

Suzely Adas Saliba Moimaz

ESTUDO SOBRE O PERFIL PROFISSIONAL DOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS FORMADOS PELA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA –
UNESP, NO PERÍODO DE 1989 A 1999

Araçatuba – SP

2003

Suzely Adas Saliba Moimaz

**ESTUDO SOBRE O PERFIL PROFISSIONAL DOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS FORMADOS PELA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA –
UNESP, NO PERÍODO DE 1989 A 1999**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia do Câmpus de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do grau de LIVRE-DOCENTE EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SANITÁRIA

Araçatuba – SP

2003

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

M712a Moimaz, Suzely Adas Saliba
Avaliação da inserção de profissionais formados pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, no mercado de trabalho. / Suzely Adas Saliba Moimaz. -- Araçatuba : [s.n.], 2003.
163 f. : il.

Tese (Livre-Docência) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2003.

1. Ensino odontológico. 2. Odontologia. 3. Educação. 4. Perfil profissional. 5. Prática odontológica.

Black D07
CDD 617.6

Dedicatória

Dedico este trabalho

Aos meus pais Nemre e Orlando , que me ensinaram a infinita e incessante capacidade de amar

Ao meu marido José Carlos, meu companheiro de todas as horas

Aos meus filhos Daniella e José Carlos, alegrias da minha vida.

Agradecimientos

A DEUS

***“Com alegria, dêem graças ao Pai, que permitu a
você participarem da herança dos cristãos, na luz”
CI 1,12***

Agradecimentos

À UNESP – Universidade Estadual Paulista, pela oportunidade de realizar este concurso;

Ao Diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Prof. Francisco Antônio Bertoz, e ao Vice-Diretor Prof. Paulo Roberto Botacin, pelo apoio;

Ao Chefe do Departamento de Odontologia Infantil e Social, Prof. Robson Frederico Cunha, pela amizade;

Ao Sr. Francisco Inácio Pinheiro e a todos os funcionários da Divisão Técnica Acadêmica, pela atenção sempre dispensada;

A idealizadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da FOA-UNESP Profa. Nemre Adas Saliba, pela competência com que implantou e conduz o curso;

Aos meus amigos, colegas da Odontologia Social, Prof. Renato Arcieri, Profa. Maria Lúcia M. M. Sundefeld, Prof. Artênio J. I. Garbin, Prof. Eliel Soares Orenha, Profa. Cléa Adas Saliba Garbin, pela profícua e agradável convivência;

Ao Prof. Orlando Saliba, pela realização da análise estatística e pelos ensinamentos constantes;

À Sonia Maria Batista S. Costa pela amizade e dedicação constante;

Aos funcionários da Odontologia Social Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza, Valderez Freitas Rosa, pelo convívio feliz e pela espontaneidade na execução das atividades;

A aluna do curso de doutorado em Odontologia Preventiva e Social, Andréia Antoniuk Presta, pela colaboração neste trabalho;

Às estagiárias e minhas orientadas Nelly Foster Ferreira e Najara Barbosa da Rocha, pelo carinho e incentivo;

Aos funcionários da Biblioteca, pela prontidão no atendimento;

Aos funcionários da Seção de Comunicações, pelo apoio e atenção;

Ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, pelo apoio;

Aos meus irmãos Cléa, Orlando, Tânia, Marcos e cunhados Artênio e Juliana, pelo amor, pelo incentivo e grande amizade que nos une;

Ao meu sobrinho Arteninho pela bênção que é;

Aos meus sogros Ana Maria e Achelino, aos meus cunhados e sobrinhos, pelo carinho;

Aos colegas que concordaram em participar da pesquisa;

A todos que direta ou indiretamente colaboraram .

Meu muito Obrigada!

Epígrafe

**“Vós sois a luz do mundo.
Não pode ficar escondida uma cidade
construída sobre um monte.
Ninguém acende uma lâmpada
e a coloca debaixo de uma vasilha,
mas sim num candeeiro, onde ela
brilha para todos os que estão na casa.
Assim também brilhe a vossa luz
diante dos homens, para que vejam as
vossas boas obras e louvem
o vosso Pai que está nos céus”.**
(Mateus 5,14-16)

Resumo

MOIMAZ, S. A. S. Estudo sobre o perfil profissional dos cirurgiões-dentistas formados na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp, no período de 1989 a 1999. 2003. 163f. Tese (Livre-docência) - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba.

RESUMO

Os propósitos do autor no presente trabalho foram analisar o perfil do profissional formado na FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999. Foram estudados: a inserção no mercado de trabalho; os motivos de escolha da Odontologia; as expectativas; a satisfação obtida; dificuldades encontradas; formação pós-graduação; local

de atuação; remuneração; jornada de trabalho; e a percepção sobre a formação obtida na FOA-UNESP. Dos 630 questionários enviados, 214 retornaram respondidos (34,46%), sendo 58% de profissionais do gênero feminino e 42% do masculino. Noventa e quatro (45%) trabalhavam somente como autônomos; 17 (8,3%) trabalhavam por porcentagem; 5 (2,4%) somente no serviço público; 43 (21%) atuavam no serviço público e também em outra modalidade. A maioria 106 (50,7%) alegou ter optado pelo curso de Odontologia somente por vocação; 35 (17,2%) por influências familiares e 13 (6,2%) por motivos financeiros. Sobre a expectativa dos egressos em relação à profissão, 110 (52,63%) esperavam viver bem economicamente; 99 (37,32%) esperavam especializar-se; 78 (47,37%) trabalhar por conta própria; 42 (20,10%) trabalhar para melhoria da saúde da população. Somente 9% dos pesquisados estavam totalmente satisfeitos com o exercício profissional. As dificuldades apontadas foram: conseguir emprego, falta de pacientes, custos para manutenção do consultório entre outras. Realizaram curso de especialização 41%; sendo que 69% desses, atuavam também em outras especialidades. A maioria atuava em municípios com mais de 100.000 habitantes (66%). Do total, 48,54% tinham remuneração de até R\$ 2.000,00; e 47,23% tinham uma jornada de trabalho de mais de 40 horas semanais. A grande maioria considerou a formação na FOA-UNESP boa ou muito boa, apontando como sugestões principais: ampliar conteúdos sobre marketing e administração, aumentar carga horária prática/clínica e atividades extramuros. Apesar da maioria alegar ter feito a opção pela Odontologia por vocação, uma minoria esperava trabalhar para a melhoria da saúde bucal da população, o que demonstra uma visão distorcida da profissão odontológica. A insatisfação observada demonstra a difícil situação do mercado de trabalho odontológico.

Palavras-chave: Ensino odontológico; Odontologia; educação; perfil profissional; prática odontológica.

Abstract

SALIBA, S. A. S. Study of the surgeon-dentists professional profile graduated at Araçatuba Dental School- Unesp, in the period from 1989 to 1999. 2003. 163f. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba.

ABSTRACT

The author's purposes in the present work was to analyze the professional's profile graduated at FOA-UNESP, in the period from 1989 to 1999. The insertion in the job market; the reasons of choice of Dentistry as profession; the expectations; the obtained satisfaction; found difficulties; postgraduation courses; place of performance; remuneration; work day; and the perception about the formation obtained at FOA-Unesp were studied. Of the 630 questionnaires sent, 214 came back replied (34,46%), being 58% of female professionals and 42% of male professionals. Ninety five (45%) professionals worked only as autonomous; 17 (8,3%) worked for percentage; 5 (2,4%) only in the public service; 43 (21%) in the public service and also in another modality. Most 106 (50,7%) alleged

having opted for the course of Dentistry for vocational reasons only; 35 (17,2%) for family influences and 13 (6,2%) for financial reasons. On the expectation of the exits in relation to the profession, 110 (52,63%) they hoped to live well economically; 99 (37,32%) they hoped to specialize; 78 (47,37%) to work independently; 42 (20,10%) to work for improvement of the population's health. Only 9% of those surveyed were totally satisfied with the professional exercise. The pointed difficulties were: to get employment, lack of patients, costs for maintenance of the clinic among others. 41% accomplished course of specialization; and 69% of those, they also acted in other specialties. Most acted in municipal districts with more than 100.000 inhabitants (66%), assisting patient of medium social class and it lowers. Of the total, 48,54% had income of even R\$2000,00. The great majority considered the formation in FOA-Unesp, good or very good, appearing as main suggestions: to enlarge contents about marketing and administration, to increase clinical/practical study load and extracurricular activities. Despite they most of them allege having made the option for Dentistry for vocational reasons; a minority hoped to work for the improvement of the oral health of the population, which demonstrates a distorted vision of the dentistry profession. The observed dissatisfaction demonstrates the difficult situation of the dentistry job market.

Keywords: Dental education; dentistry; education; professional profile; dental practice.

Lista de Figuras

- | | |
|--|----|
| Figura 1 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, de acordo com o estado civil. Araçatuba-SP, 2003. | 81 |
| Figura 2 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo suas expectativas em relação à profissão ao se formarem. Araçatuba-SP, 2003. | 83 |
| Figura 3 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, de acordo com o exercício da profissão atualmente. Araçatuba-SP, 2003. | 84 |
| Figura 4 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, que atuavam como autônomos, segundo a condição do imóvel utilizado para o | 86 |

exercício profissional. Araçatuba-SP, 2003.

- Figura 5 Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo o período de aquisição do consultório. Araçatuba- SP, 2003. 87
- Figura 6 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, de acordo com a realização de curso de especialização. Araçatuba- SP, 2003. 88
- Figura 7 Distribuição dos egressos especialistas, segundo atuação em outras especialidades odontológicas. Araçatuba- SP, 2003. 90
- Figura 8 Motivos citados pelos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, para atuação em outra área além da sua especialidade. Araçatuba-SP, 2003. 91
- Figura 9 Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, de acordo com a realização de cursos de Pós-graduação. Araçatuba-SP, 2003. 92
- Figura10 Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo a aquisição de bem móvel ou imóvel, com recursos advindos do exercício profissional. Araçatuba - SP, 2003. 95
- Figura 11 Distribuição dos egressos da FOA UNESP, no período de 1989 a 1999 segundo o bem móvel ou imóvel adquirido. Araçatuba-SP, 2003. 96
- Figura 12 Distribuição dos egressos da FOA UNESP, no período de 1989 a 1999 segundo a existência de outra fonte de renda, além da Odontologia. Araçatuba-SP, 2003. 97
- Figura 13 Distribuição dos egressos da FOA UNESP, no período de 1989 a 1999 segundo com o exercício da atividade profissional com pessoal auxiliar. Araçatuba- SP, 2003. 100

Figura 14 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo queixa de saúde relacionada à profissão. Araçatuba- SP, 2003.	102
Figura 15 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo as queixas devido à profissão. Araçatuba- SP, 2003	103
Figura 16 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo a satisfação profissional. Araçatuba-SP, 2003.	105
Figura 17 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo as perspectivas profissionais. Araçatuba-SP, 2003.	108
Figura 18 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo a percepção sobre a sua formação no curso de graduação. Araçatuba-SP, 2003.	109

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Condição do imóvel dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, de acordo com o tempo de formado. Araçatuba-SP, 2003.	87
------------	--	----

Tabela 2 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e realização de curso de Especialização. Araçatuba-SP, 2003.	91
Tabela 3 -	Renda líquida mensal dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, em atividade atualmente, de acordo com o tempo de formado. Araçatuba-SP, 2003.	94
Tabela 4 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, de acordo com o tempo de formado e aquisição de bem móvel ou imóvel. Araçatuba-SP, 2003.	97
Tabela 5 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, de acordo com o tempo de formado e o número de habitantes do município onde atuavam. Araçatuba-SP, 2003.	98
Tabela 6 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo o exercício da atividade profissional com pessoal auxiliar, e tempo de formado. Araçatuba-SP, 2003.	101
Tabela 7 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e a presença de queixa de saúde. Araçatuba-SP, 2003.	104
Tabela 8 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo as horas trabalhadas. Araçatuba-SP, 2003.	104
Tabela 9 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e a satisfação com o desempenho profissional. Araçatuba-SP, 2003.	107
Tabela 10 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e a satisfação quanto ao relacionamento com outros profissionais. Araçatuba-SP, 2003.	107
Tabela 11 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e a satisfação com a jornada de trabalho. Araçatuba-SP, 2003.	107

Tabela 12 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e a satisfação com a remuneração alcançada. Araçatuba-SP, 2003.	108
Tabela 13 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o gênero e as horas semanais trabalhadas. Araçatuba-SP, 2003.	110
Tabela 14 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o gênero e as queixas de saúde. Araçatuba-SP, 2003.	110
Tabela 15 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o gênero e a aquisição de bens. Araçatuba-SP, 2003.	110
Tabela 16 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o gênero e remuneração. Araçatuba-SP, 2003.	111
Tabela 17 -	Valores dos Testes: Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher, calculados para os Grupos Comparados, suas respectivas probabilidades de ocorrências e significâncias.	112

Lista de Quadros

Quadro 1 -	Egressos da FOA-UNESP, inscritos no CROSP, segundo o ano de formatura e o gênero. Araçatuba-SP, 2003.	79
Quadro 2 -	Ano de formatura e gênero dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999. Araçatuba-SP, 2003.	80
Quadro 3 -	Motivos relacionados à escolha do curso de Odontologia pelos dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999. Araçatuba-SP, 2003.	82
Quadro 4 -	Tipo de atividade desenvolvida pelos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, em atividade atualmente. Araçatuba-SP, 2003.	85
Quadro 5 -	Cursos de Especialização realizados pelos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999. Araçatuba-SP, 2003.	89
Quadro 6 -	Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo a realização de cursos de Pós-graduação stricto sensu e o exercício docente em IES. Araçatuba-SP, 2003.	93
Quadro 7 -	Área do curso de Pós-graduação dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999. Araçatuba-SP, 2003.	93
Quadro 8 -	Classe social da clientela assistida pelos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999. Araçatuba-SP, 2003.	99

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABENO	Associação Brasileira de Ensino Odontológico
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ADA	Associação Dentária Americana
AEI	Assessoria Especial de Interiorização
APCD	Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CR OSP	Conselho Regional de Odontologia de São Paulo
ENC	Exame Nacional de Cursos
EPI-INFO	Programa Estatístico para Epidemiologia
EUA	Estados Unidos da América
FIO	Federação Internacional de Odontologia
FNO	Federação Nacional de Odontologia
FOA	Faculdade de Odontologia de Araçatuba
FOUSP	Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBL	Problem-Based Learnig

SEMO	Serviço Extra-Muro Odontológico
SOR	Serviço Odontológico Rural
SOU	Serviço Odontológico Urbano
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Ciência e Cultura
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNOESTE	Universidade do Oeste Paulista
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

Sumário

Sumário

Resumo.....	11
Abstract.....	13
Lista de Figuras	16

Lista de Tabelas.....	18
Lista	de 20
Quadros.....	
Lista	de Abreviatura e 21
Siglas.....	
1 Introdução.....	24
2	Revisão da 28
Literatura.....	
3 Proposição.....	72
4	Material e 74
Método.....	
5 Resultado.....	79
6 Discussão.....	116
7 Conclusão.....	134
Referências.....	137
Anexos.....	160

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

O mercado de trabalho odontológico está relacionado ao modelo de prestação de serviços, ao

contexto epidemiológico, cultural e econômico da população, além da oferta de mão de obra e da própria estrutura profissional (PINTO, 2000).

Na década de 1990, muitas modificações ocorreram no mercado de trabalho no Brasil, tendo vários fatores contribuído para isso, dentre os principais pode-se destacar: a crise econômica do país, a popularização dos sistemas de Odontologia em grupo e especificamente o aumento expressivo de novos cursos de Odontologia, vem formando grande número de profissionais.

A explosão no número de faculdades de Odontologia gera discussões quanto à qualidade dos cursos, quanto à formação do profissional e as chances de inserção do mesmo no mercado de trabalho (FERREIRA, 1997^a).

Outro fator importante a ser considerado é que a distribuição dos profissionais formados não é uniforme. Eles elegem geralmente os municípios de médio e grande porte para o exercício de suas atividades, gerando portanto concentrações nos grandes centros (GARCIA et al., 1997).

Na Odontologia ocorreu um esvaziamento da clínica privada e há uma forte corrente de insatisfação financeira (COSTA et al., 1992a). Os baixos salários tanto no setor público como no privado têm levado muitas vezes os profissionais a procurarem outras opções de

emprego, o que diminui a eficiência e capacidade resolutiva do trabalho em saúde (MÉDICI, 1996).

As mudanças no Sistema de Saúde brasileiro, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a Constituição Federal de 1988, estão sendo significativas, principalmente, quanto à inversão no modelo de atenção à saúde, com a priorização da atenção básica (BRASIL, 1988; BUS, 2002).

Os recursos humanos para a área da saúde devem ser bem preparados, voltados para a promoção da saúde e não somente à cura das doenças; devem ter uma visão global do processo e capacidade de atuar como agentes transformadores da realidade na qual estão inseridos. Devem conhecer os princípios do SUS, de integralidade, universalidade, equidade e as diretrizes organizativas, para que possam exercer o controle social efetivo do sistema (BRASIL, 1988).

Considerando os princípios do SUS e a atual filosofia da Odontologia de promoção de saúde, um novo perfil profissional é exigido, porém a redefinição do perfil do profissional a ser formado não tem sido adequadamente considerada pelas faculdades para o delineamento do currículo de seus cursos de graduação.

Grande parte dos egressos das faculdades com currículos tradicionais, com pouco conhecimento da realidade social da população brasileira, endividados no primeiro ano de formado, pela compra de equipamentos, muitas vezes desnecessários, engrossam a lista de

desempregados ou mostram-se insatisfeitos com a posição alcançada (BOTTI e SANTOS, 1986).

Necessário se faz conhecer o perfil da força de trabalho dos egressos das faculdades de Odontologia do país, para que os dirigentes dessas instituições possam, baseados nos resultados das avaliações, definir projetos pedagógicos mais adequados ao contexto social, à realidade desse novo milênio, objetivando uma melhor formação profissional. Essas pesquisas podem fornecer subsídios para as entidades de classe, a fim de que essas promovam discussões junto a seus pares, bem como tracem estratégias de ação, visando garantir a evolução satisfatória da profissão.

2 Revisão da Literatura

2 REVISÃO DA LITERATURA

O mercado de trabalho na área de saúde, em especial em Odontologia, tem sido tema de pesquisas realizadas em vários países. (STEWART, 1990abc; CAREL

e QUINN, 2000; GREENWOOD et al., 1998; BULLOCK et al., 2002; CHAMBERS et al., 2002; ATCHINSON, 2002).

No Brasil, poucos estudos avaliaram a inserção do cirurgião-dentista no mercado de trabalho. (COSTA et al., 1992ab; OLIVEIRA, 1993; MICHEL-CROSATO, 2001; NICOLIELO e BASTOS, 2002).

A preocupação com esse tema é bastante pertinente, pois grandes mudanças ocorreram ao final do Século XX. O advento da globalização, os avanços tecnológicos, a situação econômica mundial, aliada à tendência mundial do declínio da cárie dentária, geraram e estão gerando modificações na prática profissional em Odontologia.

As mudanças ocorridas no Sistema de Saúde brasileiro, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e os novos modelos de atenção odontológica, baseados nas diretrizes doutrinárias e organizativas desse Sistema têm exigido mudanças no perfil do profissional de saúde formado. (CORDÓN, 1998; GARRAFA, 1993; BUS, 2002).

No caso do Brasil, a abertura indiscriminada de novas faculdades de Odontologia tem trazido preocupações quanto à quantidade e qualidade dos profissionais formados. A falta de uma política adequada de formação de recursos humanos em saúde (CORDÓN, 1997), o aumento da quantidade de profissionais no mercado, aliado à má distribuição tem provocado situações de excesso de mão de obra e subemprego,

principalmente nos grandes centros urbanos. (TEITELBAUM, 1997; ABO, 1993; FERREIRA, 1996; FERREIRA, 1997; GARCIA et al., 1997).

A tendência à especialização precoce está se configurando, como consequência de falha na própria estrutura curricular, a qual direciona para tal fato, e também como consequência de “esperança” de uma melhor inserção no mercado de trabalho, cada vez mais escasso (FERREIRA, 1998B).

2.1. A formação em Odontologia – O perfil profissional e a qualidade dos cirurgiões-dentistas formados

Desde a criação dos primeiros cursos de Odontologia, em 1884, nas faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, a profissão tem-se expandido no Brasil. Surgiram posteriormente, a Escola de Farmácia e Odontologia de Juiz de Fora em 1912, o curso da Faculdade de Farmácia e Odontologia do Rio de Janeiro, e em 1916 o curso do Estado do Ceará (FERREIRA, 1998B).

Nas últimas três décadas do Século XX houve um grande aumento do número de faculdades. Em 1980, o Brasil já possuía 60 faculdades (SILVEIRA e CORDÓN, 1984); em 1994 existiam 86 cursos; em 1997 já eram 90 faculdades em funcionamento e cerca de 8.000 cirurgiões-dentistas formados a cada ano. (STELLUTO JÚNIOR, 1994b; FERREIRA, 1996/1997b; TEITELBAUM, 1997). Atualmente existem no Brasil 113 faculdades de Odontologia (CFO, 2003).

A preocupação com a má distribuição dos Cirurgiões-dentistas no território nacional; com o maior aumento das taxas de crescimento desses profissionais, quando comparados à da população e conseqüentemente com a relação número de Cirurgiões-dentistas/habitantes não é recente. (VACARIUC, 1985). Há quase vinte anos um estudo realizado com dados sobre todo o território nacional, a má distribuição já era constatada. (VACARIUC, 1985).

Em 1996, a criação de novos cursos de Odontologia resultou em uma série de publicações, com manifestos contrários ao fato, por diversas entidades de classe: ABO Nacional, CFO, APCD, ABENO, entre outras (FERREIRA, 1996; FERREIRA, 1997b; FERREIRA, 1997a).

As faculdades concentram-se principalmente nas regiões Sul e Sudeste. De acordo com Seabra (1999), a distribuição dos cursos de Odontologia no Brasil era a seguinte: região Sudeste 49 (57%); Norte 2 (2,3%); Sul 16 (18,6%); Nordeste 13 (15,1%) e Centro-Oeste com 6 (7%). Em 2003 tem-se: região Sudeste com 65 faculdades (57,5%); Norte com 4 (3,5%); Sul com 21 (18,6%); Nordeste com 16 (14,2%) e Centro-Oeste com 7 (6,2%).

A relação: número de Cirurgiões-dentistas/habitantes era, em 1997, de 1/1142, a maior da América Latina (FERREIRA, 1996/1997b; CFO, 2003).

A maioria dos alunos vem dos grandes centros maiores, e ao concluírem o curso de graduação retornam a esses centros ou procuram cidades maiores na região, para sua fixação, motivo esse que não justificaria a criação de novos cursos em cidades do interior (FERREIRA, 1996/1997b).

Há um consenso entre as instituições ligadas à Odontologia, inclusive documentos formais recomendando: a suspensão de novos cursos nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste; a criação de novos cursos, onde existe comprovada carência de profissionais e necessidade social; o desenvolvimento de política

adequada de expansão da Odontologia preventiva, dando ênfase à comunidade e a adoção de estratégia governamental para incentivar o Cirurgião-dentista a fixar-se no interior e realização de uma avaliação periódica dos cursos existentes (FERREIRA, 1996/1997b).

A questão da avaliação da qualidade dos cursos existentes ganhou força com a instituição do Exame Nacional de Cursos (ENC), implantado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) em 1996, com a instituição da Lei 9131/1995 que criou o "Provão". (SEABRA, 1999).

Atualmente, a questão da avaliação é imperiosa, em todos os setores da vida humana, especificamente no ensino superior, pois as universidades formam os profissionais que o mercado, o governo e a sociedade como um todo, irão contratar, e esses serão os atores responsáveis pelo aprimoramento e melhoria das condições de vida dessa sociedade.

Como uma prática nova, há que se entender que os aspectos operacionais do ENC são complicados e merecem ajustes ao longo do processo, considerando-se principalmente os critérios de avaliação propostos, porém o ENC tem importância fundamental, pois é um instrumento de informação que permite à sociedade conhecer e acompanhar a evolução e a formação de seus profissionais (Revista do Provão, 1999).

