário de profissional liberal. Dessa maneira, de acordo com o autor, preferem uma remuneração imediata mais elevada, que as clássicas garantias da função pública aonde vem perdendo atrativos. Nos estudos do NESP (2003) reafirmam Nogueira (1999a) quanto aos motivos que parecem favorecer o regime de cooperativas de trabalho no SUS e acrescentam que na cooperativa, a vinculação de pessoal é feita de forma bastante flexível, por força de um contrato global e, provavelmente a custos mais reduzidos do que se o gestor tivesse que arcar com todos os encargos trabalhistas que dizem respeito ao emprego público celetista e com os custos de função administrativa de pessoal.

Uma terceira via de vinculação é sustentada pela parceria do SUS com o chamado “terceiro setor”. Segundo Nogueira (1999a), as Organizações Não Governamentais – ONGs constituem essa terceira via de vinculação de pessoal que se situa entre as formas estatutárias (de forte regulação estatal) e as formas cooperativas (de forte influência corporativa e condição de autonomia individual).

Nesse caso as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), podem ser descritas como ONGs voltadas para as atividades de interesse público, sendo reconhecidas pelo Ministério da justiça, a partir do que e credenciam a pactuar termos de parceria com o poder executivo da União, Estados e Municípios, no intuito de realizar serviços de saúde também de forma terceirizada, embora dentro das mesmas pratique-se o vínculo através da CLT (Nogueira, 1999a).

De acordo com estudos do NESP (2003), as OSCIPs têm chamado a atenção dos gestores do SUS especialmente no que se refere à execução do PSF para o qual cria uma possibilidade importante de parceria com o Terceiro Setor, como por exemplo através de “doação” de recursos humanos a órgãos públicos . Porém, de acordo ainda com o NESP ainda é muito tímido o número e municípios que já recorreram a termos de parceria com OSCIPs³⁵.

³⁵ Estudos do NESCON/UFMG, de 2001, constatam que apenas cinco de 408, ou seja, 1,2% das prefeituras pesquisadas mantinham as OSCIPs como opção de vinculação indireta de trabalho para médicos.

Por fim, no âmbito do SUS, a resultante do conflito entre economia e política, propiciou experiências de mudança das relações entre Estado e mercado de trabalho que legitimaram a flexibilidade, consagrando a condição de informalidade do posto de trabalho, como relata Nogueira (1999b).

É tomando posse desses dados até aqui apresentados que nos incita saber como se dá a ocupação dos odontólogos, hoje, advindos de uma antiga aspiração e familiaridade com a profissão liberal.

CAPITULO 3 - MERCADO DE TRABALHO DOS ODONTÓLOGOS

3.1 – A OFERTA

3.1.1 - CONSIDERAÇÕES SOBRE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Laços artesanais desfizeram-se há muito tempo, na odontologia. Hoje, calcada em bases científicas, busca nos seus profissionais, capacidade para não só indicar e realizar habilidades que respondam a problemas específicos, mas para refletir sobre seu próprio papel diante das questões da realidade social, em um movimento de ação e reflexão (Secco & Pereira, 2004).

Tomando como hipótese de que é durante a formação profissional que se semeia o tipo de profissionais que almejamos oferecer para a sociedade, torna-se pertinente uma aproximação teórica sobre o assunto.

Narvai (1999) relata que o conceito de formação profissional e sua aplicação prática variam através da história na medida em que tanto o mercado trabalhista, como a tecnologia e as formas de organizar o trabalho e a produção vão modificando. O autor justifica sua afirmação dizendo que o profissional é fator decisivo no processo de trabalho em função de sua condição de sujeito do processo, constituído pela força (energia) e pela capacidade (qualificação) de trabalho, as quais conferem diferentes características a cada serviço produzido (produto do trabalho). Lucietto (2005) lembra que a formação profissional esteve pautada, por muito tempo, na passagem da experiência de um trabalhador adulto para um aprendiz. E ressalta que a partir da Revolução Industrial na Inglaterra (século XVIII e início do século XIX), com o surgimento do capitalismo, houve um processo de institucionalização do ensino técnico-profissional, acompanhando a mudança da vida econômica da época.

A Organização Internacional do Trabalho - OIT, em 1939, definiu formação profissional como "a expressão que designa todos os modos de formação que permitam adquirir ou desenvolver conhecimentos técnicos e profissionais, já que se proporcione esta formação na escola ou no lugar de trabalho" definição que se foi enriquecendo com o passar do tempo até transformar-se num fator de importância ante a chegada de novas formas de organizar e gerir a produção e o trabalho (Ciberamérica, 2005).

Dessa maneira, ao aceitar que antes de ser uma noção, a educação designa uma experiência, um desafio, uma aposta: uma experiência intersubjetiva, um desafio moral e político, uma aposta no jogo entre as ciências humanas; é fato que essa se diferencia da formação profissional, visto que esta possui um componente didático, igual que outras formas de educação, mas com uma ênfase mais marcada nos aspectos técnicos e tecnológicos. Tem uma preocupação comparativamente maior do que outras formas de educação pelos vínculos entre conteúdos e métodos de dita formação por um lado, e as mudanças que se operam no mundo da produção e o trabalho pelo outro (Doron & Parot, 1998).

Para Pronko (1999), mediando as relações sociais dentro e fora do processo produtivo, as práticas e instituições educacionais tiveram um papel fundamental na distribuição dos conhecimentos necessários para a adequação do processo cognitivo aos requerimentos da produção capitalista. Assim, a história da escola não pode separar-se da história do capitalismo, já que, mesmo tratando-se de uma instituição anterior a ele, a configuração adotada e sua universalização acompanharam os passos da expansão do capital. Nesse sentido, o ensino profissional foi colocado como um elo privilegiado de comunicação entre essas duas searas: o da socialização dos conhecimentos (a escola) e o da produção de mercadorias (a fábrica). Por sua vez, essa separação institucional entre escolas técnicas elementares e escolas técnicas superiores que, desde o início, reflete a tensão capitalista entre trabalho manual e trabalho intelectual, ecoa nas conflituosas relações entre ensino profissional e ensino geral.

Partindo do sentido amplo da formação profissional e se direcionando para o campo restrito a odontologia é oportuno lembrar que para Pinto (2000), a origem da formação de profissionais de Odontologia de nível superior está calcada no processo de industrialização, urbanização e a ocorrência de cárie dental, através de seus desfechos para a sociedade³⁶ e que a educação odontológica num todo pode, idealmente, estar imbuída, como disserta Narvai (1999), num processo destinado a produzir profissionais capazes de manter ou restabelecer a saúde oral dos indivíduos, corroborando para a melhoria do sistema de saúde e, assim, na qualidade de vida da população.

³⁶ Uma vez que se dá o desenvolvimento econômico das sociedades e que certas doenças a elas se impõem como obstáculos, em função de sua alta prevalência, tem lugar um melhor processamento dos conhecimentos até então disponíveis na comunidade, com o propósito de lhes agregar cientificidade e dessa maneira, devolver a saúde mais rapidamente às pessoas e impedir o aparecimento de novos casos.

No processo evolutivo da profissão odontológica, a capacitação profissional significou uma forma de competição no mercado. O exercício da profissão mediante a formação universitária objetivou organizar um sólido mercado recém surgido, que estimulou a formação de novos profissionais e a valorização da odontologia enquanto prática social (Pinto, 2000).

Entendemos, então, que os profissionais da odontologia que existem no Brasil são decorrentes do processo evolutivo da profissão e estão em constante transformação, sempre no sentido de se ter um profissional mais capacitado. É fato que esta capacitação é que dá o tom das grandes mudanças, na medida em que hoje se busca formar profissionais com uma visão ecológica da saúde em detrimento daquela antiga visão biológica. É nesse âmbito que acreditamos ser pertinente o conhecimento do processo que vem acontecendo, desde a regulação da odontologia como profissão até as mais novas diretrizes curriculares.

3.1.2 - DA REGULAÇÃO DA PROFISSÃO ÀS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E SUA REPERCUSSÃO NA FORMAÇÃO ODONTOLÓGICA

A regulação da profissão odontológica deu-se em 14/05/1856, através do Decreto no. 1.764, porém o ensino formal só teve início a partir do Decreto no. 7.247 de 19/04/1879, constituindo o curso de Cirurgia Dentária, anexo à Faculdade de Medicina. No entanto, apenas em 1882, na Bahia, inaugurou-se o primeiro curso de Cirurgia Dentária. Este tinha a duração de dois anos e dividia-se em matérias básicas e profissionais (Fernandes Neto, 2002). Segundo o mesmo autor, em 29 de outubro de 1919, sob o decreto no. 3.830, os cursos passaram a ter quatro anos de duração e o destaque era dado aos conhecimentos básicos em Biologia e Técnica Dentária. Com a Reforma do Ensino Superior Brasileiro (Decreto no. 19.851, de 11 de abril de 1931) o curso passou a ser ministrado em três anos e como “padrão mínimo para o Brasil”.

Em 1933, estabeleceu-se a autonomia dos cursos de Odontologia. Assim, os mesmos desligaram-se da tutela das escolas médicas, o que proporcionou a algumas escolas a criação de disciplinas além das obrigatórias. Três décadas depois, em 1961, foi fixado o currículo mínimo e a duração dos cursos superiores, pelo Conselho Federal de Educação, por força da Lei no. 4.024. Um ano após, através do parecer no. 299/62,

aprovado em 16/11/1962, é definido, por aquele Conselho, um novo perfil para o odontólogo, como o de um dentista geral, policlínico e destinado à coletividade, estabelecendo, ainda, o novo currículo em dois ciclos – básico e profissional. Em janeiro de 1971 é implementado um novo currículo, onde o ciclo básico e profissional sofria poucas alterações (Fernandes Neto, 2002).

Através da resolução no. 04/82, de 03 de setembro de 1982, o Conselho Federal de Educação, estabelece um novo currículo mínimo. A partir de então o curso deveria ter duração mínima de 3.600 horas, integralizadas de oito e máximo dezoito semestres letivos, conforme o art. 16º. desta resolução. Nas matérias básicas deveriam ser ministrados conhecimentos de: Ciências Morfológicas, Ciências Fisiológicas, Ciências Patológicas e Ciências Sociais. Enquanto nas matérias profissionalizantes os conhecimentos a serem transmitidos deveriam ser de: Propedêutica Clínica, Clínica Odontológica, Clínica Odontopediátrica, Odontologia Social e Clínica Integrada. (Fernandes Neto, 2002). É perceptível um avanço na implementação desta resolução ao incorporar a docência das Ciências Sociais e enaltecendo a prevenção, tomando esta, como enfoque nas diferentes disciplinas e atividades; e ainda, por sugerir uma aproximação com o setor público e com as atividades multiprofissionais, conforme os artigos 11º. e 15º (Lombardo, 2001; Fernandes Neto, 2002).

O currículo mínimo previsto pela Resolução no. 04/82, do Conselho Federal de Educação, vigorou até 20 de dezembro de 1996, com a promulgação da Lei no. 9.394, que estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDB.

Pelissari (2005) ressalta que floresciam os questionamentos acerca da atuação do odontólogo no nível de saúde da população, a consideração da inter-relação de fatores sócio-econômico-culturais e ambientais para o alcance do equilíbrio do binômio saúde-doença, e a compreensão de que esses fatores aliados a uma filosofia de promoção da saúde poderiam impactar positivamente na saúde da população, refletiam na necessidade de mudanças no tratamento odontológico, bem como no perfil de seus profissionais. Apoiados nesses questionamentos e na regulamentação do SUS, assistida pelas Leis no. 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b) que definiu uma política nacional, com base em princípios universais, reduzindo as desigualdades na distribuição de recursos humanos, financeiros e técnicos, garantindo benefícios para toda a população de maneira igualitária, de acordo com as necessidades definidas

descentralizadamente; caminhando para uma prática caracterizada pela integralidade das ações, pela percepção dos indivíduos e do coletivo como um todo (Pretto & Franco, 1999).

Deste modo, a Constituição Federal, o artigo 200, inciso III, prevê que ao SUS compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico³⁷ (Brasil, 1988).

No ano de 2001 foram definidas as Diretrizes Nacionais Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia, através do parecer³⁸ CNE/CES 1.300/2001. As Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs do Curso de Graduação em Odontologia³⁹ pressupõem como competências e habilidades gerais necessárias para o exercício da profissão. Em seu Art. 2º definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões Dentistas. O Art. 3o. traça o perfil do formando dos cursos de odontologia, sendo que o egresso deve ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. E ser capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. O parágrafo único do Art. 5º. descreve claramente o que pretende a resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002:

“(...) que a formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (CNE/CES, 2002, p. 46).

Já o Art. 6º dispõe que os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Odontologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão,

³⁷ Em, em 1997, o Ministério da Educação convoca a sociedade para a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais/DCN com a intenção de formar um documento orientador para a formulação de projetos político-pedagógicos, nos cursos de graduação (Mattos, 2005).

³⁸ Este parecer foi transformado em Resolução CNE/CES 3 em 19 de fevereiro de 2002.

³⁹ As DCNs para os cursos de graduação na área da saúde foram promulgadas entre os anos de 2001 e 2004.

da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional. Desta forma, o documento institui a intersetorialidade entre o Ministério da Saúde (por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) e do Ministério da Educação para orientar programas conjuntos e decisões relacionadas à formação dos profissionais de odontologia.

Lombardo (2000) relata que já não há mais possibilidade de entender a educação como um processo desenvolvido apenas na escola, sem relacionamento com o contexto social. Deste modo, consciência social, ética, prevenção e cidadania são aspectos que devem estar presentes nas realidades sociais envolvidas na aprendizagem.

A partir de uma leitura crítica das DCNs observa-se a necessidade de profundas mudanças nos cursos de graduação em odontologia, no intuito de formar profissionais adequados às necessidades de saúde da população e do SUS. Dessa maneira, a implantação das DCNs assume grande importância no aperfeiçoamento do SUS. A inadequação da formação de profissionais de saúde tem levado à necessidade de requalificação profissional que podem ser constatadas através de recursos gastos pelo MS em “capacitações” (Morita & Kriger, 2004).

Vale ressaltar que antes dessas diretrizes, segundo Lascalla (1997), Teixeira & Valença (1998), Cardoso (2003) entre outros, os cursos de graduação em odontologia primavam em “formar técnicos”, sem uma visão social, com forte tendência à especialização precoce. As medidas preventivas, quando constavam, eram de cunho focal na saúde pública, e do trabalho de campo, em detrimento da prevenção clínica. As faculdades de odontologia não exerciam o seu papel de agentes transformadores de mão-de-obra que formavam, ao contrário, reforçavam o modelo individualista, sofisticado e curativo-reparador, não dando formação adequada sobre os diversos fatores que norteiam esta prática profissional. Nesta linha de raciocínio, o profissional era formado obtendo uma compreensão limitada de sua inserção na sociedade, portanto, de sua responsabilidade de contribuir para a melhoria das condições de saúde bucal da coletividade.

Todos esses aspectos foram construídos sob efeito do paradigma flexneriano. O Relatório Flexner, publicado em 1910, procurou implantar no ensino médico as

exigências do paradigma científico que influenciou todas as áreas do conhecimento nos EUA no fim do século XIX. Difundiu-se a idéia de que a ciência poderia resolver qualquer problema, e negou-se a idéia de causalidade da doença. Os aspectos preventivos e de promoção de saúde eram relegados a segundo plano. O paciente, separado da coletividade e do contexto social ao qual estava inserido, era considerado máquina e como tal tratado por partes.

No Brasil, a odontologia centrou sua atenção sobre o indivíduo e sobre práticas curativas, considerando a natureza exclusivamente biológica da doença, buscando tecnificar o ato odontológico, excluindo práticas alternativas e demonstrando desinteresse pelas ações de promoção e prevenção das doenças (Botazzo & Freitas, 1998). Nessa perspectiva, a odontologia é uma das profissões que mais se desenvolveu nos últimos anos, tanto no que se refere aos equipamentos e instrumental, quanto a novos materiais de consumo. Porém, o ensino, até então, acontecia de forma divorciada do interesse clínico e das necessidades da comunidade (Oliveira et al., 2006).

Lemos (2005), afirma que a passagem do modelo mínimo para uma proposta mais flexível, das DCNs, no qual cada instituição tem mais liberdade para organizar seu currículo, pode ser considerado um avanço, mas não garante mudanças. A autora preocupa-se com o risco de todas essas reformas tornarem-se letras mortas, na medida em que a preocupação deve ir além da reorganização de conteúdos, disciplinas, cargas horárias e tempo de duração dos cursos. Segundo a autora, é necessário repensar o real sentido dos cursos de odontologia dentro do projeto universitário.

Morita & Kriger (2004) apontam para a necessidade de interação ativa do graduando com a população e com os outros profissionais de saúde desde o início do processo de formação; a importância à percepção da rede de serviços como espaço privilegiado de ensino partindo-se do conceito ampliado de saúde, onde todos os cenários em que se produz saúde são ambientes relevantes de aprendizagem; e ainda, ressaltam a necessidade de práticas profissionalizantes em clínicas integradas e atividades extra-murais em unidades do SUS, com graus crescentes de complexidade.

Já Aquilante & Tomita (2005), abordam sobre a reforma, a dificuldade de rompimento com as limitações impostas pela divisão de conteúdos em disciplinas, visto que os docentes estão habituados a compartimentalização do ensino, uma vez que eles

foram formados nessa perspectiva. Por outro lado, Cristino (2005), defende que a formação desse novo profissional também vem sendo pressionada por uma realidade de mercado na qual as especializações já não garantem o retorno como outrora.

Hipótese que deve ser levada em consideração quando nos deparamos com o montante de 919 cursos de especialização e 17 residências em andamento em todo o país (CFO, 2005). Obviamente esses números vêm preocupando não só o CFO como toda a categoria profissional na medida em que há um predomínio da visão comercial em detrimento da educacional.

Em acréscimo, Morita & Kriger (2004) relatam que embora o SUS constitua, atualmente, um significativo mercado de trabalho para os odontólogos, principalmente com a inserção da saúde bucal no PSF, ainda não houve o impacto esperado sobre o ensino de graduação. Concordamos com os autores supracitados e acreditamos que se faz mister a existência de um currículo integrado; da melhoria da formação em saúde coletiva; a imersão precoce do graduando em seu contexto profissional; de ganhos do trabalho em equipe; da diversificação dos cenários de aprendizagem e da integralidade⁴⁰ da atenção.

O relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004) afirma que, mesmo depois da implantação das DCNs, o sistema de ensino superior não está cumprindo o seu papel de formação de profissionais comprometidos com o SUS e com o controle social. As universidades não estão orientando seus alunos para a compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal da população. Desse modo, as barreiras para o SUS ordenar a formação dos profissionais para o sistema e persistem as inadequações dos profissionais para atuarem no mesmo, resultando em dificuldades para as práticas integrais de atenção à saúde. O modelo formador universitário ainda está divorciado da realidade brasileira, não havendo compromisso com as necessidades da população. Apesar de alguns esforços pontuais, o sistema de ensino superior está dissociado da realidade sócio-epidemiológica da população brasileira, com convívio de seus dirigentes e docentes.

⁴⁰ Integralidade é o eixo principal da política do Aprender SUS – movimento que pretende aproximar o sistema de saúde e as IES do país, e também promover a qualidade da atenção à saúde para orientar as 14 graduações reconhecidas no setor, com a intenção de estimular os compromissos da graduação com o sistema de saúde (Brasil – Aprender-SUS).

No tocante ao corpo discente, este no ingresso no curso de odontologia aspira por um exercício liberal da profissão e prestígio social. Ao caminhar na sua vida universitária percepções mudam e acabam por deparar-se com uma prática liberal profissional gradativamente em mudança para uma prática assalariada, onde a liberdade de atuação do profissional é limitada.

3.1.3 - A MUDANÇA DE PARADIGMA

O tratamento odontológico preconizado até a década de 1960 era basicamente restaurador, onde a boa saúde se baseava muitas vezes na extração do elemento dentário. Ainda na década de 1970 as poucas ações preventivas se limitavam à fluoretação das águas de abastecimento e nas ações curativas predominava o perfil flexneriano (Neves et al., 2002). Nas últimas décadas, inaugura-se no setor de saúde, a concepção de um novo paradigma, onde a saúde é vista como um recurso para a vida (Buss, 1999). A odontologia chega ao século XXI com a preocupação na manutenção dos elementos dentários e a idéia de que a saúde oral está diretamente envolvida com o bem estar e qualidade de vida, tanto dos indivíduos quanto da população.

Assim, a odontologia curativa viveu seu apogeu dos anos 60 até início dos anos 80. Atrelados ao milagre econômico, os serviços de odontologia encareceram à medida que havia uma busca crescente pelos serviços. O profissional fazia parte de uma elite e, portanto, se fazia almejada. Expandiram-se os cursos de graduação, pois a Odontologia passou a ganhar mercado, tornando-se mais competitiva e ganhando a preferência de um significativo número de candidatos ao ingresso nesse curso. A década de 90 inaugurou, então, um novo momento à profissão, instalando um quadro de *pletora*⁴¹ profissional nas regiões Sul e Sudeste (Zanetti, 1993). Como veremos mais a diante, até hoje essas duas regiões vêm concentrando um maior número de profissionais no mercado, seja pela maior oferta de instituições de ensino, seja pela alta concentração de renda da população que as ocupa.

⁴¹ Muita oferta de serviços e diminuição da procura.

Mediante as tantas mudanças na concepção de saúde, a formação acadêmica em odontologia não poderia mais estar voltada para um modelo hegemônico⁴², anteriormente predominante na assistência à saúde. A transição epidemiológica também impõe necessidade de revisão dos conteúdos e da orientação da formação, até então enfatizados para o tratamento da cárie e suas complicações (Feuerweker, 2003).

Weyne (1997) mostra que as principais razões para a diminuição da prevalência de cárie ocorrendo no país repousa nas seguintes premissas:

- 1) aumento dos contingentes populacionais com acesso à água tratada, refletindo melhora sócio-econômica;
- 2) presença de programas de água fluoretada em inúmeras cidades e municípios das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste;
- 3) adição de flúor aos dentifrícios e melhor controle de sua estabilidade;
- 4) priorização das ações preventivas e de promoção de saúde na rede SUS;
- 5) transformação do paradigma de prática da profissão.

Deve-se considerar que esse novo perfil epidemiológico não tem refletido na população de forma homogênea, visto que a parte da população que tem acesso ao flúor e também às tecnologias de auto-cuidado, mais bem informada e exigente quanto às possibilidades de cuidados precoces são em sua maioria uma população consumidora de serviços odontológicos particulares. Quanto à sua localização geográfica, costumam residir nos principais centros econômicos do país⁴³, mesmos locais onde há maior oferta de flúor na água de abastecimento (Pelissari, 2005).

O último levantamento epidemiológico realizado no Brasil deflagra que a média nacional baixou aproximadamente de 6,0 (em 1996) para 2,8 (em 2003), em crianças de 12 anos de idade⁴⁴, atingindo a meta da Organização Mundial de Saúde - OMS para o ano de 2000; porém esta foi a única meta alcançada dentre cinco relacionadas à prevalência de cárie dentária. Assiste-se então a uma polarização da cárie, reafirmada

⁴² Até então, o modelo assistencial existente no Brasil, vinha se caracterizando por uma prática individualista, orientada pelo clínico com um enfoque no processo saúde-doença, onde a investigação era orientada principalmente para o desenvolvimento de tecnologias e materiais sofisticados, voltada para o tratamento cirúrgico-restaurador das doenças bucais mais prevalentes (cárie dentária e doença periodontal), com a identificação do dano e atuação somente sobre este. A prevenção era existente somente no discurso, onde havia baixo impacto resolutivo, refletindo a prática odontológica individual curativa hegemônica.

⁴³ De uma forma geral, a presença de flúor está mais concentrada nas regiões Sul e Sudeste e em municípios de maior porte populacional. Projeto SB 2003 (2003)

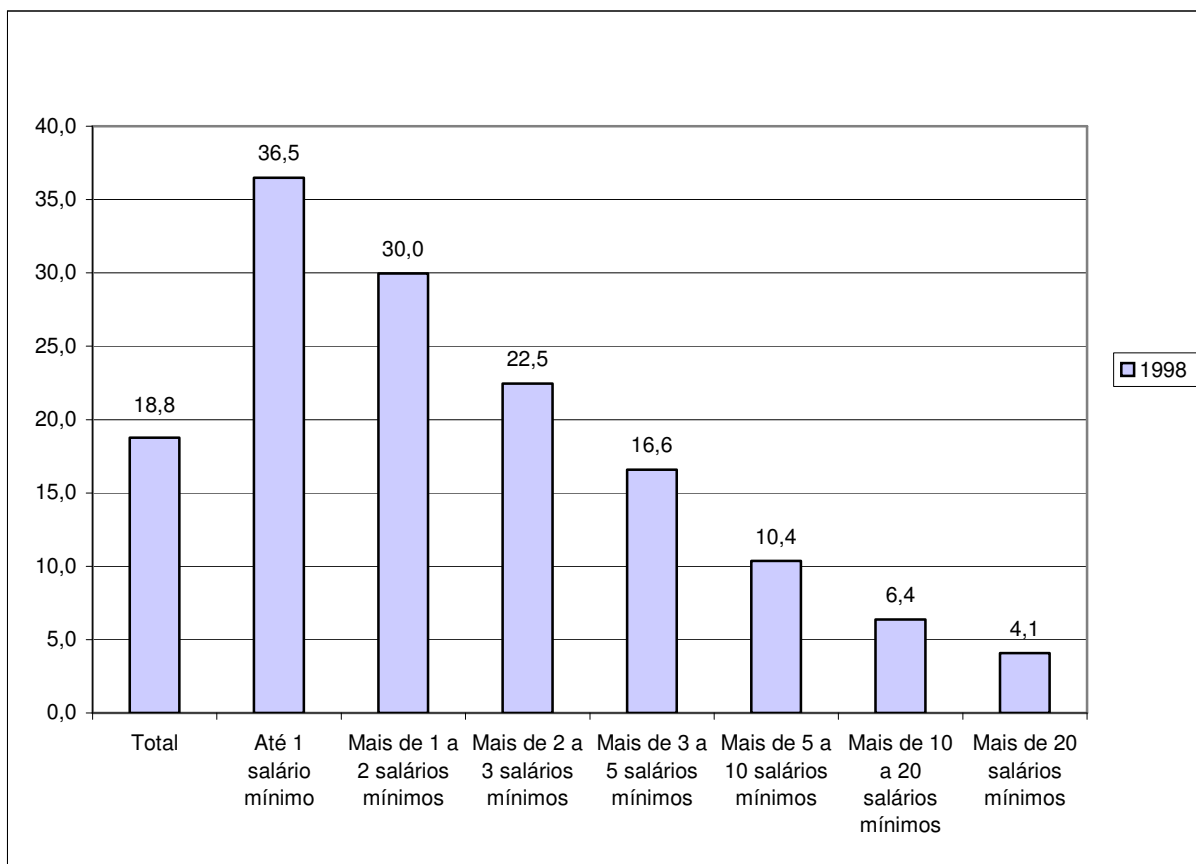
⁴⁴ Em parte, isto somente aconteceu devido às crianças das regiões Sul e Sudeste.

não só pelo acesso à água fluoretada, mas também pelo acesso aos serviços de saúde⁴⁵. Com relação às demais ocorrências relacionadas à saúde bucal, a título de ilustração, menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentavam saúde periodontal. E ainda, a perda dentária precoce foi considerada alarmante. Segundo o levantamento, a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade (Projeto SB 2003, 2004b).

Pode-se observar através do Gráfico 5 que a maior proporção de indivíduos que nunca foram ao dentista se encontra na faixa salarial mais baixa e que estas proporções vão decrescendo conforme aumenta a renda das famílias. Vale ressaltar que muitos foram ao dentista em caso de urgência e não necessariamente para uma assistência completa. O não acesso aos serviços de saúde odontológicos da maior renda familiar pode ser justificada pelo acesso à informações de saúde e auto-cuidado.

⁴⁵ Sobre este quesito estão disponíveis as seguintes variáveis, para os grupos etários de 15 a 18 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos: consulta pelo menos uma vez, tempo desde a última consulta; local de atendimento; motivo do atendimento e avaliação do atendimento. Ver maiores detalhes em: Projeto SB 2003.

Gráfico 5 – Distribuição de indivíduos que nunca foram ao dentista por renda familiar – Brasil, 1998



Fonte: Travassos, C. Avaliação da Equidade no uso de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 16, 2005.

Estas observações apontam para uma realidade nociva para o país que concentra o maior número de odontólogos por habitante, ressalta Pelissari et al. (2005). Estes autores acreditam que estes profissionais estão sendo graduados com falta de adequação do currículo e nem sempre estão prontos para o diagnóstico e plano de tratamento adequado à realidade sócio-econômica e cultural da comunidade adstrita. Acrescentam a necessidade da busca, através de políticas públicas, pela universalização do acesso da população aos serviços odontológicos.

3.1.4 – ODONTÓLOGOS NO BRASIL

Tem sido relatado que a quantidade de odontólogos vem progredindo de maneira acelerada a partir da metade da década de 1960, quando a odontologia passou a ganhar mercado, tornando-se, competitiva e ganhando a preferência de um crescente número de candidatos. Até então, a escola de Odontologia era vista como de maior risco econômico em relação à implementação dos demais cursos, por envolver altos custos para a sua criação e funcionamento, em virtude de uma limitada procura por parte dos vestibulandos (Pinto, 1993).

Segundo Pinto (1993), já no ano de 1980, o Brasil contava com 61.628 odontólogos inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia. Em 1989 este número subiu para 101.880 profissionais. Assim, no intervalo de uma década (1980-1989) “o estoque de profissionais cresceu extraordinariamente na ordem de 65,3% ao passo que a população brasileira aumentava em 20%” (Pinto, 1993). O mesmo autor acrescenta que em 1960 a relação odontólogo por 10.000 habitantes era igual a 3,28. Em 1970, essa proporção passou para 3,65, em 1980 ela foi de 5,13, em 1990 passou para 7,07.

Chegamos ao ano de 2005 com a proporção de odontólogos por habitante culminando em 11,11, ou seja, o número de odontólogos registrados no Conselho Federal de Odontologia era de 203.454⁴⁶, a população brasileira estimada era de 184.000.000 habitantes. Vale ressaltar que a meta da OMS, na década de 1980, para a década de 2000 era de 2 profissionais para cada 10.000 habitantes⁴⁷. Há que se observar que estes profissionais não estão distribuídos de maneira equitativa. O que existe é uma concentração de profissionais nas regiões Sudeste⁴⁸ e Sul em detrimento das outras regiões, devido a concentração da oferta da rede formadora e do poder econômico da população destas regiões, e assim, dos maiores mercados de trabalho no país.

⁴⁶ Houve um acréscimo de aproximadamente 230% no número de odontólogos no período de 1960-2005. Entretanto deve-se considerar que a inscrição nos CROs é de caráter cumulativo, e que também podem haver inscrições secundárias, ou seja, aquelas em que o profissional está exercendo a profissão na jurisdição de outro Conselho Regional, além daquele a que se acha vinculado pela inscrição principal.

⁴⁷ A própria OMS já admitiu a existência de grande adversidade tanto sócio-econômica como cultural, entre os países, mas estas estimativas nos dão uma referência da situação a que se aproxima o país.

⁴⁸ Segundo o CFO (2006), 60% dos odontólogos estão na região Sudeste, seguidos de 15% na região Sul, 13% no Nordeste, 9% no Centro-Oeste e 3% no Norte.

Para melhor elucidação apresentamos a Tabela 5 que mostra, por Estado da Federação, o número de habitantes segundo o recenseamento de 2000, o número de odontólogos registrados no CFO em 2005, bem como a relação odontólogo/habitante.

Tabela 5 – Número de habitantes, odontólogos e relação odontólogo/habitante por Estado. Brasil, 2005.

Unidade da Federação	Habitantes	Dentistas	Dent/Hab
Acre	557.526	312	1.787
Alagoas	2.822.621	1.685	1.675
Amapá	477.032	255	1.871
Amazonas	2.812.557	1.314	2.140
Bahia	13.070.250	6.069	2.154
Ceará	7.430.661	3.840	1.935
Distrito Federal	2.051.146	4.717	435
Espírito Santo	3.097.232	3.636	852
Goiás	5.003.228	6.074	824
Maranhão	5.651.475	1.556	3.632
Mato Grosso	2.504.353	2.425	1.033
Mato Grosso do Sul	2.078.001	2.467	842
Minas Gerais	17.891.494	24.725	724
Pará	6.192.307	2.577	2.403
Paraíba	3.443.825	2.611	1.319
Paraná	9.563.458	12.433	769
Pernambuco	7.918.344	4.889	1.620
Piauí	2.843.278	1.427	1.992
Rio Grande do Norte	2.776.782	2.069	1.342
Rio Grande do Sul	10.187.798	11.639	875
Rio de Janeiro	14.391.282	23.733	606
Rondônia	1.379.787	809	1.706
Roraima	324.397	203	1.598
Santa Catarina	5.356.360	6.425	834
São Paulo	37.032.403	64.866	571
Sergipe	1.784.475	1.094	1.631
Tocantins	1.157.098	887	1.305
BRASIL	169.799.170	204.737	829

Fonte: Junqueira (2005, p. 11).

