

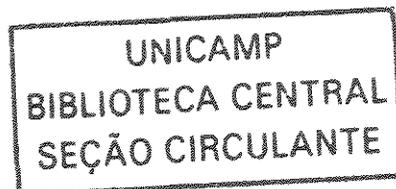
ROGÉRIO DUBOSSELARD ZIMMERMANN

O PERFIL DO FORMADO EM ODONTOLOGIA ENTRE  
1997 E 2001 NO ESTADO DE PERNAMBUCO E SUA  
INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Tese apresentada à Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba – FOP, da  
Universidade Estadual de Campinas –  
UNICAMP, para obtenção do título de  
Doutor em Radiologia, área de  
concentração Odontologia Legal e  
Deontologia.

200307096

PIRACICABA - SP  
2002



ROGÉRIO DUBOSSELARD ZIMMERMANN

O PERFIL DO FORMADO EM ODONTOLOGIA ENTRE 1997 E  
2001 NO ESTADO DE PERNAMBUCO E SUA INSERÇÃO NO  
MERCADO DE TRABALHO

Esta exemplar foi devidamente corrigido,  
de acordo com a Resolução COPG-036/R3

COPG

Assinatura do Orientador

Tese apresentada à Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba – FOP, da  
Universidade Estadual de Campinas –  
UNICAMP, para obtenção do título de  
Doutor em Radiologia, área de  
concentração Odontologia Legal e  
Deontologia.

Orientadora: Professora Doutora Dagmar de Paula Queluz

Banca Examinadora:

Prof. Doutor Casimiro Abreu Possante de Almeida

Profª. Doutora Márcia Carréra Campos Leal

Prof. Doutor Marcelo de Castro Meneghin

Prof. Doutor Eduardo Hebling

PIRACICABA – SP  
2002

UNIDADE	BC
CHAMADA	TUNICAMP
	Z.G.S.P.
EX	
DMBO BC/	52571
ROC	16-124703
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
REÇO	R\$11,00
DATA	13/03/03
CPD	

CM00180509-4

8 19 283933

### Ficha Catalográfica

<p><del>ZGSP</del> ZGSP</p>	<p>Zimmermann, Rogério Dubosselard</p> <p>O perfil do formado em Odontologia entre 1997 e 2001 no Estado de Pernambuco e sua inserção no mercado de trabalho./ Rogério Dubosselard Zimmermann.</p> <p>Piracicaba, SP:[s.n.], 2002.</p> <p>116p.: il.</p> <p>Orientador: Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz.</p> <p>Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Cirurgião Dentista – perfil 2. Mercado de trabalho. 3. Odontologia Legal. I. Queluz, Dagmar de Paula. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p>
---------------------------------	--

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Marilene Girello CRB/8 – 9159, da biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba / UNICAMP.



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de DOUTORADO, em sessão pública realizada em 21 de Novembro de 2002, considerou o candidato ROGÉRIO DUBOSSELARD ZIMMERMANN aprovado.

1. Profa. Dra. DAGMAR DE PAULA QUELUZ \_\_\_\_\_

2. Prof. Dr. CASIMIRO ABREU POSSANTE DE ALMEIDA \_\_\_\_\_

3. Profa. Dra. MÁRCIA CARRÉRA CAMPOS LEAL \_\_\_\_\_

4. Prof. Dr. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM \_\_\_\_\_

5. Prof. Dr. EDUARDO HEBLING \_\_\_\_\_

Meu pai dizia que só conquistaríamos amigos verdadeiros até o final da adolescência.

Pai, estou feliz por descobrir que nem sempre você esteve certo!

Dedico este trabalho aos amigos Casimiro Almeida, Luciana Venâncio e Márcia Carréra que com seus exemplos, companheirismo e amizade sincera souberam cobrar sem magoar.

Meu pai dizia que sem sua família um homem perde a razão de suas conquistas.

Pai, você nunca esteve tão certo!

Dedico este trabalho aos meus amados Neide, Reynaldo e Victor, sem os quais qualquer conquista é inútil.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À nossa orientadora, Professora Doutora Dagmar de Paula Queluz, que nos acolheu fraternalmente em um dos momentos mais difíceis desta caminhada e soube nos conduzir de forma equilibrada e tranqüila.

À Professora Doutora Altair Antoninha Del Bel Cury, pelo equilíbrio e bom senso demonstrados na condução da pós-graduação. Sua sabedoria, competência e dedicação, professora Altair, devem servir de exemplo a todos que se dedicam à vida acadêmica e à administração pública.

À Professora Doutora Maria Dolores Paes da Silva, que soube compreender as nossas dificuldades e continuou a nos apoiar sem críticas ou cobranças. Do seu sempre aluno, muito obrigado.

## AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas que me acolheu em seu corpo discente.

Ao Professor Luiz Francesquini, companheiro de curso, por seus conselhos e exemplo de dedicação a todos nós seus colegas.

Às Senhoras Dinoly de Albuquerque Lima e Célia Regina Mamesco pela atenção e carinho dispensados.

Aos amigos do Departamento de Medicina Social que sempre estiveram presentes com suas palavras de apoio.

À jovem cirurgiã-dentista Emanuelle Ribeiro de Oliveira, pelo auxílio com a revisão das referências bibliográficas e pelo seu entusiasmo pela vida acadêmica que se renova em nós a cada dia.

Ao Professor Doutor Marcelo de Castro Meneghin, pelas significativas contribuições ao nosso trabalho.

Ao Professor Doutor Eduardo Hebling, que com seus conhecimentos ajudou a engrandecer o nosso trabalho.

Ao Professor Doutor Antônio Carlos Pereira, pelas valiosas contribuições ao nosso trabalho.

Ao amigo Eduardo Rockfelle T. da Silva pela valiosa contribuição na digitação e formatação do presente trabalho.

Ao professor Doutor José Thadeu Pinheiro, por sua preocupação constante com nosso progresso na vida acadêmica.

Ao Professor José Natal, por sua valiosa contribuição na elaboração dos testes estatísticos.

À Diretora Técnica da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
– UNICAMP, Senhora Marilene Girello, por sua inestimável contribuição  
adequando o trabalho às normas da FOP.

Ao Professor Doutor Eduardo Daruge, pois através de seus exemplos pude  
refletir e, certamente, tornar-me melhor.

*“A liberdade, Sancho, é um dos mais preciosos dons que os céus deram aos homens; a ela não podem igualar-se os tesouros da terra nem do mar. Pela liberdade, assim como pela honra se pode e se deve arriscar a vida.”*

Cervantes

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	01
Lista de Abreviaturas.....	03
Resumo.....	05
Abstract.....	07
1 – Introdução.....	09
2 – Revista da Literatura.....	13
2.1 – Escolha Profissional.....	15
2.2 – Formação Profissional .....	16
2.2.1 – Graduação .....	16
2.2.2 – Educação Continuada .....	21
2.3 – Mercado de Trabalho.....	23
2.3.1 – Expectativas e Realidade do Mercado .....	23
2.3.2 – Distribuição dos Cirurgiões-Dentistas .....	32
3 – Objetivos.....	35
4 – Material e Métodos.....	37
5 – Resultados.....	41
6 – Discussão.....	57
7 – Conclusões.....	73
Referências Bibliográficas.....	75
Anexos.....	85

## LISTA DE TABELA

Tabela 1.	Principais estatísticas descritivas da idade dos formados entre 1997 a 2001, de acordo com a instituição de ensino de Odontologia – Pernambuco, 2002.	41
Tabela 2.	Distribuição da amostra de acordo com o sexo e instituição de ensino de Odontologia – Pernambuco, 2002.	42
Tabela 3.	Distribuição da amostra de acordo com o estado civil e instituição de ensino de Odontologia – Pernambuco, 2002.	42
Tabela 4.	Distribuição da amostra de acordo com a classe social e instituição de ensino de Odontologia – Pernambuco, 2002.	43
Tabela 5.	Distribuição da amostra de acordo com a instituição em que cursou o segundo grau e instituição de ensino de Odontologia – Pernambuco, 2002.	43
Tabela 6.	Distribuição da amostra de acordo com o tipo de moradia durante o curso e instituição de ensino de Odontologia – Pernambuco, 2002.	44
Tabela 7.	Distribuição da amostra pela instituição de ensino onde concluiu o curso de acordo com o fator considerado na escolha do curso de Odontologia – Pernambuco, 2002.	44
Tabela 8.	Distribuição da amostra de acordo com a presença de dentista na família e instituição de ensino de Odontologia – Pernambuco, 2002.	45
Tabela 9.	Distribuição de amostra de acordo com a condição de exercício profissional e instituição de ensino odontológico – Pernambuco, 2002.	45
Tabela 10.	Distribuição da amostra de acordo com o local onde se estabeleceram os respondentes e instituição de ensino de Odontologia – Pernambuco, 2002.	46
Tabela 11.	Distribuição da amostra de acordo com o tipo da atividade profissional após a conclusão do curso e a instituição de ensino onde concluiu o curso – Pernambuco, 2002.	47
Tabela 12.	Distribuição da amostra de acordo com a renda bruta mensal em salários mínimos (sm), auferida com o exercício profissional da Odontologia e instituição de ensino odontológico – Pernambuco, 2002.	48

Tabela 13.	Percepção dos respondentes, por instituição de origem, quanto à capacitação para exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral – Pernambuco, 2002.	49
Tabela 14.	Percepção dos respondentes, por instituição de origem, quanto às razões por se acharem capacitados para o exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral – Pernambuco, 2002.	50
Tabela 15.	Percepção dos respondentes, por instituição de origem, quanto à capacitação para exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral – Pernambuco, 2002.	51
Tabela 16.	Percepção dos respondentes, por instituição de origem, quanto às razões atribuídas para a falta de capacitação para exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral – Pernambuco, 2002.	52
Tabela 17.	Distribuição da amostra de acordo com a classificação dos conhecimentos adquiridos para início da atividade profissional e instituição de ensino odontológico – Pernambuco, 2002.	53
Tabela 18.	Distribuição da amostra de acordo com a realização de cursos de pós-graduação e instituição de ensino odontológico – Pernambuco, 2002.	53
Tabela 19.	Estrutura percentual da distribuição da amostra de acordo com as especialidades mais procuradas para realização de cursos de educação continuada – Pernambuco, 2002.	54
Tabela 20.	Estrutura percentual da distribuição da amostra de acordo com o tipo de curso de educação continuada e instituição de ensino odontológico – Pernambuco, 2002.	54
Tabela 21.	Condições dos formados entre 1997 a 2001 quanto à satisfação ao exercício da Odontologia – Pernambuco, 2002.	55
Tabela 22.	População, número de cirurgiões-dentistas, relação cirurgião-dentista/habitante e rendimento mensal nas grandes regiões do Brasil.	93
Tabela 23.	População, número de cirurgiões dentistas e relação CD por habitante por estado da federação.	95
Tabela 24.	Contagem da população, número de cirurgiões-dentistas, relação cirurgião-dentista / habitante e renda média em salários mínimos (sm) dos chefes de domicílios por municípios em Pernambuco.	97

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS EM LATIM

*apud* = citado por

*et al.* = e outros (abreviatura de “et alii”)

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS EM PORTUGUÊS

CD = Cirurgião-dentista

CDs = Cirurgiões-dentistas

FOC/SCES = Faculdade de Odontologia de Caruaru da Sociedade Caruaruense de Ensino Superior

FOP/UPE = Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEC = Ministério da Educação e Cultura.

OMS = Organização Mundial de Saúde

sm = Salários mínimos.

SOEPE = Sindicato dos Odontologistas do Estado de Pernambuco

UFPE = Universidade Federal de Pernambuco

## RESUMO

O estudo visou aprofundar os conhecimentos sobre os egressos dos cursos de Odontologia no estado de Pernambuco, traçando seu perfil, analisando suas perspectivas de inserção no mercado de trabalho, avaliando a satisfação com os cursos frequentados e o desempenho destes quanto à preparação para o exercício das especialidades odontológicas na condição de clínicos gerais, bem como a satisfação dos respondentes com a escolha da profissão de cirurgião-dentista. Foi obtida uma amostra aleatória simples entre os formados no estado de Pernambuco entre 1997 e 2001, segundo dados fornecidos pelo Conselho Regional de Odontologia, e aplicado questionário em 211 profissionais que depois de esclarecidos sobre os propósitos do estudo concordaram em participar livre e conscientemente. Os resultados demonstraram que os cirurgiões-dentistas formados nos cursos de Odontologia do estado de Pernambuco têm em média 23 anos, são predominantemente do sexo feminino (63,03%), solteiros (91,94%), residiam com os pais durante a realização do curso (66,82%), cursaram o segundo grau em escola particular (89,10%), em sua grande maioria pertencem a classe social "B" (60,19%) têm dentistas na família (44,55%) e escolheram a profissão por acreditarem em sua realização profissional e pessoal (64,93%). Observou-se que estão exercendo a profissão (96,21%) especialmente em consultório particular (33,18%) ou dividindo este com outros colegas (24,64%) e, recebendo uma remuneração que varia entre 3 e 10 salários mínimos ((86,73%). Verificou-se que os egressos da UFPE (42,70%) e da FOP (44,05%) não fariam Odontologia novamente sendo significativa a diferença quando comparados com os da FOC (26,32%)

para a mesma opção. Registrou-se que os concluintes da UFPE (97,75%) classificaram os conhecimentos adquiridos como insuficientes ou razoáveis, enquanto os da FOP ( 83,33%) e da FOC ( 86,84%) assinalaram essa opção, sendo significativas as diferenças encontradas (qui-quadrado:  $p = 0,004$ ) . Constatou-se ainda que nas três escolas a Dentística Restauradora foi a especialidade mais citada entre as que os respondentes consideraram-se aptos à sua prática, na condição de clínicos gerais; enquanto as especialidades Ortodontia e Ortopedia Facial, na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com 73,03%, Implantodontia na Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP/UPE) com 63,19% e Implantodontia e Prótese Dentária na Faculdade de Odontologia de Caruaru (FOC/SCES), ambas com 55,26%, são as citadas como aquelas em que os respondentes não se consideraram aptos ao seu exercício.

## ABSTRACT

The study had as purpose to broaden the knowledge about newly-graduated professionals in Dentistry courses in Pernambuco, drawing up their profile, analysing their perspective of entering job market, assessing their satisfaction with the courses attended and their performance as for preparation to execute dental specialities as general practitioners, as well as the researched professionals satisfaction with the choice of being a dentist. It was obtained a simple arbitrary sample among graduating students in Pernambuco between 1997 and 2001, according to data supplied by the Regional Dentistry Council, and questionnaire answered by 211 professionals who after being explained about this study purpose agreed freely and consciously to participate. Results showed that the dentists graduated in Dentistry courses from Pernambuco are on average 23 years old, are predominantly women (63,03%), single (91,94%), live with their parents during the course (66,82%), studied in private schools (89,10%), the majority belongs to middle class (60,19%), have dentists in their family (44,55%) and have chosen the profession because they believe in their professional and personal fulfilment. It was observed that they are carrying on the profession (96,21%) specially in private surgeries or sharing this one with other friends (24,64%) and, earning between 3 and 10 minimum salaries (86,73%). It was noticed that professionals graduated at UFPE (42,70%) and at FOP (44,05%) would not course Dentistry again being significant the difference when compared to those graduated at FOC (26,32%) for the same option. It was registered that those graduated at UFPE (97,75%) classified the acquired knowledge as not enough or reasonable, while those from FOP (83,33%) and FOC (86,84%) marked this option, being significant the differences found (qui-quadrado  $p = 0,004$ ). It was also noticed that at all three schools Restorative Dentistry was the most mentioned speciality among those which professionals consider themselves able to execute, as general practitioners, while Orthodontia and Facial Orthopaedics, at Federal University of Pernambuco (UFPE) with 73,03%, Implantodontia at Dentistry College of Pernambuco (FOP/UPE) with 63,19% and Implantodontia and Dental Protesis at Dentistry College of Caruaru (FOC/SCES), both with 55,26%, are mentioned as those in which the professionals do not feel prepared to execute.

## 1 - INTRODUÇÃO

Quando o homem criou o fogo e aprendeu a conservá-lo modificou também seus hábitos alimentares; em consequência dessa mudança na dieta começou a experimentar os primeiros problemas dentários. Nos papiros egípcios de Ebers, datados de 37 séculos antes de Cristo, encontram-se referências sobre dores e abscessos nos incisivos e a prescrição para sua cura. Daqueles tempos distantes onde os problemas dentários preocupavam e não existiam formas científicas de tratá-los aos dias atuais muita coisa se modificou. A Odontologia consolidou-se como ciência e se desenvolveu sobremaneira nos aspectos técnicos e tecnológicos.

Nos Estados Unidos da América vários dentistas se destacaram por sua criatividade e persistência transformando a Odontologia em ciência. Chapin Harris em 1839, cria o “Baltimore College of Dental Surgery”, primeiro centro universitário de Odontologia. Em 1840 Horace Hayden funda a “The American Society of Dental Surgeons” e neste mesmo ano é editado o “The American Journal of Dental Science”. Wells em 1844 descobre no óxido nitroso as propriedades anestésicas. Evans em 1849 apresenta o amálgama.

No Brasil, o exercício da Odontologia de forma científica, no dizer de LERMAN (1942) inicia-se em 25 de outubro de 1884 com a criação dos cursos de Odontologia da Bahia e do Rio de Janeiro. A Odontologia brasileira evoluiu e tornou-se das profissões mais procuradas face às possibilidades de ascensão social e financeira.

Atualmente no Brasil existem 148 faculdades de Odontologia que formam aproximadamente 12.000 novos cirurgiões-dentistas a cada ano, informou PINTO (2002).

Na grande maioria dos cursos são formados profissionais tecnicistas com uma visão distorcida da realidade que irão encontrar e, prontos para atuar em consultórios particulares, distanciados, portanto, das necessidades do mercado. Outra característica que também se observa é que uma grande parcela destes profissionais fica nos grandes centros urbanos; até mesmo os estudantes que vêm do interior, acabam se fixando nas grandes metrópoles saturando ainda mais o mercado já praticamente esgotado nestes centros. Os reflexos dessa saturação e a resposta do mercado já começam a serem observados nos concursos vestibulares onde a procura pelo curso de Odontologia vem caindo vertiginosamente. As faculdades particulares, em todo o Brasil, já começam a ter dificuldades no fechamento de novas turmas. Assim, ao sair da faculdade, o cirurgião-dentista recém formado depara-se com uma realidade diferente daquela que sonhava quando entrou e necessita, para poder sobreviver, fazer uma opção que lhe assegure sobrevivência digna na profissão que escolheu.