A Lei de Diretrizes e Bases (LDB), aprovada em 1996, estabelece as normas de estruturação do ensino brasileiro (BRASIL, 2003). Isto tem feito com que as

Instituições de Ensino Superior (IES) repensem o seu projeto pedagógico e proponham modificações curriculares, com o intuito de atender essa nova lei. Algumas distorções existem e devem ser corrigidas, como em algumas situações em que são realizados cursinhos preparatórios para o "provão". Comportamentos como esses trazem vieses ao processo de avaliação e não corrigem os problemas da formação profissional (CECCON, 2000).

O mundo do trabalho tem mudado numa velocidade vertiginosa, e com isso, necessário se faz adequar o perfil do profissional a ser formado, para sua melhor inserção na sociedade (Revista do Provão, 1999). Essas mudanças ocorridas são conseqüências, principalmente, da grande evolução tecnológica, da globalização, da crise econômica mundial, na era da informação em que vivemos.

O mercado não quer apenas um profissional formado, mas comprometido com a sociedade, que tenha em mente um grande desafio de aprender sempre (Revista do Provão, 1999; CECCOM, 2000).

O tema educação e mercado de trabalho é considerado nesse estudo como um processo de inter-relações, no qual fatores como a globalização, situação econômica, relações intencionais, condições sociais, culturais, políticas e tecnológicas exercem forte influência (GONDIM, 2002).

Menezes (1978) descrevia naquela época, as conclusões do documento final de uma reunião promovida pelo MEC e Ministério da Saúde e Assistência Social, onde foram discutidos os problemas relacionados à formação de recursos humanos em saúde. Neste documento, o autor retratando especificamente o capítulo da Odontologia, destacava que, sobre a "ótica qualitativa", o modelo odontológico brasileiro apresentava distorções facilmente identificáveis, no que se refere ao sistema de formação.

Segundo este autor os currículos eram organizados em função da maior ou menor influência de alguns professores; os coordenadores de cursos identificavam os excessos e as deficiências, porém tinham pouca autoridade, e às vezes eram impotentes para realizar correções; os problemas eram transferidos aos departamentos, e esses não realizavam na prática, a integração dos planos de ensino das diversas disciplinas e atividades (básicas e clínicas, teóricas e práticas e disciplinas afins). Resultavam daí currículos inadequados e incompatíveis com a realidade epidemiológica, social e econômica da população (MENEZES, 1978).

Souza (1982) já questionava a estrutura curricular dos cursos de Odontologia e indagava se os profissionais formados deveriam ser "pseudo-sábios" ou profissionais com "sensibilidade social" e "considerável experiência prática"; "especialistas com formação deturpada" ou "generalistas com suficiente cultura

médica”; “repositório de conhecimentos diversificados” ou “detentores da verdadeira dimensão social?”.

Para atuar em um mundo globalizado, com mercado altamente competitivo, exige-se um novo perfil profissional, o qual deve estar alicerçado em três grandes grupos de habilidades (GONDIM, 2002):

I – Cognitivas, obtidas comumente no processo formal de educação (raciocínio lógico, abstrato, resolução de problemas, criatividade, capacidade de compreensão, julgamento crítico e conhecimento geral);

II – As técnicas especializadas (informática, língua estrangeira, operação de equipamentos);

III - Comportamentos e atitudes (cooperação, iniciativa e empreendedorismo).

A ênfase na formação generalista e a ampliação das possibilidades de experiências práticas durante o curso são alternativas válidas para as exigências de um perfil multiprofissional adequado à realidade atual (GONDIM, 2002).

Na área odontológica, novas habilidades e comportamentos são requeridos, como determinam as Diretrizes Curriculares de 07/12/2001 que reconhece a “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”, de acordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2003).

Segundo esse documento, os cursos de graduação em Odontologia devem assegurar ao acadêmico, habilidades e competências como:

- "respeitar os princípios éticos e legais inerentes ao exercício profissional"
- "atuar em todos os níveis de atenção à saúde..."
- "atuar multidisciplinarmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente"
- "conhecer métodos e técnicas de investigação..."
- "planejar e administrar serviços de saúde comunitária...."
- "exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social..."
- "acompanhar e incorporar inovações tecnológicas..."

O documento ainda contém:

"Parágrafo Único: 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".

O artigo 3º trata do perfil do profissional a ser formado:

Artigo 3º - O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião-dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades inerentes 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 (BRASIL, 2003)

Com esse instrumento regulamentador, mudanças são esperadas na maioria das faculdades do país, para correção das estruturas curriculares excessivamente introvertidas, desvinculadas do meio ambiente, fragmentadas, e não adequadas à realidade social como no passado (VIEIRA, 1965).

Morin (2000) afirma que “conhecer o humano é, antes de mais nada, situa-lo no universo, e não separa-lo dele...” e ainda: “a educação do futuro deverá ser o ensino primeiro e universal, centrado na condição humana”.

Uma grande dificuldade encontrada hoje é a de se manterem atualizados os profissionais formados, tendo em vista o aumento em progressão geométrica da produção científica, tanto no aspecto qualitativo, quanto no quantitativo. Esse fato está levando as IES a implantarem estruturas curriculares com filosofia baseada no “aprender a aprender” e “aprender sempre”. Proliferam-se então, o Ensino à Distância, surgido nas Universidades no Século XX (BASTOS et al., 2002) e as diversas metodologias de educação continuada, as quais passam a ser avaliadas (BULLOCK et al., 1999).

Novas propostas surgem atualmente como estratégias pedagógicas centradas no aluno, visando um processo ensino-aprendizagem mais eficaz e eficiente, como o ensino baseado em competências e não em disciplinas (YIP et al., 2001). Segundo essa metodologia, o planejamento e desenvolvimento curricular são orientados para as necessidades e práticas odontológicas do futuro. A metodologia PBL - Problem Based Learning (Aprendizagem Baseada em Problemas), tem-se mostrado eficaz como processo educativo (DORAN, 2000; CHIARATTO, 2002).

De acordo com essa metodologia, é apresentado ao aluno um problema, como ele realmente ocorre, antes

de qualquer estudo. Em seguida discute-se o problema, e aplica-se o conhecimento prévio do aluno. São definidos então, os conteúdos ou áreas a serem estudados, a partir das discussões ocorridas. Através dos estudos, novos conhecimentos são adquiridos, tornando o aluno capaz de aprofundar-se no tema. Os estudos independentes permitem aquisição de habilidades e capacidades para compreensão e conclusão do problema (CHIARATTO, 2002).

Chaves, et al. (1999), em uma análise no que diz respeito à universidade, afirma que há consenso que a educação dos profissionais de saúde deve: ser relevante, orientada para os problemas de saúde da sociedade; definir com clareza o perfil do profissional que se quer formar; estimular o ensino interdisciplinar e até transdisciplinar; desenvolver aprendizagem em unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais da universidade, e complementar com aprendizagem em cenários da vida real, tanto em serviços como da comunidade; introduzir novas metodologias didáticas, com a diminuição de aulas teóricas e aplicação do ensino tutorial em pequenos grupos, aprendizagem baseada em problemas (PBL), estudo auto-dirigido; enfatizar a investigação aplicada e sempre que possível participativa, quando envolve a comunidade.

A investigação assume papel fundamental no ensino superior. Caricote (1997) recomenda que os programas acadêmicos rompam com a tradicional aula

magistral expositiva, introduzindo maneiras mais eficientes de exercer a docência, centrada no aluno. Que sejam utilizadas metodologias de ensino direcionadas à investigação-ação, bem como outras técnicas educacionais participativas. Recomenda ainda, a transformação dos programas dos cursos de Odontologia em projetos de investigação participativos, quando discute o papel da universidade como unidade geradora de novos conhecimentos (CARICOTE, 1997).

A Organização das Nações Unidas para Ciência e Cultura (UNESCO), organizou em 1998 a Conferência Mundial sobre Ensino Superior. No mesmo ano, apresentou a Declaração Mundial sobre a Educação Superior no século XXI e o Marco Referencial de Ação Prioritária para a Mudança e o Desenvolvimento da Educação Superior. Nesse último, destaca-se como ação prioritária de instituições, o estabelecimento de relações com o mundo do trabalho sobre uma nova base que incluam uma parceria com todos os agentes sociais envolvidos com a educação superior (UNESCO, 1998).

Nessa Conferência, em uma das exposições foram dadas orientações aos profissionais sobre "como se dar bem no mercado de trabalho": ser flexível, não se especializar demais, investir na criatividade, não só no conhecimento; aprender a lidar com as incertezas; preparar-se para estudar a vida toda; ter habilidades sociais e capacidade de expressão; estar pronto para assumir responsabilidades, ser empreendedor, entender

as diferenças culturais; conhecer novas tecnologias, como a Internet (FERREIRA, 1998b).

Ainda na Declaração Mundial sobre a Educação Superior no Século XXI, o artigo 17 ressalta a importância fundamental que as parcerias desempenham atualmente na educação:

“Parcerias e alianças entre as partes envolvidas, pessoas que definem políticas nacionais e institucionais, pessoal pedagógico em geral, pesquisadores e estudantes, pessoal administrativo e técnico em instituições de educação superior, o mundo do trabalho, e grupos da comunidade constituem um fator poderoso para administrar transformações. As organizações não-governamentais também são agentes fundamentais nesse processo” (UNESCO, 1998).

Na realidade, a parceira representa atualmente uma palavra-chave em qualquer área da atividade humana. É inegável o crescimento da Odontologia, em termos de avanços tecnológicos, porém há necessidade de se fazer chegar à população brasileira esses avanços. Para maior aproximação e integração do profissional formado, com a realidade regional e nacional, é necessário o estabelecimento de um currículo adequado ao perfil do profissional, requerido pela sociedade.

2.2. Estratégias utilizadas para a formação integral do cirurgião-dentista. atividades extramuros

Com o intuito de preencher algumas lacunas na formação profissional dos odontólogos, e fazer com que eles conhecessem a realidade social, algumas iniciativas foram propostas, como a criação de estágios supervisionados, serviços extramuros e a criação da clínica integrada em algumas IES.

Os estágios foram definidos pelo Decreto nº 87.497, de 1982 (CARVALHO, 1995). Os estágios curriculares podem ser integrados a instituições públicas e privadas, aos serviços, comunidade, e outros, mediante convênios.

A clínica integrada foi instituída formalmente no ensino odontológico a partir de 1970. A proposta da instituição da clínica integrada como disciplina no Brasil fundamentou-se na correção da estrutura curricular fragmentada, da maior parte dos cursos de Odontologia (POI et al., 1997).

Araújo et al., (2002) relata que a inserção da clínica integrada no ensino da Odontologia refletia a preocupação com a formação do cirurgião-dentista clínico geral, com filosofia preventiva e visão holística do paciente.

Vargas e Vasconcelos (1998) relataram a criação da clínica integrada de atenção primária na Universidade Federal de Minas Gerais, visando a formação de um profissional com visão crítica e que seja

capaz de atuar ao nível das necessidades globais da comunidade.

Algumas estratégias foram implantadas, com o objetivo de levar o acadêmico da área de saúde a conhecer a situação de saúde da população, e fazê-lo capaz de propor soluções para os principais problemas encontrados.

As atividades de Integração Docente Assistencial (IDA) surgidas no final das décadas de 60, visavam aproximar a Universidade do serviço, através das práticas extramuros desenvolvidas na rede pública (WERNECK e LUCAS, 1996).

Nessa época, vários projetos surgiram nas diferentes Universidades do país, especialmente nas públicas, das quais, algumas delas aperfeiçoando a idéia, continuam desenvolvendo e acompanhando a evolução dos Sistemas Locais de Saúde.

Stelluto Júnior (1994b), em artigo criticando a questão do acesso aos serviços odontológicos no país e a quantidade de necessidades odontológicas acumuladas, cita a importância do sistema público de atenção à saúde. A Odontologia Social é ressaltada pela sua importância nos cursos de formação, especialmente pelo desenvolvimento em algumas IES de programas de saúde coletiva, através de atividades extramuros.

Projetos importantes visando maior integração entre o acadêmico, os serviços de saúde e a sociedade como um todo, estão sendo desenvolvidos pelas

faculdades, como o internato rural na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, um programa de estágio curricular supervisionado, no qual o processo educacional é orientado em função do desenvolvimento sócio-econômico da população alvo e da inserção no SUS (FERREIRA, 1995).

A FOA-UNESP implantou em 1965, atividades de extensão universitária extracurriculares, o Serviço Odontológico Rural (SOR) e, posteriormente o Serviço Odontológico Urbano (SOU), como parte do SEMO (Serviço Extramuro Odontológico), (ARCIERI et al., 2002). O SEMO foi criado com a intenção de aproximar o acadêmico do contexto social, no qual ele irá atuar e em seus objetivos direcionados ao ensino, à pesquisa e à extensão de serviços à comunidade. No SEMO, acadêmicos supervisionados por Cirurgiões-dentistas do serviço público, e docentes, desenvolvem programas de atenção à saúde bucal integral, com atividades educativo-preventivas e curativas, em localidades rurais e urbanas do município de Araçatuba – SP. O impacto do SEMO na formação dos acadêmicos foi avaliado, tendo os resultados mostrado que 86,7% dos acadêmicos afirmaram ter adquirido habilidades para atuação em saúde pública, e 77,8% acreditam que o programa deveria ser estendido aos acadêmicos de outras séries. (AMORIN et al., 2000).

A partir da década de 1980 surgiram vários programas comunitários no Brasil.

Ricci et al. (1984) afirma que a “Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde” realizada em setembro de 1978 em Alma-ata (antiga URSS), patrocinado pela OMS e UNICEF influenciou fortemente a revisão e instituição de modelos de formação de profissionais generalistas em saúde, com visão social ampla. No documento final há recomendação para se formar “pessoal de investigação, a fim de promover a auto-responsabilidade”; e também novo pessoal de saúde da comunidade.

Os autores descreveram no artigo as diretrizes para implementação de programas comunitários no ensino da Odontologia e afirmaram que “cabe à Universidade a formação de recursos humanos para atuarem em equipes multiprofissionais integradas, com o propósito do bem comum”. (RICCI et al., 1984).

Oliveira et al. (1986) descreveram o programa docente-assistencial desenvolvido pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, em convênio com a Prefeitura Municipal de Paulínia, SP, direcionada aos escolares. Os autores enfatizaram a integração com a área médica e o desenvolvimento de atividades educativas, preventivas e curativas. pelos acadêmicos de Odontologia no Centro de Saúde Municipal.

Silva-Netto e Silva (1987) descreveram as atividades extramuros iniciadas em 1980, com acadêmicos da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto – USP, de forma voluntária, o que perdurou até

1985. A partir daí tornou-se uma atividade obrigatória dos cursos de graduação, atendendo a exigência da resolução nº 4, do Conselho Federal de Educação, de 1982. A motivação e a participação dos acadêmicos foram considerados fatores positivos das atividades extramuros.

A Universidade Federal do Maranhão implantou um programa de interiorização, chamado AEI – Assessoria Especial de Interiorização, com o objetivo de associar o ensino aos serviços de saúde da rede pública. (STELLUTO JÚNIOR, 1994).

Werneck e Lucas (1996) descreveram a estrutura do estágio supervisionado na UFMG, implantado com o objetivo de instrumentalizar o aluno, para que o mesmo tivesse uma base, acerca dos conhecimentos sobre as políticas públicas de saúde, a fim de ingressar na rede de serviços do sistema local de saúde.

Cortes Segura et al. (1995) em estudo publicado sobre os programas extramuros nas instituições de ensino de Odontologia na América Latina e nos EUA concluem que normalmente são coordenados pelos Departamentos de Odontologia Preventiva e Social. A população alvo apresentou-se muito diversificada; os programas da América Latina são dirigidos principalmente à atenção primária e nos EUA, à atenção secundária e terciária. As avaliações realizadas pelos programas mostram que os programas extramuros são

elementos importantes para a formação integral do Cirurgião-dentista.

Medeiros (1997), num artigo de revisão bibliográfica, descreve as experiências de projetos que visavam integrar a academia aos serviços. O autor relata diversas experiências extramuros, desenvolvidas por universidades de diferentes países, como EUA, Panamá, México, Equador, Venezuela e Guatemala, inclusive no Brasil. Ele concluiu que a implantação de metodologias, como as atividades extramuros, constitui-se em elementos vitais para o aprendizado do estudante.

Richards et al. (2002), descreveram a experiência de estudantes australianos em serviços odontológicos rurais, e concluem que os resultados obtidos com a prestação de serviços vieram complementar o objetivo primário, de influenciar a atitude dos estudantes para a prática odontológica na zona rural. Fizeram ainda uma análise de custos dos serviços, e concluíram que havia economia de recursos financeiros com a inserção de estudantes de Odontologia nos serviços, e que os mesmos sentiam-se motivados para atuação nas áreas rurais.

Costa et al. (2000) realizaram uma pesquisa sobre os programas odontológicos extramuros realizados nas universidades brasileiras. Do total de 92 Faculdades de Odontologia existentes naquele ano, foram consideradas 86, as quais já havia formado pelo menos uma turma. Tópicos com características atividades

extramuros, objetivos, tipos, disciplina envolvidas e instituições parceiras foram analisadas. Os resultados referem-se a 44 questionários (51%), sendo metade de escolas públicas e metade de escolas privadas. Todos os cursos que responderam desenvolviam programas extramuros. Os autores discutiram que as Faculdades que não responderam provavelmente não realizavam qualquer tipo de programa extramuro. A Disciplina de Odontologia Preventiva e Social, como responsável dos programas, aparece na grande maioria das IES, os convênios existem em 88,4% delas, quando são comparadas as faculdades públicas com as privadas, verifica-se que há predomínio e ações preventivas e educativas, e em menor percentual as atividades clínicas, as quais na sua maioria ocorre nas faculdades públicas. Os autores concluem, reafirmando a importância das atividades extramuros para a formação do profissional de Odontologia.

O Projeto UNI surgiu no início dos anos de 1990, como uma proposta de fortalecer os laços entre: a comunidade, os serviços e a Universidade (VENTURELLI, 1999; CHAVES et al., 1999). Pode significar União, Universidade, Unidade, ou Uma Iniciativa em Educação das Profissões de Saúde, como foi chamado. Financiado pela Fundação Kellogg's pode ser encontrado em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil. (CHAVES, 1994), implantado em algumas Faculdades (CHIARATTO, 2002).

2.3. A situação epidemiológica, o perfil do profissional de Odontologia e o SUS

O setor de recursos humanos em saúde carrega o privilégio de reunir no seu contexto dois dos principais pilares de sustentação da cidadania, que são a educação e a saúde (CORDÓN, 1998).

A questão que se impõe no momento é a de formar profissionais cidadãos, capazes de transformar a realidade social, na busca da melhoria da qualidade de vida da sociedade.

As universidades continuam formando grandes quantidades de profissionais (Médicos, Dentistas, Enfermeiros, Nutricionistas, etc.), que na sua maioria desconhecem o SUS, seus princípios, o processo de municipalização, novos modelos de atenção, como o PSF (Programa de Saúde da Família). (CORDÓN, 1998).

Pinto (2000) afirma que o aparelho formador de profissionais de saúde é um sub-sistema do sistema de saúde.

Na década de 1980, Chaves (1986) declarava que na formação e recursos humanos em Odontologia, o processo educacional deve ser eficiente; a quantidade

formada deve ser suficiente; a qualidade deve ser adequada; e a entrega (prestação de serviços) deve ser econômica.

No caso da Odontologia, neste início de século, o que se nota é uma situação de contra-senso: enquanto a tendência epidemiológica de uma das nossas duas principais doenças é no sentido descendente, a tendência de produção de profissionais é no sentido ascendente, a julgar pelo número crescente de Faculdades (CHAVES, 1993).

Há consenso sobre a tendência mundial no declínio da cárie dentária. A adoção da filosofia de promoção de saúde, e a aplicação de métodos de comprovada eficácia, como a fluoretação das águas de abastecimento público e o uso de dentifrícios fluoretados tem proporcionado nos últimos anos grandes reduções nos índices de cárie dentária, em diversas partes do mundo (PETERSON e BRATTHALL, 1996).

No Brasil, isso também pode ser observado. Dados de levantamentos nacionais realizados em 1986, na zona urbana, mais especificamente nas capitais e também em 1996 mostraram CPOD aos 12 anos de idade, 6,67 e 3,12 respectivamente, o que representa uma redução de 53,22% quando comparados (BRASIL, 1986; FERREIRA, 1993; FERREIRA, 1994; FERREIRA, 1997b).

No estudo de 1996 foram examinados 30.240 crianças do país e a região que teve o menor índice médio foi a Sudeste, com um CPOD de 2,06 aos 12 anos.

Embora a redução nos índices de cárie dentária no Brasil seja um fato comprovado, não se pode ignorar que são números médios e que os contrastes sociais existem nesse país de dimensões continentais. Chega-se a verificar populações com altos indicadores sociais, e reduzido CPOD, convivendo lado a lado com populações em situação de extrema pobreza com CPOD elevado. Portanto, há ainda muito o que se fazer para reverter esse quadro de desigualdade.

Quanto à cárie dentária, sabendo que ela possui estreitas relações com os indicadores sociais, necessário se faz o desenvolvimento de modelos assistenciais que visem melhorar o acesso da população a cuidados com a saúde. Nesse sentido, alguns programas estão em curso, com base nos princípios do SUS: programas de inversão de atenção, cujo princípio básico é a mudança do enfoque de "cura" para o de "controle". A Odontologia, a partir do núcleo familiar é um outro programa que se estrutura a partir de 1970, com a figura do médico de família (OLIVEIRA et al., 1999).

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde propõe uma nova maneira de atuar sobre o processo saúde-doença, através da reestruturação da atenção primária.

O reordenamento da prática odontológica, com mudanças na abordagem no processo saúde-doença é o aspecto fundamental para melhoria das condições de saúde bucal da população. A prática "iatrogênica-

mutiladora, dentistocêntrica, biologicista, individualista, centrada no técnico e pouco resolutiveira”, a qual possui traços idênticos no setor público e privado, muito pouco contribuiu para a saúde bucal da população (OLIVEIRA et al., 1999).

Os avanços que aconteceram nos últimos anos, no Brasil, são resultantes do re-delineamento do Sistema de Saúde, após a Constituição Federal de 1988. Um deles foi a ampliação da atenção básica, através de programas prioritários, como: Programa de Agentes Comunitários, e posteriormente Programa de Saúde da Família (BRASIL, 1988; BUS, 2002).

No âmbito da Saúde, a Constituição Federal estabelece no seu artigo 200 que

“ao Sistema Único de Saúde compete:
III – ordenar a formação de recursos na área da saúde.

A Lei 8080 que regulamenta o SUS estabelece nos seus artigos de 27 a 30 que:

“a política de recursos humanos na área de saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos objetivos: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas permanente de aperfeiçoamento de pessoal...” (BRASIL, 1990).

A Lei 8142 (BRASIL, 1990b) complementa a Lei 8080 e trata da participação popular e controle social do SUS, com a definição dos Conselhos de Saúde e

Conferências em todas as esferas de governo. O controle social é a grande oportunidade de sucesso do SUS, pois garante a representatividade da comunidade e trabalhadores da saúde no processo de construção do Sistema, para tanto é necessária a capacitação desses segmentos.

Bus (2002) reafirma a importância das reformas curriculares dos cursos de graduação em saúde, do surgimento da educação à distância e dos cursos de mestrado profissionais na área da saúde.

O cirurgião-dentista do Século XXI tem que ser melhor capacitado para um novo tipo de prática, menos invasiva e restauradora e mais preventiva e educativa; mais atenta e capacitada para lidar com problemas de saúde bucal, como parte indissociável da saúde geral, ou seja, como um todo indissociável (FERREIRA, 1993).

Professor Mário Chaves questiona: será que o Brasil vai continuar necessitando de tantos cirurgiões-dentistas? Será que os profissionais formados estão preparados para a nova Odontologia que está sendo forjada pelas lentas e esperadas vitórias na área de prevenção?