Apesar da concentração de odontólogos nos Estados das regiões Sudeste e Sul, continua a ser autorizada a abertura de novos cursos de odontologia, onde se lançam anualmente no mercado cerca de nove mil odontólogos⁴⁹.

⁴⁹ Fonte INEP, adaptado por ROHERS, em 2003.

3.1.5 - CONSIDERAÇÕES SOBRE A DINÂMICA DA GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Através da Lei de Diretrizes Básicas - LDB, em 1996, as Instituições de Ensino Superior ganharam autonomia para a criação de cursos, que resultou num crescimento desordenado da oferta das graduações em saúde no Brasil. Até hoje vem sendo discutido a necessidade de abertura de novos cursos de Odontologia no Brasil, e percebe-se um consenso de que deveria haver um maior controle nesse sentido, como defende Lucietto (2005), através de suas observações com relação às recomendações das Conferências Nacionais de Saúde Bucal (1986,1993) e da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO).

Freitas (2001) cita que, no ano de 1992, o Brasil já detinha “o maior número de cursos existentes que em qualquer outro país”, porém o que se pode perceber, através do estudo de Oliveira et al. (2006), é que os cursos de odontologia, no período de 1995 a 2003, tiveram um crescimento de 91%, assim dos 89 cursos oferecidos em 1995 passou-se a 170 em 2003, conforme Tabela 1a - em anexo. Nota-se que a grande explosão de instalação dos cursos odontológicos inicia-se a partir de 1998 em todas as regiões brasileiras. Este crescimento nas regiões foi de 2 cursos para 12 no Norte; de 14 para 26 no Nordeste; de 50 para 91 no Sudeste; de 17 para 30 no Sul; e de 6 para 11 cursos no Centro-Oeste (Tabela 6). Desta forma, em 2003, a região Sudeste concentrava 53,5% (91) da oferta de cursos no país (170), seguida da região Sul que oferta 17,6% (30) dos cursos nacionais. Assim, a região Nordeste participa com 15,3% desta oferta nacional e o Norte e Centro-Oeste, respectivamente, apenas 7,1% e 6,5% (Tabela 6 e Gráfico VII)

Na visão de Botazzo (2000), a credibilidade e a dignidade dos profissionais pode ser ameaçada devido a esta expansão desordenada dos cursos de odontologia, simultaneamente à redução de qualidade desses mesmos cursos. Segundo dados do INEP⁵⁰, em 2005, 194 instituições ofereciam o curso de odontologia, dispostos da seguinte forma: 57% no Sudeste, 16% no Sul, 15% no Nordeste, 10% no Norte e apenas 6% no Centro-Oeste.

⁵⁰ Disponível em: www.inep.gov.br . Capturado em 28 de dezembro de 2006.

O número de vagas no período de 1995-2003 obteve uma expansão de 95,6%, passando de 8.351 para 16.333 vagas para a graduação em odontologia no país. Este crescimento nas regiões, foi de 150 vagas para 1.019 no Norte; de 978 para 2.214 no Nordeste; de 5.672 para 9.689 no Sudeste; de 1.219 para 2.531 no Sul; e de 332 para 880 no Centro-Oeste (Tabela 6 e Tabela 1b em anexo). Do total das vagas ofertadas no país em 2003 (16.333), 59,3% são ofertadas pelo Sudeste; 15,5% pelo Sul; 13,6% pelo Nordeste; 6,2% pelo Norte; e 5,4% pelo Centro-Oeste (Oliveira et al., 2006).

No que diz respeito ao crescimento dos egressos em todo o país, o incremento foi de 46,1% passando de 6.741 em 1995, para 9.848 concluintes em 2003, revelando que ainda não houve tempo suficiente para espelhar o crescimento total dos cursos e vagas nacionais (Tabela 6 e Tabela 1c em anexo). A oferta de egressos em 2003 reflete a alta concentração do Sudeste, ou com 63,5% dos concluintes nacionais. As demais regiões ofertam: 17,5% dos egressos no Sul; 12,3% no Nordeste; 4,7% no Centro-Oeste; e 1,9% no Norte (Oliveira et al., 2006) Este aumento abrupto de egressos pode ser considerado um dos indicadores para a redução de remuneração, do valor do diploma e do prestígio da categoria.

**Tabela 6 – Cursos, vagas e egressos da graduação em odontologia por regiões,
segundo unidades federadas
Brasil, 1995 – 2003**

Unidades da federação/Região	Cursos		Vagas		Egressos	
	1995	2003	1995	2003	1995	2003
Brasil	89	170	8.351	16.333	6.741	9.848
Norte	2	12	150	1.019	72	188
Acre	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0
Amazonas	1	6	60	522	31	25
Pará	1	2	90	170	41	151
Rondônia	0	2	0	117	0	12
Roraima	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	2	0	210	0	0
Nordeste	14	26	978	2.214	765	1.212
Alagoas	1	2	60	180	41	66
Bahia	2	5	180	520	128	218
Ceará	2	2	180	190	92	167
Maranhão	1	3	48	272	41	81
Paraíba	2	2	130	140	124	126
Pernambuco	3	4	240	280	185	208
Piauí	1	4	40	290	47	55
Rio G do Norte	1	2	60	202	68	173
Sergipe	1	2	40	140	39	118
Sudeste	50	91	5.672	9.689	4.641	6.253
Espírito Santo	1	2	60	120	70	132
Minas Gerais	12	19	1.520	2.070	1.247	1.390
Rio de Janeiro	11	19	964	2.256	763	1.451
São Paulo	26	51	3.128	5.243	2.561	3.280
Sul	17	30	1.219	2.531	957	1.728
Paraná	9	14	576	1.082	400	771
Rio G do Sul	6	9	483	973	434	677
Santa Catarina	2	7	160	476	123	280
Centro Oeste	6	11	332	880	306	467
Distrito Federal	2	4	100	320	95	140
Goiás	2	3	120	280	124	145
Mato Grosso	1	2	80	160	58	87
Mato Grosso do Sul	1	2	32	120	29	95

Fonte: Oliveira et al.(2006, p . 99).

É possível observar a privatização desta oferta, de tal forma, que em 2003, 68,82% dos cursos eram de instituições particulares e apenas 31,17% de instituições públicas. Constatou-se ainda a grande concentração geográfica da oferta da graduação em odontologia, principalmente na região Sudeste, seguida da região Sul. Em todo o período analisado percebeu-se a crescente retração do setor público em todas as regiões do país (Oliveira et al., 2006).

Os 170 cursos de graduação em odontologia existentes em 2003 eram distribuídos por dependência administrativa da seguinte forma: 117 particulares (68,8%) e 53 públicos (31,2%) (Gráfico 7). Em 1995 o setor público era majoritário com uma participação de 51,7% no total de cursos, principalmente no Nordeste e Sul. Ao passar dos anos, gradativamente houve uma retração do setor público em todas as regiões do país. O setor público instalou apenas sete cursos no período de 1995-2003, assim distribuídos: no Norte (1 no Amazonas em 2001); no Nordeste (1 no Piauí em 2000); no Sudeste (1 em São Paulo em 1996, mais 2 em 1999 e ainda mais 1 em 2002) e perdeu-se 1 no Rio de Janeiro em 2000; no Sul (1 em Santa Catarina em 2002); no Centro-Oeste não houve implementação de cursos públicos no período estudado (Tabela 1a em anexo) (Oliveira et al., 2006).

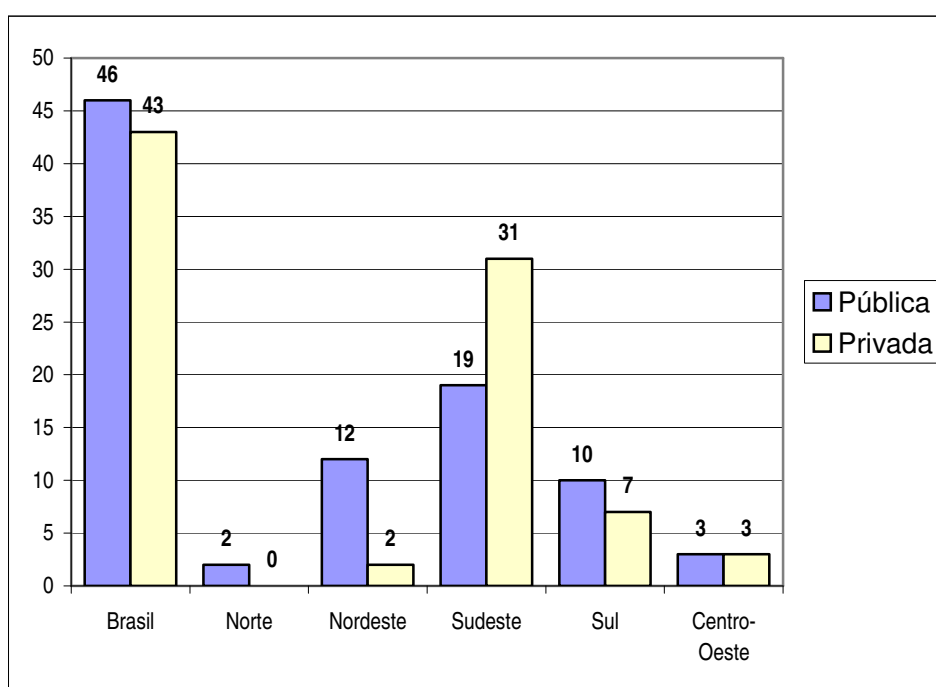
O decréscimo da participação do setor público no total de cursos apresenta os seguintes dados (Gráficos 6 e 7): o Norte tinha uma participação de 2,2% em 1995 passou para 2,4% em 2003; o Nordeste declinou de 13,5% para 7,6%; o Sudeste, de 21,3% para 13,0% merecendo destaque o estado de São Paulo que obteve no período mais quatro cursos públicos; o Sul de 11,2% para 6,5%; e o Centro-Oeste que passou de 3,4% em 1995 para 1,8% em 2003 (Oliveira et al., 2006).

Fazendo o caminho inverso o setor privado amplia a sua rede de ensino, e sua participação no total de cursos. Este passou de 48,3% em 1995 para 68,8% em 2003, uma importante expansão de 74 cursos, ou seja, um índice de 172,1% de aumento a partir do ano de 1997. Desta forma, incremento do setor privado nas regiões apresenta as seguintes características: a Região Norte em 1995 não possuía nenhum curso privado, em 1998 instalaram-se 2 unidades, ao final do período, possuía uma capacidade quadruplicada (8), o Estado do Amazonas foi o que mais se destacou; o Sul passou de 7 para 19 cursos privados, com um índice de 171,4%, com destaque para o Paraná que passou a ofertar 9 cursos privados; o Sudeste teve um aumento de 38 cursos privados, o que corresponde a 122,6%, principalmente nos estados do Rio de Janeiro (com mais 5 cursos) e São Paulo (com mais 21)⁵¹; a Região Nordeste, em 1995, só existiam 2 estados com cursos privados: Ceará (1) e Pernambuco (1), em 1997 começaram a surgir as primeiras Instituições no Rio Grande do Norte e Sergipe. A Bahia, um dos maiores

⁵¹ A baixa articulação do Ministério da Educação com o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, tem permitido a abertura indiscriminada de cursos em regiões que já se encontram “saturadas”.

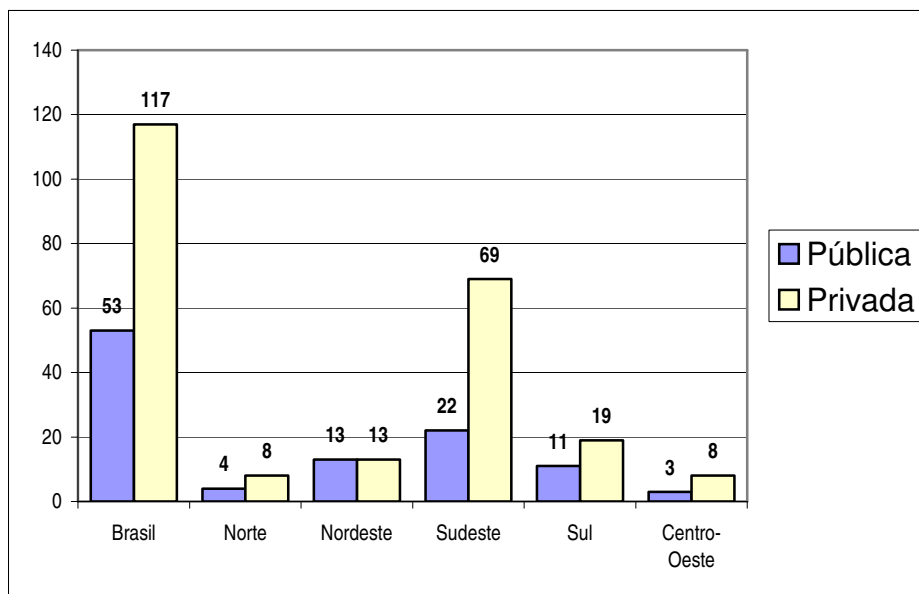
Estados do Nordeste, só foi ter um curso de odontologia em 1998, e a Paraíba não possuía nenhuma instituição privada até 2003. Entretanto, no final do período, a região apresentou um acréscimo de 11 novos cursos privados; e a região Centro-Oeste manteve-se progressivamente em expansão, em 2003, tinha mais cinco novos cursos de graduação em odontologia (Oliveira et al., 2006).

Gráfico 6 – Cursos de graduação em Odontologia por região segundo dependência administrativa - Brasil, 1995



Fonte: Oliveira et al. (2006, p. 103).

Gráfico 7 – Cursos de graduação em Odontologia, por região, segundo dependência administrativa - Brasil, 2003



Fonte: Oliveira et al. (2006, p. 103).

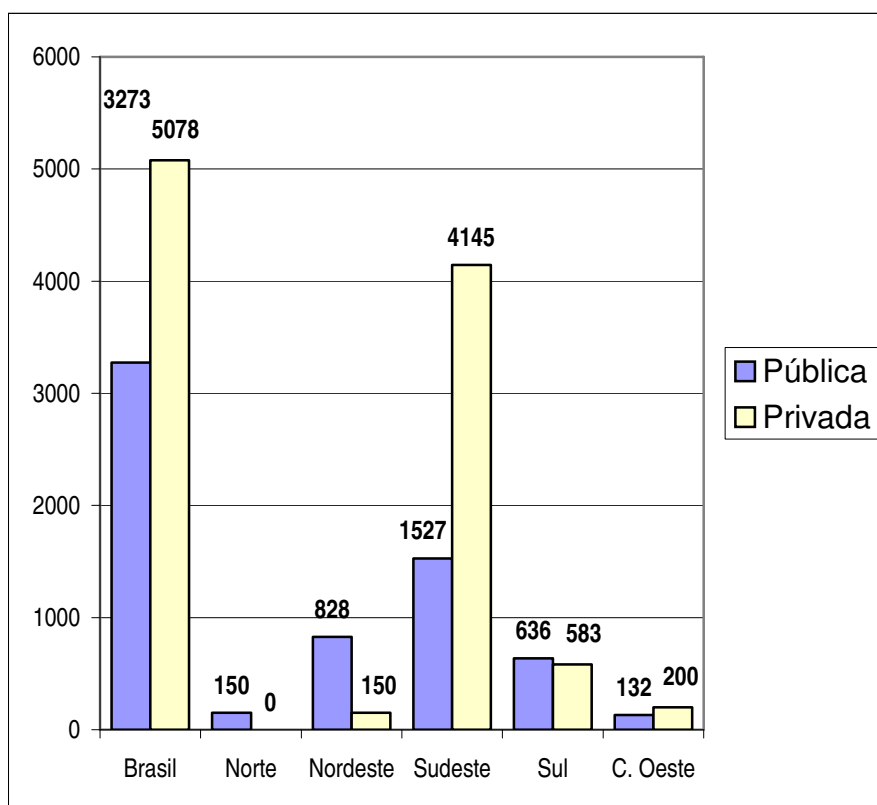
No que concerne ao número de vagas, percebe-se com clareza a forte presença do setor privado na odontologia. Enquanto o incremento do número de vagas no setor privado foi de 45,9% (5.078 para 12.486 vagas), no período estudado, no setor público o mesmo foi de apenas 17,5% (3.273 para 3.847 vagas). Percebe-se que o pico de crescimento foi entre os anos de 2000 e 2001, no setor público e no setor privado, entre os anos de 2001 e 2002 (Tabela 1b, em anexo) (Oliveira et al., 2006).

Durante todo o período de 1995 a 2003, a participação do setor público reduziu de 39,2% para 23,6% no total de oferta de vagas, o setor privado se manteve hegemônico detendo mais de 60,0% das vagas ofertadas, atingindo 76,5% do total das vagas em 2003.

Todas as regiões apresentaram aumento do número e proporção de vagas privadas (Gráficos 8 e 9). No Sudeste, o Rio de Janeiro passou de 665, em 1995, para 2.035 vagas, em 2003; apesar do estado de São Paulo ter se destacado pela implementação de 21 novos cursos, proporcionalmente o número de vagas não obedeceu ao mesmo patamar de crescimento, ou seja, aumentou em 73,4% (2.500 para 4.335 vagas) no período estudado. O aumento de vagas privadas no Sul se deu

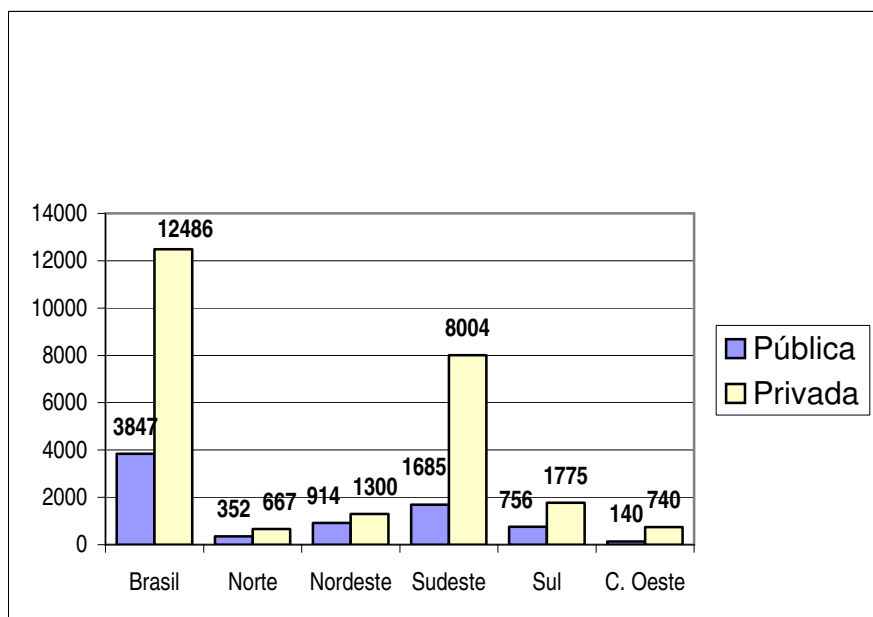
predominantemente nos estados do Rio Grande do Sul e Paraná; no Norte, o Estado do Amazonas se destacou com o maior incremento: começou o período sem a presença do setor privado e termina em 2003 oferecendo 360 vagas em seus 4 novos cursos instalados a partir de 1999. O setor privado da região Centro-Oeste aumentou em 270,0% o número de suas vagas, e o da região Nordeste, em 766,7% (Tabela 1b, em anexo) (Oliveira et al., 2006).

Gráfico 8 – Vagas de graduação em Odontologia por região segundo dependência administrativa - Brasil, 1995



Fonte: Oliveira et al. (2006, p. 105).

Gráfico 9 – Vagas de graduação em Odontologia por região segundo dependência administrativa - Brasil, 2003

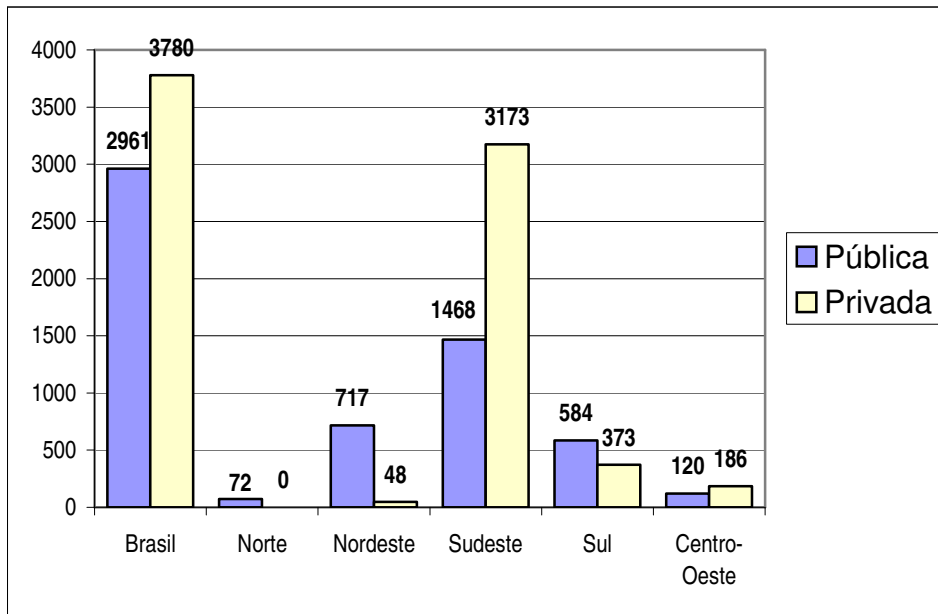


Fonte: Oliveira et al. (2006, p. 105).

No período de 1995 a 2003, o setor privado obteve um incremento de 74,5% no número de egressos (de 3.780 para 6.596); e o setor público um aumento de 9,8% (de 2.961 para 3.252 egressos) (Gráficos 10 e 11).

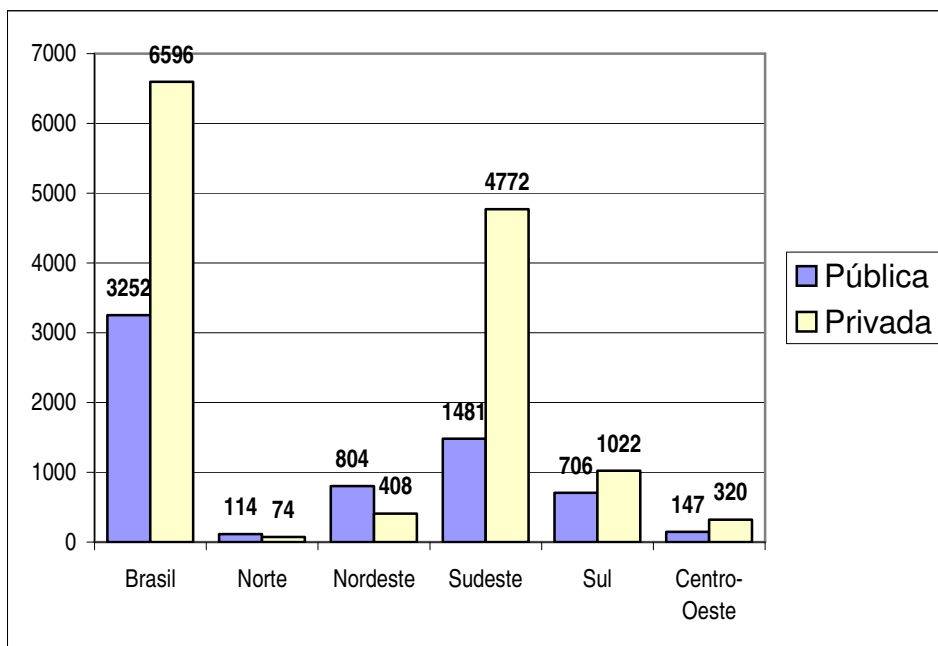
Nas regiões, o acréscimo dos egressos oriundos dos cursos privados, foi no Norte, de 0 para 74; Nordeste, de 48 para 408; Sudeste, de 3.173 para 4.772; Sul, de 373 para 1.022; e no Centro-Oeste, de 186 para 320. Assim, em 2003, apenas à exceção das regiões Norte e Nordeste, a grande parcela dos concluintes nas demais regiões é oriunda de cursos privados (Gráfico 11).

Gráfico 10 – Egressos de graduação em Odontologia por região segundo dependência administrativa - Brasil, 1995



Fonte: Oliveira et al.(2006, p. 106).

Gráfico 11 – Egressos de graduação em Odontologia por regiões segundo dependência administrativa - Brasil, 2003



Fonte: Oliveira et al. (2006, p. 106).

3.1.6 - SOBRE O MOMENTO DE CRISE VIVIDO PELOS CURSOS DE ODONTOLOGIA

A situação tanto dos cursos e vagas, quanto de egressos, no Brasil, pode ser caracterizada por um desequilíbrio quantitativo, na medida em que o poder econômico da população, assim como os estabelecimentos formadores, concentra-se nas regiões Sudeste e Sul. Este é um indicador político-estrutural que corrobora, na visão de Cunha (1999), para um momento de crise, seja pelo número de escolas no país, seja pela exaustão do modelo de atendimento, individual e elitista, predominante nos currículos das escolas brasileiras, ou, ainda, pelo desprestígio que vem sofrendo por alunos oriundos do ensino médio.

No intuito de ilustrar a premissa levantada anteriormente nos valem da pesquisa realizada por Secco (apud Secco & Pereira, 2004), em 2003, com 13 faculdades de odontologia⁵² do Estado de São Paulo, nos diz que apenas 61,12% das vagas oferecidas para o 1º. ano dos cursos, por esses estabelecimentos, foram preenchidas, sinalizando um panorama de crise para as faculdades de odontologia, queda de prestígio da profissão e saturação do mercado de trabalho.

Segundo o entendimento do Conselheiro do CFO, Rubens Corte Real, em entrevista ao Jornal do CFO, em Julho/Outubro de 2005, o MEC tem dificuldade em controlar a abertura de novas faculdades, mesmo com o apoio dos órgãos representativos da categoria, contraindo sucessivas perdas para uma força maior⁵³ de interesses comerciais. O próprio também se utiliza do Estado de São Paulo⁵⁴ para exemplificar, a dificuldade de absorção do mercado por esses profissionais (CFO, 2005).

Nessa maneira, cabe lembrar que, atrelada à estrutura educacional do curso de odontologia, existe a indústria de medicamentos, equipamentos e de materiais odontológicos influenciando, numa relação direta com as demandas do mercado, a prática profissional e, por conseguinte, a prática docente e o ensino em odontologia (Secco & Pereira, 2004).

⁵² Das treze faculdades de odontologia, cinco eram da rede privada e oito da rede pública (uma municipal e sete estaduais).

⁵³ Grifo nosso.

⁵⁴ Onde ocorreu a maior abertura de faculdades de odontologia, como supracitado.

Em vistas de uma aparente crise estabelecida, considerando a realidade brasileira e suas necessidades, a especificidade do conhecimento técnico-científico na área odontológica e o projeto político social que a profissão pode e almeja assumir; e ainda, diante dessa imensa oferta desordenada de profissionais, nos incita saber quais as demandas que atualmente norteiam tanto o setor público quanto o privado.

3.2 – A DEMANDA

Segundo Girardi & Carvalho (2002), o setor público é responsável por 24% do emprego formal na economia brasileira e próximo de 44% dos empregos de categorias de profissionais da saúde. Os maiores índices de participação no setor público, segundo os autores são observados entre os odontólogos (72,8%), médicos (66,6%) e assistentes sociais (61,8%).

Da mesma forma que a análise setorial, a análise do mercado ocupacional traz o viés de se limitar ao emprego formal. Para analisar o mercado de trabalho dos odontólogos, e sua empregabilidade, se enfrentam restrições de informação dos segmentos informal e autônomo. A possibilidade de análise se dá a partir de dados do mercado formal, mais especificamente, os dados disponibilizados pela Assistência Médico-Sanitária – AMS/IBGE, com última edição em 2005, que atinge os postos de trabalho de todos os estabelecimentos que prestam assistência à saúde no país, e pelos dados disponíveis nos registros do Ministério do Trabalho – Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)⁵⁵ e do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CADEG)⁵⁶ (Girardi et al., 2004).

Os autores acrescentam que apesar da pesquisa da AMS/IBGE ser, até hoje, a melhor fonte de dados sobre demanda efetiva de postos de trabalho em estabelecimentos de saúde, esta traz importante limitação, na qual a maior parcela de serviços públicos de saúde não está acessível nessas estatísticas, uma vez que o grosso desses estabelecimentos e vínculos de empregos está computado nas diversas classes constitutivas da administração pública. Dessa maneira, escapam quase completamente aos registros e às estatísticas citadas a precarização das reconfigurações das relações de

⁵⁵ Instituída pelo Decreto Lei no. 76.900/75.

⁵⁶ Instituída pelo Decreto Lei no. 4.923/65.

trabalho ensaiadas ao longo da década de 1990, quais sejam: a precarização das relações laborais, inclusive na administração pública; a municipalização do emprego em saúde; o crescimento do mercado de trabalho na medicina supletiva; a expansão dos negócios e da ocupação informal no setor. Da mesma forma, escapam-lhes os movimentos de terceirização e flexibilização das relações de produção e serviços no setor, a exemplo do grande crescimento das cooperativas de trabalho e das sociedades civis de profissões regulamentadas.

Pesquisas de perfis profissionais realizadas por Machado (1997)⁵⁷, assim como pesquisas telefônicas utilizadas por Girardi et al. (2000)⁵⁸, têm permitido a captação de parte desses movimentos. Girardi et al. (2004) acreditam que os mercados informais encontram-se quase completamente descobertos de diagnósticos mais abrangentes. Portanto, dimensionar os mercados de trabalho em saúde e buscar caracterizar sua trajetória e tendências coloca-se como empreendimento que exige cautela na interpretação dos resultados encontrados.

Segundo Girardi & Carvalho (2002), enquanto o estoque de empregos de profissionais de saúde assalariados no conjunto da economia aproxima-se de 930 mil, estima-se em cerca de 1,7 milhão a oferta de “profissionais” de saúde, no final da década de 1990. A importância do segmento assalariado no âmbito dos mercados de trabalho das profissões tem variado de uma para outra. Dessa maneira, o fato do número de odontólogos em atividade registrados no CFO, em 2000, ser de aproximadamente quatro por emprego regulamentado, não pode ser lido simplesmente como um sinal de “crise” neste mercado, assim como uma relação harmônica entre empregos formais e oferta de trabalho também não pode ser tomada como sinal de ocupação satisfatória. Peculiaridades devem ser lembradas quando da interpretação dos dados sobre a evolução e a composição do mercado analisada a seguir.

A Tabela 7 e Gráfico 12 mostram o comportamento dos empregos formais de odontólogos de 1992 a 2005 e evidencia um crescimento positivo neste setor. Assim, no período entre 1992 e 2002, os postos de trabalho formais cresceram 37%, e no período subsequente, referente há apenas três anos, sofreu um incremento de 25%. Pode-se

⁵⁷Machado, M. H. (coord.) et al. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997.

⁵⁸Girardi, S. N. et al. Formas institucionais da terceirização de serviços em hospitais da região Sudeste do Brasil: um estudo exploratório. *Anales Del 3º. Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo*, Buenos Aires, maio de 2000.

observar que estes, concentrados eminentemente na região Sudeste, devido aos grandes centros urbanos e, por conseguinte, maiores incentivos e recursos governamentais, e sede da maioria dos estabelecimentos de saúde; com o passar dos anos, começa a sofrer uma diluição. Esta diluição, até 2002, parece ter sido influenciada pela política do Programa Saúde da Família⁵⁹, e reforçada em 2005, pelo Programa Brasil Sorridente, iniciado no ano de 2004. Apesar da preponderância da informalidade das relações de trabalho nestes programas, isto não ocorre em sua totalidade, como veremos adiante. Em outro extremo a região Norte continua, em 2005, a mais desfavorecida com menos de 5% da totalidade dos postos de trabalho. Destaque para a região Centro-Oeste, que recebeu um incremento de aproximadamente 4%, enquanto Norte recebeu 2%, Nordeste e Sul 1%, em todo o período.