No estado de Pernambuco existem três faculdades de Odontologia. A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE) e a Faculdade de Odontologia de Caruaru da Sociedade Caruaruense de Ensino Superior (FOC/SCES). As duas primeiras têm duas entradas semestrais com 50 alunos cada, enquanto a FOC tem apenas uma entrada anual com 50 alunos. Assim, são colocados no mercado de trabalho, a cada ano, cerca de 250 novos profissionais.

Avaliando os resultados obtidos no exame nacional de cursos, o “provão”, no período de 1997 a 2001, observamos que a UFPE obteve conceitos C, D, C, E e C; A FOP

obteve C, C, C, D e C, enquanto Caruaru ficou com D, D, D, C e D; o que demonstra não serem os resultados dos mais animadores tendo em vista que o melhor resultado obtido pelas três escolas foi "C", não sendo incomum o "D" e nem mesmo o "E" (INEP,2002).

As entidades representativas da classe apontam para um mercado de trabalho pouco promissor e elencam o empobrecimento da população, a má distribuição dos profissionais, os elevados custos para início e manutenção da atividade profissional associados à diminuição dos horários dedicados à clínica particular na busca da complementação de renda através de empregos, como também a deficiência do sistema de cobrança dos honorários e da falta de respeito de algumas empresas de convênios, como sendo alguns dos fatores responsáveis pela crise em que se encontra a classe odontológica.

É com essa perspectiva e a de serem formados por escolas que, em tese, não estão conseguindo dar a melhor formação que os graduados em Odontologia no estado de Pernambuco entrarão no mercado de trabalho.

O objetivo do presente trabalho é contribuir para ampliar os conhecimentos acerca do perfil do graduado em Odontologia no estado de Pernambuco e sua inserção no mercado de trabalho.

## 2 - REVISTA DA LITERATURA

### 2.1 – ESCOLHA PROFISSIONAL

Em estudo realizado por ALMEIDA (1984) através de um questionário aplicado em 150 acadêmicos da Universidade Federal da Bahia, observou-se que 70,4% optou por Odontologia em função do gosto específico pela profissão, enquanto 22,7% o fizeram por afinidade pelas ciências médicas. Verificou ainda que 43,3% tinham parentes dentistas.

VACARIUC (1985) analisou as opções de especialidade mais procuradas e relacionou-as com o sexo dos sujeitos da pesquisa constatando ser nítida a escolha pela Odontopediatria entre as mulheres enquanto os homens preferem a Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais.

Ao pesquisar os acadêmicos do Rio Grande do Sul, BOTTI & SANTOS (1986) constataram que a faixa etária de conclusão de curso estava entre 20 e 25 anos, o que para os autores gerava uma expectativa de vida produtiva, em termos laborativos, bastante longa. Agravada pela falta de maturidade que os autores entendiam ser considerável no momento dessa escolha. Verificaram ainda que 10% dos formandos consideraram-se despreparados para resolver os problemas básicos da população e apontavam como principal motivo a inadaptação dos currículos à realidade social brasileira.

Pesquisando cirurgiões-dentistas do Estado de São Paulo COSTA *et al.* (1992) constataram que 76% dos entrevistados escolheram a profissão por se identificarem e

realizarem com a mesma. Todavia, 22% dos respondentes apontaram que a perspectiva de ganhar bem e obter prestígio social foram o fator motivador da escolha.

Para FONSECA (1995) a escolha da profissão deveria ser realizada levando-se em conta a vocação de cada indivíduo após uma reflexão sobre a responsabilidade que cada profissão exige daqueles que a elas se dedicam e não apenas fatores de menos importância como o número de vagas no vestibular e a facilidade de aprovação, ou ainda se a escola é pública ou particular.

As principais razões que faziam da Odontologia uma carreira atraente, segundo SILVA & CRUZ (1996) era seu caráter liberal associado ao fato de ser da área biológica, além do retorno financeiro que se acreditava ser garantido.

CARVALHO *et al.* (1997 b) avaliaram a motivação e a expectativa dos estudantes da grande São Paulo e concluíram que os formados naquela cidade são predominantemente do sexo feminino, jovem, solteiro e freqüentaram escolas privadas no segundo grau. A maioria tem os pais com instrução superior e renda familiar acima de trinta salários mínimos. 52,9% dos respondentes fizeram opção pela Odontologia por vocação e por acreditarem que a profissão remunera bem, além de ser uma profissão que propicia a continuidade dos estudos e ser útil à sociedade.

FERREIRA (1998) afirmou que a Odontologia está em quinto lugar no “ranking” na preferência dos vestibulandos, segundo dados do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Relatou ainda que no imaginário desses jovens a Odontologia é uma profissão em que se pode ganhar muito dinheiro e obter prestígio social. Comentou também que 10% dos que

escolheram a carreira possuíam algum profissional da área na família, o que de certa forma, acreditava, haveria de ter influenciado na escolha.

GONALVES (1999) acreditava ser urgente conscientizar os alunos de que ao se formar eles teriam que trabalhar como qualquer outro profissional e não começariam a carreira ganhando 50 salários mínimos. Acrescentou também que diferentemente da década de 70, quando o dentista ganhava muito dinheiro pela escassez de mão-de-obra, nos dias atuais a remuneração do profissional era cada vez mais baixa.

Na reportagem “Perfil de quem fez o provão 2001” (Rev. do Provão, 2002) em que se apresentaram os resultados obtidos com aplicação do questionário-pesquisa aos formandos de todos os cursos avaliados em 2001, observou-se que 63% dos estudantes são do sexo feminino, a faixa etária até os 24 anos concentra 45,8% dos formandos e o estado civil Solteiro foi o mais citado com 66 % dos respondentes.

SOUZA (2001) registrou que o ensino médio está incorporando camadas da população de renda mais baixa que estavam fora do sistema educacional e que, agora, passam a ter oportunidade de educação que não tinham antes. Informou ainda, que o Ministério da Educação estava desenhando um conjunto de medidas junto com as universidades federais para permitir que essa tendência de aumento do número de vagas nas universidades públicas fosse, inclusive, acelerada.

De acordo com os dados coletados 45% dos estudantes cursaram ensino médio em escolas públicas o que contraria a tese de que as vagas nas universidades estariam sendo ocupadas por uma parcela da sociedade com maior poder aquisitivo (Rev. do Provão,

2002). Todavia, na mesma reportagem, existe a informação de que é grande a presença de alunos vindos de escolas públicas nos cursos voltados para a formação de professores como Pedagogia, Letras, Matemática, Biologia, Física e Química. Já os formandos das áreas das ciências da saúde e exatas, na maioria das vezes, cursam o ensino médio em escolas particulares.

## 2.2 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL

### 2.2.1 – GRADUAÇÃO

Analisando o ensino da Odontologia SOUZA (1982) comentou que existe uma considerável distância entre o que é ensinado na universidade e o que dela exige a sociedade, ou seja, considerou que as competências e habilidades profissionais não estavam adequadas à realidade social do país.

Entretanto, RIBEIRO (1983) esclareceu que em alguns países latino-americanos, inclusive o Brasil, existiam faculdades que estavam preocupadas com a formação do cirurgião-dentista voltada principalmente para prestar atendimento à classe média alta e estavam modificando o perfil de seus currículos.

VACARIUC (1985) sugeriu a reformulação dos currículos dos cursos de Odontologia através de estudos regionais de forma a atender as reais necessidades das suas comunidades, enfatizando que as mudanças deveriam preocupar-se com as ações curativas, mas, e principalmente, premiarem as ações preventivas.

BARBOSA (1990) criticou o ensino universitário da área odontológica por considerá-lo distorcido para a realidade brasileira. Considerou o autor que estavam sendo formados profissionais para exercer uma Odontologia sofisticada para pacientes com alto poder aquisitivo o que, fatalmente, acarretaria um problema de excesso de mão-de-obra e a conseqüente falta de ética profissional, chegando mesmo, nos casos mais graves, a uma total distorção dos valores morais da profissão odontológica.

Para MACIEL (1994) o desenvolvimento de uma atitude preventiva, por parte do futuro cirurgião-dentista, é resultado de um conhecimento acumulado ao longo do curso. Os profissionais formados dentro de uma filosofia preventivista irão reconhecer a saúde como um bem necessário a todos, e não apenas a uma elite, financeiramente privilegiada, sendo capaz de valorar não só a própria saúde, como também a dos outros.

Segundo RAMOS (1994) os currículos precisariam ser revistos, pois da forma como estavam acabariam formando pré-especialistas, quando na realidade a população necessitava de profissionais generalistas com uma visão preventivista.

BOBBIO (1995) argumentou que a formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas era fragmentada e os currículos não priorizavam a formação generalista, humanística e preventivista. Considerou o autor que se dava maior importância às técnicas, instrumentais e equipamentos sofisticados o que acabava, em última análise, induzindo os alunos a buscarem os cursos de pós-graduação.

Para SILVA & ROSA (1996) o ensino nas faculdades de Odontologia era calcado em bases puramente tecnicistas com o que, em última análise, acabava formando um

profissional altamente especializado, mas despreparado para as ações necessárias à saúde pública.

Para FONSECA (1997) a sociedade necessitava de profissionais formados em instituições que possuíssem currículos voltados para as reais necessidades da população, com capacidade de avaliar e tratar a saúde da comunidade. Esses cirurgiões-dentistas deveriam ter uma formação humanística para o desempenho digno da Odontologia.

Ao comentar a criação de novos cursos de Odontologia, TOLEDO (1997) questionava se eram verdadeiros os interesses pelo avanço técnico-científico e pela melhoria da qualidade de vida da população em relação à saúde bucal a preocupação daqueles que se dispunham a abrir novas faculdades; e respondia dizendo ser puramente mercantilista o interesse que os impulsionava. Questionou também se estavam preparados os corpos docentes das escolas para formar o profissional que a sociedade necessitaria no próximo milênio, ou ainda se os responsáveis pelas novas faculdades saberiam enfrentar a situação caótica onde os futuros profissionais, sem perspectivas e frustrados em seus legítimos anseios, não conseguiriam se encaixar no mercado de trabalho.

BELLINI (1997) enfatizou que “as escolas tem dentistas em seu corpo docente, mas não tem docentes, o que é muito diferente”. O autor comentou que devido ao aumento excessivo do número de faculdades de Odontologia nos últimos vinte anos não foi possível a preparação de docentes com experiência clínica, e também pedagógica. “O professor hoje recebe por hora aula, assim, não tem envolvimento com a vida acadêmica, não tem tempo para realizar pesquisas e orientar alunos”. O maior desafio, segundo o autor, seria a

mudança de filosofia no ensino superior na área da Odontologia onde o dentista a ser formado tanto deveria ter sua atenção voltada para a doença como para a promoção da saúde.

PEGORARI (1997) desabafou dizendo: “a Odontologia que se tem no Brasil, a Odontologia que é ensinada nas universidades e que é aplicada hoje não condiz com a realidade brasileira”.E concluiu lamentando que os profissionais que estavam sendo formados diferiam dos formados no passado que escolhiam a profissão muito mais preocupados com o bem estar geral e coletivo da população, do que apenas preocupados com o lucro.

Segundo CARVALHO *et al.* (1997 a) o Brasil superou os Estados Unidos da América em número de faculdades de Odontologia, no entanto muitos dos cursos em funcionamento se mostravam deficitários. Falta de qualificação do corpo docente, péssimas instalações devido à falta de infra-estrutura ou mesmo quanto ao estado de conservação e falta de material didático adequado eram os principais fatores apontados pelo autor como sendo responsáveis pela baixa qualidade acadêmica de grande parte dos dentistas brasileiros que estavam sendo formados.

Para NARESI apud FERREIRA (1997) algumas faculdades estavam colocando em seus currículos a disciplina de Orientação Profissional ou Economia Profissional com a finalidade de propiciar aos graduandos melhores condições na administração de seus consultórios, tendo em vista que 70% dos formados pretendiam exercer a profissão em clínica particular, mas desconheciam os fatores que interferem na administração da mesma.

SILVA (1999) enfatizou o crescimento existente no número de vagas que ocorria nas escolas particulares, onde não se investia na capacitação docente, ressaltando que os professores já vinham capacitados das escolas públicas, onde muitas vezes se aposentavam muito cedo ou então eram profissionais de conhecimento técnico-científico reconhecido, mas que não possuíam nenhuma formação pedagógica.

MARCOS (1999) demonstrou sua preocupação em relação à qualidade do ensino nas faculdades de Odontologia e expôs a necessidade de se reduzir o número de escolas, fechando aquelas que eram deficientes, apontando também para a necessidade de maior investimento na formação do clínico geral.

SOUZA (2000) registrou que os estudantes de Odontologia vinham desde 1997 realizando o “provão”, e enalteceu: “os futuros profissionais da área têm se destacado por apresentarem o maior índice de participação no Exame Nacional de Cursos por dois anos consecutivos; exatos 99,9% responderam à prova, o que demonstra a seriedade com que eles estão encarando a avaliação do MEC” O Ministro ainda comemorou: “assim como nas outras áreas, as conseqüências para os cursos de Odontologia são claras: ensino com maior qualidade, profissionais com melhor preparo e, na ponta, o cidadão que pode confiar, cada vez mais, no atendimento que irá receber”.

PUCCA (2000) comentou que nos currículos tradicionais o aluno acabava direcionando o curso para uma especialização. “Mesmo que ninguém diga que esse currículo forma um especialista, ele acaba forçando o aluno a se especializar”.E

complementou dizendo que o profissional saía do curso sem preparo para discutir os problemas da saúde bucal da população.

Para FERREIRA (2000) o ensino superior no Brasil estava em plena ebulição e acreditava o autor que está mudança era extremamente saudável, pois tirava as faculdades da inércia em que se encontravam, cumprindo apenas as exigências mínimas do Ministério da Educação. Afirmou ainda que essa mudança deveu-se ao Exame Nacional de Cursos (Provão) que apesar de muito criticado era apenas uma parte do processo avaliativo onde também eram analisados o corpo docente e as instalações das escolas. E concluiu que apesar de estar longe do ideal já servia para que as escolas refletissem sobre a formação que estavam dando aos seus alunos e revissem seus projetos pedagógicos adequando-os à realidade de cada região do país.

Em 2002, cerca de 100 cursos de Odontologia seriam avaliados na sétima edição do Exame Nacional de Cursos, o Provão. O objetivo era estimular as instituições a aprimorar as condições do processo de ensino-aprendizagem, adequando a formação dos cirurgiões-dentistas às necessidades da sociedade brasileira.(Provão, 2002).

### 2.2.2 – EDUCAÇÃO CONTINUADA

De acordo com a modificação da postura dos pacientes em relação aos resultados do tratamento odontológico, CHOZE (1995) constatou que era imprescindível ao profissional atualizar seus conhecimentos retornando às atividades acadêmicas como forma de sobreviver no exercício profissional.

TARRÍO (1995) informou que no Brasil a maior crítica aos cursos de especialização, pelos profissionais que faziam esses cursos, era que os mesmos não serviam para aprofundar os conhecimentos, mas para suprir as deficiências da graduação.

Entretanto, ABRAMOVICZ (1995) defendeu a especialização como um mal necessário e que não se podia proibir o recém-formado de especializar-se, pois esta era uma forma de ser absorvido pelo mercado de trabalho. Todavia, o autor enfatizou que por trás dessa necessidade em especializar-se se encontrava o mal maior que são as deficiências do ensino de graduação.

BORGES (1996) criticou de forma veemente os elevados valores cobrados nos cursos de especialização e considerou que estes só floresciam em face de baixa qualidade dos cursos de graduação, o que acabava quase que obrigando o recém-formado a submeter-se a eles.

O registro dos cursos de especialização nos Conselhos Regionais de Odontologia é uma forma de garantir que os aspectos éticos sejam observados pelos que exercem a profissão e desta forma garantir o reconhecimento aos que são especialistas, considerou PINHEIRO (1997).

Os cirurgiões-dentistas recebiam nos cursos de graduação uma formação extremamente tecnicista, segundo SILVA (1998), e mal direcionada para o contexto da saúde geral. Assim analisou o autor que a pós-graduação não podia tomar o mesmo direcionamento sob pena de desqualificar o especialista.

## 2-3 - MERCADO DE TRABALHO

### 2.3.1 – EXPECTATIVAS E REALIDADE DO MERCADO

Para CORDON (1988) a prática da Odontologia de forma liberal, que sempre foi caracterizada pela ausência de intermediários e, total independência profissional, vinha, progressivamente, sendo modificada para o trabalho odontológico assalariado onde o comprador impõe limitações à atuação do profissional e controla o preço do seu trabalho.

A realização profissional entre os dentistas de São Paulo foi pesquisada por COSTA *et al.* (1992) cujos resultados demonstraram que 24% são especialistas, mas esses não se dedicam exclusivamente a sua especialidade visto que também exerciam a clínica geral. Observaram ainda que o especialista percebia um rendimento mensal superior em 25% quando comparados aos que exerciam apenas a clínica geral.

Era lamentável, segundo NAVAL (1994), que o setor público investisse tão pouco, principalmente, em saúde bucal visto que, segundo o mesmo autor, mais de 80% da população brasileira não podia freqüentar consultório particular, o que já justificaria o investimento maciço no setor.

RAMOS (1994) enfatizou que os administradores públicos deveriam dar o devido valor a saúde da população, em especial a saúde bucal, investindo em saúde pública através de programas preventivos, criando programas de controle da qualidade e dando salários e condições de trabalho dignas. Concluiu afirmando que os principais problemas de saúde não eram técnicos ou científicos, mas sim políticos.