Esse mesmo autor afirma ainda: "Parece que está havendo problema de quantidade e qualidade"; "Precisamos urgentemente repensar a Odontologia que queremos e a saúde bucal que esperamos para o Século XXI". (CHAVES, 1993).

2.4. Estudos sobre expectativas, perfil profissional e mercado de trabalho em Odontologia

Arbens et al. (1973) fizeram um estudo sobre os motivos que levaram os alunos da USP a optarem pela Odontologia como profissão. Cento e vinte e cinco alunos matriculados em 1964, 1965 e 1966 participaram do estudo, sendo que a maioria apontou o gosto pela ciências médicas, como o fator principal que motivou a escolha. Quanto aos resultados da pergunta sobre os concursos anteriores em outras faculdades, os autores verificaram que a maioria já havia feito, e, com frequência para medicina, 88,79%. Os autores concluíram que a influência da família ocorria principalmente no gênero feminino, e que grande parte, 42,86%, escolheu a FOUSP como 2ª opção. O autor concluiu que a Odontologia, como profissão, constituiu a 2ª opção para os candidatos com gosto pelas ciências médicas.

Madeira e Perri de Carvalho (1980), em um estudo com Cirurgiões-dentistas da região oeste do estado de São Paulo, objetivaram analisar o ensino e a prática odontológica. Foram enviados 600 questionários, porém o índice de retorno foi muito baixo, e os autores resolveram reenviar para 206 Cirurgiões-dentistas clínicos. Retornaram respondidos 80 (13,33%). 43 na primeira vez e

37 na segunda. A maioria informou (76,25%) ser importante as faculdades avaliarem a situação de seus ex-alunos; 48,75% afirmou ter dificuldades na prática profissional; 52,5% estavam conscientes de que deveria haver limitação na criação de cursos de Odontologia.

Parahyba-Neto et al. (1983) analisaram as características dos profissionais formados pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco, no período de 1961 a 1977 e que exerciam suas atividades profissionais no Estado de Pernambuco em 1981. Os autores concluíram que o elevado número de profissionais que atuam além do consultório, em instituições diversas da Odontologia, requer a formação de um profissional não apenas voltado para a prática na clínica privada, mas também com condições de organizar a administração dos serviços odontológicos.

Silveira e Córdon (1984) realizaram uma pesquisa para avaliar os problemas e dificuldades da mulher no Ensino da Odontologia. Foram enviados 682 questionários a todos os profissionais das 60 faculdades existentes na época. Do total, 10% retornaram respondidos. Os resultados mostraram que 13,2% tiveram problemas para tornarem-se profissionais. O motivo de maior freqüência da escolha da profissão de Cirurgiões-dentistas foi a opção "técnico-científica" (68%); 26% tinham vários motivos; 4% responderam opção familiar e 2% opção econômica.

Almeida Júnior et al. (1984) realizaram uma pesquisa objetivando analisar os motivos da escolha da profissão por 150 alunos matriculados no curso de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, nos anos de 1983 e 1984. O gosto pelas ciências médicas e gosto específico pela Odontologia foram os motivos mais apontados (61,30%); 43,3% tinham parentes Cirurgiões-dentistas, o que de certa forma influenciou na escolha pela profissão; 25,4% pretendiam fazer outro curso, com destaque para a medicina.

Vacariuc (1985) discutiu a crise que afetava e, mais fortemente nos dias de hoje, afeta a Odontologia. A autora fez uma análise da distribuição dos Cirurgiões-dentistas das capitais dos estados, e em relação ao território brasileiro, e concluiu sobre a má distribuição dos Cirurgiões-dentistas no Brasil, com uma grande concentração nos grandes centros econômicos.

Rocha, et al. (1985) analisaram o mercado de trabalho na região nordeste do Brasil, com base nos dados do CFO. Neste estudo os autores verificaram que o estado de Pernambuco possuía o maior percentual de Cirurgiões-dentistas, enquanto que o de Sergipe possuía o menor. Já, em 1985, os autores concluíram que as capitais dos estados nordestinos estavam com pletora profissional, e que 728 municípios não possuíam um único profissional.

As perspectivas profissionais de acadêmicos de Odontologia do Rio Grande do Sul também foram

estudadas por Botti e Santos (1986). Cento e oitenta e três acadêmicos de quatro Instituições de Ensino Superior do Rio Grande do Sul responderam a um questionário. Quando questionados se fariam vestibular para ingressar em Odontologia, 7% responderam que não, apresentando como motivo principal a necessidade de recursos financeiros para o início da carreira. A maioria, 59% relatou que pretendia arrumar emprego. Uma minoria (12%) pretendia trabalhar somente em consultório particular. Havia também a indicação da maioria para retardar o início da vida profissional, com a alegação que necessitavam de tempo para reorganizar a vida pessoal e fazer cursos de pós-graduação.

Gerbert et al. (1987) realizaram um estudo com profissionais formados entre 1980 e 1982, da Faculdade de Odontologia de São Francisco, Universidade da Califórnia – EUA. Os 362 egressos responderam um questionário, com 75 tópicos relativos ao currículo, sendo cada tópico analisado quanto à formação obtida na graduação e a importância para a prática. Os resultados mostraram que alguns tópicos eram considerados superdimensionados e outros insuficientes, de acordo com a percepção dos egressos. Os autores recomendaram mudanças no plano curricular da instituição.

Dolan e Lewis (1987), estudando as tendências quanto ao gênero na profissão odontológica, analisaram 3059 questionários que retornaram respondidos, de uma população de 14228 Cirurgiões-dentistas graduados em

1979, 1980 e 1981 nos EUA. Variáveis como atividades desenvolvidas, características de prática privada, qualificação pós-graduação, fatores que determinaram a escolha do local e o tipo de prática, dentre outras foram estudadas. Não houve diferença entre o gênero feminino e masculino, quanto à qualificação pós-graduação. Nos empregos públicos homens e mulheres tinham remunerações semelhantes. Os homens tinham maiores honorários na prática privada e as mulheres, nas faculdades ou em hospitais, tinham os piores salários. Os homens tinham remunerações significativamente maiores que as mulheres na prática autônoma. A diferença na carga horária de trabalho era de aproximadamente 4 horas por semana entre homens e mulheres.

Mc Ewen e Seward (1988), numa pesquisa para traçar o perfil da força de trabalho feminino, analisaram 3249 questionários respondidos por Cirurgiões-dentistas, formados nos anos 80. Trabalhavam em tempo integral 48%. A dificuldade de emprego foi observada, principalmente para recém-formados, aproximadamente 30% dos pesquisados; 20% do total tiveram algum tipo de dificuldade no exercício profissional.

Stewart et al. (1989) realizaram uma pesquisa com Cirurgiões-dentistas registrados nos Conselho de Odontologia e residentes no estado de Victoria - Austrália, os autores objetivaram avaliar o currículo de graduação, em relação à prática odontológica. Dos 1896 questionários enviados, 51% voltaram respondidos (975), e

continham informações sobre idade, gênero, tipo e local da prática profissional e qualificação. Esse estudo foi dividido e publicado em 4 partes: Parte I – com dados sobre aspectos gerais da formação na graduação; Parte II – Stewart et al. (1990a) descrevendo a situação dos recém-formados e formandos; Parte III - Stewart et al. (1990b) sobre tendências na prática clínica geral; e Parte IV - Stewart et al. (1990c) prática odontológica especializada.

Na parte I da pesquisa (STEWART et al. 1989) observaram que a grande maioria (85%) estava exercendo a prática odontológica no setor privado, 82% eram clínicos gerais, e apenas 8% especialistas. A maioria indicou a administração de serviços como conteúdo importante a ser acrescido no curso de graduação.

A parte II (STEWART et al. 1990a) descreve o resultado de 125 recém-formados e 47 estudantes, quanto à percepção desses sobre os diferentes conteúdos abordados na graduação. Acima de 60% dos pesquisados indicaram algumas áreas consideradas insuficientes na graduação, dentre elas, aspectos relativos aos equipamentos odontológicos, aspectos éticos e legais da profissão, práticas em desordens temporomandibulares e implantes.

A parte III (STEWART et al. 1990b) descreve a situação dos profissionais que estavam exercendo a Odontologia na mesma localidade, por no mínimo cinco anos. Os resultados referem-se à carga horária de trabalho clínico, volume de pacientes e competitividade.

A taxa de questões não respondidas foi de 24% para esses itens. Na prática clínica, as maiores proporções de tempo dispendido corresponderam às disciplinas clínicas como: dentística, preventiva, endodontia e diagnóstico. Não houve aumento de demanda de serviços, principalmente em regiões rurais, e os clínicos praticamente expandiram a gama de serviços. Aproximadamente, o dobro de Cirurgiões-dentistas relatou um aumento no número de pacientes (44%), quando comparados com aqueles que relataram diminuição (26%).

Na parte IV (STEWART et al. 1990c) os resultados foram apresentados de acordo com a seguinte divisão: especialistas/prática restrita e clínicos gerais, que cursaram pós-graduação na Universidade de Melbourne, entre 1982 e 1987. Nessa parte do estudo, 111 respondentes foram considerados, 11% do total, (975). Os ortodontistas representavam o maior grupo de especialistas, seguidos dos cirurgiões. A demanda de pacientes foi classificada como: declinando, sem alteração, aumentando. A maior taxa de declínio no número de pacientes foi observada nas áreas de ortodontia e endodontia. Os autores relataram que a grande quantidade de cursos de ortodontia de curta duração fez com que os clínicos se capacitassem para realizar alguns tratamentos, o que fez com que a demanda de pacientes para os especialistas diminuísse. Essa situação é ainda agravada pelo fato de que, com o declínio da cárie, os especialistas em odontopediatria provavelmente estão direcionando parte

de suas atividades para a ortodontia. Os autores concluíram que a situação de Victória não era de excesso naquele momento, porém há forças potenciais que levarão ao declínio do número de especialistas, particularmente nas áreas de endodontia, odontopediatria, periodontia e prótese.

Brennan et al. (1992) publicaram um estudo realizado na Austrália, sobre jornada de trabalho de 566 Cirurgiões-dentistas, 361 do gênero masculino e 205 do feminino, e concluíram que as horas trabalhadas por ano, no exercício da Odontologia foram significativamente maiores entre os Cirurgiões-dentistas do gênero masculino. Dentre as mulheres, as que tinham filho de pouca idade, tinham menor carga horária profissional.

Costa et al. (1992a), realizaram uma pesquisa com todos os Cirurgiões-dentistas inscritos no CROSP, atuantes na grande São Paulo, por meio de envio de questionário, com o objetivo de avaliar a formação obtida nos cursos de graduação. Do total de questionários enviados, 7% retornaram respondidos. Os autores concluíram que a formação na faculdade deve ter como base critérios realísticos e concretos; 14 títulos foram propostos para avaliação e todos superaram a casa dos 60% de aprovação, com exceção da prótese total que teve 53% de respostas suficientes.

Costa et al. (1992b), no mesmo estudo sobre os Cirurgiões-dentistas da Grande São Paulo, analisando os dados de formação pós-graduação, observaram que a

grande maioria era formada por clínicos gerais e dos que eram especialistas (24%), poucos dedicavam-se exclusivamente à área estudada. Do total de Cirurgiões-dentistas, 76% fez a opção pelo curso de Odontologia por interesse pelo trabalho do Cirurgião-dentista, porém, um em cada quatro indicou a perspectiva de ganho e o prestígio social como motivos da escolha. Estavam insatisfeitos financeiramente 58% do total de pesquisados; 40% dependiam parcial ou totalmente de um emprego para viver.

Oliveira (1993) realizou estudo em 300 Cirurgiões-dentistas do município do Rio de Janeiro, procurando estabelecer o perfil profissional. Nesse estudo foi observado que aproximadamente 55% estava insatisfeito com a remuneração obtida com o exercício da profissão; 53,67% não frequentou qualquer tipo de curso de pós-graduação. Do total, 95,67%, exercia atividade profissional autônoma.

Mattheus e Scully (1993) analisaram as tendências de inscrições para ingresso nos cursos de Odontologia nas universidades do Reino Unido e verificaram que havia um crescimento no número de inscrições ao longo dos anos, porém, algumas faculdades já tinham taxas de inscrições menores que outras. Os autores concluíram que as escolas que aceitavam um padrão "A" menor que as demais tinham maior número de inscrições e que isso era fato presumivelmente por questões financeiras, para preenchimento de vagas

disponíveis. Os autores afirmaram que fatores pessoais, sociais e culturais influenciavam na escolha da universidade, e que seria um equívoco afirmar que escolas com maior número de inscrições seriam necessariamente as "melhores escolas".

Em estudo realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade do Pacífico – Califórnia – EUA, foi analisada a capacidade para realizar alguns procedimentos odontológicos de recém formados daquela instituição. Os autores observaram que as fontes de aprendizagem dos procedimentos diferiram de acordo com a frequência de realização. Os procedimentos mais frequentemente realizados foram aprendidos na Faculdade (95%), e os menos realizados em cursos de educação continuada (82%). Não foram encontradas diferenças na análise, quanto ao número de anos de exercício profissional. (CHAMBERS; ENG JÚNIOR, 1994).

Souza Cruz e Silva (1996), estudando os motivos que levaram 100 estudantes da Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas, a optarem pela Odontologia como profissão, concluíram que os motivos mais frequentes informados pelos mesmos foram: trata-se de profissão da área biológica; de possibilitar o exercício liberal e de proporcionar perspectiva de retorno financeiro. Os fatores econômicos exerceram maior influência nos estudantes do gênero masculino.

Carvalho e Carvalho (1997) analisaram o perfil sócio-econômico de 309 formandos de Odontologia de

diferentes instituições, verificaram que a maioria dos formandos pertencia a famílias com renda mensal e nível de escolaridade, concluíram que no curso há dificuldades de integração entre disciplinas e os mesmos preparam para uma prática curativa. A maioria foi motivada a fazer o curso por vocação, vontade de atender o próximo, relação com parentes e profissão rendosa.

Holmes et al. (1997) realizaram uma pesquisa sobre a competência auto-avaliada de 439 profissionais formados na Faculdade de Odontologia de Colorado, Denver, EUA, entre 1985 e 1994. Os Cirurgiões-dentistas sentiam-se mais capacitados a tratar cárie dentária e suas seqüelas e menos capacitados a diagnosticar e tratar dor orofacial, e desordens temporomandibulares. No levantamento foram identificados os pontos fortes e fracos do currículo vigente, de acordo com a percepção dos egressos.

Garcia et al. (1997), realizaram um estudo sobre as características do mercado de trabalho das principais cidades de Santa Catarina. Foram selecionados 24 municípios do estado e descritos a população, área, número de Cirurgiões-dentistas, relação Cirurgião-dentista/Habitante e base econômica. Concluíram que cinco deles eram de "melhor índice", ou seja, com um número de habitantes maior por cada Cirurgião-dentista.

Brown e Lazar (1998) analisaram dados de levantamentos realizados pela ADA, sobre o número de horas trabalhadas por Cirurgiões-dentistas de clínica

privada em tempo parcial (até 30 horas). Eles apresentaram dados de 1982, 1987, 1991 e 1995. Concluíram que o número de Cirurgiões-dentistas em atividade privada cresceu 21,7% entre 1982 e 1995. O número de Cirurgiões-dentistas de clínica privada em tempo integral diminuiu de 85,8% para 76,2%.

Greenwood et al. (1998) em pesquisa realizada no Canadá, na Faculdade de Odontologia de Toronto, durante o processo de revisão curricular do curso, verificaram a relevância de conteúdos para uma futura prática de clínica geral. Os autores avaliaram a auto-percepção das competências obtidas na graduação, de acordo com uma lista de competências elaborada pela Associação Canadense de Faculdades de Odontologia. Do total de recém-formados e formandos participantes, 70% responderam sentir-se bem preparados para aproximadamente 69% dos procedimentos listados, especialmente para os procedimentos básicos (*bread and butter* - pão e manteiga) de dentística, como restaurações, exames clínicos, planos de tratamento, anestesia. Sentiram-se menos preparados nas áreas de administração financeira e para procedimentos como biópsia de tecidos moles e tratamento de dor orofacial crônica. Maior detalhamento desses resultados foi obtido através de técnicas de grupos focais com os pesquisados.

Baldwin et al. (1998) realizaram um estudo com formandos de 1991 a 1994, antes e após a introdução do treinamento vocacional "obrigatório". 183 profissionais

formados na Escócia responderam um questionário. A maioria, 61%, praticava clínica geral; 85% trabalhavam em tempo integral. Na escolha da carreira, os homens foram mais influenciados pelos fatores financeiros e as mulheres pela possibilidade de emprego em tempo parcial. Apesar da recente publicidade adversa sobre a prática da clínica geral, muitos Cirurgiões-dentistas jovens vêem seu futuro neste setor da profissão. Os autores demonstraram preocupação com o pequeno número, comparativamente que deseja trabalhar no serviço hospitalar e na universidade.

Costa et al. (1999) realizaram uma pesquisa com 152 acadêmicos, sendo 78 e 74 respectivamente, do primeiro e último ano do curso de graduação da FOA/UNESP, no ano de 1998. A idade variava entre 17 e 29 anos. O principal motivo da escolha foi por ser uma profissão liberal, 40,42% (acadêmicos do primeiro ano) e 37,54% (acadêmicos do último ano). Quanto às perspectivas para o início da carreira, 29,5% dos acadêmicos do primeiro ano e 6,6% dos do último ano pretendiam iniciar a carreira em seu próprio consultório. A situação do mercado de trabalho foi apontada como uma dificuldade por 56% e 44% dos acadêmicos do primeiro e último anos, respectivamente.

Wells e Winter (1999) estudaram os aspectos específicos relacionados à satisfação no trabalho dos Cirurgiões-dentistas. Foi aplicado um questionário a 987 profissionais em Kentucky. A satisfação do trabalho como

um todo, foi atribuída a seis aspectos: respeito, salário, autonomia de tratamento, stress, relações com pacientes e tempo profissional. Não houve associação entre estudantes que tiveram dependência (déficit) e satisfação no trabalho.

Carel e Quim (2000) verificaram o padrão de prática odontológica de recém formados de 1989, 1990, 1992,1994, 1996 e 1998. Do total de 247 profissionais, responderam às perguntas por telefone, 39% (106). A maioria dos participantes (85%) estava atuando no setor privado, sendo: 50% - prática individual; 21% - empresa de odontologia de grupo; 14% - emprego no setor privado.

Newton et al. (2000) realizaram um estudo no Reino Unido com a intenção de analisar a prática profissional por Cirurgiões-dentistas homens e mulheres. Foram enviados por correio questionários para um em cada dez Cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Geral de Odontologia. Responderam ao questionário 1798 dentistas. Os autores analisaram 3 categorias de prático-clínico geral, Odontologia hospitalar e Odontologia comunitária, e verificaram que uma maior quantidade de homens ocupavam cargos mais importantes, quando comparados com as mulheres.

Atchinson et al. (2002) objetivaram avaliar atividades de clínicos gerais, especialistas, Cirurgiões-dentistas que fizeram residência em clínica geral, Cirurgiões-dentistas que cursaram estudos avançados em clínica geral e os padrões de prática odontológica,

verificando inclusive diferença entre os gêneros. Enviaram questionários para 6.725 Cirurgiões-dentistas formados em 1989, 1993 e 1997, na Faculdade de Odontologia de Los Angeles – Califórnia – EUA. Essa pesquisa era parte de um estudo maior que objetivava avaliar o impacto do financiamento federal nos programas de pós-graduação de clínica geral. Houve um retorno de 30% (2.029) de questionários respondidos, e os resultados mostraram que 49% eram clínicos gerais; 7% tinham estudos avançados em Odontologia geral; 20% tinham residência em prática geral e 24% eram especialistas. Os clínicos gerais estavam na sua maioria na clínica privada. Os especialistas tinham o maior número de pacientes, sendo que os homens possuíam mais que as mulheres. Os profissionais que tinham educação avançada em Odontologia geral, os especialistas e as mulheres reportaram cargos nas Faculdades, como uma ocupação secundária. Os autores concluíram que os diferentes programas de pós-graduação resultaram em diferenças de empregos e padrões diferentes de práticas.

A tendência para o crescimento da participação feminina na profissão foi estudada por Saliba et al. (2002), em duas instituições de ensino da região noroeste do estado de São Paulo: UNOESTE e UNESP/FOA. Os autores, analisando os bancos de dados de egressos dessas instituições, observaram um aumento expressivo no número de mulheres na Odontologia, atentando para

o fato da consequência negativa que poderá ocorrer, como a queda nos índices de remuneração, fato observado em profissões, hoje predominantemente feminina. Nas faixas de até 30 anos e de 30 a 50 havia mais Cirurgiões-dentistas do gênero masculino do que feminino. O número de homens somente é maior do que o de mulheres na faixa etária de 50 anos e mais: 19586 Cirurgiões-dentistas do gênero masculino e 4.885 do gênero feminino.

Nicoliello e Bastos (2002) realizaram uma pesquisa com 60 Cirurgiões-dentistas do município de Bauru, sendo 30 com até cinco anos de formado e 30 com mais de cinco anos, para verificar a satisfação profissional. Foi utilizado um questionário, com 33 perguntas fechadas, com apenas duas alternativas (Sim ou Não). Os autores observaram diferenças em alguns aspectos relacionados à satisfação profissional. Os profissionais recém-formados encontravam-se mais insatisfeitos com a profissão. Segundo os autores, a Odontologia não tem conseguido oferecer a esses novos profissionais tudo aquilo que esperavam enquanto eram estudantes, nem mesmo suas atuais aspirações profissionais têm sido realizadas.

Bullock et al. (2002), preocupados com a migração de profissionais, depois da criação da União Européia, analisaram a formação de profissionais nos cursos de graduação em Odontologia de 3 países, Reino Unido, Suécia e Polônia. Foram avaliados: o processo de

seleção dos ingressantes, o currículo, a natureza e forma de avaliação e o financiamento do curso. Nesses três países, os cursos têm duração de 5 anos. Todos começam com ciências básicas e vão ao longo dos cinco anos acrescentando as atividades práticas e clínicas. O modo de seleção na Polônia e Reino Unido é baseado nas notas obtidas do exame nacional, ao passo que na Suécia, dois terços ingressam por meio de entrevista e um terço somente são aqueles que obtiveram melhores resultados no exame nacional. Na Inglaterra, os estudantes pagam uma taxa fixa; na Suécia as universidades são públicas e na Polônia existem três formas de pagamento: estudantes estrangeiros pagam em dólar americano; financiado pelo governo e financiado pelo próprio aluno. Quanto á formação para a prática clínica, os autores concluíram que a formação nos três países preparam o Cirurgiões-dentistas para a prática da clínica geral, entretanto, existem diferenças quanto à técnicas e materiais empregados e filosofia de trabalho. Isso preocupa os ingleses, já que 14% dos Cirurgiões-dentistas registrados são imigrantes. Os autores ainda defendem um esquema de recertificação para o exercício profissional e um período de "treinamento vocacional seguido da graduação" para todos os Estados membros, bem como a presença de examinadores externos nos países membros da União Européia nos exames dos formados, para assegurar a uniformidade e continuidade do processo em todos os países.

Chambers et al. (2002) analisaram a prática e as deficiências dos 113 recém-formados, do período de 1986 a 1997, de escolas privadas. Os autores compararam a frequência de procedimentos pré-estabelecidos convencionais e não convencionais. Não houve associação entre o déficit educacional e a propensão em realizar procedimentos não convencionais. Cirurgiões-dentistas mais velhos e que se sentiram mais competentes foram menos conservadores. Os estudantes que se sentiram mais preparados na graduação, apresentaram capacidade de oferecer uma quantidade maior de opções de tratamento para seus pacientes.