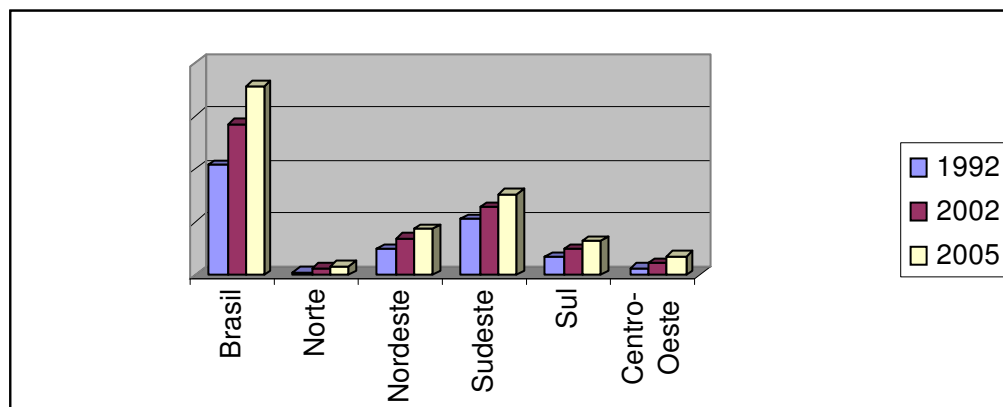
Tabela 7 – Comportamento de empregos de Odontólogos segundo Grandes Regiões – Brasil, 1992-2005

Brasil e Grandes Regiões	1992	2002	2005
Brasil	41.509 (100%)	56.995 (100%)	71.386 (100%)
Norte	1.255 (3,0%)	2.630 (4,6%)	3.500 (4,9%)
Nordeste	9.611 (23,2%)	14.059 (24,7%)	17.204 (24,1%)
Sudeste	21.337 (51,4%)	25.620 (44,9%)	30.715 (43,0%)
Sul	6.815 (16,4%)	10.003 (17,6%)	12.714 (17,8%)
Centro-Oeste	2.491 (6,0%)	4.683 (8,2%)	7.253 (10,2%)

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 1992, 2002 e 2005.

⁵⁹ Equipes de Saúde Bucal foram implementadas no ano de 2000.

Gráfico 12 – Comportamento de empregos de Odontólogos segundo Grandes Regiões – Brasil, 1992-2005



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 1992, 2002 e 2005.

A partir da Tabela 8 observa-se que não houve alterações significativas na distribuição institucional do emprego entre os setores público e privado, entre os anos de 2002 e 2005. O setor público seguiu a condição de maior empregador para a categoria odontológica, apesar do peso relativo do setor público no mercado formal ter diminuído ligeiramente – 4%, contra o mesmo acréscimo no setor privado. O setor público, no que concerne às grandes regiões, sofreu maior incremento no Norte (34%), seguido pelo Nordeste (23%), Centro-Oeste (21%), Sul (18%) e Sudeste (14%), respectivamente. No setor privado, chama atenção o incremento de 134% ocorrido na Região Centro-Oeste, seguido pelo Sul (51%), Sudeste (36%), Norte (30%) e Nordeste (22%).

Tem havido um incremento no setor público, nas regiões Norte e Nordeste, em função das políticas públicas de saúde bucal que visam o aumento do acesso às ações e serviços de saúde nessas regiões, já no setor privado, a revelação se dá pela região Centro-Oeste⁶⁰ que tem sofrido uma grande expansão nos últimos anos. Embora esta ainda fique aquém das ocupações oferecidas pelas regiões Sudeste, Sul e Nordeste.

⁶⁰ A região Centro-Oeste sofreu uma grande pressão demográfica desencadeando maior desenvolvimento sócio-econômico e populacional nos anos 1990, e com isso oferecendo maiores oportunidades de criação de empregos. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2002. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

Tabela 8 – Comportamento de empregos de Odontólogos por setores institucionais segundo Grandes Regiões – Brasil, 2002 – 2005

Brasil e Grandes Regiões	Total Públicos		Total Privados		Total Geral	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Brasil	42.493	50.334	14.501	21.052	56.994	71.386
Norte	2.266	3.028	364	472	2.630	3.500
Nordeste	10.969	13.436	3.089	3.768	14.058	17.204
Sudeste	18.701	21.309	6.919	9.406	25.620	30.715
Sul	7.275	8.588	2.728	4.126	10.003	12.714
Centro-Oeste	3.282	3.973	1.401	3.280	4.683	7.253

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2002 - 2005.

A Tabela 9 mostra os dados da distribuição percentual do emprego entre as esferas administrativas do setor público e os índices da evolução do emprego entre 2002 e 2005. Pode-se ver que o período 2002/2005 segue a tendência da “migração” do emprego público em saúde em direção à esfera municipal, e segue como gestor da maioria dos serviços públicos. Os estabelecimentos do setor público municipal que já detinham 83,2% do emprego público de profissionais de saúde em 2002 têm um ligeiro incremento em 2005 e passam a segurar uma participação de 83,6%. Os estabelecimentos federais, com reflexos do forte enxugamento que ocorreu na década de 1990, passam por esse período também com um pequeno incremento. Desta vez, provavelmente, impulsionado pelos concursos que têm ocorrido para importantes agências do setor saúde com sede na região Sudeste. O setor público estadual vem mantendo sua participação mais ou menos nas mesmas proporções. Neste período, com um pequeno decréscimo; com sua participação em 2005 em 10,3% dos postos de trabalho formais.

Tabela 9 – Comportamento de empregos de Odontólogos por esfera administrativa segundo Grandes Regiões – Brasil, 2002 – 2005

Brasil e Grandes Regiões	Federal		Estadual		Municipal	
	2002	2005	2002	2005	2002	2005
Brasil	2.345	3.060	4.788	5.184	35.360	42.090
Norte	336	377	518	558	1.412	2.093
Nordeste	454	657	1.575	1.512	8.940	11.267
Sudeste	625	1.025	2.004	2.347	16.072	17.937
Sul	448	461	207	219	6.620	7.908
Centro-Oeste	482	540	484	548	2.316	2.885

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2002.

Segundo Dedecca (2001), o movimento de municipalização foi o aspecto mais importante da transformação da estrutura do emprego e veio atrelado por intenso rebaixamento dos níveis salariais em todas as categorias profissionais. Todavia, o setor público federal, que vem perdendo participação relativa na composição do emprego, se constitui, hoje, na melhor fonte pagadora.

3.2.1 – SETOR PÚBLICO EM VOGA

Os postos de trabalho para odontólogos, no âmbito público, se vêm intimamente associados à evolução das políticas de saúde em geral, visto que, de acordo com Gilberto Pucca Jr.⁶¹, o ano de 2002 inaugurou uma nova etapa na história do governo brasileiro. Desenvolveu, pela primeira vez, uma política nacional de saúde bucal⁶², isto é, um conjunto de ações que fosse maior do que apenas os incentivos isolados até então.

⁶¹ Coordenador Nacional de Saúde Bucal, em entrevista concedida à Revista Ciência e Saúde Coletiva, em setembro de 2005.

⁶² A Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, compreende um grupo de ações no campo individual e coletivo que abrange a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Esta é desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, dirigida às populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando o dinamismo existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), movimentos de transformação das práticas de saúde são frutos da forma como o Estado respondeu às mudanças sociais, necessidades e problemas de saúde advindos da população. Inserido no contexto geral das políticas públicas, o subsector de saúde bucal sofreu um processo de institucionalização e uma participação na arena política semelhante àqueles pelos quais passou a medicina. Por isso, teve refletida em suas ações uma prática assistencial excludente, à qual se opõe um estágio de participação mais ativa nas causas reformistas na arena política.

3.2.1.1 – A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO SETOR PÚBLICO

A odontologia, no início do século XX, destacava-se por sua prática no setor privado, e caracterizava-se como cientificista ou flexneriana, assim como todos os serviços de saúde, conforme exposto no capítulo anterior.

Autores como Chaves (1986) e Werneck (1994) afirmam que entre as décadas de 1910 e 1950, no setor público destacou-se o sistema incremental⁶³, cujo público-alvo era os escolares. Este se mostrou rudimentar, tanto no seu planejamento quanto ao tipo de sistema de trabalho ofertado. Predominava a falta de avaliação e a ausência de sistema de trabalho e técnicas uniformes. Objetivava-se primordialmente o rendimento máximo em termos de pessoas tratadas. Soma-se a isso o insuficiente preparo de profissionais para a execução de tarefas sanitárias e pela concepção individualista da profissão, reproduzindo no serviço público, o mesmo tipo de atenção dada aos consultórios particulares.

No que concerne à parte da população não-escolar, até a Constituição de 1988, era preponderante a prática odontológica privada. Somente os trabalhadores privados urbanos segurados recebiam da previdência social assistência em caráter complementar,

⁶³ O objetivo do sistema incremental passa a ser o de oferecer cobertura gradual e ascendente a partir de idades menores calcada no fato epidemiológico de que a prevalência de cárie em dentes permanentes é menor em idades mais jovens, constituindo-se, portanto, o momento ideal de intervir com ações preventivas, curativas e educativas. Como efeito, no intuito de bloquear a cadeia epidemiológica, utilizando a prevenção e proporcionando tratamento nas fases iniciais da doença, evitando gastos maiores que se fariam necessários para conter lesões mais complexas, o atendimento odontológico dirigiu-se predominantemente ao grupo escolar. (Pinto, V. G. A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir. Brasília: Santos, 1993)

utilizando em sua maioria a contratação de serviços profissionais privados (Brasil, 2006).

No início da década de 1990, no setor saúde, mudanças profundas culminaram com a implementação do Sistema Único de saúde – SUS, com a proposta de permitir uma nova configuração nos serviços de saúde, priorizando ações de caráter coletivo e preventivo, garantindo acesso universal ao sistema e estabelecendo um conceito ampliado de saúde. As leis específicas do setor estabelecem princípios e orientam a implementação de um modelo de atenção à saúde que prioriza a descentralização, a universalidade e a integralidade da atenção, além de controle social (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Para a prática deste novo modelo assistencial, houve necessidade de mudanças institucionais e novas formas de gestão. Surge então, o PSF como estratégia setorial de reorganização do modelo de atenção à saúde (Brasil, 1994).

O processo de construção do Sistema Único de Saúde via descentralização/municipalização, corroborou não só para mudanças nas práticas, e nas concepções sobre o que deve fazer a odontologia brasileira, mas também impulsionou o mercado de trabalho dos odontólogos na esfera pública (Pereira et al., 2003).

3.2.1.2 – EXPANSÃO DE POSTOS DE TRABALHO COM O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O reconhecimento da crise do modelo anterior suscitou a necessidade emergencial de uma nova estratégia estruturante, abrangendo a incorporação de recursos humanos e tecnologias contextualizadas nas novas práticas. Então, o Programa Saúde da Família, calcado nos princípios da Reforma Sanitária, assumiu como foco a reorganização da atenção básica, garantindo, como ideal, a oferta de serviços à população brasileira e o fortalecimento dos princípios do SUS (Brasil, 2003). E ainda, imprimiu uma nova dinâmica nos serviços de saúde ao estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade, humanizando esta prática direcionada à vigilância à saúde, na perspectiva de intersectorialidade, e priorizando as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto crianças quanto adultos sadios ou doentes, de forma integral e contínua (Brasil, 1994).

No PSF, iniciado em 1994, foram implantadas, inicialmente, 328 equipes com a meta de cobrir cuidados básicos de saúde para cerca de 1 milhão de pessoas. O aumento de incentivos financeiros resultou em uma rápida expansão do programa e redefinição da porta de entrada do sistema municipal de saúde (Calado, 2002). Atualmente, encontra-se com 24.600 equipes⁶⁴, abrangendo 4.986 municípios e com uma cobertura ultrapassa os 78 milhões de brasileiros, ou seja, aproximadamente 44,4% da população (Brasil, 2005).

Segundo Varella (2006), estes números provam o impacto do PSF no mercado de trabalho do setor saúde. A abertura de novos postos de trabalho, especialmente para médicos e enfermeiros, guarda certa equivalência com o número de equipes implantadas.

Para os odontólogos a história se fez diferente. Somente em dezembro do ano 2000, por intermédio da Portaria Ministerial 1.444, de 28/10/2000, houve um incentivo para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada à população brasileira, onde se incluía as equipes de saúde bucal no PSF (Baldani, 2005). De acordo com esta portaria, os municípios que se qualificassem às ações de saúde bucal receberiam, além de R\$5.000,00 para a sua implantação, incentivo financeiro anual por equipe implantada, da seguinte forma:

- **Modalidade I** – um odontólogo e um auxiliar de consultório odontológico – R\$13.000,00.
- **Modalidade II** – um odontólogo, um auxiliar de consultório odontológico e um técnico em higiene dental – R\$16.000,00.

A relação deveria ser de 1 equipe de saúde básica –ESB para cada duas equipes de saúde da família - ESF, cobrindo uma população mínima de 4.800 habitantes e máxima de 6.900 habitantes⁶⁵. A portaria No. 267/GM do MS, que regulamenta a portaria No. 1.444/GM, apresenta a íntegra do plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica e ainda, e lista os procedimentos odontológicos a serem praticados.

⁶⁴ A distribuição regional pede ser observada com mais detalhes em www.portalsaude.gov.br

⁶⁵ E ainda um incentivo adicional no valor de R\$5.000,00 (cinco mil reais) por equipe implantada.

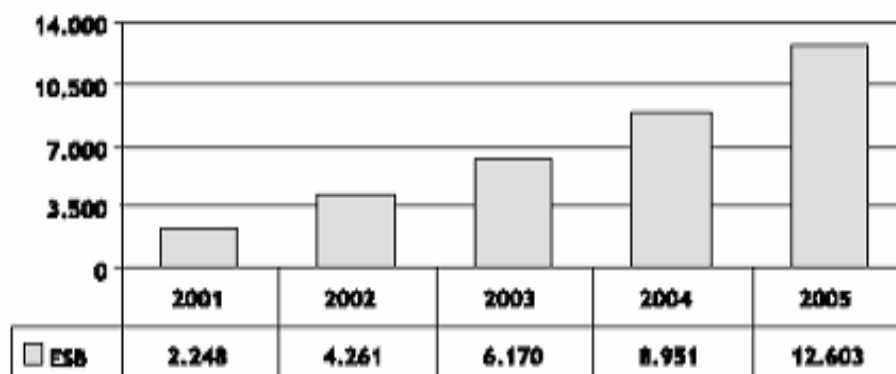
O próprio Ministério da Saúde admitiu que a referência de uma ESB para cada duas ESFs representava uma limitação ao processo de implantação das ESBs e impunha aos profissionais de saúde bucal um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da estratégia de Saúde da Família no processo de trabalho desses profissionais (Brasil, 2006).

Foi a partir da Portaria no. 673/GM, que em 2003, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESBs na proporção de 1:1 com relação às ESFs. Dessa maneira, cada ESB deveria passar a cobrir, em média, 3.450 pessoas. A mesma Portaria reajustou os incentivos de custeio das ESBs Modalidade I para R\$15.600,00 , e das ESBs Modalidade II para R\$19.200,00, cessando os efeitos da Portaria no. 1.444/GM, de 2000 (Brasil, 2006). Desde janeiro de 2004 vigora a Portaria no. 74/GM que reajustou novamente os incentivos financeiros, passando cada ESB Modalidade I a receber R\$ 20.400,00 e as ESBs Modalidade II a receber R\$ 26.400,00, por ano para custeio. Ambas as modalidades passaram a receber R\$ 6.000,00 para a aquisição de equipamentos e instrumentais, como incentivo adicional (Brasil, 2006).

Entre os anos de 2002 e 2005, mais que triplicou o número de ESBs no PSF. Neste período foram implantadas 8.342 novas ESBs no PSF, chegando a um total de 12.603 ESBs⁶⁶, um aumento de mais de 195% no número de equipes, como pode ser observado no Gráfico 13.

⁶⁶ Até dezembro de 2005 3,9 mil municípios eram assistidos por ESBs, com uma cobertura populacional nacional de 34,9%, ou seja, aproximadamente 61,8 milhões de pessoas.

**Gráfico 13 - Evolução das Equipes de Saúde Bucal implantadas no Brasil,
2001 – 2005**



Fonte: Brasil (2006, p. 45).

Girardi & Carvalho (2002) relatam que já em 2002 o PSF representava 7,3% da demanda “institucional” de serviços de saúde para odontólogos. E se de um lado havia uma pressão, junto aos gestores municipais de saúde, pela expansão de serviços de saúde com a adoção do PSF, do outro havia o contingenciamento de recursos financeiros e novas formas de remuneração dos serviços com o estabelecimento do Piso de Atenção Básica⁶⁷ e a Lei de Responsabilidade Fiscal⁶⁸, conferindo constrangimentos para contratação de pessoal.

De acordo com Varella (2006), a estratégia adotada para driblar esses obstáculos legais foi a incorporação de trabalhadores através de modalidades mais flexíveis. Entretanto, as contratações observadas têm sido motivos de polêmica, no que diz respeito aos aspectos legais envolvidos.

Gestores e dirigentes de Recursos Humanos enfrentam, hoje, problemas que se arrastam desde a implantação do SUS, desde gerenciar trabalhadores e profissionais das diferentes entidades mantenedoras do governo, com contratos e salários diferenciados, cumprindo o mesmo tipo de atividade e integrados num mesmo processo de trabalho, assim como lidar com novas formas de inserção de trabalhadores com várias modalidades de vínculos, muitos de formas mais flexíveis ou com características de trabalho precário (Varella, 2006).

⁶⁷ Implementado pela portaria 1882/97, o PAB baseia-se num repasse financeiro fundo a fundo de um montante de recursos *per capita* para que os municípios se responsabilizem pela atenção básica de sua população. O valor *per capita* varia de R\$ 10,00 a R\$ 15,00, dependendo da capacidade do município.

⁶⁸ Lei Complementar no. 101, de 04 de maio de 2000.

Com relação aos odontólogos, é consensual que o PSF tem representado um importante incremento na oferta de postos de trabalho. Porém, segundo estudo realizado por Calado, em 2002, sobre as ESBs do PSF, os odontólogos trabalhavam em média 40 horas semanais, os tipos de vínculos empregatícios, eram as contratações temporárias, credenciamentos, cooperativização, convênios e cargos de confiança das prefeituras. Dessa maneira, não possuíam vínculo empregatício que garantisse a sustentabilidade do programa. No que concerne às atividades desenvolvidas, eram realizadas aquelas de natureza preventivo-promocionais e curativo-restauradoras.

Um inquérito nacional realizado em 2001 pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (NESCON/UFMG, 2002), mostra que as formas de contratação temporária e por prestação de serviços no PSF predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato, como pode ser observado na Tabela 10. Nesse estudo, muitos gestores justificaram a utilização dessas formas precárias de contratação de profissionais devido à flexibilização dos contratos de trabalho assistida atualmente (57,8%), às restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (53,8%), menor custo (36,8%) e pela instabilidade no financiamento do programa (34,5%). Para os odontólogos destaca-se o escore de 71% para as contratações temporárias realizadas através das prefeituras. Nas empresas do Terceiro Setor e organizações filantrópicas, que mantém relacionamento de contratação ou parceria com o setor público, a Consolidação das Leis de Trabalho - CLT é a principal via de acesso para a maioria dos profissionais (Girardi & Carvalho, 2003).

Tabela 10 – Formas de contratação utilizadas por categoria segundo o agente contratante (em percentual)

Cargo	Agente Contratante													
	Prefeitura						Filantrópica				Outro Terceiro Setor			
	Temporário/ prestação de serviços	CLT	Estatutário	Servidor Público não efetivo	Outros	Total	Temporário/ prestação de serviços	CLT	Outros	Total	Temporário/ prestação de serviços	CLT	Outros	Total
Médico	74,8	9,4	11,2	3,1	1,5	100	24,3	64,9	10,8	100	30	65	5	100
Enfermeiro	69,7	10,1	15,9	2,9	1,4	100	18,8	68,7	12,5	100	22,9	71,4	5,7	100
Tec./Aux. Enfermagem	50,1	12,5	35,2	1,5	0,7	100	17,2	68,9	10,3	96,4	13,9	77,8	8,3	100
ACS	54,9	16,2	14,8	3,6	10,5	100	18,9	64,9	16,2	100	21	64,5	14,5	100
Odontólogo	70,9	6,3	19,3	1,6	1,9	100	20	80	0	100	12,5	56,3	31,3	100,1

Fonte: Pesquisa NESCON/UFMG (2002, p. 23).

Ainda de acordo com a pesquisa do NESCON/UFMG (2002), as prefeituras são responsáveis, diretamente, pela contratação direta de pessoal na maior parte dos casos, alcançando o índice de 89% para odontólogos. De acordo com Girardi & Carvalho (2003), esse aspecto tem sido uma das principais preocupações e dificuldades que os gestores têm enfrentado na implantação e manutenção do PSF, que também se insere num contexto mais amplo de tendência à desregulamentação do mercado de trabalho brasileiro aqui já referido.

3.2.1.3 – EXPANSÃO DE POSTOS DE TRABALHO COM O PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE

Segundo Baldani (2005), a indefinição de um sistema de referência para atendimentos a especialidades ofertadas pela rede de serviços, era uma das principais dificuldades encontradas pelas ESBs, na medida em que se evidenciava a baixa capacidade de oferta de serviços de Atenção Secundária e Terciária.

Com a expansão do conceito de atenção básica e o conseqüente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fizeram-se necessários, também, investimentos que colaborassem com o maior acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Foi

nesse âmbito que foram instituídos, pela Portaria no. 1.570/GM, de 29/07/2004⁶⁹, os critérios, normas e requisitos para a implantação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO (Brasil, 2006).

Os CEO, unidades de referência para a Atenção Básica, devem estar integrados ao processo de planejamento loco-regional e oferta minimamente as especialidades de periodontia, endodontia, diagnóstico bucal, cirurgia oral menor e pacientes com necessidades especiais. Recebem investimentos⁷⁰ e podem ser classificados em dois tipos:

- CEO Tipo I: com três cadeiras odontológicas. Esta modalidade recebe R\$ 40.000,00 para implantação e R\$ 6.600,00 mensais para custeio.
- CEO Tipo II: com quatro ou mais cadeiras odontológicas. Esta modalidade recebe R\$ 50.000,00 para implantação e R\$ 8.800,00 mensais para custeio.

O Programa Brasil Sorridente⁷¹, lançado em 2004, com a meta de construir 354 CEO em municípios estratégicos até 2006, termina a ano de 2005 com 336 CEO implementados, em 268 municípios distribuídos em 25 estados e no Distrito Federal, como mostra a Tabela 11 (Brasil, 2006).

Tabela 11 - Centros de Especialidades Odontológicas implantados - Brasil, 2005

Região	CEO implantados
Centro-Oeste	33
Nordeste	104
Norte	17
Sudeste	125
Sul	57
Brasil	336

Fonte: Brasil (2006, p. 49).

⁶⁹ A Portaria no. 1.063/GM, de 4/07/2005, cessa os efeitos da anterior e define novos critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento dos CEO.

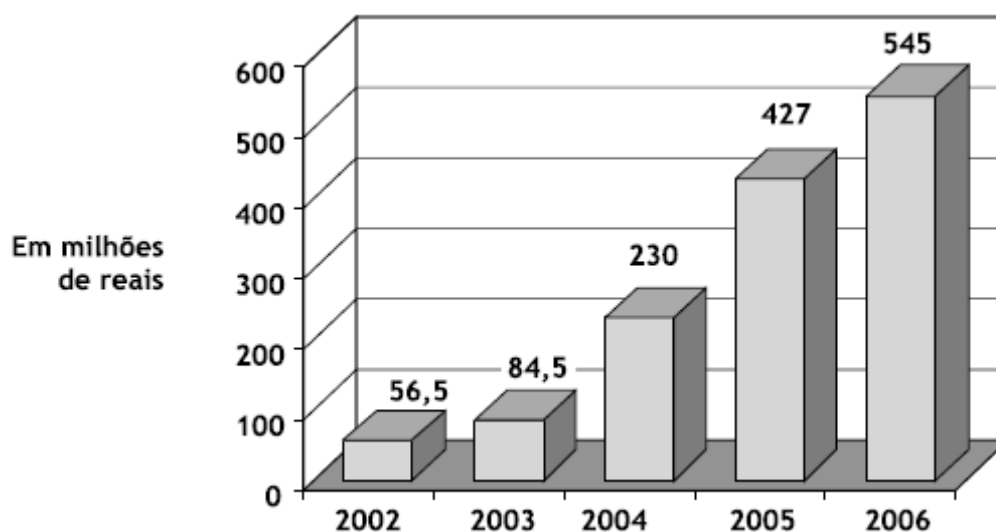
⁷⁰ A Portaria no. 1.069/GM institui o financiamento dos CEO.

⁷¹ Dentro desse programa também havia a previsão de implantação de 400 Laboratórios regionais de Prótese Dentária, com seu respectivo financiamento, porém o governo não divulgou quantos já foram implementados

Segundo o Ministério da Saúde, entre outubro de 2004 e março de 2005, mais de um milhão de atendimentos foram feitos pelos CEOs. Na área da atenção básica, o programa oferece incentivos financeiros aos municípios para implantarem equipes de saúde bucal, em número igual ao das equipes de saúde da família. E ainda, tem como meta, implementar até o fim de 2006, fluoretação em todos os municípios que têm estações de tratamento e distribuição de água, mas que ainda não utilizam o flúor (Brasil, 2005).

No Gráfico 14 é possível observar os investimentos do Ministério da Saúde na área de saúde bucal. Em 2002 foram gastos R\$ 56 milhões. Em 2003, foram investidos mais 46%, passando a 84 milhões. Em 2004, o investimento foi de R\$ 184 milhões. E em 2005 foram mobilizados R\$ 427 milhões para investimentos em saúde bucal. A previsão para o ano de 2006 era de R\$ 545 milhões.

Gráfico 14 – Recursos federais investidos em Saúde Bucal - Brasil, 2002-2006.



Fonte: Brasil (2006, p. 50).

Esses incentivos se traduzem no aumento de postos de trabalho como afirma Gilberto Pucca Jr., coordenador nacional de saúde bucal, em entrevista concedida ao CFO, “Desde a implantação do Programa Brasil Sorridente, o SUS já absorveu mais de 20 mil novos odontólogos e auxiliares” (CFO, 2006). Primeiramente idealizada para se findar no ano de 2006, os odontólogos vêm na reeleição do presidente Luiz Inácio Lula

da Silva, esperanças de que esse programa possa vir a ser uma política de Estado permanente, conforme ilustra as páginas do Jornal do CFO de novembro de 2006 (CFO, 2006).

3.2.2 – TRANSFORMAÇÕES NO SETOR PRIVADO

A história da odontologia brasileira, na primeira metade XX, de acordo com Ramos (2003), mostra que se consolidou um modelo assistencial baseado em consultórios particulares, os então denominados “gabinetes dentários”. Essa denominação já reflete o modelo então em prática, na medida em que, de acordo com Ferreira⁷², “gabinete” constitui-se em sala, um tanto isolada dos outros compartimentos, destinada a trabalhos particulares. O modelo preponderante de consultórios particulares era, então, favorecido pela escassez de profissionais no mercado, determinando, porém, que a parcela majoritária da população, desprovida de recursos financeiros para pagar honorários dos profissionais, ficasse sem assistência as classes sociais média e alta usufruíam de assistência odontológica.

Na visão de Botazzo (2000):

“(...) .é provável que nenhum aspecto da odontologia seja mais visível, na singularidade com a qual se apresenta aos olhos do público, quanto o seu caráter privado, de coisa não apenas irremediavelmente mediada entre um produtor isolado e o seu cliente por meio de remuneração direta, mas que inclui propriamente a doença e o doente na mesma esfera. Longe de imaginar que esta definição tenha ocorrido de modo acidental, se está diante de uma formação estrutural que, como manifestação política, foi longamente elaborada e defendida nessa condição” (Botazzo, 2000, p. 108).

Assim, o isolamento em “gabinetes” ou “consultórios particulares” caracterizou uma época em que a odontologia, como profissão liberal, era entendida como emergente, “badalada” socialmente e realizadora de sonhos de quem a exercia.

⁷² Ferreira, A. B. H. Dicionário Aurélio: Século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

Segundo Feuerwerker (2003), até alguns anos atrás, predominava a prática privada como alternativa de ocupação para os dentistas, sendo que se ocupar no setor público significava proceder a atenção básica ou atenção ao trauma. Como já discutido, a lógica da acumulação de capital é fator importante, capaz de nortear o interesse das categorias profissionais. Portanto, ainda se via com algum desdém o serviço público dentro da odontologia, na medida em que no consultório particular poderia colocar em prática novas tecnologias e, ainda, ter bons retornos financeiros.

De acordo com Zanetti (2000), o processo de tecnificação foi iniciado na década de 1930 e teve seu auge na década de 1970, acontecendo simultaneamente com a formação de uma poderosa indústria de equipamentos, insumos e medicamentos médico-odontológicos, acompanhando o desenvolvimento capitalista nacional. Pode-se afirmar que esse período atraiu um grande contingente de consumidores, a ponto de se transformar em uma “classificação social”, ou seja, consumidores supervalorizando a tecnologia encontrada nos consultórios. O autor faz a seguinte observação: *“Os consumidores pouco informados valorizavam acriticamente a tecnologia “embarcada” nos consultórios, a ponto de transformar em signos de status social, tanto a maior quantidade de tecnologia, quanto os maiores orçamentos realizados”* (Zanetti, 2000, p. 7).

Na visão de Pelissari (2005) o fim do milagre econômico, marcado pela crise de 1981, quando os odontólogos reduziram o ímpeto da incorporação (sem critérios) de tecnologia nos atos clínico-odontológicos, assim como o valor indiscriminado agregado a eles, aconteceu simultaneamente ao acesso às tecnologias de flúor e de auto-cuidado, melhorando o perfil epidemiológico da população, especialmente daquela consumidora de serviços particulares, a mais bem informada e exigente quanto às possibilidades de cuidados precoces. As necessidades e objetivos da população potencialmente consumidora de serviços odontológicos particulares reduziram-se drasticamente.

Vários autores como Junqueira et al. (2005), Zanetti (2000) e Mendes (2005) afirmam que as mudanças na sociedade, ocorridas nas últimas décadas, foram profundamente sentidas na odontologia. O perfil da profissão – desde o seu início essencialmente voltado para a clínica particular como profissional liberal - precisa ser modificado em virtude do empobrecimento da população, que dificulta seu acesso à

clínica particular, bem como do grande número de profissionais que vem sendo lançado no mercado de trabalho a cada ano.

Com todas essas mudanças, para entender quais caminhos vem trilhando a odontologia cabe, nesse momento, fazer uma aproximação teórica do que vem a ser autonomia – fator de confusão para muitos profissionais, principalmente para os que estão ingressando na profissão.

3.2.2.1 – AUTONOMIA – ATUAÇÃO ODONTOLÓGICA EM DESUSO?

Num sentido geral, Bobbio (1995) associa a autonomia à capacidade de auto-governo, ou seja, filosoficamente, o conceito de autonomia confunde-se com o de liberdade, consistindo na qualidade de um indivíduo de tomar suas próprias decisões, com base em sua razão individual. Na ciência política, autonomia é a qualidade de um território ou organização estabelecer com liberdade suas próprias leis ou normas (Wikipédia, 2006)⁷³.

Quando trazemos esse conceito para a área de saúde, Machado (1996) acrescenta que autonomia é a capacidade de se controlar os aspectos técnicos de seu próprio trabalho. Cada profissional da área de saúde – médicos, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, entre outros - desenvolve suas atividades de maneira diferente, pautados na idéia de que a base cognitiva é o orientador da liberdade profissional.

Os odontólogos enquanto senhores de si, dentro de seus “gabinetes dentários”, numa relação dual com seus pacientes, gozavam dessa autonomia técnica. Na medida em que se incorporam terceiros para mediar a relação paciente/profissional, estes profissionais perdem sua autonomia técnica e passam a se submeter aos entendimentos técnicos dessas organizações – condição *sine qua non* para continuar recebendo pacientes.

⁷³ Wikipédia. Autonomia. Disponível em: www.wikipedia.org.br

Estar ocupado em algum serviço público ou privado também lhe furta a autonomia técnica e econômica, uma vez que ele passa a ser subordinado a alguém ou a algum estabelecimento e tem previsão fixa de retorno financeiro.

Atualmente, cerca de 60% dos Estados já possuem uma comissão de convênios em seus Conselhos Regionais de Odontologia. Estas comissões trabalham no sentido de defender os odontólogos contra a perda de autonomia profissional que vem ocorrendo ao credenciarem em alguns planos de saúde. Para evidenciar o que vem acontecendo à categoria, vale conferir o que argumenta Paulo César Ribeiro⁷⁴, presidente do CRO-BA:

“Algumas vezes o odontólogo é obrigado a se submeter a condições absurdas, mas não devem vender sua mão-de-obra a preço vil, muito menos prejudicar o paciente devido a procedimentos incabíveis, com perícias feitas apenas com radiografias, como exigem algumas operadoras, expondo o paciente desnecessariamente à radiação” (CFO, 2006, p. 12).

3.2.2.2 – UM ESTRANHO NO NINHO

Belardinelli & Rangel (1999) afirmam que em todas as atividades, tem havido uma retração da clientela, e na odontologia, não poderia ser diferente. Os autores atribuem como fatores para diminuição ou reorientação da clientela, a inadequada distribuição dos profissionais; as dificuldades financeiras conjunturais; o período recessivo do país nas últimas décadas; e o crescimento da participação de convênios e credenciamentos, intermediando as relações entre profissionais e pacientes. No Brasil, percebe-se um acentuado declínio da prática tradicional e um crescimento exacerbado no mercado de planos e seguros, tanto médicos quanto odontológicos, ocasionando uma concentração de operadoras (SINOG, 2005).

⁷⁴ Entrevista concedida ao Jornal do CFO, ano 13, no.66, mai.-jun., 2006.

