

Percepções de especialistas em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais sobre as motivações da escolha e a atuação profissional

Tirza de Oliveira Cruz*; Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima**

* Graduanda, Curso de Odontologia, Universidade do Vale do Itajaí

** Docente e Pesquisadora, Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí

Recebido em 30/10/2018. Aprovado em 05/11/2019.

RESUMO

O artigo analisa as motivações e veredas do processo de escolha pela Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais e da atuação profissional de especialistas na área, atuantes em um município catarinense. Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, cujos dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas com 05 cirurgiões-dentistas, analisados por meio da análise temática ajustada. Quando indagados sobre a motivação que os conduziu à escolha pela especialidade, os participantes revelaram: o caráter versátil da área, de natureza integrativa e não apenas reparadora; a cultura experimentada e produzida desde a tenra idade, identificação e preferência. As veredas percorridas no processo de escolha e na atuação profissional foram influenciadas pelo bom relacionamento com professores, concomitante a um bom embasamento teórico em cirurgia; participação em monitoria; atividade extracurricular (estágio); e, satisfação pessoal. No *mix* público-privado, depoimentos sinalizaram a ampliação da área, a tendência à saturação do mercado privado, o trânsito entre mercados, a formação de qualidade e o mérito de aproveitar o que é ofertado, além de apontamentos sobre a dificuldade em ingressar no setor público, ainda que a demanda seja realidade. O Centro de Especialidades Odontológicas do Sistema Único de Saúde foi apresentado como *locus* de oferta promissora de trabalho e como estratégia para início de carreira. Novos estudos qualitativos de abordagem bioética são necessários e oportunos.

Descritores: Especialização. Pesquisa Qualitativa. Recursos Humanos em Odontologia.

“O real não está no início nem no fim, ele se mostra pra gente é no meio da travessia”. Guimarães Rosa. Grande Sertão Veredas.

1 INTRODUÇÃO

A escolha pelo ingresso em um determinado curso de graduação de ensino superior transita por um amplo espectro de possibilidades¹, cuja diversidade é mediada pela cultura, por valores presentes no momento histórico em que o(a) jovem vive e pela sua história de vida e o que, decorrente dela, ele(a) considera importante². Esta diversidade pode estar em um nível de consciência acessível ou em um nível mais profundo, inalcançável. Independentemente da possibilidade de a escolha se situar em diferentes planos mentais³, não exclusiva de estudantes brasileiros^{4,5}, estudos nacionais sinalizam que o processo de decisão faz parte do projeto de vida do(a) estudante⁶, que escolhe um determinado curso superior pensando na possível atuação profissional que este curso lhe oportuniza¹, ao mesmo tempo em que dá novos sentidos à sua escolha no processo de vivência universitária^{7,8}.

No caso da escolha pela graduação em Odontologia, objeto pouco explorado pela pesquisa qualitativa⁹, tantas podem ser as aproximações explicativas. É possível que a aspiração se dê por afinidades com a área da saúde¹⁰; com a área biológica; que tenha influência de familiares e amigos⁹; que seja decorrente da admiração pela área e pela compensação financeira por ela oportunizada¹¹; que a motivação seja decorrente da própria concepção do trabalho odontológico¹²; do prazer de cuidar de pessoas, de acolher o sofrimento; ou, ainda, que seja resultante de uma aspiração anterior não materializada, por exemplo, a de fazer medicina.

É possível, ainda, que a motivação e a expectativa para exercer a Odontologia estejam relacionadas com a possibilidade de atuar como profissional autônomo^{13,11}; ou que sejam frutos da vontade de atuar pelo Brasil e com o Brasil¹⁴, com responsabilidade social¹¹, no enfrentamento do débito histórico de necessidades acumuladas pela ausência de política pública específica de

Odontologia da Proclamação da República até 2004, e no enfrentamento de desigualdades distributivas de cuidados orais¹⁵.

Em âmbito da motivação para se especializar em uma determinada área específica da Odontologia, pesquisas revelam expressivo interesse pela especialização antes mesmo do início da formação acadêmica¹¹, a vontade de começar uma especialização tão logo conquiste o diploma de cirurgião-dentista¹¹ e a forte influência do estímulo facultado pela expansão do consumo de bens e serviços especializados decorrente da modernidade capitalista, em que tomou assento a reestruturação produtiva¹⁶.

Uma das especialidades da Odontologia é a Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais (CTBMF). De acordo com a Resolução nº 185, deliberada pelo Conselho Federal de Odontologia em 26 de abril de 1993, o objetivo da CTBMF é o diagnóstico e o tratamento cirúrgico e coadjuvante das doenças, traumatismos, lesões e anomalias congênitas e adquiridas do aparelho mastigatório e anexos, e estruturas craniofaciais associadas¹⁷.