Leggate e Russell (2002) publicaram um artigo descrevendo um estudo sobre a educação continuada na escola. Atitudes de 1357 clínicos e 212 Cirurgiões-dentistas "comunitários" ou Cirurgiões-dentistas de serviços públicos foram analisadas por meio de questionários semi-estruturados. Os autores verificaram que já em 2000, 2 anos antes da instituição do Exame de Revalidação Obrigatório do "General Dental Concil" (Conselho Geral de Odontologia), acima de 90% de dentistas clínicos de cuidados primários relataram participar de cursos de educação continuada. Um sexto dos clínicos e um terço dos dentistas de serviço público fizeram cursos de pequena duração. Uma das importantes barreiras citadas como opositoras ao aumento da qualificação foi o elevado custo, com nenhum benefício adicional.

Uma pesquisa foi realizada em 2002 pelo CFO, ABO Nacional, FNO e FIO, objetivando traçar o perfil do Cirurgião-dentista brasileiro. Seiscentos e catorze Cirurgiões-dentistas responderam a um questionário. A maioria, 89,6% trabalha como profissional "liberal", enquanto 26,2% têm emprego público e 11,1% emprego no setor privado. Do total, 57,3% fizeram curso de pós-graduação. (ABORJ, 2003)

3 Proposição

3 PROPOSIÇÃO

Os propósitos do autor no presente trabalho foram:

Analisar o perfil do profissional formado na Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, no período de 1989 a 1999 com relação aos seguintes aspectos:

- Inserção no mercado de trabalho
- Jornada de trabalho
- Remuneração
- Dificuldades encontradas no exercício profissional
- Formação pós-graduação
- Motivos de escolha da Odontologia como profissão
- Satisfação profissional
- Percepção sobre a formação na Faculdade de Odontologia de Araçatuba –UNESP

Verificar a existência de associação entre o tempo de formado e as variáveis estudadas.

4 MAT E MET

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 – População de estudo

A população alvo deste estudo foi composta por profissionais formados no período de 1989 a 1999 na FOA-UNESP, inscritos no CROSP, no ano de 2002.

Foi realizada uma consulta à base de dados da Divisão Técnica Acadêmica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba para obtenção de uma listagem com o nome completo dos egressos, no período considerado.

Posteriormente foram solicitados os endereços atualizados desses egressos ao Conselho Regional de Odontologia, já que a universidade possui apenas os cadastros de alunos, preenchidos no primeiro ano do curso de graduação, e possivelmente os endereços estariam desatualizados. De posse da lista do Conselho Regional de Odontologia, fez-se uma conferência com a lista de egressos da Faculdade, para checagem dos nomes e endereços faltantes.

De acordo com a listagem de egressos, fornecida pela Divisão Técnica Acadêmica da Faculdade de Odontologia da Unesp, foram formados 851 Cirurgiões-dentistas no período de 1989 a 1999. No Conselho Regional de Odontologia foi obtida uma listagem com 630 endereços, portanto, 221 egressos não foram localizados.

4.2 - O instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um instrumento para obtenção dos dados, com 27 questões abertas e fechadas, o qual permitia o registro de informações sobre a formação

profissional pós-graduação; características do exercício profissional, remuneração, a inserção no mercado de trabalho, os principais problemas encontrados no exercício da profissão, as queixas de saúde, entre outros (ANEXO 1).

4.3 - Estudo Piloto

Um estudo piloto foi efetuado, com egressos da Faculdade, no período considerado, com a finalidade de validação do instrumento de coleta de dados (SALIBA et al., 2001).

A partir das informações coletadas foi possível realizar a adequação do instrumento, a correção de questões e de problemas na apuração e análise de dados. Os resultados foram apresentados no Congresso da Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO (SALIBA et al., 2001).

4.4 - Coleta de dados

Foram enviados, via postal, para os 630 Cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, egressos da FOA – Unesp, os

questionários para serem respondidos, no primeiro semestre de 2002, mês de maio.

Nos envelopes havia, além do questionário, um envelope selado pré-endereçado para resposta e uma carta explicativa, contendo apresentação do pesquisador, descrições sobre as finalidades do trabalho e orientações sobre o preenchimento do formulário. Aspectos éticos relacionados à não identificação do profissional também foram informados (ANEXO 2).

4.5 – Apuração e Análise dos Dados

Os dados coletados foram processados com o uso do aplicativo EPI-INFO Versão 6.04 (DEAN et al., 1990) e posteriormente realizada a análise estatística.

As questões abertas foram analisadas inicialmente, por meio de uma leitura criteriosa das questões, e num segundo momento identificadas as palavras-chaves e as categorias para enquadramento.

As variáveis foram apresentadas em frequências absolutas e relativas. Foram aplicados os testes Qui-Quadrado e o teste exato de Fisher, de acordo com o tamanho da amostra, para verificação de associação entre as variáveis, adotando-se o nível de significância de 5% (SIEGEL, 1978).

4.6 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP. (ANEXO 3).

5 Resultado

5 RESULTADO

Dos 630 questionários enviados, 29 retornaram por motivo de troca de endereço ou endereço

desconhecido. Assim foram considerados 601 questionários, dos quais 214 retornaram respondidos (35,61%), considerado acima do esperado para esse tipo de estudo (ALPECK e SETTLE, 1985).

O Quadro 1 apresenta o número de egressos da FOA- UNESP, inscritos no CROSP, segundo o ano de formatura e o gênero.

Quadro 1 – Egressos da FOA-UNESP, inscritos no CROSP, segundo o ano de formatura e o gênero. Araçatuba-SP, 2003.

Ano da formatura	Gênero feminino	Gênero masculino	Total
	n %	n %	n %
1989	32 5,0	29 4,6	61 9,7
1990	35 5,6	22 3,5	57 9,0
1991	36 5,7	23 3,7	59 9,4
1992	43 6,8	25 4,0	68 10,8
1993	46 7,3	18 2,9	64 10,2
1994	35 5,6	29 4,6	64 10,2
1995	31 4,9	17 2,7	48 7,6
1996	44 7,0	13 2,0	57 9,0
1997	32 5,1	16 2,5	48 7,6
1998	29 4,6	24 3,8	53 8,4
1999	26 4,1	25 4,0	51 8,1
Total	389 61,7	241 38,3	630 100

Observa-se no Quadro 1 que 389 (61,7%) dos egressos são do gênero feminino e 241 (38,3%) masculino.

No Quadro 2 são apresentados os egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, que responderam os questionários, segundo o ano de formatura e o gênero.

Quadro 2 – Ano de formatura e gênero dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999. Araçatuba-SP, 2003.

Ano da formatura	Gênero feminino	Gênero masculino	Total
	n %	n %	n %
1989	8 33,3	16 66,7	24 100
1990	7 53,8	6 46,2	13 100
1991	6 40,0	9 60,0	15 100
1992	12 66,7	6 33,3	18 100
1993	13 72,2	5 27,8	18 100
1994	11 50,0	11 50,0	22 100
1995	5 55,6	4 44,4	9 100
1996	18 90,0	2 10,0	20 100
1997	10 76,9	3 23,1	13 100
1998	16 57,1	12 42,9	28 100
1999	14 51,9	13 48,1	27 100
Total	120 58,0	87 42,0	207 100

* 3 profissionais não responderam o ano de formatura e foram excluídos da amostra

** 4 profissionais não responderam à variável gênero

Os resultados apresentados a seguir referem-se a 211 egressos, pois foram desconsiderados os três cirurgiões-dentistas que não informaram o ano de formatura.

Na Figura 1 são apresentados os dados relativos ao estado civil. A maioria encontrava-se solteiro (57%); 40% casados; e 3% desquitado/divorciado.

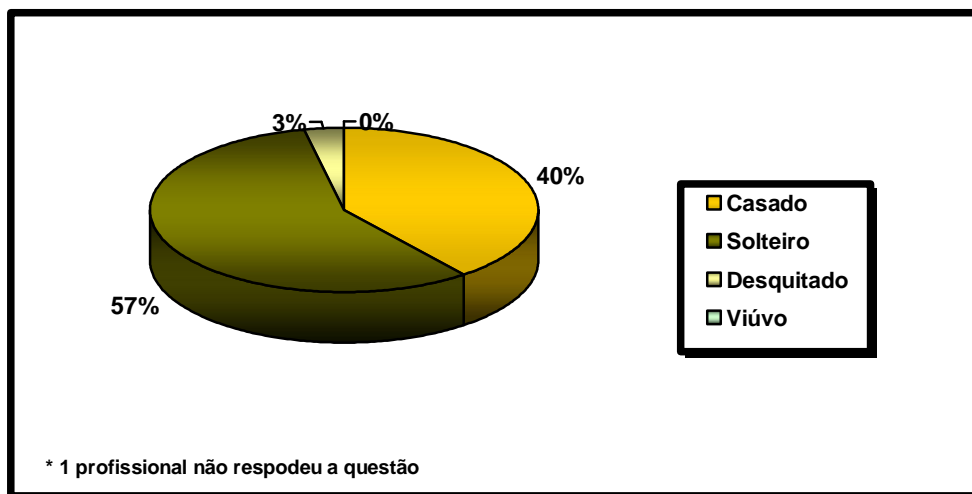


FIGURA 1 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, de acordo com o estado civil. Araçatuba-SP, 2003.

Os motivos relacionados à escolha da profissão são apresentados no Quadro 3. Neste caso, a questão permitia a escolha de mais de uma alternativa. Nota-se que a maioria 106 (50,7%) alegou ter optado pelo curso de Odontologia somente por vocação; 35 (16,7%) por influências familiares e 13 (6,2%) por motivos financeiros; status 5 (2,4%). Em alguns casos, mais de um fator motivou a escolha (6,8%).

Outros motivos foram citados por 36 (17,2%) dos participantes, dentre eles, destacam-se: proximidade com a área médica (3); segunda opção no vestibular (3); passaram somente neste curso, nos exames vestibulares (4); influenciados por cirurgiões-dentistas (2); para se

tornarem profissionais autônomos (3); "curiosidade" (1); "imaturidade" (1); não ter condição de estudar em outra cidade (2); profissão "cômoda e viável para mulher" (1); "não ter chefe" (1).

Quadro 3 - Motivos relacionados à escolha do curso de Odontologia pelos dos egressos da FOA- UNESP, no período de 1989 a 1999. Araçatuba-SP, 2003.

Motivo da escolha	n	%
Por vocação	106	50,7
Influências familiares	35	16,7
Motivos financeiros	13	6,2
Influências familiares e por vocação	6	2,9
Status	5	2,4
Motivos financeiros e por vocação	3	1,4
Motivos financeiros, Influências familiares e Status	2	1,0
Motivos financeiros, influências familiares e por vocação	1	0,5
Por vocação e Status	1	0,5
Por vocação e outros motivos	1	0,5
Outros motivos	36	17,2
*Total	209	100

* 2 profissionais não responderam à questão

A figura 2 representa as respostas referentes à questão sobre a expectativa dos egressos em relação à profissão, ao se formarem. Nota-se que 110 (52,63%) esperavam viver bem economicamente; 99 (37,32%) esperavam especializar-se; 78 (47,37%) trabalhar por conta própria; 42 (20,10%) trabalhar para melhora da saúde, portanto a preocupação com a questão financeira ficou caracterizada como a de maior importância em relação às expectativas dos egressos.

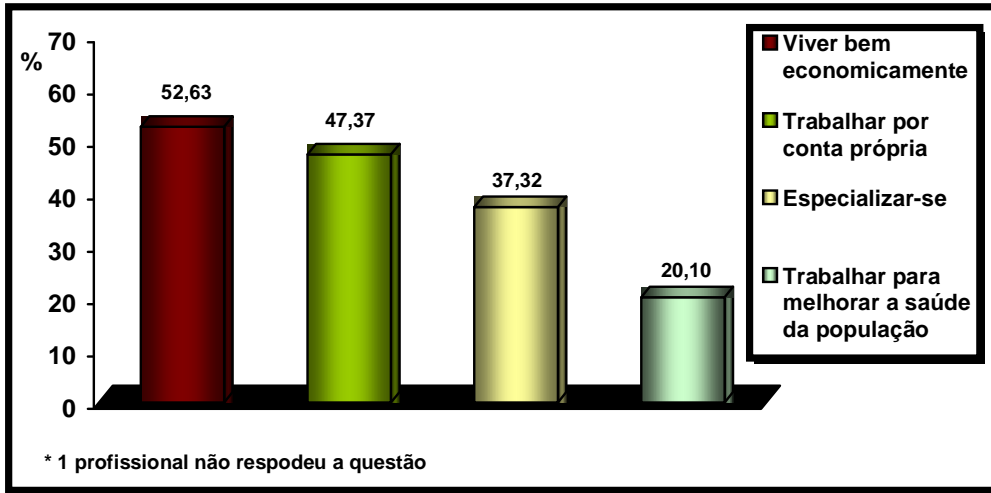


FIGURA 2 - Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, segundo suas expectativas em relação à profissão ao se formarem. Araçatuba-SP, 2003.

Os outros motivos (11) apontados foram: tornarem-se docentes (4); realizarem-se pessoal e profissionalmente (4); fazer mestrado (1); valorização da profissão (1); não sabia (1).

A Figura 3 mostra que a grande maioria estava exercendo a profissão. Dos 211 egressos da FOA-UNESP, apenas 5 (2%) não estavam exercendo a Odontologia. Os motivos alegados para o abandono da profissão foram: motivos financeiros (2), não gostavam da profissão (2), gestação complicada (1).

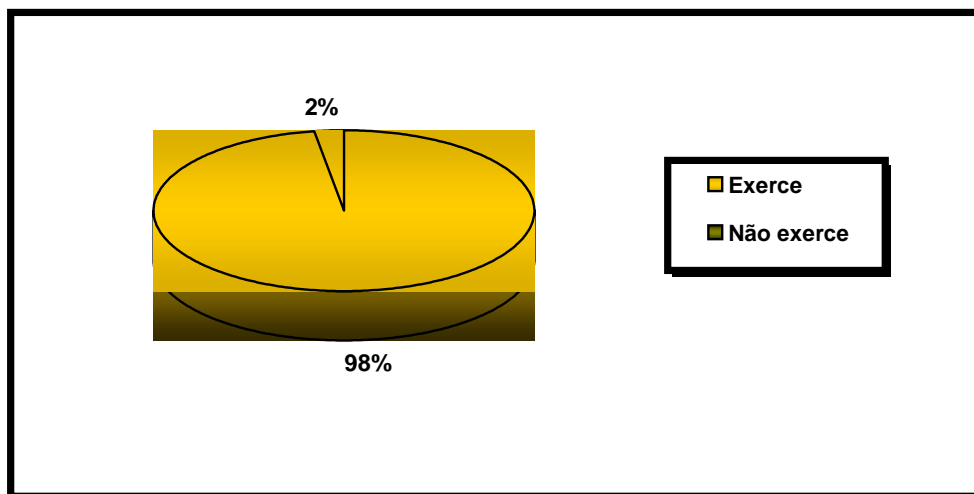


FIGURA 3 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, de acordo com o exercício da profissão atualmente. Araçatuba-SP, 2003.

Quanto ao tipo de atuação ou tipo de atividade desenvolvida pelos egressos, o Quadro 4 mostra que 94 (45%) trabalhavam somente como autônomos; 17 (8,3%) trabalhavam por porcentagem; 5 (2,4%) somente no serviço público; 40 (19,5%) atuavam no serviço público e também em outra modalidade; 10 (4,9%) são professores universitários. Doze (5,9%) atuavam em 3 modalidades e o restante atuavam em 2 modalidades 24 (11,7%).

Quadro 4 – Tipo de atividade desenvolvida pelos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, em atividade atualmente. Araçatuba-SP, 2003.

Modo de atuação	n	%
Dentista autônomo	94	45

Dentista autônomo e do serviço público	29	14,1
Dentista que trabalha por porcentagem	17	8,3
Dentista autônomo e trabalha por porcentagem	12	5,9
Dentista autônomo e contratado no setor privado	12	5,9
Professor universitário	10	4,9
Dentista autônomo e professor universitário	9	4,4
Dentista de serviço público	5	2,4
Dentista autônomo, trabalha por porcentagem e professor universitário	5	2,4
Dentista que trabalha por porcentagem e do serviço público	4	2,0
Dentista autônomo do serviço público e contratado no setor privado	3	1,5
Dentista autônomo, trabalha por porcentagem e serviço público	3	1,5
Professor Universitário e dentista do serviço público	1	0,5
Dentista que trabalha por porcentagem e professor	3	1,5
Dentista autônomo, trabalha por porcentagem e contratado no setor privado	1	0,5
*Total	205	100

* Um profissional não respondeu à questão

A Figura 4 ilustra a situação dos cirurgiões-dentistas autônomos quanto à condição do imóvel utilizado para o exercício profissional.

Dos cirurgiões-dentistas que atuavam como autônomos, apenas 59 (36%) possuíam imóvel próprio; 105 (64%) não possuíam e portanto, trabalham em imóvel alugado.

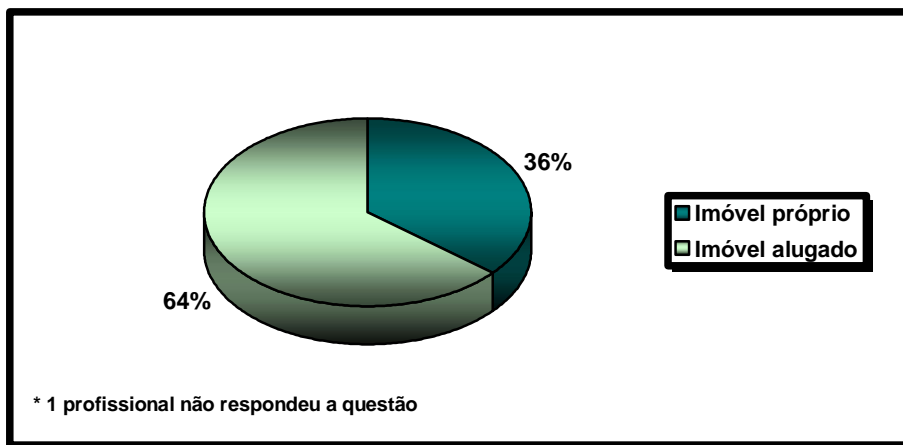


FIGURA 4 - Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, que atuavam como autônomos, segundo a condição do imóvel utilizado para o exercício profissional. Araçatuba-SP, 2003.

A Tabela 1 apresenta a condição do imóvel utilizado pelos egressos para o exercício da profissão de acordo com o tempo de formado, que para melhor visualização foi agrupado em duas categorias.

A proporção de imóvel próprio entre os formados há mais tempo foi maior.

A associação entre o tempo de formado e a condição do imóvel foi estatisticamente significativa como ficou demonstrado na Tabela 17.

Tabela 1 – Condição do imóvel dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, de acordo com o tempo de formado. Araçatuba-SP, 2003.

Condição do imóvel	Formados 1989 - 1994 autônomos	Formados 1995 - 1999 autônomos	Total

	n	%	n	%	n	%
Próprio	45	76,3	14	23,7	59	100
Alugado	55	52,4	50	47,6	105	100
Total	100	61,0	64	39,0	164	100

*4 profissionais não responderam à questão

Quanto à aquisição do consultório, 16% dos egressos o fizeram antes da formatura; 23% no primeiro ano de formado; 20% no segundo ano de formado; 11% no terceiro ano; 11% após o terceiro ano e 19% ainda não haviam comprado (Figura 5).

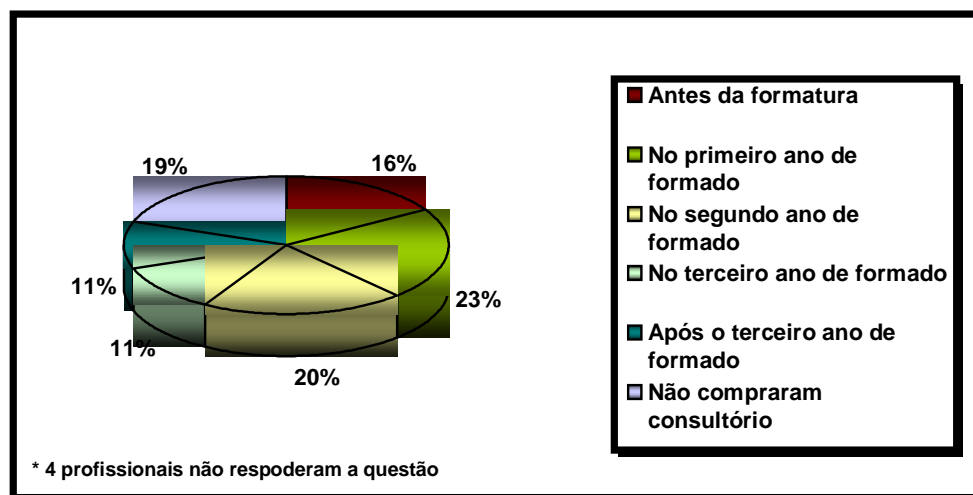


FIGURA 5 – Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, em exercício, segundo o período de aquisição do consultório. Araçatuba- SP, 2003.

A Figura 6 apresenta a situação dos egressos quanto à realização de cursos de especialização. Do total de egressos participantes da pesquisa, 86 (41%) realizaram cursos de especialização, sendo as áreas mais

freqüentes: a Dentística, a Ortodontia e a Periodontia (Quadro 5).

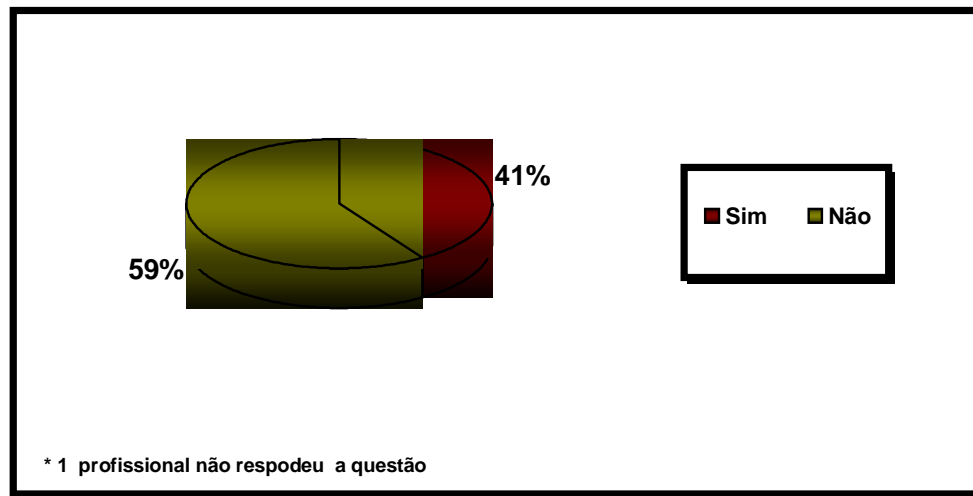


FIGURA 6 – Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, de acordo com a realização de curso de especialização. Araçatuba-SP, 2003.

Ainda no Quadro 5, nota-se que 10 (4,9%) realizaram 2 cursos de especialização. Do total de especialistas, 86 (69%) atuavam em outras especialidades odontológicas, além daquela, para o qual obtiveram o título (Figura 7). Os motivos apontados como justificativa a esse fato são apresentados na Figura 8.

Quadro 5- Cursos de Especialização realizados pelos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999. Araçatuba-SP, 2003.

Cursos	n	%
Odontopediatria	7	8,1
Odontopediatria e Odontologia Preventiva e Social	1	1,2
Odontopediatria e Periodontia	1	1,2
Odontologia Preventiva e Social	1	1,2
Cirurgia	7	8,1
Dentística	15	17,4
Dentística e Endodontia	1	1,2
Dentística e Ortodontia	1	1,2
Dentística e Periodontia	1	1,2

Endodontia	11	12,8
Ortodontia	10	11,6
Ortodontia e Implantodontia	1	1,2
Ortodontia e Prótese	1	1,2
Ortodontia e Periodontia	2	2,3
Implantodontia	3	3,5
Prótese	5	5,8
Periodontia	10	11,6
Periodontia e Prótese	1	1,2
Pacientes Especiais	1	1,2
Patologia	1	1,2
Ortopedia Funcional dos Maxilares	1	1,2
Estomatologia	1	1,2
Radiologia	3	3,5
Total	86	100

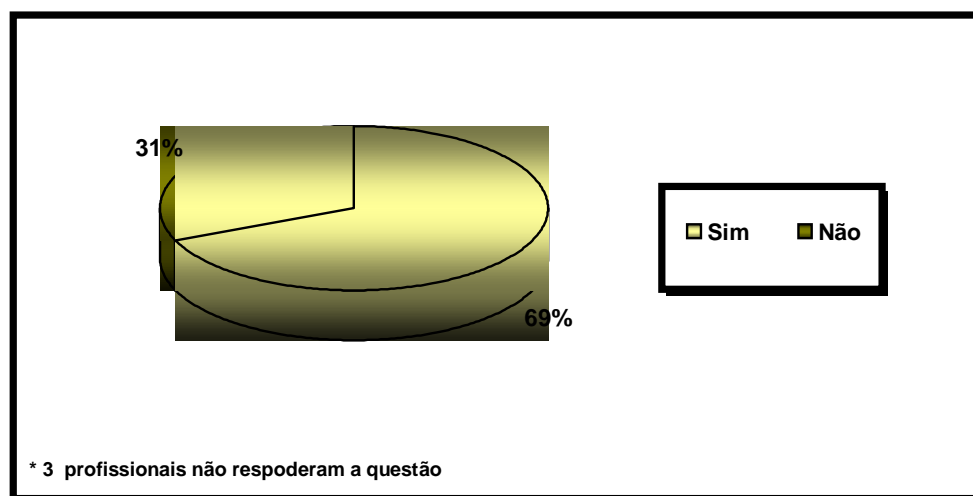


FIGURA 7- Distribuição dos egressos especialistas, segundo atuação em outras especialidades odontológicas. Araçatuba- SP, 2003.

Na Figura 8, pode-se observar que 29 (51,8%) cirurgiões dentistas apontam as dificuldades de mercado, em seguida vocação 12 (21,4%). Outros motivos são apontados por 10 cirurgiões-dentistas, como: "tempo vago", "gosto de outra especialidade", "gosto da Odontologia como um todo", "prazer". Dificuldades e outros motivos foram apontados por 3 cirurgiões

dentistas (5,4%) e dificuldades no mercado e vocação por 2 (3,6%).

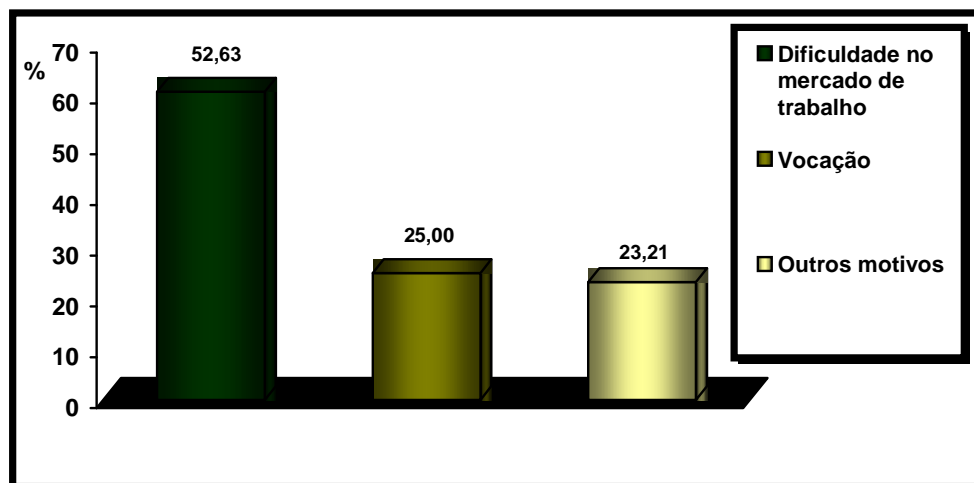


FIGURA 8 – Motivos citados pelos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, para atuação em outra área além da sua especialidade. Araçatuba-SP, 2003.

A Tabela 2 apresenta a comparação dos formados entre 1989 e 1994 e os formados de 1995 a 1999. Nota-se a maior proporção de especialistas entre os formados há mais tempo. A associação entre o tempo de formado e a realização de curso de especialização foi estatisticamente significativa, como apresentado na Tabela 17.

Tabela 2 – Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e realização de curso de Especialização. Araçatuba-SP, 2003.

Especialista	Formados 1989 - 1994		Formados 1995 -1999		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	56	65,1	30	34,9	86	100
Não	53	44,5	66	55,5	119	100

Total	109	96	205
	53,2	46,8	100

* 1 profissional não respondeu à questão

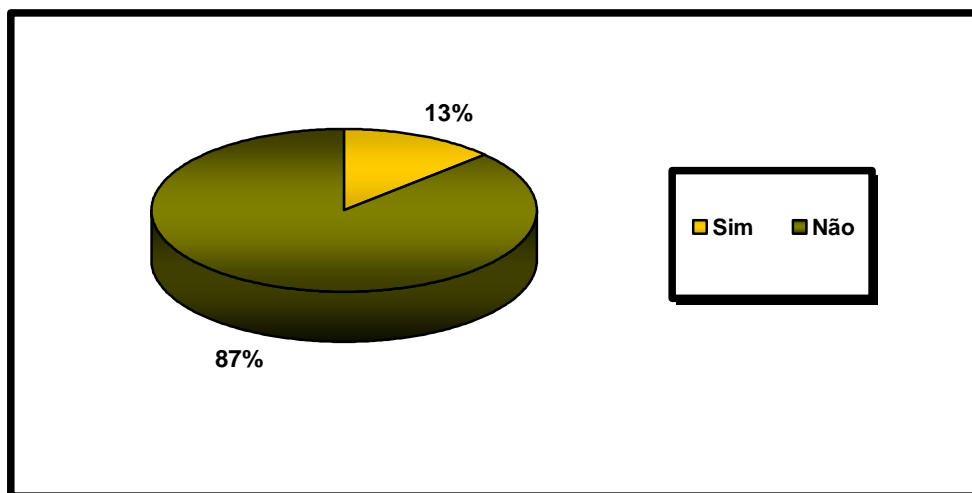


FIGURA 9 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, de acordo com a realização de cursos de Pós-graduação. Araçatuba-SP, 2003

A Figura 9 ilustra a situação de egressos quanto à realização de cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Dos que responderam à questão, 13% realizaram cursos.

Conforme observa-se no quadro 6, alguns profissionais ainda não estavam vinculados à Faculdade ou Universidade, e, portanto não estavam exercendo função docente. Dos 26 que cursaram pós-graduação, 15 (57,7%) não estavam vinculados à IES.

Quadro 6 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo a realização de

curso de Pós-graduação *Stricto sensu* e o exercício docente em IES. Araçatuba-SP, 2003.

Curso de Pós-Graduação	Atua em IES				Total	
	Sim		Não			
	n	%	N	%	N	%
Realizou	11	42,3	15	57,7	26	100
Não Realizou	7	4,0	167	96,0	174	100
*Total	18		182	91,0	200	100
	9,0					

* 11 profissionais não informaram a realização de cursos de pós-graduação

Pode-se observar no quadro 7, as especialidades realizadas pelos profissionais participantes do estudo. A área de maior frequência de realização dos cursos de pós-graduação *strictu sensu*, foi a periodontia, 5 (20%).

Quadro 7 – Área do curso de Pós-graduação dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999. Araçatuba-SP, 2003.

Área	n	%
Periodontia	5	20,8
Prótese	3	12,5
Endodontia	3	12,5
Dentística	3	12,5
Patologia Bucal	3	12,5
Cirurgia	2	8,3
Ortodontia	2	8,3
Estomatologia	1	4,2
Materiais dentários	1	4,2
Ciências Odontológicas	1	4,2
*Total	24	100

* 2 profissionais não informaram

Com o objetivo de facilitar a visualização dos resultados, optou-se pelo agrupamento de algumas categorias, relativas às faixas de renda mensal, como demonstra a Tabela 3.

Nota-se nesta tabela, que a maior frequência de respostas, considerando-se o total de egressos pesquisados, encontra-se na faixa de até R\$2.000,00, o que correspondia a 10 salários mínimos. Na faixa de R \$2.000,00 a R \$4.000,00 encontravam-se 35,9%; e mais de R \$4000,00 estavam 15,5%.

Tabela 3 - Renda líquida mensal dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, em atividade atualmente, de acordo com o tempo de formado. Araçatuba-SP, 2003.

Renda	Formados 1989 – 1994	Formados 1995 -1999	Total
	n %	n %	n %
Até R\$ 2.000,00	34 34,0	66 66,0	100 100
R \$ 2.000,00 a R \$ 4.000,00	54 73,0	20 27,0	74 100
Mais de R \$ 4.000,00	22 68,8	10 31,2	32 100
Total	110 53,4	96 46,6	206 100

Nota: salário mínimo vigente em 2002 – R \$200,00

Nota-se na Figura 10 que 73% dos egressos participantes da pesquisa adquiriram bem móvel ou imóvel.

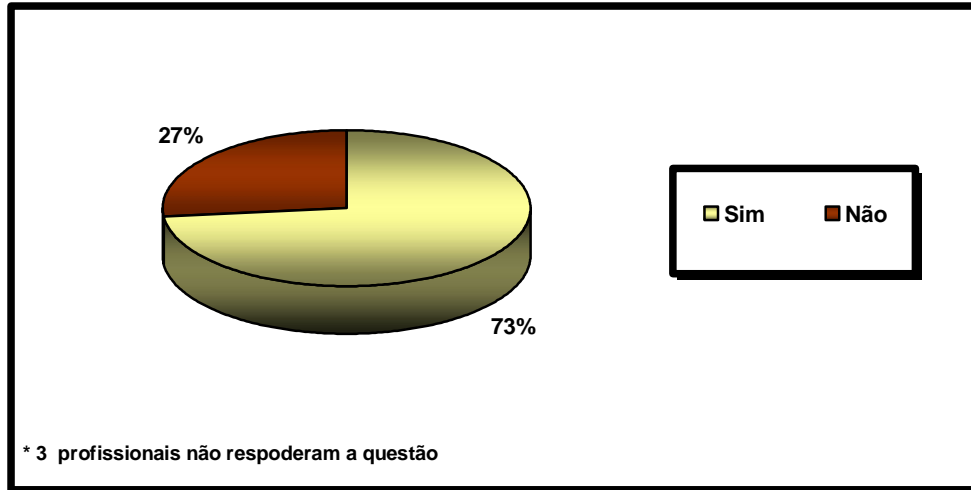


FIGURA 10 – Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, segundo a aquisição de bem móvel ou imóvel, com recursos advindos do exercício profissional. Araçatuba - SP, 2003.

O carro foi o bem adquirido pela grande maioria 92,7% (Figura 11). Dentre aqueles que adquiriram casa (43,7%), alguns informaram que a aquisição tinha a finalidade de montagem do consultório ou clínica odontológica e não para residência. Compra de terreno foi realizada por 21,2% dos egressos, e 12,6% informaram ter adquirido outros bens, como equipamentos odontológicos, computadores, dentre outros.

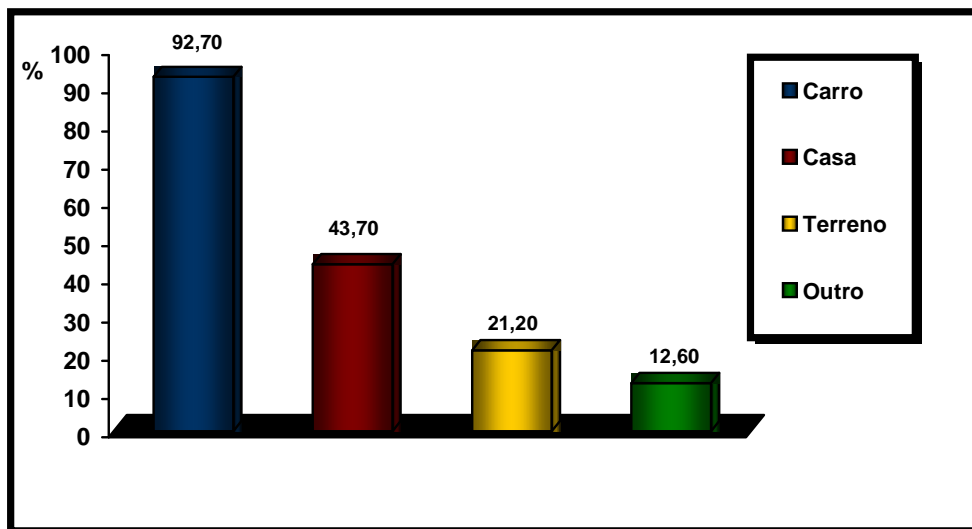


FIGURA 11 - Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, segundo o bem móvel ou imóvel adquirido. Araçatuba-SP, 2003.

Na tabela 4 pode-se observar a aquisição de bem móvel ou imóvel, em relação ao tempo de formado. Nota-se que 66,4% (101) dos que adquiriram bens foram formados entre 1989 e 1994. Dentre os que não adquiriram bens, 84,3% (43) foram formados entre 1995 e 1999.

A associação entre o tempo de formado e a aquisição de bens foi estatisticamente significativa, como demonstra a Tabela 17.

Tabela 4 – Distribuição dos egressos da FOA - Unesp, no período de 1989 a 1999, de acordo com o tempo de formado e aquisição de bem móvel ou imóvel. Araçatuba-SP, 2003.

Aquisição de bem	Formados 1989 - 1994	Formados 1995 -1999	Total
	n %	n %	n %
Sim	101 66,4	51 33,6	152 100
Não	8 15,7	43 84,3	51 100
Total	109 53,7	94 46,3	203 100

*3 profissionais não responderam à questão

Dentre os egressos, 7% possuem outra fonte de renda além da Odontologia, como pode ser visto na Figura 12.

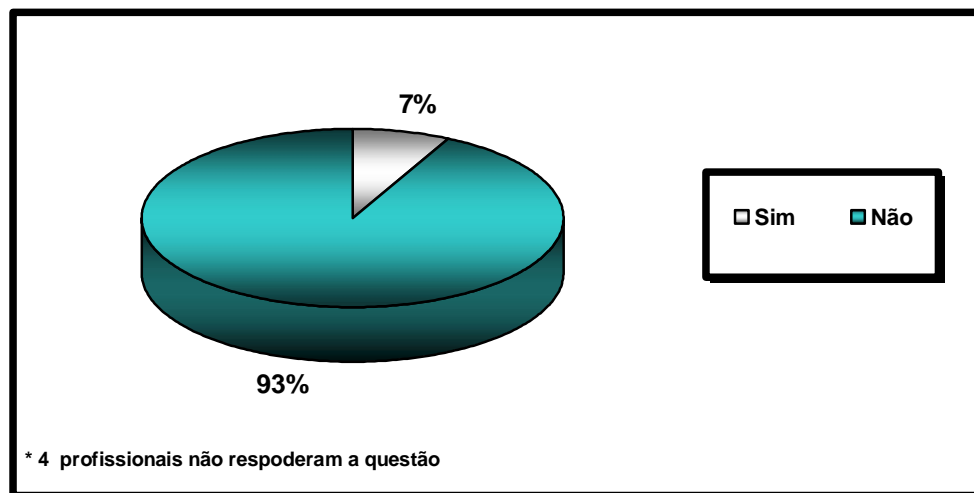


FIGURA 12 – Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, segundo a existência de outra fonte de renda, além da Odontologia. Araçatuba- SP, 2003

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e o porte do município, de acordo com o número de habitantes. Verifica-se nessa tabela que a maioria dos egressos

participantes da pesquisa, tanto dos formados há mais tempo, quanto dos outros, estavam atuando em cidades com mais de 100.000 habitantes. Apenas 5,2% fixaram-se em municípios com até 10.000 habitantes; 29,3% em municípios com população entre 10.000 a 100.000; e 65,5% em municípios com mais de 100.000 habitantes. Não houve associação entre o tempo de formado e o porte do município onde os egressos atuavam, como pode ser visto na Tabela 17..

Tabela 5 – Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, de acordo com o tempo de formado e o número de habitantes do município onde atuavam. Araçatuba-SP, 2003.

Número de habitantes do município de atuação	Cirurgiões-dentistas		Total	
	Formados 1989 - 1994 n %	Formados 1995 - 1999 n %	n	%
Até 10.000	7 6,7	3 3,5	10	5,2
De 10.000 a 100.000	30 28,6	26 30,2	56	29,3
Mais de 100.000	68 64,7	57 66,3	125	65,6
Total	105 100	86 100	191	100

O Quadro 8 apresenta a classe social da clientela assistida pelos egressos estudados. Verifica-se que 96 (49%) atendem pessoas de classe média; 46 (23,5%) classe

média e classe baixa e 40 cirurgiões dentistas (20,4%) classe baixa. Apenas um cirurgião-dentista informou atender somente pessoas de classe social alta.

Quadro 8 – Classe social da clientela assistida pelos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999. Araçatuba-SP, 2003.

Classe Social	n	%
Classe alta	1	0,5
Classe alta e classe média	4	2,0
Classe alta, classe média e classe baixa	9	4,6
Classe média	96	49,0
Classe média e classe baixa	46	23,5
Classe baixa	40	20,4
Total	196	100

* 10 profissionais são professores e/ou pesquisadores

A Figura 13 ilustra o trabalho auxiliado entre os cirurgiões-dentistas pesquisados. O exercício da atividade profissional com pessoal auxiliar foi informado por 71% dos egressos da FOA-UNESP (Figura 13).

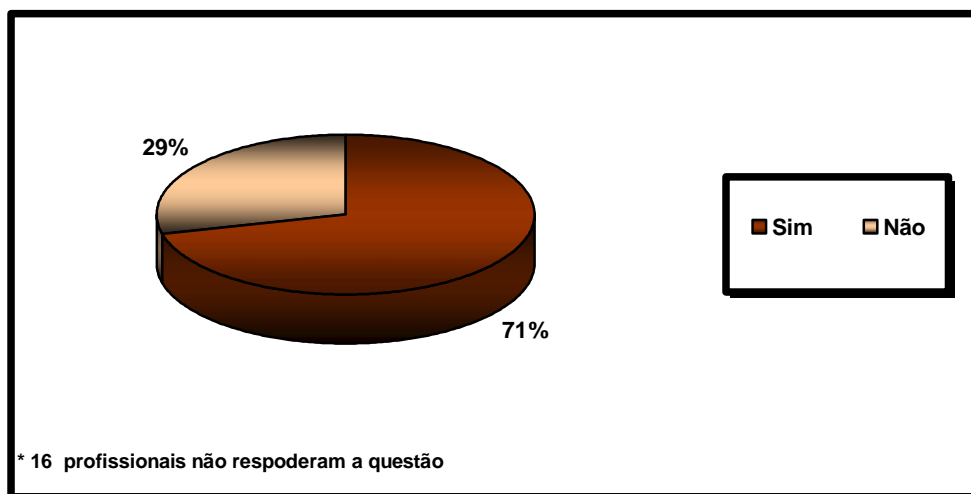


FIGURA 13 – Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, segundo o exercício da atividade profissional com pessoal auxiliar. Araçatuba- SP, 2003.

A Tabela 6 apresenta a situação dos egressos pesquisados, segundo o trabalho com auxiliar odontológico. Observa-se que 57,8% (78) dos formados entre 1989 e 1994 e 42,2% (57) dos formados entre 1995 e 1999 trabalhavam com auxiliar odontológico. Não houve associação entre o tempo de formado e o trabalho com o auxiliar estatisticamente significativa (Tabela 17).

Tabela 6 – Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, segundo o exercício da atividade profissional com pessoal auxiliar, e tempo de formado. Araçatuba- SP, 2003.

Trabalho com auxiliar	Formados 1989 - 1994		Formados 1995 - 1999		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	78	57,8	57	42,2	135	100
Não	30	54,5	25	45,5	55	100
Total	108	56,8	82	43,2	190	100

* 16 profissionais não responderam à questão

As queixas de saúde (Figura 14) são apontadas por 48,3% dos egressos. As queixas citadas com maior frequência foram relativas a problemas músculo-esqueléticos (79,61%), como pode ser visualizado na

Figura 15. Os problemas emocionais representaram 13,6%, os sensoriais 3,88% e outros, como gestante, varizes, alergia, 2,91%.

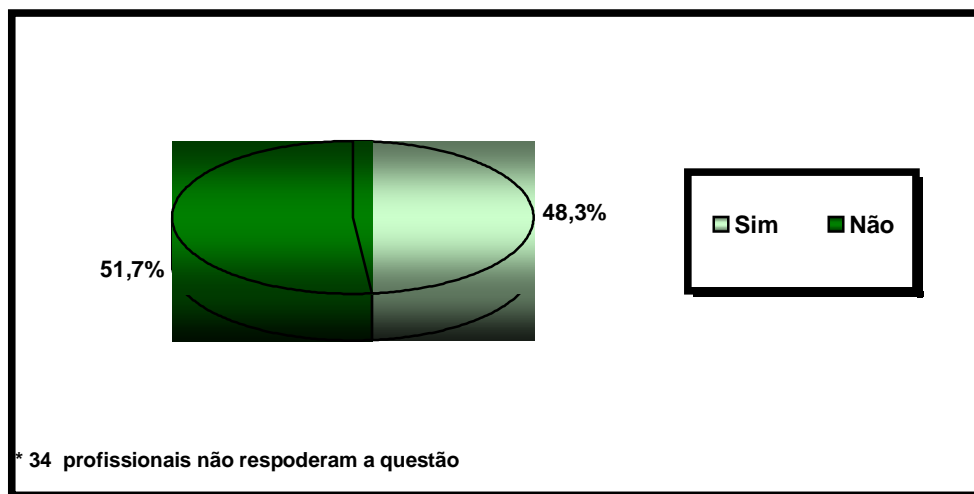


FIGURA 14 – Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo queixa de saúde relacionada à profissão. Araçatuba- SP, 2003.

Todas as queixas citadas como: dores nas costas, dores na coluna, LER/DORT, dores nos dedos foram enquadrados nessa categoria. Todas as queixas de cansaço crônico, stress, depressão, foram classificadas como problemas emocionais (13,60). Problemas de audição, visão, foram classificados como sensoriais (3,88). A categoria "outras queixas" foram referentes a gastrite, alergia e varizes (Figura15).

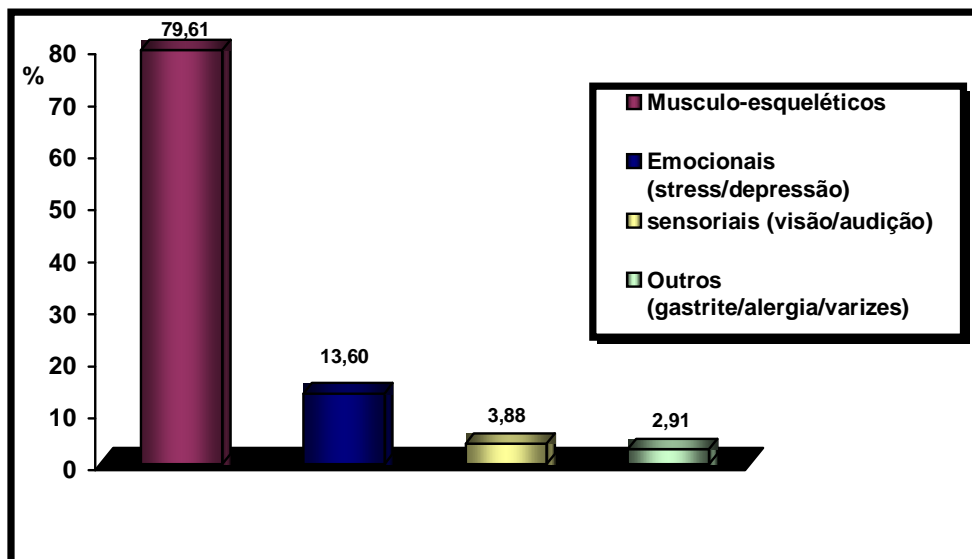


FIGURA 15 - Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, segundo as queixas devido à profissão. Araçatuba-SP, 2003.

Analisando-se a situação dos formados no período de 1989 a 1994, e os formados de 1995 a 1999, verifica-se que 60,2% (50) e 39,8% (33), respectivamente, apresentaram queixas. Não houve associação significativa entre essas variáveis, como pode ser visto na Tabela 17.

Tabela 7 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e a presença de queixa de saúde. Araçatuba-SP, 2003.

Queixa de saúde	Formados 1989 - 1994	Formados 1995 -1999	Total
-----------------	----------------------	---------------------	-------

	n	n	n
	%	%	%
Sim	50 60,2	33 39,8	83 100
Não	50 56,2	39 43,8	89 100
Total	100 58,1	72 41,9	172 100

*34 profissionais não responderam à questão

Na Tabela 8 observa-se a quantidade de horas trabalhadas pelos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado. Do total de egressos, 47,2% (94) trabalhavam mais de 40 horas por semana; 30,7% (61) de 20 a 40 horas e 22,1% menos de 20 horas por semana. Os formados entre 1989 e 1994 encontravam-se com maior frequência na faixa de mais de 40 horas por semana, e os formados entre 1995 e 1999, na faixa de até 20 horas semana. Houve associação significativa entre a jornada de trabalho e o tempo de formado, como pode ser notado na Tabela 17.

Tabela 8 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo as horas trabalhadas. Araçatuba-SP, 2003.

Horas trabalhadas	Formados 1989 – 1994	Formados 1995 –1999	Total
	n	n	n
	%	%	%
Até 20	18 40,9	26 59,1	44 100
20 a 40	29 47,5	32 52,5	61 100
Mais de 40	58 61,7	36 38,3	94 100
Total	105 52,8	94 47,2	199 100

* 7 profissionais não responderam à questão

A Figura 16 demonstra o grau de satisfação profissional dos egressos da FOA-UNESP no período estudado. Existiam apenas 18 (9%) totalmente satisfeitos; 39 (19,5%) totalmente insatisfeitos e 143 (71,5%) parcialmente satisfeitos com o exercício da Odontologia

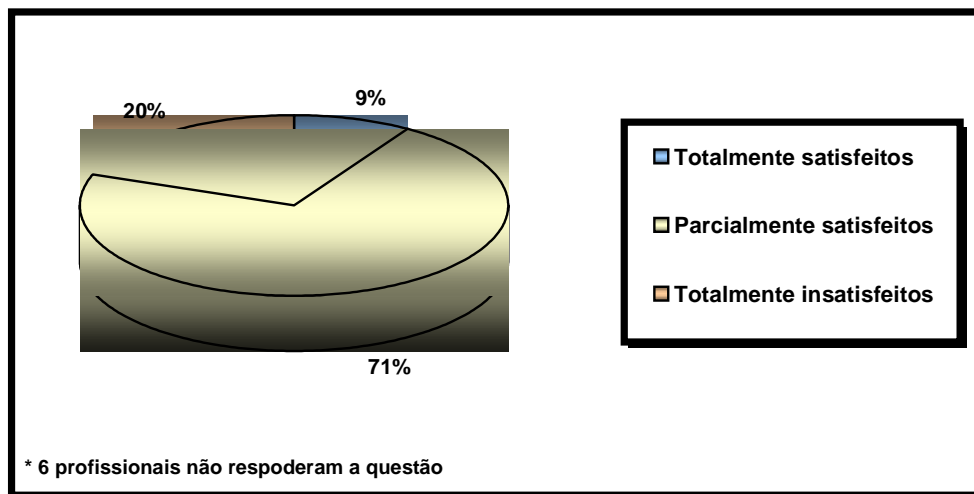


FIGURA 16 - Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, segundo a satisfação profissional. Araçatuba-SP, 2003.

AI

gumas dificuldades apontadas pelos egressos, quanto ao exercício profissional são aqui reproduzidas:

"Falta de prática, de cobrar serviços, de lidar com pessoas"

"Dificuldade de montar o consultório e manter, prestações, aluguel, secretária etc"

"A parte comercial da profissão"

"Conseguir trabalhar em condições no mínimo básicas de higiene, equipamentos e organização"

"Lidar com os altos custos que a profissão exige"

"Concorrência desleal, dificuldades financeiras"

"Trabalhar muito em clínica popular e ganhar pouco"

"Insegurança, imaturidade"

"Um trabalho com remuneração decente e condições mínimas"

"Arrumar emprego público para conseguir comprar consultório próprio"

"Falta de experiência, falta de credibilidade perante paciente por ter cara de criança."

"Por em prática a odontologia ideal muito diferente do que a gente encontra na maioria dos consultórios."

"Distância, viajava 50K m até o trabalho"

"Lidar com valores dos honorários profissionais"

"Diferenciar-me dos demais profissionais e não profissionais do mercado, pois minha formação e instalações são acima da média, mas os clientes não entendem, não percebem isso, comparando e nivelando os bons aos maus dentistas."

As Tabelas de 9 a 12 demonstram a satisfação profissional com relação ao desempenho no exercício da Odontologia, relacionamento com outros profissionais, jornada de trabalho e remuneração alcançada, respectivamente. A única associação estatisticamente significativa foi com relação à satisfação com a remuneração (Tabela 17).

Observa-se que 157 (78,5%) estão insatisfeitos com a remuneração alcançada; 134 (67%) com a jornada de trabalho; 113 (56,5%) com o relacionamento com outros profissionais e 63 (31,5%) com o desempenho no cotidiano de trabalho.

Tabela 9 – Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e a satisfação com o desempenho profissional. Araçatuba-SP, 2003.

Satisfação desempenho	Formados 1989 - 1994		Formados 1995 -1999		Total
	n	%	n	%	n %
Sim	77	56,2	60	43,8	137 100

Não	30 47,6	33 52,4	63 100
Total	107 53,5	93 46,5	200 100

* 6 profissionais não responderam à questão

Tabela 10 – Distribuição dos egressos da FOA- UNESP, segundo o tempo de formado e a satisfação quanto ao relacionamento com outros profissionais. Araçatuba-SP, 2003.

Satisfação relacionamento com outros profissionais	Formados 1989 - 1994	Formados 1995 -1999	Total
	n %	n %	n %
Sim	43 49,4	44 50,6	87 100
Não	64 56,6	49 43,4	113 100
Total	107 53,5	93 46,5	200 100

* 6 profissionais não responderam à questão

Tabela 11 – Distribuição dos egressos da FOA- UNESP, segundo o tempo de formado e a satisfação com a jornada de trabalho. Araçatuba-SP, 2003.

Satisfação jornada de trabalho	Formados 1989 - 1994	Formados 1995 -1999	Total
	n %	n %	n %
Sim	42 63,6	24 36,4	66 33,0
Não	65 48,5	69 51,5	134 67,0
Total	107 53,5	93 46,5	200 100

*6 profissionais não responderam à questão

Tabela 12 – Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o tempo de formado e a satisfação com a remuneração alcançada. Araçatuba-SP, 2003.

Satisfação remuneração alcançada	Formados 1989 - 1994	Formados 1995 -1999	Total
	n %	n %	n %

Sim	32 74,4	11 25,6	43 100
Não	75 47,8	82 52,2	157 100
Total	107 53,5	93 46,5	200 100

* 6 profissionais não responderam à questão

A Figura 17 mostra que 60% dos cirurgiões-dentistas pretendiam continuar exclusivamente na profissão; 38% pretendiam retirar-se parcialmente para exercer outra atividade, que não Odontologia e 2% abandonar a profissão.

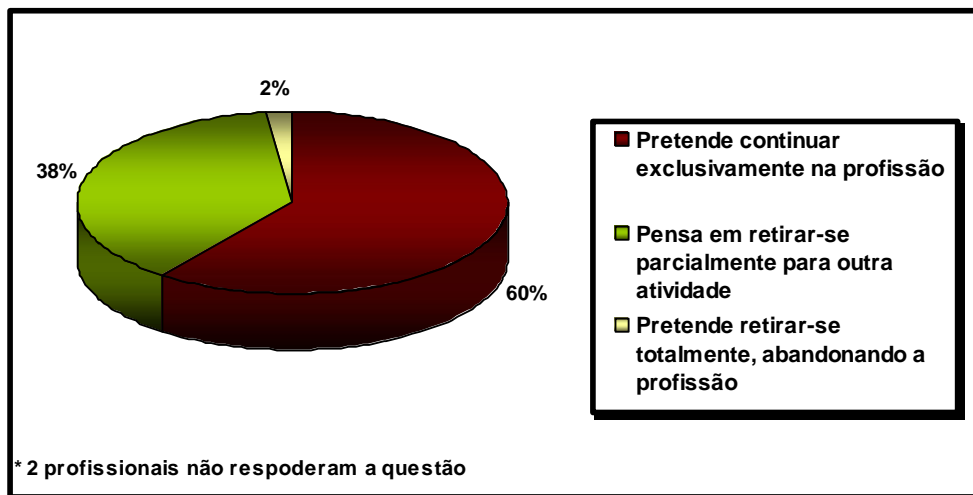


FIGURA 17 - Distribuição dos egressos da FOA-Unesp, no período de 1989 a 1999, segundo as perspectivas profissionais. Araçatuba-SP, 2003.

Qu

anto à formação obtida na FOA, verifica-se que a maioria 100 (47,6%) classificou-a como muito boa; 100 (47,6%) como boa; 7 (3,4%) como regular e apenas 3 (1,4%) como ruim (Figura 18).

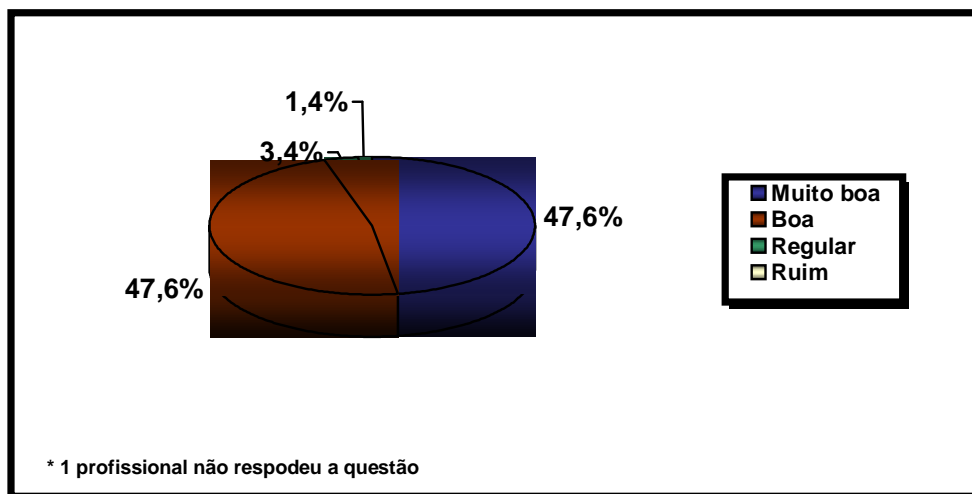


FIGURA 18 - Distribuição dos egressos da FOA- Unesp, no período de 1989 a 1999, segundo a percepção sobre a sua formação no curso de graduação. Araçatuba-SP, 2003.

As tabelas de 13 a 16 referem-se às associações entre gênero e as seguintes variáveis: horas trabalhadas (Tabela 13); queixa de saúde (Tabela 14); aquisição de bem (Tabela 15) e remuneração (Tabela 16).

Tabela 13 – Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o gênero e as horas semanais trabalhadas. Araçatuba-SP, 2003.

Horas trabalhadas	Gênero feminino	Gênero masculino	Total
	n %	n %	n %
Até 20	23 53,5	20 46,5	43 100
20 a 40	41 68,3	19 31,7	60 100
Mais de 40	50 54,3	42 45,7	92 100

Total	114 58,5	81 41,5	195 100
-------	-------------	------------	------------

* 11 profissionais não responderam à questão

Tabela 14 – Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o gênero e as queixas de saúde. Araçatuba-SP, 2003.

Queixa de saúde	Gênero feminino	Gênero masculino	Total
	n %	n %	n %
Sim	59 72,8	22 27,2	81 100
Não	43 48,9	45 51,1	88 100
Total	102 60,4	67 39,6	169 100

Tabela 15 – Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o gênero e a aquisição de bens. Araçatuba-SP, 2003.

Aquisição de bem	Gênero feminino	Gênero masculino	Total
	n %	n %	n %
Sim	85 56,3	66 43,7	151 100
Não	29 60,4	19 39,6	48 100
Total	114 57,3	85 42,7	199 100

Na Tabela 16, vê-se que na faixa de até R\$ 2.000,00 a maior proporção de mulheres. A remuneração acima de R\$4.000,00 foi mais freqüente entre os homens. A associação entre a remuneração e o gênero foi estatisticamente significativa, como demonstra a tabela 17.

Tabela 16 – Distribuição dos egressos da FOA-UNESP, segundo o gênero e remuneração. Araçatuba-SP, 2003.

Remuneração	Gênero feminino	Gênero masculino	Total
	n %	n %	n %
Até R\$ 2.000,00	66 68,0	31 32,0	97 100
R\$ 2.000,00 a R\$ 4.000,00	38 52,0	35 48,0	73 100
Mais de R\$ 4.000,00	7 33,3	14 66,7	21 100
Total	111 58,1	80 41,9	191 100

Tabela 17 – Valores dos Testes: Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher, calculados para os Grupos Comparados, suas respectivas probabilidades de ocorrências e significâncias.

Comparações	Valor do teste	p	Significância
Tempo de formado x remuneração	29,547*	<0,0001	S
Tempo de formado x carga horária	6,162*	0,0459	S
Tempo de formado x satisfação com desempenho	0,957**	0,3280	NS
Tempo de formado x satisfação com jornada de trabalho	3,483**	0,0620	NS
Tempo de formado x satisfação com remuneração	8,594**	0,0034	S
Tempo de formado x satisfação com relacionamento com colegas	0,758**	0,3839	NS
Tempo de formado x queixa de saúde	0,148	0,7004	NS
Tempo de formado x trabalho auxiliado	0,061**	0,8053	NS
Tempo de formado x aquisição de bens	***	<0,0001	S
Tempo de formado x especialidades	7,684**	0,0056	S
Tempo de formado x município	0,004**	0,9470	NS
Tempo de Formado x gênero	2,993**	0,0836	NS
Tempo de formado x condição do Imóvel	8,084**	0,0045	S
Gênero x carga horária	3,487*	0,1749	NS
Gênero x remuneração	10,326*	0,0057	S
Gênero x aquisição de bens	***	0,7379	NS
Gênero x queixa de saúde	9,156**	0,0025	S

*Qui – Quadrado

** Qui-Quadrado com correção de Yates

*** Teste exato de Fisher

Com relação à formação profissional obtida na FOA/Unesp, apesar da grande maioria classificarem-na como boa ou muito boa, algumas sugestões foram dadas pelos egressos do período de 1989 à 1999, sendo: grande parte, 37 relativas ao maior aprofundamento e orientação profissional, 19 relativos a aumento da carga horária do curso (prática, clínica, extra-muro); 5 sugeriram mais estágios supervisionados; e 39 referiram-se à melhoria da qualidade de disciplinas específicas.

Algumas citações são aqui reproduzidas:

"Falta de uma visão comercial, administrativa. A realidade não conduz com o que se aprende na faculdade"

"Pela época algumas disciplinas, poderiam ser melhor"

"Aumentar a grade curricular para que mais assuntos de importância para os Cirurgiões-dentistas possam ser dados, sem termos que ficar fazendo cursos de atualização, etc..."

"Foi ótima. Faria Unesp de novo e sou Unespiana de coração"

"Aumentar a quantidade de estágios. Orientar os formandos para o serviço público"

"Distribuição de matéria nos 4 anos as matérias básicas deveriam ter maior enfoque ao que será usado em odonto"

"Divulgação de todos os trabalhos via net"

"Criar uma disciplina que prepare para o futuro "recém-formado" à gerenciar uma "pequena empresa" que é o consultório, o conteúdo abordado em disciplinas já existentes não é satisfatório para enfrentarmos um mercado competitivo"

"Melhorar ou aumentar a prática da clínica, ensinar a cobrar e impor preços e lidar com o dinheiro (contabilidade e economia)"

“Relacionar o conteúdo de algumas matérias básicas do cotidiano da Odontologia”

“Melhor instrução, sobre marketing e mais estágios que são poucos”

“Demonstrar a realidade do mercado, abordar os setores que o Cirurgiões-dentistas pode atuar além do consultório particular”

“Comparando com os colegas de outras faculdades, acredito que a FOA dá melhores condições para clinicar, nós temos mais confiança”

“Faz tanto tempo, que aquelas fraquezas foram corrigidas e outras surgiram”

“Apresentar uma visão mais realista da profissão”

“O curso está muito apertado, deve-se aumentar o número de anos”

“Aumentar o contato do graduando com a realidade do mercado de trabalho”

“Conscientizar o aluno em relação ao mercado trabalho”

6 Discussão

A UNESP – FOA recebeu até 1998, oitenta alunos novos a cada ano; a partir de 1998 foi iniciado o curso noturno, com mais 30 vagas.

Este estudo foi realizado apenas com alunos do curso diurno, pois o curso noturno não possui até o momento turmas formadas.

No Quadro 1, nota-se que 630 egressos da FOA – UNESP no período de 1989 a 1999 encontravam-se inscritos no CROSP, sendo 389 do gênero feminino e 241 do gênero masculino. Uma quantidade expressiva, 221 egressos não estavam inscritos no CROSP.

Deste número verificou-se na lista obtida da FOA – UNESP que 107 eram de outros estados, principalmente do Paraná, Minas Gerais, Goiás, Distrito Federal, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; os outros 114 cirurgiões dentistas provavelmente efetuaram de início suas inscrições em outros estados; alguns cancelaram por motivo de mudança ou abandono da profissão e alguns talvez nunca efetuaram suas inscrições. A taxa de cirurgiões-dentistas localizada (74%) foi superior ao estudo de Rocha et al. (1985) realizado no estado de Pernambuco (60,17%).

Do total de 630 questionários enviados, 214 retornaram respondidos, o que representou uma taxa de 33,97%.

Essa taxa está de acordo com o esperado, como citado por Lakatos & Marconi (1996).

Nos estudos realizados em outros países, observa-se que a taxa de retorno é superior e em geral fica acima de 50%. Isso ocorre possivelmente por diferenças nos aspectos culturais (Brenan et al., 1992; Chambers e Eng Jr., 1994; Leggate e Russel 2002; Baldwin et al, 1998Wells et al., 1999).

A taxa obtida nesse estudo foi superior à taxa de 7% encontrada no estudo de Costa et al. (1992b), realizado com todos os cirurgiões dentistas inscritos no CROSP no ano de 1987 e similar à obtida por Michel-Crosato (2001) em estudo realizado com egressos da FOUSP.

O número de cirurgiões-dentistas inscritos no Conselho (quadro 2), que devolveram o questionário variou de 48 a 68, segundo o ano. Do ano de 1995 a 1999, o número de inscritos diminuiu, possivelmente pelo fato de ter aumentado o número de ingressantes de outros estados, pois a UNESP passou a realizar o concurso vestibular, além do estado de São Paulo, também em um posto no Distrito Federal.

Quanto ao gênero, (figura 1), nota-se no quadro 2 que o número de cirurgiões dentistas do gênero feminino que respondeu o questionário foi maior que do masculino. O estudo de Saliba et al., (2002) descreve o aumento progressivo de mulheres na Odontologia, especificamente a partir de 1980, ocorrido na FOA – UNESP. Essa tendência também foi observada no Brasil (ANDRADE, 1999; SERPA, 1991; PARAJARA, 2000) e está

sendo relatada em estudos realizados em diferentes países (DOLAN & LEWIS, 1987; BRENNAN et al., 1992; NEWTON et al., 2000).

Do total de 207 cirurgiões dentistas, (foram excluídos os que não responderam) 58 % eram do gênero feminino e 42 % do gênero masculino. A pesquisa encomendada pelo CFO, FNO, ANO Nacional e FIO confirmou o predomínio das mulheres no exercício da Odontologia (ABO, 2003).

Os dados relativos ao estado civil demonstraram que, considerando-se ambos os gêneros, a maioria dos cirurgiões dentistas estavam solteiros (57 %). A frequência de casados estava entre os cirurgiões dentistas formados há mais tempo, o que já era esperado, tendo em vista que esses provavelmente adquiriram estabilidade ao longo dos anos com o exercício profissional.

Dos 214 egressos, 3 não informaram o ano de formatura e por isso seus dados foram ignorados.

A vocação, a influência familiar e os motivos financeiros foram as razões mais frequentes que levaram o cirurgiões dentistas a escolherem a profissão, apresentados no Quadro 3.

O gosto pela ciência médica e o gosto específico pela Odontologia foram os principais motivos de eleição pela profissão no estudo de Arbenz et al. (1973), e a influência familiar apresentou-se com maior frequência no gênero feminino.

Alguns cirurgiões dentistas (17,2 %) apontaram outros motivos como responsáveis pela opção profissional, "não sabia o que fazer", "foi o único que passei", dentre outros.

O gosto específico pela profissão também foi apontado por outros autores como o principal motivo pela eleição da profissão (ALMEIDA JÚNIOR, 1984).

O retorno financeiro supostamente oferecido pela Odontologia aparece por ordem de frequência em terceiro lugar, assim como foi comprovado por Souza Cruz e Silva (1996).

Segundo Matthews e Scully (1993), fatores pessoais, culturais e sociais podem influenciar a escolha da faculdade, incluindo a distância entre o domicílio e a faculdade, bem como a forma de avaliação para ingresso.

No relato de alguns participantes observa-se que a Odontologia não era a primeira opção de escolha.

Atualmente isso pode acontecer com frequência, tendo em vista a quantidade de cursos odontológicos existentes no país e a facilidade de ingresso em algumas faculdades.

No estudo de Carvalho et al. (1997), o fator financeiro foi o de maior frequência, como responsável pela escolha profissional dos acadêmicos de uma escola particular (54,3 %) de São Paulo. Já Michel-Crosato, em estudo com egressos da FOU SP, verificou que o fato de ser um profissional liberal foi apresentado pela maioria, 53,12% e a vocação por 31% dos pesquisados.

Quando analisada a Figura 3, notam-se discrepâncias, pois na questão relativa às expectativas em relação à profissão, a de maior frequência foi “viver bem economicamente” (52,63 %), enquanto que “melhorar a saúde da população” foi apontada por apenas 20,10 % dos cirurgiões dentistas participantes. Daí surge a seguinte questão: a vocação, citada como motivo de escolha pela profissão odontológica da maioria dos cirurgiões dentistas egressos estava ligada às habilidades e técnicas requeridas para uma Odontologia curativista, tecnicista, pouco resolutiva como praticada no passado (CORDÓN e GARRAFA, 1991) e não à promoção de saúde, filosofia hoje esperada na prática profissional. Vê-se também na categoria outros motivos que a atração pelos instrumentos odontológicos e a influência de outros dentistas foram citadas.

A pretensão de trabalhar por conta própria relatada por 47,37 % dos egressos da FOA-UNESP está em conformidade com o tipo de atuação observada, ou seja, 45 % trabalhando somente como profissional autônomo, como apresenta o quadro 5.

Deve-se ressaltar que 70 egressos (34,14 %) atuam em mais de uma modalidade, sendo que, 9 deles atuam em 3.

Ainda com relação à colocação no mercado de trabalho, o setor público tem grande parcela de representatividade, pois 45 egressos (21,95 %) eram funcionários públicos.

O trabalho por porcentagem é uma modalidade atualmente freqüente entre os recém-formados.

Michel-Crosato (2001), verificou que 50,16% dos recém-formados da FOU SP, trabalhavam por porcentagem.

Nesse estudo observou-se que ela está presente como única forma de atração nas respostas de 17 (8,3%) egressos, e considerando aqueles que também atuam em outra modalidade além dessa, esse número chega a 42 (20,49%).

Há que se considerar que todos os participantes tinham mais de 2 anos de formados.

O fato da maioria (64%) dos cirurgiões-dentistas autônomos não trabalharem em local próprio também demonstra a dificuldade financeira encontrada atualmente.