Para Mendes (2005) a reorientação da clientela está intimamente ligada com o dinamismo da realidade socioeconômica do país. Uma vez que a saúde está se transformando em um bem de consumo, qualquer alteração na política econômica afeta indiretamente a área da saúde. A alteração do poder aquisitivo de uma pessoa faz com que ela inclua ou exclua gastos. Na visão do autor, o tratamento odontológico parece ser geralmente, excluído dos gastos quando ocorre queda de poder aquisitivo da população, situação observada em períodos de crise econômica.

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF (IBGE, 2003)⁷⁵, realizada em 2002, quanto maior a faixa de renda das famílias maior a receita destinada ao tratamento odontológico, porém contrapondo o autor supracitado, mesmo a menor faixa de renda disponibilizou alguma receita para tratamento odontológico. Nesta pesquisa, destacou-se o fato de que em todas as faixas de renda a despesa com planos/seguros de saúde superaram os gastos com tratamento odontológico.

Nesse contexto, por um lado, encontram-se os profissionais com dificuldades em custear as despesas de um consultório particular, com as conseqüências da concentração de mão-de-obra qualificada no mercado; e por outro, a impossibilidade da maioria da população em arcar com os custos de um tratamento odontológico particular, mas que ao mesmo tempo, começa a deter maiores esclarecimentos e a exigir boa qualidade em serviços odontológicos a custos acessíveis, propiciando a expansão dos planos de saúde (Pinto, 2000; Zocratto, 2001). Se do ponto de vista econômico, a demanda por um bem ou serviço tem o preço do produto como variável determinante, é possível entender porque os clientes, antes particulares, agora têm seu tratamento intermediado por terceiros, ou seja, na busca por uma maior cobertura do tratamento e valores atraentes.

Segundo Mendes (2005), o sistema capitalista impõe a existência de “mercados” diversos. Quando a oferta de serviços é elevada, o preço desses serviços tende a se reduzir, fato reforçado pela queda na procura pelos serviços, que também induz a uma queda de preços. Dessa maneira, surgiu a seguinte situação inusitada: muitos odontólogos com número reduzido de “clientes” e uma grande massa de “pacientes” sem nenhum tipo de assistência odontológica. Pode-se visualizar os odontólogos de um lado e os pacientes carentes de serviços odontológicos do outro, sendo o complicador a

⁷⁵ Dados extraídos da tabela intitulada: Despesa monetária e não monetária média mensal familiar – valor e distribuição – por classes de rendimento monetário e não monetário mensal familiar e tipos de despesa. Pesquisa de Orçamentos Familiares/ IBGE (2003).

ausência de algo que os ligue. Nesse âmbito, começaram a surgir “pontes” que pretendiam obter algum tipo de vantagem nessa situação, mas sem tentar resolvê-la de forma realista, em harmonia com os problemas sociais do Brasil.

Bahia (1999) relata, ludicamente, que a “ponte” que uniria aquelas margens começou a ser construída com a promulgação da Constituição Federal de 1988⁷⁶ e com a criação do SUS, porém enquanto isso, variados tipos de embarcações surgiram para levar pessoas de um lado para o outro, até mesmo embarcações que utilizavam aqueles pilares para completar as suas viagens. Estas embarcações são entidades públicas ou privadas, que começaram a atuar como intermediários na relação paciente/profissional, impondo condições para os odontólogos em troca de possibilitar um fluxo de pacientes.

É nesse contexto que a atenção médica supletiva surgiu no país, ainda na década de 80, proveniente da insatisfação da classe média da população, do operariado de melhor nível salarial e das empresas com a queda da qualidade da assistência médica proporcionada pela Previdência Social. No subsetor de planos de saúde bucal no Brasil, chegou-se ao final do século XX, com cerca de trezentas empresas e de sete milhões de clientes estimados (Pinto, 2000).

De acordo com Zocratto (2001), as modalidades assistenciais supletivas em odontologia são divididas nos seguintes ramos:

- Odontologia de grupo
- Cooperativa Odontológica
- Planos próprios das empresas
- Seguro-saúde

A odontologia de grupo segue as normas da medicina de grupo, que surgiu a partir do convênio-empresa com o IAPI, continuou com a criação do INPS em 1967, e estruturou-se com o Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974. É constituída por operadoras similares aos Serviços Conveniados dos EUA, que administram planos de saúde para empresas, indivíduos ou famílias, oferecendo uma gama de planos. Corresponde no Brasil à Health Maintenance Organization (HMO), e foi pioneira no campo da assistência médica suplementar ao implantar a primeira empresa em 1956, com a Policlínica Central na região do ABC paulista (Zocratto, 2001). São

⁷⁶ Brasil. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Brasília, 1988.

predominantemente contratadoras de serviços, de maneira que a estrutura de atendimento pode compor-se de serviços próprios e credenciados, combinando ou não, as duas formas de oferta. A abrangência dessas operadoras de odontologia de grupo em sua maioria é regional, e os maiores grupos atuam em grandes cidades. Em 1996 foi criada a sua entidade representativa, que é o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG), com o objetivo de: “atuar como agente de crescimento e aprimoramento das empresas de assistência odontológica, colaborar no desenvolvimento técnico-científico da categoria, definir padrões mínimos de qualidade e de gestão, divulgar e ampliar o conceito de odontologia de grupo como agente facilitador do acesso à assistência de saúde bucal da população e promover a integração das empresas junto à categoria odontológica” (SINOG, 2005). Nota-se um aumento crescente na utilização de rede própria de serviços com profissionais contratados. Com o intuito de atingir os grupos de renda mais alta, esta modalidade passou a implementar o atendimento com livre escolha total; mas na maioria dos contratos, há um direcionamento da clientela para a rede própria ou credenciada (Pinto, 2000).

As cooperativas odontológicas são organizações sem fins lucrativos, constituídas por cirurgiões dentistas que são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, sendo remunerados de forma proporcional à produção individual. Ao final de cada ano, todos participam dos lucros ou prejuízos, onde numa assembléia há decisão sobre o destino do lucro ou a maneira pela qual o prejuízo será liquidado (Zocratto, 2001). A UNIODONTO, criada em 1972, representa este segmento e tem por objetivo reunir os profissionais em sua defesa econômica e social, abolindo o intermediário e atenuando os custos, a fim de assistir a uma maior camada da população (SINOG, 2005). Junto às empresas e aos beneficiários utilizam o pré-pagamento como operação básica, direcionando sua clientela por livre escolha dirigida a rede credenciada. Não há a alternativa de livre escolha com reembolso (Zocratto, 2001).

No modelo de planos próprios empresariais, as empresas administram programas de assistência aos funcionários (Autogestão) ou contratam terceiros para administrá-los (co-gestão ou planos de administração) (SINOG, 2005). É destinado à proteção de seus funcionários sem visar lucro. Opera com uma rede credenciada de profissionais, ou por meio de serviços próprios com assalariamento do profissional, podendo haver reembolso segundo uma tabela pré-estabelecida. Nas empresas públicas, é coordenado pelo Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde (CIEFAS),

criado em 1990, que tem se empenhado em negociar as tabelas de preços com as entidades de representação dos profissionais, do setor de medicamentos, etc. Dentro de cada instituição, a gestão pode ser feita pelo departamento de recursos humanos, pode-se constituir uma “caixa de assistência à saúde”, ou ficar a cargo de uma associação de funcionários (Pinto, 2000). Nas empresas privadas, este modelo de administração é visto com como salário indireto. O organismo que representa este modelo é a Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas - ABRASPE, fundada em 1980, também com o objetivo de representar os interesses dos programas de assistência de suas associadas (SINOG, 2005).

O Seguro-saúde é a modalidade em que existe a intermediação financeira de uma instituição seguradora que cobre ou reembolsa gastos com a assistência, ao prestador ou ao segurado, dependendo das condições estabelecidas em contrato. Assim, as seguradoras não seriam prestadoras de serviços, mas cobririam os custos em caso de sinistros relativos à saúde. Os produtos das seguradoras são as apólices, que transformam em prêmios pagos aos beneficiários do sistema de acordo com o valor de ressarcimento estabelecido em contrato. A livre escolha total é inerente às apólices de seguro de saúde, por determinação legal (Zocratto, 2001). Atualmente, as seguradoras cada vez mais trabalham com redes credenciadas, para as quais procura dirigir os atendimentos, sempre no intuito de diminuir as despesas. A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (FENASEG), criada em 1951, representa estas instituições (Pinto, 2000).

Para exemplificar o impulsionamento das empresas intermediadoras de clientes em consultórios odontológicos dispomos a Tabela 13 que demonstra o crescimento do número de beneficiários, entre 2000 e 2005, nas cooperativas e na odontologia de grupo para a assistência odontológica. De dezembro de 2000 até junho de 2005, o número de beneficiários somente dessas duas modalidades, cresceu aproximadamente 208%.

**Tabela 12 – Evolução dos beneficiários por modalidade de operadora - Brasil,
2000-2005**

Competência	Cooperativa Odontológica	Odontologia de Grupo	Total
12/00	711.897	1.861.317	2.573.214
12/01	908.778	2.174.408	3.083.186
12/02	1.090.160	2.548.045	3.638.205
12/03	1.272.005	2.875.004	4.147.009
12/04	1.444.206	3.441.279	4.885.485
12/05	1.443.823	3.918.377	5.362.200

Fonte: Cadastro de beneficiários ANS/MS 06/2005 / Cadastro de operadoras/ANS/MS 28/06/2005

Nota: Adequação da tabela original disponível no site da ANS.

Pinto (2000) e Zocratto (2001) alertam que a dificuldade do profissional em arcar com os custos individuais de um consultório particular, o excesso de mão-de-obra disponível no mercado e a impossibilidade da maioria da população em arcar com altos custos de um tratamento odontológico particular, criam um campo propício à expansão dos planos de saúde.

De acordo com Mendes (2005), a má remuneração é a principal crítica dos profissionais, no entanto, os planos são apontados pelos próprios odontólogos como uma forma de levar pacientes para o consultório, aumentando a clientela, e especialmente para os recém-formados, como alternativa para iniciar a carreira. Assada⁷⁷ (2003) lembra que as operadoras de saúde atuam dentro de um cenário capitalista, procurando o maior retorno financeiro possível, em meio à oportunidade crescente de pessoas que demandam tal serviço.

⁷⁷ Assada, R. M. A Realidade dos Convênios. *Jornal do Site Odonto*, anoV, no.64, abril, 2003.

Nesse contexto, um número expressivo de profissionais, exercendo a prática privada, também reconhece ser dependente dos chamados “convênios”, que a esta altura poderiam ser percebidos como uma forma de assalariamento indireto exercido no próprio consultório privado, dada a grande dependência desta modalidade de vínculo na geração da receita (Moysés, 2004).

Outra prática que vem se implementando no mercado de trabalho do odontólogo, como apontado por Zanetti (2000), se caracteriza pelas clínicas montadas por profissionais com perfil empresarial, os quais atuam como intercessores entre clientes e odontólogos. Estes, usualmente não trabalham diretamente com o paciente, cedem espaço para o trabalho e captam clientes, ficando assim, com a maior parte do lucro. Normalmente essas clínicas oferecem várias especialidades odontológicas. Nessa forma de inserção no mercado de trabalho, o profissional normalmente trabalha por porcentagem sobre o que produz e não há vínculo empregatício (Queluz, 2003).

Existem ainda no mercado de trabalho dos odontólogos, as clínicas chamadas “populares”, ou seja, clínicas que oferecem tratamentos a baixos preços, tendo o profissional que atender a um número maior de pessoas. Alguns desses empresários de odontologia conseguem oferecer preços muito abaixo dos demais, por também serem donos de lojas de materiais odontológicos⁷⁸, os quais conseguem material de consumo odontológico a preços inferiores ao de mercado. Na visão de Araújo⁷⁹ (2005) assiste-se ao “reinado” dos planos de saúde e das clínicas populares, estas sendo apontadas como causa de vulgarização da profissão, na medida em que exploram o excedente de mão-de-obra. Tem-se observado ainda no mercado de clínicas, que alguns empresários captam recém-formados das regiões Norte e Nordeste, para o Sudeste, oferecendo trabalho e moradia. Ao chegarem ao destino, os profissionais deparam com o trabalho em clínicas populares e a manutenção da moradia consumindo grande parte da remuneração do trabalho executado. Trabalham mais de 40 horas semanais e vários profissionais dividem a moradia. Uma situação ao nosso ver, parecida com a do operariado da construção civil das grandes metrópoles.

Moysés (2004) defende que as evidências de crescente assalariamento de algumas das chamadas “profissões liberais” como a medicina e a odontologia, não

⁷⁸ Também chamadas “dentais”, são as lojas onde os odontólogos compram materiais necessários para o seu ofício.

⁷⁹ Araújo, I. C. O Mercado de Trabalho Odontológico, 2002. Disponível em: www.odonto.com.br

constituem suporte adequado para a tese da “proletarização” dos profissionais. Por detrás do assalariamento alguns percebem a lógica inexorável do capital que começa a subordinar aquelas ocupações que há poucas décadas eram autônomas e operavam à margem do sistema produtivo. Entretanto, é importante ressaltar que o assalariamento se distingue da proletarização mesmo que a incorpore. Ainda assim, nesse âmbito a indagação do autor é ponto para reflexão: “Estariam os profissionais descendo a ladeira que os levaria, mais cedo ou mais tarde, às mesmas condições daquela imensa parcela da força de trabalho que, além de assalariada, perdeu o controle do seu próprio trabalho?”

No próximo capítulo apresentamos as expectativas dos graduandos do último ano de graduação em odontologia, que iminentemente ingressarão no mercado de trabalho aqui exposto.

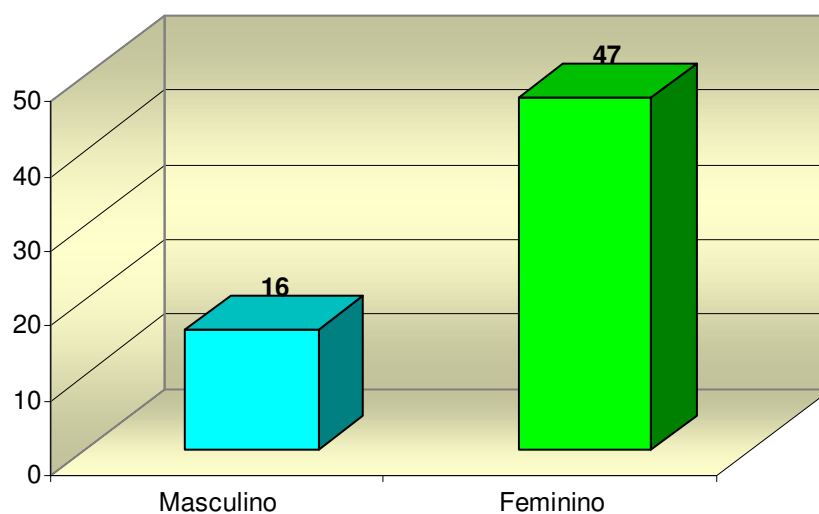
CAPITULO 4 – EXPECTATIVAS DOS GRADUANDOS

4.1 – IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL

IDADE E SEXO

No conjunto pesquisado, a idade média dos entrevistados foi de 25 anos, sendo a menor 20 anos e a maior de 34 anos. De acordo com o Gráfico 15, dos 63 pesquisados, 47 são do sexo feminino, 74,6%, e 16 (25,4%) são do sexo masculino. Esse resultado vem apenas reafirmar a tendência de, hoje, a profissão de odontólogo ser predominantemente feminina, como observado, também, em outras áreas da saúde.

Gráfico 15 - Distribuição dos graduandos por sexo



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

O aumento da participação feminina no mercado de trabalho em saúde é analisado por Machado et al (1992), verificando que até 1970, a participação feminina no conjunto de força de trabalho em saúde era relativamente reduzida, ainda que existissem categorias profissionais que por tradição, eram ocupadas por mulheres, quais sejam auxiliares, técnicos e atendentes de enfermagem, enfermeiras e parteiras. Entre as

décadas de 1970 e 1980, o contingente feminino entre os médicos passou de 11,6% para 20,6% e, entre os odontólogos, evoluiu de 11,5% para 28,2%. Nesse contexto, Machado et Al (1992) analisam que a “feminilização” do emprego do setor saúde do Brasil nos anos setenta, no caso dos empregos de nível superior, deve-se à reforma universitária, com a possibilidade de maior ingresso de mulheres nas universidades, particularmente em cursos que detinham tradição masculina, como a medicina e odontologia; e ainda, às mudanças sócio-culturais beneficiando maiores níveis de aceitação social da mulher no mercado de trabalho. Destacam, entre os diversos fatores que corroboraram para este fenômeno, o papel que o emprego feminino passou a ter no orçamento doméstico, uma vez que o período caracterizou-se pela importante perda do poder aquisitivo dos trabalhadores, advindo da política de arrocho salarial.

Atualmente, o trabalho no setor saúde é predominantemente exercido por mulheres. Segundo Dedecca (2001), sete em cada dez profissionais são mulheres no setor público e oito em cada dez, no privado. O aumento do trabalho feminino no mundo contemporâneo é uma tendência significativa, asseguram autores como Moimaz et al⁸⁰ (2003) e Varella (2006). Antunes (2003) relata que, atualmente, mais de 40% da força de trabalho em países do primeiro mundo é constituída por mulheres que, entretanto, são absorvidas no trabalho *part-time*, precarizado ou desregulamentado. Os níveis de remuneração das mulheres também são, em média, inferiores aos percebidos pelos homens.

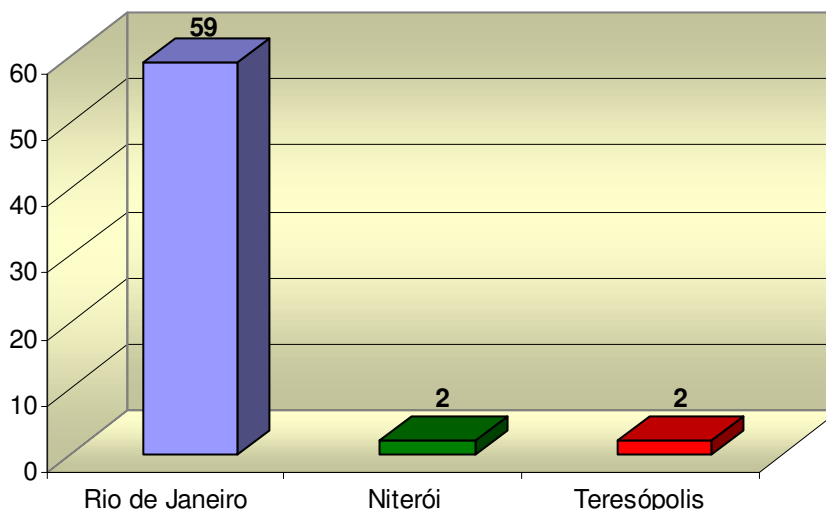
De acordo com o exposto, pode-se afirmar que a força de trabalho das odontólogas, como um todo, tem um importante papel na “feminilização” do trabalho no setor saúde.

RESIDÊNCIA

Como se pode observar no Gráfico16, 93% dos graduandos moram na cidade do Rio de Janeiro, e 3,2% em ambos os municípios, de Niterói e Teresópolis. Como já explicitado nas limitações da pesquisa, o local escolhido para a coleta de dados atrai, em sua maioria, graduandos residentes do município do Rio de Janeiro.

⁸⁰ Moimaz, S.A.S. et al. A força de trabalho feminino no Odontologia, em Araçatuba – SP. Journal Appl. Oral Sci., v. 11, no.4, out. /dez., 2003.

Gráfico 16 - Distribuição dos graduandos por local de residência



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

CURSAM A PRIMEIRA GRADUAÇÃO DE SUAS VIDAS

Observamos que a odontologia está sendo a primeira opção de profissionalização, em âmbito de nível superior, de todos os graduandos da amostra. Apesar das modificações ocorridas no mercado de trabalho odontológico a sociedade ainda enxerga nessa profissão uma possibilidade de prestígio e reconhecimento social. Ou ainda, pode-se buscar compreensão da escolha quando indagamos se há alguém na família que já exerça esta profissão, conforme poderá ser observado a seguir.

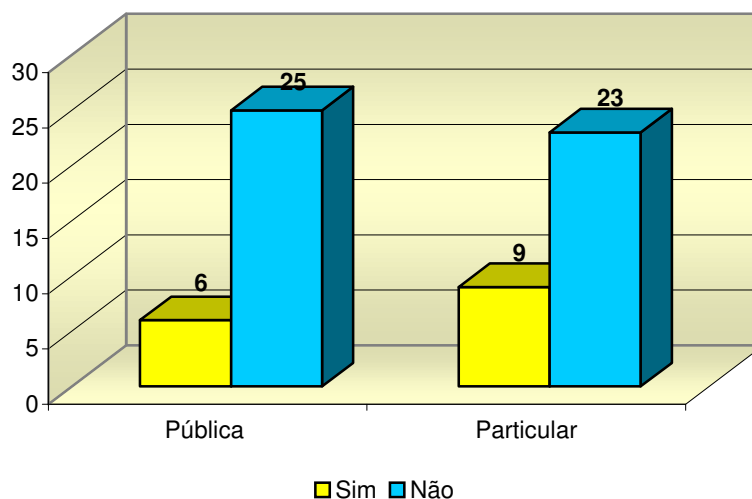
O Gráfico 17 demonstra que supostamente os graduandos entrevistados não tiveram influência familiar na escolha profissional, devido ao fato de apenas 23,8% terem parentes odontólogos. Destes que possuem parentesco, na rede pública a distribuição de parentes se dá de maneira homogênea e na rede privada é exercido em maior frequência (13,8%) pelos pais e primos (Gráfico 18).

Herzlich, apud Matos (2005) denomina os graduandos cujos pais têm a mesma profissão de “herdeiros da transmissão do estatuto social”, como uma “transmissão de vocação”; e classifica como um fator motivador da escolha, o fato de possuir tios, irmãos e primos odontólogos. Geralmente vocação é entendida como uma questão eminentemente subjetiva, produzida de maneira privada/particular e interiorizada,

afirma Matos (2005) em referência à Hall (1970)⁸¹. Entretanto, ao estudar os médicos franceses, o autor relata que “as vocações” tendem a apresentar uma característica fundamentalmente social. Ou seja, os familiares e mais próximos têm um papel significativo no desenvolvimento da carreira e no encorajamento do candidato, sob várias formas. Almeida Jr. et al. (1984)⁸² afirma que a escolha pelo curso de odontologia é motivada pela admiração pela profissão, pela influência de familiares ou até mesmo pela ambição sócio-econômica.

Nesse contexto, o que deve ter influenciado a escolha profissional dos graduandos⁸³ que não têm parentes odontólogos, e ainda, a aceitação e encorajamento pela família, provavelmente deve ter sido aquele perfil de profissional que permanece no imaginário das pessoas de que todos são profissionais autônomos e muito bem sucedidos, à margem de oscilações econômicas vividas pelo país.

Gráfico 17 – Odontólogos na família



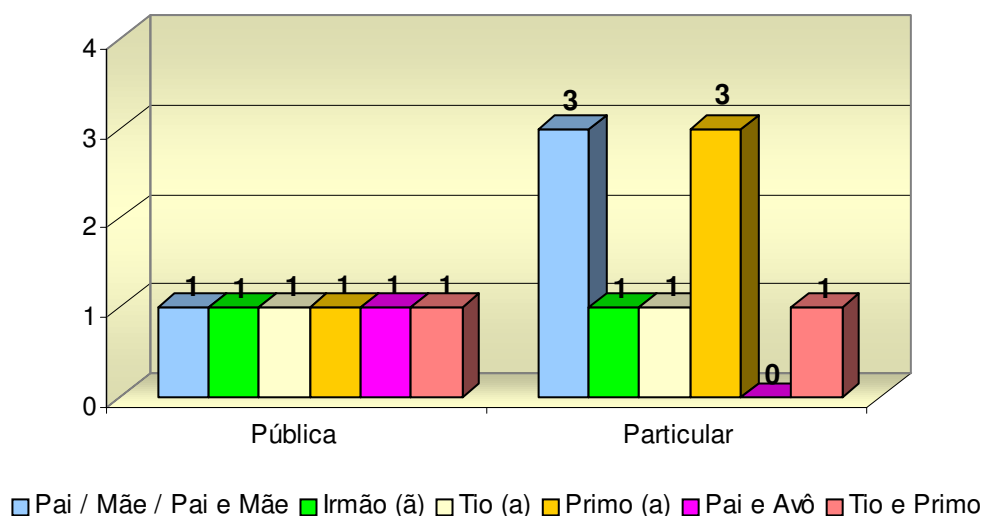
Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

⁸¹ Hall, O. Les étapes d'une carrière médicale. In: Herzlich, C. Médecine, maladie et société. Paris: Mouton, p.209-223, 1970.

⁸² Almeida Jr. E. et al. A escolha da profissão odontológica: motivação consciente. Odontólogo Moderno, v. 11, 1984.

⁸³ É importante salientar que a média de idade é de 25 anos.

Gráfico 18 – Distribuição de parentesco odontólogos na família

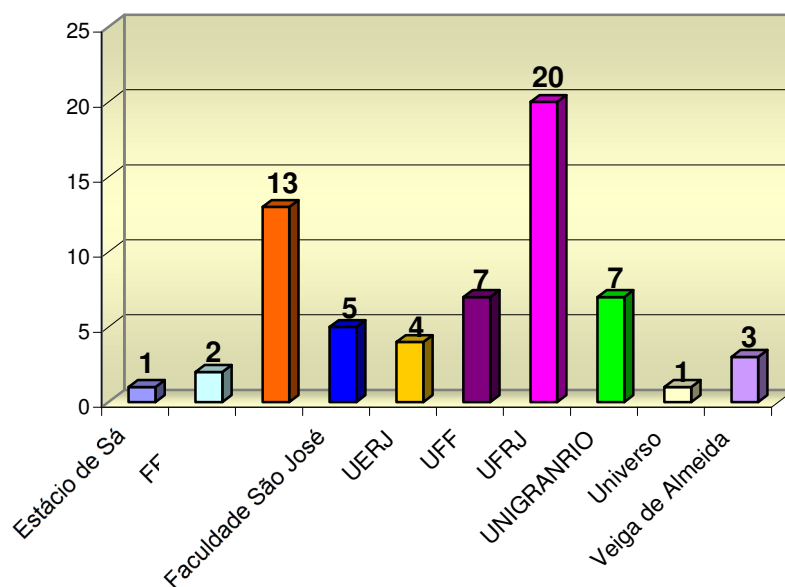


Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Verifica-se, através do Gráfico 19, que as faculdades de odontologia foram representadas da seguinte maneira: 31,7% dos inquiridos eram da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 20,6% da Universidade Gama Filho – UGF, 11,1% da Universidade Federal Fluminense – UFF, 11,1% da Universidade do Grande Rio – UNIGRANRIO, 7,9% da Faculdade São José, 6,3% da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, 4,8% da Universidade Veiga de Almeida – UVA, 3,2% da denominada “Faculdades Integradas da Serra dos Órgãos” – FESO, 1,6% da Universidade Estácio de Sá – UNESA e 1,6% da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO.

Gráfico 19 - Distribuição dos graduandos por instituição de ensino

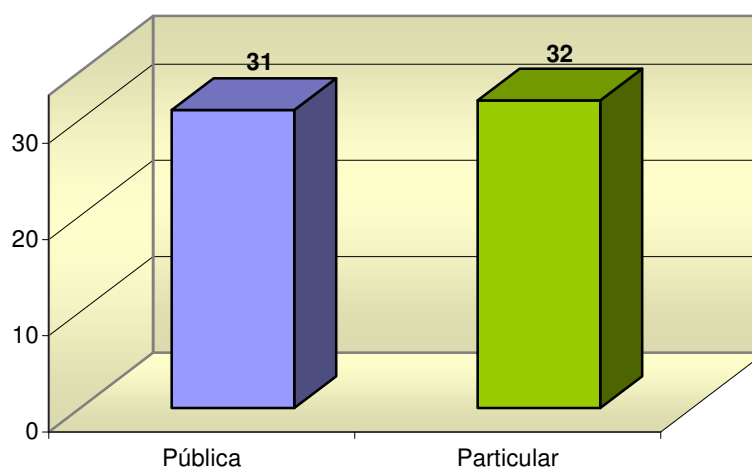


Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

NATUREZA JURÍDICA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

Em relação à natureza jurídica da instituição de ensino em que se graduarão (Gráfico 20), 50,8% estão cursando em estabelecimentos particulares e 49,2% em públicos. O escopo da pesquisa foi justamente procurar obter informações de pessoas que estão integradas tanto ao ensino público quanto privado, com o intuito de não incorrer no viés de apresentarmos expectativas de graduandos oriundos, preponderantemente, de uma natureza jurídica.

Gráfico 20 - Distribuição dos graduandos por natureza jurídica da instituição de ensino



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

ESPECIALIZAÇÃO

Nosso estudo mostrou que 100% dos graduandos pretendem fazer uma especialização. Varella (2006) discute em seu trabalho a busca por cursos de especialização, e afirma que pode ser explicada em parte, pela maior seletividade do mercado de trabalho. As pessoas com mais qualificação aumentam a chance de se empregarem, ou seja, adicionam atributos na perspectiva de sua empregabilidade.

Atualmente, a busca pela pós-graduação – seja especialização, mestrado ou doutorado - vem sendo percebida em vários segmentos profissionais em função da competitividade do mercado de trabalho, que tem exigido, cada vez mais, profissionais qualificados.

Na visão de Abramowicz (1995)⁸⁴ tem sido cada vez maior o número de recém-formados que procuram cursos de especialização sem, sequer, ter uma experiência como clínicos gerais. Na visão do autor, esta tendência de cursos de especialização pode ser um indicador de um mercado odontológico exigente ou, ainda, que o curso de odontologia oferecido pelas universidades não esteja sendo suficiente para dar segurança na prática odontológica.

⁸⁴ Abramowicz, M. O mal necessário. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas, v. 49, n. 1, jan/fev., 1995.

Comungamos do pensamento de Teixeira (1995) quando este afirma que se por um lado a atividade especializada aumenta o domínio e a competência num determinado campo de atuação, corroborando para uma qualidade superior nos serviços ofertados à sociedade, por outro, esse intenso processo aumenta a fragmentação do conhecimento e do processo de trabalho em que o profissional está inserido.

A tendência à especialização observada no nosso estudo, abrangendo tanto universidades públicas como particulares, se assemelha ao resultado encontrado por Tannús-Gontijo⁸⁵ (2002), onde a autora acrescenta que enquanto esforços e recursos poderiam ser despendidos em pesquisa e atendimento ao público, estes estão sendo revertidos para o treinamento de profissionais altamente especializados. Matos (2005) ressalta que a representação do clínico geral costuma ser negativa, não possuindo prestígio profissional nem social, como para aquele que detém o registro de especialista.

Nesse âmbito cabe uma reflexão quanto ao fosso formado entre as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs, que vislumbram a formação de profissionais generalistas para a atuação no setor público, e a própria vontade e perspectiva de ocupação dos graduandos. Será que as propostas oriundas das DCNs viraram “letras mortas” dentro das universidades? Será que os graduandos visam abraçar tanto o setor público quanto o privado e vê neste último a necessidade de ser um especialista?

A discussão quanto à aceitação real das DCNs, pelo corpo docente das universidades, têm sido realizada por vários autores como Feuerwerker (2003), Moysés (2004), Lemos (2005) e Aquilante & Tomita (2005) que defendem ser um caminho difícil, porém necessário e que ainda está em processo dentro das universidades.

No que concerne aos graduandos, veremos que, além da escolha por especializar-se, podemos supor que, em princípio, para o clínico geral, a dependência de clientela é muito maior. Isto porque, talvez, como especialista, poderão contar com as indicações de colegas, além da demanda por clínica geral, e ainda, ter a oportunidade de se credenciarem aos chamados “convênios”⁸⁶.

⁸⁵ Tannús-Gontijo, L. P. A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia: estudo de uma experiência. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2002.

⁸⁶ Atualmente, ter uma especialização tornou-se condição *sine qua non* para se conseguir um credenciamento a “convênios” de tabela diferenciada .

ESPECIALIZAÇÕES E MOTIVOS

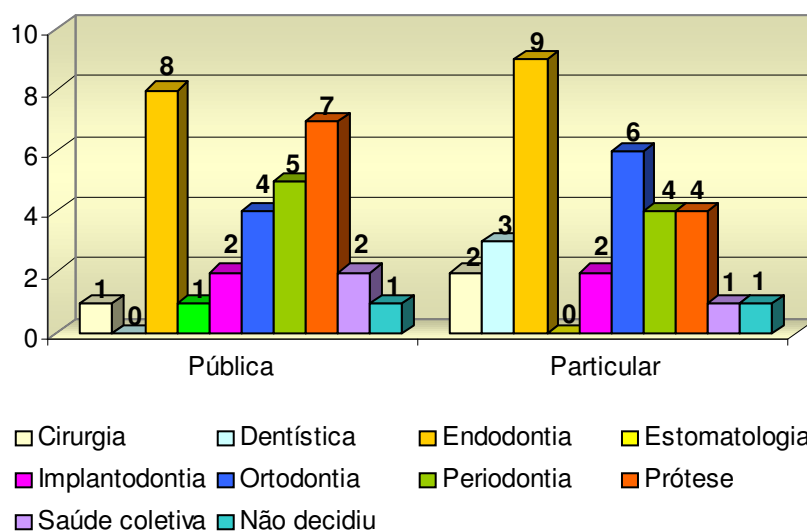
A partir dos Gráficos 21 e 22 é possível conhecer quais especializações eles desejam fazer e os motivos que os levaram a tais escolhas. Apenas 3,2% dos graduandos ainda não decidiu qual especialização seguir, dentre os demais, é a endodontia (27%) a especialização de maior escolha. A prótese (17,5%) e a ortodontia (15,9%) vêm, respectivamente, em seguida.