As áreas de competência desta especialidade abrangem: a) implantes, enxertos, transplantes e reimplantes; b) biópsias; c) cirurgia com finalidade protética; d) cirurgia com finalidade ortodôntica; e) cirurgia ortognática; f) tratamento cirúrgico de cistos; afecções radiculares e periradiculares; doenças das glândulas salivares; doenças da articulação temporomandibular; lesões de origem traumática na área bucomaxilofacial; malformações congênitas ou adquiridas dos maxilares e da mandíbula; tumores benignos da cavidade bucal; tumores malignos da cavidade bucal (atuação integrada em equipe de oncologista); e, de distúrbio neurológico, com manifestação maxilo facial (em colaboração com neurologista ou neurocirurgião). Quando as cirurgias permitem a execução sob anestesia local, elas podem ser realizadas em consultórios ou ambulatorios¹⁷. O cirurgião-dentista especializado

nesta área tem pós-graduação realizada em ambiente hospitalar, por um período que varia de dois a quatro anos, com dedicação exclusiva¹⁸.

O artigo analisa as motivações e veredas do processo de escolha pela CTBMF e atuação profissional de cirurgiões-dentistas especialistas da área, atuantes em um município catarinense. Trata-se de uma pesquisa de iniciação científica desenvolvida em um curso de graduação em Odontologia de uma universidade catarinense.

2 MÉTODO

É um estudo social, de natureza qualitativa e de característica exploratório-descritiva, desenvolvido em conformidade com a Resolução 466/12 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (CAAE 71544417.2.0000.0120).

A primeira medida tomada para o desenvolvimento do estudo foi identificar, junto ao Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina (CRO/SC), o rol de especialistas em CTBMF, atuantes no município do estudo. Segundo informações concedidas pela entidade, o referido município contava com quarenta (40) cirurgiões-dentistas especialistas em CTBMF, em 2017.

Para eleger esta amostra, selecionou-se vinte (20) especialistas, com o objetivo de identificar os mais adequados, por conveniência (logística), para a viabilização do estudo. Nesta seleção, observou-se que a listagem recebida não continha endereço de e-mail e número de telefone, o que acabou exigindo outra estratégia de seleção: compartilhar o estudo com professores da acadêmica para verificar se conheciam especialistas no município do estudo. Conseguiu-se dois contatos.

Em conversa telefônica com o primeiro especialista indicado por uma professora do Curso, agendou-se uma visita, quando a acadêmica lhe fez o convite, bem como verificou a possibilidade de ele contribuir com a indicação de alguns nomes

dentre os vinte (20) escolhidos. O profissional aceitou em participar e indicou quatro (04) profissionais da listagem. Em seguida, a acadêmica contatou por telefone o outro especialista, este indicado por um professor do Curso, que aceitou em participar e lhe indicou três (03) novos especialistas da lista. Neste momento, pôde-se delinear uma amostra com dois (02) aceites e sete (07) indicações. No entanto, entre os sete (07) que haviam sido indicados somente um (01) aceitou em participar; os demais (06) disseram não dispor de tempo, naquele momento, e sugeriram que a acadêmica retomasse os contatos. Assim, ela procedeu, mas sem sucesso.

A saída foi prosseguir com a técnica iniciada que, naquele momento, foi reconhecida com traços do método de definição amostral *snowball* (bola de neve) que utiliza a própria rede de amigos dos membros existentes na amostra. Também conhecido como método de cadeia de referências, o processo se desenvolve por meio de indicações de pessoas comuns em um dado grupo social¹⁹, e está indicado para “acessar grupos difíceis de serem encontrados”²⁰. O processo finaliza quando se alcança a amostra delimitada. Por meio desta técnica, buscou-se contato com os onze (11) especialistas restantes do universo de vinte (20), estabelecido por conveniência. Destes, dois (2) aceitaram fazer parte da pesquisa, um (1) não aceitou e os outros oito (8) deram respostas evasivas ao telefone, pedindo para retornar à ligação em outro momento. Não atenderam aos chamados posteriores. A amostra foi fechada com cinco (5) participantes.

Cabe assinalar que o tamanho desta amostra foi definido na perspectiva de amostragem em pesquisa qualitativa, para a qual o núcleo central é a busca de alguma forma de interlocução com pessoas, seres sociais, para fins de conhecer “as singularidades e os significados” de uma dada realidade empírica. Pois, a pesquisa qualitativa brasileira “trabalha muito menos preocupada com

os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de valores, opiniões [...] formas de relação [...] e práticas”²¹.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro de questões que permitiram a flexibilidade do diálogo²², divididas em dois campos. O primeiro relaciona-se ao sexo, idade e tempo de atuação na área de CTBMF. No segundo, buscou-se conhecer a motivação de especialistas para a escolha da área; identificar os caminhos percorridos no processo de escolha e na atuação profissional vigente; e; as fragilidades e potencialidades para o exercício da CTBMF no Brasil.

A coleta de dados foi realizada entre setembro e novembro de 2017. O horário e o local para a realização das entrevistas foram estabelecidos pelos especialistas, de modo a não ocasionar eventuais transtornos no andamento das suas rotinas de trabalho. Os *settings* transcorreram em clima de cordialidade, propiciando falas encorajadoras, realistas e incentivadoras quanto a seguir carreira nesse ramo de especialidade. As entrevistas foram gravadas em áudio, sob anuência dos participantes firmada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e totalizaram uma (1) hora, doze (12) minutos e cinquenta e um (51) segundos, sendo que a duração média de cada entrevista foi de 15 a 20 minutos. O anonimato foi garantido por meio da utilização das letras IC, representando a expressão Iniciação Científica, dispostas de IC.1 a IC.5. Uma vez transcritas, procedeu-se à operação classificatória dos dados.