Afirmou CHRISTENSEN (1994) que o serviço odontológico americano era de ótima qualidade. Entre outros fatores que contribuíram para atingir esse estágio citava: o livre mercado, a criatividade, o incentivo ao lucro, o tipo de ação governamental e o trabalho ético. Ressaltou, no entanto, que os americanos estavam preocupados com a possibilidade de queda da qualidade alcançada em decorrência das formas de pagamento dos honorários.

Informou GONÇALVES (1994) que os cirurgiões-dentistas recém-formados da Alemanha necessitariam trabalhar por dois anos em clínicas privadas antes de poderem abrir seus consultórios. Para os escandinavos, existiria a obrigatoriedade de trabalhar o primeiro ano nos programas públicos de seus governos.

LUCAS (1995) denunciou a desigualdade social existente no Brasil onde apenas 10% da população tinha acesso a tratamento odontológico de qualidade e, apesar deste triste quadro, o estado não discutia as questões básicas de saúde bucal, levando a um agravamento da situação dos cidadãos.

Segundo PIRES (1995) a saúde pública empregava 17 mil cirurgiões-dentistas no ano de 1986 enquanto na área privada 10 mil. Dos 130 mil profissionais brasileiros existentes em 1995, estimava-se que quase 30 mil tinham algum vínculo empregatício o que demonstrava ser significativo o número de profissionais sem emprego. Constatou ainda, no mesmo estudo, que na prefeitura de São Paulo 76% dos cirurgiões-dentistas eram contratados através de concurso público e que recebiam em torno de 6,4 salários mínimos.

WERNECK *et al.* (1995) em estudo realizado em Belo Horizonte verificaram que 10% dos cirurgiões-dentistas estavam lotados na rede pública atendendo a 90% da população, enquanto os 10% da população, que tinham acesso a consultório particular, era disputada por 90% dos dentistas da cidade.

FERREIRA (1995) relatava que devido à saturação do mercado de trabalho era cada vez maior a procura dos cirurgiões-dentistas por ingressar nas forças armadas, onde acreditavam encontrar estabilidade, visto que poderiam atingir o posto de coronel e receber uma aposentadoria integral relativa aquele posto.

Para OTERO (1996) a Odontologia ia mal na América Latina. O Estado demonstrava-se incapaz de resolver por si só os problemas de saúde bucal. A população menos favorecida não tinha recursos para pagar os honorários da assistência privada. Os cirurgiões-dentistas, apáticos ao caos social assistiam passivamente a destruição do mercado de trabalho e a extinção da prática liberal da profissão, sem perceber que a sala de espera se encontrava cada vez mais vazia. Afirmou ainda que o mercado de trabalho estaria comprometido com o surgimento de grupos econômicos que exploravam a mão-de-obra dos cirurgiões-dentistas pagando honorários “indignos e arbitrários”.

BORGES (1996) considerando a apropriação de renda nacional pelas camadas populacionais registrou que 10% da população detinha 87,01% da renda nacional, enquanto 90% da população detinha 12,99% da mesma. E comentava que esse desequilíbrio na apropriação de renda, além de ocasionar inúmeros problemas sociais, tinha um reflexo bastante marcante em relação à saúde, e mais especialmente à Odontologia. A grande

parcela desfavorecida economicamente congestionava o serviço público, exigindo uma performance ágil e eficiente no equacionamento de seus problemas, sendo que uma pequena parte dessa população freqüentava o setor privado mediante planos de financiamento. Essa parcela desfavorecida selecionava os serviços oferecidos mais pelo custo em termos de orçamento doméstico do que por uma questão de valorização da saúde. A pequena parcela favorecida economicamente era a clientela potencial da clínica particular e, devido ao acesso a informação, aprendeu a questionar a oferta dos serviços selecionados.

Ao analisar o mercado de trabalho na área da saúde, GIRARDI (1996) constatou que existia uma crise neste seguimento. Nos hospitais e clínicas o emprego cresceu 2% ao ano, ritmo bastante inferior ao das décadas de 70 (10%) e de 80 (5%). Comentou ainda que o salário médio de contratação do cirurgião-dentista por hora era de R\$ 22,54 contra R\$ 22,68 para os jornalistas, R\$ 22,88 para os economistas, R\$ 30,30 para os engenheiros, R\$ 30,73 para os médicos e R\$ 32,31 para os advogados.

Estudo realizado por SILVA & ROSA (1996) sobre o vínculo empregatício dos cirurgiões-dentistas da cidade de Araraquara, interior de São Paulo, verificou que após o processo de municipalização, ocorrido na década de 80, foram ampliadas, consideravelmente, as oportunidades de emprego naquela cidade. Constatou ainda que a jornada de trabalho no setor público era de 20 horas semanais para 67,6% dos pesquisados e que destes 33,8% atuavam apenas em empregos, sem se dedicar ao consultório particular. Constatou ainda, através do mesmo estudo, que a prefeitura era responsável pela maioria dos postos de trabalho disponíveis e que os procedimentos que o serviço oferecia

restringiam-se apenas a Dentística, Cirurgia, Prevenção e Odontopediatria, ficando os procedimentos como Endodontia, Prótese e Ortodontia sem a cobertura daquele órgão.

Para FERREIRA (1997) montar um consultório e ter uma clientela fiel e seleta era o sonho da maioria dos estudantes durante o curso e dos profissionais ao longo de toda sua vida profissional. Todavia ponderou que esse sonho nem sempre conseguia ser atingido. A concorrência entre os profissionais, os altos investimentos para o exercício da profissão aliada a pouca visão administrativa, estaria levando muitos a desistirem da carreira.

Os baixos salários, as jornadas quádruplas de serviços, as péssimas condições materiais e de infra-estrutura, e as pressões por produtividade a qualquer preço, como uma consulta realizada a cada dez minutos, criavam um quadro caótico onde as perspectivas de trabalho, desenvolvimento e até mesmo a subsistência dos profissionais estavam cada dia piores, CHIATTONE & SEBASTIANI (1997).

LEMOS *et al.* (1997) relataram que apesar da grande oferta de profissionais no mercado era muito grande o número de pessoas que continuavam desassistidas devido à ineficiência do sistema de saúde pública, a má distribuição dos profissionais que se concentravam nos grandes centros urbanos, e ao alto custo dos serviços odontológicos cobrados nos consultórios particulares.

Para SOUZA (1997) todo recém-formado sonhava em trabalhar até conseguir capitalizar o suficiente para colocar seu próprio consultório. Ainda, segundo o mesmo autor, devido à falta de orientação muitos saíam das escolas sem perspectivas, fato que era agravado pela falta de condições financeira dos pais em ajudar o novo cirurgião-dentista a

se estabelecer no mercado, falta de possibilidades de ser absorvido pelo setor público, além do próprio descaso da população em relação a sua saúde bucal.

SARDENBERG & PASTORE (1997) acreditavam que boa formação, afínco e paciência garantiriam uma clientela fiel. Apesar de constatarem que existia, especialmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, mercados de trabalho saturados, não se viam profissionais desempregados, mas, sobretudo, com a mão-de-obra cada vez sendo remunerada por valores mais baixos. Informaram ainda que no início da profissão o salário girava em torno de cinco salários mínimos e meio, podendo chegar aos setenta e cinco salários mínimos no auge da carreira, o que acreditavam acontecer por volta dos dez anos de formado.

LIMBERTE (1997) relacionou como motivos do “sucateamento” para o qual caminhava a profissão odontológica as prioridades estabelecidas pela população brasileira que não valorizava a saúde bucal colocando-a sempre em segundo plano, atrás até mesmo de coisas banais como gastos com cabeleireiro. Para agravar ainda mais a situação informava que os convênios odontológicos, principalmente para os recém-formados, eram uma ilusão de que não faltariam clientes e que a remuneração estaria garantida quando na realidade o que se observava era uma remuneração aviltante impossibilitando a realização de um trabalho de qualidade.

FARAH (1997) constatou que a realidade do mercado odontológico era de uma grande quantidade de profissionais oferecendo serviços odontológicos numa economia estabilizada o que favorecia a comparação de preços. Nesse ambiente era inevitável e

Afirmou ARAÚJO (1999) que frente às péssimas condições da saúde bucal apresentada pela população em geral não deveriam existir problemas no mercado de trabalho odontológico, mas, devido à concentração de profissionais nos grandes centros e o excessivo número de cursos de formação acabou ocorrendo, nestes centros, uma grande disputa pela clientela. Informou também que existiam outros locais onde o cirurgião-dentista poderia exercer sua profissão além do consultório, tais como: órgãos públicos, corporações militares, escolas, creches e ambulatórios de empresas.

METZKER (1999) relatou que em consulta realizada junto aos Conselhos de Enfermagem, Fonoaudiologia, Nutrição, Fisioterapia, Medicina, Psicologia, Farmácia e Medicina Veterinária do estado de Minas Gerais constatou que a situação da Medicina é idêntica a da Odontologia, e que apenas o Conselho de Medicina Veterinária está otimista quanto ao mercado de trabalho. Já nos outros Conselhos, apesar da situação não ser tão grave, vislumbrava-se um agravamento da situação para os próximos anos.

De acordo com o levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgado em meados de 2000, evidenciou-se que de 20 milhões de brasileiros, da população total de 160 milhões nunca foram ao dentista. Isso representou 12,5% da população, sendo que nas áreas rurais essa taxa subia para 32%, demonstrando claramente a necessidade de o governo colocar equipes de saúde bucal para atender a população, SILVA (2000).

irreversível a queda dos preços dos serviços, pois as ofertas buscavam atrair o consumidor através do menor valor e as opções eram muitos.

Sugeri VALLADÃO (1997) que fossem criados programas de apoio aos recém-formados, onde esses e a população fossem beneficiados como forma de reverter o atual quadro da dura realidade brasileira.

Ao avaliar as possíveis modificações nos recursos humanos e, eventualmente sobre os produtos em saúde bucal, dos países signatários após a implantação plena do Mercosul, ALCÂNTARA (1998) concluiu que existiam vários pontos congruentes entre aqueles países tais como: maior contingente do sexo feminino, assalariamento, multi-empregos, proliferação dos convênios, credenciamentos, seguros e planos de saúde. Comentou ainda que o único país onde existia carência de cirurgiões-dentistas era o Paraguai.

Para FONTANA (1999) foi unânime a reclamação por falta de pacientes nos consultórios odontológicos. Em vista disso sugeri que as escolas e entidades representativas da classe se unissem em torno de campanhas institucionais que, com uma linguagem clara e acessível, pudessem atingir a maioria da população brasileira a qual valorizava coisas supérfluas como roupas entre outros objetos, mas não dava o devido valor a saúde bucal.

Para FERREIRA (1998) o cirurgião-dentista estava disposto a rever suas posturas em relação onde fixar sua atividade profissional, se dispondo a procurar novos mercados de trabalho. Considerou ainda que não existia um número excessivo de profissionais, mas sim uma concentração destes nas grandes cidades.

QUELUZ (2000) identificou na formação de recursos humanos em Odontologia, ou seja, na ministração de cursos de formação para profissionais auxiliares, como mais uma opção para os cirurgiões-dentistas atuarem no mercado.

CECCON (2000) apresentou como fato incontestado não ser o aumento do número de cursos nem o aumento do número de profissionais que iria melhorar a situação dos 30 milhões de brasileiros que nunca foram ao dentista, ou seja, um quinto da população brasileira. Registrou que a distribuição dos profissionais pelas diversas regiões do país se dava de forma heterogênea e diretamente proporcional a renda per capita da região; quanto maior a renda mais cursos e mais profissionais. E finalizou denunciando que os cursos existiam por razões econômicas, “curso de Odontologia é lucrativo”, e por que os vestibulandos acreditavam que a profissão liberal era muito rentável.

Analisando o mercado de trabalho no estado de São Paulo, QUELUZ & CARVALHO (2002) questionaram: Como reagir a um mercado de trabalho com pleora de profissionais como ocorre nos dias atuais? Quais as saídas que se pode encontrar para obter sucesso na profissão? Diante dessas indagações os autores enfatizaram os vários aspectos relacionados aos convênios e credenciamentos, cooperativas e outras formas de terceirização da Odontologia, criticando a preocupação dessas “empresas” com o lucro e com o desgaste que provocavam à imagem da Odontologia em virtude das propagandas desleais que freqüentemente utilizavam e o descaso com os profissionais prestadores de serviços.

### 2.3.2 – DISTRIBUIÇÃO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS

Pesquisa realizada por ROCHA *et al.* (1985) sobre o mercado de trabalho odontológico e a distribuição de cirurgiões-dentistas na região Nordeste verificaram os autores que o Maranhão apresentava uma relação cirurgião-dentista/habitante de 1/7246 e por esse motivo esse estado foi considerado como o que apresentava o melhor mercado de trabalho odontológico da região Nordeste. Pernambuco como o estado que apresentava o maior percentual (25,6%) de dentistas, enquanto Sergipe apresentava o menor (3,8%). Na seqüência encontraram a Bahia com 20,6%, Ceará 13,7%, e a Paraíba com 11,9%, enquanto os demais estados se equivaliam por apresentarem perto de 6%.

FREITAS *et al.* (1998) afirmou que 51% dos cirurgiões-dentistas brasileiros estavam concentrados nas capitais e esse fator sobrecarregava o mercado de trabalho, enfatizando que a interiorização é uma necessidade tanto sob a ótica da saúde pública como também para a própria sobrevivência econômica dos profissionais da Odontologia.

De acordo com MARCOS (1995) no Brasil existiam 86 cursos de graduação em Odontologia, formando anualmente 7543 profissionais. Segundo o mesmo autor os cursos estavam distribuídos pelas regiões do país na seguinte relação: dois no Norte; 13 no Nordeste; 49 no Sudeste; 16 no Sul e 6 no Centro-Oeste. Relatou ainda que 27 instituições são escolas federais, 15 são faculdades estaduais, quatro municipais e 40 são escolas privadas.

ANDRADE (1995) constatou a necessidade de uma redistribuição dos cirurgiões-dentistas pelo território nacional que, apesar de apresentar uma excelente relação profissional/paciente (1/1024), apresentava regiões como a Norte em que essa relação era de um CD para cada 3369 habitantes. Acreditou ainda que essa má distribuição fosse um dos fatores predisponentes ao aparecimento dos práticos e ilegais.

Afirmou BARROS (1996) que existiam cerca de 13 mil cirurgiões-dentistas formados na Coréia do Sul, o que dava uma proporção de um profissional para cada 3.500 habitantes, e que, a cada ano, ingressam no mercado cerca de 800 profissionais.

Afirmou TEITELBAUM (1997) que a população brasileira crescia a razão de 1,89% ao ano enquanto a taxa de crescimento anual de cirurgiões-dentistas era de 6,04% e que existia no país um profissional para cada 1241 habitantes. Comparou esses resultados com países como os Estados Unidos da América que apresentava uma proporção de um cirurgião-dentista para cada 1600 habitantes e com o Canadá onde a proporção era de um CD para cada 1870 pessoas. Enfatizou ainda o autor que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizava a proporção de um profissional para cada 1500 habitantes.

Segundo ZIMMERMANN & PINHEIRO (1997) a relação profissional/paciente no estado de Pernambuco já era preocupante, pois para uma população em torno de 7.500.000 habitantes existiam cerca de 5200 cirurgiões-dentistas resultando numa relação de um CD para 1433 habitantes. Comentaram ainda que no estado já existiam três faculdades de Odontologia, porém, em tramitação no MEC, existiam solicitações para a abertura de mais três.

Para MANOEL (1997) a crise na área da Odontologia era sem precedentes. Relatou que ocorria uma saturação do mercado devido à concentração dos profissionais nas grandes metrópoles, abertura indiscriminada de faculdades de Odontologia que possuíam um corpo docente de qualidade questionável, despertando tudo isso um misto de surpresa e indignação que associados à falta de conscientização da classe odontológica, em especial dos novos profissionais, dificultavam qualquer tentativa de reverter essa caótica situação. Informou ainda que, naquele ano, foram solicitadas autorização para a abertura de mais 70 faculdades que, se fossem aprovadas, juntar-se-iam as 90 já existentes.

De acordo com PINHEIRO (1997) o Brasil possuía em 1997, 90 faculdades de Odontologia e concentrava 11% da população mundial de dentistas. Enfatizava o mesmo autor que nosso país não necessitava de mais cirurgiões-dentistas, mas sim de um programa de interiorização da profissão.

FREITAS *et al.* (1998) informaram que a relação entre os cirurgiões-dentistas e habitantes era de 1/1242, enfatizando que a crise no mercado estava agravada em face de taxa de crescimento de profissionais que era de 5,92% enquanto que o crescimento populacional ficava em torno de 1,82%.

SAMPAIO (2001) informou que na França as vagas nas faculdades são flutuantes, ou seja, o estado regula o número de vagas que serão abertas anualmente de acordo com a possibilidade do mercado em absorver esses profissionais.

### **3 – OBJETIVOS**

#### 3.1 – GERAL

Contribuir para ampliar os conhecimentos acerca do perfil do graduado em Odontologia no estado de Pernambuco e sua inserção no mercado de trabalho.

#### 3.2 - ESPECÍFICOS

a – traçar o perfil dos formados entre 1997 e 2001, nos cursos de graduação em Odontologia no estado de Pernambuco;

b – analisar sua perspectiva quanto a sua inserção no mercado de trabalho;

c – avaliar, na percepção dos formados entre 1997 e 2001, o desempenho das três escolas do estado quanto à preparação para o exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral;

d – avaliar, na percepção dos formados entre 1997 e 2001, a satisfação com a instituição de ensino em que concluíram seus cursos quanto aos conhecimentos adquiridos para iniciar sua vida profissional;

e – avaliar, na percepção dos formados entre 1997 e 2001, a satisfação com a escolha da Odontologia como profissão.

## 4 – MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1 – MATERIAIS

O universo da pesquisa foi constituído por 910 profissionais inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco no período compreendido entre janeiro de 1997 a dezembro de 2001, segundo relação fornecida por aquela autarquia. Através de uma amostra aleatória simples foram sorteados 270 profissionais que comporiam a amostra casual simples e que resultou em 211 respondentes que depois de esclarecidos sobre os propósitos do estudo concordaram em participar livre e conscientemente, respondendo a um questionário (anexo 1). Foram excluídos 59 participantes sorteados por terem se formado em outros estados (19), por não terem sido encontrados nos endereços fornecidos (36) ou ainda por não concordarem em participar do estudo (4). Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a fórmula proposta por ARKIN & COLTON (1960) conforme demonstrado a seguir:

$$n = \frac{Q^2 \times p \times q \times N}{e^2 (N - 1) + Q^2 \times p \times q}$$

onde:

- n – tamanho da amostra
- Q<sup>2</sup> – confiabilidade
- p – prevalência
- q – porcentagem complementar
- N – tamanho do universo
- e – erro máximo permitido, que no caso foi de 5.

## 4.2 – MÉTODOS

Foram aprovados o protocolo de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco que recebeu o n.º 121/2001 – CEP/CCS (anexo 3);

Foi utilizado um questionário (anexo 1) com questões fechadas e abertas, que possibilitou atingir os objetivos propostos, entre aqueles que, após serem esclarecidos sobre os propósitos do estudo concordaram em participar livre e conscientemente, constituindo a amostra final. Para verificar sua confiabilidade (teste piloto) foram aplicados 60 questionários com alunos dos cursos de especialização em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco, sendo 30 por cada uma das cirurgiões-dentistas que coletariam os dados, sempre sob a supervisão, sem interferência, do pesquisador responsável. Para verificação da validade, os conjuntos de 30 questionários foram trocados entre as profissionais que os aplicaram, sendo, em seguida, os resultados analisados e efetuados os ajustes necessários no instrumento de coleta, ou seja, corrigindo as possíveis falhas de redação para que pudéssemos atingir os objetivos propostos. Os questionários foram entregues no endereço dos respondentes pelo pesquisador e pelas cirurgiões-dentistas, Ivoneide Maria de Melo Zimmermann e Luciana Venâncio Santos Souza que foram instruídas a não interferir nas respostas, apenas obtendo o consentimento esclarecido e aplicando o formulário proposto pela ABIPEME/1991 como forma de estabelecer a classe social dos respondentes. Prestaram ainda esclarecimentos sobre a seriedade da pesquisa e sobre a importância da colaboração dos que foram selecionados para participar do trabalho como respondentes, bem como sobre a maneira correta de preencher o questionário.

A classe social dos respondentes foi determinada de acordo com o critério de classificação da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado – ABIPEME/1991 (MATAR, 1995) que possibilita a estratificação em cinco classes sociais, quais sejam “A”, “B”, “C”, “D” e “E”; (anexo 2),.

Os resultados do estudo foram apresentados em tabelas e na análise estatística foi utilizado um intervalo 95% de confiança, sendo realizados os testes estatísticos (Qui-quadrado, Qui-quadrado de Pearson, Teste Exato de Fischer-Freeman-Halton, Anova, Binomial) necessários para estabelecer se as diferenças encontradas eram significativas. Nos testes de Qui-quadrado as variáveis foram medidas em uma escala de mensuração nominal obtendo-se frequências para cada categoria. O teste binomial foi utilizado quando ocorreu necessidade de dicotomização da amostra em apenas duas variáveis. O teste exato de Fischer-Freeman-Halton é uma técnica não paramétrica, extremamente útil para analisar dados discretos quando o tamanho de duas amostras independentes é pequeno. O ANOVA foi utilizado quando se tratou da comparação de médias. Em todos os testes adotou-se um nível de significância de 5%.

## 5 – RESULTADOS

Foram analisados os resultados das variáveis pesquisadas levando-se em consideração as três escolas estudadas, quais sejam: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP) e Faculdade de Odontologia de Caruaru (FOC).

### 1 – IDADE

As médias da idade dos formados no período compreendido entre 1997 e 2001, entre as instituições de ensino odontológico, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 1. Principais estatísticas descritivas da idade dos formados entre 1997 a 2001, de acordo com a instituição de ensino de Odontologia. - Pernambuco, 2002.

Instituição	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
UFPE	89	23,4	23,0	1,4	21,0	26,0
FOP	84	23,7	23,0	1,6	22,0	29,0
FOC	38	23,3	22,0	4,5	20,0	47,0

Teste ANOVA:  $p = 0,438$

## 2. SEXO

As distribuições do sexo, entre as instituições de ensino de Odontologia, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, evidenciando-se uma predominância de respondentes do sexo feminino.

Tabela 2. Distribuição da amostra, de acordo com o sexo e instituição de ensino de Odontologia – Pernambuco, 2002.

Instituição	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
UFPE	40	44,94	49	55,06	89	100,00
FOP	28	33,33	56	66,67	84	100,00
FOC	10	26,32	28	73,68	38	100,00
Total	78	36,97	133	63,03	211	100,00

Qui-quadrado Pearson:  $p = 0,093$

## 3. ESTADO CIVIL

As distribuições do estado civil, entre as instituições de ensino, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, observando-se que a grande maioria dos respondentes é solteiro. Observe-se ainda que não foram referidos outros estados civis.

Tabela 3. Distribuição da amostra, de acordo com o estado civil e instituição de ensino de Odontologia - Pernambuco, 2002.

Instituição	Estado civil				Total	
	Solteiro		Casado			
	N	%	N	%	N	%
UFPE	83	93,26	6	6,74	89	100,00
FOP	77	91,67	7	8,33	84	100,00
FOC	34	89,47	4	10,53	38	100,00
Total	194	91,94	17	8,06	211	100,00

Teste exato de Fisher-Freeman-Halton:  $p = 0,767$

#### 4. CLASSE SOCIAL - Critério ABIPEME de 1991 (MATAR, 1995)

As distribuições da classe social, entre as instituições de ensino de Odontologia, apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Mais especificamente, na FOC houve menos respondentes da Classe A e mais das Classes C e D do que na UFPE e FOP. Registre-se, por oportuno que não foram identificados nenhum dos respondentes pertencente a classe social “E”.

Tabela 4. Distribuição da amostra, de acordo com a classe social e instituição de ensino de Odontologia - Pernambuco, 2002.

Instituição	Classe social								Total	
	Classe A		Classe B		Classe C		Classe D			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UFPE	15	16,85	59	66,29	10	11,24	5	5,62	89	100,00
FOP	29	34,52	45	53,58	8	9,52	2	2,38	84	100,00
FOC	5	13,16	23	60,52	6	15,79	4	10,53	38	100,00
Total	49	23,22	127	60,19	24	11,37	11	5,22	211	100,00

Teste exato de Fisher-Freeman-Halton:  $p = 0,038$

#### 5. INSTITUIÇÃO ONDE CURSOU O SEGUNDO GRAU

Não houve associação estatisticamente significativa entre instituição que cursou o segundo grau e instituição de ensino de Odontologia. Observa-se é significativo o número de respondentes que cursou o segundo grau em escola particular.

Tabela 5. Distribuição da amostra, de acordo com a instituição em que cursou o segundo grau e instituição de ensino de Odontologia - Pernambuco, 2002.

Instituição	Instituição que cursou o segundo grau						Total	
	Pública		Privada		Ambas			
	N	%	N	%	N	%	N	%
UFPE	9	10,11	76	85,40	4	4,49	89	100,00
FOP	5	5,95	78	92,86	1	1,19	84	100,00
FOC	3	7,90	34	89,47	1	2,63	38	100,00
Total	17	8,06	188	89,10	6	2,84	211	100,00

Teste exato de Fisher-Freeman-Halton:  $p = 0,567$

## 6. TIPO DE MORADIA DURANTE O CURSO

Não houve associação estatisticamente significativa entre tipo de moradia e instituição de ensino de Odontologia, sendo, no entanto, grande o número dos que residiam com os pais durante a realização do curso.

Tabela 6. Distribuição da amostra, de acordo com o tipo de moradia durante o curso e instituição de ensino de Odontologia. - Pernambuco, 2002.

Instituição	Tipo de moradia durante a graduação								Total	
	Pais		Colegas		Parentes		Outros			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UFPE	65	73,03	4	4,49	7	7,87	13	14,61	89	100,00
FOP	57	67,86	7	8,34	10	11,90	10	11,90	84	100,00
FOC	19	50,00	6	15,79	4	10,53	9	23,68	38	100,00
Total	141	66,82	17	8,06	21	9,95	32	15,17	211	100,00

Teste Qui-quadrado de Pearson:  $p = 0,147$

## 7 - FATOR CONSIDERADO DECISIVO NA OPÇÃO PELO CURSO DE ODONTOLOGIA

Não houve diferença significativa em relação às opções apresentadas quando o referencial é a escola formadora. Ressalte-se, todavia, que a maioria dos respondentes afirmam ser a realização profissional e pessoal o fator mais importante no momento da escolha.

Tabela 7. Distribuição da amostra pela instituição de ensino onde concluiu o curso de acordo com o fator considerado na escolha do curso de Odontologia – Pernambuco, 2002.

Respostas	UFPE		FOP		FOC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ampla mercado de trabalho	13	14,61	5	5,95	4	10,53	22	10,43
Influência de parentes e amigos	5	5,62	4	4,76	3	7,89	12	5,69
Prestígio e dinheiro	8	8,99	10	11,90	---	---	18	8,52
Profissão liberal	7	7,86	12	14,29	3	7,89	22	10,43
Realização profissional e pessoal	56	62,92	53	63,10	28	73,69	137	64,93

Teste exato de Fisher-Freeman-Halton:  $p = 0,167$

## 8. PRESENÇA DE DENTISTA NA FAMÍLIA

Não houve associação estatisticamente significativa entre a presença de dentista na família e a instituição de ensino de Odontologia. Registre-se, no entanto, que quase metade dos respondentes (44,55%) tem algum dentista na família.

Tabela 8. Distribuição da amostra, de acordo com a presença de dentista na família e instituição de ensino de Odontologia. – Pernambuco, 2002.

Instituição	Dentista na família				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%		
UFPE	40	44,94	49	55,06	89	100,00
FOP	34	40,48	50	59,52	84	100,00
FOC	20	52,63	18	47,37	38	100,00
Total	94	44,55	117	55,45	211	100,00

Qui-quadrado de Pearson:  $p = 0,455$

## 9. CONDIÇÃO QUANTO AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Não houve diferença significativa entre os concluintes das três escolas, ficando evidente que a grande maioria está exercendo a Odontologia.

Tabela 9. Distribuição de amostra de acordo com a condição de exercício profissional e instituição de ensino odontológico. - Pernambuco, 2002.

Respostas	UFPE		FOP		FOC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Está exercendo	84	94,38	82	97,62	37	97,36	203	96,21
Não esta exercendo	5	5,62	2	2,38	1	2,64	8	3,79

Fisher – Freeman – Halton  $p = 0,639$

## 10. LOCAL ONDE SE ESTABELECEU

A distribuição da amostra do local onde se estabeleceram os graduados após a conclusão do curso de Odontologia apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as instituições de ensino de Odontologia. Especificamente, em torno de 78,4% dos estudantes da FOC se estabeleceram no Interior do Estado, enquanto 64,6% dos estudantes da FOP e 58,3% dos estudantes da UFPE estão trabalhando em Recife.

Tabela 10. Distribuição da amostra, de acordo com o local onde se estabeleceram os respondentes e instituição de ensino de Odontologia. - Pernambuco, 2002.

Instituição	Local onde se estabeleceu						Total	
	Interior		Recife		Outro estado			
	N	%	N	%	N	%	N	%
UFPE	29	34,52	49	58,33	6	7,14	84	100,00
FOP	20	24,39	53	64,63	9	10,97	82	100,00
FOC	29	78,38	7	18,92	1	2,70	37	100,00
Total	78	36,02	109	48,34	16	15,64	203	100,00

Qui-quadrado de Pearson:  $p < 0,001$

## 11. TIPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL APÓS O TÉRMINO DO CURSO

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as escolas formadoras e as opções apresentadas aos respondentes. Registre-se, no entanto, que mesmo realizando o teste piloto, não se observou que as opções apresentadas “Dividir consultório com outros colegas” e “Consultório próprio” poderiam ser avaliadas em conjunto, conforme discutiremos adiante.

Tabela 11. Distribuição da amostra de acordo com o tipo da atividade profissional e a instituição de ensino onde concluiu o curso. Pernambuco, 2002.

Respostas	UFPE		FOP		FOC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Consultório próprio	32	35,96	25	29,76	13	34,21	70	33,18
Dividindo consultório com outros colegas	18	20,22	29	34,52	5	13,16	52	24,64
Empresa privada	5	5,62	5	5,96	2	5,26	12	5,69
Serviço público	34	38,20	25	29,76	18	47,37	77	36,49

Qui-quadrado de Pearson :  $p = 0,175$

## 12. RENDA BRUTA MENSAL EM SALÁRIOS MÍNIMOS

Não houve associação estatisticamente significativa entre a renda bruta mensal e a instituição de ensino de Odontologia. Observa-se que, aproximadamente, 87% dos respondentes recebem entre 3 e 10 salários mínimos.

Tabela 12. Distribuição da amostra, de acordo com a renda bruta mensal em salários mínimos (sm), auferida com o exercício profissional da Odontologia e instituição de ensino odontológico - Pernambuco, 2002.

Instituição	Renda bruta mensal										Total	
	Até 2 (sm)		De 3 a 5 (sm)		De 6 a 10 (sm)		De 11 a 20 (sm)		Mais de 20 (sm)			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UFPE	0	0,00	27	32,14	42	50,00	12	14,29	3	3,37	84	100,00
FOP	1	1,22	34	41,46	42	51,22	5	6,10	0	0,00	82	100,00
FOC	1	2,70	17	45,95	15	40,54	4	10,11	0	0,00	37	100,00
Total	2	0,99	78	38,42	99	48,77	21	10,34	3	1,48	203	100,00

Teste exato de Fisher-Freeman-Halton:  $p = 0,142$

### 13. ESPECIALIDADES EM QUE SE CONSIDEROU CAPACITADO AO SAIR DA GRADUAÇÃO

Nota-se que a Dentística Restauradora é a especialidade mais citada pelos egressos das três escolas como sendo aquela em que se consideram mais preparados, apesar de ser significativa a diferença de comportamento dos formados pela FOC, quando comparados com os formados pela UFPE.

Tabela 13. Percepção dos respondentes, por instituição de origem, quanto à capacitação para exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral. Pernambuco, 2002.

Especialidade em que se considerou capacitado	Instituição			Valor p	Comparações múltiplas
	UFPE (1) (n = 89)	FOP (2) (n = 84)	FOC (3) (n = 38)		
Dentística Restauradora	80 (89,89%)	70 (83,33%)	27 (71,05%)	0,030*	(3) < (1)
Odontopediatria	49 (55,06%)	32 (38,10%)	18 (47,37%)	0,082*	
Periodontia	25 (29,41%)	46 (54,76%)	12 (31,58%)	<0,001*	(1) < (2); (3) < (2)
Prótese Buco-Maxilo-Facial	4 (4,49%)	6 (7,14%)	0 (0,00%)	0,245**	
Prótese Dentária	24 (26,97%)	25 (29,76%)	3 (7,89%)	0,027*	(3) < (1); (3) < (2)
Odontologia em Saúde Coletiva	18 (20,22%)	14 (16,67%)	8 (21,05%)	0,783*	
Endodontia	36 (40,45%)	49 (58,33%)	15 (39,47%)	0,035*	(1) < (2)
Ortodontia e Ortopedia Facial	9 (10,11%)	7 (8,33%)	2 (5,26%)	0,667*	
Estomatologia	7 (7,87%)	14 (16,67%)	8 (21,05%)	0,086*	
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais	4 (4,49%)	13 (15,48%)	7 (18,42%)	0,024*	(1) < (2); (1) < (3)
Odontologia Legal	15 (16,85%)	3 (3,57%)	2 (5,26%)	0,007*	(2) < (1); (3) < (1)
Implantodontia	2 (2,25%)	0 (0,00%)	0 (0,005)	0,663**	
Patologia Bucal	5 (5,62%)	3 (3,57%)	3 (7,89%)	0,553**	

\*Teste qui-quadrado de Pearson;

\*\* Teste exato de Fisher-Freeman-Halton

#### 14. PORQUE SE ACHOU CAPACITADO

Quanto a origem para a capacitação observa-se que existe diferença entre os respondentes, especialmente entre os egressos da FOC, quando comparados aos da UFPE e FOP, registrando-se para os egressos da instituição do interior uma maior satisfação com sua escola, bem como não terem eles realizado cursos de aperfeiçoamento durante a graduação o que, lamentavelmente, tem se tornado uma constante nas escolas da capital.

Tabela 14. Percepção dos respondentes, por instituição de origem, quanto às razões por se acharem capacitados para o exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral. - Pernambuco, 2002.

Porque se achou capacitado	Instituição			Valor p	Comparações múltiplas
	UFPE (1) (n = 89)	FOP (2) (n = 84)	FOC (3) (n = 38)		
Estágios	27 (30,34%)	13 (15,48%)	6 (15,79%)	0,037*	(2) < (1)
Faculdade/docentes	22 (24,72%)	20 (23,81%)	21 (55,26%)	<0,001*	(1) < (3); (2) < (3)
Cursos de aperfeiçoamento durante a graduação	18 (20,22%)	15 (17,86%)	0 (0,00%)	0,012*	(3) < (1); (3) < (2)
Interesse Pessoal	46 (51,69%)	55 (65,48%)	18 (47,37%)	0,087*	
Monitorias	4 (4,49%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0,074**	
Não sabe	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,63%)	0,181**	

\*Teste qui-quadrado de Pearson;

\*\* Teste exato de Fisher-Freeman-Halton

## 15. ESPECIALIDADES NAS QUAIS NÃO SE SENTIU CAPACITADO

Na tabela 15 registra-se coerência dos respondentes quando comparados estes resultados com os da tabela 13, visto que a dentística aparece como a especialidade menos citada para os egressos das três escolas.

Tabela 15. Percepção dos respondentes, por instituição de origem, quanto à capacitação para exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral. Pernambuco, 2002.

Especialidades em que não se sentiu capacitado	Instituição			Valor p	Comparações Múltiplas
	UFPE (1) (n = 89)	FOP (2) (n = 84)	FOC (3) (n = 38)		
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais	53 (53,54%)	41 (48,81%)	12 (31,58%)	0,015**	
Ortodontia e Ortopedia Facial	65 (73,03%)	36 (42,86%)	16 (42,11%)	< 0,001*	(2) < (1); (3) < (1)
Periodontia	27 (30,34%)	1 (1,19%)	3 (7,89%)	< 0,001**	(2) < (1); (3) < (1)
Prótese Buco-Maxilo-Facial	40 (44,94%)	18 (21,43%)	1 (2,63%)	< 0,001*	(2) < (1); (3) < (1) (3) < (2)
Implantodontia	64 (71,91%)	53 (63,10%)	21 (55,26%)	0,166*	
Endodontia	24 (26,97%)	15 (17,86%)	9 (23,68%)	0,356*	
Prótese Dentária	18 (20,22%)	22 (26,19%)	21 (55,26%)	< 0,001*	(1) < (3); (2) < (3)
Odontologia em Saúde Coletiva	13 (14,61%)	21 (25,00%)	9 (23,68%)	0,203*	
Radiologia	2 (2,25%)	1 (1,19%)	4 (10,53%)	0,053*	
Estomatologia	18 (20,00%)	10 (11,90%)	3 (7,89%)	0,129*	
Odontopediatria	4 (4,49%)	6 (7,14%)	2 (5,26%)	0,857**	
Odontologia Legal	4 (4,49%)	25 (29,76%)	0 (0,00%)	< 0,001*	(1) < (2); (3) < (2)
Dentística Restauradora	0 (0,00%)	3 (3,57%)	0 (0,00%)	0,146**	

\* Qui-quadrado de Pearso:  $p < 0,001$ ;

\*\* Teste exato de Fisher-Freeman-Halton:  $p < 0,001$

## 16. ORIGEM DA FALTA DE CAPACITAÇÃO

Nota-se novamente coerência dos respondentes visto que é significativa a insatisfação dos egressos da UFPE.

Tabela 16. Percepção dos respondentes, por instituição de origem, quanto às razões atribuída para a falta de capacitação para exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral. Pernambuco, 2002.

Porque não se achou capacitado	Instituição			Valor p	Comparações Múltiplas
	UFPE (1) (n =89)	FOP (2) (n = 84)	FOC (3) (n = 38)		
Não gostar	27 (30,34%)	32 (38,10%)	16 (42,11%)	0,367*	
Deficiência da faculdade/ docentes	72 (80,90%)	51 (60,71%)	20 (52,63%)	0,002*	(2) < (1); (3) < (1)
Deficiência de estágios e atividades extra muros	27 (30,34%)	8 (9,52%)	0 (0,00%)	< 0,001*	(2) < (1); (3) < (1)
Sem resposta (branco)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (7,89%)	0,005**	(1) < (3); (2) < (3)

\*Qui-quadrado de Pearson:  $p < 0,001$ ;

\*\* Teste exato de Fisher-Freeman-Halton:  $p < 0,001$

## 17. CLASSIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS

As distribuições da classificação dos conhecimentos adquiridos apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as instituições de ensino de Odontologia. Mais especificamente, 97,7% dos que concluíram o curso na UFPE classificaram os conhecimentos adquiridos como insuficientes ou razoáveis, contra 83,3% dos concluintes da FOP e 86,8% dos estudantes da FOC.

Tabela 17. Distribuição da amostra, de acordo com a classificação dos conhecimentos adquiridos para início da atividade profissional e instituição de ensino odontológico. Pernambuco, 2002.

Instituição	Classificação dos conhecimentos						Total	
	Suficientes		Razoáveis		Insuficientes			
	N	%	N	%	N	%	N	%
UFPE	2	2,25	54	60,67	33	37,08	89	100,00
FOP	14	16,67	42	50,00	28	33,33	84	100,00
FOC	5	13,16	27	71,05	6	15,79	38	100,00
Total	21	9,95	123	58,30	67	31,75	211	100,00

Qui-quadrado:  $p = 0,004$

## 18. CONDIÇÃO QUANTO À REALIZAÇÃO DE CURSOS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

Na tabela 18 observa-se semelhança de comportamento para os respondentes das três escolas (Teste binomial UFPE :  $p < 0,001$ ; FOP :  $p < 0,001$ ; FOC :  $p < 0,001$ ) evidenciando-se também que não foi por conta do acaso a realização de cursos de pós-graduação (Qui-quadrado :  $p = 0,891$ ).

Tabela 18. Distribuição da amostra de acordo com a realização de cursos de educação continuada e instituição de ensino odontológico - Pernambuco, 2002.

Respostas	UFPE		FOP		FOC		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Já realizou ou está realizando	63	70,79	62	73,81	28	73,68	153	72,51
Não realizou	26	29,21	22	26,19	10	26,32	58	27,49
Total	89	100,0	84	100,0	38	100,0	211	100,0

Teste binominal UFPE :  $p < 0,001$ ; FOP :  $p < 0,001$ ; FOC :  $p < 0,001$

Qui-quadrado :  $p = 0,891$

## 19. ESPECIALIDADES MAIS PROCURADAS EM EDUCAÇÃO CONTINUADA

Tabela 19. Estrutura percentual da distribuição da amostra de acordo com as especialidades mais procuradas para realização de cursos de educação continuada. - Pernambuco, 2002.

Respostas	UFPE		FOP		FOC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Endodontia	20	18,35	22	19,64	12	23,53	54	19,85
Prótese	21	19,27	25	22,32	8	15,69	54	19,85
Ortodontia	25	22,94	19	16,96	8	15,69	52	19,12
Dentística	11	10,09	12	10,71	11	21,57	34	12,50
Periodontia	11	10,09	16	14,29	1	1,96	28	10,29
Odontopediatria	11	10,09	7	6,25	9	17,65	27	9,93
Cirurgia	5	4,59	3	2,68	2	3,92	10	3,68
Implante	3	2,75	2	1,79	---	---	5	1,84
Saúde coletiva	2	1,83	3	2,68	---	---	5	1,84
Radiologia	---	---	3	2,68	---	---	3	1,10
Total	109	100,0	112	100,0	51	100,0	272	100,0

## 20 – TIPO DE CURSOS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA MAIS REALIZADOS

Tabela 20. Estrutura percentual da distribuição da amostra de acordo com o tipo de curso de educação continuada e instituição de ensino odontológico. - Pernambuco, 2002.

Tipo cursos	UFPE		FOP		FOC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aperfeiçoamento/ atualização	56	51,38	51	45,54	42	82,35	149	54,78
Especialização	38	34,86	40	35,71	9	17,65	87	31,99
Mestrado	14	12,84	19	16,96	---	---	33	12,13
Doutorado	1	0,92	2	1,79	---	---	3	1,10
Total	109	100,0	112	100,0	51	100,0	272	100,0

## 21. CONDIÇÃO DOS FORMADOS ENTRE 1997 A 2001 QUANTO A SATISFAÇÃO EM TER REALIZADO O CURSO ODONTOLÓGICO.

Não se observa diferença entre as respostas obtidas pelos que se graduaram pela UFPE e FOP, ou seja, existe uma certa equivalência para os que não fariam Odontologia novamente. Ressalte-se, todavia, que na FOC a predominância para os que fariam Odontologia novamente é significativa quanto à satisfação com o exercício profissional quando comparados com os da UFPE e da FOP.

Tabela 21. Condições dos formados entre 1997 e 2001, quanto à satisfação com o exercício da Odontologia - Pernambuco, 2002.

Respostas	UFPE		FOP		FOC		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fariam Odontologia novamente	51	57,30	47	55,95	28	73,68	126	59,72
Não fariam Odontologia novamente	38	42,70	37	44,05	10	26,32	85	40,28
Total	89	100,0	84	100,0	38	100,0	211	100,0

Teste binomial UFPE :  $P = 0,184$ ; FOP :  $p = 0,232$ ; FOC :  $p < 0,001$

## 6 – DISCUSSÃO

Analisando os resultados pode-se inferir que entre as três instituições não se observa diferença significativa para a faixa etária que ficou em torno de 23 anos, resultado que coincide com os achados de BOTTI & SANTOS (1996) e com o apresentado no “provão” 2001 que teve 45,8% até os 24 anos. Da mesma forma observa-se que em relação ao sexo não houve diferença significativa entre as três escolas, no entanto, para a amostra registra-se uma predominância de respondentes do sexo feminino na proporção de civil 63% que coincidentemente é o mesmo percentual observado para os formandos de todos os cursos que realizaram o “provão” em 2001. Solteiro aparece como o estado referenciado para 92% dos pesquisados, observando-se ainda que a grande maioria do total de respondentes (66,82%) residia com os pais durante a realização do curso de graduação.

Outra evidência significativa é que 89,1% da amostra estudada realizou seus estudos de segundo grau em escola particular, o que coincide os achados de CARVALHO *et al.* (1997b) para os alunos da grande São Paulo e com os resultados do questionário-pesquisa aplicado pelo MEC em 2002, que registrou serem os formandos das áreas das ciências da saúde, em sua maioria, provenientes de escolas particulares.

Para determinar a classe social dos pesquisados utilizou-se, conforme já referido na metodologia, o critério adotado pela ABIPEME em 1991 (MATAR, 1995) que possibilita a estratificação em cinco classes sociais, conforme demonstrado na tabela 4. Através da análise estatística realizada nos foi possível afirmar que a Faculdade de Odontologia de Caruaru (FOC) apresenta menos estudantes da classe social A e mais estudantes das classes

C e D, diferentemente aos das Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP) (teste exato de Fischer-Freeman-Halton  $p = 0,038$ ). Poder-se-ia supor que por serem aqueles que teoricamente se submeteram aos vestibulares mais concorridos (FOP e UFPE), e conseguiram aprovação, são também aqueles cujas famílias têm maior renda e puderam custear cursos preparatórios mais caros e que melhor prepararam para o concurso seletivo. No entanto, não se pode deixar de observar o valor das mensalidades praticadas, especialmente na FOC, que se comparado aos da UFPE, que por ser federal não cobra, e FOP, que por ser estadual, tem suas taxas subsidiadas, a primeira assertiva pode não encontrar amparo. Em última análise pode-se afirmar que 60,19% dos que estudaram Odontologia do estado de Pernambuco pertencem à classe B e que é muito pequeno o número dos que pertencem a classe D (5,21%), não se evidenciando nenhum da classe E.

Quando analisamos os possíveis fatores que influenciaram na opção pelo curso de Odontologia, não se registrou diferença significativa para os alunos das três escolas, pois em todas elas a realização profissional e pessoal foi o fator predominante nas respostas (62,9% na UFPE; 63,1% na FOP e 73,7% na FOC), aproximando-se dos resultados obtidos por CARVALHO *et al.* (1997) que foi de 52,9% para a cidade de São Paulo, como também para os resultados encontrados por COSTA *et al.* (1992) para o estado de São Paulo que foi de 76%. Registre-se ainda que apenas 8,5% dos respondentes admitem ser o prestígio e o dinheiro os fatores principais na escolha da profissão, o que não ratifica PEGORARI (1997) que afirmou serem os cirurgiões-dentistas formados na atualidade diferentes dos formados no passado, julgando que os de hoje só pensam no lucro que poderão ter com a profissão.

Na tabela 8 estão evidenciados os dados relativos a presença de dentista na família do respondente, não se observando diferença significativa entre as três escolas. Ressalte-se, por oportuno, que 44,55% dos respondentes tem algum dentista na família, resultado muito próximo do encontrado por ALMEIDA (1984) na Bahia, onde se registrou 43,3%, porém, diferente do informado por FERREIRA (1998) que registrou apenas 10%, segundo dados do MEC por aquele autor comentados.

Na análise dos dados levantados para a amostra composta pelos formados nos últimos cinco anos, observa-se que a grande maioria está exercendo a profissão (96,2%) não sendo registrada diferença quanto à escola de origem do cirurgião-dentista.

Na tabela 10, observa-se que a distribuição da amostra do local onde se estabeleceram os graduados após a conclusão do curso de Odontologia apresentou diferenças estatisticamente significativas entre as instituições de ensino de Odontologia (Qui-quadrado de Pearson:  $p < 0,001$ ). Especificamente, em torno de 78,4% dos estudantes da FOC se estabeleceram no Interior do Estado, enquanto 64,6% dos estudantes da FOP e 58,3% dos estudantes da UFPE estão trabalhando em Recife. Esse resultado evidencia a importância da FOC no processo de interiorização da Odontologia em nosso estado o que, conforme será demonstrado mais adiante é uma necessidade. Ressalte-se, todavia, que possivelmente é a escola a responsável pela pleora de profissionais existente naquele município que apresenta 1 cirurgião-dentista para cada 768 habitantes.

Quanto ao tipo de exercício profissional observa-se para as três escolas o mesmo comportamento, sendo identificado o “Serviço Público” com 36,5%, o “Consultório

Particular” com 33,2%, e a “Divisão de consultório com outro colega” com 24,6%, como as opções que aparecem entre as que mais absorvem a mão-de-obra dos egressos dos cursos de graduação em Odontologia no estado, diferentemente do encontrado por WERNECK (1995) em Belo Horizonte. Considerando que as opções “Consultório Particular” e “Divisão de consultório com outro colega” poderiam ser agrupadas em uma única classe, visto que não há variação do princípio, ou seja, as duas opções tratam do exercício profissional em clínica privada, teríamos, aproximadamente, 58%. Destarte observa-se que a realidade dos formados em Pernambuco não é muito diferente da encontrada por NARESI apud FERREIRA (1997) que registrou 70% de formados com expectativa de exercer a profissão em consultório particular. Nossos dados indicam que em face das dificuldades para se estabelecerem sozinhos nos dias atuais, muitos tem procurado dividir os custos com outros profissionais. Registre-se ainda, que nossos dados não reforçam o alegado por FERREIRA (1998) em relação à disposição dos novos profissionais em reverem suas posturas quanto o tipo de exercício profissional, ou seja, atuar no serviço público, o que acreditamos tem aumentado em virtude das dificuldades do mercado, especialmente para aqueles que estão iniciando na profissão e ainda não conseguiram formar clientela. Registre-se também que, possivelmente, o Programa de Saúde da Família, tem contribuído para que os cirurgiões-dentistas estejam sendo mis absorvidos pelo serviço público, o que de certa forma vai de encontro com o que preconizam VALLADÃO (1997); PINHEIRO (1997); ARAÚJO (1999) e SILVA (2000). Por derradeiro, enfatize-se a necessidade de serem ampliadas oportunidades de trabalho no serviço público, principalmente levando-se em consideração o constatado por SILVA (2000) e CECCON (2000), relativamente ao número de habitantes que nunca foi ao dentista.

Analisando o resultado sobre a renda bruta auferida no primeiro ano após a graduação (tabela 12) observa-se que não há entre as três escolas diferença estatística (Teste exato de Fisher-Freeman-Halton:  $p=0,142$ ). Registra-se que aproximadamente 87% encontra-se na faixa entre 3 a 10 salários mínimos o que, em tese, aproxima-se da realidade apontada por PIRES (1995) que registrou em seus estudos estarem 76% dos cirurgiões-dentistas de São Paulo sendo contratados para receber em torno de 6,4 salários mínimos, ou mesmo com SARDENBERG & PASTORE (1997) que afirmaram estar em torno de 8 salários mínimos a média de recebimento nos primeiros anos de exercício profissional. Registre-se, no entanto, que segundo dados do Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco – SOEPE, no estado de Pernambuco o valor médio de contratação para o regime de 20 horas semanais é de 3 salários mínimos mais 20% de insalubridade sobre 1 salário mínimo.

Analisando os resultados tabulados sobre a percepção dos alunos quanto a sua preparação para o exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral, que aparecem na tabela 13 observa-se que tanto os alunos da FOP como os da UFPE acreditam estar capacitados em Dentística Restauradora o que não se registra entre os alunos da FOC, quando os dados são comparados e testados estatisticamente (Qui-quadrado de Pearson  $p=0,030$ ). Todavia, ressalte-se que se analisados isoladamente a especialidade é comparativamente com as demais a que apresenta maior índice de citações entre as que os respondentes consideram-se preparados, ou seja, 80 respondentes dos 89 possíveis na UFPE, 70 dos 84 possíveis na FOP, e 27 dos 38 na FOC. Evidente também o destaque dado a Periodontia pelos que concluíram o curso da FOP em relação aos da FOC e UFPE.

Quanto a Prótese Dentária é grande o número de alunos de Caruaru que não se consideram capacitados. Na especialidade de Endodontia observa-se que os alunos da UFPE julgaram-se mais bem preparados do que os formados pela FOP. Quanto a Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais nota-se que tanto os alunos da FOP como os da FOC julgaram-se preparados relativamente ao número registrado para a UFPE. Todavia ressalte-se que isoladamente as porcentagens da FOP (15,48%) e da FOC (18,42%) não são tão expressivas. Quanto a Odontologia Legal observa-se diferença significativa entre o sentimento dos alunos da UFPE quando comparado ao das demais escolas. No entanto, apenas 16,85% dos graduados pela UFPE julgaram-se aptos a exercê-la. Comparando-se as especialidades entre si, observa-se que a Dentística Restauradora é a mais citada pelos alunos das três escolas, ou seja, 89,89% na UFPE, 83,33% na FOP e 71,05% na FOC, seguidas de Odontopediatria (55,06%) e Endodontia (40,45%) na UFPE, Endodontia (58,33%) e Periodontia (54,76%) na FOP, e Odontopediatria (47,37%) e Endodontia (39,47%) na FOC. Diante destes resultados cabe-nos questionar: Se os cursos de graduação formam profissionais altamente tecnicistas e que não estão preparados para atender as necessidades da população como afirmam TARRÍO (1995), ABRAMOVICZ (1995), SILVA & ROSA (1996) e PUCCA (2000), como explicar que os nossos cirurgiões-dentistas consideram-se aptos em Dentística, Odontopediatria, Endodontia e Periodontia, especialidades que respondem pelas necessidades básicas mais urgentes da população brasileira. Será que na realidade eles se consideram preparados e não estão? O que de certa forma confirma o resultado do exame nacional de cursos onde o melhor desempenho das três escolas foi “C”. Ou ainda, pode-se supor, que estão realmente preparados e o “provão”

não é um mecanismo que avalie fidedignamente os graduados como afirma SOUZA (2000), não levando em consideração as diferenças regionais existentes?