Nosso estudo obteve resultados divergentes dos encontrados por Tannús-Gontigo (2002) e Matos (2005), onde dentística restauradora e ortodontia, respectivamente se destacaram. Em seus trabalhos tais autoras atribuem seus resultados ao culto ao corpo e à estética, uma vez que a evolução de materiais e aparato tecnológico da odontologia, a exemplo da medicina, causou efeitos que repercutiram sobre a sociedade, gerando tanto admiração como grandes expectativas.

Freitas (2004) defende que a escolha das especialidades também depende da experiência com as disciplinas cursadas, do prestígio da disciplina no seu curso, da potencial possibilidade de incorporação de tecnologia, tão valorizada pela profissão e pela sociedade. Isto reafirma, em nosso estudo, o fato de afinidade com a disciplina ter sido o que induziu 80,3% dos graduandos a escolher tais especialidades. Entretanto, 4,9% não justificou sua escolha e igual percentagem de graduandos apontou sua escolha em função de deficiência curricular, enquanto 9,8% assumiu ter escolhido pela possibilidade de maior retorno financeiro. Pelo exposto, ter afinidade com a disciplina parece conduzir a maioria das pessoas a se qualificar no assunto, na medida em que quando se pensa em especializar-se se pretende dedicar a maior parte do seu tempo de trabalho, quiçá todo ele àquela escolha.

Quando se observa separadamente as universidades públicas das privadas, percebe-se que enquanto dentre as públicas as três mais escolhidas são endodontia, prótese e periodontia, respectivamente; dentre as particulares a escolha foi pela endodontia, ortodontia e na mesma frequência periodontia e prótese.

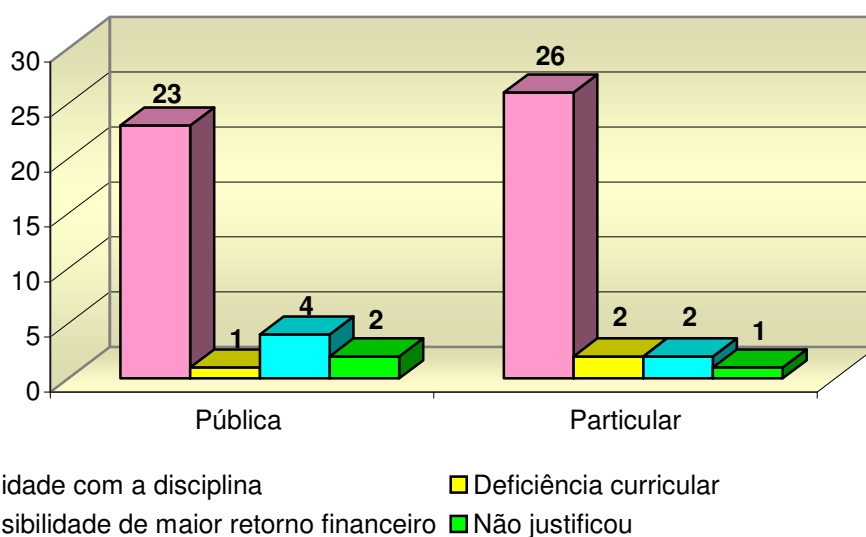
Gráfico 21 – Especialidades almejadas pelos graduandos



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Dentre os 63 graduandos, 35 fizeram 2ª. Opção. Nestas 48,6% optou por prótese, 11,4% optou por endodontia, a mesma percentagem por ortodontia, 8,6% optou por dentística, a mesma percentagem por implantodontia, 5,7% optou por odontopediatria e 2,9% elegeram saúde coletiva e cirurgia como 2ª. Escolha. Apenas 2 graduandos afirmaram ter vontade de realizar uma 3ª. Especialização, quais sejam: dentística e endodontia, respectivamente.

Gráfico 22 – Motivos que induziram os graduandos a escolher a especialidade



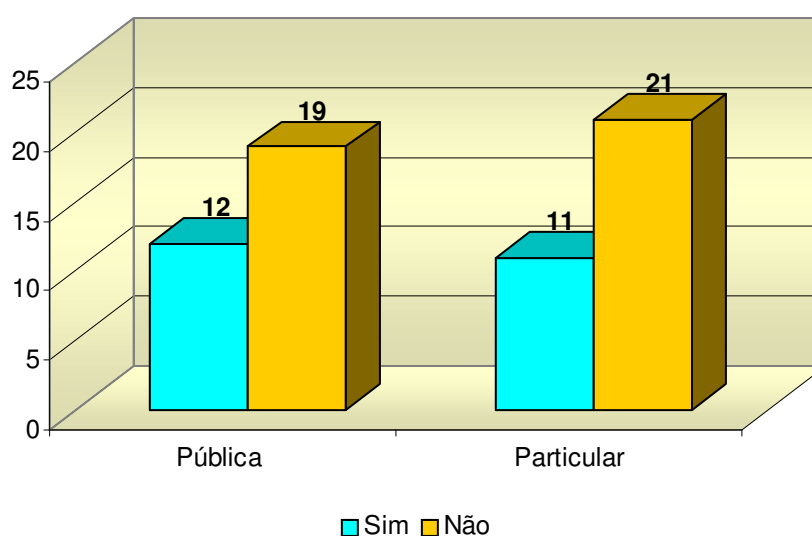
Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

4.2 – EXPECTATIVAS QUANTO AO MERCADO DE TRABALHO

Dos 63 respondentes, a maioria (63,5%) se considera apto para assumir o mercado de trabalho público. Destes 30,2% são da rede pública e 33,3% da rede particular. E aqueles que julgam ter faltado algo na sua formação para assumir o mercado de trabalho público somam 36,5%, divididos em 19% de graduandos da rede pública e 17,5% da rede particular. Dessa maneira, também pode-se observar que os julgamentos dos graduandos da rede pública e privada estão similares, sendo demonstrado através do Gráfico 23.

Zanetti (2001) afirma que o ensino odontológico qualifica historicamente os odontólogos mediante uma formação voltada ao desenvolvimento de habilidades para o exercício laboral em esferas de trabalho distintas, quais sejam: o “mercado de serviços” e os “serviços públicos”. E se tratando de esferas distintas, cada uma delas demanda qualificações inerentes às suas práticas específicas. Contudo, ambas acumulam também um conjunto de qualificações comuns. Como normalmente se observa apenas esse conjunto comum, tornou-se habitual tratar as duas esferas de maneira inespecífica.

Gráfico 23 – Posicionamento dos graduandos frente ao mercado de trabalho no setor público



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Uma justificativa foi requerida aos que responderem positivamente à indagação anterior. Assim, as maiores atribuições recaíram sobre a maior necessidade de experiência clínica (47,8%) e a orientação quanto a materiais, métodos e ao próprio mercado de trabalho público (21,7%), como demonstrado no Gráfico 24.

De fato, apesar do caráter integral da grande maioria das faculdades de odontologia, as clínicas que as compõem acumulam-se basicamente em onze⁸⁷, com sub-divisões que podem chegar até três cada uma, entre obrigatórias e eletivas. Na maioria das disciplinas⁸⁸, apenas dois pacientes são atendidos por turno, isso contribui para que graduandos na iminência de colar grau carreguem consigo uma dose de insegurança e a necessidade de uma maior experiência clínica.

Quanto ao desconforto com relação a materiais, métodos e ao próprio mercado de trabalho público, este exprime a busca por manejo tecnológico e inovações muito abordadas nas universidades, em detrimento de outros menos estéticos e relativamente complexos. Um exemplo comum é a pouca ou nenhuma realização de restauração em amálgama de prata⁸⁹ nas clínicas das universidades. A preocupação quanto ao mercado de trabalho no setor público gira em torno das contratações informais, como no caso do PSF.

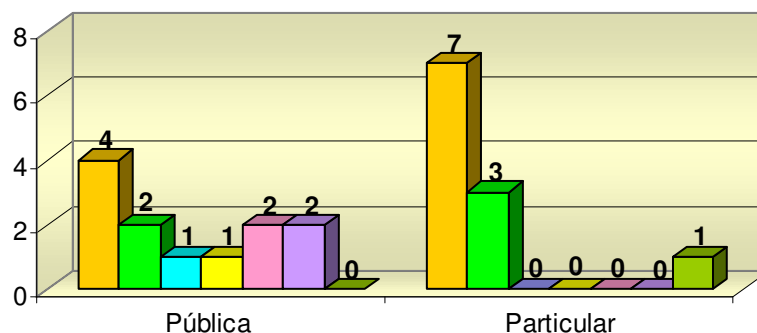
Vale destacar que nenhum dos respondentes apontou insuficiência na sua formação para a ação na esfera pública, no que diz respeito à política. Entretanto, conforme Zanetti (2001) mais que a formação profissionalizante do odontólogo, a capacitação para o exercício das suas “obrigações profissionais” no serviço público se faz necessária. Isto é, se qualificar para participar das ações constituintes do SUS que definem as regras da ação coletiva. Para o autor, os odontólogos têm demonstrado uma grande incapacidade histórica de extrapolar o limite da ação individual (privada) para alcançar a ação coletiva.

⁸⁷ Cirurgia, clínica integrada, diagnóstico oral, dentística, endodontia, implantodontia, odontopediatria, periodontia, prótese, radiologia e saúde bucal coletiva.

⁸⁸ Com exceção da disciplina de Saúde bucal Coletiva, com clínica e/ou trabalho de campo muito divergente entre uma universidade e outra, e da disciplina de radiologia por suas características próprias.

⁸⁹ A restauração em amálgama de prata é bem vista e muito utilizada no setor público devido ao seu baixo custo, longa durabilidade e baixa sensibilidade às falhas técnicas.

Gráfico 24 – Insuficiências apontadas pelos graduandos para enfrentar o mercado de trabalho no setor público

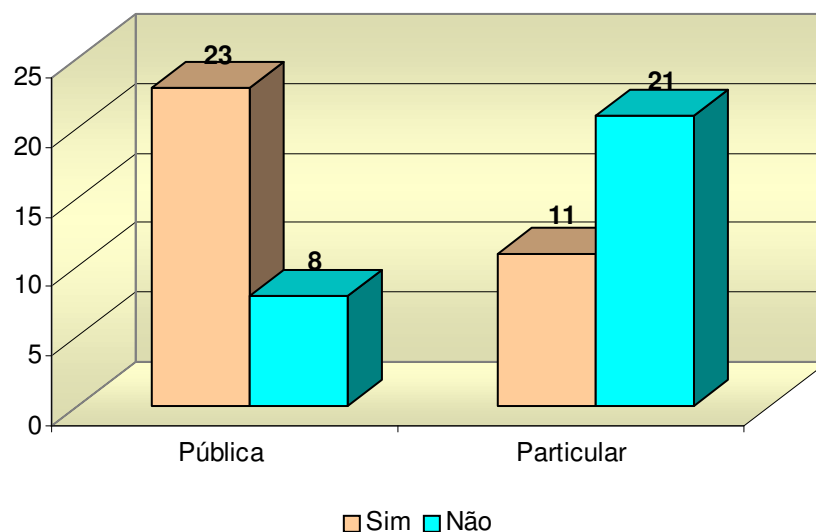


- Maior experiência prática
- Orientação quanto a materiais, métodos e ao mercado
- Maior experiência psicológica
- Maior experiência em promoção de saúde
- Maior conteúdo teórico e experiência prática
- Procedimentos complexos, que estão sendo realizados somente na pós-graduação
- Não justificou

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Diferentemente do setor público, a maioria (54%) considera que faltou algo na sua formação para enfrentar o mercado de trabalho no setor privado. Destes, 36,5% são da rede pública de ensino e 17,5% são da rede particular. Evidenciando que a deficiência encontra-se mais expressa pelos graduandos da rede pública de ensino. (Gráfico 25).

Gráfico 25 – Posicionamento dos graduandos frente ao mercado de trabalho no setor privado



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Em estudo realizado por Oliveira & Oliveira Jr. (1999)⁹⁰ com 61 entrevistados (a maioria formados na década de 1990), demonstra que 75,4% destes afirmam terem recebido preparo adequado para enfrentar o mercado de trabalho em consultório. Os que alegam alguma deficiência (24,6%), apontam para o enfoque no biologicismo e falta de orientação em administração. A segunda constatação a que os autores chegaram, vêm ao encontro das queixas de alguns dos nossos respondentes.

Das insuficiências apontadas pelos respondentes destacam-se: maior experiência clínica (38,2%) e maior experiência em economia e administração do consultório (35,3%). Ressalte-se que a grande preocupação com esta última encontra-se nos graduandos da rede pública, com a participação expressiva de 29,4%. Dessa maneira, enquanto os graduandos das universidades particulares estão mais preocupados com uma insuficiência na experiência clínica; conteúdos sobre economia e administração do consultório é o que inquietam os da rede pública (Gráfico 26).

⁹⁰ Oliveira, R.N. & Oliveira Jr., O.B. Honorários Profissionais: sua importância no contexto do consultório odontológico. *Odontologia e Sociedade*, v. 1, n. 1/2, 1999.

Assada (2000)⁹¹ ressalta que a busca por inovação tecnológica e suas habilidades, por si só, não são mais suficientes para assegurar ao profissional uma inserção vantajosa no mercado de serviços. Outras posturas vêm sendo exigidas na tentativa de se destacar no mercado de trabalho, como explicita Zanetti (2000, p. 1):

“ ...os profissionais vêm buscando exercer no mercado outras posturas relacionais qualificadas⁹², tais como: 1. Ética; 2. Comunicativa (Científica; Interpessoal e afetiva; Psicológica, capaz de atingir o desejo e não só a necessidade do paciente; [Antropológica, capaz de perceber o outro; Sociológica, capaz de relacionar com o outro]); 3. De satisfação total do paciente; 4. De abertura e incorporação das tecnologias pedagógicas e/ou psicológicas; 5. De cuidado integral mediante procedimentos preventivo-promocionais despendidos com o paciente e/ou com toda sua família em rotinas assistenciais próprias, com autonomia relativa às práticas curativas; 6. [Econômica] De administração profissional do consultório; 7. De uso de rotinas e procedimentos de biossegurança; 8. [Econômica] De apresentação profissional e do consultório, apropriadas e não ostentosas; 9. [Econômica] De flexibilização dos horários e das estratégias de execução do Plano de tratamento; 10. [Econômica] De negociação comercial da prestação de serviço, com formas mais adequadas ao contexto de queda do poder de compra das classes médias brasileiras.”

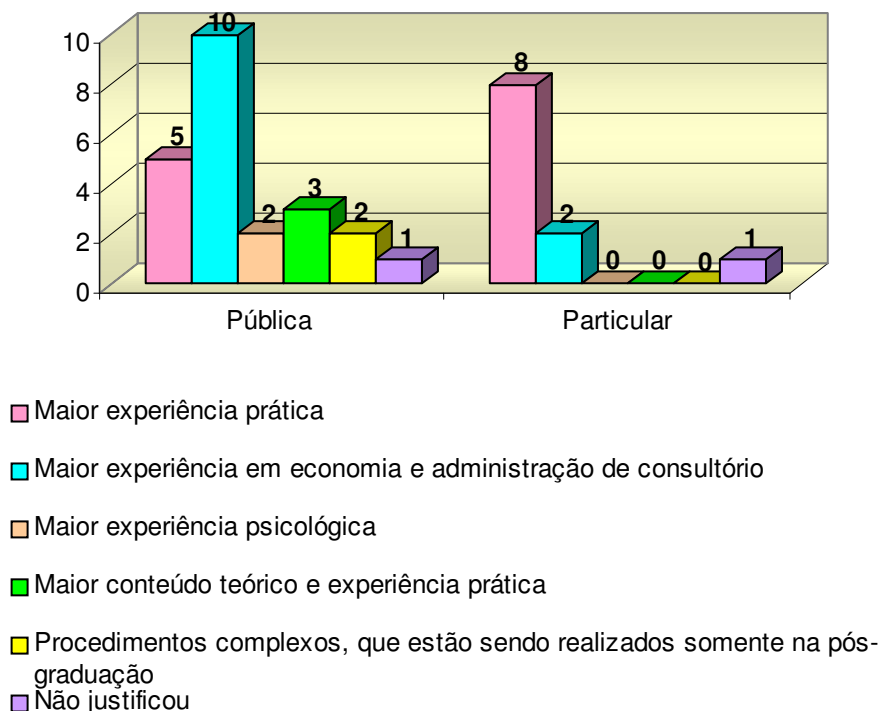
Podemos nos valer, ainda, das palavras de Arsênio Sales Peres, professor da FOB-USP⁹³, quando este salienta que nos cursos de graduação há supervalorização da técnica, não preparando o aluno para a realidade social e do mercado de trabalho.

⁹¹ Assada, R. M. Democratização da assistência odontológica no Brasil. SINOG, 2000. Disponível em: www.sinog.com.br. Capturado em: 06 de maio de 2006.

⁹² Grifos do autor.

⁹³ Em entrevista à Revista da APCD v.59, no. 5, mar/abr., 2005.

Gráfico 26 - Insuficiências apontadas pelos graduandos para enfrentar o mercado de trabalho no setor privado



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

As Forças Armadas⁹⁴ foram apontadas como a forma ideal de ocupação no mercado de trabalho tanto nos graduandos de universidades públicas quanto de particulares, evidenciando o anseio de 55,5% dos respondentes. A mesma dinâmica se configura no fato de 26,9% dos graduandos almejarem a ocupação em consultório com clientela particular (Tabela 13).

Pode-se atribuir tamanho desejo pelas Forças Armadas ao diferencial de ocupação no mercado de trabalho que estas representam, quando comparadas a outras instituições do setor público que, mais comumente, têm cargos para odontólogos. Esse diferencial acontece tanto pela boa remuneração, muito superior aquelas encontradas

⁹⁴ Existem duas maneiras de ingressar nas Forças armadas (Aeronáutica, Exército e Marinha): fazendo parte do quadro definitivo – como militar de carreira, onde o ingresso é condicionado à prova teórica e de aptidão física; ou como militar temporário, cujo ingresso é condicionado à análise de currículo e prova de aptidão física. Nesta segunda opção, o indivíduo permanece um ano, podendo prorrogar, ano a ano, por mais sete.

nas secretarias municipais e estaduais, quanto pela flexibilidade de horário e vínculo empregatício formal, muitas vezes não encontrados nas ocupações em ESBs do PSF, por exemplo.

Pelas respostas percebe-se que, por tudo que já foi exposto com relação à economia e suas repercussões na profissão odontológica, os graduandos estão buscando no seu ideário o que Freitas (2004) chama de bipolarização do exercício profissional, que implica no entendimento de que a prática em consultório (abrangendo convênios e credenciamentos) se associa à de assalariamento (no setor público). Matos (2005) relata que, no contexto europeu essa “bipolarização” se caracteriza como “multiexercício”, ou seja, a associação de uma atividade liberal à de assalariada, ambas parciais, portanto, complementares.

Ao serem questionados sobre a razão de sua escolha, 42,9% dos graduandos alegam a busca por estabilidade financeira; 30,1% justificam que tais escolhas lhes trariam realização profissional e 23,8% responderam que suas aspirações realizadas lhes trariam estabilidade financeira e realização profissional. Enquanto graduandos da rede pública de ensino anseiam, preponderantemente pela realização profissional, os da rede privada optam pela estabilidade financeira (Gráfico 27).

Apesar dos resultados supracitados, se percebe que, na maioria, a realização profissional está diretamente ligada à estabilidade financeira, como narra o graduando 52: *“Minha opção garante estabilidade, segurança, possibilidade de reciclagem e de conhecimento de novos materiais e remuneração razoável para quem está começando”*.

Oswaldo Leão⁹⁵, odontólogo que iniciou sua carreira na década de 1940 afirma: *“O que caracterizava o odontólogo era a imediata constituição do consultório para atender a uma clientela ainda com poder de pagamento direto.”*. Ao se comparar as falas dos profissionais que estão para se formar com a dos profissionais antigos, se constata uma grande mudança de visão de mercado de trabalho. Assim, se pode afirmar que aliar trabalho assalariado com trabalho liberal parece ser a tônica do momento.

⁹⁵ Entrevista concedida à Revista APCD, v. 59, no. 5, mar/abr, 2005.

Tabela 13 – Distribuição da forma ideal de ocupação imediata dos graduandos

Forma ideal de ocupação imediata dos graduandos	Total		Pública		Particular	
	N	%	n	%	N	%
Consultório particular com clientela também particular	17	26,9	7	11,1		15,8
Consultório particular com clientela advinda de convênios	-	-	-	-	-	-
Clínica com várias especialidades como funcionário	1	1,6	1	1,6	0	0,0
Clínica com várias especialidades sendo remunerado por produtividade	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Clínica popular	1	1,6	1	1,6	0	0,0
Forças armadas	35	55,5	19	30,1	16	25,4
Postos de saúde	3	4,8	0	0,0	3	4,8
Hospitais	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Programas do Ministério da Saúde (como o PSF)	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Carreira docente (dando aula em universidades)	3	4,8	3	4,8	0	0,0
Outros	-	-	-	-	-	-
Total	63	100,0	31	49,2	32	50,8

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Gráfico 27 - Expectativas referentes à forma ideal de ocupação imediata dos graduandos



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Os resultados do Gráfico 28 confirmam a nossa exposição anterior. Dessa maneira, 85,7% dos graduandos (41,3% da rede pública de ensino e 44,4% da rede privada) expressam o anseio em trabalhar num segundo estabelecimento, mesmo tendo boa remuneração advinda de consultório particular. Assim, de um modo geral, para a maior parte dos respondentes, constitui um sonho a ser alcançado, a instalação em consultório particular e a ocupação no setor público como meio de se ocupar no mercado de trabalho.

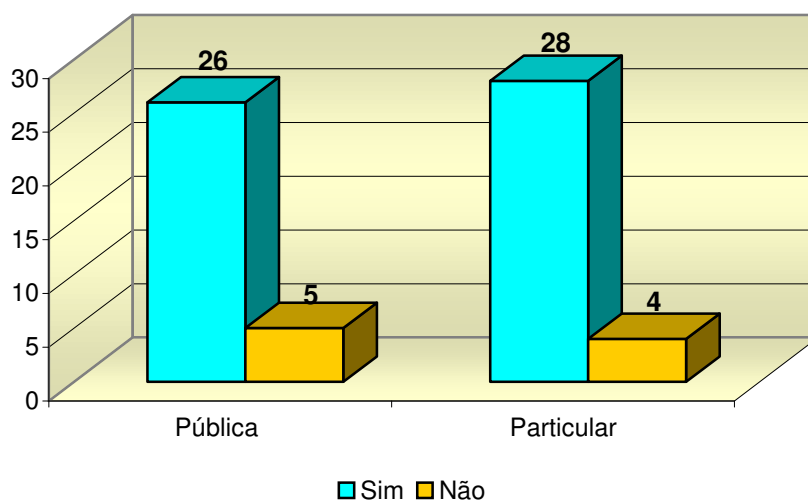
Matos (2005) ressalta que fatores como a morosidade em constituir clientela e a garantia de segurança de ganhos levam a optar por um emprego assalariado. Nesse contexto - modos de instalação associados a práticas diversas, preferencialmente na ordem de indicação consultório particular aliado ao atendimento no setor público – se confundem aspirações por melhores remunerações, maior liberdade do exercício profissional, e melhor qualidade de vida. Entretanto, afirma a autora, o que os aguarda são baixos salários, autonomia relativa do exercício da profissão e enfrentamento de

dissabores e problemas cotidianos⁹⁶. A mesma conclui que a junção dessas atividades não são projetos definitivos, constam apenas como plano para um futuro próximo.

A tendência do mercado de trabalho apontada nesse estudo diverge das afirmações de Matos (2005) na medida em que as aspirações pela junção de atividades, aliando o trabalho liberal ao trabalho assalariado no setor público, não se restringem apenas ao momento do ingresso, quiçá até formar clientela. Aqui, essas aspirações são de caráter definitivo para a grande maioria dos respondentes.

Carvalho et al. (1997)⁹⁷ em pesquisa realizada junto a concluintes, do curso de graduação em odontologia de 1994, de universidades públicas e privadas da região noroeste do Estado de São Paulo, também destaca que a diminuição do exercício liberal da profissão já se reflete nas expectativas de trabalho daqueles formandos.

Gráfico 28 – Expectativas quanto ao trabalho num segundo estabelecimento já sendo bem remunerado em consultório



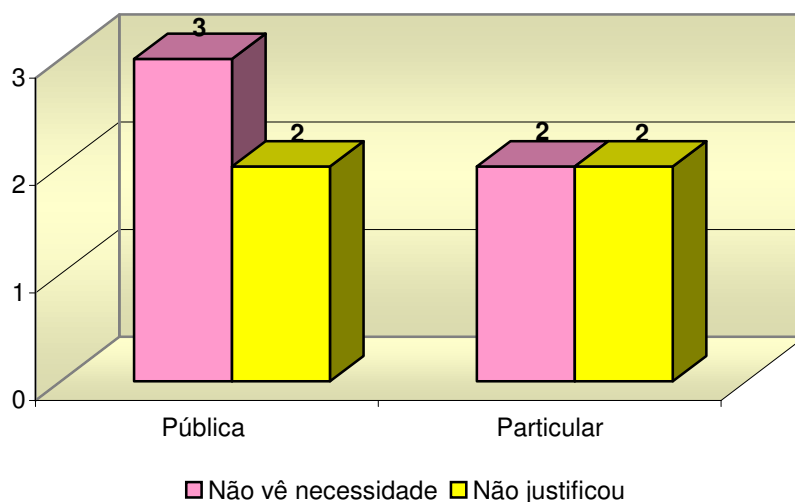
Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

⁹⁶ De um modo geral a população é bem informada e tem resistência em aceitar um relação paternalista entre profissional-paciente como antigamente.

⁹⁷ Carvalho, D. R. et al. Motivações e expectativas para o curso e para o exercício da Odontologia. Revista da APCD, v. 51, no.4, p. 345-349, jul/ago., 1994.

Dos graduandos que responderam não ter a expectativa de trabalhar em outro lugar quando da possibilidade de boa remuneração em consultório, 55,6% revelaram não observar necessidade para tal empreendimento e 44,4% não justificaram tal escolha, conforme pode ser aferido no Gráfico 29.

Gráfico 29 – Expectativas quanto a não trabalhar num segundo estabelecimento já sendo bem remunerado



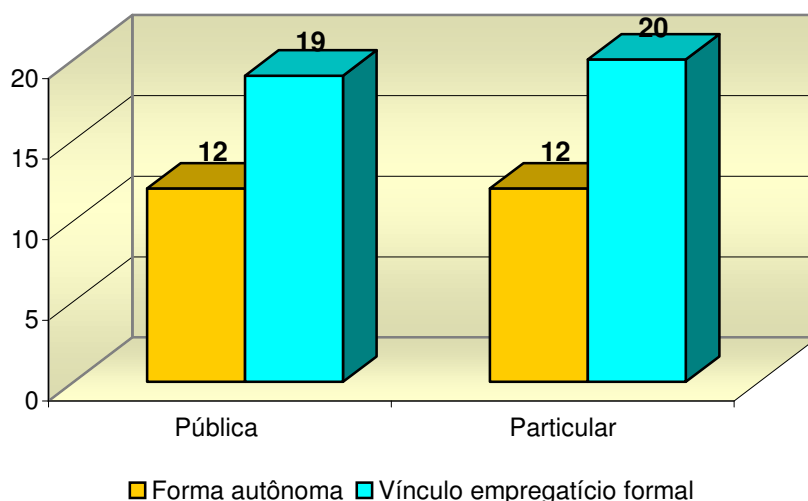
Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Os resultados demonstraram que 61,9% dos respondentes preferem trabalhar estabelecendo um vínculo empregatício formal e 38,1% preferem a forma autônoma. Essa distribuição é regular entre as universidades públicas e privadas (Gráfico 30).

Na odontologia, costuma haver um entendimento onde se equipara autonomia à prática liberal realizada nos consultórios. Este entendimento, pertinente no passado, já não responde mais à realidade atual, uma vez que o odontólogo se furta de sua autonomia técnica quando trabalha junto aos “convênios”. Por ainda não ter contato com a dinâmica dos convênios, quando os graduandos priorizam a forma autônoma, na realidade estão entendendo que esta escolha está sendo pela prática da profissão liberal no sentido que esta tinha nos áureos tempos da profissão, ou seja, poder decisório sobre

os procedimentos a serem executados, sobre honorários⁹⁸ a serem cobrados, flexibilidade de horários e uma relação vertical com os pacientes.

Gráfico 30 – Distribuição da prioridade em trabalhar de forma autônoma ou com vínculo empregatício formal



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Quando solicitada justificativa para as escolhas supracitadas, aqueles que preferem a forma autônoma, 62,5% atribuíram à realização profissional e 20,8% à oportunidade de obter melhor renda. Essas expectativas são observadas de formas similares tanto nas universidades da rede pública quanto da privada (Gráfico 31).

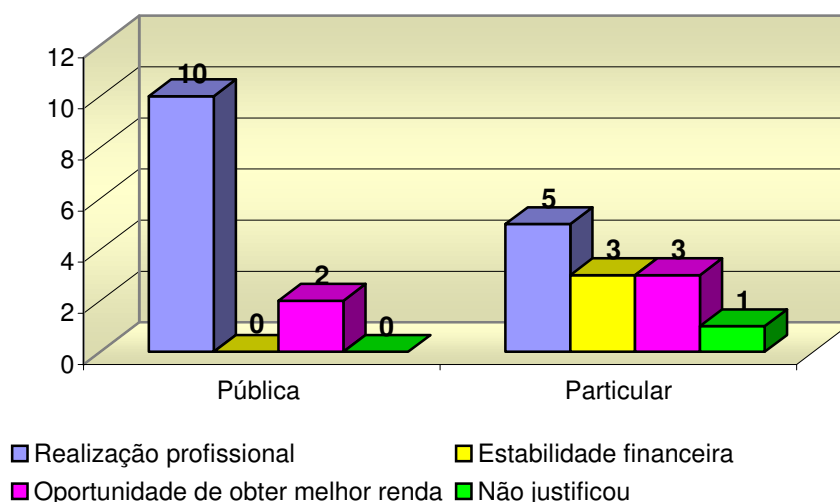
A partir dos resultados obtidos pode-se afirmar que a maioria dos graduandos que prefere a forma autônoma de trabalho associa este à realização profissional. De fato, é compreensível que no imaginário de alguém que prestou vestibular e estudou durante uma média de quatro anos para ser um profissional liberal tenha consigo esse axioma.

⁹⁸ O termo honorário é de origem latina *honor* = honra. Suas raízes situam-se na antiga Roma onde se distinguiam os trabalhos puramente manuais daqueles que exigiam um conhecimento intelectual. Os primeiros permitiam uma avaliação, um preço justo, para se fazer a contraprestação, isto é, a remuneração pelos serviços prestados. Entretanto, aqueles exercidos pela capacidade intelectual do profissional não podiam ser avaliados, tendo em vista simplesmente o esforço e sacrifício daquele profissional. Aqueles, além da remuneração devida, mereciam ser honrados pelo favor de seus trabalhos. Por esta razão, o termo honorários surgiu para dignificar aqueles profissionais. Ver maiores detalhes em: Daruge, E. & Massini, N. Direitos Profissionais na Odontologia. São Paulo: Saraiva, p. 377-94, 1978.

Segundo Duarte et al. (2004)⁹⁹ a má distribuição de odontólogos gera uma subutilização da capacidade de trabalho destes, e na tentativa de reverter esse quadro, o trabalho autônomo está sendo substituído pelo assalariado de forma indireta (credenciamento) ou direta (contratação). Essa parece ser uma das explicações para a expectativa de 61,9% dos graduandos priorizarem o trabalho através de vínculo empregatício formal.

Outros estudos vêm demonstrando a mesma tendência. Tanto Macedo et al. (2002)¹⁰⁰, ao estudar o mercado de trabalho em Uberlândia que identificaram nos graduandos a pretensão de procurar emprego ao se formar; quanto Costa, Marcelino & Saliba (1999), ao estudar os alunos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, verificaram que os formandos querem ser assalariados do serviço público.

Gráfico 31 – Distribuição dos motivos pelos quais dão preferência ao trabalho autônomo.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

⁹⁹ Duarte et al. Odontologia X Mercado de Trabalho. Revista Paulista de Odontologia. Ano XXVI, no. 2, Março/Abril, 2004.