Os dados foram classificados por meio de um ajustamento do método tradicional de análise de conteúdo do tipo temática, uma vez que o delineamento metodológico havia previsto não utilizar a contagem de frequência de unidades de registro, mas a presença de unidade com significado expressivo para a identificação de motivações, veredas do processo de escolha e

atuação em CTBMF, bem como fragilidades e potencialidades da área²¹.

A primeira etapa classificatória consistiu de uma análise preliminar flutuante do material, cuja finalidade foi a impregnação pelo conteúdo e a definição de unidades de registro e de contexto. Na análise preliminar, elaborou-se as primeiras indagações sobre a compreensão do conteúdo e certificou-se que o material bruto abarcava as questões norteadoras do roteiro, com representatividade. Em seguida, foram definidas as unidades de registro (palavras, expressões e/ou frases) e de contexto (excertos mais amplos em que se encontram as unidades de registro, servindo de guia contextual destas)²¹.

Na segunda etapa, a de ato classificatório, as unidades de registro foram codificadas, a partir de critério semântico. Na geração de códigos fez-se uso do recurso criatividade, em interlocução com vivências, estilos de pensamento e referencial teórico²¹.

A terceira etapa correspondeu àquela que, de modo reduzido, representa o material coletado: a de categorização. Para desenvolvê-la, distanciou-se da sistematização em forma de esquema e retomou-se o material transcrito, com o intuito de coletar eventuais códigos de significação sobre uma dada questão em outros lugares do material, já que o exercício esquemático pode velar códigos expressivos. Nesse sentido, o material empírico foi atenta e transversalmente explorado²¹.

Por fim, procedeu-se à etapa de produção de significados, com base no agrupamento de códigos e na intersecção entre três eixos: o instrumental (esquema de codificação), o teórico (referencial teórico) e o reflexivo (perspectiva dos autores)²¹. As categorias empíricas deflagradas foram: “Motivações da escolha da CTBMF”; “Das veredas percorridas à atuação profissional na especialidade”; e “Fragilidades e potencialidades para o exercício da CTBMF no Brasil”. No âmbito

deste texto, serão discutidas as duas primeiras categorias.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por cinco (5) especialistas, sendo quatro (4) homens, com idade de 31 a 65 anos e uma (1) mulher com 32 anos, com tempo de atuação em CTBMF variando de cinco (5) anos a quarenta (40) anos. Quanto ao local de trabalho, dois (2) trabalham em hospital, dois (2) em âmbito ambulatorial e apenas um (1) atua nos dois (2) ambientes. Com relação aos setores público e privado, dois (2) atendem pelo setor privado, um (1) pelo setor público e dois (2) atendem nos dois (2) setores.

Motivações da escolha da CTBMF

Quando indagados sobre a motivação que os conduziu à escolha pela CTBMF os participantes revelaram: “[...] *pela versatilidade da profissão [...]*” (IC.1) “[...] *eu já gostava bastante das áreas de fisiologia, anatomia, quando começou as áreas odontológicas mais específicas, dentística, endodontia, eu não gostava muito [...]* Daí eu comecei a ficar um pouco preocupado [...] em certo momento eu fui em um congresso e vi uma aula sobre cirurgia ortognática e ali eu vi o que eu gostava.” (IC.2) “[...] *tu acaba mesmo que optando [...]* Acabei me identificando mais[...]” (IC.3) “[...] *sempre me interessei assim por atuar em coisas minúsculas, detalhes [...]* foi uma tendência mesmo de eu atuar [...] eu nunca me preocupei com sangramento, eu sempre fui muito frio [...]” (IC.4) “[...] *Imagina, [com] 9 anos de idade, eu queria trabalhar cuidando de pessoas [...]* a face sempre me atraiu, os negócios de caveira [...] a escolha foi muito fácil [...]” (IC.5).

Levando em conta o que o especialista IC.1 referiu a motivação “[...] *pela versatilidade da profissão [...]*” pôde-se inferir que a escolha partiu de uma perspectiva contemporânea de mundo, onde ele enxergou uma carreira não rotineiro-

instrumental, em sentido *stricto sensu*, mas em movimento; uma profissão que se organiza de modo mais flexível e enredado²³.

No entanto, na sequência do depoimento o participante descreveu uma compreensão peculiar do atributo “*versátil*” ao substantivo especialização que corrobora a ideia de uma especialidade integrativa e não apenas reparadora: “[...] *porque dentro da cirurgia tu vai além de dente, além de boca, tem muito mais coisa [...]* E para o cirurgião-dentista é essencial também [...] entender o paciente como um ser humano completo. E a cirurgia busca muito mais isso do que as outras especialidades [...]”.

À primeira vista, é possível pensar que este modo de compreender a CTBMF denota um equívoco conceitual; afinal, como uma especialidade voltada hegemonicamente para o cuidado de “pacientes acidentados no trânsito ou em quedas, dos feridos com arma de fogo e de pacientes vítimas de espancamentos, em síntese, do trauma facial”²⁴ pode ser considerada aquela que alcança o entendimento do paciente em sua completude? A fala de IC.4 “[...] *eu nunca me preocupei com sangramento, eu sempre fui muito frio [...]*”, ao expressar a racionalidade instrumental consensual necessária ao cirurgião, na perspectiva weberiana²⁵, também levanta questionamento similar, pois, como é possível compreender a cirurgia como a área que mais se avizinha do conceito de integralidade do cuidado? Neste caso, talvez pelo deslocamento da essencialidade “[...] *tu vai além de dente, além de boca [...]*”.

Na visão de Ribeiro *et al.* (2010)²⁶ reabilitar também envolve a inclusão social. Para Coelho e Lobo (2004)²⁷, ao reabilitar uma pessoa o cirurgião deve levar em conta a dimensão técnica e a dimensão cidadã.

Considerando a relação entre cidadania e saúde em um de seus vértices, a proteção social, é possível que o cirurgião veja a CTBMF como a

especialidade que mais detém instrumentos para concretizar a reinserção social, a inclusão social, no sentido de que a reabilitação envolve o ser e não apenas uma área afetada. Parece existir, aqui, um sentido de esperança ligado a novas possibilidades, à ressignificação da vida.

Em sua trajetória de vida, o ser humano carrega consigo heranças, advindas de princípios e valores familiares, do meio cultural em que ele viveu, de experiências que passou e é a partir disso que ele irá construir sentidos e valores sobre o mundo, vida, conjuntura, futuro, e, irá fazer escolhas. Esta compreensão é percebida em algumas falas, isto é, a motivação parece fruto da história de vida: “[...] *Imagina, com 9 anos de idade, eu queria trabalhar cuidando de pessoas [...]*” (IC.5) “[...] *foi uma tendência mesmo de eu atuar [...]*” (IC.4). Aproximando este depoimento da reflexão “só há sujeito porque constituído em contextos sociais, os quais, por sua vez, resultam da ação concreta de homens que coletivamente organizam o seu próprio viver”², fortalece-se a compreensão de que o ser humano e, com efeito, as suas escolhas, são histórico e socialmente determinados e se estabelecem a partir de uma relação sujeito-sociedade.

Quando se analisa a motivação movida por identificação, ou preferência, depreende-se que ela está vinculada à identidade⁹, “[...] *Acabei me identificando mais [...]*” (IC.3) “[...] *sempre me interessei assim por atuar em coisas minúsculas, detalhes [...]*” (IC.4) “[...] *a face sempre me atraiu, os negócios de caveira [...]*” (IC.5). Um dos produtos da formação da identidade profissional é a escolha vocacional, enquanto o ato em si de escolher, mas na qual também participam “um conjunto de caracteres distribuídos de forma personalizada [...] tendência ou inclinação, talento, simpatia e predileção”⁹. No âmbito da inclinação por escolher uma área da saúde, participam “preferência, simpatia e curiosidade pelos conteúdos teóricos das Ciências Biológicas”⁹,

conforme observado na fala de IC.2 “[...] *eu já gostava bastante das áreas de fisiologia, anatomia [...]*”.

De veredas percorridas à atuação profissional na especialidade

O começo do caminho percorrido para chegar à atuação em CTBMF é diverso e multifacetado, como em qualquer outra área. No entanto, a academia ocupa um lugar de destaque, pois nela está um infinito mundo novo de saberes a serem socializados, causando uma expectativa em seus acadêmicos. Ao veicular experiências e modos de perceber e conceber a atuação profissional, o professor afeta direta ou indiretamente o(a) estudante.

Quando perguntados se a sua formação havia contribuído para a atuação em cirurgia e traumatologia buco-maxilo facial, o IC.1 e o IC.2 concordam que sim: “*Então, a gente sempre tinha um bom embasamento [...] principalmente na área de cirurgia, né, eles têm um bom relacionamento com os professores [...]*” (IC.1) “[...] *Acho que completamente!*” (IC.2).

Em separado, a presença de “*um bom embasamento*” e de “*um bom relacionamento*” entre discente e professor podem representar múltiplas interpretações. No entanto, quando analisadas em conjunto, as assertivas podem ser interpretadas como potenciais para a deflagração do processo de escolha, no processo formativo, em que a admiração por um dado professor e pela disciplina ministrada por ele encontra condições de possibilidade para se concretizar. Para tanto, é preciso notar que o cirurgião diz que o bom embasamento que eles (discentes) adquiriam, no processo formativo, era devido a esse bom relacionamento. E, aqui, cabe uma indagação: é possível inferir que um(a) aluno(a) pré-determinado a optar por uma dada área especializada, antes mesmo de conhecê-la na formação, pode traçar críticas e se desinteressar por

ela no caso de ausência de *um bom relacionamento* (IC. 1) com o professor? Parece que sim.