No estudo de Parayba-Neto (1983), realizado em Recife, 24,55% trabalhavam somente no consultório particular e 47,3% tinham emprego dentro ou fora da área da Odontologia, além do consultório.

Em estudos realizados em outros países são observados diferentes resultados, dependendo do modelo de atenção à saúde. No estudo de Atchinson (2002), realizado na Califórnia, verificou-se que cerca 84,3% atuavam como autônomos (prática privada), semelhante a situação da Austrália (85%), já na Escócia apenas 10% atuavam na clínica privada.

A compra do consultório ocorreu antes da formatura com 16% dos egressos; ainda outros 23% o fizeram no primeiro ano de formado.

Esse fato permite sugerir que a renda dos pais foi utilizada na compra dos equipamentos.

Os resultados do estudo de Botti e Santos (1986), em quatro Universidades Federais do Rio Grande do Sul, confirmam esse fato: aproximadamente 41% dos formandos (183) em 1982 adquiriram o consultório antes de se formarem, com renda familiar e ainda em alguns casos (15) além da renda familiar, foram feitos empréstimos bancários.

Quanto à formação pós-graduação, observou-se que 41% (86) realizaram pelo menos um curso de especialização e aproximadamente 5% mais de um. Dentre os especialistas 59% atuava em outra área além daquela, na qual obteve título, e o principal motivo alegado como justificativa a esse fato foi a "dificuldade no mercado de trabalho" (52,63%). No estudo nacional (ABO-RJ, 2003), os especialistas eram 42%, o que corrobora os achados nesse estudo. A especialidade precoce tem sido observada há tempos na Odontologia brasileira.

O que mais preocupa é que apesar da realização de cursos de especialização, não está havendo o retorno financeiro esperado, o que ficou evidente com esses resultados. A falta de oportunidades no início de carreira, observada também por outros autores, faz com que os

egressos busquem qualificar-se realizando cursos de especialização, e mestrado (pós-graduação *scrito sensu*).

Enquanto no Brasil a tendência à especialização ainda é notada, em vários países já está havendo o inverso, com redução do número de especialistas para manter o equilíbrio entre clínicos gerais e especialistas, bem como recomendações para a redefinição de algumas áreas (STEWART et al., 1990c).

O SUS, e conseqüentemente os seus programas, incluindo o PSF exige que o profissional formado tenha um perfil generalista, com visão ampliada do processo saúde/doença e que seja capaz de propor soluções aos problemas na área de saúde.

As áreas de maior freqüência foram a Dentística, a Ortodontia e a Periodontia. A Odontopediatria foi mais freqüente entre as mulheres.

No estudo de Michel-Crosato (2001), 26,5% dos egressos da FOU SP eram especialistas e 6,25% estava cursando; a Ortodontia foi a especialidade de maior freqüência.

Nesse estudo, observou-se associação estatisticamente significativa entre o tempo de formado e o número de especialistas, sendo a maioria dos especialistas formados entre 1989-1994. Esse achado foi semelhante ao encontrado por Oliveira (1993) com Cirurgiões-dentistas do Rio de Janeiro.

Os cursos de pós-graduação *scrito sensu* foram realizados por 13% do total de egressos, porém verifica-se

no Quadro 6 que 15 (57,7%) dos 26 que possuíam título de mestre, não estavam vinculados a IES. Essa constatação é preocupante, pois vê-se que apesar do grande número de faculdades, existem egressos que não conseguiram colocação na atividade acadêmica.

A renda mensal de 48,5% egressos da FOA/UNESP, do período de 1989 à 1999 era de até R\$2.000,00. Na faixa de R\$2.000,00 à R\$4.000,00 encontravam-se 36% do total de participantes da pesquisa. Em um estudo nacional foi observado que o ganho médio do Cirurgião-dentista brasileiro é de R\$2.500,00 (ABO-RJ, 2003).

Michel-Crosato (2001) relatou em seu estudo que dentre os egressos formados há mais tempo (entre 1990 e 1992); 45,37% ganhavam mais de R\$3.000,00 e que apenas 1,03% do total alcançava este ganho. Costa et al. (1992) em estudo com Cirurgiões-dentistas da Grande São Paulo, verificou que a renda média do profissional era de U\$ 900,00/ mês.

A diferença de renda entre profissionais com relação ao gênero, masculino e feminino, também foi observada por alguns autores.

Quando indagados se estavam satisfeitos com a remuneração, 78,5% informaram que estavam insatisfeitos, e ainda uma associação estatisticamente significativa foi observada entre o tempo de formado e essa variável. Nota-se na figura 15, que 7% dos Cirurgiões-

dentistas possuíam outra fonte de renda, além da obtida com o exercício da Odontologia.

Fica muito claro que no início da carreira, a renda aferida era menor do que a esperada, e isso gerou grande insatisfação entre os profissionais.

Quanto à jornada de trabalho verificou-se nesse estudo que 60 (30,8%) trabalhavam entre 20 e 40 horas por semana e 92 (47,2%) mais de 40 horas por semana. No estudo de Michel-Crosato (2001); 41% trabalhavam entre 41 e 50 horas. Já em anos anteriores Parahyba-Neto et al. (1983) registraram uma jornada média de 35 horas por semana.

Dolan e Lewis (1987) observaram que os homens tinham a maior carga horária de trabalho em hospitais e faculdades, aproximadamente 50 horas/semana, significativamente maior que as mulheres. Na prática privada o número médio de horas trabalhadas foi estatisticamente superior ao das mulheres. O estado civil e o número de filhos influenciaram na jornada de trabalho.

Baldwin et al. (1998), estudando a força de trabalho de egressos de faculdades de Odontologia da Escócia, verificou que a maioria (85%) atuava em tempo integral, porém 20% dos homens e 67% das mulheres pretendiam trabalhar apenas meio período no futuro alegando dificuldades de conduzir as tarefas domiciliares.

Já nos E.U.A., um estudo com Cirurgiões-dentistas americanos, Brown & Vickie Lazar (1998)

verificaram que houve uma redução do número de profissionais trabalhando em tempo integral, de 85,8% para 76,2%, de 1982 à 1995. Houve também um declínio no número médio de horas trabalhadas/ ano.

Os autores citam o aumento do número de professores, em decorrência do aumento do número de faculdade no país.

Quanto à aquisição de bens, (Figura 9) observou-se que 73% dos cirurgiões-dentistas conseguiram comprar carro (92,70%). A casa própria foi informada por 43,7%, sendo que desses, alguns citaram que não se referia à moradia, porém ao imóvel para instalação de consultório. Houve associação estatisticamente significativa entre a aquisição de bem móvel/imóvel e o tempo de formado. Ressaltam-se aqui as dificuldades financeiras, já que os egressos pesquisados tinham de dois a treze anos de formados.

O trabalho auxiliado foi informado pela maioria dos Cirurgiões-dentistas (71%), não havendo diferença estatística significante entre essa variável e o tempo de formado. Em alguns sistemas Municipais de Saúde, o pessoal auxiliar vem sendo empregado, com bons resultados, principalmente nas atividades de promoção de saúde (FRAZÃO, 1998).

No estudo de Saliba et al. (1998), o emprego de pessoal auxiliar foi analisado em serviços públicos e privados. Do total de cirurgiões-dentistas entrevistados

(81), apenas 45,7% trabalhavam com auxiliar odontológico.

Há grande chance de expansão do emprego de pessoal auxiliar no setor público, principalmente em função da instituição das Equipes de Saúde Bucal no PSF.

Orenha et al. (1998) estudando a organização do trabalho em Odontologia, concluiu que os cirurgiões-dentistas que trabalhavam auxiliados tinham uma produção média superior à daqueles que atuavam sozinhos.

O fato dos egressos trabalharem com auxiliar odontológico não significa que estão atuando a quatro mãos. Algumas vezes o cirurgião-dentista trabalha com auxiliar odontológico, porém o trabalho é individual, pois o auxiliar não executa ações resolutivas, apenas o auxilia em suas tarefas (COSTA et al., 1997).

Analisando-se os dados sobre a classe social da clientela assistida pelos cirurgiões-dentistas, verifica-se que apenas 1 (0,5%) informou atender pessoas de classe social alta. Ao passo que 49% e 20,4% referiram-se, respectivamente, as classes médias e baixas e ainda 23,5% a ambas.

Esse dado é de suma importância para alertar os professores e em geral os dirigentes das IES para adequarem os seus planos de ensino e projetos pedagógicos, no sentido de fazer com que o aluno aprenda a resolver os problemas de saúde da população,

utilizando tecnologia apropriada, adequada à capacidade financeira da mesma.

De nada adianta a aprendizagem de técnicas altamente sofisticadas, com uso de materiais caros, se não são acessíveis à grande maioria dos pacientes.

Necessário se faz repensar o ensino odontológico no Brasil, para que os futuros formandos sejam conhecedores da realidade social na qual irão atuar; sejam criativos, saibam adequar os conhecimentos técnico-científicos aos recursos existentes, sejam éticos e resolutivos.

Quanto à seleção dos municípios para o exercício profissional, observou-se que recai nos de grande porte, como se pode observar na figura 12. Aproximadamente 66% elegeram Municípios com mais de 100.000 habitantes e apenas 5% os Municípios com até 10.000 habitantes.

A concentração de profissionais nos grandes centros não é fato novo. Vários estudos brasileiros constataram a má distribuição dos profissionais no território nacional (ROCHA et al., 1985; VACARIUC, 1985; GARCIA et al., 1997). Porém preocupa o fato de que mesmo sabendo das dificuldades que irão encontrar os formados há menos tempo também preferem os grandes centros. Nesse estudo não houve associação significativa entre o tempo de formado e o porte do Município (caracterizado pelo número de habitantes).

Queixas de saúde relacionados ao exercício da profissão foram relatadas por 48% dos Cirurgiões-dentistas pesquisados, como demonstra a figura 14, sendo as de maior freqüência: as músculo-esqueléticas (79,61%), seguidas das emocionais (13,60%). Foram classificados como músculo-esqueléticas: "dores nas costas", "problemas de coluna", "dores nos dedos", LER/DORT". Na categoria emocionais encontravam-se o stress, a depressão, o cansaço crônico. Perda da audição, problemas de visão foram classificados como sensoriais (3,88%).

Nossos achados foram inferiores aos de Michel-Crosato (2001). A diferença observada pode ser devido ao fato desse autor ter optado por questões fechadas. No estudo desse autor, 61,87% informaram dores nas costas; 65,6% dores nos braços; 53,13% stress e 20,31% e 12,81% respectivamente diminuição da capacidade auditiva e visual.

Estudos indicam que o "stress" está muito presente entre os cirurgiões-dentistas. A sua ocorrência pode estar associada à condições de trabalho ou aos problemas de relacionamento inter pessoais (BOURASSA e BAYLARD, 1994).

Moraes e Gil (1992) consideram como fatores desencadeantes de stress os eventos relacionados ao exercício da profissão; os fatores co-determinantes, aqueles correspondentes aos aspectos sociais e econômicos da vida do cirurgião-dentista; e por último, os

predisponentes, ou seja, as características pessoais ou individuais. A solidão do trabalho no consultório, a incerteza no futuro, o desgaste físico, a competitividade do mercado de trabalho, foram os fatores mais citados por Cirurgiões-dentistas para justificar o stress na profissão.

Em estudo realizado com 100 cirurgiões-dentistas da Bahia, Santana et al. (1988) registraram que dos 47 profissionais do gênero masculino, 44,7% tinham sintomatologia dolorosa relacionada a profissão, enquanto que dentre as 53 mulheres, um número maior (60,4%) queixaram-se de dor. Os autores alertaram para o fato de que a maioria não realizava exercícios físicos e dentre aqueles que tinham o diagnóstico definitivo de LER/DORT, 5,66% dentre os que apresentavam dor, poucos realizavam o tratamento mostrando o descaso com problema.

Os resultados desse estudo estão de acordo com Santana et al. (1988), pois as queixas foram associadas ao gênero, ou seja, as mulheres apresentaram maior queixa de saúde que os homens.

Quanto à satisfação com a profissão, verificou-se que somente 9% dos Cirurgiões-dentistas pesquisados estão totalmente satisfeitos com a profissão; 20% dos profissionais estão totalmente insatisfeitos.

Não houve associação entre o tempo de formado e o desempenho profissional, bem como, o tempo de formado e o relacionamento com outros

profissionais, porém a jornada de trabalho e a remuneração apresentaram associação com o tempo de formado dos egressos pesquisados, em outras palavras, os egressos formados há menos de tempo mostraram-se mais insatisfeitos com a relação a esses aspectos, do que aqueles que tinham maior tempo de exercício profissional. Esses achados são semelhantes aos encontrados por Oliveira (1993) no estado do Rio de Janeiro.

Um dado preocupante é que 56,5% dos cirurgiões-dentistas pesquisados estavam insatisfeitos com o relacionamento com colegas, o que difere do achado de Oliveira (1993), o qual observou naquele ano, a satisfação em mais de 80% dos pesquisados no seu estudo.

A luta para assegurar um espaço no mercado de trabalho pode explicar essa dificuldade de relacionamento, o que foi expressa por vários Cirurgiões-dentistas como problemas relativos à profissão. Indicadores de "satisfação" profissional devem ser utilizados pelas faculdades de Odontologia na identificação de problemas relativos à formação do aluno e à prática da profissão (WELLS, et al., 1999).

Nicolielo e Bastos (2002), analisando a satisfação profissional de 60 Cirurgiões-dentistas do Município de Bauru, SP, observaram que os recém-formados estavam mais insatisfeitos em alguns aspectos, especialmente os ligados à remuneração. Também

concluíram que os Cirurgiões-dentistas não estão conseguindo realizar suas aspirações. Quase a totalidade (95%) apresentou dificuldades no exercício profissional, ficando apenas 20 (9,5%) sem resposta à questão.

Muitas dificuldades foram citadas pelos egressos da FOA/Unesp, que participaram da pesquisa, sendo a maioria relativa à dificuldade financeira no início da carreira, obtenção de emprego, falta de confiança por parte dos pacientes, pelo motivo da pouca idade do profissional, situação do mercado, falta de habilidades com as questões de administração do consultório, cobrança de pacientes.

As dificuldades no exercício profissional e a ausência de perspectivas podem explicar o fato de 38% dos Cirurgiões-dentistas pesquisados pretenderem retirar-se parcialmente da profissão e exercerem outra atividade fora da Odontologia; e 2% pretenderem abandonar definitivamente a profissão.

A falta de condições financeiras da população e a situação do mercado de trabalho, já são apontadas como dificuldades pelos acadêmicos de Odontologia, como mostra Costa et al. (1999).

7 Conclusão

7 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, e considerando a metodologia empregada neste estudo, é possível concluir que:

- A grande maioria dos cirurgiões-dentistas formados na FOA-UNESP, no período de 1989 a 1999, está exercendo suas atividades profissionais, porém não exclusivamente de forma autônoma, mas como empregado no setor público e/ou privado, ou trabalhando por porcentagem.

- Com relação à jornada de trabalho, muitos profissionais ultrapassam as 40 horas semanais.

- Grande parte dos cirurgiões-dentistas alegou insatisfação quanto à remuneração.

- As dificuldades enfrentadas no exercício profissional foram, entre outras, a falta de pacientes, falta de condições adequadas de trabalho.

- A especialização foi o curso realizado por grande parte dos egressos. O exercício de mais de uma especialidade, e a não inserção daqueles que cursaram pós-graduação (*stricto sensu*) nas IES, comprova a difícil situação do mercado de trabalho em Odontologia.

- Quanto aos motivos que levaram os cirurgiões-dentistas a elegerem a Odontologia como profissão, os de maior frequência foram a vocação e influências familiares, porém a maioria afirmou que esperava viver bem economicamente e trabalhar por conta própria ao sair da faculdade, e poucos citaram trabalhar para melhorar a saúde da população. Esses

achados sugerem que os egressos possuíam uma visão distorcida da profissão odontológica.

- Os profissionais formados há menos de sete anos apresentaram-se mais insatisfeitos que os formados há mais tempo, e uma pequena parcela declarou estar totalmente satisfeita com o exercício da Odontologia.

- A percepção dos egressos sobre a formação na Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP, foi considerada pela maioria boa ou muito boa , o que pode ser comprovado pela satisfação no desempenho das atividades profissionais, porém grande parte das sugestões dos egressos foi de se privilegiar, no currículo odontológico conteúdo sobre administração, marketing, gestão de serviços, aumento das atividades práticas/clínicas, e de atividades extramuros/ estágios.

- Houve associação estatisticamente significativa entre tempo de formado e as seguintes variáveis: compra de bens, renda, jornada de trabalho, satisfação com a remuneração e a realização de cursos de especialização.

Referências

REFERÊNCIAS

ABO-RJ. Pesquisa traça o perfil do CD brasileiro. *J. ABORJ.*, p. 5, Abril 2003.

AGRADÁVEL sabor de saúde bucal. *Rev. ABO Nac.*, v. 1, n. 1, p. 56-57, jul./set. 1993.

ALMEIDA JÚNIOR, E.; et al. A escolha da profissão odontológica. Motivação consciente. *Odont. Mod.*, v. 11, n. 11, nov./dez. 1984.

ALPECK, P. L.; SETTLE, R. B. The survey research handbook. 1ªed. Homewood, Richard D. Irwin, Inc. 600p., 1985.

AMORIM, J. F.; et al. Serviço odontológico extramuro – Impacto na formação do profissional. XII Congresso de Iniciação Científica da Unesp, p. 119, 2000.

ANDRADE, M. A revolução silenciosa. *Rev. ABO Nac.*, v. 7, n. 4, p. 198-201, ago./set., 1999.

ARAÚJO, I. C.; et al. Trajetória nacional e internacional do ensino odontológico e a disciplina de clínica integrada nos cursos de Odontologia. *Rev. Inst. Cienc. Saúde*, v. 20, n. 1, p. 69-73, jan./jun. 2002.

ARBENZ, G. O.; et al. Motivos conscientes na escolha da profissão odontológica. *Rev Fac. Odontol. São Paulo*, v. 11, n. 1, p. 101-110, jan./jun. 1973.

ARCIERI, R. M.; et al. Serviço extramuro odontológico. II Congresso de extensão universitária – PROEX. 2002.

ATCHINSON, K. A.; et al. Gender differences in career and practice patterns of PGD-trained dentists. *J. Dent. Educ.* v. 66, n. 12, p. 1358-1367, Dec. 2002.

BALDWIN, P. J.; DODD, M.; RENNIE, J. S. Careers and patterns of work of Scottish dental graduates: 1991 and 1994. *Br. Dent. J.*, v. 185, n. 5, p. 238-243, Sept. 1998.

BASTOS, L. F; et al. Novas fronteiras da educação: educação a distância. *Rev. Bras. Odontol.*, v. 59, n. 2, p. 112-115, mar./abr. 2002.

BOTTI, M. R. V.; SANTOS, G. M. C. Perspectiva do exercício profissional na Odontologia. Parte I: Análise sobre expectativas e dificuldades dos formandos. *Rev. Gaúcha Odontol.*, v. 34, n. 2, p. 155-159, mar./abr. 1986.

BOUSSARA, M.; BAYLARD, J. F. Stress situations in dental practice. *Journal*, v. 60, n. 1, p. 65-71, Jan. 1994.

BRASIL. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial (da) Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: 20 set.1990.

BRASIL. Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade da gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial (da) Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: 31 dez.1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Levantamento das condições de saúde bucal na população da zona rural, 1986.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Diretrizes curriculares para o curso de Odontologia. On line. www.mec.gov.br/sensu/diretriz.shtm#diretrizes. Arquivo capturado em 10/05/2003.

BRENNAN, D. S.; SPENCER, A. J.; SZUSTER, F. S. P. Differences in time devoted to practice by male and

female dentists. *Br. Dent. J.*, v. 172, n. 9, p. 348-349, May 1992.

BROWN L. J.; VICKIE LAZAR, N. A. Work force trends that influence. Dental service capacity . *J. Am. Dent. Assoc.*, v. 129, n. 5, p. 619-622, May 1998.

BULLOCK , A. D.; et al. A framework for the evaluation of continuig education short couses in dentistry. *Br. Dent. J.*, v. 187, n. 8, p. 445-449, Oct. 1999.

BULLOCK , A. D.; et al. Are polish and Swedish dental graduates adequately prepared for dental practice in the UK ? A discussion of the transferability of general dental practitioners in Europe. *J. Dent. Educ.*, v. 6, n. 2, p. 49-53, 2002.

BUS, P. M. Os impasses atuais no desenvolvimento do SUS e a importância dos profissionais de saúde. *Olho Mágico*, v. 9, n. 1, p. 5-12, jan./abr. 2002.

CAREL, M. J.; QUINN, J. Practice plans de Oklahoma dental graduates. *J. Dent. Res.*, v. 79, p. 556, 2000.

CARICOTE, N. La investigación como practica esencial de la enseñanaza de la epidemiología en la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela. *Acta Odontol. Venez.*, v. 35, n. 1, p. 64-71, ene./abr. 1997.

CARVALHO, A. C. P. Educação & Saúde em Odontologia: ensino da prática e prática do ensino. São Paulo: Ed. Santos, 1995, cap. 2, p. 29-61.

CARVALHO, D.R.; CARVALHO, A.C.; SAMPAIO, H. Motivações e expectativas para o curso e para o exercício da Odontologia. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 51, n. 4, p. 345-349, jul./ago. 1997.

CECCON, M. F. A Odontologia em prova. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 54, n. 5, p. 353-365, set./out. 2000.

CFO 2003. www.cfo.org

CHAMBERS, D. W.; ENG, W. R. Practice profile: the first twelve years. *J. Califórnia Dent. Assoc.*, v. 22, n. 12, p. 25-32, Dec. 1994.

CHAMBERS, D. W.; et al. Debt and Practice profiles of beginning dental practitioners. *J. Califórnia Dent. Assoc.*, v. 30, n. 12, p. 909-914, Dec. 2002.

CHAVES, M. M. Recursos humanos. In: *Odontologia Social*. 3ª ed. São Paulo: Ed. Artes Médicas, 1986, cap. 4, p. 149-188.

CHAVES, M. M. Metamorfose de uma profissão. *Rev. ABO Nac.*, v. 1, n. 1, p. 60-61, jul./set. 1993.

CHAVES, M. M. Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI. *Divulgação em Saúde Para Debate*, nº 9, p. 59, 1994.

CHAVES, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; TRANCREDI, F. B. Revistando o ideário e reconstruindo a proposta. In: *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: Teoria e prática de um movimento de mudança*. p.165-183; 1999.

CHIARATTO, R. A. A utilização da Odontologia: descortinando novas possibilidades ao processo de ensino-aprendizagem. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2002, 155p.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE EDUCAÇÃO SUPERIOR Paris, 1998, Universidade Metodista de Piracicaba. 51p.

CORDÓN, J. Sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em Saúde Coletiva. *Ação Coletiva*, v. 1, n. 1, p. 7-26, jan./mar. 1998.

CORDÓN, J. A construção de uma agenda para saúde bucal coletiva. *Cad. Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p. 557-563, Set. 1997.

CÓRDON, J. GARRAFA, V. Prevenção versus preventivismo. *Divul. Saúde Deb.* n. 6, p. 10.16, 1991.

CORTES SEGURA, M. E.; SOAREZ, M. S.; JORGE, W. A.. Programas extramuros nas instituições de ensino de Odontologia na América Latina e nos Estados Unidos da América. Contribuição ao estudo. *Educ. Méd. Salud*, v. 29, n. 2, p. 218-227, jul./set. 1995.

COSTA, B.; STEGUN, R. C.; TODESCAN, R. Do ensino à prática odontológica: um levantamento da realidade na grande São Paulo. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 46, n. 5, p. 909-13, set./out. 1992b.

COSTA, B.; STEGUN, R. C.; TODESCAN, R. Realização profissional: uma avaliação entre os dentistas na grande São Paulo. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 46, n. 4, p. 821-24, jul./ago. 1992a.