¹⁰⁰ Macedo, L.A. et al. Expectativa dos formandos de odontologia com relação ao mercado de trabalho em Uberlândia, 2002. Disponível em: www.propp.ufu.br/revistaeletronica. Capturada em: 24 de maio de 2006.

Como pode ser visto no Gráfico 32, das razões atribuídas pelos graduandos para a preferência por vínculo empregatício, 35,9% alegaram o alto custo de se manter um consultório¹⁰¹, 20,5% aspiram obter garantias inerentes ao vínculo empregatício¹⁰² e 17,9% acreditam alcançar estabilidade financeira. Estes últimos, em sua maioria, aspiram por um salário fixo que possa manter-lhes financeiramente, e ainda, dar suporte aos investimentos realizados em consultórios, como relata o graduando 31: “...*meu sonho é ser concursada e poder contar com uma renda fixa para poder viver sem preocupações na minha carreira de consultório.*”

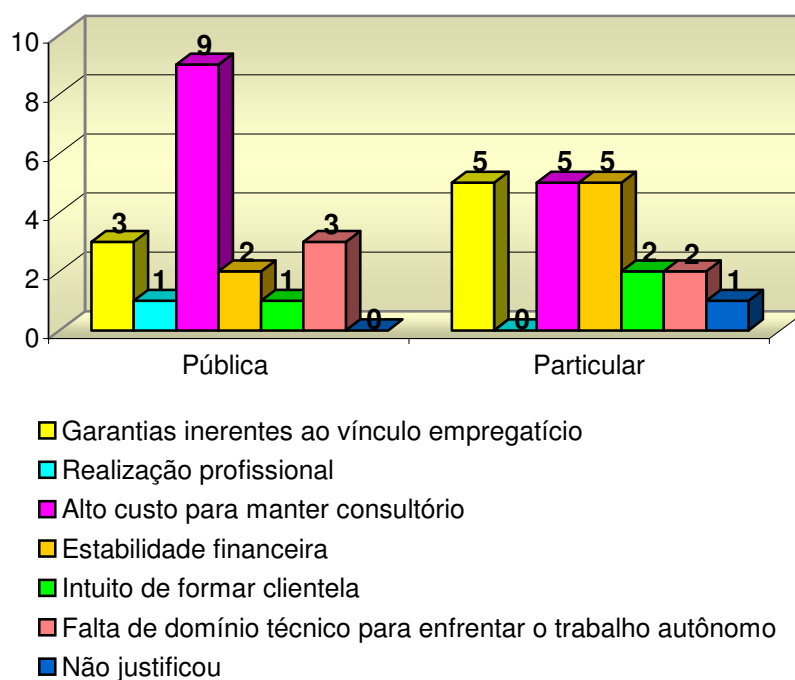
De fato, tanto nas universidades públicas quanto nas privadas, a estabilidade financeira (65,1%) seguida do salário fixo - renda mensal igual (20,6%) é apontada pelos graduandos como o que oferece o vínculo empregatício de mais importante. A busca por um salário fixo é bem retratada por José Roberto Gomes Corrêa, presidente do Sindicato dos Cirurgiões-Dentistas/RJ¹⁰³: “*Num mercado cada vez mais competitivo, onde faltam empregos e sobram profissionais, a luta é diária para complementar a renda do período de férias. Do Natal ao Carnaval os dentistas vivem à mingua, a prioridade das pessoas são outras*” (Gráfico 33).

¹⁰¹ Os odontólogos, além de terem os gastos inerentes a um estabelecimento comercial (condomínio, luz, água e manutenção do imóvel) ainda devem recolher Taxa de Inspeção Sanitária (TIS) anual, Imposto Sobre Serviços (ISS) trimestralmente e os gastos inerentes ao material de consumo para o exercício da profissão. Por exemplo: anestésicos, cimentos, resinas, brocas e mais uma infinidade de produtos.

¹⁰² De acordo com o cap. II, art. 7, da Constituição Federal de 1988, são direitos trabalhistas e previdenciários do empregado: carteira de trabalho devidamente assinada e anotada desde o 1º. Dia de trabalho; salário mensal nunca inferior ao piso salarial da categoria fixado na Convenção Coletiva (Sindicato) da Categoria; 01 (um) dia de repouso por semana; décimo terceiro salário; vale transporte; férias de 30 (trinta) dias; adicional de férias (1/3 do salário do empregado); licença maternidade de 120 (cento e vinte) dias; licença paternidade de 5 (cinco) dias; auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, respeitada a carência do INSS; Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS; Programa de Integração Social (PIS), que consiste no 14º. Salário, para os empregados que receberam em média até dois salários mínimos no ano anterior, tiveram pelo menos um mês de carteira assinada e estão cadastrados no PIS há pelo menos cinco anos – este direito não contempla os odontólogos visto que o piso da categoria é superior a dois salários mínimos; seguro-desemprego – no caso de demissão involuntária; salário família; jornada de trabalho fixada em lei, de oito horas diárias ou quarenta e quatro semanais; horas extras com adicional de 50% (se a convenção coletiva não fixar percentual superior); adicional noturno de 20% no período compreendido entre as 22:00 de um dia e 5:00 do outro, sendo a hora noturna de 52 minutos; estabilidade no caso de gestante, dirigente sindical, representante de CIPA e empregado que tenha sofrido acidente de trabalho. Ver maiores detalhes em : www.plantaotrabalhista.floripa.com.br

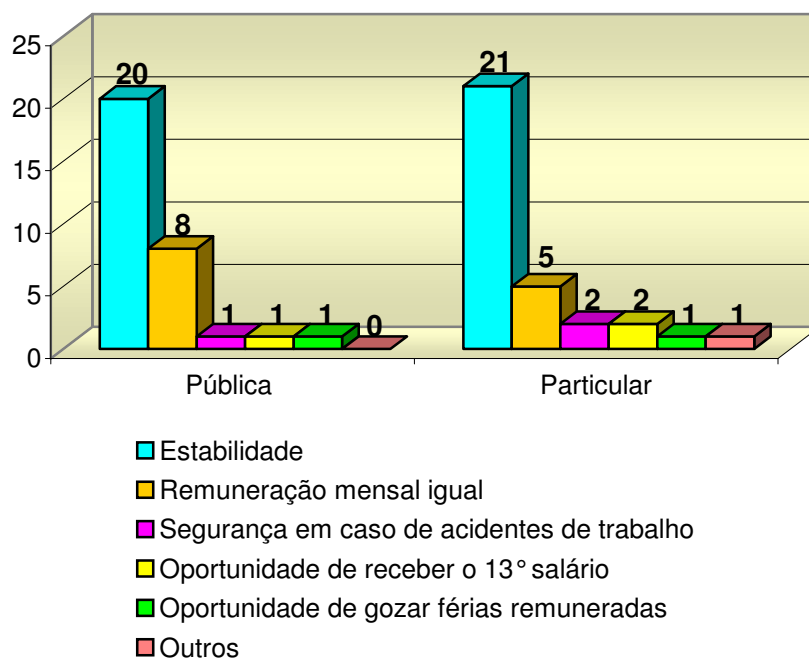
¹⁰³ Entrevista concedida à Tribuna Odontológica. Dezembro, p. 3, 2005.

Gráfico 32 – Distribuição dos motivos pelos quais dão preferência ao vínculo empregatício formal



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

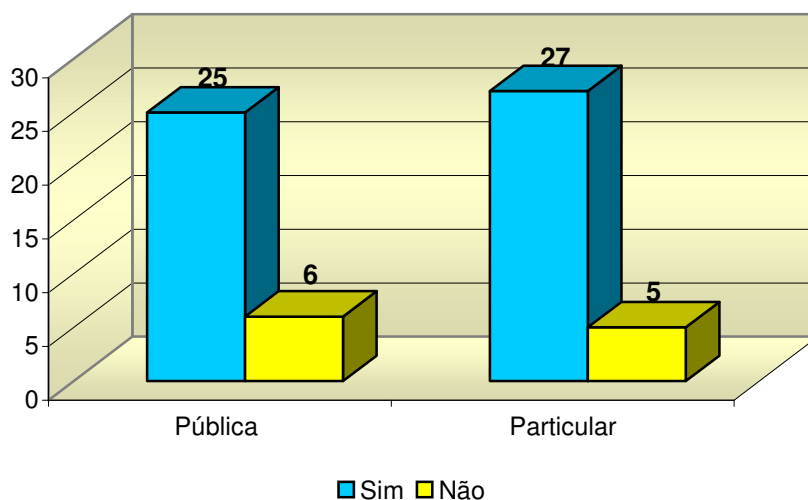
Gráfico 33 – Distribuição da importância do vínculo empregatício



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

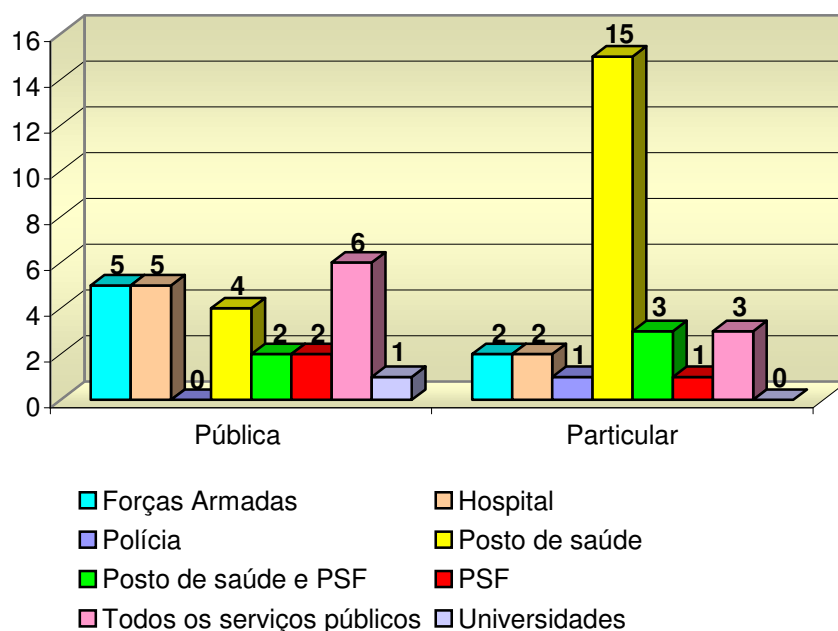
De acordo com o Gráfico 34, 82,5% dos respondentes afirmam ter a expectativa de trabalhar no setor público. Essa tendência se observa tanto nas universidades públicas quanto privadas. Entretanto, desses graduandos, a grande maioria (28,8%) da rede privada prefere postos de saúde, enquanto os graduandos da rede pública se encontram mais distribuídos, não optando por estabelecimentos específicos (Gráfico 35).

Gráfico 34 – Distribuição da expectativa em trabalhar no setor público



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Gráfico 35 - Distribuição da expectativa por serviço público almejado



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

As razões de se trabalhar no setor público parecem ser as mesmas do “vínculo empregatício” abordadas anteriormente. Apesar das possíveis fontes de frustração que poderá ser a diferença de práticas existentes no setor público e o privado, uma vez que divergem as condições de trabalho, o tipo de paciente e tratamento, como aponta Matos (2005); 53,8% dos respondentes estão preocupados com a estabilidade financeira que o trabalho no setor público pode proporcionar. Tendência observada tanto na rede pública quanto na particular (Tabela 14).

Estudos têm demonstrado que há um fosso entre a formação acadêmica e a realidade profissional. Enfatizam como diferenciais de práticas: as técnicas, os procedimentos, os materiais utilizados, os equipamentos e o instrumental (Unfer & Saliba, 2001¹⁰⁴; ABENO, 2004¹⁰⁵).

Tabela 14 - Distribuição dos motivos de se ocupar no setor público

Motivos de ocupação no setor público	Total		Pública		Particular	
	n	%	n	%	n	%
Vínculo empregatício	9	17,3	5	9,6	4	7,7
Estabilidade financeira	28	53,8	11	21,2	17	32,7
Melhorar a saúde pública	1	1,9	0	0,0	1	1,9
Estabilidade financeira e realização profissional	4	7,7	2	3,8	2	3,8
Gastos reduzidos para exercer a profissão	1	1,9	0	0,0	1	1,9
Afinidade com o trabalho a ser desenvolvido	9	17,3	7	13,5	2	3,8
Total	52	100,0	25	48,1	27	51,9

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

¹⁰⁴ Unfer, B. & Saliba, O. O Cirurgião-Dentista do Serviço Público: formação, pensamento e ação. Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva, v.2, no. 2, p. 45-551, 2001.

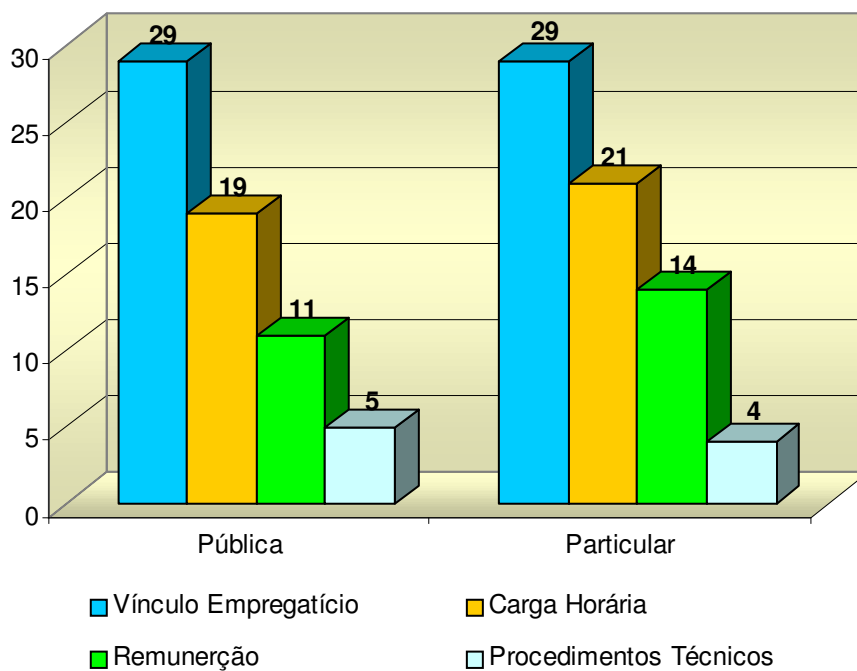
¹⁰⁵ ABENO – Associação Brasileira do Ensino Odontológico. Pesquisa sobre o perfil do CD. Disponível em www.abeno.org.br. Capturado em 12 de março de 2004.

Na visão de Unfer & Saliba (2001), a atuação no setor público poderá ser marcada, principalmente, pela insatisfação salarial e dificuldades materiais de trabalho. Esta constatação, segundo os autores, foi feita por estudiosos, que elucidam que a situação do setor público leva a atendimentos clínicos deficientes, cancelamentos dos atendimentos, ausência de possibilidade de realização de procedimentos clínicos, num contexto que revela ainda a forte influência da tecnologia na prática odontológica, reforçado dentro das faculdades, através de currículos e das atividades clínicas de alta sofisticação. Frente a tal paradoxo, o graduando se defrontará com “duas odontologias”: a do consultório particular e a do setor público.

No intuito de aferirmos se nossos respondentes têm a expectativa como acima descrita, tomamos como exemplo o serviço nas secretarias municipais e estaduais de saúde. Como pode ser notado nos Gráficos 36 e 37 os graduandos acreditam ser vantajoso o vínculo empregatício estabelecido com as secretarias (93,5% → 46,8% da rede pública e 46,8% da rede particular) e a carga horária de trabalho nas mesmas (64,5% → 30,6% da rede pública e 33,9% da rede particular). Quanto à remuneração (59% → 31,1% da rede pública e 27,9% da rede particular) e aos procedimentos técnicos (85,5% → 41,9% da rede pública e 43,5% da rede particular) crêem ser desvantajoso.

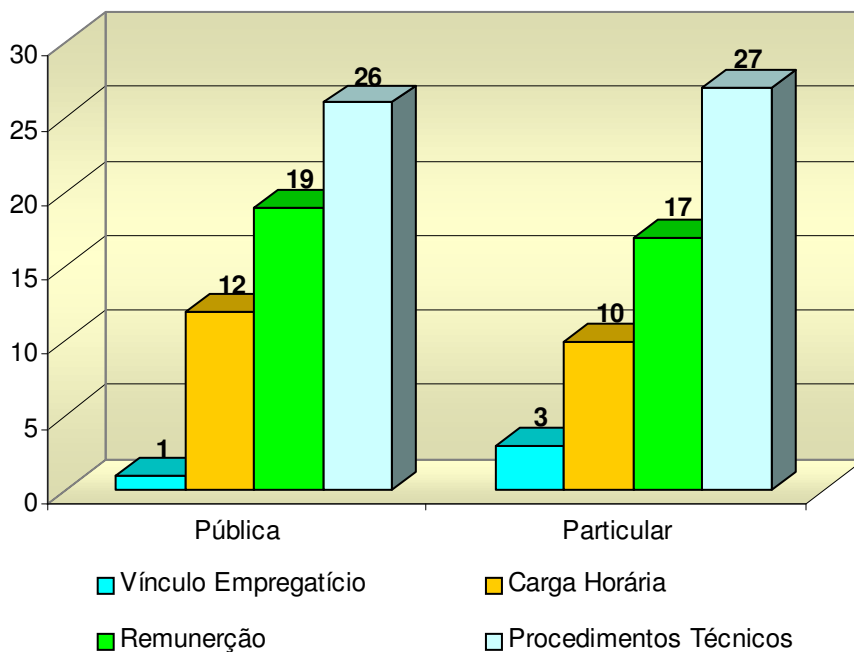
Os resultados mostram que a ocupação nas secretarias estaduais e municipais enquanto vínculo empregatício (com os direitos trabalhistas) e a carga horária supostamente flexível se faz atraente, mesmo que para isso tenham que enfrentar insatisfatória remuneração e dificuldade para realização de procedimentos técnicos. Dessa maneira, as expectativas dos graduandos são similares às afirmações de Unfer e Saliba (2001).

Gráfico 36 – Distribuição das vantagens nas expectativas em secretarias estaduais e municipais de saúde.



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Gráfico 37 – Distribuição das desvantagens nas expectativas em secretarias estaduais e municipais de saúde



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

De acordo com a Tabela 15, quando questionados sobre a expectativa real de ocupação, assim que se formassem, 34,9%, ou seja, a maioria tanto na rede pública (12,6%) quanto na privada (22,3%) responderam clínica popular¹⁰⁶; 17,5% responderam clínicas com várias especialidades como funcionário e 15,8% sendo remunerado por produtividade; 12,7% pretendem ocupar-se nas forças armadas e 12,6% em consultório particular com clientela particular.

A análise do Gráfico 38 explica as opções de ocupação imediata dos graduandos. Atualmente, as clínicas populares têm sido apontadas como as principais oportunidades iniciais para estes (73% dos graduandos → 33,3% da rede pública e 39,7% da rede privada), na medida em que absorvem prontamente a maioria dos recém-formados, sem exigir qualquer qualificação (a não ser o diploma). O trabalho em clínica com várias especialidades, seja como funcionário ou remunerado por produtividade (o que é mais comum) tem demonstrado ser mais difícil, visto que teriam que se ocupar como clínicos gerais, concorrendo com os demais profissionais já disponíveis no mercado¹⁰⁷. Quanto aos que pretendem ingressar de imediato nas Forças Armadas, estes cargos dizem respeito àqueles postos temporários, renováveis ano a ano, e atribuem essa expectativa ao fato de terem conhecidos /parentes que supostamente os ajudariam no ingresso e na renovação anual de contrato. Situação similar é verificada quando da opção por consultório particular com clientela particular, ou seja, possuem ascendentes diretos, com clientela estabelecida a qual também passariam a assistir.

Uma maneira de elucidar algumas dessas situações é citando Zanetti (2000), que considera que os próprios profissionais começaram a explorar e se apropriar da força de trabalho dos colegas. Profissionais com melhores condições financeiras começam a formar clínicas e contratar os serviços de colegas pagando salário fixo e/ou estabelecendo uma relação onde o profissional recebe por produção. Neste último caso, o dono da clínica, ou seja, o “empregador” não possui nenhum ônus fiscal em relação ao odontólogo que ganha uma porcentagem dos honorários correspondentes à sua produção. O elevado custo de um consultório e a incerteza de ter pacientes faz com que

¹⁰⁶ As clínicas populares são clínicas odontológicas que empregam vários odontólogos, geralmente recém-formados, numa relação informal de trabalho e que, em virtude da rapidez e do volume de atendimentos realizados diariamente, oferecem serviços odontológicos a preços muito baixos. Ver maiores detalhes em: Coelho Jr., P.G.P. A caracterização do trabalho do cirurgião-dentista em clínicas populares de Belo Horizonte – MG. Monografia do curso de especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da PUC Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

¹⁰⁷ Muitos especialistas exercem também a clínica geral. Como fazem os especialistas em Dentística ou odontopediatria; varia de profissional para profissional.

muitos odontólogos, em início de carreira, escolham esta última forma de trabalho. Segundo o autor, trabalhar nesse esquema pode funcionar como uma propaganda indireta para uma futura atuação em consultório próprio.

Casimiro Abreu Possante de Almeida¹⁰⁸, professor da Faculdade de Odontologia da UFRJ, comunga da mesma visão e acrescenta que:

“...não são raros os colegas, notadamente os mais jovens, que ansiosos pela inserção no universo profissional, aceitam trabalhar por valores que muitas vezes sequer cobrem o custo operacional, na ilusão de que pelo menos, estarão ocupando o tempo ocioso e assim movimentando o consultório, o que faz com que acabem se tornando presas fáceis daqueles que, descompromissados com os nobres ideais que sempre moveram a Odontologia e com uma visão empresarial distorcida, têm no ganho fácil através da exploração do trabalho alheio, o objetivo maior da existência.” (CRO-RJ, 2005, p. 4)

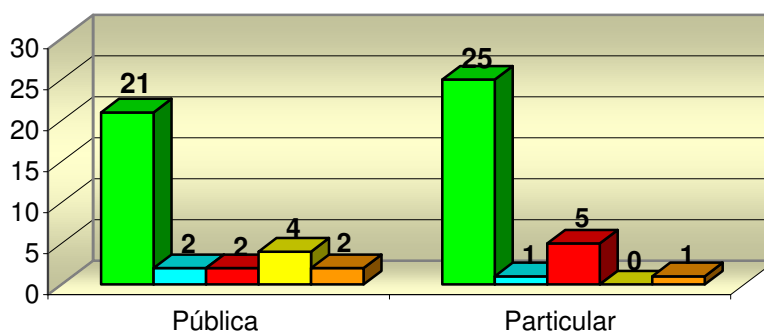
¹⁰⁸ Entrevista concedida à Revista do CRO-RJ, ano XXII, no. 11, nov., 2005.

Tabela 15 - Distribuição da possibilidade real de ocupação imediata no mercado de trabalho

Possibilidade real de ocupação imediata no mercado de trabalho	Total		Pública		Particular	
	n	%	N	%	N	%
Consultório particular com clientela também particular	8	12,6	4	6,3	4	6,3
Consultório particular com clientela advinda de convênios	1	1,6	1	1,6	0	0,0
Clínica com várias especialidades como funcionário	11	17,5	5	8,0	6	9,5
Clínica com várias especialidades sendo remunerado por produtividade	10	15,8	4	6,3	6	9,5
Clínica popular	22	34,9	8	12,6	14	22,3
Forças armadas	8	12,7	7	11,1	1	1,6
Postos de saúde	1	1,6	1	1,6	0	0,0
Hospitais	-	-	-	-	-	-
Programas do Ministério da Saúde (como o PSF)	1	1,6	0	0,0	1	1,6
Carreira docente (dando aula em universidades)	-	-	-	-	-	-
Outros	-	-	-	-	-	-
Não respondeu	1	1,6	1	1,6	0	0,0
Total	63	100,0	31	49,1	32	50,8

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Gráfico 38 - Distribuição das expectativas quanto à possibilidade real de ocupação imediata no mercado de trabalho



- Oportunidade inicial para recém-formados
- Condições financeiras para montar um consultório ou dividir despesas com colegas da mesma categoria
- Tem conhecidos / parentes que podem inserir nas ocupações almejadas
- Investir em concursos
- Não justificou

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

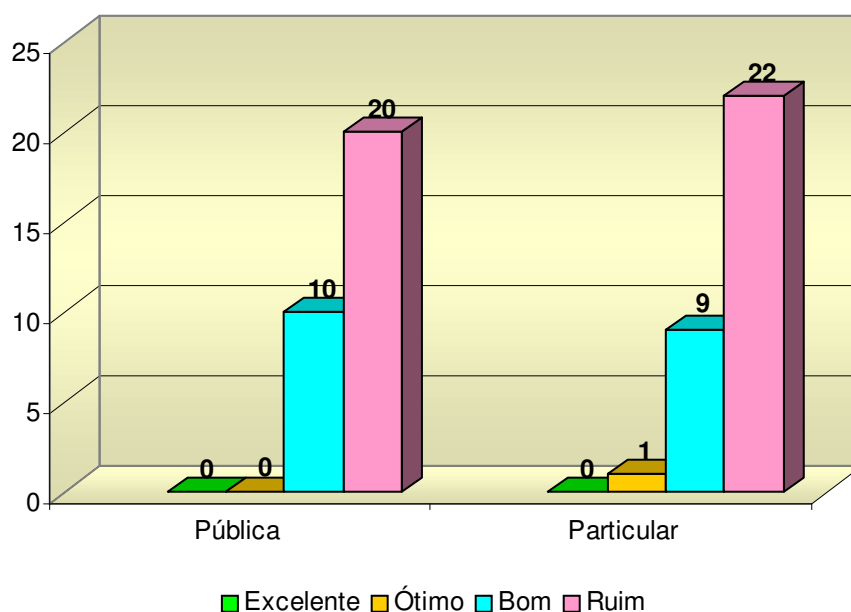
A partir do exposto, pode-se afirmar que as clínicas populares foram apontadas pelos graduandos como a possibilidade real de inserção no mercado de trabalho, justificado como a oportunidade inicial. Muito oportuno foi o questionamento sobre suas opiniões frente à assistência odontológica realizada nessas clínicas populares, onde 67% (32,3% da rede pública e 35,5% da rede privada) avaliam, como ruim, atribuindo primordialmente à baixa qualidade do material empregado (59,5%) e ao pouco tempo disponível para efetuar os procedimentos (38,1%). Quando analisadas separadamente, os graduandos da rede pública se dividem igualmente nas opções acima, enquanto que, na rede privada, mais que o dobro dos graduandos atribui à baixa qualidade do material, ao tempo disponível para realizar os procedimentos (Gráficos 39 e 40).

Somam 30,6% (16,1% da rede pública e 14,5% da rede privada) dos graduandos avaliam como bom os procedimentos realizados nessas clínicas e sua maioria (36,8% → 26,3% da rede pública e 10,5% da rede privada) acredita que depende apenas do profissional que vai realizar o procedimento. Entretanto, 21,1% (5,3% da rede pública e

15,8% da rede privada) atribuem à baixa qualidade do material empregado e 15,8% (5,3% da rede pública e 10,5% da rede privada) defendem que os procedimentos básicos são bem executados (Gráficos 39 e 41).

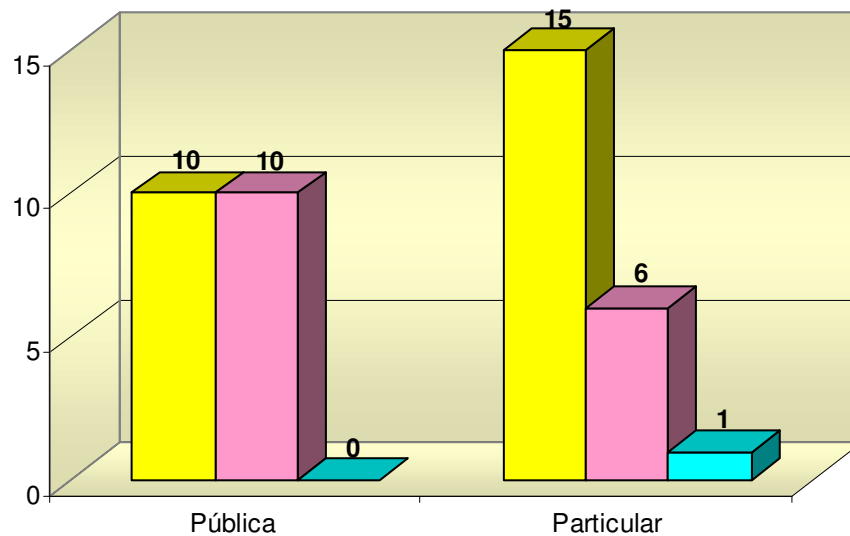
Apenas 1,6% dos graduandos, ou seja, apenas um graduando (este da rede privada) classifica o trabalho realizado nessas clínicas como ótimo, atribuindo todos os créditos ao profissional que realiza o procedimento (Gráfico 39).

Gráfico 39 – Distribuição da opinião do trabalho dos odontólogos em clínicas populares frente ao trabalho realizado



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

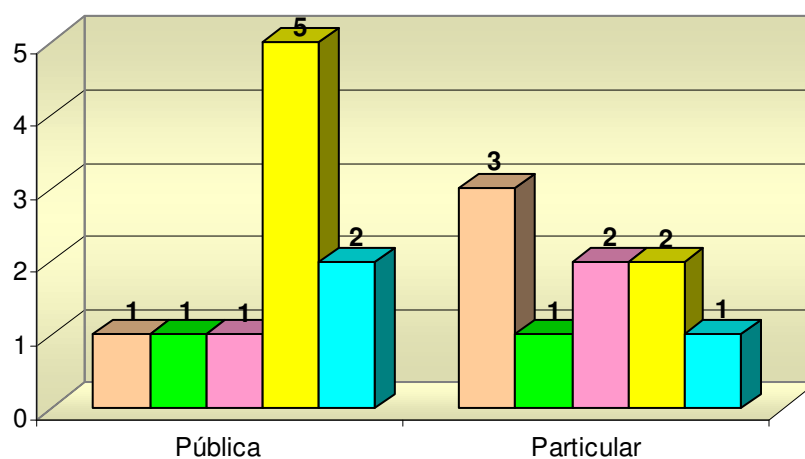
Gráfico 40 – Distribuição de motivos de uma avaliação como Ruim o trabalho em clínicas populares



- Devido à baixa qualidade do material empregado
- Pouco tempo para realizar os procedimentos devido à grande oferta de pacientes
- Tratamento executado sob o modelo cirúrgico-restaurador

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Gráfico 41 - Distribuição de motivos de uma avaliação como Bom o trabalho em clínicas populares



- Devido à baixa qualidade do material empregado
- Pouco tempo para realizar os procedimentos e grande oferta de pacientes
- Procedimentos básicos são bem executados
- Depende do profissional
- Não justificou

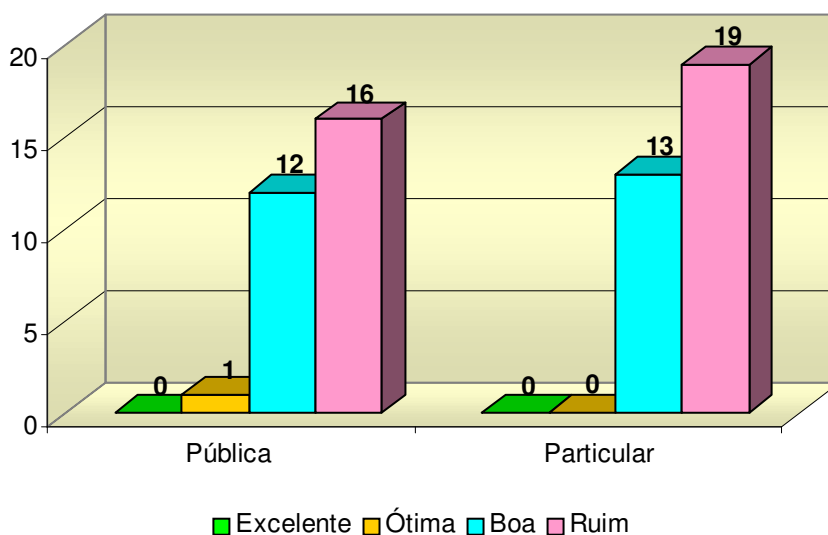
Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Nossas indagações também refletiram em torno das expectativas perante à remuneração nesses estabelecimentos. Dessa maneira, 57,4% (26,2% da rede pública e 31,1% da rede privada) acreditam ser ruim e atribuem de maneira similar, os graduandos da rede pública e privada (34,3% cada), que se ganha muito pouco por cada procedimento que é realizado (Gráficos 42 e 43).

Boa é a remuneração na opinião de 41% dos graduandos (19,7% da rede pública e 21,3% da rede privada). Desses, 40% (24% da rede pública e 16% da rede privada) atribuem a boa remuneração apenas aos profissionais que têm alta produtividade; e 28% (12% da rede pública e 16% da rede privada) alega ser uma boa remuneração para recém-formados (Gráficos 42 e 44).