Já na fala de IC.4 tem-se a resposta em sentido aparentemente ambíguo: *“Sim, com certeza foi pelo meu próprio interesse [...] Desde o início da faculdade eu fui monitor [...] eu peguei uma colega que não gostava muito de exodontia. Desde a quinta fase eu comecei a fazer a exodontia e o professor na sexta fase me admitiu como monitor, fiquei sendo o monitor até me formar [...]”* (IC.4). Ou seja, ao ser questionado sobre se a formação contribuiu para a sua escolha pela CTBMF, o contexto situacional da pergunta (a formação) deu lugar ao eu: *“Sim, com certeza foi pelo meu próprio interesse [...]”*. No entanto, o sentido ambíguo é só aparente, pois na sequência do pensamento – *Desde o início da faculdade eu fui monitor* – este *eu* se revela no tu, sendo o tu o professor que o convidou para a monitoria ou a universidade que lhe abriu as portas para a monitoria em cirurgia, despertando ainda mais o seu interesse pela área. A riqueza desta suposta ambiguidade está no reconhecimento da alteridade que, de modo geral, pode ser concebida como um dos referenciais da bioética, para o qual “o eu não existe sem o tu”²⁸, e a impulsão para a escolha deuse no exercício da monitoria.

Em contrapartida aos depoimentos supracitados, para IC.5 a formação curricular não contribuiu para a sua atuação na área: *“[...] o que me projetou não foi a graduação, a graduação na época era uma tristeza, na verdade uma tristeza [...] o que realmente contribuiu foi o fato de eu ter saído para fazer o estágio [...]”*. Nota-se que mais uma vez a atividade extracurricular ganha espaço no que diz respeito a ocupar um papel incentivador no âmbito de escolha da especialidade. No entanto, nesse caso, o especialista não atribui o mérito à universidade em que ele estava inserido *“[...] quando eu estava [na universidade] ela era muito incipiente, as pessoas faziam com pouco critério [...] o número de livros de acesso [era baixo], a*

gente não tinha Google, hoje tu queres saber como se opera uma determinada situação tu digita e aparece [...]”.

A satisfação pessoal com a carreira profissional escolhida tem sido palco de grandes discussões e é um fator determinante para se obter sucesso no decorrer da carreira. Conviver com uma profissão que não remete prazer e nem dá o retorno esperado, seja financeiro ou emocional, é exaustivo, torna o cotidiano pesado, fazendo com que o(a) profissional não valorize a sua categoria, não busque melhorias e não realize com excelência o que lhe é proposto.

Quando indagados a respeito de como se sentiam no exercício da especialidade e se estavam satisfeitos em seu cotidiano, os entrevistados responderam positivamente *“[...] Muito, eu sou realizado.”* (IC.2) *“[...] Eu me sinto satisfeito, mas ainda assim eu sinto que falta.”* (IC.1) *“[...] Sim, com certeza, é uma vida bem agitada já tenho tempo para aposentadoria mas não penso em parar [...]”* (IC.4) *“Eu estou satisfeito, mas eu estou progredindo para o grau de satisfação que eu realmente quero. Satisfação pessoal com a carreira [...] eu não vou te dizer que eu cheguei no topo, acho que não existe isso, mas eu diria que eu estou em uma altitude de cruzeiro legal. [...]”* (IC.5).

Quando se debruça sobre os depoimentos em que IC.1 e IC.5 referem estar satisfeitos, mas *sinto que falta* (IC.1); *estou progredindo para o grau de satisfação que eu realmente quero* (IC.5), depara-se não com seres realmente satisfeitos no tempo presente, mas com seres submetidos a um horizonte contínuo por satisfação, em que este horizonte parece se mostrar muito mais relacionado ao que eles se tornaram nos processos históricos de suas vidas, do que ao traçado em seus percursos acadêmicos ou até mesmo antes destes. Na concepção de Almeida e Magalhães (2011)⁶, projetos profissionais “são constantemente repensados de acordo com as transformações e

necessidades que possam surgir” no percurso da vida.

Ao ser indagado sobre como via o mercado de trabalho privado na área da CTBMF, no momento atual, IC.2 associou-o com mérito, sinalizando que o mérito de um bom sucesso no mercado de trabalho está diretamente relacionado com a formação: “[...] Então, acho que você tendo uma boa formação científica e técnica, treinamento manual, é importantíssimo para você se diferenciar no mercado, é o principal fator, na verdade [...]”. Em seguida a esta explanação, o cirurgião fez um comentário direto ao que havia sido perguntado: “[...] está ficando saturado. Mas isso não quer dizer que não tenha vaga para bons profissionais. Quantidade não é qualidade. [...] não existe mágica, não existe caminho encurtado.” (IC.2). Já para IC.1 e IC.5 “[...] Se tu for um bom profissional e, estudando, sempre vai ter paciente, o mercado de trabalho é ruim para quem é ruim e para quem é incompetente ele é pior; agora, para quem estuda, pra quem é competente, ele é normal [...]” (IC.1) “[...] tem demanda, agora é a maneira como a gente se posiciona [...]” (IC.5).

O mercado de trabalho em Odontologia reflete os diversos cenários vivenciados no âmbito econômico, político e social do país. Mudanças de paradigmas, como a transição do modelo biomédico centrado na prática flexneriana para um modelo integral, têm norteado a formação acadêmica, com vistas à adequação do profissional às múltiplas realidades do Brasil. No entanto, mesmo diante de mudanças paradigmáticas, alguns sinais característicos da profissão odontológica persistem, tais como a feminilização da profissão, o status de atuar em um consultório particular, a agregação deste status e ganho financeiro no exercício da prática laboral no consultório particular²⁹.

IC.4, por sua vez, expôs: “Atualmente tem muito buco-maxilo, foi uma especialidade que deu um bum de uns 10 anos para cá. Antigamente não

tinha quase ninguém, a especialidade ampliou muito [...].”

Na perspectiva das autoras, esta realidade percebida nos últimos dez anos está vinculada com o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que gerou importantes modificações no mercado de trabalho, dentre elas o aumento de contratações para o setor odontológico²⁹. Quatro anos antes da edição do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde (MS) do governo Fernando Henrique Cardoso havia publicado a Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000, estabelecendo incentivo financeiro para a reorganização das práticas odontológicas, nos municípios, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF)³⁰, criado em 1993³¹. Em 2004, o MS do governo Luiz Inácio Lula da Silva reajustou o incentivo financeiro estabelecido pelo governo anterior³². Com a conquista da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, revisada e atualizada em 2011 e em 2017, a Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a ser considerada a principal modalidade de atenção básica. A inclusão de equipe odontológica, na ESF, composta por cirurgião-dentista (de preferência, especialista em saúde da família), auxiliar e técnico, representou a possibilidade de mudança do modelo tecno-assistencial e produtivista da Odontologia de base³³. Essa organização do setor odontológico no primeiro nível de atenção à saúde facultou indiretamente a expansão da cirurgia.

Em certo sentido, IC.1 valida positivamente o achado, exposto por IC. 4: “O SUS é muito bom, ele ensina, ajuda, tu pode trabalhar muito tempo no SUS e vai ter uma habilidade desenvolvida muito grande, porque [no] SUS [...] a demanda é infinita, não vai faltar a cirurgia nunca [...]” (IC.1). De fato, viu-se em um estudo sobre o papel do cirurgião-dentista no SUS, citado por Ferreira, Ferreira, Freire (2013)³⁴, que o setor público se configurava “não apenas na maior, mas na única empregadora de mão-de-obra odontológica do setor”, já no ano em que o Brasil conquistava a sua

Política Nacional de Saúde Bucal, 2004.

No entanto, em relação à CTBMF hospitalar, na contemporaneidade, explicações posteriores sobre o ingresso no setor público mostram pedras no caminho: “[...] ninguém abre a porta para você, então isso é uma coisa difícil [...] na verdade não depende tanto da gente, da odontologia, depende mais das esferas mais altas [...]” (IC.2) “tá bem difícil no setor público, ainda mais pro recém formado, acho que é mais difícil ainda [...]” (IC.3) “[...] é difícil ingressar no setor público hoje em dia porque o governo não oferece [...]” (IC.4).

Esta dificuldade pode estar relacionada com a transferência setorial da CTBMF no setor público. Com a descentralização do SUS, mais especificamente com o processo de municipalização e de ênfase na Estratégia Saúde da Família e na Política de Saúde Bucal, houve um esmorecimento de empregos no setor hospitalar e um aumento no setor ambulatorial. Com a impulsão de Centros de Especialidades Odontológicas, abriu-se um novo caminho de possibilidades, por meio da integração do especialista em CTBMF no quadro de funcionários do SUS, fazendo-o parte da rede de atenção¹⁴. IC.5 reforça esta assertiva, ao referir que “[...] o CEO criou outras possibilidades, o setor público vai continuar tendo demanda, a própria população já reconheceu a especialidade buco-maxilo facial [...] no fundo no fundo, eu acho que é uma especialidade que quem entrar ainda vai ter onde trabalhar. [...]” (IC.5).

O entrevistado IC.2, por seu turno, apresentou uma estratégia de gestão peculiar “[...] se o governo pega quem acabou de se formar na residência doído para botar a mão e operar no serviço público, ele é revolucionário [...]” (IC.2). Esta estratégia parece sensata e razoável, na medida em que parece propor a qualificação do SUS a partir da inserção de massa trabalhadora jovem, que tem, em tese, todo o gás para trabalhar. Segundo o especialista, nesse momento histórico o

dinheiro é importante; porém, vale a pena para o recém-formado aceitar um salário que não seja o de primeira escolha, a ser compensado pela prática de trabalho e experiências que se vai ter nesse ambiente. E vale a pena para o SUS contratá-los, do que continuar com um quadro de funcionários formado por “[...] cirurgiões antigos que já estão cansados que não tem mais aquele gás, já estão de saco cheio do serviço público [...] não tem mais aquela paixão pela coisa [...]”.

Ou seja, parece que quem está há mais tempo no serviço público não faz ou não tem mais força de vontade para investir no crescimento e valorização da categoria, nem para correr atrás de mudar aquilo que pode estar até mesmo atrapalhando o andamento do seu serviço, ao contrário de recém-formados, que podem trazer o gás da mudança e inovação em suas bagagens. No entanto, vale destacar o aspecto questionável da “revolução”, pois na sequência do pensamento o cirurgião diz que a inserção do cirurgião buco-maxilo facial no SUS seria “[...] para início de carreira [...]” (IC. 2), sugerindo que o SUS atuaria como laboratório de qualificação profissional. Foi possível perceber que a fala se reveste de uma lógica a favor de recém-formados, cujo ingresso no serviço público seria apenas para o começo da vida profissional; depois, o caminho seria o de correr atrás de autonomia financeira, ter seu próprio negócio, como ocorreu com ele “[...] hoje, por exemplo, eu não tenho mais vontade, porque eu tenho o meu volume, eu tenho meu consultório particular que tá tudo bem, eu não tenho porque eu me jogar para lá. Mas lá no início quando eu não tinha com certeza eu fui. [...]” (IC.2). Este caminho de pensamento é observado em um estudo no qual estudantes manifestaram a tendência a optar pelo setor público no início da carreira (curto prazo) e, ao longo do tempo, a tendência de migrar para o setor privado, visualizando, inclusive, essa transição como uma

ascensão profissional³¹.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo identifica e analisa as motivações e veredas do processo de escolha pela CTBMF e da atuação profissional de cinco (05) cirurgiões-dentistas especialistas na área, atuantes em Florianópolis, SC.

Quanto as motivações, apreendeu-se que as escolhas se deram devido ao caráter versátil da área, o qual lhe confere uma natureza integrativa e não apenas reparadora; à cultura experimentada e produzida desde a tenra idade, à identificação com a área e à preferência.

Sobre as influências que afetaram os caminhos percorridos no processo de escolha e na atuação profissional, os participantes sinalizaram o bom relacionamento com professores, o proveitoso embasamento teórico em cirurgia, a participação em monitoria e em atividade extracurricular (estágio), a presença de satisfação pessoal em interlocução com um horizonte contínuo por satisfação e o mercado de trabalho.

Depoimentos permitiram inferir que a criação do Centro de Especialidades Odontológicas do SUS abriu novas oportunidades para a área. Um participante apresentou uma estratégia de impulso ao trabalho em CTBMF no SUS, como uma possibilidade qualificada por ele como “revolucionária”, a partir do ingresso de recém-formados no serviço público como início de carreira.

Cabe mencionar que o limite desse estudo reside no fato de ter sido desenvolvido em um único micro contexto de um estado que possui duzentos e noventa e cinco (295) municípios. Além disto, o estudo apontou para a necessidade de pesquisas qualitativas de abordagem bioética, sobretudo, a respeito da distribuição de cirurgias buco-maxilo facial nas unidades hospitalares de Santa Catarina, de gestão estadual e/ou municipal, e/ou credenciadas ao SUS. A abordagem bioética

é, em sua vertente ética aplicada, um raciocínio filosófico, pluralista e transdisciplinar, oportuno para pesquisas qualitativas em saúde que pretendem compreender realidades em suas mais diversas manifestações, por meio das ferramentas reflexividade e criticidade, em interlocução com a concepção de mundo do(a) pesquisador(a) e de valores humanos investidos em cada caso. Esta pesquisa de iniciação científica, ao focar um microuniverso de motivação vocacional e atuação profissional específicos, levantou pistas sobre problemas correlatos a serem investigados, para os quais a abordagem bioética é adequada; por exemplo, o acesso à CTBMF, um direito de todos os brasileiros.

ABSTRACT

Perceptions of specialists in oral and maxillofacial surgery and traumatology on the motivations of choice and professional practice

The article analyzes the motivations and paths of the process that leads to the choice of Oral Maxillofacial Surgery and Traumatology and the professional performance of specialists in this field and develop this activity in a city in the state of Santa Catarina, Brazil. It is a study of qualitative approach and exploratory and descriptive nature, whose data were collected by semi-structured interviews with 05 surgeon dentists who were examined through the adjusted thematic analysis. When inquired about the motivation that led them to choose such specialty, the participants revealed: the versatile character of the field what provides it with an integrative nature and not only the reconstructive one; the culture experienced and produced since early age; identification; and preference. The paths traced upon the process of choice and professional performance have been influenced by the good relationship with the teachers, concomitant with a good theoretical background in surgery, monitoring participation; extracurricular activity (internship); and evidence of personal satisfaction. Within the public and private mix, testimonies have signaled the expansion of the field, the trend to the private

market saturation, the transit between markets, quality education and the merit of taking advantage of what is offered, besides notes about the difficulty of entering the public sector yet the demand is a reality. The Unified Health System (SUS) Odontology Specialties Center has been introduced as *locus* of a promising offer of work and as a strategy to start the career. New qualitative studies of bioethical approach are needed and opportune.

Descriptors: Specialization. Qualitative Research. Human Resources in Dentistry.