Da tabela 14, onde estão tabulados os dados quanto ao motivo de se acreditarem preparados para o exercício das especialidades odontológicas, observa-se que os graduados pela UFPE atribuem sua capacitação principalmente ao interesse pessoal (51,69%), assim como os da FOP com 65,48%. Os graduados por Caruaru demonstram grande satisfação com sua escola ao creditarem a esta a principal razão de sua capacitação (55,26%) seguido de perto pelo interesse pessoal com 47,37%. Registre-se, por oportuno, o resultado evidenciado para a alternativa “Cursos de aperfeiçoamento durante a graduação” que registrou 20,2% para a UFPE e 17,9% para a FOP, sem haver nenhum registro para os graduados pela FOC. Pode-se supor, conhecendo a realidade do estado, que tal fato se deva ao grande número de “cursos de aperfeiçoamento” que aceitam acadêmicos de graduação como alunos em Recife, os quais, lamentavelmente, são ministrados muitas vezes por professores das escolas de graduação, e às vezes, dentro dessas escolas. Observa-se quando comparados os dados das tabela 14 (motivo de se acreditar capacitado) com os da tabela 16 (origem da falta de capacitação), que os alunos da UFPE e FOP são mais insatisfeitos com suas escolas se comparados aos da FOC.

Na tabela 15 registrou-se a percepção quanto à capacidade de exercer determinadas especialidades. Nota-se claramente que os graduados pela UFPE não acreditam estar capacitados ao exercício da Ortodontia, quando se compara os resultados obtidos para essa escola (73,03%) com os da FOP (42,86%) e da FOC (42,11%) sendo o valor de  $p < 0,001$  (Qui-quadrado de Pearson). Todavia, é interessante ressaltar que a Ortodontia e Ortopedia

Facial aparece entre as especialidades mais citadas pelos formados como estando despreparados ao seu exercício nas três escolas. Para Periodontia são mais elevados os resultados apresentados pela UFPE (30,34%) especialmente se comparados com a FOP (1,19%) e FOC (7,89%) para  $p < 0,001$  (Teste exato de Fisher-Freeman-Halton). Embora não apresentem diferenças significativas entre si é importante ressaltar os elevados índices encontrados para a especialidade de Implantodontia quanto à dificuldade de exercê-la relatada pelos alunos das três escolas UFPE (71,91%), FOP (63,10%) e FOC (55,26%). A Prótese Dentária apresenta elevado índice (55,26%) na FOC, especialmente quando comparada a das outras escolas ( $p < 0,001$ ; Teste Qui-quadrado de Pearson). Para a especialidade de Odontologia Legal registra-se para a FOP um percentual de 29,76% que comparativamente as demais escolas é significativo ( $p < 0,001$  – Teste do Qui-quadrado de Pearson). Outro dado interessante é que as três escolas apresentam baixo percentual para a especialidade Dentística Restauradora, confirmando o já provado, ou seja, ser esta especialidade a de melhor perspectiva para os respondentes no tocante a capacitação para o seu exercício. Registre-se ainda que, quando comparadas entre si, às especialidades nas quais os respondentes referem sentir maiores dificuldades são respectivamente Ortodontia e Ortopedia Facial (73,03%), Implantodontia (71,91%) e Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facias (53,54%) na UFPE; Implantodontia (63,10%), Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (48,81%) e Ortodontia e Ortopedia Facial (42,86%) na FOP; e Implantodontia e Prótese Dentária, ambas com 55,26% e Ortodontia e Ortopedia Facial com 42,11% na FOC.

Questionados sobre a classificação dos conhecimentos adquiridos observa-se que existem diferenças significativas entre as três escolas evidenciando-se que 97,7 % dos alunos da UFPE classificaram os conhecimentos adquiridos como insuficientes ou razoáveis, contra 83,3 da FOP e 86,8 da FOC, dados que reforçam a tese de serem esses egressos os mais exigentes ou mais insatisfeitos com sua escola.

Na tabela 18 verifica-se semelhança de comportamento para os respondentes das três escolas (Teste binomial com valor de  $p < 0,001$ ), bem como não ser por conta do acaso que realizaram ou estão realizando cursos de educação continuada (Qui-quadrado  $p = 0,891$ ). Assim, verifica-se que a maioria dos respondentes 72,5% já realizou curso de educação continuada. Registre-se, no entanto, que 54,8% dos graduados pelas três escolas citarem terem realizado cursos de aperfeiçoamento ou atualização, contra apenas 32,0% para especialização. Analisando a distribuição de frequência apresentada na tabela 19, para as áreas mais procuradas nota-se que Endodontia e Prótese lideram com 19,9% das preferências, seguidas de perto pela Ortodontia e Ortopedia Facial que apresenta 19,0%. Cruzando essa informação com a que determina as especialidades em que os profissionais formados pelas três escolas referiram sentir mais dificuldades (Ortodontia e Ortopedia Facial, Implantodontia, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais e Prótese Dentária) ou então com as que se sentem mais aptos à sua prática (Dentística Restauradora, Odontopediatria, Endodontia e Periodontia), pode-se supor que a Endodontia apareça entre as mais procuradas pela empatia que a disciplina possa ter conseguido estabelecer nas três escolas, enquanto a Ortodontia e a Prótese por acreditarem os respondentes serem estas especialidades as que apresentam um mercado de trabalho mais promissor. Poder-se-ia

também conjecturar sobre a oferta de cursos de educação continuada, uma vez que é grande o número de cursos na área de Endodontia, fato, porém que não se repete para a Ortodontia e Ortopedia Facial e muito menos para a Prótese Dentária no estado.

Avaliando a situação dos formados entre 1997 e 2001 em relação à realização de curso de educação continuada, regista-se que 72,5% já realizou ou está realizando tais cursos, resultado esse encontrado para as três escolas. Registre-se ainda que esses dados apresentam coincidência com a percepção dos respondentes quanto às deficiências dos cursos de graduação, visto que apenas 9,95% considerou os conhecimentos adquiridos naqueles cursos como suficientes para enfrentar o mercado de trabalho. Assim, amparados pelas evidências apresentadas e considerando os resultados apresentados pelas três escolas no Exame Nacional de Cursos (Provão), onde o melhor resultado para qualquer das três escolas foi “C”, fica evidente a necessidade de se repensar seus projetos pedagógicos, ou ainda, se estes já foram repensados e estão adequados às necessidades da região, deve-se observar a necessidade de implementar ações no sentido de otimizar as condições para se atingir os resultados de qualidade esperados por todos.

É preocupante o resultado obtido quanto à satisfação dos formados com o exercício profissional (tabela 21) onde os respondentes da UFPE e FOP apresentam números equivalentes entre os que fariam e os que não fariam Odontologia novamente, fato que não se evidencia na FOC.

Foram utilizadas os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relativos ao Estado de Pernambuco (População – IBGE/2000; Rendimento mensal –

IBGE, Diretoria de pesquisas, departamento de emprego e rendimento, pesquisa nacional por amostras de domicílios/1999.) e dados do Conselho Federal de Odontologia (relatório emitido em 23 de junho de 2001) e do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco (relatório emitido em 28 de novembro de 2001) que possibilitou elaborar as tabelas 22, 23 e 24 que figuram como os anexos 4, 5 e 6.

Analisando os resultados apresentados na tabela 23 (anexo 5) podemos constatar que existe no Brasil 1 cirurgião-dentista para cada 1017 habitantes, ou seja, relação melhor do que a preconizada pela Organização Mundial de Saúde 1/1500, conforme informa TEITELBAUM (1997). Dito assim, friamente, poder-se-ia ter a impressão de que as necessidades de saúde bucal da população brasileira estariam atendidas, entretanto sabe-se que não é esta a realidade observada. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – IBGE (1998), instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para a geração de informações populacionais atualizadas sobre o consumo de serviços de saúde no país, constata-se que em torno de 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) nunca consultou cirurgião-dentista, e destes 32% são residentes das áreas rurais. Registra ainda, o mesmo instrumento, o efeito da renda familiar média sobre o acesso aos serviços de saúde; a porcentagem dos que nunca consultou cirurgião-dentista é nove vezes superior para as pessoas com renda de até 1 salário mínimo, quando comparados com os que recebem mais de 20 salários mínimos, números que se assemelham aos encontrados por SILVA (2000) e CECCON (2000). Face ao exposto, fica evidente que os resultados que se apresentam nas tabelas 22 (anexo 4) e tabela 24 (anexo 6) onde figuram as regiões Norte e Nordeste com boa relação cirurgião-dentista/habitante, deve-se para ter uma visão mais aproximada da

realidade considerar as elevadas porcentagens 62,1% (Norte) e 72,1% (Nordeste) de chefes de domicílio que tem rendimento mensal de até 1 salário mínimo.

Da análise da tabela 23 evidencia-se a extrema saturação apresentada pelos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, o que coincide com o que afirmam SARDENBERG & PASTORE (1997) e FERREIRA (1998). É digno de nota a boa relação cirurgião-dentista/habitante apresentada pelo estado do Maranhão 1/4928, fato que se repete visto que ROCHA *et al.* (1985) apontaram o mesmo estado como o de melhor mercado de trabalho para a Odontologia apresentando uma relação de 1 cirurgião-dentista para cada 7246 habitantes.

Analisando a tabela 24 (anexo 6) visualiza-se Recife, capital do estado, com uma renda média de 4,6 salários mínimos, despontando como a cidade que apresenta melhor rendimento. Registre-se, no entanto, a perversa proporção de 1 cirurgião-dentista para cada 478. Observam-se ainda Fernando de Noronha com 3,8, Olinda com 3,2, Jaboatão dos Guararapes 3,1, Petrolina 3,0 e Paulista 2,8 salários mínimos. Saliente-se que Recife, Olinda, Jaboatão e Paulista fazem parte da região metropolitana do Recife, servindo muitas vezes as três últimas de cidades dormitório para a primeira. Quanto a Fernando de Noronha é uma ilha que fica isolada e não pode ser avaliada no contexto geral uma vez que sua população é composta basicamente de militares, funcionários públicos e empreendedores que vivem do turismo que é bastante explorado em face de extrema beleza da localidade. Registre-se ainda que Petrolina, além de apresentar uma renda média de 3,0 salários mínimos, registra uma relação CD/Habitante de 1/2120, mas para ser considerada como um pólo ainda promissor, como certamente o foi até recentemente para os profissionais da

Odontologia, requer estudos mais complexos sobre os efeitos da proximidade de Juazeiro da Bahia, visto que as duas cidades, ou melhor, os dois estados são interligados por uma ponte.

Avaliando ainda sob o prisma da renda, aparecem num grupo intermediário os municípios de Caruaru, Garanhuns, Toritama, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria da Boa Vista, Arcoverde, Salgueiro e Serra Talhada que certamente recebem profissionais formados pela Faculdade de Odontologia de Caruaru, repercutindo na relação CD/Habitante. Todavia, registra-se que Santa Maria da Boa Vista, Toritama e Santa Cruz do Capibaribe podem se tornar promissoras, especialmente por apresentarem populações urbanas com números muito próximos ao da população geral.

Analisando também a relação CD/Habitante, a renda média em salários mínimos, a diferença entre a população total e a população urbana, considerando ser essa última àquela que, efetivamente, procura por tratamento odontológico, e a influência que os municípios sofrem de outros municípios de maior porte, podemos sugerir que Afogados da Ingazeira, Afrânio, Belo Jardim, Bom Conselho, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Floresta, Tacaratu, Vertentes e Vicência devem ser priorizados pelos profissionais que se dispuserem a instalar-se no interior do estado. Ressalte-se, todavia, que o presente trabalho por ser nesta fase apenas descritivo, serve apenas como indicativo, devendo o interessado na interiorização avaliar outros fatores como: o custo de vida, a possibilidade de contratação por órgãos públicos, tipo de economia que dá sustentação ao município entre outros.

Face ao exposto fica provado que não existe, segundo a orientação da OMS, pletoira no estado de Pernambuco. Ficando evidente apenas a extrema saturação para as cidades de Recife (1/478) e Caruaru (1/768). Para alguns municípios do interior a saturação deveria ser entendida como falta de perspectiva para uma justa remuneração pelos serviços odontológicos prestados em virtude do baixo rendimento apresentado pelos chefes de domicílio e ao elevado contingente que habita a zona rural. Diante desse quadro evidencia-se a necessidade de interiorização da profissão conforme preconiza Pinheiro (1997), mas que para ser viável necessita de um programa de incentivo à interiorização como o que o governo federal vem implementando para outras profissões da saúde.

Na tabela 24 observa-se que o estado de Pernambuco apresenta uma proporção de 1 cd para cada 1.680 habitantes. Registre-se, portanto, para dirimir possíveis dúvidas, que os números apresentados por ZIMMERMANN & PINHEIRO (1997), ou seja, 1 cd para cada 1433 habitantes, apresentavam-se incorretos. Tal incorreção se deu devido a fonte utilizada por aqueles autores.

Com base nos conhecimentos adquiridos através da revista da literatura, os resultados obtidos no trabalho de campo, na pesquisa documental, acreditamos ser conveniente recomendar que:

1 – os governos federal, estaduais e municipais implementem ações visando corrigir a perversa distribuição de renda existente no país;

2 – os órgãos de classe e cada cirurgião-dentista na sua área de atuação procure sensibilizar as autoridades governamentais e lute por um programa de interiorização para a Odontologia;

3 – o Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco implemente ações fiscalizadoras efetivas junto aos cursos ministrados para acadêmicos por profissionais inscritos, visto que a atividade prática só é permitida aos alunos, fora do âmbito das escolas formadoras, quando se caracterize o estágio regulamentado e supervisionado pelas escolas;

4 – as escolas de Odontologia do estado de Pernambuco valorizem os programas de monitorias e de iniciação científica;

5 – as três escolas de Odontologia do estado, UFPE, FOP e FOC, avaliem estes resultados comparando-os com os do exame nacional de cursos, reavaliem suas metodologias de ensino e seus projetos pedagógicos e unam-se no sentido de melhorar a qualidade da formação dos cirurgiões-dentistas no estado de Pernambuco;

6 – é necessário estudos mais detalhados visando estabelecer a demanda existente para os cursos de educação continuada, como forma de direcionar as ações visando redução de custos e propiciando melhor formação para os egressos dos cursos de graduação;

7 – que o Conselho Federal de Odontologia, atualize mensalmente seu site com os dados relativos a proporção cirurgião-dentista /habitante de cada município do país, melhorando a possibilidade de consulta para os recém-formados e minimizando as controvérsias hoje existentes;

8 – para prestar uma melhor atenção à saúde bucal da população do estado de Pernambuco, é necessário promover a interiorização dos cirurgiões-dentistas, sendo de fundamental importância nesse processo a Faculdade de Odontologia de Caruaru.

## 7 – CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos e sua discussão podemos concluir:

1 – O cirurgião-dentista graduado pelos cursos de Odontologia no estado de Pernambuco tem em média 23 anos, é predominantemente do sexo feminino (63,03%), solteiro (91,94%), residia com os pais durante a realização do curso (66,82%) estudou o segundo grau em escola particular (89,10%), em sua grande maioria (60,19%) pertence à classe social B, tem cirurgião-dentista na família (44,5%) e escolheu a profissão por acreditar em sua possível realização profissional e pessoal.

2 - O cirurgião-dentista graduado pelos cursos de Odontologia no estado de Pernambuco está exercendo a profissão (96,21%), especialmente em consultório próprio (33,18%) ou dividindo esse com outros colegas (24,64%) ou no serviço público (36,49%), e recebendo uma remuneração que varia entre 3 a 10 salários mínimos (86,73%);

3 – A especialidade mais citada pelos graduados como sendo a que se sentiam menos dificuldades quanto ao seu futuro exercício profissional, na condição de clínicos gerais, nas três escolas, foi a Dentística Restauradora; enquanto as especialidades mais citadas pelos graduados como sendo as que se sentiam incapazes quanto ao seu futuro exercício profissional, na condição de clínicos gerais, nas três escolas, foram Ortodontia e Ortopedia Facial na UFPE (73,03%), Implantodontia na FOP (63,19%), enquanto que na FOC, foram citadas com o mesmo percentual (55,26%) as especialidades de Implantodontia e Prótese Dentária;

4 – Os formados pela UFPE (97,75%) classificaram os conhecimentos adquiridos como insuficientes ou razoáveis, enquanto os da FOP (83,33%) e os da FOC (86,84%), sendo significativas as diferenças (Qui-quadrado:  $p = 0,004$ )

5 – Entre os alunos da UFPE (42,70) e da FOP (44,05) não fariam Odontologia novamente, apresentando assim maior grau de insatisfação em relação à escolha da Odontologia como profissão quando comparados aos alunos da FOC (26,32).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS\*

1. ABRAMOVICZ, M. O mal necessário. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 3, jan./fev. 1995.
2. ALCÂNTARA, C.M. Recursos humanos e produtos em saúde bucal. Perspectivas e influências do Mercosul. Rev CROMG, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p. 116-119, jul./dez. 1998.
3. ALMEIDA, R.C.A. *et al.* A escolha da profissão odontológica: motivação consciente. Odontol Mod, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 21-26, nov./dez. 1984.
4. ANDRADE, M. A prática do risco. Rev ABO Nac, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 231-233, ago./set. 1995.
5. ARAÚJO, F. Odontologia em alta apesar da concorrência. Diário de Pernambuco, Recife, 24 ago. 1999. Vida Urbana, p. C6.
6. ARKIN, H.; COLTON, R. Tables for statisticians. New York : Barnes and Noble, 1960. Mimeografado.
7. BARBOSA, C.M.R. A odontologia dentro do contexto saúde no Brasil. RGO, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 147-150, mar./abr. 1990.
8. BARROS, Z. Coréia do Sul: o preço do desenvolvimento. Rev ABO Nac, São Paulo, v. 4, n. 1, p.50-53, fev./mar. 1996.

---

\* Baseada na NBR-6023 de ago. de 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).  
Abreviatura dos títulos dos periódicos em conformidade com o MEDLINE.

9. BELLINI, H. Promoção de saúde bucal: qualidade de vida aos pacientes. J APCD, São Paulo, n. 486, p. 44, out. 1997.
10. BOBBIO, C.A.M. O ensino de Odontologia em revista. J APCD, São Paulo, n. 459, p. 2, jul. 1995.
11. BORGES, G.D. Convênios e credenciamentos odontológicos: uma análise conjuntural. Curitiba, 1996. 118 p. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.
12. BOTTI, M.R.; SANTOS, G.M. Perspectivas do exercício profissional na odontologia. RGO, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 155-159, mar./abr. 1986.
13. CARVALHO, A.C.P. Odontologia: o que pensa a comissão do curso. Rev Provão, Brasília, v. 2, n. 1, p. 12, 1997.
14. CARVALHO, A.C.P.; MORAES, E.; MADEIRA, M.C. O êxito profissional no século XXI. J APCD, São Paulo, n. 360, p. 10, out. 1997a.
15. CARVALHO, A.C.P.; SAMPAIO, H.; CARVALHO, D.R. Motivações e expectativas para o curso e para o exercício da odontologia. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 51, n. 4, p. 345-349, jul./ago. 1997b.
16. CECCON, M.F. A odontologia em prova. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 353-363, set./out. 2000.
17. CHIATTONE, H.B.C.; SEBASTIANI, R.W. Ética em saúde. Algumas reflexões sobre os novos desafios para o século XXI. *In*: ANGERAMI-CANON, V.A. (Org.) A ética na saúde. São Paulo: Pioneira, 1997. p. 173-182.

18. CHOZE, S. Profissional x mercado. Notícias Odonto-CAPE, Recife, ano III, n. 3, p. 4, 1999.
19. CHRISTENSEN, G.J. How should dental bills be paid? J Am Dent Assoc, Chicago, v. 125, p. 1013-1014, July 1994.
20. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. N.º de CDs. CFO/2001. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>> Acesso em: 23 jul.2001.
21. CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO. Distribuição dos profissionais e entidades da área odontológica pelos municípios do estado. Recife, 2001. Relatório emitido em 28/11/2001.
22. CORDON, J. A saúde bucal e o mercado de trabalho odontológico. Saúde Debate, São Paulo, n. 18, p. 52-63, maio 1988.
23. 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, São Paulo v. 46, n. 6, p. 909-913, nov./dez. 1992.
24. FARAH, E.E.E para onde vai o consultório? (parte I). J APCD, São Paulo, n. 486, p. 6, out. 1997.
25. FERREIRA, A.T.M. Como anda nosso ensino? Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 347, set./out. 2000.
26. FERREIRA, R.A. E agora, José? Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 343-350, set./out. 1998.

27. FERREIRA, R.A. Entre a farda e o jaleco. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 336-346, set./out. 1995.
28. FERREIRA, R.A. Meu consultório, minha vida. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 115-125, mar./abr. 1997.
29. FERREIRA, R.A. O valor da saúde bucal nas empresas. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 96-106, mar./abr. 1996.
30. FONSECA, A.S. A necessidade da população e a capacidade profissional. J APCD, São Paulo, n. 340, p. A, out. 1997.
31. FONSECA, A.S. Como resolver o problema da saúde bucal. J APCD, São Paulo, n. 461, p. A, set. 1995.
32. FONTANA, U.F. A todos os profissionais da odontologia. Rev CRO-PE, Recife, v. 2, n. 1, p. 7-11, abr. 1999.
33. FREITAS, C.H.M. *et al.* Recursos humanos em Odontologia. Rev CRO-PE, Recife, v. 1, n. 2, p. 103, out. 1998.
34. GIRARD, S.N. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. Saúde Debate, São Paulo, n. 14, p. 23-32, ago. 1996.
35. GONÇALVES, E.A.N. Nova consciência, mais paciência. Rev Provão, Brasília, v. 4, n. 4, p. 40, 1999.
36. GONÇALVES, F. Os jovens dentistas do mundo. J APCD, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 296-297, ago./set. 1994.

37. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Dimensões das carências sociais: informações municipais – Pernambuco. Rio de Janeiro, 1996. v. 17, p. 57-62.
38. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeestatistica/trabalho/pnad98>> Acesso em: 28 nov. 2001a.
39. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População residente em valores absolutos e relativos, total em situação urbana na sede municipal, área total e densidade demográfica, segundo Federação e Municípios. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/Populacao/censo2000/sinopse>> Acesso em: 28 nov. 2001b.
40. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População residente por situação de consulta ao dentista e a época da última consultam realizada segundo os grupos de idade, o sexo, a situação do domicílio e as classes de rendimento mensal familiar. Disponível em: <<http://www.ibge/estatista/populacao/trabalhoerendimento/pnad/98/saude/sb>> Acesso em: 28 nov. 2001c.
41. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS. Resultados do Provão. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/enc/resultados>> acesso em 25 mar. 2002.
42. LEMOS, J.A. *et al.* Estudo comparativo entre os convênios odontológicos, empresas e demais entidades prestadoras e/ou contratantes de serviços odontológicos na cidade de João Pessoa. Rev Fac Odontol Pernambuco, Recife, v. 15, n. 1/2, p. 73-76, jan./dez. 1997.

43. LERMAN, S. Historia de la odontologia y su ejercicio legal. Buenos Aires: El Ateneo, 1942. 332p.
44. LIMBERTE, M.S. Falando diante do espelho. J APCD, São Paulo, v. 32, n. 486, p. 20, out. 1997.
45. LUCAS, S.D. Saúde bucal: reflexo das desigualdades sociais. Rev CROMG, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 10-12, fev. 1995.
46. MACIEL, S.M.L. O desenvolvimento da atitude preventiva na formação dos recursos humanos odontológicos. Rev Fac Odontol Pernambuco, Recife, v. 13, n. 1, p. 35-37, jan./dez. 1994.
47. MANOEL, S.T.C.L. É preciso rever posturas e condutas. J APCD, São Paulo, v. 32, n. 486, p. 50, out. 1997.
48. MARCOS, B. Criação de cursos de Odontologia e novas propostas acadêmicas. J CROMG, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 14-22, fev. 1995.
49. MARCOS, B. Uma nova jornada: a agenda odonto-2001. J CROMG, Belo Horizonte, v. 19, n. 102, p. 2, mar./abr. 1999.
50. MATTAR, F.N. Análise crítica dos estudos de estratificação sócio-econômica de ABA/Abipeme. Rev Adm, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 57-74, jan./mar. 1995.
51. METZKER, M. Saturação do mercado de saúde. J CROMG, Belo Horizonte, v. 19, n. 102, p. 5-7 mar./abr. 1999.
52. NAVAÍ, P.C. *et al.* Nocaute na cárie não encerra a luta. Rev ABO Nac, São Paulo, v. 2, n. 4, p.223-225, ago./set. 1994.

53. OTERO, J. Pecado capital. Rev Fola Oral, São Paulo, n. 6, p. 162. 1996.
54. PEGORARI, V. Odontologia no Brasil hoje. CFO Informa, Rio de Janeiro, fev. 1997. Cartas, p. 2.
55. PERFIL de quem fez o provão 2001. Rev Provão, Brasília, n.7, p.14. 2002.
56. PINHEIRO, J.T. Proibido novas faculdades. J CRO-PE, Recife, n. 10, p. 8, mar./abr. 1997.
57. PINTO, M. Mapa da Odontologia. J CFO, Rio de Janeiro, jul./ago. 2002. CFO em Ação, p.4.
58. PIRES, P.S. Associação Paulista de Odontologia e Núcleo de Pesquisa de Ensino Superior se unem para a melhoria do ensino odontológico. J APCD, São Paulo, n. 461, p. 26-27, ago. 1995.
59. PROVÃO 2002: sistema de avaliação da educação superior. Odontologia – Informativo, Brasília, abr. 2002, 4 p.
60. PUCCA, G. Universidade Estadual de Maringá: formando profissionais e cidadãos. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 357, set./out. 2000.
61. QUELUZ, D.P. Equipe auxiliar odontológica e sua capacitação. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ODONTOLOGIA, CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DA BAHIA, CONGRESSO DE INTERCÂMBIO ODONTOLÓGICO BAHIA – PORTUGAL, I SEMINÁRIO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL, IX SEMINÁRIO DE FONOAUDIOLOGIA DA BAHIA, III ENCONTRO DE TÉCNICOS EM PRÓTESE DENTÁRIA DA BAHIA, 2000, Salvador. Anais... Salvador, 2000. p. 39.

62. QUELUZ, D.P.; CARVALHO, A.B.T. Mercado de trabalho para cirurgiões-dentistas. *In: XVI CONGRESSO PERNAMBUCANO DE ODONTOLOGIA, XI CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE ODONTOLOGIA, III CONGRESSO DE ODONTOLOGIA MILITAR DO NORDESTE, I ENCONTRO DE TÉCNICOS EM PRÓTESE DENTÁRIA DE PERNAMBUCO, 2002, Recife. Anais... Recife, 2002. p. 76.*
63. RAMOS, M.P. A odontologia no setor saúde – contribuições. Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro, v. 6, n. 5, p. 23-25, jun./jul. 1994.
64. RIBEIRO, F.J. A odontologia no setor saúde – contribuições. Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro, n.1, p.7-14, jan./fev. 1983.
65. ROCHA, M.P. *et al.* Mercado de trabalho em odontologia no nordeste do Brasil. RGO, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 286-291, out./dez. 1985.
66. SAMPAIO, M.C.C. Oportunidade de reconhecimento de novas especialidades. João Pessoa, 2001. Mimeografado.
67. SARDEMBERG, I.; PASTORE, K. Navegando num mar de profissões: boa formação e afinco garantem clientela fiel. VEJA, São Paulo, n. 33, p. 59, ago. 1997.
68. SILVA, E.D.O. Expansão do ensino superior: uma meta do governo federal. CFO Informa, Rio de Janeiro, ano VI, n. 33, p. 12, ago. 1999.
69. SILVA, E.M.C.; CRUZ, A.C.S. Por que as mulheres escolhem a odontologia. Rev CROMG, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 65-69, jul./dez.1996.
70. SILVA, J.J. Quanto custa nossa especialidade. J CRO-PE, Recife, n. 14, p. 2, jan./fev. 1998.

71. SILVA, S.R. Novos avanços em saúde bucal coletiva. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 429-440, nov./dez. 2000.
72. SILVA, S.R.C.; ROSA, A.G.F. Características dos cirurgiões-dentistas com vínculo empregatício em empresas públicas e/ou privadas do município de Araraquara-SP. Rev Odontol UNESP, São Paulo, v. 25, p. 9-18, 1996.
73. SOUZA, A. A universidade e o ensino da odontologia no Brasil. Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro, n. 5, p. 41-44, set./out. 1982.
74. SOUZA, H.G. A situação do recém-formado em odontologia. J APCD, São Paulo, v. 32, n. 487, p. 54, nov. 1997.
75. SOUZA, P.R. O ensino superior: sistema está melhor e mais adequado às necessidades do país. Rev Provão, Brasília, v. 6, n. 6, p. 18-23, 2001.
76. SOUZA, P.R. Qualidade no ensino da odontologia. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 359, set./out. 2000.
77. TARRÍO, C.M. Especialista ou clínico geral. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 8-17, jan./fev. 1995.
78. TEITELBAUM, H. Graduación masiva amenaza clase y población. Rev Fola Oral, São Paulo, v. 3, n. 8, p. 110-111, abr. 1997.
79. TOLEDO, O.A. Horizonte sombrio para a odontologia brasileira. J ABO Nac, São Paulo, p. 7, jul/ago. 1997.
80. VACARIUC, S. Opções de trabalho e distribuição dos cirurgiões-dentistas no território nacional. Rev Paul Odontol, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 37-46, 1985.

81. VALLADÃO, R.M. O recém-formado e o mercado de trabalho. J APCD, São Paulo, n. 360, p. 32, out. 1997.
82. WERNECK, M.A.F. *et al.* Diretrizes para a construção de uma política de assistência odontológica visando uma administração popular para a prefeitura de Belo Horizonte. Rev CROMG, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 87-90, ago./dez. 1995.
83. ZIMMERMANN, R.D.; PINHEIRO, J.T. Honorários profissionais do cirurgião dentista que realiza Endodontia na Cidade do Recife – Estudo Comparativo. Recife, 1997. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

## ANEXO 1

### O PERFIL DO FORMADO EM ODONTOLOGIA ENTRE 1997 E 2001 NO ESTADO DE PERNAMBUCO E SUA INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

N.º de ordem: \_\_\_\_\_. Instituição em que se graduou: \_\_\_\_\_.  
Idade: \_\_\_\_\_; Sexo: \_\_\_\_\_; Estado civil: \_\_\_\_\_.  
Classe Social: \_\_\_\_\_.

1 – Você cursou o segundo grau em:

- escola pública
- escola privada
- ambas

2 – Durante o curso de graduação você:

- residia com os pais
- dividia a moradia com colegas
- residia com parentes
- outros

3 – Entre os fatores abaixo relacionados, assinale aquele que você considerou decisivo para optar pelo curso de Odontologia?

- por acreditar que existia um amplo mercado de trabalho
- por influência de parentes ou amigos
- por achar que a profissão lhe proporcionaria prestígio e dinheiro
- por ser uma profissão liberal
- por uma questão de realização pessoal e profissional

4 – Você têm algum dentista na família?

- sim
- não

5 – Você está exercendo a profissão de cirurgião-dentista?

- sim;                     não.

6 – Caso a resposta anterior tenha sido afirmativa, assinale entre as opções abaixo, onde se dá o exercício da Odontologia

- Recife e/ou sua região metropolitana;
- Interior do estado de Pernambuco;
- Outro estado

7 – Entre as opções abaixo relacionadas, assinale aquela em que você iniciou seu exercício profissional após a conclusão do curso.

- consultório próprio;
- dividindo o consultório com outros colegas;
- empresa privada;
- serviço público.

8 – Qual sua renda bruta mensal, em salários mínimos, proveniente do exercício profissional da Odontologia?

- até 2 salários mínimos;
- de 3 a 5 salários mínimos;
- de 6 a 10 salários mínimos;
- de 11 a 20 salários mínimos;
- acima de 20 salários mínimos.

9 – Em qual(is) das especialidades abaixo relacionadas você se considerou capacitado ao exercício profissional, na condição de clínico geral, ao concluir seu curso de graduação?

- Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais
- Dentística Restauradora
- Endodontia
- Odontologia Legal
- Odontologia em Saúde Coletiva
- Odontopediatria
- Ortodontia e Ortopedia Facial
- Patologia Bucal
- Periodontia
- Prótese Buco-Maxilo-Facial
- Prótese Dentária
- Radiologia
- Implantodontia
- Estomatologia

10 – A que você atribui essa capacitação? \_\_\_\_\_

---

11 – Em qual(is) das especialidades abaixo relacionadas você não se considerou capacitado ao exercício profissional, na condição de clínico geral, ao sair da faculdade?

- Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais
- Dentística Restauradora
- Endodontia
- Odontologia Legal
- Odontologia em Saúde Coletiva
- Odontopediatria
- Ortodontia e Ortopedia Facial
- Patologia Bucal
- Periodontia
- Prótese Buco-Maxilo-Facial
- Prótese Dentária
- Radiologia
- Implantodontia
- Estomatologia

12 - A que você atribui essa falta de capacitação? \_\_\_\_\_

---

13 – Como você classificaria os conhecimentos adquiridos no seu curso de graduação para iniciar sua vida profissional?

- INSUFICIENTES
- RAZOÁVEIS
- SUFICIENTES

14 – Você já realizou ou está realizando algum curso de pós-graduação?

- SIM;             NÃO

Em caso afirmativo qual(is): \_\_\_\_\_

---

15 – Caso fosse optar por um curso de graduação hoje, faria Odontologia novamente?

- SIM;             NÃO.

## ANEXO 2

Critério ABIPEME de 1991- Proposta de Almeida & Wickerhauser (Matar, 1995)

Item	Número de Itens Possuídos						
	0	1	2	3	4	5	6 e +
Televisor em cores	0	4	7	11	14	18	22
Rádio	0	2	3	5	6	8	9
Banheiro	0	2	5	7	10	12	15
Automóvel	0	4	9	13	18	22	26
Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32
Posse de				Pontos			
Aspirador de pó				6			
Máquina de lavar roupa				8			
VCR-Videocassete				10			
Geladeira				7			
Grau de Instrução do Chefe de Família					Pontos		
Analfabeto ou primário incompleto					0		
Primário completo(Quarta série do Primeiro Grau completa					5		
Ginásio completo (Primeiro Grau completo)					10		
Colegial completo (Segundo Grau completo)					15		
Superior completo					21		
				Pontos de Corte			
				Quatro Classes		Cinco Classes	
Classe A				78 +		89 +	
Classe B				51-77		59-88	
Classe C				27-50		35-58	
Classe D				0-26		20-34	
Classe E				-		0-19	

## **ANEXO 3**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **TÍTULO DA PESQUISA:**

O perfil do formado em Odontologia entre 1997 e 2001 no estado de Pernambuco e sua inserção no mercado de trabalho

#### **RESPONSÁVEL PELA PESQUISA:**

Rogério Dubosselard Zimmermann, Professor Assistente 1 lotado no Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Matrícula 344.966, RG 1.682.311 –SSP/PE - CRO-PE 3655. Aluno do curso, em nível de doutorado em Radiologia, área de concentração Odontologia Legal e Deontologia, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP

#### **OBJETIVOS DA PESQUISA:**

##### **3.1 – GERAL**

Contribuir para ampliar os conhecimentos acerca do perfil do graduado em Odontologia no Estado de Pernambuco.

##### **3.2 - ESPECÍFICOS**

- a – traçar o perfil dos formados entre 1997 e 2001, nos cursos de graduação em Odontologia no estado de Pernambuco;
- b – analisar sua perspectiva quanto a sua inserção no mercado de trabalho;
- c – avaliar, na percepção dos formados entre 1997 e 2001, o desempenho das três escolas do estado quanto à preparação para o exercício das especialidades odontológicas, na condição de clínico geral;
- d – avaliar, na percepção dos formados entre 1997 e 2001, a satisfação com a instituição de ensino em que concluíram seus cursos quanto aos conhecimentos adquiridos para iniciar sua vida profissional;
- e – avaliar, na percepção dos formados entre 1997 e 2001, a satisfação com a escolha da Odontologia como profissão.

#### **DESCRIÇÃO DOS RISCOS:**

Não são previsíveis quaisquer riscos aos participantes.

### **MEDIDAS DE PROTEÇÃO A CONFIDENCIALIDADE:**

Serão guardadas e resguardadas as informações obtidas, não sendo revelada, sob qualquer pretexto, a identificação dos respondentes. Todavia pode-se, através da leitura do trabalho final, suspeitar-se sobre quais profissionais tenham participado da pesquisa, sem haver, no entanto, a possibilidade de individualização.

### **PREVISÃO DE RESSARCIMENTO DE GASTOS:**

Os gastos para a realização do presente trabalho serão totalmente custeados pelo pesquisador não sendo previsível qualquer forma de ressarcimento.

## **DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAR DO ESTUDO**

RG n.º \_\_\_\_\_, após leitura conjunta com o pesquisador do presente termo de consentimento livre e esclarecido, ciente e consciente do seu teor e suas conseqüências, inclusive que não receberei nenhum benefício financeiro por minha participação e que poderei retirar esta declaração de concordância em participar do presente estudo a qualquer época, concordo em responder o questionário apresentado, do qual estou recebendo uma cópia, bem como do próprio documento que assino na presença de duas testemunhas e do próprio pesquisador.....

Recife, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2001

\_\_\_\_\_  
(assinatura do pesquisado)

\_\_\_\_\_  
(assinatura do pesquisador)

\_\_\_\_\_  
(testemunha)

\_\_\_\_\_  
(testemunha)

## ANEXO 4

Tabela 22 -população, número de cirurgiões-dentistas, relação cirurgião-dentista/habitante e rendimento mensal nas grandes regiões do Brasil.

Região	População	Nº de CDs	Relação CD/hab.	Rendimento mensal até 1SM (2)	Rendimento mensal entre 10 a 20 SM (2)
Centro-oeste	11.616.745	12.590	1/923	55,4	5,1
Nordeste	47.693.255	21.588	1/2.209	72,1	2,0
Norte	12.893.561	4.807	1/2.682	62,1 (1)	3,2 (1)
Sudeste	72.297.351	103.473	1/699	51,2	6,0
Sul	25.089.783	24.319	1/1.032	51,4	5,3

Fonte: População-IBGE/2000; Número de CDs-CFO/2001; Rendimento mensal-IBGE, diretoria de pesquisas, departamento de emprego e rendimento, pesquisa nacional por amostras de domicílios/1999.

(1) Região Norte urbana

(2) Valor do salário mínimo em setembro de 1999: R\$ 136,00.

## ANEXO 5

Tabela 23 - população, número de cirurgiões-dentistas e relação cd por habitante por estado da federação.

U.F.	População	Nº de CDs	Relação CD/Hab.
Acre-AC	557.229	190	1/2.933
Alagoas-AL	2.819.172	1.462	1/1.928
Amapá-AP	475.843	166	1/2.887
Amazonas-AM	2.813.085	1.051	1/2.677
Bahia-BA	13.066.910	4.927	1/2.652
Ceará-CE	7.418.478	3.150	1/2.355
Distrito Federal-DF	2.043.168	3.930	1/520
Espírito Santo- ES	3.094.390	2.904	1/1.066
Goiás-GO	4.996.439	4.760	1/1.050
Maranhão-MA	5.642.960	1.145	1/4.928
Mato Grosso-MT	2.502.260	1.764	1/1.418
Mato Grosso do Sul-MS	2.074.877	2.136	1/971
Minas Gerais-MG	17.866.402	22.064	1/810
Pará-PA	6.189.550	2.077	1/2.980
Paraíba-PB	3.439.344	2.315	1/1.486
Paraná-PR	9.558.454	9.845	1/971
Pernambuco-PE	7.911.937	4.709	1/1.680
Piauí-PI	2.841.202	1.219	1/2.331
Rio de Janeiro-RJ	14.367.083	20.118	1/714
Rio Grande do Norte-RN	2.771.538	1.720	1/1.611
Rio Grande do Sul-RS	10.181.749	9.589	1/1.061
Rondônia-RO	1.377.792	569	1/2.421
Roraima-RR	324.152	154	1/2.105
Santa Catarina-SC	5.349.580	4.885	1/1.095
São Paulo-SP	36.969.476	58.387	1/633
Sergipe-SE	1.781.714	941	1/1.893
Tocantins-TO	1.155.913	600	1/1.926
Brasil	169.590.695	166.777	1/1.017

Fonte: População IBGE/2000. Número de Cirurgiões-Dentistas-CFO/2001, relatório emitido em:23 jul.2001.

## ANEXO 6

Tabela 24 - contagem da população, número de cirurgiões-dentistas, relação cirurgião-dentista / habitante e renda média em salários mínimos (sm) dos chefes de domicílios por municípios em Pernambuco.

Município	População total	Pop. Urbana	Nº de CDs	Relação CD/ hab.	Renda média dos chefes de domicílios em SM
Abreu e Lima	89.091	77.744	5	1/17.818	1.7
Afogados da Ingazeira	32.916	23.143	6	1/5.486	1.6
Afrânio	15.007	3.985	1	1/15.007	1.7
Agrestina	20.028	12.894	1	1/20.028	1.2
Água Preta	28.715	14.688	2	1/14.357	1.1
Águas Belas	36.331	19.674	3	1/12.110	1.4
Alagoinha	12.522	6.729	1	1/12.522	1.3
Aliança	37.188	17.072	2	1/18.594	1.2
Altinho	22.090	10.518	3	1/7.363	1.3
Amaraji	21.319	14.388	---	---	1.2
Angelim	9.055	4.520	2	1/4.527	1.3
Araçoiaba	15.101	12.440	---	---	---
Araripina	70.589	34.571	15	1/4.705	1.8
Arcoverde	61.600	55.303	24	1/2.566	2.1
Barra de Guabiraba	10.867	9.234	---	---	1.0
Barreiros	39.151	31.043	7	1/5.593	1.4
Belém de Maria	10.634	6.572	1	1/10.634	1.2
Belém de São Francisco	20.219	11.803	4	1/5.055	1.9
Belo Jardim	68.655	50.382	12	1/5.721	1.6
Betânia	11.305	2.920	1	1/11.305	1.3
Bezerros	57.390	44.578	21	1/2.733	1.4
Bodocó	31.712	9.298	8	1/3.964	1.6
Bom Conselho	42.009	25.036	5	1/8.402	1.5
Bom Jardim	36.976	12.988	2	1/18.488	1.4
Bonito	37.747	22.991	8	1/4.718	1.2
Brejão	8.914	3.215	---	---	0.9
Brejinho	7.277	2.388	---	---	1.0
Brejo da Madre de Deus	37.849	24.453	3	1/12.616	1.5
Buenos Aires	12.016	6.416	---	---	1.1
Buíque	44.155	15.466	1	1/44.155	1.4
Cabo de Santo Agostinho	152.836	134.356	14	1/10.917	1.8
Cabrobó	26.733	15.759	6	1/4.455	1.8
Cachoeirinha	17.048	12.081	3	1/5.683	1.5
Caetés	24.097	5.505	---	---	1.4
Caçado	11.712	3.267	---	---	1.1
Calumbi	7.077	1.914	---	---	1.1
Camagibe	128.627	128.627	25	1/5.145	1.8
Camocim de São Félix	15.112	11.171	4	1/3.778	1.5
Camutanga	7.830	5.997	1	1/7.830	1.0
Canhotinho	24.919	12.254	5	1/4.983	1.3
Capoeiras	19.544	4.838	1	1/19.544	1.2
Carnaíba	17.669	6.548	1	1/17.669	1.3
Carnaubeira da Penha	10.413	1.124	---	---	---

Tabela 24 - contagem da população, número de cirurgiões-dentistas, relação cirurgião-dentista / habitante e renda média em salários mínimos (sm) dos chefes de domicílios por municípios em Pernambuco.

Município	População total	Pop. Urbana	Nº de CDs	Relação CD/ hab.	Renda média dos chefes de domicílios em SM
Carpina	63.769	60.965	23	1/2.773	1.9
Caruaru	253.312	217.084	330	1/768	2.6
Casinhas	13.333	1.423	---	---	---
Catende	31.217	23.418	3	1/10.406	1.3
Cedro	9.548	5.015	1	1/9.548	1.1
Chã de Alegria	11.106	8.083	---	---	1.2
Chã Grande	18.403	11.722	1	1/18.403	1.4
Condado	21.756	18.432	1	1/21.756	1.3
Correntes	17.045	8.843	---	---	1.3
Cortês	12.986	8.436	---	---	1.2
Cumarú	27.301	6.741	2	1/13.650	1.1
Cupira	22.374	18.079	2	1/11.187	1.3
Custódia	29.928	16.612	6	1/4.988	1.6
Dormentes	14.421	3.835	---	---	---
Escada	57.209	45.493	7	1/8.173	1.3
Exu	32.416	11.520	1	1/32.416	1.4
Feira Nova	18.851	12.154	2	1/9.425	1.3
Fernando de Noronha	2.051	2.051	1	1/2.051	3.8
Ferreiros	10.737	6.970	2	1/5.368	1.2
Flores	20.807	8.131	3	1/6.936	1.3
Floresta	24.724	15.540	5	1/4.945	1.8
Frei Miguelinho	12.983	2.360	---	---	1.5
Gameleira	24.020	16.710	2	1/12.010	1.2
Garanhuns	117.587	103.283	82	1/1.434	2.5
Gloria do Goitá	27.542	12.536	2	1/13.771	1.4
Goiana	71.088	43.446	13	1/5.468	1.7
Granito	6.104	1.604	1	1/6.104	1.2
Gravatá	67.204	55.468	21	1/3.200	1.7
Iati	17.690	6.606	---	---	1.0
Ibimirim	24.321	13.474	2	1/12.160	1.5
Ibirajuba	7.434	2.429	---	---	1.2
Igarassu	81.793	75.254	4	1/2.045	1.5
Iguaraci	11.484	5.308	---	---	1.3
Ilha de Itamaracá	15.854	12.930	---	---	1.9
Inajá	13.242	6.477	1	1/13.242	1.2
Ingazeira	4.566	2.128	---	---	0.9
Ipojuca	59.230	40.269	4	1/14.807	1.4
Ipubi	23.237	13.603	---	---	1.3
Itacuruba	3.681	3.240	---	---	1.7
Itaíba	26.782	8.721	1	1/26.782	1.3
Itambé	34.966	26.321	5	1/6.993	1.2
Itapetim	14.764	7.588	2	1/7.382	0.9
Itapissuma	20.133	20.133	1	1/20.133	1.1
Itaquitinga	14.950	10.780	---	---	1.0
Jaboatão dos Guararapes	580.795	567.717	237	1/2.451	3.1
Jaqueira	11.640	5.911	1	1/11.640	---

Tabela 24 - contagem da população, número de cirurgiões-dentistas, relação cirurgião-dentista / habitante e renda média em salários mínimos (sm) dos chefes de domicílios por municípios em Pernambuco.

Município	População total	Pop. Urbana	Nº de CDs	Relação CD/ hab.	Renda média dos chefes de domicílios em SM
Jataíba	14.640	6.624	1	1/14.640	1.3
Jatobá	13.145	5.409	4	1/3.286	---
João Alfredo	26.975	10.266	4	1/6744	1.7
Joaquim Nabuco	15.921	9.617	---	---	0.9
Jucati	9.695	2.277	---	---	---
Jupi	12.330	5.784	1	1/12.330	1.1
Jurema	13.718	7.632	---	---	0.8
Lagoa do Carro	13.083	8.058	1	1/13.083	---
Lagoa de Itaenga	19.908	15.088	---	---	1.2
Lagoa do Ouro	10.975	4.545	---	---	1.5
Lagoa dos Gatos	16.095	7.460	---	---	1.1
Lagoa Grande	19.120	8.652	---	---	---
Laredo	32.194	22.518	8	1/4.024	1.6
Limoeiro	56.301	42.382	19	1/2.963	1.6
Macaparana	22.474	13.500	1	1/22.474	1.4
Machados	9.827	5.474	---	---	1.2
Manari	12.967	2.292	---	---	---
Maraial	13.940	7.868	---	---	0.9
Mirandiba	13.124	6.377	4	1/3.281	1.3
Moreilândia	11.155	5.625	1	1/11.155	1.1
Moreno	49.169	38.269	4	1/12.292	1.4
Nazaré da Mata	29.218	24.674	8	1/3.652	1.6
Olinda	368.666	361.323	275	1/1.341	3.2
Orobó	22.478	5.587	2	1/11.239	1.5
Orocó	10.823	3.572	1	1/10.823	1.6
Ouricuri	56.631	2.657	11	1/5.148	1.8
Palmares	55.715	43.369	20	1/2.786	1.7
Palmeirinha	9.517	4.784	---	---	1.1
Panelas	25.882	10.860	3	1/8.627	1.2
Paranatama	10.348	1.647	---	---	1.2
Parnamirim	19.284	7.319	3	1/6.428	1.4
Passira	29.131	12.330	1	1/29.131	1.3
Paudalho	45.063	34.391	3	1/15.021	1.3
Paulista	262.072	262.072	60	1/4.368	2.8
Pedra	20.243	10.264	1	1/20.243	1.3
Pesqueira	57.602	40.892	19	1/3.032	1.5
Petrolândia	27.264	19.545	10	1/2.726	1.7
Petrolina	218.336	166.113	103	1/2.120	3.0
Poção	11.177	6.359	2	1/5.588	1.0
Pombos	23.343	13.977	1	1/23.343	1.2
Primavera	11.470	6.643	2	1/5.735	1.1
Quipapá	22.209	10.921	---	---	1.2
Quixaba	6.854	2.037	---	---	---
Recife	1.421.993	1.421.993	2.976	1/478	4.6
Riacho das Almas	18.143	6.122	---	---	1.6
Ribeirão	41.377	29.593	5	1/8.267	1.5

Tabela 24 - contagem da população, número de cirurgiões-dentistas, relação cirurgião-dentista / habitante e renda média em salários mínimos (sm) dos chefes de domicílios por municípios em Pernambuco.

Município	População total	Pop. Urbana	Nº de CDs	Relação CD/ hab.	Renda média dos chefes de domicílios em SM
Rio Formoso	20.763	8.348	---	---	1.4
Sairé	13.180	5.399	1	1/13.180	1.2
Salgadinho	7.135	2.256	---	---	1.2
Salgueiro	51.554	39.877	24	1/2.148	2.1
Saloá	15.006	5.142	---	---	1.2
Sanharó	15.881	7.611	3	1/5.294	1.6
Santa Cruz	11.280	2.854	---	---	---
Santa Cruz da Baixa Verde	10.872	4.140	---	---	---
Santa Cruz do Capibaribe	59.017	57.196	14	1/4.215	2.2
Santa Filomena	12.124	1.693	---	---	---
Santa Maria da Boa Vista	36.740	13.960	2	1/18.370	2.2
Santa Maria do Cambucá	11.742	2.260	2	1/5.871	1.9
Santa Terezinha	10.229	5.850	1	1/10.229	1.2
São Benedito do Sul	10.477	5.273	---	---	1.2
São Bento do Uma	45.343	23.295	11	1/4.122	1.7
São Caitano	33.406	22.476	4	1/8.351	1.4
São João	19.744	7.145	1	1/19.744	1.2
São Joaquim do Monte	19.899	11.338	2	1/9.949	1.1
São José da Coroa Grande	13.953	9.494	3	1/4.651	1.6
São José do Belmonte	31.643	14.765	4	1/7.911	1.4
São José do Egito	29.443	17.673	8	1/3.680	1.5
São Lorenzo da Mata	90.344	83.496	5	1/18.069	1.6
São Vicente Ferrer	16.005	8.907	---	---	1.3
Serra Talhada	70.881	49.584	26	1/2.726	2.0
Serrita	17.839	4.420	1	1/17.839	1.8
Sertânia	31.643	17.039	7	1/4.520	1.4
Sirinhaém	32.920	13.572	---	---	1.4
Solidão	5.532	1.304	---	---	1.1
Surubim	50.284	33.124	15	1/3.352	1.8
Tabira	24.031	15.919	3	1/8.010	1.4
Tacaimbó	12.932	5.925	---	---	1.1
Tacaratu	17.096	7.240	---	---	1.7
Tamandaré	17.064	11.538	1	1/17.064	---
Taquaritinga do Norte	19.720	12.005	2	1/9.860	1.6
Terezinha	6.297	1.880	---	---	1.0
Terra Nova	7.519	3.969	---	---	1.7
Timbaúba	56.895	44.029	11	1/5.172	1.6
Toritama	21.794	20.125	4	1/5.448	2.5
Tracunhaém	12.379	9.433	1	1/12.379	1.1
Trindade	21.915	17.175	2	1/10.957	1.3
Triunfo	15.129	6.561	3	1/5.043	1.6
Tupanatinga	20.780	6.417	---	---	1.2
Tuparetama	7.765	5.805	1	1/7.765	1.1
Venturosa	13.461	8.047	1	1/13.461	1.3
Verdejante	8.847	2.300	---	---	1.6
Vertente do Lério	8.539	1.508	---	---	---

Tabela 24 - contagem da população, número de cirurgiões-dentistas, relação cirurgião-dentista / habitante e renda média em salários mínimos (sm) dos chefes de domicílios por municípios em Pernambuco.

Município	População total	Pop. Urbana	Nº de CDs	Relação CD/ hab.	Renda média dos chefes de domicílios em SM
Vertentes	14.953	6.301	1	1/14.953	1.6
Vicência	28.744	10.458	1	1/28.744	1.5
Vitória de Santo Antão	117.577	117.577	23	1/5.112	1.9
Xexéu	13.597	7.853	---	---	---
Total	7.911.937	6.051.053	4.709	1/1.680	1.5

Fonte: População IBGE/2000; Cirurgiões-Dentistas CRO-PE/2001, relatório emitido em: 28 nov.2001.  
Renda média dos chefes de domicílios em salários mínimos - Censo demográfico de 1991.