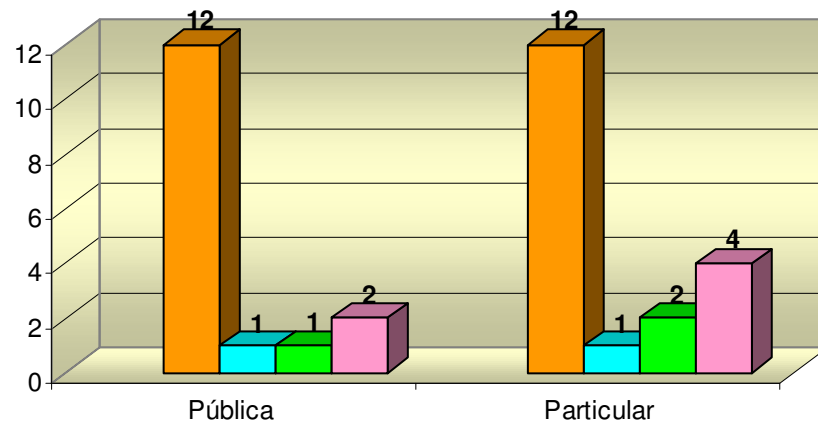
Apenas 1,6%, ou seja, um graduando da rede pública, classificou a remuneração como ótima, concordando com a opinião de outros de que a alta produtividade pode desencadear uma ótima remuneração. (Gráfico 42).

Gráfico 42 - Distribuição da opinião do trabalho dos odontólogos em clínicas populares frente à remuneração



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

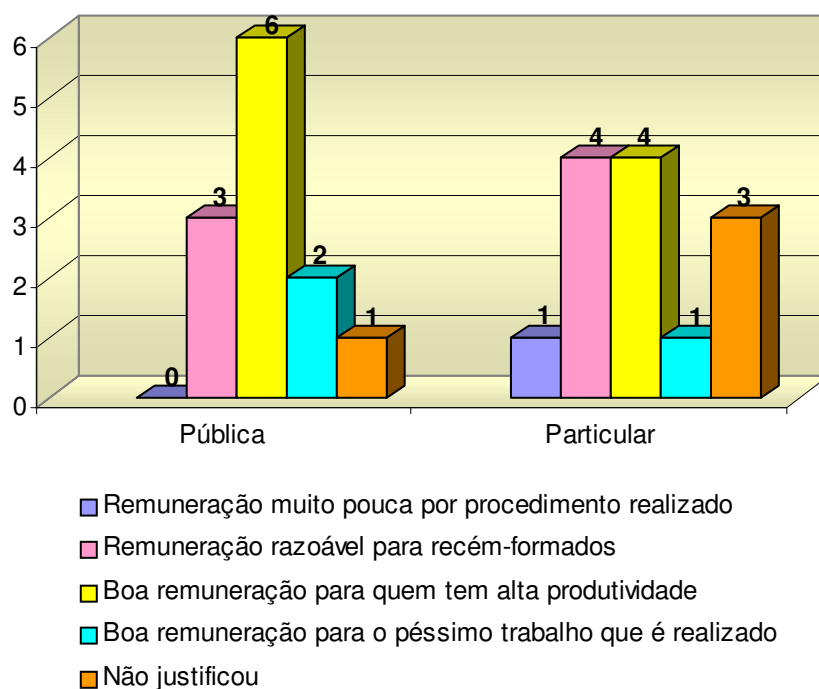
Gráfico 43 – Distribuição de motivos de uma avaliação como Ruim a remuneração dos odontólogos em clínicas populares



- Remuneração muito pouca por procedimento realizado
- Boa remuneração para o péssimo trabalho que é realizado
- Pouca valorização do profissional
- Não justificou

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

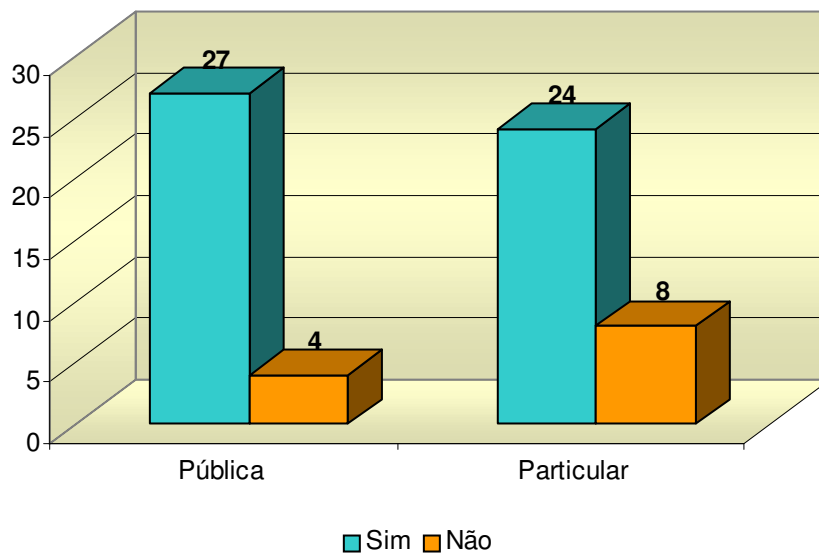
Gráfico 44 - Distribuição de motivos de uma avaliação como Boa a remuneração dos odontólogos em clínicas populares



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

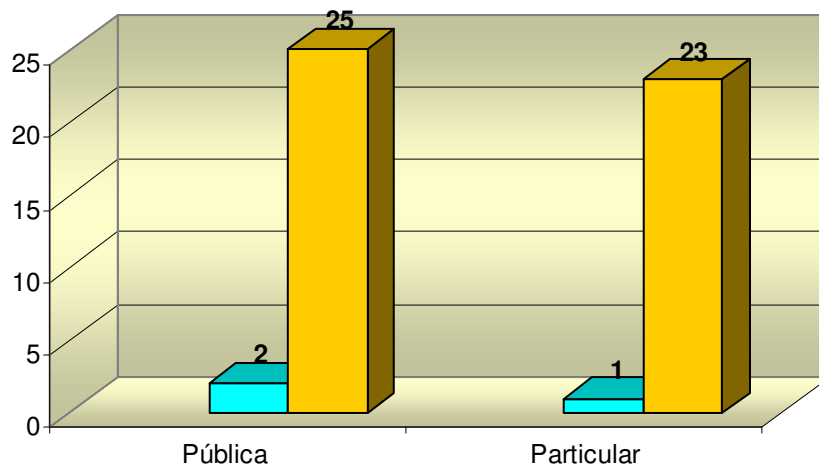
Em se tratando daqueles que têm a expectativa de trabalhar em consultório, mesmo que não num futuro imediato, tivemos a pretensão de saber se teriam a vontade de se credenciar a algum convênio, considerando que estes já obtém informações sobre o mercado de trabalho atual. Assim, dos 63 respondentes, 81% (42,8% da rede pública e 38,1% da rede privada) aceitariam se credenciar a algum convênio (Gráfico 45). Desse montante, 94,1% (49% da rede pública e 45,1% da rede privada) apenas aceitariam credenciamento a convênios com tabelas de honorários compatível com os valores usuais no mercado atualmente (Gráfico 46).

Gráfico 45 – Distribuição da aceitação ao credenciamento a convênios



Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Gráfico 46 - Distribuição dos casos em que aceitaria o credenciamento a convênios



- Todos os convênios, independente do valor da tabela de honorários
- Somente convênios com tabela de honorários compatível com os valores usuais no mercado atualmente

Fonte: Pesquisa Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos.

Os resultados mostram que os graduandos estão em sintonia com a realidade do mercado de trabalho, quando da sua aceitação ao credenciamento a convênios. Entretanto, poderão se surpreender ao ingresso no mercado, constatando que os valores das tabelas dos convênios são pauta contínua de discussão dentro da categoria, como relata Corrêa (2005, p. 1)¹⁰⁹: “existem cerca de 600 planos odontológicos, cada qual pratica a tabela de honorários que bem entende. Se na medicina as tabelas são negociadas pela integração do CREMERRJ com a Sociedade de Especialidades via Central Médica de Convênios, na odontologia vigora o salve-se quem puder.”

Mendes (2005) afirma que a movimentação para o setor de Saúde Suplementar tem ocorrido por dois caminhos: pacientes particulares que passaram a não ter condições de efetuar pagamento direto para o seu tratamento e pacientes insatisfeitos com os serviços de saúde oferecidos pelo SUS. O mesmo autor relata que a prática profissional na odontologia tem sido afetada por esse crescimento, principalmente, em seus processos, ou seja, nos diversos tipos de relações humanas desenvolvidas dentro da estrutura que dá suporte ao atendimento odontológico. A relação profissional-paciente tem sofrido grande interferência do intermediário. Segundo Mendes, tem havido descontentamento, por parte dos odontólogos, com os valores de preços e tabelas utilizadas pelas operadoras. Acrescente-se a isso, a burocracia no processo, utilizando peritos e tendo como consequência uma demora no pagamento pelos serviços prestados, assim como as mudanças na documentação, em função das exigências das operadoras para pagar menos impostos. Visto por outro ângulo, aumentar rendimentos, ter um fluxo de pacientes maior e garantido e realizar uma propaganda indireta do consultório, parecem ser as supostas vantagens que fazem com que, nos dias de hoje, inúmeros profissionais se credenciem a convênios.

Cormack (1997)¹¹⁰, em pesquisa realizada pela internet com odontólogos de várias partes do Brasil e do mundo, também afirma que a grande maioria dos profissionais está insatisfeita com os convênios, principalmente devido à baixa remuneração oferecida e pelo prazo de pagamento alargado. Entretanto, os convênios são apontados pelos próprios profissionais como uma forma de levar pacientes para o

¹⁰⁹ Corrêa, J.R.G. Desemprego e convênios: os vilões da odontologia. Tribuna Odontológica. SCD-RJ, dezembro, 2005.

¹¹⁰ Cormack, E.F. Convênios e Credenciamentos em Odontologia. Solução ou Problema?, 1997. Disponível em: www.odontologia.com.br. Capturado em 23 de julho de 2006.

consultório, aumentando a clientela, e especialmente para os recém-formados, como alternativa para iniciar a carreira.

Para Zanetti (2000), a presença do intermediário não funciona como estímulo para a obtenção de pacientes, e sim como uma opção de trabalho para aqueles profissionais autônomos que não conseguem se manter apenas com seus pacientes particulares. Assim, de acordo com Mendes (2005), o crescimento do setor de Saúde Suplementar afeta a prática odontológica autônoma, transformando o odontólogo em um prestador remunerado, exclusivamente, segundo a sua produção.

Na defesa dos intermediários está o Sindicato Nacional de Empresas de Odontologia de Grupo - SINOG¹¹¹. Este relata que esses fenômenos são mundiais decorrentes dos movimentos de privatização e terceirização. E que, se deve perceber que esses fatos são apenas reflexos da deterioração do mercado de trabalho, agravado pelo crescimento desproporcional entre a população e os profissionais. Para essa instituição, as operadoras atuam dentro do seu papel, segundo as normas do sistema capitalista e das tendências mundiais, ocupando um nicho onde existe uma demanda crescente.

Autores como Tomaz (2005)¹¹² e Assada (2003)¹¹³, relatam que a relação entre os odontólogos e as operadoras têm sido polêmica e marcada pelo clima de tensão. Acrescentam que deve haver um esforço no sentido de melhorar estas relações, discutindo e buscando soluções em comum. E ainda, que os odontólogos devem saber diferenciar os convênios bons dos maus, mas não somente quanto às tabelas de honorários praticadas, mas no respeito aos colegas, nos serviços agregados, no giro de pacientes produzido nos consultórios ociosos e na oportunidade de acesso que efetivamente dá aos clientes.

As mudanças que estão ocorrendo no mercado de trabalho dos odontólogos estão relacionadas com diversos fatores, quais sejam: o grande número de profissionais existentes mal distribuídos, se concentrando nos grandes centros urbanos, assim como

¹¹¹ SINOG. Democratização da Assistência Odontológica no Brasil, 2000. Disponível em: www.sinog.org.br. Capturado em 19 de dezembro de 2005.

¹¹² Tomaz, P.A.R. “Convênio odontológico: amigo ou inimigo?”. Disponível em: www.tomazmky.com.br. Capturado em 12 de março de 2006.

¹¹³ Assada, R.M. A Realidade dos Convênios. Ano V, no. 64, 2003. Disponível em: www.odontologia.com.br. Capturado em 06 de abril de 2005.

os que estão por se formar; a perda do poder aquisitivo da população, contribuindo para o crescimento do setor de Saúde Suplementar; o perfil empresarial de alguns profissionais, experimentando também a flexibilização das relações de trabalho com profissionais da mesma categoria; e a grande procura pela ocupação no setor público, antes visto com ressalvas.

Podemos afirmar que a expectativa dos graduandos se estabelece em torno dessas modificações ocorridas no mercado de trabalho, principalmente quando apresentam uma preferência por trabalho que lhes proporcione um vínculo empregatício formal. Esta ocupação referida por eles, seria realizada simultaneamente à prática da profissão em consultórios odontológicos com pacientes particulares e advindos de convênios. Entretanto vêm nas clínicas populares sua opção para ingressar no mercado de trabalho, mesmo cientes dos percalços que possam encontrar nas mesmas.

CAPITULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pela área de recursos humanos agregado às aspirações proferidas pelos graduandos, prestes a ingressar no mercado de trabalho, nesses 12 anos de contato diário, me impulsionou e entusiasmou tanto na escolha do tema, quanto no desenvolvimento da pesquisa. Soma-se a isso a percepção de lacunas na análise do mercado de trabalho dos odontólogos, sedimentando o encorajamento da realização do trabalho.

Neste estudo, tivemos a intenção de responder às questões apresentadas na introdução, através de nossos objetivos, quais sejam: descrever as características gerais do mercado de trabalho dos odontólogos, caracterizar as mudanças recentes desse mercado de trabalho e detectar as expectativas dos graduandos quanto a sua entrada no mercado de trabalho.

Respondemos aos questionamentos com base na revisão de literatura e nos dados apresentados no capítulo 4, cientes da limitação da pesquisa em oferecer amplas generalizações. Contudo, os resultados articulados à revisão, puderam subsidiar opiniões mais conclusivas sobre a finalidade a que nos dedicamos.

A elaboração das considerações teóricas permitiu destacar aspectos sobre as mudanças no mundo do trabalho, e em especial, no mercado de trabalho em saúde; novas diretrizes na formação odontológica e a dinâmica desta graduação; e ainda, a odontologia inserida nesse novo contexto, com o expressivo aumento no número de postos de trabalho e igual interesse pela categoria, as transformações ocorridas no setor privado e o crescimento no setor de saúde complementar odontológico.

Foi apreciado que a globalização e as sucessivas crises econômicas corroboraram para o crescimento das taxas de desemprego aberto no país, onde há consenso se tratar de um fenômeno mundial. No entanto, verificamos que o setor de serviços, em especial o setor de saúde, vem ostentando desde a década de 1990, crescimento do emprego, tanto no setor público como no privado, e, que a implementação do SUS foi determinante para tal ampliação. A ocorrência desse crescimento setorial representa um indicativo importante para a análise do mercado. Adiciona-se a isto o fato de na saúde a introdução tecnológica não ser substitutiva, na

sua totalidade, ao trabalho humano, como no mercado de trabalho em geral, determinando, assim, com certa frequência o aumento de postos de trabalho.

Observou-se também que a utilização de formas alternativas de contratação de pessoal, principalmente no setor público, onde se presenciou uma espécie de “modismo” em nome de uma maior eficiência gerencial, desde a década de 1990. Dessa maneira, as limitações impostas pelo aparato legal fizeram com que um grande número de gestores públicos se valesse de mecanismos de terceirização para embaçar os ditames legais.

Em se tratando da formação dos odontólogos, a noção dos acontecimentos na odontologia em outros tempos pôde ser proveitosa para refletir sobre os aspectos de seu comportamento atual. Destaca-se a transição do modelo hegemônico da prática odontológica no Brasil, de cunho individualista e baixo impacto social, para um modelo de promoção de saúde, entre outras expectativas, na tentativa de aumentar a capacidade de resposta às necessidades da população brasileira.

Apesar da experiência nacional com o declínio da cárie dentária, o último levantamento epidemiológico realizado no Brasil deflagrou as precariedades das condições de saúde bucal da população, onde menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentavam saúde periodontal. E ainda, a perda dentária precoce foi considerada alarmante. De acordo com o Projeto SB Brasil 2003, em 2003, a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Paradoxalmente, se nota um grande número de odontólogos e uma proliferação de faculdades de odontologia em todo território nacional.

Apesar de no ano de 1992, o Brasil já deter o maior número de cursos existentes que em qualquer outro país, se percebeu que os cursos de odontologia, no período de 1995 a 2003, tiveram um crescimento de 91%. Dessa forma, em 2003, a região Sudeste concentrava 53,5% da oferta de cursos no país. Apenas quatro estados do país concentravam 60,6% do total dos cursos, quais sejam: São Paulo (30,0%); Rio de Janeiro (11,2%); Minas Gerais (11,2 %); e o Paraná (8,2%).

O número de vagas no período de 1995-2003 obteve uma expansão de 95,6%, porém no que diz respeito ao crescimento dos egressos, o incremento foi de 46,1%,

revelando que ainda não houve tempo suficiente para espelhar o crescimento total dos cursos e vagas nacionais.

O setor privado ampliou sua rede de ensino, e sua participação total de cursos. Este acumulou um índice de 172,1% de aumento a partir de 1997, e também se manteve hegemônico no que concerne às vagas e egressos, atingindo 76,5% do total de vagas e 74,5% do número de egressos, em 2003. O setor público reduziu de 39,2% para 23,6% no total de oferta de vagas, e apresentou um tímido incremento de 9,8% no número de egressos. Excetuando-se as regiões Norte e Nordeste, a grande parcela dos concluintes nas demais regiões é oriunda de cursos privados.

Nesse contexto, continuam os debates em torno da formação oferecida pela maioria das faculdades, cuja ênfase ainda se dá ao biologicismo, à sofisticação de técnicas e instrumentos, e a constatação da fragmentação dos conteúdos programáticos, que, juntos não estão atendendo às necessidades da população. Identifica-se, então, a necessidade de um currículo integrado; da melhoria da formação em saúde coletiva; a imersão precoce do graduando em seu contexto profissional; de ganhos do trabalho em equipe; da diversificação dos cenários de aprendizagem e da integralidade da atenção, ou seja, atitudes que enfatizam as orientações feitas pelo MEC por ocasião da implantação das DCNs em todo o território nacional.

No que concerne ao comportamento dos empregos formais da categoria odontológica, no setor público o crescimento tem sido positivo. Em uma década (1992-2002) cresceu 37%, e subseqüentemente, em apenas três anos, já sofreu um incremento de 25% (2002-2005). Entretanto, esses postos antes concentrados eminentemente na região Sudeste, devido aos grandes centros urbanos e, por conseguinte, maiores incentivos e recursos governamentais, e sede da maioria dos estabelecimentos de saúde, começa a sofrer uma diluição, seguindo o perfil das políticas de saúde bucal implementadas, que incentivam uma melhor distribuição das ações e serviços de saúde bucal em todo o país.

Entre os anos de 2002 e 2005, mais que triplicou o número de ESBs no PSF. Neste período foram implantadas 8.342 novas ESBs no PSF, chegando a um total de 12.603 ESBs, um aumento de mais de 195% no número de equipes. Se em 2002 o PSF representava 7,3% da demanda “institucional” de serviços de saúde para odontólogos, por sua vez, o Programa Brasil Sorridente, desde a implantação, em 2002, já absorveu

mais de 20 mil novos odontólogos e auxiliares. Boa parte desse crescimento de ESBs é devido ao incentivo financeiro oferecido pelo Programa Brasil Sorridente, o que ajuda a neutralizar as pressões sofridas pelos gestores no contingenciamento de recursos financeiros as novas formas de remuneração dos serviços com o estabelecimento do PAB.

Não foram observadas alterações significativas na distribuição institucional do emprego entre os setores público e privado, entre os anos de 2002 e 2005. O setor público continua como gestor da maioria dos serviços públicos, e como o maior empregador para a categoria odontológica, apesar do setor privado ter sofrido um acréscimo de 4%. O setor público, no que concerne às grandes regiões, sofreu maior incremento no Norte (34%), seguido pelo Nordeste (23%), Centro-Oeste (21%), Sul (18%) e Sudeste (14%), respectivamente. No setor privado, se evidencia o incremento de 134% ocorrido na região Centro-Oeste, seguido pelo Sul (51%), Sudeste (36%), Norte (30%) e Nordeste (22%).

Quanto ao exercício profissional em consultório particular, se pôde perceber que as mudanças na sociedade, ocorridas nas últimas décadas, foram profundamente sentidas na Odontologia. Percebe-se a diminuição da clientela que efetua pagamento direto, sofrendo esta uma reorientação na busca de maior cobertura da assistência através de valores atraentes, e se atribui a isso à inadequada distribuição dos profissionais; as dificuldades financeiras conjunturais; o período recessivo do país nas últimas décadas; e o crescimento da participação de convênios e credenciamentos, facilitando esse processo. As operadoras de planos de saúde vêm, dessa maneira, crescendo vertiginosamente, na medida em que encontra um campo propício de atuação.

Um número expressivo de profissionais, que exerce a prática privada, com dificuldades em arcar com os custos individuais de um consultório particular, reconhece ser dependente dos chamados “convênios” e aceitam tal “parceria”, uma vez que vêm nelas oportunidade de levar pacientes para o consultório, aumentando a clientela, apesar das críticas pela má remuneração.

Tem-se percebido outras situações com odontólogos, cujo perfil é empresarial e constituem clínicas de várias especialidades e/ou clínicas “populares”, contratando colegas para exercerem a profissão e os remunerando por produção.

Evidencia-se, ainda, grande mudança no perfil do mercado de trabalho dos odontólogos, uma vez que a grande maioria dos profissionais têm sumariamente perdido sua autonomia e se assalariado, seja no credenciamento às operadoras seja na ocupação em clínicas de especialidades e/ou populares. Outra solução aos percalços econômicos que também atingiram a profissão é o da grande busca por ocupação no setor público, em outros tempos visto com ressalvas. Aumentam as demandas por trabalho no mesmo, e simultaneamente, acrescentam a oferta de profissionais em ordem geométrica.

A pesquisa empírica produziu dados numéricos “explicativos” que possibilitou acessar as características, percepções quanto à sua graduação e expectativas relacionadas ao mercado de trabalho odontológico, da população específica de graduandos que fizeram parte do programa de estágio do SESC-RJ, Unidade Madureira. Os resultados obtidos nos deram condições de estruturar indicadores que permitiram penetrar na visão de mundo profissional dos graduandos. Estes resultados convergem ao que outros autores têm encontrado em seus estudos com graduandos de Estados como São Paulo e Minas Gerais. Tais semelhanças nos levam a creditar que seria uma tendência nacional.

O perfil encontrado foi o de graduandos do sexo feminino (74,6%), residentes no município do Rio de Janeiro, cursando a primeira graduação de suas vidas. Supostamente não tiveram influência familiar na escolha profissional, devido ao fato de apenas 23,8% dos entrevistados possuírem odontólogos na família, sendo este grau de parentesco exercido em maior frequência por filhos e primos de odontólogos que cursam escola privada. Dessa maneira, confirma-se o processo de feminilização, em desenvolvimento em toda a área de saúde, e a premissa de que a motivação para cursar odontologia gira em torno do ideário da população de que a profissão traz prestígio social, pautado em um retorno financeiro generoso, aliado à flexibilidade de horários.

Observamos que todos os respondentes têm a expectativa de fazer uma especialização, e a endodontia foi a mais apontada, cuja principal razão atribuída foi à afinidade, podendo ser uma maneira de conjugar uma realização profissional à necessidade de maior espaço no mercado de trabalho. Apesar do desconforto dentro da categoria pelo grande número de profissionais especializados e outros com especializações em andamento, 55,5% dos graduandos expressaram a vontade de cursar uma segunda especialização, onde a prótese foi a mais apontada.

No momento em que os graduandos refletem sobre possíveis falhas na sua formação para enfrentar o mercado de trabalho público e privado, foi apurado que a maioria se considera apta para assumir o mercado de trabalho público. Entretanto, as maiores atribuições dos que acreditam faltar algo, se recaíram sobre a necessidade de maior experiência clínica e a orientação quanto a materiais, métodos e ao próprio mercado de trabalho. A maior parte dos respondentes considera a falta de algo na sua formação para enfrentar o mercado de trabalho no setor privado. Das insuficiências apontadas pelos respondentes destacam-se: maior experiência clínica e maior experiência em economia e administração do consultório. Ressalte-se que a grande preocupação com esta última encontra-se nos graduandos da rede pública, enquanto os graduandos das universidades particulares estão mais preocupados com uma maior experiência clínica; conteúdos sobre economia e administração do consultório é o que inquietam os da rede pública.

Se no ingresso ao curso de odontologia, os estudantes aspiram por um exercício liberal da profissão e prestígio social, às vésperas de se graduar, a maioria já tem noção de que a categoria atualmente assiste a uma prática liberal profissional gradativamente em mudança para uma prática assalariada, direta e/ou indireta, onde a liberdade de atuação do profissional é, na maioria das vezes, limitada. E que o setor público tem sido o alvo principal de ocupação, atraindo uma legião de profissionais.

Dessa maneira, os respondentes apresentaram uma preferência por trabalho que lhes proporcionem um vínculo empregatício formal do que o autônomo, na busca pelas garantias advindas daquele, justificando-se ainda pela idéia do alto custo na manutenção de um consultório. Convergindo-nos também a atenção que este tipo de vínculo apesar de ser o escolhido, não é motivo de realização profissional. Ao contrário daqueles que preferem o trabalho autônomo, cuja motivação maior é a realização profissional, sendo que os graduandos de faculdade privada ainda encontram nesta modalidade, um modo de estabilidade financeira. Mesmo aqueles que diante da ocupação em um consultório particular com boa remuneração, ainda vêm necessidade de inserção em outros serviços. Para os graduandos de faculdades particulares também constitui oportunidade de aumento da renda financeira, e os de faculdade pública é mais uma forma de ampliar o campo de trabalho.

Haja vista de que quando questionados quanto à prioridade em local almejado para o trabalho, os graduandos revelaram a preferência pelo serviço desenvolvido nas Forças Armadas, e a utilização de consultório e clientela particular, no intuito de adquirir estabilidade financeira e realização profissional. As Forças Armadas têm representado, hoje, um diferencial de ocupação no mercado de trabalho, seja pela boa remuneração, muito superior aquelas encontradas nas secretarias municipais e estaduais, seja pela flexibilidade de horário e ainda vínculo empregatício formal, nem sempre encontrado nas atuais ocupações surgidas das políticas públicas de saúde bucal. Cabe ressaltar que 53,8% dos respondentes estão preocupados com a estabilidade financeira que o trabalho no setor público pode proporcioná-los.

Quando da não possibilidade de desenvolverem seu trabalho no local eleito como ideal, a maioria expressa como possibilidade real de trabalho as clínicas populares, por definir como sendo a oportunidade inicial de recém-formado. A principal razão apontada por eles, é a de que estes estabelecimentos absorvem prontamente a maioria dos recém-formados, onde é exigido apenas o diploma. O trabalho em clínica com várias especialidades, o ingresso no setor público, ou ainda, o fato de constituir um consultório particular, depende de vários fatores e não somente o emprego da mão-de-obra num setor do mercado com ampla demanda por profissionais. Paradoxalmente, a maioria dos graduandos avaliou como ruim tanto a assistência oferecida, quanto a remuneração nas clínicas populares, atribuindo primordialmente à baixa qualidade do material empregado e ao baixo valor agregado a cada procedimento realizado, respectivamente.

O estudo mostrou que os graduandos já têm contato com o mercado de trabalho atual desenvolvido nos consultórios, na medida em que, a maioria que tem a expectativa de trabalhar em consultório particular, relata que aceitaria se credenciar a algum convênio, desde que estes apresentem tabelas de honorários compatíveis com os valores usuais no mercado. De fato, aumentar rendimentos, ter um fluxo de pacientes maior e garantido e realizar uma propaganda indireta do consultório, são vantagens que têm atraído inúmeros profissionais se credenciarem aos convênios. Entretanto, acreditamos que em pouco tempo estes profissionais farão parte da discussão assumida pela categoria, pleiteando melhores tabelas e mais autonomia. Por outro lado, as operadoras de planos de saúde, pressionam cada vez mais esse mercado, seja se apoiando na grande oferta de profissionais, seja na detenção de carteira de clientes.

Concluimos que a má distribuição de profissionais tende a continuar, pois mesmo a iniciativa das políticas públicas de saúde bucal, incentivando profissionais para interiorização, no intuito de melhorar o acesso às ações e serviços pela população; e desta maneira contribuindo para a melhor distribuição dos odontólogos, não garante uma significativa redistribuição de profissionais, uma vez que, os centros formadores e o melhor poder aquisitivo da população encontram-se nos grandes centros e a grande expectativa dos graduandos é aliar uma ocupação no setor público com a atividade em consultório particular.

A expectativa pela ocupação no setor público, antes visto com ressalvas, parece nascer da vontade de se estabilizar financeiramente, no intuito de poder conviver com as incertezas as quais estão apoiadas o exercício profissional em consultório particular, atualmente; uma vez que o público-alvo vem perdendo o poder aquisitivo, e consequentemente sendo atraído por uma maior cobertura e preços atraentes oferecidos pelo setor de Saúde Suplementar ou pelas clínicas populares. Mesmo a ocupação em clínicas com várias especialidades ou populares, também não lhes garante estabilidade, pois na maioria dos casos, os profissionais são remunerados por produção.

Finalmente, podemos afirmar que a expectativa dos graduandos se estabelece em torno das modificações ocorridas no mercado de trabalho, principalmente quando aceitam que a profissão vive uma tendência de assalariamento, direto e indireto. Sugerimos novas pesquisas a fim de diagnosticar se essas expectativas se concretizaram e como os graduandos enfrentaram o ingresso e a permanência nesse “novo” mercado de trabalho. Assim como, conhecer as relações de trabalho e suas nuances dentro das diferentes formas de trabalho dos odontólogos brasileiros. Considerando ainda, a expectativa de livre trânsito no Mercosul, interessante e necessário, torna-se o conhecimento da dinâmica destes profissionais, nos países integrantes do Cone-Sul.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, G. S. “As Cooperativas de Enfermeiros em Manaus”. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

Antunes, R. Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 3^a.ed., 2000.

Antunes, R. Adeus ao Trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 8^a. ed., 2001.

Antunes, R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. In: Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro: EPJV/FIOCRUZ, 2003, p. 229- 237.

Aquilante, A.G. & Tomia, N.E. O estudante de Odontologia e a educação. Revista da ABENO, 2005, 5 (1): 6-11.

Bahia, L. Mudanças e Padrões das Relações Público- Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Baldani, M.H., Fadel, C.B.; Possamai, T.; Queiroz, M.G.S. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2005,21 (4): Jul/ago.

Belardinelli, V.H. & Rangel, A.O. Odontologia sem máscaras. São Paulo: Santos, 1999.

Berger, J. & Offe, C. A dinâmica do desenvolvimento do setor de serviços. In: Offe, C. (org.). Trabalho e Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1991, p. 115-136.

Bobbio, N. Dicionário de Política. Brasília: UNB, v. 1, 1995.

Bógus, L. & Paulino, A.Y. (org.) Políticas de Emprego, Políticas de População e Direitos Sociais. São Paulo: EDUC, 1997.

Botazzo, C. & Freitas F.T. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: UNESP, 1998.

Botazzo, C. Da Arte Dentária. São Paulo: HUCITEC/FAPESP, 2000.

Botelho, A. Do Fordismo à Produção Flexível: a produção do espaço num contexto de mudança das estratégias de acumulação de capital.[Dissertação de Mestrado].São Paulo: USP, 2000.

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado Federal, 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília-DF; Diário Oficial da União, 1990a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei no. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília-DF; Diário Oficial da União, 1990b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília-DF, 1994. <http://www.portal.saude.gov.br> (acessado em: 11/04/2005).
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Revista Brasileira Materno-infantil, 2003, 3(1). <http://www.scielo.br> (acessado em: 11/04/2005)
- Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional da Saúde Bucal. Relatório Final. Brasília-DF, 2004a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal das Populações Brasileiras 2002-2003: Principais Resultados. Brasília-DF, 2004b.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Brasil Sorridente, 2005. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br> (acessado em: 11/04/2005).
- Brasil. Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal: registro de uma conquista histórica. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11. Brasília-DF, 2006.
- Bunhoff, S. A Hora do Mercado: crítica do liberalismo. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista, 1991.
- Buss, P. M. Saúde e Desigualdade: o caso do Brasil. In: Buss, P. M. & Labra, M. E. (orgs.) Sistemas de Saúde – continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995, p. 61-101.
- Calado, G.S. “A inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família – Principais Avanços e Desafios” [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.
- Camargo, J.M. (org.) Flexibilidade do Mercado de Trabalho no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.
- Cardoso, A.L. Transformação da Prática Odontológica: educação em saúde em seu contexto. [Monografia de Especialização]. Rio de Janeiro: Universidade do Grande Rio, 2003.