REFERÊNCIAS

1. Moretto CF. Educação superior e atuação profissional: trabalho e emprego na percepção dos universitários gaúchos. *Análise*. 2006; 17:243-57.
2. Zanella AV. Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da Psicologia Histórico-Cultural. *Psicol Estud*. 2004; 9 (1): 127-35.
3. Sousa IQ, Silva CP, Caldas CAM. Especialidade médica: escolhas e influências. *Rev Bras Educ Med*. 2014; (8) 1: 79-86.
4. Ono H. Who goes to college? Features of institutional tracking in Japanese higher education. *The European Institute of Japanese Studies*, Stockholm: June; 2000.
5. Berger MC. Predicted future earnings and choice of college major. *Ind Labor Relat Rev*. 1988; 41 (3): 418-29.
6. Almeida MEGG, Magalhães AS. Escolha profissional na contemporaneidade: projeto individual e projeto familiar. *Rev Bras Orient Prof*. 2011; 12 (2): 205-14.
7. Pinto TMG, Castanho MIS. Sentidos da escolha e da orientação profissional: um estudo com universitários. *Estud Psicol (Campinas)*. 2012; 29 (3): 395-413.
8. Ferreira RA, Perret Filho LA, Goulart EMA. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Rev Assoc Med Bras*. 2000; 46 (3): 224-31.
9. Costa SM, Durães SJA, Abreu MHNG, Bonan PRF, Vasconcelos M. Motivos de escolha da Odontologia: vocação, opção ou necessidade? *Arq Cent Estud Curso Odontol*. 2010; 46 (1): 28-37.
10. Brustolin J, Brustolin J, Toassi RFC, Kuhnen M. Perfil do acadêmico de odontologia da Universidade do Planalto Catarinense- Lages- SC, Brasil. *Rev ABENO*. 2006; 6 (1): 70-6.
11. Souza FA, Bottan ER, Uriarte Neto, M, Bueno RN. Por que escolher odontologia? E o que esperar da profissão? Estudo com acadêmicos do curso de Odontologia da Univali. *Odontol Clín-Cient*. 2012; 11 (1): 45-9.
12. Freire MCM, Jordão LMR, Ferreira NP, Nunes MF, Queiroz MG, Leles CR. Motivation towards career choice of Brazilian freshman students in a fifteen year-period. *J Dent Educ*. 2011; 75 (1): 115-21.
13. Santos BRM, Gonzales OS, Carrer FC, Araújo ME. Perfil e expectativas dos ingressantes da Faculdade de Odontologia da USP: uma visão integrada com as diretrizes curriculares nacionais e o sistema único de saúde. *Rev ABENO*. 2015; 15 (1): 28-37.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. [Acesso em 10 jun. 2018]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo
15. Costa SM. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18 (2): 461-70.
16. Gomes D, Ramos FRS. A subjetividade do profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética e especialização. *Trab Educ Saúde*. 2015; 13 (2): 451-72.
17. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-185/93, de 26 de abril de 1993. [Acesso em 19 jun. 2018]. Disponível em: http://www.forp.usp.br/restauradora/etica/rcfo185_93.htm#t1cap8sec1

18. Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-faciais. O que é cirurgia buco-maxilo-facial. [Acesso em 19 jun. 2018]. Disponível em: <http://www.bucomaxilo.org.br/>
19. Baldin N, Munhoz EMB. Educação ambiental comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve). *Rev Eletr Mestr Educ Ambient.* 2011; 27: 46-60.
20. Vinuto J. Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas.* 2014; 22 (44): 203-20.
21. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *RPQ.* 2017; 5 (7): 1-12.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
23. Sennett R. A corrosão do caráter: As consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record; 2005.
24. Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Garcia Junior IR. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? *Rev Bras Odontol.* 2012; 69 (1): 90-3.
25. Sell CE. Racionalidade e Racionalização em Max Weber. *Rev Bras Ci Soc.* 2012; 27(79): 153-233.
26. Ribeiro CTM, Ribeiro MG, Araújo AP, Mello LR, Rubim LC, Ferreira JES. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 28 (1): 43-8.
27. Coelho AEBD, Lobo ST. Gestão participativa na organização de uma rede de reabilitação em saúde pública. *Rev Virt Gestão Iniciat Soc.* 2004; 1: 37-45.
28. Hossne WS, Segre M. Dos referenciais da Bioética – a Alteridade. *Bioethikos.* 2011; 5 (1): 35-40.
29. Sousa, JE, Maciel, LKB, Oliveira CASO, Zocratto KBF. Mercado de trabalho em Odontologia: perspectivas dos estudantes concluintes de faculdades privadas. *Rev ABENO.* 2017; 17 (1): 74-86.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília: MS; 2010.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2000; dez 29; n. 601; Seção 1:85].
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 673/GM, de 3 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica – PAB. [Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2003; jun 4; n. 106; Seção 1:44].
33. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(2): 373-82.
34. Ferreira NP, Ferreira AP, Freire MCM. Mercado de trabalho na Odontologia: contextualização e perspectivas. *Rev Odontol UNESP.* 2013; 42 (4): 304-9.
35. Matos MS, Tenório RM. Expectativas de estudantes de Odontologia sobre o campo de trabalho odontológico e o exercício profissional. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2011; 13 (4): 10-21.

Correspondência para:

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima
e-mail: rita.lima@univali.br
Rua Uruguai, 458 Centro
88302-202 Itajaí/SC