

Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão

Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas¹

FREITAS, C.H.S.M. Conflicts in the practice of Dentistry: the autonomy in question. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.21, p.25-38, jan/abr 2007.

The study aimed to arrive at an understanding of the dynamics and the changes faced by dentistry, using the professional autonomy category and its significance to professional discourse and the strategies that are used to preserve professional autonomy. The reflections are based on the sociology of professions, particularly the concepts of autonomy, expertise and service ideal. The research revealed that professional autonomy is still a strong element with an important role to play in shaping the identity of the group and that autonomy has not been affected in spite of changes in the labor market.

KEY WORDS: Dentistry. Sociology. professional practice. professional autonomy. labor market.

O estudo buscou compreender a dinâmica e as mudanças que atingem a profissão de dentista, com base na categoria autonomia profissional e seus significados no discurso da profissão, e que estratégias são utilizadas para preservar a autonomia profissional. As reflexões são fundamentadas na sociologia das profissões, particularmente nos conceitos de autonomia, *expertise* e ideal de serviço. A pesquisa revelou que a autonomia profissional continua a ser um forte elemento que conforma a identidade do grupo, não estando abalada, apesar das mudanças do mercado de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia. Sociologia. prática profissional. autonomia profissional. mercado de trabalho.

¹ Professora, departamento de Clínica e Odontologia Social, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB. <chmfreitas@yahoo.com.br>; <chsmfreitas@hotmail.com>

Introdução

A definição de uma profissão tem passado historicamente pela obtenção de uma autonomia legitimada e organizada, ou pelo controle do seu próprio trabalho, o que significa o direito exclusivo de determinar como e quem pode exercê-la legitimamente. Algumas profissões, entre elas a Medicina e Odontologia, conseguiram garantir o direito de ser o árbitro de seu próprio desempenho, sob a justificativa de que são as únicas capazes de avaliá-lo adequadamente e de que estão comprometidas em garantir padrões básicos de trabalho. Enquanto profissão, possuem *expertise* e a ideologia de um serviço independente e de qualidade à sociedade.

A inserção da Odontologia no setor público, historicamente, constituiu-se na forma de assistência à saúde do escolar e, para a grande maioria da população pobre, predominava a prática de extração de dentes. Machado (1995) considera que, se por um lado, o avanço científico-tecnológico produziu um corpo de conhecimentos sólido, complexo, aumentando, assim, o domínio e a competência sobre o campo de atuação, por outro, isto não se expressou em melhoria de qualidade nos serviços oferecidos à sociedade em geral e o acesso à saúde bucal integral ficou restrito às camadas mais privilegiadas da sociedade. O sucesso e a consolidação da Odontologia como profissão são referentes à prática liberal e, portanto, são questionáveis os benefícios prestados à sociedade.

Os estudos da profissão médica sobre as questões do mercado de trabalho (Donnangelo, 1975; Machado *et al.*, 1992) e da autonomia profissional (Machado, 1997, 1996, 1995; Schraiber, 1993), apesar de adotarem abordagens diferentes, destacam que a prática médica tem passado por um processo de transformação de uma prática liberal, individualizada, que valorizava a experiência clínica para uma prática institucionalizada e com forte tendência à racionalização, demonstrando as múltiplas formas de inserção e já destacando a atuação da medicina de grupo.

Em relação à prática odontológica, Machado *et al.* (1992) ressaltam que, entre os cirurgiões-dentistas, é expressivo o contingente de autônomos na categoria. O decréscimo de "autônomos" entre esses profissionais, ao longo dos anos 70 do século XX, no Brasil, foi pouco acentuado, passando de 69,9% (1970) para 54,5% (1980) do total. Corroborando este estudo, a pesquisa de Silva Filho & Eleutério (1977), realizada em Araraquara (SP), com cirurgiões-dentistas formados no período de 1964 a 1974, demonstrou que 61,1% dos cirurgiões-dentistas exerciam a profissão apenas em consultório particular.

O mercado de trabalho odontológico passa a sofrer modificações mais acentuadas a partir da década de 1980. Vários estudos sinalizam para a tendência do assalariamento, do trabalho no consultório com convênios e credenciamentos e a associação de ambas as formas. A pesquisa de Pereira & Botelho (1997), realizada com 3.191 cirurgiões-dentistas do Estado de Goiás, constatou que: 51% trabalham sob a forma liberal, sendo que 48% desses atendem por sistema de convênios, 49% são assalariados e 45% trabalham no consultório e são assalariados.

Jardim (1999), em pesquisa realizada em João Pessoa/PB, constatou que 78,4% dos cirurgiões-dentistas trabalham em consultório, 59% têm emprego

público e 9,9% emprego privado. Dos profissionais "autônomos", 61,6% trabalham com convênios, e a maioria (54%) há menos de cinco anos.

O estudo realizado pelo Conselho Regional de Odontologia do Estado de Minas Gerais (2000), com 1.199 cirurgiões-dentistas do Estado, identificou que 65,9% dos profissionais atuam como profissionais liberais em consultório, sendo que 56,2% atendem com convênios e credenciamentos; os que atuam como profissionais liberais e assalariados totalizam 25,2%, e 8,7% trabalham como assalariados.

Em pesquisa realizada pelas entidades odontológicas em 2002 foram entrevistados 614 cirurgiões-dentistas no Brasil. Quanto à inserção no mercado de trabalho, 26,2% são empregados do setor público, 11,1% empregados do setor privado, e 89,6% atuam em consultório na forma liberal, sendo que 47,6% trabalham com convênios e credenciamentos. Dos empregados públicos, 48,5% estão no Programa Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2003).

As reflexões sobre a autonomia profissional são fundamentadas sob a ótica da sociologia das profissões, com base nos conceitos de autonomia, *expertise* (Freidson, 1970; 1994), bem como o conceito de ideal de serviço, desenvolvido por Moore (1970).

A maioria dos autores no campo da sociologia das profissões considera que a característica principal das ocupações consideradas profissões é o conhecimento esotérico adquirido por meio de uma formação prolongada (Goode, 1969; Moore, 1970; Wilensky, 1970; Freidson, 1970, 1994). Com isso, defende-se o monopólio do saber, o controle sobre o trabalho e, assim, a capacidade de ser uma atividade auto-regulatória, ou seja, a independência no desenvolvimento de sua prática.

O ideal de serviço ou orientação para coletividade engloba as normas que têm o objetivo de orientar os procedimentos técnicos voltados para atender aos interesses dos clientes, e não dos profissionais, sendo considerado um dos elementos importantes no processo de profissionalização (Goode, 1969; Moore, 1970; Freidson, 1970). A conduta dos profissionais deve ser pautada no código de ética, tanto na relação com os clientes quanto também com os pares.

O objeto central do estudo aqui apresentado é apreender a visão que o profissional tem do seu contexto de trabalho, os impasses que atualmente se apresentam à profissão em diferentes espaços e modalidades de prática e as estratégias que elabora para superar e preservar a autonomia profissional. Enfocamos a relação autonomia técnica e mercantil (de mercado), enquanto eixo central do processo de profissionalização, com base na reflexão dos profissionais sobre a sua prática.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa. Para obtenção dos dados fez-se uso combinado da história de vida e da entrevista semi-estruturada (Becker, 1999). Como ressalta Minayo (1994), a pesquisa qualitativa tem como características principais: abertura, flexibilidade e capacidade de observação e interação com os atores sociais envolvidos.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 12 cirurgiões-dentistas do município de João Pessoa/Paraíba/Brasil, sendo três profissionais peritos de

empresas de planos de saúde odontológicos. Seguindo a tradição qualitativa, para chegarmos a este número, seguimos o critério de exaustão ou saturação, isto é, quando o pesquisador verifica a formação de um todo e reconhece as recorrências das categorias no material coletado (Blanchet & Gotman, 1992).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. Para a realização das entrevistas, foi previamente explicado a cada entrevistado o objetivo do estudo e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, observando as exigências éticas e científicas em pesquisa com seres humanos, preconizada na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1997).

A seleção dos entrevistados foi aleatória, com base na lista de especialistas fornecida pelo Conselho Regional de Odontologia da Paraíba, e obedeceu aos seguintes critérios: 1- profissionais em exercício no período do estudo; 2- profissionais de diferentes especialidades; 3- profissionais com diferentes inserções no mercado e diferente tempo de exercício profissional, para caracterizar a vivência das transformações da autonomia técnica e mercantil (de mercado), de modo a refletir a heterogeneidade existente na realidade da prática; 4- interesse do profissional em participar do estudo.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, utilizando um roteiro preliminar, avaliado por meio de um piloto. A entrevista abordou temas desde escolha da profissão, prática cotidiana, até representações ligadas ao objeto – impasses enfrentados pelos profissionais na prática cotidiana a partir das transformações do mercado de trabalho e das relações de trabalho, e que estratégias utilizam na preservação da autonomia.

Com base na literatura sobre sociologia das profissões, mais especificamente nas contribuições de Freidson (1970, 1994), Goode (1969), Larson (1977), Moore (1970), Schraiber (1993) e Ribeiro & Schraiber (1994), elegemos as seguintes categorias de análise, que se inter-relacionam:

- A autonomia como elemento de identidade profissional: a autonomia técnica é relativa à capacidade de julgamento e decisão no processo de trabalho e se constitui em uma categoria teórica que possibilita a articulação entre a esfera do saber e do poder; a autonomia mercantil (de mercado) relativa à capacidade que a profissão tem de comercializar o seu trabalho no mercado de serviços.

- *Expertise* – o saber como elemento fundamental para caracterizar uma profissão.

- O ideal de serviço, considerando o compromisso social assumido pelo profissional no sentido de contribuir com a melhoria das condições de saúde da população assistida.

Resultados e discussão

Dentre os cirurgiões-dentistas entrevistados, oito são do sexo feminino e quatro do sexo masculino, formados no período de 1979 a 1996, com idade variando de 29 a 45 anos. Entre os entrevistados, nove são especialistas, três são clínicos gerais e fizeram cursos de pós-graduação em nível de atualização e aperfeiçoamento. Os três clínicos gerais trabalham como peritos em empresas prestadoras de assistência odontológica.

Os motivos que influenciaram na escolha da profissão estão relacionados a questões individuais e sociais. Um aspecto comum à maioria dos relatos é a definição pela área da saúde. Outros aspectos destacam-se nos relatos, como: o interesse por uma profissão de característica liberal e a possibilidade de ter boa renda e ser independente. Esta era a imagem que se tinha da profissão, de uma profissão liberal. Mas, nos relatos, foi comum a constatação da diferença entre o real e o imaginário, quando da inserção no mercado de trabalho. Houve relatos, também, de influência de profissionais que despertaram o interesse e a vocação para a profissão.

Foi possível constatar as várias formas de inserção do cirurgião-dentista no mercado de trabalho: cinco são assalariados e trabalham no consultório sob a forma "liberal", além de manterem convênios e credenciamentos; dois são assalariados e trabalham no consultório sob a forma liberal "pura" - sem convênios e credenciamentos; quatro exercem a profissão apenas no consultório, trabalhando com convênios e credenciamentos, e apenas um é exclusivamente assalariado, exercendo a função de docente.

Os primeiros anos após a graduação são marcados pela busca de uma inserção efetiva no mercado de trabalho e, em segundo lugar, busca pela especialização. O interesse primordial é aumentar a experiência clínica, já que apenas os estágios no período de formação são insuficientes para dar segurança na prática. Um traço comum a todos os entrevistados é que começam suas vidas profissionais sob a determinação de uma odontologia que já não se dá como prática essencialmente liberal, ou seja, conjugam experiências em clínicas privadas populares, em periferias de cidades, sob a forma de subemprego – sem nenhum direito trabalhista, como assalariados privados ou públicos e o trabalho no consultório sob a forma liberal, seja individualmente ou partilhando com colegas.

A prática liberal: o sentimento da mudança

Quase todos os sujeitos entrevistados fizeram referência à associação entre autonomia profissional e a concepção de profissão liberal. Em estudo realizado por Machado (1996), os médicos também associam autonomia ao conceito de profissão liberal. A concepção de prática liberal significa a forma objetiva com que o profissional comercializa o seu serviço no mercado, determinando diretamente a remuneração do seu trabalho e a construção de laços com a clientela – livre escolha do paciente.

Foi possível identificar várias formas de inserção do cirurgião-dentista no mercado, como assalariamento e trabalho no consultório com planos de saúde, tal como apontado nos estudos sobre a profissão médica realizados por Donnangelo (1975), Machado (1996, 1997), Schraiber (1993).

Na época em que eu me formei (1986), ainda se tinha a idéia de profissional liberal. Isto era a filosofia dos professores da Universidade, de formar e de trabalhar em consultório particular. A gente tinha a idéia de terminar o curso e estar livre para atuar no consultório, e a realidade não é esta. O profissional liberal era o objetivo de vida. Mas quando você vai para o mercado de trabalho, é que você vê que este objetivo está cada vez mais

distante. Eu nunca tive a experiência de ser um profissional liberal puro, principalmente de ter que depender exclusivamente do consultório. Eu trabalhava no consultório, mas era assalariado. (docente)

Eu não conheci a chamada odontologia liberal. Eu já comecei a minha vida profissional no final da década de 1980, como assalariada no serviço público e, no consultório, trabalhando com convênios.[...] O percentual da clientela particular é pequeno, principalmente quando você está começando e sem especialização. Eu não vivi esta situação de odontologia liberal. Acho que esta é a imagem que se tem da profissão, que não é real, e que é reforçada na escola e pelas entidades. (odontopediatra)

Quando eu comecei a estudar odontologia em 1987, todo mundo dizia que era a melhor profissão, que era a única liberal, que não existiam planos de saúde e convênios. Mas, eu já comecei a trabalhar dentro deste sistema de planos como perita e no consultório. (perito 2)

As “novas” formas de inserção do profissional no mercado propiciaram mudanças nas relações de trabalho e com a clientela. A produção de serviços não depende exclusivamente do profissional, a clientela institucionaliza-se e, com isso, há formas distintas de captação, redefinindo tipo, quantidade e acesso dos pacientes aos profissionais e, principalmente, reorientando a relação profissional-paciente. A instituição desse modelo representa alterações na prática, tanto no que diz respeito à técnica, quanto à organização do trabalho, produção e distribuição de serviços na sociedade. Como ressalta Schraiber (1993), o profissional de consultório vincula-se também aos mecanismos institucionalizados de captação de clientela, por meio dos convênios e credenciamentos. Além de perder o controle sobre a clientela, perde o controle sobre a remuneração do seu trabalho, pois esta fica subordinada às condições concretas do mercado e à diferenciação no valor da remuneração, sobre a qual o profissional não opina.

Autonomia: elemento de identidade profissional

Todos os entrevistados fizeram referência à autonomia como questão essencial para a prática cotidiana. De acordo com Schraiber (1993), a prática é considerada adequada e tecnicamente qualificada quando o profissional encontra-se em condições de agir com base no conhecimento técnico científico e em seu julgamento e poder decisório. Em um primeiro momento, na prática, os profissionais valorizam o lado técnico representado pelo ato do atendimento ao paciente, sendo considerado o núcleo essencial do trabalho. Assim, a etapa de produção do ato técnico, a etapa diagnóstica e terapêutica são consideradas essenciais para a preservação da autonomia. As questões implicadas são abordadas inicialmente pelo ângulo da técnica, fazendo com que a autonomia no trabalho, *a priori*, reduza-se a um imperativo de ordem técnica. A questão da necessidade de preservação da autonomia técnica é comum nos relatos, apesar do reconhecimento das restrições à autonomia via mercado.

Acho que o profissional tem que decidir o plano de tratamento, independente de qualquer coisa. Você deve tomar as decisões de acordo com o que você acha correto, de acordo com a ética. A partir do momento que você tem conhecimento, é você que toma as decisões, você é o responsável, não podemos ficar dependentes de uma análise de um auditor. Esta autonomia o profissional tem que ter e uma pessoa que não está executando o tratamento não pode dizer o que você vai fazer. (endodontista 1)

A minha prática no consultório é de acordo com o meu conhecimento, a minha consciência e princípios. Eu admito que nós temos uma dependência econômica, ou seja, precisamos dos convênios para trabalhar, mas não abro mão da minha autonomia técnica, no tratamento com o paciente, mesmo que eu tenha prejuízo econômico. (odontopediatra)

Evidenciamos que as vivências das transformações da organização do trabalho revelam uma outra perspectiva no tratamento da questão autonomia por parte dos profissionais. Há um deslocamento da questão da autonomia enquanto “fundamento essencial do trabalho”, para o plano que é tido como exterior, o plano do social. Assim, as condições de trabalho são identificadas como condicionantes da autonomia do profissional. Apesar de considerarem o trabalho no consultório como a principal atividade – o que de fato simboliza o trabalho profissional, pois é a situação que irá conferir maior renda e prestígio, além de o espaço de trabalho ser considerado como um “espaço livre”, no qual os profissionais vivem a autonomia do trabalho –, a situação de emprego, público ou privado, leva a uma preocupação com a preservação da autonomia, em defesa da qualidade da assistência.

A prática atual coloca novos obstáculos que reduzem a capacidade de os profissionais realizarem seu trabalho cotidiano de maneira que os satisfaça, e esta satisfação não está relacionada apenas à compensação econômica. Para os profissionais, o ideal de serviço aparece como elemento tão importante quanto o ideal de autonomia, ou seja, são interdependentes.

A gente sofre interferências no trabalho, em todo lugar que trabalha. No serviço público, você não tem condições de trabalho e fica limitado no que você pode fazer. No consultório quando trabalha com convênios fica submetido à avaliação da perícia. [...] Eu sempre procurei trabalhar de acordo com a minha consciência e o que era possível fazer de acordo com as condições de trabalho e com o que aprendi na minha profissão. [...] Tratar bem e dar a melhor assistência, dentro das condições de trabalho. Não fazer nada que fosse contrário aos meus princípios. Não fazer nada errado por falta de condições de trabalho. (endodontista 1)

A experiência e o significado que cada profissional atribui a sua prática representam também a sua individualidade, enquanto sujeito social em dado contexto histórico. Schraiber (1993) considera que, no espaço da autonomia, as escolhas não seriam exclusivamente técnicas, mas as expressões de valores éticos que conferem à ação um sentido moral. É esta a posição de Castro Santos (2002), para quem o próprio conceito de profissão passa, hoje, por uma revisão,

ao assimilar elementos de natureza ética ao projeto profissional e à dimensão estratégica da atuação das associações profissionais. Seria o caso, em particular, da profissão da Enfermagem, considerada tradicionalmente uma “semiprofissão”, ao compartilhar uma orientação altruísta e expectativas morais sobre a noção de dever, bem como em relação aos serviços à sociedade e a padrões de desempenho. Isto significa dizer que os valores se apresentam como parte constitutiva da ação, orientando-a. Os relatos que colhemos indicam, com nitidez, essa preocupação de ordem ética.

Além da problemática das condições de trabalho, da interferência na autonomia técnica (por exemplo, não poder realizar um trabalho tecnicamente bem-feito), a insatisfação com o trabalho assalariado, de caráter público ou privado, associa-se diretamente à incompatibilidade entre horas trabalhadas e salários e, conseqüentemente, à insatisfação econômica e pessoal. A associação entre baixa remuneração, jornada de trabalho prolongada, más condições de trabalho e o sentimento de desvalorização e desprestígio levam a um desencantamento com a profissão. Esta situação também foi constatada por outros estudos sobre profissões, tais como: Araújo (2002, 2003); Machado (1996, 1997); Machado & Souza (1999). Dos entrevistados, seis (50%) afirmaram que, atualmente, não escolheriam mais a Odontologia como profissão.

Por um lado, a defesa da autonomia profissional conjuga argumentos *altruísticos*, como a defesa de uma assistência de qualidade e condições de trabalho para um bom desempenho técnico e, por outro lado, argumentos de *interesse privado*: a busca pela recompensa econômica e pelo status. É uma estratégia de manutenção da antiga identidade profissional: profissionais liberais, diferenciados, e que estão resguardando, individualmente ou pelo esforço pessoal, a qualidade da assistência, sendo esta decorrente da autonomia preservada.

Especialização/ Expertise

A especialização constitui um dos argumentos em defesa da autonomia. Esta deve ser sempre preservada enquanto forma independente pela qual os profissionais se articulam ao seu meio de trabalho principal: o saber. A defesa da autonomia técnica ganha suporte nas exigências impostas pela dificuldade instrumental, no lidar manual e intelectual com o científico, lidar este progressivamente mais complexo.

Os peritos acham que, quando você faz um plano de tratamento, está querendo tirar vantagem. Ele olha e, muitas vezes, não tem competência. Não é querendo diminuir o colega, mas ele não é especialista. Todos nós temos nossas limitações e não podemos querer saber tudo. [...] A odontologia tem uma abrangência muito grande, são novas técnicas, materiais, estudos, será que se consegue acompanhar isto em todas as áreas? (periodontista)

A estratégia de tentar manter a autonomia técnica como a ferramenta de trabalho é apenas um dos significados de tais mudanças. Isto também evidencia a busca de manter o monopólio sobre o saber e a prática, pois ameaçada a

autonomia devido às transformações da organização do trabalho, vê-se igualmente ameaçado aquele monopólio. Assim, a expectativa dos profissionais é a de manter, para a profissão, a posição ou situação conquistada anteriormente. O monopólio do saber e da prática confere benefícios sociais, ou, como diz Bourdieu (1989), traduz-se em capital social, ou seja: status, prestígio e poder.

A polarização entre as especialidades mais técnicas e intelectuais e as especialidades gerais permeia-se de uma gama variada de situações, nas quais o profissional detém, individualmente, graus diversos de controle efetivo sobre a sua técnica e, também, uma maior autonomia mercantil. É o caso dos especialistas em ortodontia, cirurgia, prótese e implantodontia, que têm uma maior autonomia técnica e mercantil. A questão do assalariamento, da dependência do trabalho no consultório de convênios e credenciamentos, do cerceamento da autonomia, ainda é vista como um caráter de externalidade à prática, diferentemente dos profissionais de especialidades mais gerais.

O trabalho com convênios, hoje, é uma realidade, mas você precisa escolher com quais pode trabalhar. [...] Os planos de saúde exploram os profissionais. [...] É um investimento muito alto para a capacitação do profissional e para a manutenção da clínica (material, instrumental, funcionário, enfim, tudo). [...] Os convênios não interferem no plano de tratamento, o único que tem alguma limitação é a Petrobrás. Ela determina que, em crianças até 11 anos, não pode colocar aparelho fixo. Só que há casos em que, com 10-11 anos, a criança já tem a dentição permanente completa. Isto é uma grande falha, pois idade cronológica não quer dizer idade dentária, óssea, depende do caso. É o único problema, mas nunca tive problema com perícia, dela querer interferir no plano de tratamento. (ortodontista)

Eu trabalho há mais de vinte anos no consultório e só atendo clientela particular. [...] Eu fui convidado a participar da cooperativa de dentistas, mas quase não atendo os pacientes de lá, um ou outro a cada 2-3 meses. [...] Eu tenho uma clínica de especialidades, onde profissionais trabalham para mim e lá há o atendimento com convênios. Mas, você precisa saber escolher com que plano você vai trabalhar; só aceito convênios que pagam de acordo com a Tabela Nacional ou superior. É muito investimento profissional e financeiro, para você se submeter a estes planos. (cirurgião e protesista)

Não há homogeneidade na categoria, pois alteram-se as posições na estrutura social dos diversos agentes de trabalho. A especialização aparece como componente para diferenciar e qualificar o desempenho profissional e é uma via para o profissional firmar-se e competir no mercado. Para aqueles que não são especialistas, a atualização é importante para qualificar o desempenho do profissional, para acompanhar o desenvolvimento científico-tecnológico.

A odontologia é uma profissão de domínio muito amplo. [...] Não há condições de dominar todo o conhecimento, o avanço científico-tecnológico. A especialização é essencial, é preciso para exercer adequadamente a sua prática. [...] No mercado, só valoriza-se especialista, só tem espaço para especialista. (cirurgião e protesista)

O profissional que faz o tratamento é especialista, e eu não sou. A situação é complicada, eu tenho que estar atualizada para discutir com o profissional, preciso conhecer as técnicas, os materiais, porque quando ele argumentar que usou tal material e que vai acontecer isso, eu tenho que saber se vai ou não. Eu tenho que saber se a argumentação dele tem coerência ou não, eu preciso saber argumentar também. Esta é a minha obrigação. Então, por isso que eu sempre estou fazendo cursos de atualização, lendo muito. (perito 2)

Ideal de serviço

Entre as questões que podem ser identificadas como restritivas do ideal de serviço, destacamos a interferência da empresa sobre o trabalho do perito e, também, a interferência do perito na relação profissional-paciente.

Os profissionais consideram que os peritos extrapolam as suas funções e acabam agindo de forma antiética, pois pressionam para que sejam executados procedimentos mais baratos para beneficiar a empresa. Além disso, buscam formas de “glosar” os procedimentos já realizados. Isto resulta em não pagamento pelo trabalho já realizado. A não aceitação dos profissionais da interferência da perícia, mesmo que esta seja realizada por um dos pares, evidencia o conflito de interesses. Como destaca Bahia (1999), fica claro como a relação entre provedores de serviços e empresas de planos e seguros de saúde se dá de forma conflituosa.

Ficou constatada a interferência dos gestores das empresas odontológicas na prática do auditor. Há implementação de controles explícitos sobre os profissionais, tanto para com os peritos como para com os profissionais credenciados e, também, para pacientes, com o objetivo mais de conter os custos do que promover o acesso aos cuidados. Assim, tanto os profissionais quanto os pacientes têm enfrentado situações nas quais os interesses de ambos são contrariados.

Quando eu cheguei na empresa, eles vieram conversar comigo para orientar como preencher as fichas, dizer quais as normas da empresa e que eu deveria autorizar somente o necessário. A prevenção só para crianças até 12 anos, restaurações de resina, somente anterior, estéticas. Estas normas tinham como objetivo diminuir os custos e estas foram as orientações que eu recebi. [...] Eles recomendam também que os profissionais credenciados façam poucos procedimentos por semana, para o tratamento demorar mais tempo e os usuários não deixarem o plano, porque tem muita desistência. Na clínica da empresa, isto é mais restrito ainda, porque a procura é muito grande, e eles querem diminuir o tempo de atendimento para atender mais pessoas. (perito 3)

No que diz respeito à relação profissional-paciente, esta fica comprometida quando há divergências quanto ao diagnóstico e plano de tratamento, e principalmente se o perito não encontrar uma forma ética de convencer o usuário a voltar ao consultório.

Você dá um diagnóstico, faz um plano de tratamento e o perito questiona. Por exemplo, você pode ter periodontite sem presença de tártaro, e ele duvida

do seu diagnóstico, diz que é gengivite, e não periodontite. A gente sabe que é porque o procedimento de gengivite é mais barato. Ele questiona e o pior é que faz isso na frente do cliente. [...] O cliente fica na dúvida, quem está certo é o profissional ou o perito? É constrangedor, é antiético, principalmente porque compromete a relação profissional/paciente. O paciente procura você por indicação, confiando no seu trabalho. (periodontista)

Você faz o plano de tratamento e, quando chega na perícia, eles não autorizam os procedimentos posteriores em resina, autorizam para fazer em amálgama.[...] E você não tem a quem recorrer, e o motivo para o corte é a redução de custos. [...] Eles pressionam para você fazer os procedimentos mais baratos. [...]. Mesmo acontecendo isso, eu faço do jeito que planejei, mesmo perdendo dinheiro. Eu faço isso baseado na minha autonomia e na minha consciência. (clínico geral)

Constatamos que os profissionais assalariados, em sua prática cotidiana, enfrentam diversos conflitos éticos. Conforme Castro Santos (2002) e Schraiber (1993), no espaço da autonomia as escolhas não seriam exclusivamente técnicas, mas expressões de valores éticos, conferindo à ação um sentido moral. Os dilemas vivenciados pelos auditores, de seguirem ou não as “normas das empresas” e de pautarem seu desempenho dentro de uma lógica de custo-benefício – onde a questão do custo se sobrepõe ao valor de que o bem-estar do paciente deve ser a questão fundamental a ser considerada –, fazem parte do cotidiano de trabalho.

Às vezes, tenho vergonha de não autorizar, eu me coloco no lugar do prestador, sei que existem coisas que não têm sentido, mas que são normas da empresa e, se eu fizer diferente, quem vai responder sou eu. Nós também somos avaliados. Nós temos auditoria na empresa, temos avaliações periódicas. Eles avaliam tudo o que a gente está autorizando, o que está pagando, se há favorecimento; que critérios eu estou usando, se é uniforme, se a gente está aplicando as normas que eles determinam. [...] A empresa quer o cliente satisfeito, o prestador como parceiro, e você economizando para a empresa. E você fica no meio dos três. Tem dias que você tem vontade de jogar tudo para cima, é uma função muito complicada. (perito 2)

Segundo Schraiber (1993), o assalariamento responde a normas organizacionais e isto pode gerar compromissos constrangedores e conformadores do desempenho profissional, limitando a autonomia e colocando em risco o ideal de trabalho. O ideal de trabalho e a autonomia ficam “tensionados” ou “condicionados” a fatores externos. Confrontando os depoimentos dos profissionais e peritos, observamos que o critério principal utilizado pelas empresas, na perícia, é a redução de custos, independente do bem para o paciente. A argumentação é permeada de uma racionalidade custo-benefício.

Considerações finais

As transformações ocorridas no sistema de saúde, especialmente nas décadas de 1980 e 1990, tiveram repercussões no mercado de trabalho. A Medicina Suplementar, composta por empresas de Medicina e Odontologia de grupo, cooperativas, seguro-saúde, e, também, o Estado, passaram a intermediar a prática profissional. Os profissionais inseridos na prática cotidiana enfrentam várias restrições, até então não vivenciadas na prática tradicional, e se vêem limitados em sua autonomia, em sua prática liberal, em seu ideal de serviço. Há um excesso de trabalho com má remuneração e falta de condições de trabalho para atender aos ideais da boa prática. Assim, o ideal de serviço é sobrepujado pelos ideais de mercado, o aspecto quantitativo se sobrepõe à qualidade da assistência.

A posição dos profissionais não é de se submeter a este novo “mundo do trabalho”, e sim de reforçar os valores da profissão. O controle sobre a prática, o domínio de conhecimentos e habilidades específicas são questões das quais os profissionais não abrem mão e buscam estratégias para minimizar a redução da autonomia. É a busca pela conciliação entre os interesses profissionais e os da comunidade.

No que diz respeito à autonomia, entendida como a principal característica de uma profissão, chama a atenção o fato de que a autonomia profissional, como um valor que conforma a identidade, não está abalada, a identidade continua firme. Tem sido possível construir uma identidade profissional, ou seja, é claro o que é específico ao profissional, sua base cognitiva é sólida, firme. O que observamos à luz dos depoimentos é que há práticas subjacentes que apontam para um problema no mercado de serviços. Há uma tentativa sistemática de conciliar o ideal com as condições objetivas de trabalho, num esforço para preservar dimensões da autonomia, mesmo que transformando o exercício profissional.

A argumentação dos que estão na prática cotidiana é a de que a autonomia profissional é essencial para a garantia da qualidade da assistência, do prestígio e respeito da profissão. Os profissionais utilizam argumentos “altruísticos”, como o bem da coletividade – e aí nos reportamos à importância dada, dentro das profissões, ao ideal de serviço ou orientação para a coletividade, ressaltada por vários autores, como Freidson (1970), Moore (1970) –, ao mesmo tempo em que fazem uso da coletividade para construir argumentos de defesa para a profissão, que denomino de argumentos “de interesse privado”. O status e o prestígio social da profissão são defendidos com argumentos distantes do social ou da coletividade e próximos à obtenção de vantagens profissionais, como remuneração digna e prática embasada na autonomia profissional.

É importante que as organizações profissionais, entre elas o Conselho Federal de Odontologia, façam o “desvelamento” da realidade. Os elementos ideológicos da prática e do ensino precisam ser descortinados e este descortinamento se processará mediante uma crítica à profissão e, portanto, a superação da visão fragmentada de seus membros. A Universidade, enquanto instituição formadora de profissionais para a sociedade, precisa romper com esta orientação para que o óbvio deixe de ser obscuro.

Referências

- ARAÚJO, M.F.S. Prática profissional e construção da identidade do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Polít. Trab.**, n.19, p.115-27, 2003.
- ARAÚJO, M.F.S. O enfermeiro no programa saúde da família. **Teor. Pesqui.**, n.40-41, p.57-71, 2002.
- BAHIA, L. **Planos e seguros saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil.** 1999. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- BECKER, H.S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais.** 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquête et ses méthodes: l'entretien.** Paris: Nathan, 1992.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** Lisboa: Difel, 1989.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 1997.
- CASTRO SANTOS, L.A. Identidades, saberes e fronteiras profissionais: dois breves registros históricos. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 26., 2002, Caxambu. **Anais...** Caxambu, 2002. 1 CD-ROM.
- CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS. **Perfil do profissional de odontologia de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2000.
- DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho.** São Paulo: Pioneira, 1975.
- FREIDSON, E. **Profession of medicine: a study of sociology of applied knowledge.** New York: Harper & Row, 1970.
- _____. **Professionalism reborn: theory, prophecy and policy.** Cambridge: Polity Press, 1994.
- GOODE, W.J. The theoretical limits of professionalization. In: ETZIONE, A. (Org.). **The semi-profession and their organization: teachers, nurses, social works.** New York: The Free Press, 1969. p.266-313.
- JARDIM, M.C.A.M. **Evolução do mercado de trabalho odontológico na cidade de João Pessoa/PB.** 1999. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Universidade de Pernambuco, Camaragibe.
- LARSON, M.S. **The rise of professionalism.** A sociological analysis. Berkeley: University of California Press, 1977.
- MACHADO, M.H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- _____. **Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão.** 1996. Tese (Doutorado) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- _____. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- MACHADO, M.H.; MÉDICI, A.; NOGUEIRA, R.P.; GIRARDI, S.N. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura.** Rio de Janeiro: Ensp, 1992.
- MACHADO, M.H.; SOUZA, H.M. (Coords.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde/Fiocruz, 1999.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perfil do cirurgião-dentista no Brasil.** Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2003.
- MOORE, W. **The professions: roles and rules.** New York: Russel Sage Foundation, 1970.
- PEREIRA, M.F.; BOTELHO, T.L. Perfil do cirurgião-dentista no Estado de Goiás – parte I. **Rev. Fac. Odontol. U.F.G.**, v.1, n.1, p.37-40, 1997.

FREITAS, C.H.S.M.

RIBEIRO, J.M.; SCHRAIBER, L.B. A autonomia e o trabalho em Medicina. **Cad. Saúde Pública**. v.10, n.2, p.190-9, 1994.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA FILHO, F.P.M.; ELEUTÉRIO, D. Análise da remuneração paga aos dentistas em empregos públicos e privados. **Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.**, v.31, n.2, p.69-72, 1977.

WILENSKY, H. The professionalization of everyone? In: GRUSKY, O.; MILLER, G. (Orgs.). **The sociology of organization basic studies**. New York: The Free Press, 1970. p.483-501.

FREITAS, C.H.S.M. Conflictos en la práctica odontológica: la autonomía en cuestión. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.21, p.25-38, jan/abr 2007.

El estudio buscó comprender la dinámica y los cambios que afectan la profesión del odontólogo, a partir de la categoría de la autonomía profesional y sus significados para el discurso profesional y las estrategias que se utilizan para mantener la autonomía profesional. Los pensamientos son fundamentados en la sociología de las profesiones, sus conceptos de la autonomía, *expertise* e ideal de servicio. La investigación reveló que la autonomía profesional sigue siendo un fuerte elemento para la identidad del grupo, no se ha alterado a pesar de los cambios observados en el mercado de trabajo.

PALABRAS CLAVE: Odontología. Sociología. práctica profesional. autonomía profesional. mercado de trabajo.

Recebido em 07/07/05. Aprovado em 17/10/06.