COSTA, I. C. C., CERQUEIRA, L. M.; LEITE, M. J. V. F. O papel dos recursos humanos no impacto social das práticas da saúde bucal. *Revista Saúde*, v. 11, n. 1/2, p. 70-76, jan./dez., 1997.

COSTA, I. C. C.; MARCELINO; G., SALIBA, N. A. Perspectivas de um grupo de alunos de Odontologia sobre a profissão no terceiro milênio. *Rev ABOPREV*, v. 2, n. 1, p. 38-45, Maio 1999.

COSTA, I. I. C.; et al. Integração universidade-comunidade. Análise de atividades extramurais em Odontologia nas universidades brasileiras. *Rev. CROMG*, v. 6, n. 3, p. 146-153, dez. 2000.

COSTA, V. R.; et al. Education and health in dentistry: limitations in the surgeon-dentist's practice. *J. Dent. Res.* v. 80, n. 4, p. 1041, 2001.

DEAN, A. G.; et al. EPI-INFO Versão 6.02 a word processing, database, and statistics program of epidemiology on micro computers. Atlanta: *Centers for Disease Control*, www.cdc.gov/epiinfo/.

DOLAN, T. A.; LEWIS, C. E. Gender trends in the carrer patterns of recent dental graduates. *J. Dent. Educ.*, v. 51, n. 11, p. 639-645, Nov. 1987.

DORAN, G. A. Reviewing the role of educational domains and problem-based learning in dental curricula. Part I: the concept of educational domains and their integration. *SADJ*, v. 55, n. 8, p. 433-435, Aug. 2000.

FERREIRA, B. Raio X da Odontologia no Brasil. *Rev. ABO Nac.*, v. 1, n. 3, p. 131-133, 136-138, nov./dez. 1993.

FERREIRA, B. THDs, ACDs, TPDs, APDs. Quem são os donos destas siglas? *Rev. ABO Nac.*, v. 2, n. 2, p. 114-117, 1994.

FERREIRA, B. Pé na estrada. *Rev. ABO Nac.*, v. 3, n. 3, p. 151-3, 156-8, jun./jul. 1995.

FERREIRA, B. Campeão de cáries, nunca mais. *Rev. ABO Nac.*, v. 4, n. 6, p. 378-382, Dez. 1996/ Jan. 1997a.

FERREIRA, B. Não às fábricas de diploma. *Rev. ABO Nac.*, v. 4, n. 6, p. 352-353, Dez. 1996/ Jan. 1997b.

FERREIRA, B. Prevenção garante o futuro. *Rev. ABO Nac.*, v. 5, n. 1, p. 6-9, fev./mar. 1997.

FERREIRA, B.; ANDRADE, M. Lição dos trópicos. *Rev. ABO Nac.*, v. 3, n. 3, p. 203-206, jun. /jul. 1995.

FERREIRA, R..A . O milagre da multiplicação de cursos. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* v. 51, n. 4, p. 310-318, jul./ago. 1997.

FERREIRA, R.A. "E agora José?" . *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 52, n. 5, p. 343-350, set./out. 1998B.

FERREIRA, R.A. Em queda livre? *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 52, n. 2, p. 104-110, mar./abr. 1998A.

FORTES, M. C. F. De volta às origens. *Rev. ABO Nac.*, v. 2, n. 3, p. 138-141, 144-146, jun./jul. 1994.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico para a promoção da saúde. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*, v. 12, n. 4, p. 329-336, Out. 1998.

GARRAFA, V. Desafios éticos na política de recursos humanos frente às necessidades de saúde. *Cadernos RH saúde*, v. 1, n. 3, p. 9-18, 1993.

GARCIA, P. P .N. S.; et al. Características do mercado de trabalho das principais cidades de Santa Catarina, de acordo com a proporção habitante/cirurgião-dentista. *Odonto 2000*, v. 1 n. 2, p. 28-31. 1997.

GERBERT, B.; et al. Recent graduates' evaluation of their dental school education. *J. Dent. Educ.*, v. 51, n. 12, p. 697-700, Dec. 1987.

GONDIM, S. M. G. Perfil profissional e o mercado de trabalho: uma relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. *Estud. Psicol.*, v. 6, n. 2, Jun. 2002.

GREENWOOD, L. F., LEWIS, D. W., BURGESS, R. C. How competent do our graduates feel? *J. Dent. Educ.* v. 62, n. 4, p. 307-313, April 1998.

HOLMES, D. C.; DIAZ-ARNOLD, A. M.; WILLIAMS, V. D. Alumni self-perception of competence at time of dental graduation. *J. Dent. Educ.* v. 61, n. 6, p. 465-472, Jun. 1997.

KITTIPIBUL, P.; GODFREY, K. Trends in postgraduate education in general dentistry. *Aust. Dent. J.*, v. 42, n. 3, p. 203-208, Jun. 1997.

LAK ATOS, E. M.; MARCONI, A. M. Técnicas de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1996.

LEGGATE, M.; RUSSELL, E. Attitudes and trends of primary care dentists to continuing professional development: a report from the Scottish dental practitioners survey 2000. *Br. Dent. J.*, v. 193, n. 8, p. 465-469, Oct. 2002.

LOUREIRO, C. A.; OLIVEIRA, F. J. Inversão da atenção: uma estratégia para a construção de modelos locais em saúde bucal. *Estação Saúde*, 1995, 125p.

MADEIRA, M. C.; CARVALHO, A. C. P. Necessidades e tendências da Odontologia nas faculdades e no exercício

da profissão: a propósito de uma enquête. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 34, n. 4, p. 284-293, jul./ago. 1980.

MARCOS, B. Filosofia preventiva em programas odontológicos escolares. *Arq. Cent. Est. Fac. Odontol.*, v. 6, n. 2, p. 233-245, 1969.

MATTHEUS, R. W.; SCULLY, C. Recent trends in university entry for dentistry in the UK. *Br. Dent. J.*, v. 175, n. 6, p.217-219, Sept. 1993.

MCEWEN, E. M.; SEWARD, M. H. The contribution of women to Dentistry in the 1980 s. *Br. Dent. J.*, v. 165, n. 9, p.339-341, Nov. 1988.

MEDEIROS, U. V. Experiências inovadoras no ensino de Odontologia. *Odontol. Mod.*, v. 24, n. 1, p. 9-12, jan./fev. 1997.

MEDICI, A. C. Mercado de trabalho em Saúde no Brasil: desafio para os anos noventa. *Cadernos RH Saúde*, v. 1, n. 3, p. 41-46, 1996.

MELCHER, A. H. Postgraduate training and graduate education in dentistry. *J. Can. Dent. Assoc.*, v. 42, n. 12, p.591-595, 1976.

MENDONÇA, E. F.; et al. Especialização em epidemiologia: estratégia para o desenvolvimento dos serviços de saúde em Minas Gerais, Brasil, na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Educ. Med. Sal.*, v. 29, n. 1, p. 100-109, 1995.

MENEGHIM, M. C.; SALIBA, N. A. Odontologia: conquistas tecnológicas e evolução social. *ROBRAC*, v. 6, n. 22, p. 56-57, Dez. 1997.

MENEZES, J. D. V. Situação atual da graduação em Odontologia. *Rev. Gaúcha Odontol.*, v. 26, n. 3, p. 162-165, jul./set., 1978.

MICHEL--CROSATO, E. Perfil da força de trabalho representada pelos egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo no período de 1990 a 1998. Dissertação (Mestrado – curso de pós-graduação em Odontologia. Área de concentração em Deontologia e Odontologia Legal). Faculdade de Odontologia de São Paulo. 2001, 84p.

MORAES, A. B. A.; GIL, I. A. Diretrizes para a compreensão do estresse do cirurgião dentista. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 46, n. 6, p. 931-935, nov./dez. 1992.

MOREIRA, S. G.; HAHN, M. A. S. Considerações sobre trabalho educativo-preventivo a nível comunitário. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 33, n. 1, p. 26-27, Jul. 1992.

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2ª ed., São Paulo : Cortês; Brasília, DF ; UNESCO, 2000, 118 p.

NEWTON, J. T.; THOROGOOD, N.; GIBBONS, D. E. A study of the career development of male and female dental practitioners. *Br. Dent. J.*, v. 188, n. 2, p. 90-94, Jan. 2000.

NICOLIELO, J.; BASTOS, J. R. M. Satisfação profissional do cirurgião dentista conforme tempo de formado. *Rev. Fac. Odont. Bauru*, v. 10, n. 2, p. 69-74, 2002.

OLIVEIRA, R. M. *Cirurgião Dentista em foco*. Um perfil do profissional. 1993. Dissertação (Método) - Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Odontologia, Rio de Janeiro, 108p.

OLIVEIRA, S. P.; MIRANDA, V. L. A; MOREIRA, B. H. W. Programa integrado de educação e saúde escolar. *RGO*, v. 34, n. 3, p. 264-266, maio/jun. 1986.

ORENHA, E. S.; ELEUTÉRIO, D.; SALIBA, N. A. Organização do atendimento odontológico no serviço público: trabalho auxiliado, produtividade e ambiente físico. *Rev. Odontol. Univer. Estad. Paul.*, v. 27, n. 1, p. 215-224, 1998.

PARAHYBA-NETO, H.; BIJELLA, V. T.; MORAES, N. Análise de algumas características dos profissionais formados pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco. *Rev. Bras. Odontol.*, v. 40, n. 4, p. 15-26, jul./ago. 1983

PARAJARA, F. A caminho da igualdade. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v. 54, n. 1, p. 11-19, jan./fev. 2000.

PETERSON, H. G.; BRATTHALL, D. The caries decline: a review of reviews. *Eur. J. Oral Sci.*, v. 104, p. 436-443. 1996.

PINTO, V. G. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Ed. Santos, 4 ed., 2000, cap. 7, p. 251-275.

PÓI, W. R.; et al. O perfil da disciplina da faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp, após onze anos de implantação. *Arq. Odontol.*, v. 33, n. 1, p. 35-47, jan./jun. 1997.

REVISTA DO PROVÃO. A universidade e o profissional do futuro. Brasília, n. 4, p. 12-19, 1999.

RICCI, A.; BASTOS, J. R. M. BIJELLA, V. T. Projetos comunitários no ensino da Odontologia. *RGO*, v. 32, n. 1, p. 82-90, jan./mar. 1984.

RICHARDS, L.; et al. Undergraduate student experience in dental service delivery in rural South Australia: an analysis of costs and benefits. *Aust. Dent. J.*, v. 47, n. 3, p. 254-258, 2002.

ROCHA, M.P. et. al. Mercado de trabalho em Odontologia no Nordeste do Brasil. *RGO*. v. 33. n. 4, p.286-291, out/dez. 1985.

RONCALLI, A. G.; et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*, v. 2, n. 1, jan./mar., 1999.

SALIBA, N. A.; et. al. Mulher na Odontologia – Uma análise quantitativa. *Rev. Bras. Odontol.*, v. 59. n. 6, p. 400-402, nov/dez. 2002.

SALIBA, T. A.; ELEUTÉRIO, D.; SALIBA, C. A.; MOIMAZ, S. A. S. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares. *RPG*, v. 5, n. 3, p. 171-176, jul./set. 1998.

SALIBA, O.; et al. A formação na faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp e o exercício profissional. *Rev. ABENO*, v. 1, n. 1, p. 69, jan.-dez. 2001.

SANTANA, E. J. B.; et al. Estudo epidemiológico de lesões por esforços repetitivos em cirurgiões-dentistas em Salvador-Bahia. *Rev. Fac. Odontol UFBA*, v. 17, p. 67-74, jan./dez. 1998.

SEABRA, E. G. Sistema de avaliação do ensino superior. Exame Nacional de Curso (ENC) – provão. *ROBRAC*, v. 8, n. 25, p. 27-28, Ago. 1999.

SERPA, D. O. Assédio feminino à profissão. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v. 1, n. 1, p. 12-14, abr/maio, 1991.

SIEGEL, S. Estatística não-paramétrica. Mc Graw-Hill do Brasil Ltda., 1979, 350 p.

SILVA-NETTO, C. R.; SILVA, E. M. C. Atividade extramuros com estudante de Odontologia- voluntários. Análise de 6 anos. *Odont. Mod.* v. 14, n. 10, p. 33-36, nov./dez. 1987.

SILVEIRA, H.; CORDÓN, J. A mulher no ensino superior em Odontologia no Brasil. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, n. 26, p. 25-36, 1984.

SOUZA CRUZ, A. C.; SILVA, E. M. C. Motivos para a escolha da carreira odontológica. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*, v. 10, n. 4, p. 315-322, out./dez. 1996.

SOUZA, J. A.. A universidade e o ensino da Odontologia no Brasil. *Rev. Bras. Odontol.*, v. 39, n. 5, p. 41-44, set./out. 1982.

STELLUTO JÚNIOR, A. Nocaute na cárie não encerra a luta. *Rev. ABO Nac.*, v. 2, n. 4, p. 223-5, 228-30, 232-3, ago./set. 1994a.

STELLUTO JÚNIOR, A. Social ou popular? Falta de assistência coletiva dá nisso. *Rev. ABO Nac.*, v. 2, n. 5, p. 305-307, 310-312, 314, out./nov. 1994b.

STEWART, B. L.; RALPH, W. J.; MACMILLIAN, C. H. Survery of dental pratice/dental education in Victoria Part I. Questionnarie/general aspects. *Aust. Dent. J.*, v. 34, n. 6, p. 563-570, Dec. 1989.

STEWART, B. L.; RALPH, W. J.; MACMILLIAN, C. H. Survery of dental pratice/dental education in Victoria Part II. Recent graduates/graduating students. *Aust. Dent. J.*, v. 35, n. 1, p. 69-75, Feb. 1990a.

STEWART, B. L.; RALPH, W. J.; MACMILLIAN, C. H. Survery of dental pratice/dental education in Victoria

Part III. Trends in general dental practice. *Aust. Dent. J.*, v. 35, n. 2, p. 169-180, 1990b.

STEWART, B. L.; RALPH, W. J.; MACMILLIAN, C. H. Survey of dental practice/dental education in Victoria Part IV. Specialist dental practice. *Aust. Dent. J.*, v. 35, n. 3, p. 294-298, 1990c.

TEITELBAUM, H. Os excessos do mercado. *Rev. ABO Nac.*, v. 4, n. 6, p. 384-386, Dez. 1996/ Jan. 1997.

UNESCO. Declaração mundial sobre educação superior; declaração mundial sobre educação do século XXI: visão e ação; marco referencial de ação prioritária para mudanças e o desenvolvimento da educação superior. Piracicaba: Ed. Unimep, 1998, 51p.

VACARIUC, S. Opções de trabalho e distribuição de cirurgiões dentistas no território nacional. *Rev. Paul. Odontol.*, v. 7, n. 2, p. 37-39, 42-43, 46, mar./abr. 1985.

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M. A construção da clínica de atenção primária da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais: a experiência da clínica integrada I. *Arq. Odontol.*, v. 34, n. 2, p. 71-81, jul./dez. 1998.

VASCONCELLOS, I. C. Estresse profissional. *Rev. Bras. Odontol.* v. 59, n. 1, jan./fev. 2002.

VENTURELLI, J. Os aspectos Educacionais na reforma da educação nas profissões de saúde. In: Almeida, M.; Feverwerker, L.; Lianos, M. (organizadores). Educação dos profissionais de saúde na América Latina: Teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Buenos Aires: Londrina: Ed. UEL. , 1999, p. 145-164.

VIEIRA, D. F. Superação profissional, social e econômica: desafio a ser vencido pelo dentista. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 29, n. 2, p. 39-47, mar./abr. 1975.

WELLS, A.; WINTER, P. A. Influence of practice and personal characteristics on dental job satisfaction. *J. Dent. Educ.*, v. 63, n. 11, p. 805-812, Nov 1999.

WERNECK, M. A. F.; LUCAS, S. D. Estágio supervisionado em Odontologia: uma experiência de integração ensino/serviço de saúde bucal. *Arq. Centro Estud. Curso Odontol.*, v. 32, n. 2, p. 95-108, jul./dez. 1996.

YIP, H-K.; SMALES, R. J. A continuum from competency to proficiency through postgraduate general dentistry training. *SADJ*, v. 55, n. 12, p. 695-700, Dec. 2000.

ZANETTI, C. H. G.; et al. Em busca de um paradigma de promoção local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. *Divulg. em Saúde para Debate*, n. 13, p. 18-35, Jul. 1996.

Anexos

Anexo 1

unesp  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
Departamento de Odontologia Infantil e Social

Araçatuba, 20 de março de 2002

Caro colega,

O presente questionário faz parte de uma pesquisa, que tem a finalidade de avaliar a inserção dos profissionais formados pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista, no mercado de trabalho, suas principais dificuldades e sua atuação na área odontológica.

Desde já contamos com a sua participação, pois ela é de fundamental importância para construirmos um real diagnóstico dos egressos da FOA-Unesp.

As informações contidas no questionário são confidenciais. Caso colabore com nossa pesquisa, estamos enviando um envelope selado e endereçado para facilitar sua participação.

A simples devolução, fica implícito o consentimento livre e esclarecido do participante, dando o direito aos autores de usarem os dados apenas para a pesquisa científica acima descrita.

Agradecemos pela atenção,

Profa. Suzely Adas Saliba Moimaz
Coordenadora da Pesquisa

As informações contidas neste questionário são confidenciais
Pedimos aos participantes que não se identifiquem e não é preciso assinar o questionário

<p>1. Por que você escolheu o curso de odontologia?</p> <p><input type="checkbox"/> motivos financeiros <input type="checkbox"/> influências familiares</p> <p><input type="checkbox"/> por vocação <input type="checkbox"/> status (posição social)</p> <p><input type="checkbox"/> outros motivos. Quais? _____</p> <p>2. Você está exercendo a odontologia?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>3. Em caso afirmativo, em qual modalidade(s) você se classifica? Pode ser selecionada mais de uma opção.</p> <p><input type="checkbox"/> dentista autônomo</p> <p><input type="checkbox"/> dentista que trabalha por porcentagem</p> <p><input type="checkbox"/> professor universitário</p> <p><input type="checkbox"/> pesquisador</p> <p><input type="checkbox"/> dentistas de serviço público</p> <p><input type="checkbox"/> dentista contratado no setor privado</p> <p>4. Se você respondeu trabalhar como autônomo, seu imóvel é:</p> <p><input type="checkbox"/> próprio <input type="checkbox"/> alugado</p> <p>5. Se você respondeu que não está exercendo a odontologia, quais foram os motivos o levaram a abandonar a profissão?</p> <p><input type="checkbox"/> por motivo financeiro</p> <p><input type="checkbox"/> não gostava da profissão</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p> <p>6. Quando você se formou o que esperava da profissão?</p> <p><input type="checkbox"/> viver bem economicamente</p> <p><input type="checkbox"/> especializar-se</p> <p><input type="checkbox"/> trabalhar por conta própria</p> <p><input type="checkbox"/> trabalhar por melhoria da saúde</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p> <p>7. Qual foi sua principal dificuldade no início da profissão?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>8. Quando comprou seu consultório?</p> <p><input type="checkbox"/> antes de se formar</p> <p><input type="checkbox"/> no primeiro ano de formado</p> <p><input type="checkbox"/> no segundo ano de formado</p> <p><input type="checkbox"/> no terceiro ano de formado</p> <p><input type="checkbox"/> após o terceiro ano de formado</p> <p><input type="checkbox"/> não comprou consultório</p> <p>9. Fez ou está fazendo algum curso de especialização?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>10. Quais? _____, local _____ ano _____.</p> <p>11. Caso seja especialista, atua também em outras especialidades odontológicas, além das suas?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>12. Por quê?</p> <p><input type="checkbox"/> dificuldade no mercado de trabalho <input type="checkbox"/> vocação</p> <p><input type="checkbox"/> outros _____</p> <p>13. Em média quantas horas semanais atende no consultório? _____ horas.</p>	<p>14. Qual é seu ganho líquido mensal ? (retirar os gastos operacionais: aluguel do consultório, secretária, etc)</p> <p><input type="checkbox"/> até R\$ 1000,00</p> <p><input type="checkbox"/> de R\$ 1000,00 até R\$ 1999,00</p> <p><input type="checkbox"/> de R\$ 2000,00 até R\$ 3,999,00</p> <p><input type="checkbox"/> de R\$ 4000,00 até R\$ 8000,00</p> <p><input type="checkbox"/> mais de R\$ 8000,00</p> <p><input type="checkbox"/> não quero responder</p> <p>15. Com o exercício profissional você conseguiu comprar algum bem móvel ou imóvel?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não quero responder</p> <p>16. Qual? <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> carro <input type="checkbox"/> terreno <input type="checkbox"/> outro</p> <p>17. Em seu consultório trabalha com pessoal auxiliar?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>18. Qual é o porte da cidade em que você atua:</p> <p><input type="checkbox"/> até 10.000 habitantes</p> <p><input type="checkbox"/> de 10.000 a 100.000 habitantes</p> <p><input type="checkbox"/> mais de 100.000 habitantes</p> <p>19. Qual é o tipo de clientela que é assistida:</p> <p><input type="checkbox"/> classe alta <input type="checkbox"/> classe média <input type="checkbox"/> classe baixa</p> <p>20. Realizou curso de mestrado e/ou doutorado?</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não área. _____</p> <p>21. Você tem alguma queixa de saúde relacionada á profissão? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Quais _____ - _____</p> <p>22. Dá aula em alguma instituição? Em qual?</p> <p>_____</p> <p>23. Possui outra fonte de renda fora da odontologia</p> <p><input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p> <p>24. Está satisfeito profissionalmente quanto: (pode ser assinalada mais de uma alternativa)</p> <p><input type="checkbox"/> à remuneração alcançada</p> <p><input type="checkbox"/> à jornada de trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> ao relacionamento com outros profissionais</p> <p><input type="checkbox"/> à seu desempenho no cotidiano de trabalho</p> <p><input type="checkbox"/> está insatisfeito com a profissão</p> <p>25. Quanto as perspectivas profissionais, você:</p> <p><input type="checkbox"/> pretende continuar exclusivamente na profissão</p> <p><input type="checkbox"/> pensa em retirar-se parcialmente para outra atividade</p> <p><input type="checkbox"/> pretende retirar-se totalmente, abandonando a profissão</p> <p>26. Você considera que a formação no curso de graduação da FOA-UNESP foi:</p> <p><input type="checkbox"/> muito fraca <input type="checkbox"/> fraca <input type="checkbox"/> regular</p> <p><input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> muito boa</p> <p>Pontos a melhorar _____</p> <p>27. Informações gerais:</p> <p>Data de nascimento: _____ Sexo: _____</p> <p>Ano de Formatura: _____</p> <p>Estado civil: <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> desquitado <input type="checkbox"/> viúvo</p> <p>Muito Obrigado pela sua colaboração</p> <p style="text-align: center;">Muito Obrigado pela sua colaboração</p>
---	--

unesp  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
"Júlio de Mesquita Filho"
CÂMPUS DE ARAÇATUBA-FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 014/03
CEP
MRM/mbc

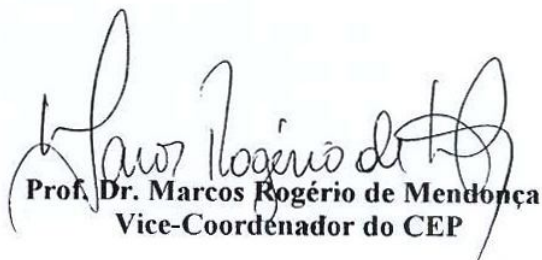
Araçatuba, 12 de fevereiro de 2003.

Referência Processo FOA 2002/2196

O Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade analisou o projeto "**Avaliação da inserção dos profissionais formados pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP no mercado de trabalho**" e expediu o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, **deverá ser enviado Relatório até o dia 12/02/2004.**


Prof. Dr. Marcos Rogério de Mendonça
Vice-Coordenador do CEP

Ilmo. Senhor
Profa. Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz
Câmpus de Araçatuba
UNESP

Autorizo a reprodução deste trabalho.

Araçatuba, de 2003-05-27

Suzely Adas Saliba Moimaz