Carvalho, I. M. M. Brasil: Reestruturação Produtiva e Condições sociais. Caderno CRH, 2001, 35: 123- 149.

Ciberamérica. <http://www.ciberamerica/canais/educação/formaçãoprofissional.org> (acessado em 23/04/2005).

CFO – Conselho Federal de Odontologia. Jornal do CFO, 2005, no. 67-68, jul.-out. <http://www.cfo.org.br> (acessado em 01/12/2005).

CFO – Conselho Federal de Odontologia. Jornal do CFO, 2006, no 75, nov.-dez. <http://www.cfo.org.br> (acessado em 02//02/2007).

Chaves, M. M. Odontologia Social. São Paulo: Artes Médicas,1986.

Costa, I.C.C., Marcelino, G. & Saliba, N.A. Perspectivas de um grupo de alunos de odontologia sobre a profissão no terceiro milênio. Revista da ABOPREV, 1999, 2 (1): 38-44.

Costa, M.S. O Sistema de Relações de Trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 2005, 20 (59): 111-131.

Costa, N.R.; Ribeiro, J.M.; Silva, P.L.B.; Melo, M.A. de. O desenho institucional da reforma regulatória e as falhas de mercado no setor saúde. Revista de Administração Pública, 2001, 35 (2): 193-225.

Cristino, P.S. Clínicas Integradas Antecipadas: limites e possibilidades. Revista da ABENO, 2005, (1): 12-18.

Cunha, F. Assistência à Saúde: uma revisão crítica. Revista Ass. Méd. Brasil, 1999, 45 (4): 312- 316.

Cunha, M.I. A avaliação da aprendizagem no ensino superior. Avaliação/ Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior. RAIS, 1999, 4 (14): 7-13.

Dedecca, C. S.; Proni, M. W.; Moretto, A. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: Negri, B.; Giovanni, G. (orgs.). Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas. Unicamp/Instituto de Economia, 2001, p. 175-216.

Deluiz, N. A Globalização Econômica e os Desafios à Formação Profissional. Boletim Técnico do SENAC, 2004, 30 (30). <http://www.senac.br> (acessado em 12/03/2006).

Doron, R. & Parot, F, Diccionario de Psicología. Ed. Ática, 1998.

Faveret Filho, P. & Oliveira, P.J.A. Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde. Planejamento e Políticas Públicas. IPEA, 1990, 3: 139-162.

Fernandes Neto, A.J. A evolução dos cursos de Odontologia no Brasil. Revista da ABENO, 2002, 2(1): 55-56.

Ferrari, M.A. Médicos entre as categorias profissionais diferenciadas. 2005. <http://www.fenan.org.br> (acessado em: 24/09/2006).

Feuerwerker, L.C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Revista ABENO, 2003,1: 24-27.

Freitas, S.F.T., História da Cárie Dentária. Bauru: EDUSC, 2001.

Freitas, C.H.S. de M. Dilemas do Exercício Profissional no Trabalho Liberal da Odontologia: a autonomia em questão. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004.

Fuentes, M.R. setor Informal e Reestruturação Produtiva: uma alternativa de emprego nos anos 90? In: Carleial, L. & Valle, R. (orgs.) Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil. São Paulo: HUCITEC-ABET, 1997, p: 357-374.

Gil, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

Girardi, S. N. O perfil do “emprego” em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 1986, 2 (4). <http://www.scielo.br> (acessado em: 19/05/2005).

Girardi, S. N. & Carvalho, C. L. Mercado de Trabalho e Regulação das Profissões de Saúde. In: Negri, B.; Faria, R.; Viana, A.L.D. (orgs.) Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. São Paulo: UNICAMP, 2002, p. 221-256.

Girardi, S. N., Carvalho, C.L.; Girardi Jr., J.B.; Araújo, J.F. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: Barros, A.F.R.; Santana, J.P.; Santos Neto, P.M. (orgs.) Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 121-138.

Harvey, D. A Condição Pós-Moderna. São Paulo: Edições Loyola, 1989.

Hobsbawm, E. A Era dos Extremos. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

Jatobá, J. & Andrade, E.G.L. A Desregulamentação do Mercado e das Relações de Trabalho no Brasil: Potencial e Limitações. IPEA, texto para discussão, 1993.

Junqueira, C. R., et al. Considerações sobre o mercado de trabalho de odontologia. Revista Paulista de Odontologia, 2005, 27 (4): 54-61.

- Keynes, J. The general theory of employment, interest and money. Neva York, 1936.
- Kraychete, G. Economia dos Setores Populares: entre a realidade e a utopia, 2000. <http://www.caritasbrasileira.org.br> (acessado em 15/07/2006).
- Lagos, R. Que se entiende por flexibilidad Del mercado de trabajo? Revista da CEPAL, 1994, 54: 81-95.
- Lascalá, N.T. Prevenção na clínica odontológica: promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
- Lemos, C.L.S. A implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil: algumas reflexões. Revista da ABENO, 2005, 5 (1): 80-85.
- Logus, L. & Paulino, A. Y. (orgs.) Políticas de Emprego, Políticas de População e Direitos Sociais. São Paulo: EDUC, 1997.
- Lombardo, I. Reflexões sobre o Planejamento do Ensino de Odontologia. Revista da ABENO, 2001,1 (1): p. 17-24.
- Lucietto, D. A. “Percepções dos Docentes e Reflexões sobre o Processo de Formação dos Estudantes de Odontologia”. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.
- Machado, M.H.; Médici, A.C.; Nogueira, R.P.; Girardi, S.N. O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Textos de apoio, Rio de Janeiro: ENSP, 1992.
- Machado, M.H. As Profissões e o SUS – Arenas Conflitivas. Revista Divulgação para Saúde em Debate, 1996, 14: 44-47.
- Machado, M.H.; Moisés, N.M.N.; Oliveira, E.S. (orgs.) Trabalhadores de Saúde em Números, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- Marconi, M.A. & Lakatos, E.M. Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 2003.
- Matos, I.B. Expectativas do exercício profissional de graduandos em odontologia. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.
- Médici, A. C. A Força de Trabalho em Saúde no Brasil dos Anos 70: Percalços e Tendências. Revista de Administração Pública - FGV, 1986, 20 (3): 31-50.

Mendes, H.J. A relação entre cirurgiões-dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru-SP.[Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, 2005.

Minayo, M.C. de S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 2004.

Morita, M.C. & Kriger, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. Revista da ABENO, 2004, 4 (1): 17-21.

Moysés, S.J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. Revista da ABENO, 2004, 4 (1): 30-7.

Narvai, P. C. Recursos Humanos para a Promoção de Saúde Bucal. In: Kriger, L. (org.) ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1999, p. 448-463.

NESCON/FM/UFMG. Relatório de pesquisa agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/UFMG, 2002.

NESP - Árvore Lógica de Contratação no SUS [CD-ROM]. UFMG, 2003.

Neves, M. I. R.; Lopes, F.F., Sauáia, T.S., Paraíso, L. Eficácia do programa de saúde bucal em alunos da Escola Modelo Benedito Leite em São Luiz – MA, Revista da ABOPREV, 2002, 5 (1): 41- 46.

Nogueira, R. P. A Força de Trabalho em Saúde. Revista de Administração Pública. FGV, 1983, 17(3): p. 61-70.

Nogueira, R. P. Estabilidade e Flexibilidade: Tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. Revista Divulgação em Saúde para Debate, 1996, 14: 38-55.

Nogueira, R. P. A Regulação dos Vínculos de Trabalho no SUS. Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS [mimeo], 1999 (a).

Nogueira, R.P. Reforma do estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: Barros, A.F.R.;Santana, J. P. & Castro, J. L. (orgs.). Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 1999(b) p:65-81.

Nogueira, R. P. O Trabalho em Saúde Hoje: Novas Formas de Organização. In: Negri, B.; Faria, R., Viana, A.L.D. (orgs.). Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. São Paulo: UNICAMP, 2002, p. 257-73.

Nogueira, R. P.; Baraldi, S; Rodrigues, V.A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: Barros, A. F. R.; Santana, J.P.; Santos Neto, P.M. (orgs.) Observatório de Recursos Humanos no Brasil: estudos e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2004,p: 81-103.

Offe, C. Capitalismo Desorganizado – Transformações Contemporâneas do Trabalho e da Política. São Paulo: Brasiliense, 1989.

Oliveira, E. S.; Vieira, A.L.S., Cardoso, A.L.; Amâncio Filho, A.; Garcia, A.C.P. Odontologia. In: Vieira, A. L. S. & Amâncio Filho, A.(orgs.). Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz, 2006, p.89-112.

Organização das Cooperativas Brasileiras. OCB/DETEC/Banco de dados, 2005. <http://www.ocb.org.br> (acessado em 02/11/2006).

Pelissari, L.D.; Basting, R.T.; Florio, F.M.Vivência da realidade: o rumo da saúde para a odontologia. Revista da ABENO, 2005, 5 (1):32- 39.

Pereira, D. Q.; Pereira, J.C.M.; Assis, M.M.A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2003, 8 (2) <http://www.scielo.br> (acessado em: 18/02/2006).

Pierantoni, C. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Ciência e Saúde Coletiva, 2001, 6 (2). <http://www.scielo.br> (acessado em: 18/02/2006).

Pinto, V. G. A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnóstico e Caminhos a Seguir. Brasília: Santos, 1993.

Pinto, V. G. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos, 2000.

Pochmann, M. O emprego na globalização. São Paulo: Boitempo, 2001.

Pretto, S.M.; Franco, F. Visitas domiciliares como estratégia de educação em saúde. Revista Ação Coletiva, 1999, 11 (3): 54-61.

Pronko, M. A. Formação Profissional: os (des)caminhos da democratização educacional. Boletim Técnico do SENAC, 1999, 25(3): 31-39. <http://www.senac.br> (acessado em 12/03/2006).

Queluz, D.P. Recursos Humanos na área de Odontologia. In: Pereira, A.C. (org.) Odontologia em Saúde Coletiva. São Paulo: Artmed, 2003, p. 151-157.

Régnier, K. & Arroio, A. Mercado de Trabalho: oportunidades e desafios para o presente. Boletim Técnico do SENAC, 2001, 27 (2). <http://www.senac.br> (acessado em 12/03/2006).

Roggero, R. Uma Leitura Sobre o Desenvolvimento do Setor Terciário no Movimento Contemporâneo do Capital. Boletim Técnico do SENAC, 1998, 24 (3). <http://www.senac.br> (acessado em 12/03/2006).

SEBRAE, Economia Informal Urbana 2003. Disponível em: <http://www.sebrae.com.br>. (acessado em : 10/08/2006).

Secco, L. G. & Pereira, M. L. T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. Ciência e Saúde coletiva, 2004, 9 (1). <http://www.scielo.br> (acessado em: 18/02/2006).

SINOG, 2005. <http://www.sinog.com.br>. (acessado em 27/08/05).

Silva, P. L. B. & Costa, N. R. Características do Mercado de Trabalho no Setor Saúde na Década de 1990: Reflexões. In: Negri, B. Faria, R., Viana, A.L.D. (orgs.). Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. São Paulo: UNICAMP, 2002, p. 275-85.

Solimano, A. Mercado de Trabalho: quatro enfoques em busca de um paradigma. Revista do Instituto de Planejamento Econômico e Social – IPEA, 1988, 18 (3): 561-594.

Souza, D. B. Globalização: A Mão Invisível do Mercado Mundializada nos Bolsões da Desigualdade Social. Boletim Técnico do SENAC, 1996, 22 (2). <http://www.senac.br> (acessado em 12/03/2006).

Souza, D. B.; Santana, M. A.; Deluiz, N. Trabalho e Educação: centrais sindicais e reestruturação produtiva no Brasil. Rio de Janeiro: Quartet, 1999.

Teixeira, M.; Machado, M.H.; Vieira, M.; Rego, S. Notas sobre a profissionalização da odontologia. In: Machado, M. H. Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p.183-193.

Teixeira M.C.B. & Valença A.M.G. A importância da educação em saúde no ensino universitário: o caso da odontologia. Revista Fluminense de Saúde Coletiva, 1998, (3): 7-33.

Unfer, B. & Saliba, O. O Cirurgião-Dentista do Serviço Público: formação, pensamento e ação. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, 2001, 2 (2): 45-51.

Varella, T. C. Mercado de Trabalho do Enfermeiro no Brasil: configuração do emprego e tendências no campo do trabalho.[Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.

Vianna, C.M.M. Estruturas do sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico –financeiro. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 2002, 12(2): 375-390.

Vieira, A. L. S. (org) *Trabalhadores em Saúde em Números*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

Weyne, S.C. A construção do paradigma de promoção de saúde – um desafio para as novas gerações. In: Kriger, L. *ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas, 1997, p: 3-26.

Werneck, M. A. F. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. [Tese de Doutorado]. Niterói: UFF, 1994.

Zanetti, C.H.G. As Marcas do Mal-estar Social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de Saúde Bucal no Brasil dos anos 80. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

Zanetti, C.H.G. A Crise e a Perda da Sustentabilidade da Odontologia Brasileira: perspectivas para uma Agenda 21 da Saúde Bucal. [Anteprojeto de Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

Zanetti, C.H.G. *Odontologia: Habilidades e escolhas. Trabalho acadêmico*. Brasília: UNB, 2001. <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br> . (acessado em: 09/08/2005).

Zocratto, K.B.V. A Influência dos Planos de Saúde Odontológicos no Mercado de Trabalho do Cirurgião-dentista em Belo Horizonte: uma visão dos representantes das classes odontológica e empresarial.[Dissertação de Mestrado]. Minas Gerais: UFMG, 2001.

ANEXO 1
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PESQUISA – MERCADO DE TRABALHO DOS ODONTÓLOGOS E
EXPECTATIVAS DOS GRADUANDOS
QUESTIONÁRIO

1. Idade: _____ 2. Sexo: Masc. () Fem. ()

3. Residência: Estado _____ Cidade _____

4. Estuda em qual faculdade? _____

5. Você já tem outra graduação? Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

6. Você tem alguém na família que é odontólogo? Sim () Não ()

Se sim, quem? _____

7. De **FORMA IDEAL**, onde você prioritariamente gostaria de trabalhar quando se formar?

() consultório particular com clientela também particular

() consultório particular com clientela advinda de convênios

() clínica com várias especialidades como funcionário

() clínica com várias especialidades sendo remunerado por produtividade

() clínica popular

() forças armadas

() postos de saúde

() hospitais

() programas do Ministério da Saúde (como o PSF)

() carreira docente (dando aula em universidades)

()

8. Tendo em vista suas opções de **FORMA IDEAL** de trabalho, justifique o porquê destas escolhas.

9. Se não há possibilidade de trabalhar onde você julga ideal, aonde você visualiza a **POSSIBILIDADE REAL DE TRABALHAR**, logo após a sua formatura?

- () consultório particular com clientela também particular
- () consultório particular com clientela advinda de convênios
- () clínica com várias especialidades como funcionário
- () clínica com várias especialidades sendo remunerado por produtividade
- () clínica popular
- () forças armadas
- () postos de saúde
- () hospitais
- () programas do Ministério da Saúde (como o PSF)
- () carreira docente (dando aula em universidades)
- ()

10. Tendo em vista suas opções de **POSSIBILIDADE REAL DE TRABALHAR**, logo após a sua formatura, justifique o porquê destas escolhas.

11. Você tem expectativa de em algum momento trabalhar no setor público?

- () sim () não

Se a resposta for positiva, aponte onde e o(s) motivo(s)?

Onde? _____

Motivos? _____

12. Prioritariamente, você prefere trabalhar de forma autônoma assumindo todos os benefícios e dificuldades que essa modalidade de trabalho impõe ou prefere manter vínculo empregatício formal?

Forma autônoma () Por quê?

Vínculo empregatício formal () Por quê?

13. Se você tiver a oportunidade de trabalhar em consultório odontológico que lhe proporcione boa remuneração, ainda assim gostaria de trabalhar em outro lugar? Por quê?

14. Marque o que você acredita que, de mais importante, oferece o vínculo empregatício aos odontólogos?

- () estabilidade
- () remuneração mensal igual
- () segurança em caso de acidentes de trabalho
- () oportunidade de receber 13º. salário
- () oportunidade de gozar férias remuneradas
- () outros.....

15. O que você acredita que possam ser vantagens ou desvantagens no trabalho do odontólogo nas secretarias estaduais e municipais de saúde?

- | | |
|------------------|----------------------------|
| (a) vantagens | () carga horária |
| (b) desvantagens | () remuneração |
| | () vínculo empregatício |
| | () procedimentos técnicos |
| | () outros..... |

16. Se você, trabalhando em consultório odontológico, fosse convidado a se credenciar para atendimento à clientela de algum convênio odontológico aceitaria?

- () sim () não

17. Se a resposta for positiva em que casos?

() todos os convênios que lhe procurassem, independente do valor da tabela de honorários.

() somente convênios com tabela de honorários compatível com os valores usuais no mercado atualmente.

18. O que você acha do trabalho dos odontólogos em clínicas populares, em termos de qualidade do trabalho realizado?

- () excelente () ótima () boa () ruim

Por quê?

19. O que você acha do trabalho dos odontólogos em clínicas populares, em termos de remuneração do odontólogo?

- () excelente () ótima () boa () ruim

Por quê?

20. Você acha que faltou algo, na sua formação, para enfrentar o mercado de trabalho público?

() sim () não

Se positivo, o que?

21. Você acha que faltou, na sua formação, para enfrentar o mercado de trabalho privado?

() sim () não

Se positivo, o que?

22. Você pretende fazer alguma especialização?

() sim () não

Qual (quais)? _____

Por quê? _____

ANEXO 2 Tabela 1a- Cursos de graduação em Odontologia segundo dependência administrativa por Regiões e Unidades Federadas. Brasil, 1995-1999.

Ano	1995			1996			1997			1998			1999			
	Regiões/UF	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
Brasil		46	43	89	47	43	90	47	50	97	49	66	115	51	78	129
Norte		2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	2	4	2	3	5
Acre		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amapá		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas		1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	2
Pará		1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	2	1	1	2
Rondônia		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Roraima		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tocantins		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste		12	2	14	12	2	14	12	4	16	12	4	16	12	6	18
Alagoas		1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Bahia		2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	1	3
Ceará		1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Maranhão		1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	2
Paraiíba		2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2
Pernambuco		2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3
Piauí		1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Rio G. Norte		1	0	1	1	0	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Sergipe		1	0	1	1	0	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Sudeste		19	31	50	20	31	51	20	35	55	20	46	66	22	52	74
Espírito Santo		1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	2	1	1	2
Minas Gerais		6	6	12	6	6	12	6	6	12	6	6	12	6	8	14
R. Janeiro		4	7	11	4	7	11	4	8	12	4	9	13	4	10	14
São Paulo		8	18	26	9	18	27	9	21	30	9	30	39	11	33	44
Sul		10	7	17	10	7	17	10	7	17	12	10	22	12	11	23
Paraná		5	4	9	5	4	9	5	4	9	5	4	9	5	5	10
Rio G.do Sul		3	3	6	3	3	6	3	3	6	3	6	9	3	6	9
Santa Catarina		2	0	2	2	0	2	2	0	2	4	0	4	4	0	4
Centro- Oeste		3	3	6	3	3	6	3	4	7	3	4	7	3	6	9
Distrito Federal		1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	3
Goiás		1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Mato Grosso		0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2
Mato G.do Sul		1	0	1	1	0	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2

Fonte: Oliveira et al.(2006).

Tabela 1a (cont.) - Cursos de graduação em Odontologia segundo dependência administrativa por Regiões e Unidades Federadas. Brasil, 2000-2003.

Ano	2000			2001			2002			2003		
	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
Brasil	51	83	134	54	96	150	52	106	158	53	117	170
Norte	2	3	5	3	6	9	4	6	10	4	8	12
Acre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	1	1	2	2	3	5	2	3	5	2	4	6
Pará	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Rondônia	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	1	2
Nordeste	13	6	19	13	9	22	13	11	24	13	13	26
Alagoas	1	0	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Bahia	2	1	3	2	1	3	2	2	4	2	3	5
Ceará	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Maranhão	1	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Paraíba	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2
Pernambuco	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	2	4
Piauí	2	0	2	2	1	3	2	2	4	2	2	4
Rio G. Norte	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Sergipe	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Sudeste	21	55	76	21	59	80	22	62	84	22	69	91
Espírito Santo	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Minas Gerais	6	8	14	6	9	15	6	11	17	6	13	19
R Janeiro	3	13	16	3	15	18	3	15	18	3	16	19
São Paulo	11	33	44	11	34	45	12	35	47	12	39	51
Sul	12	13	25	14	16	30	10	20	30	11	19	30
Paraná	5	7	12	5	9	14	5	9	14	5	9	14
Rio G.do Sul	3	6	9	3	6	9	3	6	9	3	6	9
Santa Catarina	4	0	4	6	1	7	2	5	7	3	4	7
Centro-Oeste	3	6	9	3	6	9	3	7	10	3	8	11
Distrito Federal	1	2	3	1	2	3	1	3	4	1	3	4
Goiás	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	3
Mato Grosso	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2
Mato G.do Sul	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2

Fonte: Oliveira et al.(2006).

ANEXO 3 Tabela 1b - Vagas de graduação em Odontologia segundo dependência administrativa por Regiões e Unidades Federadas. Brasil, 1995-1999.

Ano	1995			1996			1997			1998			1999		
	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
Brasil	3273	5078	8351	3306	5200	8506	3478	5995	9473	3484	7438	10922	3612	8290	11902
Norte	150	0	150	150	0	150	150	0	150	150	140	290	150	240	390
Acre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	60	0	60	60	0	60	60	0	60	60	0	60	60	100	160
Pará	90	0	90	90	0	90	90	0	90	90	80	170	90	80	170
Rondônia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	60	0	60	60
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste	828	150	978	820	150	970	862	275	1137	852	320	1172	862	542	1404
Alagoas	60	0	60	60	0	60	60	0	60	60	0	60	60	0	60
Bahia	180	0	180	180	0	180	180	0	180	180	0	180	180	120	300
Ceará	80	100	180	80	100	180	80	105	185	80	110	190	80	110	190
Maranhão	48	0	48	40	0	40	50	0	50	40	0	40	40	80	120
Pernambuco	130	0	130	130	0	130	130	0	130	130	0	130	140	0	140
Piauí	190	50	240	190	50	240	200	50	250	200	50	250	200	50	250
Rio G. Norte	40	0	40	40	0	40	50	0	50	50	0	50	50	0	50
Sergipe	60	0	60	60	0	60	72	60	132	72	80	152	72	82	154
Sudeste	40	0	40	40	0	40	40	60	100	40	80	120	40	100	140
Sudeste	1527	4145	5672	1608	4195	5803	1688	4745	6433	1608	5753	7361	1728	6045	7773
Espírito Santo	60	0	60	60	0	60	60	0	60	60	60	120	60	60	120
Minas Gerais	540	980	1520	540	980	1520	540	900	1440	540	930	1470	520	1140	1660
Rio de Janeiro	299	665	964	290	715	1005	370	1005	1375	370	1113	1483	370	1265	1635
São Paulo	628	2500	3128	718	2500	3218	718	2840	3558	638	3650	4288	778	3580	4358
Sul	636	583	1219	596	655	1251	646	675	1321	742	925	1667	742	1033	1775
Paraná	228	348	576	188	420	608	238	420	658	248	420	668	248	528	776
Rio G.do Sul	248	235	483	248	235	483	248	255	503	234	505	739	234	505	739
Santa Catarina	160	0	160	160	0	160	160	0	160	260	0	260	260	0	260
C. Oeste	132	200	332	132	200	332	132	300	432	132	300	432	130	430	560
Distrito Federal	40	60	100	40	60	100	40	80	120	40	80	120	30	130	160
Goiás	60	60	120	60	60	120	60	60	120	60	60	120	60	60	120
Mato Grosso	0	80	80	0	80	80	0	100	100	0	100	100	0	160	160
Mato G Sul	32	0	32	32	0	32	32	60	92	32	60	92	40	80	120

Fonte: Oliveira et al. (2006).

Tabela 1b (cont.) -Vagas de graduação em Odontologia segundo dependência administrativa por Regiões e Unidades Federadas. Brasil, 2000-2003.

Região/UF	2000			2001			2002			2003		
	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
Brasil	3685	9228	12913	3893	9779	13672	3763	11938	15701	3847	12486	16333
Norte	150	240	390	150	464	614	332	541	873	352	667	1019
Acre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	60	100	160	60	274	334	142	280	422	162	360	522
Pará	90	80	170	90	80	170	90	80	170	90	80	170
Rondônia	0	60	60	0	60	60	0	61	61	0	117	117
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	0	0	0	50	50	100	120	220	100	110	210
Nordeste	902	620	1522	897	890	1787	927	1120	2047	914	1300	2214
Alagoas	60	0	60	60	120	180	60	120	180	60	120	180
Bahia	180	120	300	180	120	300	193	240	433	180	340	520
Ceará	80	110	190	80	110	190	80	110	190	80	110	190
Maranhão	40	160	200	35	210	245	52	220	272	52	220	272
Paraíba	140	0	140	140	0	140	140	0	140	140	0	140
Pernambuco	200	50	250	200	50	250	200	50	250	200	80	280
Piauí	90	0	90	90	100	190	90	200	290	90	200	290
Rio G. Norte	72	80	152	72	80	152	72	80	152	72	130	202
Sergipe	40	100	140	40	100	140	40	100	140	40	100	140
Sudeste	1731	6614	8345	1728	6365	8093	1674	7828	9502	1685	8004	9689
Espírito Santo	60	60	120	60	70	130	60	60	120	60	60	120
Minas Gerais	520	1180	1700	520	1120	1640	496	1350	1846	496	1574	2070
Rio de Janeiro	220	1703	1923	220	1621	1841	220	2279	2499	221	2035	2256
São Paulo	931	3671	4602	928	3554	4482	898	4139	5037	908	4335	5243
Sul	770	1284	2054	986	1470	2456	690	1809	2499	756	1775	2531
Paraná	276	714	990	292	780	1072	292	760	1052	292	790	1082
Rio G.do Sul	234	510	744	234	630	864	248	729	977	248	725	973
Santa Catarina	260	60	320	460	60	520	150	320	470	216	260	476
C. Oeste	132	470	602	132	590	722	140	640	780	140	740	880
Distrito Federal	32	180	212	32	180	212	40	280	320	40	280	320
Goiás	60	60	120	60	120	180	60	120	180	60	220	280
Mato Grosso	0	160	160	0	220	220	0	160	160	0	160	160
Mato G.Sul	40	70	110	40	70	110	40	80	120	40	80	120

Fonte: Oliveira et al.(2006).

ANEXO 4 Tabela 1c - Egressos de graduação em Odontologia segundo dependência administrativa por Regiões e Unidades Federadas. Brasil, 1995-1999.

Região/UF	1995			1996			1997			1998			1999		
	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total
Brasil	2961	3780	6741	3064	3845	6909	3165	3791	6956	3134	4423	7557	3246	4464	7710
Norte	72	0	72	101	0	101	120	0	120	112	0	112	129	0	129
Acre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	31	0	31	26	0	26	24	0	24	33	0	33	36	0	36
Pará	41	0	41	75	0	75	96	0	96	79	0	79	93	0	93
Rondônia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste	717	48	765	687	47	734	754	46	800	836	48	884	772	48	820
Alagoas	41	0	41	50	0	50	51	0	51	60	0	60	60	0	60
Bahia	128	0	128	111	0	111	163	0	163	187	0	187	160	0	160
Ceará	92	0	92	75	0	75	91	0	91	92	0	92	105	0	105
Maranhão	41	0	41	68	0	68	36	0	36	52	0	52	47	0	47
Paraíba	124	0	124	134	0	134	139	0	139	123	0	123	89	0	89
Pernambuco	137	48	185	122	47	169	119	46	165	164	48	212	166	48	214
Piauí	47	0	47	36	0	36	52	0	52	43	0	43	42	0	42
Rio G. do Norte	68	0	68	64	0	64	72	0	72	70	0	70	62	0	62
Seripe	39	0	39	27	0	27	31	0	31	45	0	45	41	0	41
Sudeste	1468	3173	4641	1505	3260	4765	1583	3180	4763	1476	3712	5188	1610	3755	5365
Espírito Santo	70	0	70	31	0	31	62	0	62	57	0	57	58	0	58
Minas Gerais	514	733	1247	493	822	1315	493	943	1436	485	969	1454	501	956	1457
Rio de Janeiro	305	458	763	335	542	877	333	515	848	363	556	919	356	607	963
São Paulo	579	1982	2561	646	1896	2542	695	1722	2417	571	2187	2758	695	2192	2887
Sul	584	373	957	630	366	996	589	392	981	584	489	1073	617	468	1085
Paraná	221	179	400	237	168	405	204	242	446	209	303	512	203	302	505
Rio G.do Sul	240	194	434	245	198	443	238	150	388	212	186	398	242	166	408
Santa Catarina	123	0	123	148	0	148	147	0	147	163	0	163	172	0	172
Centro- Oeste	120	186	306	141	172	313	119	173	292	126	174	300	118	193	311
Distrito Federal	30	65	95	41	54	95	29	61	90	33	55	88	36	68	104
Goiás	61	63	124	62	60	122	58	49	107	62	49	111	56	60	116
Mato Grosso	0	58	58	0	58	58	0	63	63	0	70	70	0	65	65
Mato G.do Sul	29	0	29	38	0	38	32	0	32	31	0	31	26	0	26

Fonte: Oliveira et al.(2006).

Tabela 1c (cont.) - Egressos de graduação em Odontologia segundo dependência administrativa por Regiões e Unidades Federadas. Brasil, 2000-2003.

Ano	2000			2001			2002			2003		
	Publica	Privada	Total	Publica	Privada	Total	Publica	Privada	Total	Publica	Privada	Total
Brasil	2963	4971	7934	2932	4766	7698	2974	6285	9259	3252	6596	9848
Norte	103	0	103	84	0	84	108	51	159	114	74	188
Acre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	18	0	18	31	0	31	24	0	24	25	0	25
Pará	85	0	85	53	0	53	84	31	115	89	62	151
Rondônia	0	0	0	0	0	0	0	20	20	0	12	12
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordeste	785	61	846	772	122	894	736	269	1005	804	408	1212
Alagoas	62	0	62	60	0	60	56	0	56	66	0	66
Bahia	163	0	163	155	0	155	102	0	102	165	53	218
Ceará	92	23	115	92	77	169	69	96	165	64	103	167
Maranhão	19	0	19	34	0	34	47	63	110	44	37	81
Paraíba	105	0	105	123	0	123	130	0	130	126	0	126
Pernambuco	182	38	220	171	45	216	202	0	202	175	33	208
Piauí	49	0	49	42	0	42	42	0	42	55	0	55
Rio G. do Norte	72	0	72	58	0	58	71	73	144	63	110	173
Sergipe	41	0	41	37	0	37	17	37	54	46	72	118
Sudeste	1322	4125	5447	1326	3783	5109	1369	4752	6121	1481	4772	6253
Espírito Santo	65	0	65	60	0	60	67	0	67	60	72	132
Minas Gerais	420	946	1366	432	748	1180	444	911	1355	514	876	1390
Rio de Janeiro	220	961	1181	243	936	1179	206	1052	1258	243	1208	1451
São Paulo	617	2218	2835	591	2099	2690	652	2789	3441	664	2616	3280
Sul	625	603	1228	623	660	1283	616	927	1543	706	1022	1728
Paraná	214	374	588	215	406	621	248	467	715	264	507	771
Rio G.do Sul	261	229	490	250	254	504	232	389	621	251	426	677
Santa Catarina	150	0	150	158	0	158	136	71	207	191	89	280
Centro- Oeste	128	182	310	127	201	328	145	286	431	147	320	467
Distrito Federal	38	56	94	37	68	105	43	98	141	48	92	140
Goiás	57	56	113	60	59	119	59	65	124	59	86	145
Mato Grosso	0	70	70	0	74	74	0	87	87	0	87	87
Mato G.do Sul	33	0	33	30	0	30	43	36	79	40	55	95

Fonte: Oliveira et al.(2006).

ANEXO 5
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Mercado de Trabalho dos Odontólogos e Expectativas dos Graduandos”. Você foi selecionado por ser graduando de odontologia, no último ano de graduação, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o SESC. O objetivo geral deste é analisar as mudanças do mercado de trabalho odontológico e as expectativas dos graduandos quanto ao seu futuro no mercado de trabalho. Os objetivos específicos são: descrever as características gerais do mercado de trabalho dos odontólogos; caracterizar as mudanças recentes desse mercado de trabalho e detectar as expectativas dos graduandos quanto a sua entrada no mercado de trabalho.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário aplicado pela pesquisadora principal, o qual contém perguntas relacionadas a dados demográficos, de formação e suas expectativas de inserção no mercado de trabalho.

Sua participação não implica em riscos, pois as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação pois sua privacidade será garantida através de um número (Graduando 1).

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador: Andréa Lanzillotti Cardoso

Assinatura:

Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 705 tel: 9737-6229. Manguinhos. CEP 21.041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 314. Tel: 2598-2863. Manguinhos. CEP 21.041-210

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura:

Local:

Data: