

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências de Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Dissertação de Mestrado

**Perfil e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos alunos do curso de
Odontologia da Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília**

Patrícia Araújo Pereira Azevedo

Brasília 11 de setembro de 2019

Patrícia Araújo Pereira Azevedo

Perfil e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos alunos do curso de Odontologia da Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Brasília, 2019

Patrícia Araújo Pereira Azevedo

Perfil e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos alunos do curso de Odontologia da Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor (ou Mestre) em Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Data da defesa:

Banca examinadora:

Prof. Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior (Orientador)

Profa. Dra. Fernanda Campos de Almeida Carrer

Profa. Dra. Nilce Santos de Nelo

Dedico esse trabalho a Deus e a todos que sempre estiveram ao meu lado:

meus pais, irmã, marido, filho, sogro, sogra e cunhados.

Dedico à Deus porque Ele é a razão da minha vida e aos meus familiares,

pois eles tornam minha vida repleta de amor e cuidados e que,

portanto, o apoio de todos eles é o que me fez

concluir essa etapa tão importante em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao final desta etapa, são muitos os agradecimentos e muitas as pessoas a quem eu gostaria de deixar registrado o meu muito obrigada.

À Deus, pela vida, pela proteção constante e por ser minha fonte de fé, esperança e amor *“Toda minha vitória vem Dele e é para Ele!”*

À minha querida mãe, Renilda, por ser meu exemplo de mulher virtuosa, estudiosa e dedicada. Agradeço por sempre se dedicar, a mim e a minha irmã para que nós tivéssemos educação, princípios e valores. *“Amo você preciosa!”*

Ao meu querido pai, Jovair, por me ensinar a ter humildade e paciência em todos os lugares e momentos, por ser um homem honesto e sincero. *“Amo você!”*

À minha irmã, Fabrícia, ou melhor Professora Fabrícia, por me despertar o amor pela docência, por me ajudar integralmente. *“Você é uma profissional que toda a academia deveria se espelhar! Muito obrigada! Amo você!”*

Ao meu querido esposo, Bruno, por ser o meu amor, meu amigo e companheiro de todos os momentos. Também pelo total apoio que me deu durante esse período. *“Quero sempre estar ao seu lado! Amo você sempre!”*

Ao meu filho, Arthur, por compreender minhas ausências e se preocupar comigo. Por ser um menino tão querido e admirado por todos. *“Mamãe te ama demais!”*

Ao meu sogro e minha sogra que sempre me acolheram em Brasília com muito carinho e amor. À minha sogra que sempre se disponibilizou para cuidar do Arthur e me ajudar. *“Obrigada por ser minha amiga! Amo vocês!”*

Aos meus queridos cunhados: Letícia, Vinícius e Douglas por me ajudarem, se disponibilizarem para ficar com o Arthur. *“Sou muito feliz por tê-los em minha vida”*

À amiga Juliana, sempre tão solícita, com palavras de incentivo e amizade.

Ao Professor Gilberto Alfredo Pucca Júnior por despertar em mim a “paixão” pela saúde pública e por seu trabalho e dedicação para tornar o Brasil Sorridente uma realidade transformadora da saúde bucal brasileira.

À professora Fernanda Campos de Almeida Carrer por ser uma profissional admirável, dedicada, acolhedora e com palavras tão doces e sábias.

À Coordenadora do programa de pós-graduação, Professora Soraya Leal, por todo o trabalho desenvolvido na pós-graduação.

Aos professores do Programa de pós-graduação, pelas aulas ministradas e pelo conhecimento compartilhado.

Aos colegas que estiveram comigo durante o período da pós-graduação e em especial à Fernanda Wandembruck, por compartilhar momentos, pela viagem à São Paulo e por ser uma profissional de saúde bucal tão exemplar.

RESUMO

Perfil e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos alunos do curso de Odontologia da Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de odontologia foram implementadas em 2002, dessa forma todas as Instituições de Ensino Superior a partir desse ano tiveram que adequar os conteúdos programáticos, bem como a formação de cirurgiões dentistas conforme as DCNs e adequados para o SUS. Outra política implementada foi a democratização na forma de ingresso dos acadêmicos, ao Ensino Superior (ES), por meio do Sistema de Cotas e pelo Prouni. Diante dessas políticas, é válida uma avaliação dos acadêmicos dos cursos de Odontologia. O objetivo do estudo foi avaliar o perfil e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos acadêmicos do último ano dos cursos de Odontologia de duas Instituições de Ensino Superior (Pública e Privada), em uma cidade do centro-oeste do Brasil. O desenho do estudo foi observacional, transversal e descritivo. A amostra foi composta pelos acadêmicos do último ano, potenciais formandos do ano de 2019, dos cursos de odontologia, de duas Instituições de Ensino Superior (público e privada) analisadas. Foi aplicado um questionário autoaplicável a todos os acadêmicos do último ano das duas instituições, a porcentagem de resposta foi de 90% somando as duas instituições, totalizando (n=100) questionários respondidos, nenhum foi excluído. O questionário apresentava perguntas referentes ao perfil sociodemográfico dos acadêmicos, forma de inclusão no ES, histórico familiar, as disciplinas de maior interesse durante o curso e expectativas quanto ao mercado trabalho. Posteriormente, utilizou-se a estatística descritiva para expressar os resultados como média, desvio padrão (DP), frequências absoluta e relativa e as análises estatísticas foram realizadas por meio dos testes qui-quadrado e exato de Fisher, sendo este último usado para os casos em que as frequências esperadas foram menores que cinco. O nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0,05$). Os dados foram tabulados e analisados no IBM SPSS Statistics for Windows (IBM SPSS. 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.). Os resultados encontrados foram que os acadêmicos são em maioria mulheres, jovens, os quais residiam em Brasília antes de iniciarem a graduação e são financiados pelos pais. A porcentagem de (15,3%) dos acadêmicos ingressaram nas universidades por meio de programas de inclusão (Lei de cotas e Prouni), a maioria

dos acadêmicos aprovam os programas de acesso ao ES. A maior parte dos acadêmicos almeja prestar concurso público, trabalhar em zonas rurais e emigrar para países ricos, caso tenham oportunidades de emprego. As DCNs ainda não foram implantadas de forma plena nas instituições estudadas. Os programas de acesso ao ES estão mudando o perfil dos acadêmicos de odontologia, mesmo que de forma discreta, porém o mercado de trabalho e práticas privadas parecem ser os motivadores da formação em Odontologia nessas instituições.

Palavras chaves: Odontologia; Recursos Humanos; DCNs; Lei de Cotas; Prouni.

ABSTRACT

Profile and expectations regarding the labor market of students of the Dentistry course of the University of Brasilia and Catholic University of Brasilia

The National Curriculum Guidelines (DCNs) for dentistry courses were implemented in 2002, so all Higher Education Institutions from that year had to adapt the syllabus as well as the training of dentists according to DCNs and suitable for the SUS. Another policy implemented was the democratization in the way of entry of academics, to Higher Education (ES), through the Quota System and Prouni. Given these policies, an evaluation of the students of dentistry courses is valid. The objective of this study was to evaluate the profile and expectations regarding the labor market of last year's academic students of the Dentistry courses of two Higher Education Institutions (Public and Private), in a city in the Midwest of Brazil. The study design was observational, cross-sectional and descriptive. The sample consisted of students from the last year, potential graduates of 2019, from dentistry courses, from two Higher Education Institutions (public and private) analyzed. A self-administered questionnaire was applied to all students of the last year of the two institutions, the percentage of response was 90% summing the two institutions, totaling (n = 100) questionnaires answered, neither was excluded. The questionnaire presented questions related to the sociodemographic profile of the students, the way they were included in higher education, family history, the subjects of greatest interest during the course and expectations regarding the job market. Subsequently, descriptive statistics were used to express the results as mean, standard deviation (SD), absolute and relative frequencies, and statistical analyzes were performed using chi-square and Fisher's exact tests, the latter being used for the cases. where the expected frequencies were

less than five. The adopted significance level was 5% ($\alpha = 0.05$). Data were tabulated and analyzed in IBM SPSS Statistics for Windows (IBM SPSS. 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.). The results found were that the students are mostly young women, who lived in Brasilia before graduation and are funded by their parents. The percentage of (15.3%) of the students entered the universities through inclusion programs (Quota Law and Prouni), the majority of academics approve the ES access programs. Most academics aim to take public examinations, work in rural areas and emigrate to rich countries if they have job opportunities. DCNs have not yet been fully implemented in the institutions studied. ES access programs are changing the profile of dental students, albeit discreetly, but the labor market and private practices seem to be the motivators of dental education in these institutions.

Keywords: Dentistry; Human Resources; DCNs; Quota Law; Prouni.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES^[1]_[SEP]

Figura 1 - Fluxograma da formação de CD

Figura 2 - Rede de saúde bucal da PNSB

Figura 3 - Fluxograma representação da Lei de Cotas

Figura 4 - Fluxograma da amostra

Figura 5 - Frequência de respostas dos acadêmicos da UnB referente às atividades realizadas durante a graduação

Figura 6 - Frequência de respostas dos acadêmicos da UCB referente às atividades realizadas durante a graduação

Figura 7: Frequência de respostas dos acadêmicos da UnB e UCB referente aos locais que almejam trabalhar

Figura 8 - Frequência de respostas dos acadêmicos da UnB e UCB referente aos cursos que almejam realizar até 1 ano de formados

Figura 9 - Associação entre o apoio à política de inclusão e possuir automóvel em estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Figura 10 - Associação entre a escolha do curso de Odontologia como primeira opção no vestibular e cidade de origem em estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Figura 11- Associação entre a cidade que pretende exercer a profissão e cidade de origem em estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal.

Figura 12 - Associação entre a disposição para trabalhar em zonas rurais e/ou periferias de cidades grandes e instituição de ensino em estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal.

Figura 13 - Associação entre a possibilidade de sair do país e instituição de ensino em estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e econômico dos estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Tabela 2. Perfil acadêmico dos estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Tabela 3: Frequência absoluta e relativa dos acadêmicos (UnB e UCB) sobre a trajetória acadêmica

Tabela 4. Perspectivas de atuação profissional dos estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Tabela 5. Associação da instituição de ensino com cidade de origem e residência com os pais em estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Tabela 6. Associação do ingresso por programa de inclusão com residência com os pais, escola que cursou ensino fundamental e escola que cursou ensino médio em estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal.

Tabela 7. Associação da possibilidade de sair do país com a cidade de origem e residência com os pais em estudantes de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IES - Instituição de Ensino Superior

IE – Instituição de Ensino

CD – Cirurgião-dentista

CDs – cirurgiões-dentistas

PSF – Programa Saúde da Família

ESBF – Equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família

UnB – Universidade de Brasília

UCB – Universidade Católica de Brasília

OMS – Organização das Nações Unidas

RHS – Assembleia Mundial de Saúde

ONGs – Organizações não governamentais

FDI – world dental Internacional

Pró-saúde – Programa de reorientação da formação profissional em saúde

SGTES – Secretaria de gestão do trabalho da educação e da saúde

INEP – Instituto Nacional de Estatísticas e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

OPAS – Organização pan-americana de saúde

PET- Saúde – Programa de educação pelo trabalho para a saúde

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

CEOs – Centro de especialidades Odontológica

LRPD – Laboratórios regionais de prótese dentária

ABENO – Associação brasileira de ensinos odontológicos

PIBIC – Programa de iniciação científica

Funai – Fundo nacional do Índio

Prouni – Programa Universidade para todos

FIES – Financiamento estudantil

DF – Distrito Federal

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS).....	18
2.1.1 Recursos humanos em saúde no brasil e o sus	20
2.2 POLÍTICAS DE REORIENTAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL.....	21
2.3 POLÍTICAS DE REORIENTAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NA ODONTOLOGIA NO BRASIL	23
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E CIRURGIÃO-DENTISTA.....	28
2.5 PROJETO PEDAGÓGICO UNB.....	32
2.6 POLÍTICAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS NO ENSINO SUPERIOR BRASILEIRO	34
3 OBJETIVO.....	37
3.1 OBJETIVO GERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
3.3 HIPÓTESE.....	38
4 METODOLOGIA.....	39
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	39
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	39
4.3 GRUPO DE ESTUDO	39
4.4 AMOSTRAGEM	40
4.5 INSTRUMENTO DA COLETA.....	41
4.6 PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO.....	42
5 RESULTADOS	43
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	43
5.2 TRAJETÓRIA EDUCACIONAL	47
5.3 FUTURO PROFISSIONAL	49
5.4 ASSOCIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO COM O PERFIL ACADÊMICO	52
5.5 ASSOCIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO COM AS PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL	55
5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE O PERFIL ACADÊMICO E AS PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL	56
6 DISCUSSÃO.....	58
7 CONCLUSÕES.....	67
REFERÊNCIAS.....	69
PRESS RELEASE	84
APÊNDICES	86
Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
Apêndice 2 – Instrumento de Coleta - Questionário
ANEXOS	96
Anexo 1 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos	96

1 INTRODUÇÃO

A avaliação de políticas públicas de saúde deve ser um processo contínuo e dinâmico nas sociedades modernas e democráticas [1]. Um dos objetivos da avaliação é produzir conhecimento necessário para analisar se de fato uma política foi implementada e se o público alvo foi contemplado pelas ações. Para realização de avaliação de políticas públicas de saúde recomenda-se compreender o modelo de saúde para o qual a política foi formulada, para quem a política se destina e os objetivos esperados [2].

Por muitas décadas, a saúde foi considerada como ausência de doença, fato que gerou inúmeras consequências para a população e para a formação de recursos humanos nesta área. As consequências ruins foram: que somente uma parcela da população, a economicamente mais favorecida, tinha acesso às ações assistências de saúde, deixando grande parte da população desassistida [3]. Por consequência, a formação de recursos humanos em saúde se restringia ao estudo de ações curativas, microbiologista com pouco enfoque em prevenção e promoção de saúde [4]. Isto porque, desde 1910, o modelo flexineriano¹ de formação era adotado para os cursos de medicina, e para outras áreas da saúde. Essa influência ocorreu inicialmente em países como os Estados Unidos e Canadá, e rapidamente foi difundido para outros países no mundo, incluindo o Brasil [5]. Neste contexto, a formação em odontologia também foi influenciada pelo modelo flexineriano¹, e especialmente, pelo modelo de Willian J. Gies (1926), ambos, influenciaram a formação odontológica no Brasil [6]. Esses modelos, de forma geral, eram baseados em uma prática curativa, tecnicista, especializada, biologista e individualista, com pouco enfoque na prevenção e promoção de saúde [7-9]. Dessa forma, esses modelos de formação não promoveram

¹ Modelo Flexineriano: Abraham Flexner, americano que em 1910 publicou o Relatório Flexner, financiado por Carnegie Foundation dos Estados Unidos da América (EUA). O modelo considera o biológico como único fator causador de doenças sem considerar o coletivo.

alterações nos dados de saúde bucal como alto índice de cárie em crianças, adultos e adolescentes e grande percentual de desdentados. Assim, durante a VII Conferência Nacional de Saúde (7ªCNS), “a Odontologia foi caracterizada pela ineficácia, ineficiência, descoordenação, má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista, monopolista e inadequação de recursos humanos” [10].

No entanto, desde 1946 até os dias de hoje, o conceito de saúde defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é de que saúde é uma somatória de condições e fatores que caracterizam o bem-estar do indivíduo, considerando o contexto social, econômico, cultural e espiritual em que ele se insere [11]. Diante desse conceito mais abrangente de saúde, defendido pela OMS, foi possível impulsionar mudanças nos países e em seus sistemas de saúde de forma a oferecer um sistema de saúde que atendesse toda a população e com o objetivo de promoção de saúde para todos.

“Nosso objetivo era focar a atenção do mundo para as iniquidades em saúde na tentativa de alcançar nível aceitável de saúde, distribuído equitativamente para todos... Halfdan Mahler” [12]

Orientado por estas mudanças mundiais e pela Reforma Sanitária Brasileira, na 8ª CNS/86, o Brasil, discutiu e pautou um Sistema Único de Saúde (SUS), o qual veio a ser institucionalizado em 1988. Assim, o SUS se tornou o sistema de saúde do Brasil pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade apresentando como diretrizes norteadoras o controle social, a hierarquização, na perspectiva de que saúde é a resultante das condições de vida e que é parte das diligências do Estado identificar e minimizar os riscos por meio de ações de Saúde Pública ressaltando, a formação dos profissionais de saúde e incorporação destes no mercado de trabalho [13,14].

Diante da necessidade de formação de profissionais de saúde que atue no modelo de promoção de saúde, políticas públicas governamentais foram implementadas na tentativa de adequação destes profissionais. Para isso, em 2002, uma ação conjunta entre Ministério da Educação e Ministério da Saúde, aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de saúde. Sequencialmente, outras políticas de reorientação do trabalho em saúde, como VER-SUS, Pró-saúde e PET-

Saúde, impulsionaram mudanças nos cursos de saúde e em odontologia nas Instituições de Ensino Superior – IES no Brasil. [15-17].

Essas políticas públicas impulsionaram a formação de um profissional que compreenda a influência dos determinantes sociais no processo saúde/doença e que saiba trabalhar em equipe de forma a buscar ações intersetoriais para promoção de saúde individual e da comunidade. Esse perfil de profissional de saúde é esperado para todas as áreas de formação em saúde, incluindo os cirurgiões dentistas- CDs.

Em 2000 houve inserção dos profissionais de saúde bucal no contexto da Atenção Básica à Saúde (Programa Saúde da Família - PSF), e em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal-Brasil Sorridente favoreceu a abertura de postos de trabalho na área pública para cirurgiões-dentistas, uma vez que foi equiparado na proporção de uma equipe da estratégia saúde da família para uma equipe de saúde bucal da família(ESBF) [18,19]. O aumento da oferta de trabalho no serviço público para os dentistas, ampliou as perspectivas de trabalho para esse profissional, acostumado até então, com o serviço privado e individual. Porém, a inserção das ESBF na estratégia saúde da família, demonstrou uma discrepância entre o ensino da Odontologia e as necessidades de saúde bucal da população. Sendo possível constatar que o perfil do egresso dos cursos de odontologia não estava condizente para o mercado de trabalho no serviço público e na perspectiva de saúde como um produto social e nem tampouco para um cuidado integral e equânime, princípios fundamentais do SUS [20,21].

Por outro lado, a implementação das ações afirmativas de inclusão social e racial, como a “Lei de Cotas”, Lei nº12.711[22], de 29 de agosto de 2012, para instituições públicas e da Medida provisória nº213, com o Programa de Acesso Universidade para Todos (Prouni) nas instituições privadas podem ter alterado o perfil dos acadêmicos de todos os cursos de ensino superior, bem como cursos da área da saúde e especificamente a odontologia, esses últimos considerados cursos acessíveis somente a acadêmicos de classes sociais altas [23-25].

Vários estudos como os realizados por Rezende et al (2007), Toassi et al (2011), Rashid et al 2013 e Cayetano et al (2019) avaliaram as respostas dos graduandos que cursavam o último ano em Odontologia, na tentativa de analisar a influência de políticas públicas em saúde em relação ao perfil e expectativas do mercado de trabalho desses acadêmicos [24-27]. Assim, o presente estudo foi desenvolvido a partir de estudos semelhantes realizados pela equipe do

OBSERVARHODONTO, e diante da relevância e importância do assunto se propõe analisar a influência das DCNs e das políticas de inclusão sobre o perfil sociodemográfico e perspectivas quanto ao mercado de trabalho de graduandos de duas instituições de ensino, Universidade de Brasília (UnB) e Universidade Católica de Brasília (UCB), localizadas na região centro-oeste do Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura foi realizada por meio de um resgate histórico referente às ações em recursos humanos em saúde, em nível mundial e no Brasil, após a Conferência Alma-Ata.

A Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, em 1978, foi um marco mundial de transformação do pensamento e ações sobre saúde. Ela evidenciou fatores socioeconômicos, desigualdades sociais e fatores ambientais como determinantes do processo saúde/doença. Dessa forma, a Conferência impulsionou mudanças de um pensamento mercantil sobre saúde, no qual, a saúde é considerada como um bem, em detrimento à um pensamento de que saúde é um direito humano fundamental, sendo o direito humano à saúde um objetivo a ser alcançado por todos os povos. Assim, a busca pela diminuição das desigualdades sociais entre países em desenvolvimento e desenvolvidos deve ser uma estratégia para qualidade de vida e saúde de todos. Os sistemas universais de saúde foram preconizados nessa conferência e a Atenção Primária à Saúde foi instituída como forma de cuidado à saúde, buscando a integralidade, participação social nas tomadas de decisão e equidade no atendimento [28].

Após a Conferência de Alma-Ata, outras Conferências ocorreram com o intuito de propagar as metas de Alma-Ata, e de estimular mudanças governamentais para transformações em seus modelos de saúde. Em 1986, ocorreu a Conferência do Canadá que deu origem à Carta de Otawa. Essa carta propôs ações de promoção de saúde e ressaltou a importância da equidade. Posteriormente, no ano de 1988, ocorreu a Conferência da Austrália que demonstrou a necessidade de políticas públicas como pressuposto para uma vida saudável. Na Suécia, ocorreu a Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde no ano de 1991 e, em 1992, o Rio de Janeiro sediou a Terceira Conferência Internacional sobre Promoção de saúde. Foi discutido nesta conferência que a ecologia e saúde são interligadas e interdependentes [29].

A Conferência de Alma-Ata foi o ponto de partida para várias iniciativas, dentre elas, podemos citar a preocupação com recursos humanos em saúde, sendo eles responsáveis pela formação de sistemas de saúde robustos, que promovam saúde

com equidade. Portanto, o modelo de atenção primária exposto nas conferências requer que o profissional em saúde saiba trabalhar em equipe e de forma interdisciplinar, que busque ações intersetoriais para a saúde da comunidade e individual. Para tanto, o trabalhador em saúde deve ter embasamento científico e buscar nas disciplinas como epidemiologia e estatísticas a base para tomada de decisão, sendo de extrema importância reconhecer que a profissão em saúde tem um papel social importante. Para isso, é necessário que os governos promovam políticas de incentivo para esses profissionais se adequarem a sistemas universais de saúde, que tenham garantias e condições de trabalho adequadas [30].

Diante desse perfil de profissional de saúde, tornou-se de fundamental relevância realizar estudos e registros históricos sobre perfil, posicionamentos geográficos e migratórios, mercado de trabalho, expectativas futuras e políticas públicas que os governos estão desenvolvendo em recursos humanos de saúde.

2.1 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)

“Os trabalhadores de saúde são o coração e a alma dos sistemas de saúde”. Essa frase foi o slogan do “The Global Health Workforce Alliance”, uma plataforma da OMS criada em 2006, com um mandato de 10 anos, cujo objetivo era compreender, enfrentar os problemas e a escassez de recursos humanos em saúde a nível global. E, por meio desse objetivo comum, mobilizar a atenção mundial para a crise de recursos humanos em saúde para gerar vontade política e ações para mudanças positivas [31]. A “Alliance” foi uma parceria entre governos nacionais, sociedade civil, agências internacionais, instituições financeiras, pesquisadores, educadores e associações profissionais dedicados à identificar, implementar e defender soluções em relação aos recursos humanos. Durante o mandato de 10 anos, que encerrou em 2016, foram realizados três fóruns globais sobre recursos humanos em saúde-RHS. O primeiro ocorreu, em 2008, na cidade de Kampala, Uganda. O segundo, em 2011, na Tailândia, cidade de Bangkok, e o terceiro, no ano de 2013, foi sediado pelo Brasil na cidade de Recife – PE. Nesse último, foi emitido uma Declaração de reafirmação

dos membros com os compromissos assumidos nos fóruns anteriores, bem como, os desafios em RHS e as ações para enfrentá-los [32]. Na carta, foi apresentada a visão dos membros participantes referente à RHS, sendo apresentada como:

“todas as pessoas, em todos os lugares, tenham acesso a um profissional de saúde qualificado e motivado, dentro de um sistema de saúde robusto”. Em nível nacional, o relatório previu: *“Reconhecer a necessidade contínua de responder aos desafios RHS e reconhecer o papel de liderança e responsabilidade primária dos governos, em particular como administradores do sistema educativo de RHS e do mercado de trabalho em saúde, bem como a necessidade de envolver e cooperar com as partes relevantes interessadas e setores além da saúde”* .

Neste contexto, a atenção primária à saúde deve ser priorizada, bem como, a equidade do acesso à população. Além disso, foi estabelecida a necessidade em promover igualdade de oportunidades na educação, desenvolvimento, gestão e progressão na carreira de todos os profissionais de saúde sem discriminação de raça, gênero, etnia ou outra base [33]. A melhoria na distribuição e retenção dos profissionais de saúde foram considerados como objetivos dos países e membros participantes do Fórum. O Brasil compactuou com o Relatório do 3º fórum, bem como, financiou o evento [34].

O mandato da “Alliance” se encerrou em 2016, mas foi criada uma plataforma central na OMS, juntamente com os membros participantes, com dados sobre RHS na saúde mundial. No primeiro fórum, realizado em Kampala reacendeu-se o ímpeto de um “Código Global de Práticas sobre o Recrutamento Internacional de Pessoal de Saúde” da OMS, que foi posteriormente adotado pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS), indicando que os países de alta renda reconheciam, não apenas a complexidade de suas próprias questões de RHS, mas também seu potencial para minar o desenvolvimento do sistema nacional de saúde em países de baixa e média renda. A Declaração Política do Recife foi negociada pelos Estados Membros durante o Terceiro Fórum sobre RHS, e foi subsequentemente endossada pela Assembleia Mundial da Saúde, acrescentando uma dimensão de apropriação política e compromisso que foi além dos dois primeiros fóruns globais. Assim, os governos nacionais e as ONGs emitiram compromissos públicos para suas próprias metas de RHS - uma grande conquista, uma vez que exigia a aceitação da responsabilidade pela melhoria. Além disso, como compromisso futuro, foi recomendado que a OMS

desenvolvesse estratégias para o desenvolvimento da “Estratégia Global sobre RHS: Força de Trabalho 2030” [31,35].

No que tange a odontologia, a Federação Dentária Internacional – World Dental Federation (FDI), participou e apoiou as ações para enfrentamento em RH em saúde bucal. Atualmente, a FDI, reúne o mundo da odontologia, em reuniões anuais para estimular e facilitar a troca de informações entre as fronteiras de forma a padronizar as informações de saúde bucal, com o objetivo de otimizar saúde bucal para todos os povos [31].

2.1.1 Recursos humanos em saúde no Brasil e o SUS

Os debates sobre RHS no Brasil iniciaram na 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, que apresentou como eixo temático “Recursos humanos para atividades em saúde”. Dentre as questões abordadas, a conferência deliberou sobre a necessidade de ampliação em número da força de trabalho em saúde no Brasil e em países da América Latina, ressaltando a necessidade de adequação da formação dos recursos humanos, a qual deveria ser condizente com as necessidades de saúde da população [36].

Já em 1986, ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, em função da necessidade de mudanças de paradigmas na formação dos profissionais de saúde [37]. Essa mudança foi amparada pela Reforma Sanitária e pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que levaram à criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1988. O SUS, baseado em seus princípios e diretrizes tem o objetivo de transformar o modelo assistencialista de atenção para o modelo de promoção de saúde, por meio de ações de intersetoriais. O que torna a Atenção Básica e a Estratégia saúde da Família responsáveis pelo controle do processo de referência e contra referência de usuários de forma que esses usuários tenham acesso a todo as linhas de cuidados. Sendo que para o funcionamento desse sistema é de fundamental importância que tenha recursos humanos comprometidos, humanizados e resolutivos. [14 e 38].

Por isso com a promulgação da Lei nº 8080/90, ficou esclarecida no campo de atuação do SUS, a formação de recursos humanos na área da saúde, como dispõe a lei em seu artigo 200- inciso III, “a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde” [39]. Assim, o SUS é responsável pela formulação de políticas que incentivam a formação de um profissional de saúde, que corresponda as metas preconizadas pela OMS, pela Organização Pan-americana de saúde e que atenda ao funcionamento do sistema de saúde vigente.

As mudanças do sistema de saúde brasileiro, bem como, a substituição do modelo assistencialista para um modelo de promoção de saúde, levaram a mudanças no mercado financeiro brasileiro, impulsionaram uma revolução na formação de recursos humanos em saúde [40]. Esse fato foi demonstrado por Moysés, em 2004, que caracterizou as mudanças no mercado odontológico, ocorridas no século XX, em que a Odontologia caracterizada como uma Odontologia de Mercado, de natureza liberal e privada, foi substituída por uma odontologia extremamente competitiva e sujeita a oscilações no mercado [16].

Ademais, Narvai e Frazão, em um estudo referente a recursos humanos na odontologia, afirmou que “à semelhança de qualquer trabalho humano, o trabalho odontológico surgiu e se desenvolveu para satisfazer as necessidades humanas”. Nesse contexto, deve-se pensar que a formação em odontologia deve seguir a lógica das necessidades em saúde bucal da população e também para suprir o SUS. Portanto, a odontologia do século XX é caracterizada como um pensamento cartesiano, onde há extrema separação entre a odontologia privada e pública/estatal, e essa separação não refletia boas condições de saúde bucal dos brasileiros [41].

Assim, fica claro que mesmo diante da necessidade de mudanças no perfil e na formação dos profissionais de Odontologia desde 1988, com a criação dos SUS, somente em 2002 políticas públicas começaram a ser implantadas na tentativa de induzir transformações de paradigmas em saúde bucal.

2.2 POLÍTICAS DE REORIENTAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE NO BRASIL

Em 2002, o Ministério da Educação em conjunto com o Ministério da Saúde, apresentou as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Saúde (que somam 14 cursos), dentre eles os cursos de Odontologia [17]. Em 2003, criou-se a

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) com o objetivo de promover ações intersetoriais no sentido de estreitar as relações entre os formadores do ensino superior e o sistema público de saúde [42-44]. Já em 2004, foi criado o VER-SUS. Essa política tinha o objetivo de promover vivências dos graduandos de ensino superior na área de saúde em espaços de saúde do SUS [45]. Nesse mesmo ano, foi criado o Programa Aprender SUS que consistia na formação de especialistas os quais seriam ativadores de mudanças nas instituições de ensino. Esses especialistas orientavam a formação de um currículo integrado, baseado no pensamento do construtivismo, metodologias ativas e a educação a distância [46,47]). Até o ano de 2006, foram formados 597 especialistas ativadores de mudanças em todo o país, com recursos financeiros executados na ordem de 9 milhões de reais. Atualmente, o Curso de Ativadores de Mudança é oferecido pela Fundação Oswaldo Cruz, por meio do Programa Universidade Aberta do Brasil, do Ministério da Educação [48].

O Programa Nacional de Reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde), foi lançado em 2005 e, em sua primeira fase, contemplou os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. Em 2007, a portaria Ministerial nº 3.019 amplia o Pró-saúde para os outros cursos de saúde como: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. O programa foi desenvolvido pela SGTES do Ministério da Saúde, juntamente com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e o Instituto Nacional de Estatísticas e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) [49].

O Pró-saúde permite interação entre instituições de educação superior e o SUS. Sendo assim, a expectativa do programa é a formação de um profissional com as seguintes características: generalista, resolutivo, que tenha em mente os determinantes sociais como meio de avaliação do processo de saúde/doença e que busque nas ciências como epidemiologia e estatísticas embasamentos científicos para a tomada de decisão. O funcionamento do programa acontece em conjunto com os projetos de extensão das universidades da seguinte forma: as universidades elaboram um projeto e, se esse for aprovado, elas recebem recursos financeiros para adequação e implantação do projeto, os acadêmicos e os tutores (professores) recebem bolsa como incentivo [50].

O Pró-saúde I contemplou 90 cursos das 181 propostas que se candidataram. Os cursos atendidos foram: 38 cursos de medicina, 27 cursos de enfermagem e 25 cursos de odontologia [51]. Foram repassados investimentos de 9 milhões de reais a 49 municípios [52]. Já o Pró-saúde II apresentou 68 projetos aprovados de 354 cursos. O valor do incentivo financeiro repassado foi de 53 milhões de reais a 77 secretarias de saúde [53].

Em 2007 foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde cuja proposta era favorecer a integralidade entre ensino, pesquisa e extensão possibilitando a interdisciplinaridade e a pesquisa em atenção básica. O projeto era composto por um tutor que coordena 30 acadêmicos sendo que 12 desses acadêmicos são bolsistas de iniciação científica orientados por preceptores nos serviços de saúde. Em 2009 constituiu-se 306 grupos PET que contou com a aprovação de 84 projetos de 68 instituições de ensino superior em parceria com 71 secretarias de saúde, foram 11mil graduandos com cerca de 5mil bolsas concedidas [54,55]. Em 210 foram 11 projetos aprovados em 84 instituições de ensino, 96 secretarias de saúde e 461 grupos tutoriais, já com a denominação “Saúde da Família”. Em maio foram 70 projetos de 122 grupos PET de Vigilância em Saúde [56].

2.3 POLÍTICAS DE REORIENTAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO NA ODONTOLOGIA NO BRASIL

Antes de explanar sobre as Diretrizes Curriculares para os cursos de odontologia será realizado um resgate histórico referente a formação e regulamento da Odontologia no Brasil. Essa linha do tempo foi construída em estudo realizado por Fernandes Neto e publicado em 2002. cujo título é: “A evolução dos cursos de odontologia no Brasil” [57].

O primeiro decreto de regulamentação do exercício da profissão de odontologia foi em 1856. Entretanto, o ensino formal em odontologia teve início apenas em 1879, por meio do Decreto nº 7.247, esse decreto inseriu o curso de “Cirurgia dental” dentro dos currículos de medicina. Em 1882, na Bahia, foi criado o primeiro currículo que refletia o modo de produção social. Nesse currículo as matérias eram ministradas da seguinte forma: Matérias Básicas - anatomia da cabeça, histologia dental, fisiologia

dental, patologia dental, física elementar e química mineral elementar. As Matérias Profissionais eram: terapêutica dental, medicina operatória e a cirurgia dental. A matéria de “Medicina Operatória” foi retirada em 1884 e foi acrescentada as de “Prótese Dental” e “Higiene da Boca”. Os cursos tinham duração de 2 (dois) anos. No ano de 1911, foi introduzida a cadeira de Técnica Odontológica com ensino em manequins. Por meio do Decreto nº 3830, de 29 de outubro de 1919, os cursos passaram para 4 (quatro) anos de duração, com ênfase em conhecimentos básicos de biologia e técnica dental.

No ano de 1931, o Decreto nº 19.851, estabeleceu a reforma do ensino superior no Brasil, fixando oficialmente o curso em 3 (três) anos de duração, para tanto para o curso superior era exigido o curso completo no ginásio. O currículo passou a ter a seguinte estrutura: 1º ano: Anatomia, Fisiologia, Histologia e Microbiologia, metalurgia e Química Aplicada; 2º ano: Clínica Odontológica (1ª cadeira), Higiene e Odontologia Geral, Prótese Dental, Técnica Odontológica; 3º ano: Clínica Odontológica (2ª cadeira), Patologia e Terapêutica Aplicadas, Prótese Buco-Maxilo-Facial, Ortodontia e Odontopediatria. Esse currículo foi considerado o currículo mínimo para o Brasil. Em 1933, os cursos de Odontologia desvincularam-se dos cursos de medicina com abertura para algumas instituições ofertarem matérias além das obrigatórias.

Os cursos públicos a princípio foram os responsáveis pela ampliação da formação em odontologia. Porém, com o processo de interiorização das faculdades e liberalização das faculdades privadas por meio Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em fins de 1961, esse fator legal propiciou incentivo financeiro para ampliação e crescimento da rede particular no Brasil [58].

O Conselho Federal de Educação (CFE) passou a ter competência para fixar o currículo mínimo e a duração dos cursos superiores em 1961. No Parecer 299/62, o CFE traçou o novo perfil do CD (dentista geral, policlínico, destinado à coletividade) e estabeleceu o novo currículo em dois ciclos – básico e profissional aprovado em 1962. O Ciclo Básico (2 anos): Anatomia, Histologia, Embriologia, Microbiologia, Patologia Geral e Buco Dental, Farmacologia e Terapêutica, Materiais Dentários e Dentística Operatória e Ciclo Profissionalizante (2 anos): Clínica Odontológica, Cirurgia Odontológica, Prótese Dental, Prótese Buco-Maxilo-Facial, Ortodontia, Odontopediatria, Higiene e Odontologia Preventiva, Odontologia Legal.

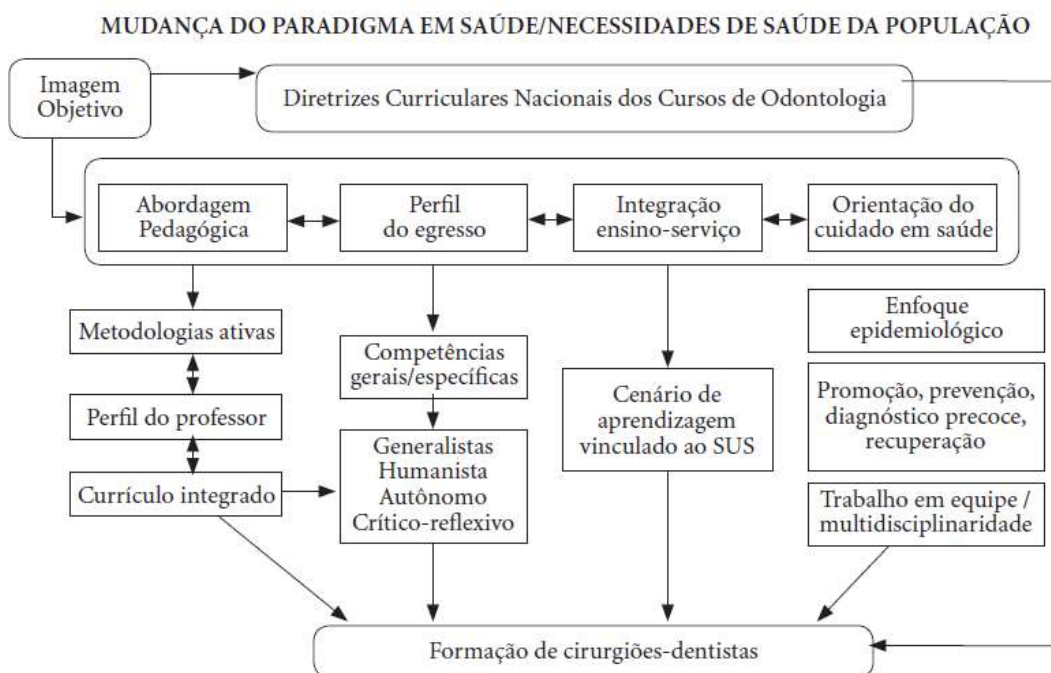
Em 1971, surgia um novo currículo, sem alterações substanciais, mas foi reorientado o ciclo básico com a Biologia, as Ciências Morfológicas, as Ciências Fisiológicas e a Patologia (geral), e o ciclo profissional contemplava as disciplinas de Patologia e Clínica Odontológica, Odontologia social e Preventiva, a Odontopediatria e a Odontologia Restauradora.

Em 3 de setembro de 1982, o Conselho Federal de Educação estabeleceu o novo currículo mínimo, por meio da Resolução CFE nº 04/82, cujas principais alterações em relação aos currículos anteriores, foi de introduzir o ensino e o treinamento dos acadêmicos em clínica integrada, com a duração mínima de um semestre letivo, e estruturar o ensino de tal forma que os programas instituísem atividades do aluno junto ao paciente o mais precocemente possível, com incremento gradativo de atividades de extensão. Assim, foi estabelecida duração mínima de 3.600 (três mil e seiscentas) horas, integralizadas de 8 (oito) e máximo de 18 (dezoito) semestres letivos. Além disso, foram introduzidas disciplinas de Estudo de Problemas Brasileiros e Educação Física, isso integrou os currículos plenos, mas não computou a carga horária dessas matérias na duração mínima prevista na Resolução. Esse currículo mínimo vigorou até a promulgação da lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Dessa forma, essa lei estabeleceu as Diretrizes e bases da educação nacional, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação – CNE4, que em síntese introduziu:

- o processo nacional de avaliação;
- a elaboração de proposta pedagógica;
- a ampliação de dias letivos;
- a limitação do prazo de validade para reconhecimento do curso;
- o mecanismo de renovação de reconhecimento de curso;
- a obrigatoriedade dos cursos informarem seus programas, qualificação docente, recursos disponíveis e critérios de avaliação;
- estímulo à qualificação docente; extinção do currículo mínimo e a proposta de diretrizes curriculares [59].

Por meio da Resolução do Conselho Nacional de Educação, o Presidente da Câmara de Educação Superior publica em 4 de março de 2002 as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Odontologia no país [17]. A resolução foi apoiada no artigo 9º, do parágrafo 2º, alínea “c”, da Lei 9131, de 25.09.1995 e com fundamento no parecer do CES 1.3300/2001. As Diretrizes têm amparo na reforma sanitária e na necessidade de adequação na formação dos dentistas que atenda às

necessidades do SUS e que saiba integrar as equipes de saúde da família. A partir do texto da Resolução, a construção de um modelo lógico de formação de cirurgiões-dentistas baseado nas DCNs foi apresentada de forma resumida e esquemática por Pessoa em 2015 como demonstrado na figura 1 abaixo [60]:



FONTE: PESSOA 2015⁶⁰

Figura 2. Fluxograma da formação de cirurgiões dentistas adaptado de Pessoa 2015.

O perfil profissional desejado para os egressos dos cursos de odontologia, portanto, é de um profissional generalista. Por meio desse perfil as DCNs abrem espaço para uma prática odontológica que vai além do consultório odontológico. Esse fato é fundamental na perspectiva de romper com a separação que se faz entre público e privado, romper com a cadeia que existe quando o profissional se forma e é impulsionado a se especializar, porém, esse fato não ocorre pela busca ativa de conhecimento e sim pela lacunas e falhas na formação do ensino superior. Deve-se ressaltar também a falta de interação com os outros profissionais de saúde [61].

Lucieto⁶², afirma que surgem dificuldades quando os acadêmicos se formam e começam a trabalhar no SUS, principalmente na Estratégia de Saúde da Família,

onde é necessária uma prática focada principalmente em atividades de promoção preventiva [62].

As DCN também trouxeram autonomia para elaboração dos projetos pedagógicos, justamente para facilitar a incorporação de demandas locais [63]. Nesta direção, o pensamento Feuerwerker e Almeida⁶⁴ em 2003, apontam para a superação de concepções conservadoras, rígidas, conteudistas e restritos a um currículo mínimo [64].

O Ministério da Saúde sobre a aderência de faculdades as DCNS analisou 47 faculdades e concluiu que a maior parte dos projetos pedagógicos analisados concentra a formação profissional no diagnóstico e tratamento de doenças. Em relação ao perfil dos acadêmicos, percebeu-se no estudo que os cursos que mencionavam mudanças em seus currículos para adequação às DCNs, demonstraram falta de correspondência com os conteúdos administrados, pois eram administrados de forma tradicional e centrados em modelos anteriores [65].

Alem disso, Zilbovicius⁶⁶ (2007) levanta uma questão adicional, fundamental para que se compreenda a enorme distância entre proposta e prática de formação: o currículo oculto, que é o realmente desenvolvido, praticado e indutor da ideologia predominante. No caso da Odontologia, esse autor conclui que o currículo oculto hegemônico continua a ser o de caráter tecnicista, flexineriano e em franco dissenso com os objetivos do Pró-Saúde, especificamente, e das próprias DCN, em geral [66].

Haddad e col.⁶⁷ realizaram um estudo quali-quantitativo entre 2003 e 2006, a partir de estudo realizado pelo INEP em IES, sobre a aderência dos cursos de odontologia às DCN, os autores apontaram no estudo quantitativo que dos cursos avaliados somente 50% atendem completamente ao critério único de avaliação de cursos. Entre os cursos avaliados, os autores demonstraram que há uma tendência de aderência média às DCNs de 77% (regular). Entre as características de um grupo de cursos com menor aderência, observou-se a ausência da integração com a rede de serviços e projetos político-pedagógicos os projetos estavam redigidos baseados nas diretrizes, mas as realidades observadas eram divergentes. Já nos cursos com maior aderência, verificou-se uma maior diversificação dos cenários de ensino, considerados essenciais para o desenvolvimento do perfil profissional voltado para o SUS, uma vez nas vivências práticas que devem acontecer as maiores experiências educativas. Entre outras dificuldades - como as de integração curricular, de desenvolver projetos pedagógicos inovadores, de estabelecer interdisciplinaridade, de

formar para um perfil generalista com corpo docente especializado -, observou-se a dificuldade em se utilizar a rede de serviços como espaço de aprendizagem e em estabelecer parcerias para estágios supervisionados [67].

Morita e Kriger⁶⁸ (2004), reafirmaram a importância do conceito de saúde definido pela Constituição de 1988 e dos princípios de criação do SUS para a implantação das DCNs, bem como, o papel estratégico dessas DCNs para o desenvolvimento do SUS. Porém, todas essas questões não tiveram força para definir – de maneira explícita – que a formação odontológica no país deveria ser voltada para a formação de um profissional capacitado para trabalhar no sistema público vigente no Brasil [68].

Portanto, o principal papel das DCNs é de indução na formação de um dentista que atenda às necessidades de saúde da população, compreendendo o sistema de saúde, para isso Freitas e colaboradores em 2012 propõem que a construção de uma formação que atenda às DCNs, busque uma formação adequada para o trabalho no SUS, e tenha uma nova proposta pedagógica, em que o desenvolvimento de habilidades e competências para o engajamento ao sistema de saúde anteceda o engajamento nos processos de trabalho específico de odontologia [69].

Por outro lado, a ABENO (Associação Brasileira de Ensinos Odontológicos), estimulou por meio de reuniões com representantes das instituições de IE dos Cursos de Odontologia, debates e esclarecimento em relação as DCN, bem como, sua implantação.

Após estudos realizados pela ABENO sobre a implantação das DCNs de 2002 nas instituições de ensino superior no Brasil [70], foi realizada a elaboração de revisão DCNs para odontologia em 2017, encaminhada ao Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação, a revisão foi aprovada em dezembro de 2018, mas encontra-se em fase de homologação [71].

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL E CIRURGIÃO-DENTISTA

A política que mais impactou os recursos humanos em saúde bucal, no Brasil, foi a Política Nacional de Saúde Bucal (2004), também conhecida como “Brasil Sorridente” contribui para o aumento de postos de trabalho no serviço público. O Programa Brasil Sorridente, em formato de Diretrizes da Política Nacional de Saúde

Bucal (PNSB), é o maior programa público de saúde bucal do mundo e completou uma década em 2014 [72]. Pucca⁷², 2015, em seu estudo sobre a avaliação dos dez anos da política, demonstrou um aumento de 50% no número de cirurgiões-dentistas no SUS, demonstrando que cerca de um quarto dos dentistas no Brasil tem vínculo com o serviço público. No ano de 2010, eram 65.560 dentistas no serviço público, sendo estes, distribuídos na Atenção Básica de saúde bucal, média e alta complexidade [73]. A PNSB tem em seus objetivos a mudança do Modelo Assistencialista para o modelo baseado em ações de promoção e vigilância em saúde, esse modelo tem na Atenção Básica como referência para os usuários de cuidado e humanização do atendimento [40,74].

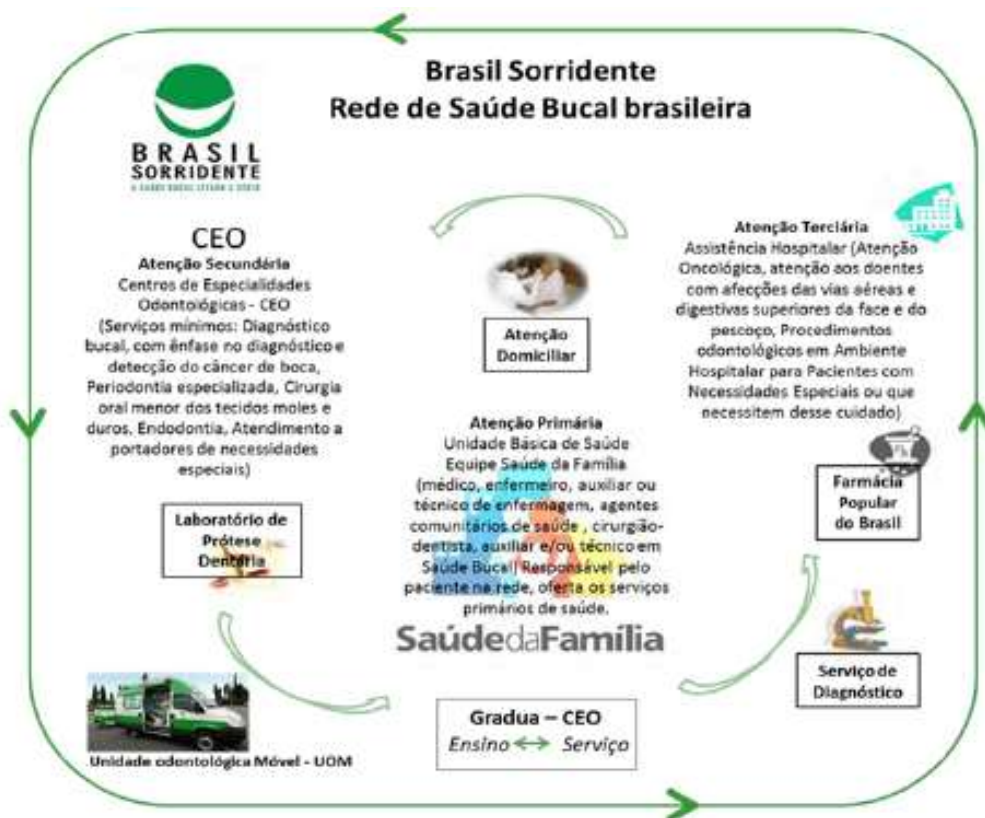
Os dados do sítio da internet do Ministério da Saúde demonstraram que em dezembro de 2002 eram 2.444 equipes de saúde bucal, na estratégia da saúde da família, e em dezembro de 2017 eram 25.905 equipes com cobertura populacional de 36,7% da população e presente em 5.027 municípios, contemplando as modalidades I (um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal/auxiliar em saúde bucal) e modalidade II (um cirurgião-dentista, um técnico em saúde bucal e uma auxiliar em saúde bucal/técnico em saúde bucal) [19,75].

Seguindo a lógica da integralidade do serviço, foram criados os Centros de Especialidade Odontológicas (CEOs), nos quais são oferecidos serviços em saúde bucal de média complexidade, esse serviço é complementar a Atenção Básica. Os serviços oferecidos são: periodontia especializada, atendimento de pessoas com deficiência, endodontia, diagnóstico bucal com ênfase ao câncer de boca, cirurgia oral menor dos tecidos duros e moles, ortodontia/ortopedia, implante dentário. Em 2003 não haviam CEOs, e em 2016, por meio de fontes do Ministério da Saúde, eram 1033 em todo território [76].

Rios e Colussi 2019⁷⁷, analisaram a oferta de serviços públicos odontológicos na atenção especializada na modalidade CEO no Brasil no ano de 2014, no estudo foi avaliada a quantidade de cirurgiões-dentistas atuantes nesses centros. No entanto, as autoras encontraram dificuldades na coleta de dados, devido a indisponibilidade de informações sobre a carga horária de cada cirurgião-dentista atuantes nos CEOs, sendo esse fator considerado como a principal limitação da pesquisa. Em seus achados encontraram uma quantidade de 3.518 dentistas trabalhando nos CEOs em todo o Brasil, atendendo a população em uma proporção de 1CD/57.640 habitantes [77].

A PNSB também criou os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), para suprir uma demanda reprimida de desdentados constatada no levantamento epidemiológico de 2003, onde 75% dos idosos eram desdentados totais e desses 36% não tinham prótese total [78]. Os LRPD tiveram sua quantidade máxima no ano de 2014 quando foram registrados 1.955 laboratórios em todo território nacional [79]. Juntamente, foram registrados o atendimento de alta complexidade em hospitais para tratamento a pacientes portadores de deficiência e nas unidades de tratamento de câncer (UNACON e CACON).

Por meio da Portaria nº1.646 interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação), foi aprovado o “GraduaCEO” como componente da PNSB. O GraduaCEO tinha o objetivo de ampliar os atendimentos odontológicos realizados pelo SUS, por meio de contratos com Instituições de Ensino Superior (Público e Privada) com cursos de graduação em Odontologia. Essa medida viabilizaria as vivências dos acadêmicos, graduandos de odontologia, nas práticas realizadas pelo SUS em saúde Bucal [80]. A UNB foi uma das IE habilitadas pela Portaria nº 2.062 de 21 de outubro de 2016 a receber R\$80.000,00 para implantação do projeto, porém desde a mudança na direção da Secretaria de Gestão em Saúde bucal, o projeto está sem funcionamento e sem verba [81]. A figura nº 2 demonstra de forma esquemática a rede de saúde da PNSB.



Fonte: Pucca⁷²

Figura 2. Rede de saúde bucal da Política Nacional de Saúde Bucal.

Em 2005, por meio de dados do Conselho Federal de Odontologia o número de cirurgiões-dentistas era de 201,1 mil, sendo que a quantidade desses profissionais que trabalhavam no serviço público de 27% à 30%. Em 2014, a quantidade de dentistas aumentou para 264,5 mil, no entanto, vale ressaltar, que o aumento foi condicionado à manutenção de um percentual de 30%, referente à 264,5 mil, de dentistas no SUS [82,83]. Rizzo⁸⁴ em seu estudo sobre os recursos humanos em odontologia e distribuição geográfica pelo Brasil, nos dados secundários coletados do CFO, observou que no ano de 2017, um número de 286.926 dentistas, inscritos e ativos em território nacional, e desses ativos, 30% estavam vinculados ao serviço público [84]. O autor ainda ressalta a presença de uma má distribuição geográfica dos profissionais de saúde bucal, que se concentram mais no sul e sudeste do País e em grandes centros urbanos ao interior.

2.5 PROJETO PEDAGÓGICO UNB

O curso de Odontologia da UNB foi inaugurado em 1980 e após duas décadas de funcionamento com a publicação das DCNs em 2002 [17], iniciou-se o projeto pedagógico para o curso de Odontologia da Universidade de Brasília. Em 2003, a chefia do Departamento criou a Comissão de Reforma curricular. Os professores, membros do colegiado participaram das reuniões promovidas pela ABENO [71] que estabeleceram os parâmetros norteadores para o processo de reforma curricular.

O curso de odontologia da UNB oferta 20 vagas semestrais e a carga horária curricular é de 4.005 horas/aulas, sendo 3720 horas/aulas de disciplinas obrigatórias e 285 horas/aulas de disciplinas optativas complementares. Essas aulas são divididas em 10 semestres em período integral, totalizando cinco anos para que o aluno conclua o curso.

No contexto educacional, foi proposto o conhecimento do perfil do aluno ingressante no curso de Odontologia, para que esses dados possam subsidiar o planejamento de disciplinas ofertadas nos 1º e 2º semestre letivos. Já o corpo docente deve estar envolvido no processo de ensino-aprendizagem e com disponibilidade para adequações quando necessário. Houve incentivo ao uso de metodologias ativas, onde o aluno participa ativamente do processo de busca do conhecimento. A metodologia está fundamentada na pedagogia interativa/construtivista, incluindo a Aprendizagem Baseada em Problemas.

Em um dos objetivos específicos do projeto pedagógico aponta-se para:
“Formar profissionais comprometidos com a sociedade e envolvidos com as necessidades desta, pautados em princípios éticos e morais com visão humanista do atendimento, capazes de interagir e modificar realidades da sociedade com espírito crítico e científico, sintonizados com as demandas sociais e com o sistema de saúde vigente no país”.

Foi estabelecido que a formação do aluno deve se adequar ao SUS, que anseia por um profissional com conhecimento generalista, que busca o trabalho em equipe. Um profissional que compreende o funcionamento do atendimento regionalizado e que tem na Atenção Básica a ordenadora do atendimento integral para referência e contra referência dos usuários quando necessário. Com o obtivo da formação de um

profissional tenha em sua prática as ações de promoção, prevenção, recuperação e vigilância e saúde.

O aprendizado clínico obtido pelo Estágios Clínicos já se inicia no primeiro semestre do curso, onde o aluno pode vivenciar relatos clínicos dos pacientes na tentativa de diagnosticar, prevenir, planejar e intervir os casos apresentados pelos pacientes de forma integral. As clínicas são divididas nas clínicas por disciplinas e clínicas integradas extramuros com prevê as diretrizes.

A matriz curricular é dividida em quatro eixos temáticos: básico, social/comunitário, clínico/multidisciplinar e do método científico e pesquisa. A orientação teórica do primeiro ano será ministrada visando cumprir os conteúdos relativos aos determinantes de saúde, à determinação social da doença, dos estudos clínicos epidemiológicos fundamentados em evidências científicas que permitam a avaliação crítica do processo saúde doença, de forma a redirecionar os protocolos terapêuticos e a intervenção clínica.

Aos estágios supervisionados são destinados 20% da carga horária de todo o curso e funciona de forma integrada aos programas e projetos de extensão. As ações são divididas em projetos de ação contínua e programas que trabalhem o perfil multiprofissional com as demais áreas de conhecimento da UnB. O aluno tem a possibilidade de desenvolver atividades que vão além de sua grade curricular junto à comunidade vivenciando a realidade da população local. Cada projeto é supervisionado por um Coordenador que em associação com preceptores e membros da comunidade põe em prática a inserção da Odontologia na comunidade alvo.

Os acadêmicos do 7º ao 10º semestre dispõe de carga horária destinada ao trabalho de conclusão de curso, os acadêmicos têm a orientação de um professor para orientá-los na pesquisa e término do trabalho.

Em relação à pesquisa tem-se o Programa de Iniciação Científica (PIBIC) para acadêmicos bolsistas e voluntários, o Programa de Jovens Talentos, onde os acadêmicos recém ingressados na UnB são estimulados à pesquisa científica. Tem-se o programa de monitoria destinado ao aluno que tem interesse na docência e a Jornada Odontológica com estímulo a criar um ambiente de atualização permanente, integração com outras universidades e apresentar à comunidade acadêmica toda produção científica elaborada durante o ano.

Toda a estruturação passará por avaliações buscando a melhor adequação do curso, os docentes e discentes de forma a contribuir para formação de um profissional que compreenda seu papel na sociedade [85].

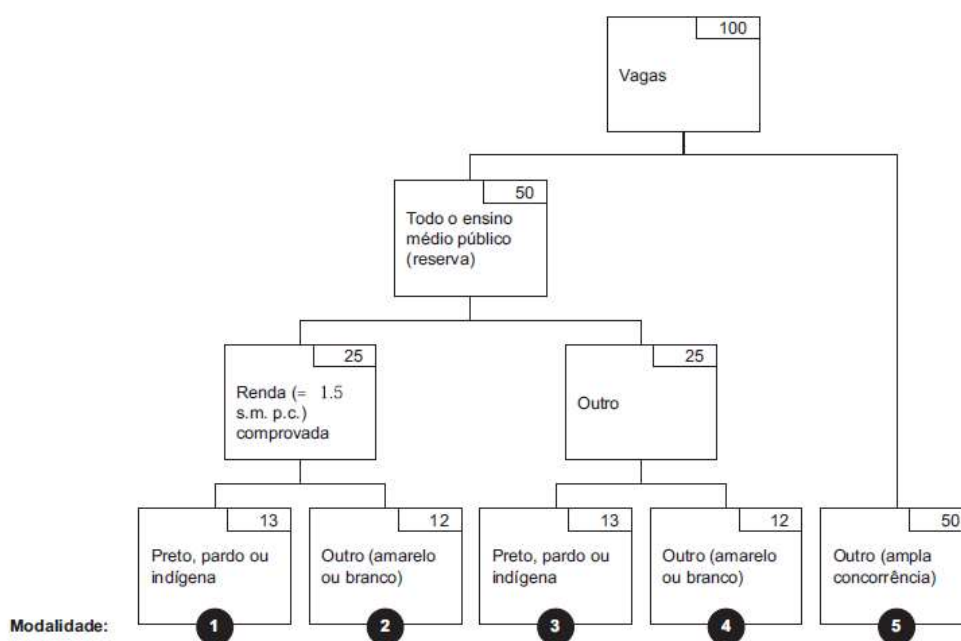
2.6 POLÍTICAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS NO ENSINO SUPERIOR BRASILEIRO

Em 1948, a Declaração Universal de Direitos Humanos, realizada em Paris, impulsionou medidas de ações afirmativas em todo o mundo [86]. No Brasil, embora as lutas por políticas de ações afirmativas sejam antigas e os movimentos sociais de negros também, somente após a Conferência de Durban na África do Sul que no Brasil passou a impulsionar políticas de ações afirmativas [87]. Nesta Conferência, o Brasil apresentou um documento que defendeu: “a adoção de medidas afirmativas para a população afrodescendente nas áreas de educação e trabalho. O documento propôs a adoção de ações afirmativas para garantir o maior acesso dos afrodescendentes às universidades públicas” [88].

Desde então, a partir de 2001, algumas instituições de ensino superior passaram a implantar seus próprios sistemas de inclusão racial. No estado do Rio de Janeiro por meio da lei estadual (Lei nº3708 de 9 de novembro de 2001) que instituiu cotas de até 40% para as populações negras e pardas. Essas cotas foram adotadas pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF) [89], após a Universidade do Estado da Bahia, a UnB foi a primeira universidade federal a adotar o sistema de cotas. Assim como a Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, por meio de lei estadual. Essa última, foi a primeira a reservar cotas para indígenas. As adequações diante dessas mudanças ocorreram de forma variada em cada instituição de ensino superior. Ressalta-se que essas mudanças ocorreram em alguns casos de fora para dentro da universidade, e em outros casos as mudanças surgiram de dentro da IE, como é o caso da UnB. Na Universidade de Brasília, a reserva de cotas já havia sido debatida em eventos que ocorreram dentro da universidade, o que tornou a UnB pioneira, dentre as universidades federais, na reserva de 20% das vagas para negros em todos os cursos de graduação e admissão de graduandos indígenas por meio da Fundação Nacional do Índio (Funai), bem como, a intensificação de atividades de apoio ao sistema local de escolas públicas [90].

Dois marcos legais como: Plano Nacional de promoção da Igualdade Racial (Decreto nº 6872, 4 de junho de 2009) e o Estatuto de Igualdade Racial (12.288, 20 de junho de 2010), demonstram a importância de se implementar políticas de ação afirmativa, prevendo, a exemplo do primeiro, a inclusão do quesito cor/raça em formulários de coleta de dados dos discentes em níveis de ensino superior público e privado [91].

Em 29 de agosto de 2012, por meio da lei federal – Lei nº 12.711, estabeleceu-se um padrão mínimo para as ações afirmativas no acesso ao ensino superior no Brasil [92]. Para exemplificar como se dá a reserva de vagas por meio da Lei de cotas, a autora Ana Karruz⁹³, 2018, elaborou um diagrama, que foi adaptado para o estudo, com uma situação hipotética de reserva de 100 vagas, Figura3 [93].



Fonte: Karruz 2018⁹³.

Figura 3. Fluxograma representação da Lei de Cotas, adaptado de Karruz 2018.

Nas instituições de ensino superior privadas, as ações afirmativas se deram por meio do da Medida Provisória nº 213, que cria o Programa Universidade para Todos (Prouni), em 2004. Essa medida provisória se torna Lei em 2005 – Lei nº 11.096 [94]. O Prouni direciona-se a graduandos da rede pública de ensino médio que queiram cursar o ensino superior em instituição privada. As vagas são reservadas para

autodeclarados negros, indígenas ou de instituições particulares na condição de bolsistas integrais, com renda per capita familiar máxima de três salários mínimos, também é destinado a professores da rede pública de ensino no atual exercício do magistério da educação básica, que queiram estudar nos cursos de licenciatura e para graduandos portadores de deficiências [95].

Segundo Costa e Ferreira⁹⁶ (2017), o Prouni possibilitou o aumento de matrículas no setor privado a uma média anual de 5,15%. Entretanto, segundo as autoras, a ociosidade das bolsas foi de 30% e a evasão teve média de 10,4%, sobretudo em função das restrições econômicas dos graduandos [96].

Silva e Santos 2017⁹⁷, realizaram um estudo na tentativa de avaliar a influência do Prouni e do Financiamento estudantil (FIES), na evasão no ensino superior privado. A conclusão foi que o Prouni tem sido uma política mais eficaz que o Fies na contenção de evasão [97].

As políticas de ações afirmativas como Lei de Cotas e Prouni, induziram a mudança no perfil dos acadêmicos em todos os cursos de graduação, essa mudança é desigual entre os cursos mais competitivos e menos competitivos [98]. Porém, a investigação em relação às diferenças ou semelhanças do perfil do egresso e às expectativas do futuro profissional são relevantes, na perspectiva de compreender se as diversidades socioeconômicas e culturais têm influenciado a formação de um profissional mais humanizado e comprometido com a saúde da comunidade em que está inserido.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil sociodemográfico e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos acadêmicos do último ano do curso de Odontologia, potenciais formandos do ano de 2019 de Odontologia da Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília diante das mudanças curriculares, implantadas com as DCNs, e das políticas de acesso ao ensino superior (Lei de Cotas e Prouni).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Demonstrar o perfil sociodemográfico dos graduandos das IES;
- Identificar as formas de ingresso dos acadêmicos nos cursos de Odontologia
- Identificar as atividades extracurriculares adquiridas durante a graduação que impactarão nas decisões sobre mercado de trabalho e carreira profissional
- Avaliar as expectativas dos acadêmicos do último ano quanto ao mercado de trabalho, avaliando se pretendem trabalhar serviço público ou privado, se pretender permanecer em Brasília ou não após formados
- Avaliar a possível influência de características sociodemográficas e condição econômica sobre o perfil acadêmico e perspectivas de atuação profissional em graduandos de odontologia;
- Examinar a possível influência do perfil acadêmico sobre as perspectivas de atuação profissional em graduandos de Odontologia.

3.3 HIPÓTESE

As DCNs e as Políticas de ação afirmativa não influenciaram no perfil socio demográfico e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos acadêmicos dos cursos de Odontologia da UnB e UCB.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Este estudo foi caracterizado como um estudo de caso, com desenho transversal e de caráter descritivo, realizado com os graduandos do último ano dos cursos de Odontologia de duas Universidades da cidade de Brasília – DF.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho seguiu os preceitos éticos e legais conforme a Resolução nº466, de 12 dezembro de 2012 após ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CAEE nº 93800318.0.1001.0030; Anexo 1). Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1), preservando a identidade dos mesmos.

O pesquisador responsável pelo estudo, ao chegar nas clínicas, após autorização dos professores tutores, informava aos graduandos sobre a pesquisa e os convidava a participar voluntariamente. Para os acadêmicos que aceitaram participar foi entregue o TCLE e explicado a importância da assinatura e consentindo na pesquisa.

4.3 GRUPO DE ESTUDO

Os acadêmicos avaliados foram acadêmicos do último ano dos cursos de Odontologia da Universidade de Brasília, instituição pública de ensino superior e Universidade Católica de Brasília, instituição privada de ensino superior. A UnB

apresentava 50 graduandos matriculados no último ano e a UCB apresentava 60 graduandos matriculados no último ano. Os questionários foram aplicados aos acadêmicos, no período de aula, durante as clínicas integradas, isso ocorreu entre os atendimentos realizados pelos acadêmicos. O tempo estimado de resposta para responder as questões do questionário foi em média de vinte a trinta minutos.

4.4 AMOSTRAGEM

Os dados foram coletados a partir da busca ativa por resposta ao questionário obtida de todos os acadêmicos do último ano, dos cursos de odontologia das duas IES analisadas. Por isso, tentou-se buscar uma quantidade de respostas ao questionário de forma censitária. O autor Pereira 2003⁹⁹, defendeu que pesquisas censitárias sobre temas da saúde só são possíveis em ocasiões especiais; em caso de comunidades isoladas, de pequenos tamanhos [99].

O questionário foi aplicado a todos os acadêmicos do último ano do curso de odontologia da UnB, em um total de 50 acadêmicos, 47 responderam, e três se recusaram a responder. Já em relação aos acadêmicos da UCB, o questionário foi aplicado para 60 acadêmicos do último ano do curso de odontologia, e 53 responderam ao questionário, o restante se recusou a respondê-lo. O que totalizou uma quantidade de 100 acadêmicos avaliados nas duas IES. Dentre os questionários respondidos haviam variáveis as quais os acadêmicos não responderam, porém nenhum dos questionários foram excluídos. Somente nos casos em que a variável não foi respondida por todos os acadêmicos o N para essas variáveis diferiu de 100. A figura 4 esquemática representa os dados da amostra.

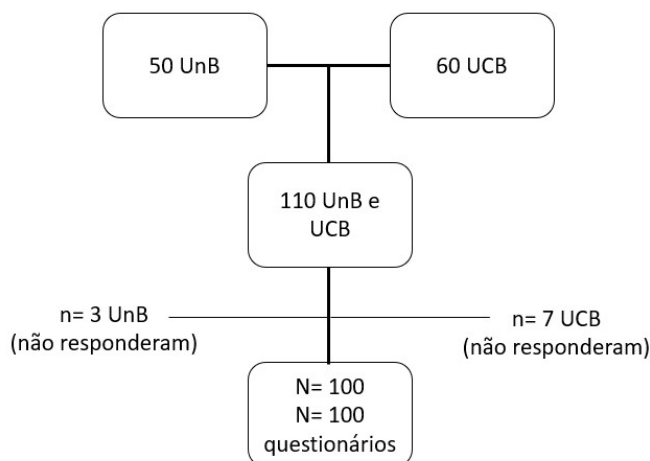


Figura 4. Fluxograma da amostra.

4.5 INSTRUMENTO DA COLETA

O instrumento utilizado na coleta dos dados foi um questionário (Apêndice 2) autoaplicável, semiestruturado contendo questões abertas e fechadas de múltipla escolha. Ele foi elaborado por um grupo de pesquisadores do Observatório de Recursos Humanos em Odontologia (OPAS/Ministério da Saúde do Brasil), em 2013, com o objetivo de abranger características específicas dos graduandos brasileiros. Este instrumento foi testado e ajustado antes da pesquisa com base em informações e sugestões dos participantes e pesquisadores que realizaram os testes (piloto), além disso, a divisão dos grupos focais e as entrevistas, realizadas pela PhD Maria Ercília de Araújo, direcionaram a elaboração desse questionário [100]. O questionário realizado pelo OBSERVAODONTO foi adaptado para o presente estudo com acréscimo da variável se os alunos concordavam ou não com os sistemas de inclusão.

O questionário (Anexo 2) autoaplicável contendo questões fechadas de múltipla escolha e questões abertas foi estruturado em categorias como: Dados pessoais (perfil socioeconômico e demográfico), Graduação (as atividades que os acadêmicos realizaram, matérias de maior interesse, matérias deficientes, que nota que os acadêmicos dariam para a sua graduação e se sentiam preparados para o mercado de trabalho) e Futuro profissional (pretendem trabalhar em serviço público ou privado, deseja se especializar e em quais especialidades, almeja atender convênios ou somente particular, querem prestar concurso público, trabalhar em

zonas rurais, em outras cidades ou países e expectativa quanto a média salarial). A maioria das questões de múltipla escolha podiam ter mais de uma alternativa como resposta. Havia uma pergunta aberta referente a uma situação hipotética de possibilidade de estágio por um período de 2 anos em Unidades Básicas de Saúde em regiões remotas, com incentivo financeiro e formação em saúde da família.

4.6 PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Utilizou-se a estatística descritiva para expressar os resultados como média, desvio padrão (DP), frequências absoluta e relativa. As associações entre o perfil sociodemográfico e econômico, perfil acadêmico e perspectivas de atuação profissional foram testadas por meio dos teste qui-quadrado e exato de Fisher, sendo este último usado para os casos em que as frequências esperadas foram menores que cinco. O nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0,05$). Os dados foram tabulados e analisados no IBM SPSS Statistics for Windows (IBM SPSS. 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.).

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram demonstrados a partir de análises das respostas dos participantes dos cursos de Odontologia das instituições conjuntamente (N=100), pois os testes estatísticos de homogeneidade demonstraram semelhança entre as amostras das IE (UnB e UCB). As variáveis da Trajetória Educacional continham perguntas referentes a cada instituição por isso foram analisadas com o N de cada instituição separados UnB (n=47) e UCB (n=53) de forma a individualizar as características de cada instituição. A porcentagem de resposta dos acadêmicos foi de 90%.

No questionário havia algumas questões fechadas, que podiam ter mais de uma resposta. Já as respostas envolvendo a opinião dos participantes (abertas) foram analisadas e categorizadas.

Para melhor compreensão os resultados foram demonstrados por setores conforme apresentados no questionário: a) Características da amostra (N=100); b) Trajetória Educacional (N da UnB=47), (N da UCB=53); c) Futuro profissional (N=100) categorizados, conforme segue no questionário.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A idade dos participantes do estudo variou de 20 a 39 anos (média = 23,3; DP= 2,7). Na Tabela 1 é apresentada a distribuição dos graduandos de Odontologia, de acordo com o perfil sociodemográfico e econômico. Os discentes foram caracterizados, em sua maioria, por apresentarem idade até 23 anos, sexo feminino, estado civil solteiro, cidade de origem e atual Brasília ou entorno e alta escolaridade do responsável. A maior parte dos acadêmicos de odontologia indicou não possuir filhos, morar e ter a residência financiada pelos pais, possuir automóvel, ter cursado os ensinos fundamental e médio em escola privada e não exercer atividade remunerada.

Continua

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e econômico dos graduandos de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Variável	% resposta	n	%
Grupo etário	95,0		
≤ 23 anos		68	71,6
> 23 anos		27	28,4
Sexo	96,0		
Feminino		70	72,9
Masculino		26	27,1
Estado civil	100,0		
Solteiro		95	95,0
Casado		5	5,0
Possui filhos	100,0		
Não		92	92,0
Sim		8	8,0
Cidade de origem	100,0		
Brasília ou entorno		74	74,0
Outra		26	26,0
Cidade atual	100,0		
Brasília ou entorno		99	99,0
Outra		1	1,0
Mora com os pais	100,0		

Sim	71	71,0
Não	29	29,0
Quem financia a moradia	100,0	

Conclusão

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e econômico dos graduandos de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Variável	% resposta	n	%
Pais		90	90,0
Próprio estudante/outros		10	10,0
Possui automóvel	100,0		
Sim		65	65,0
Não		35	35,0
Escolaridade do responsável	100,0		
≤ Ensino médio		32	32,0
Ensino superior/pós-graduação		68	68,0
Escola ensino fundamental	100		
Pública		27	27,0
Privada		73	73,0
Escola ensino médio	99,0		
Pública		26	26,3
Privada		73	73,7
Exerce atividade remunerada	99,0		
Sim		16	16,2
Não		83	83,8

Na Tabela 2, é apresentada a distribuição dos acadêmicos de Odontologia, de acordo com o perfil acadêmico. A frequência dos participantes foi similar entre a instituição privada e a pública. A maioria dos graduandos estudava em período misto e optaram pela Odontologia como primeira opção no vestibular. Apesar da maior parte dos discentes não ter ingressado na universidade por meio de programas de inclusão, mais de 70% dos acadêmicos relataram concordar com a política de inclusão e acesso ao ensino superior.

Tabela 2 - Perfil acadêmico dos graduandos de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Variável	% resposta	n	%
Instituição de ensino	100,0		
Privada		53	53,0
Pública		47	47,0
Período que estuda	99,0		
Diurno		39	39,4
Misto		60	60,6
Ingressou por programa de inclusão	98,0		
Sim		15	15,3
Não		83	84,7
Concorda com a política de inclusão	95,0		
Sim		69	72,6
Não		26	27,4
Odontologia foi a 1ª opção no vestibular	100,0		
Sim		64	64,0
Não		36	36,0

5.2 TRAJETÓRIA EDUCACIONAL

Nesta seção, os dados apresentados foram demonstrados com o (n=47 UnB e n=53 UCB) de cada instituição separada, uma vez que as perguntas se referem a questões específicas de cada IE. Na Tabela 3 é demonstrado que os materiais dos acadêmicos foram custeados, na maioria pelos pais dos mesmos, os quais consideram o curso em suas respectivas instituições bom a ótimo, não atribuem que somente com a graduação os possibilitará inserir-se no mercado de trabalho, consideram que as instituições que eles estudam os qualificam melhores do que outras instituições e fariam odontologia novamente.

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa dos acadêmicos (UnB e UCB) sobre a trajetória acadêmica

	UnB		UCB	
Material utilizado durante a faculdade foi custeado por:				
a. Pais /responsáveis	91%	43	90%	47
b. Outros	9%	4	10%	5
13. Qual classificação você atribui ao seu curso de graduação?				
a. Péssimo	0%	0	0%	0
b. Ruim	0%	0	0%	0
c. Regular	4%	2	0%	0
d. Bom	55%	26	26%	14
e. Ótimo	38%	18	74%	39
Considera que somente a graduação possibilitará condições adequadas para sua inserção no mercado de trabalho:				
a. Sim	34%	16	24%	13
b. Não	57%	27	68%	36
c. Não se aplica	6%	3	8%	4
Considera que sua formação no curso de odontologia o qualifica melhor para o mercado de trabalho em relação aos acadêmicos de outras faculdades de odontologia?				
a. Sim	85%	40	74%	39
b. Não	15%	7	26%	14
Se você pudesse voltar no tempo, você faria faculdade de odontologia novamente?				
a. Sim	79%	37	74%	39
b. NÃO	21%	10	26%	14
TOTAL	100%	47	100%	53

Para os acadêmicos da UnB a atividades extracurriculares mais realizadas durante a graduação, ver na figura 5, foram Monitoria e Iniciação científica. Para os acadêmicos da UCB, ver na Figura 6, foram as atividades de monitoria e estágio não remunerado.

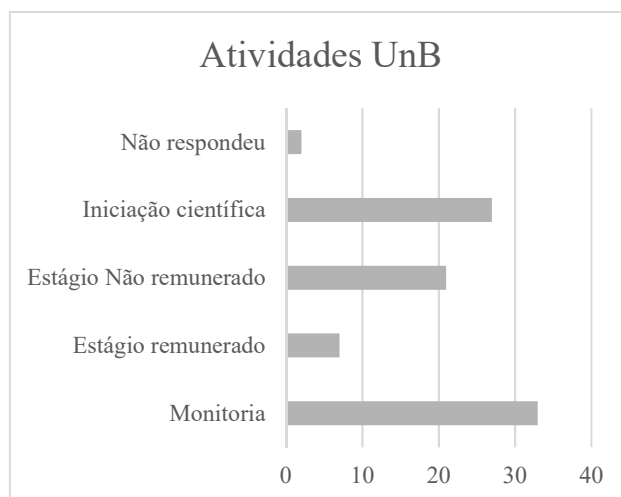


Figura 5. Número de respostas dos acadêmicos da UnB referente às atividades realizadas durante a graduação.

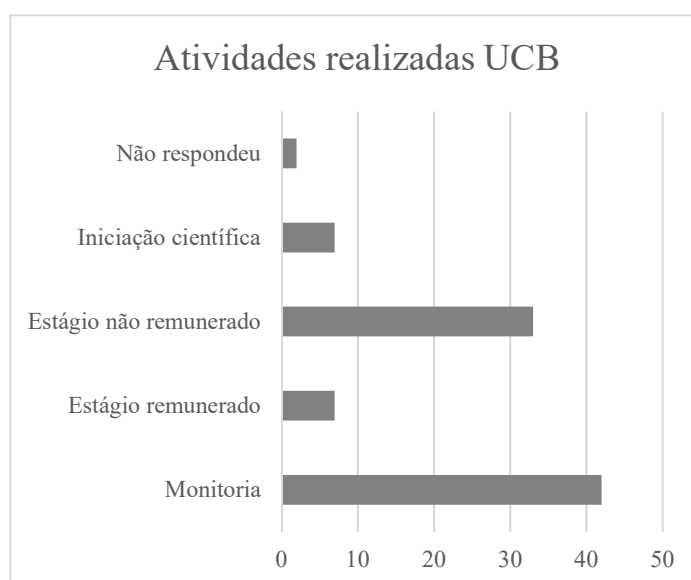


Figura 6. Número de respostas dos acadêmicos da UCB referente às atividades realizadas durante a graduação.

A pergunta referente as disciplinas que mais contribuíram para formação como cirurgião-dentista e como cidadão, as três disciplinas mais mencionadas pelos acadêmicos foram: UnB (Cirurgia mencionada 15 vezes, Dentística e estágio supervisionado, ambas 9 vezes, e Saúde Coletiva 7 vezes); UCB (Saúde Coletiva 20 vezes mencionada, Dentística 19 e Pacientes com Necessidades Especiais 18 vezes).

As atividades extracurriculares que mais contribuíram para a formação e com decisões sobre a carreira dos acadêmicos da UnB foram Projeto de extensão (19 citações) e Monitoria (18), para os acadêmicos da UCB foram Monitoria (30 citações) e Estágios vivenciais (17 citações), respectivamente. De forma categorizada, a pergunta referente a sugestão dos acadêmicos para aprimorar a graduação em odontologia para os acadêmicos da UnB, 46% deles acham necessário aumentar as vivências em clínicas ou estágios. Para os acadêmicos da UCB, 50% também consideram aumentar as clínicas ou estágios, e 25% responderam que há necessidade da formação em clínica nucleada antes da formação em clínica integrada.

5.3 FUTURO PROFISSIONAL

Os acadêmicos das instituições público e privada disseram que pretendem trabalhar na área de Odontologia (n=100). A instituição pública foi o local mais mencionado onde os acadêmicos pretendem trabalhar e estão demonstradas na Figura 7.

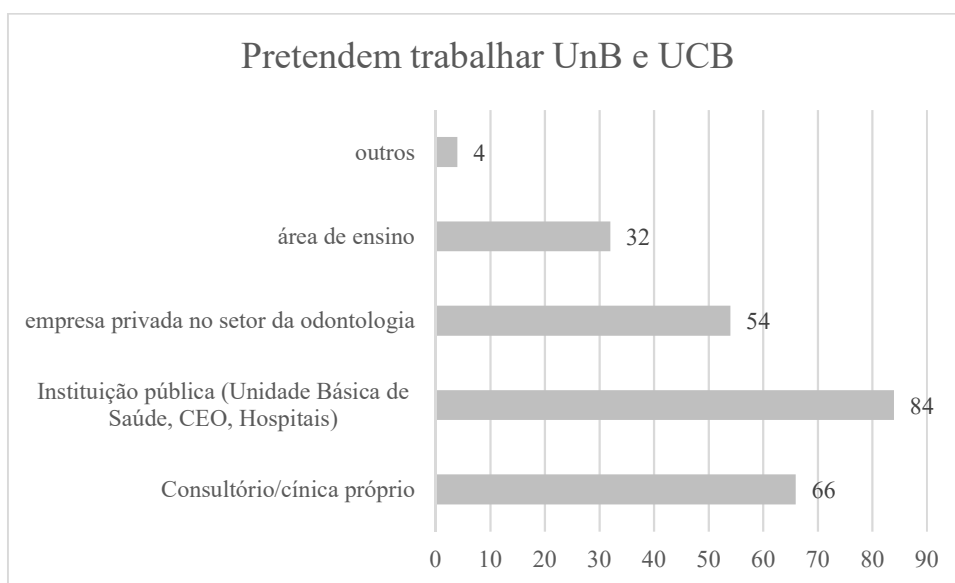


Figura 7. Número de respostas dos acadêmicos da UnB e UCB referente aos locais que almejam trabalhar.

Cerca de 72% dos acadêmicos declararam que não têm interesse em fazer outra graduação. A Figura 8, demonstra os cursos desejados com até 1 ano de formado.

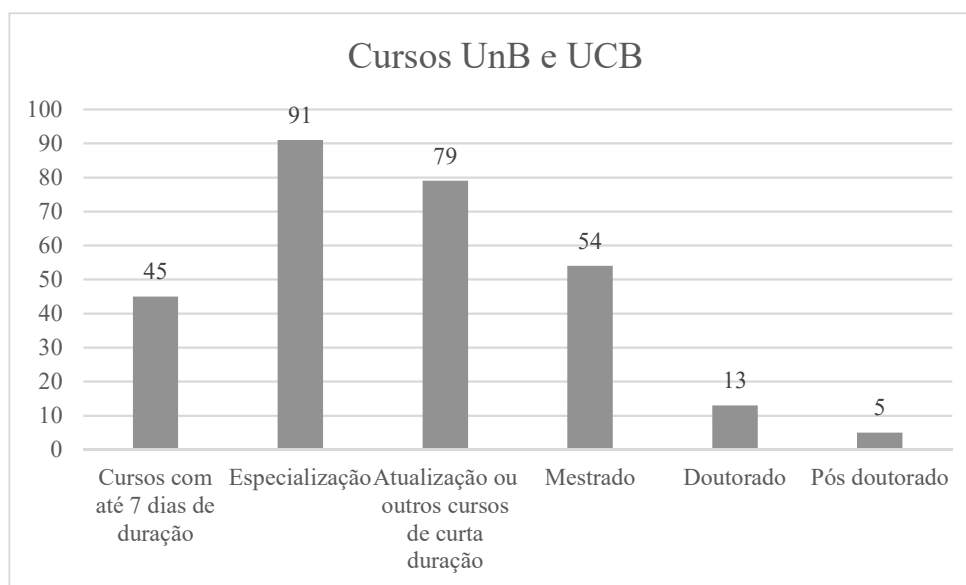


Figura 8. Número de respostas dos acadêmicos da UnB e UCB referente aos cursos que almejam realizar até 1 ano de formados.

A descrição das perspectivas de atuação profissional dos acadêmicos de Odontologia é mostrada na Tabela 4. A maioria dos acadêmicos informou pretensão de prestar concursos e disposição para trabalhar em zonas rurais e/ou periferia de cidade grande. Além disso, um maior número de participantes levou em consideração a possibilidade de sair do país e atuar em qualquer cidade.

Tabela 4 - Perspectivas de atuação profissional dos graduandos de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Variável	% resposta	n	%
Pretende prestar concurso	99,0		
Sim		87	87,9
Não		12	12,1
Disposição para trabalhar em zonas rurais e/ou periferia	100,0		
Sim		74	74,0
Não		17	17,0
Não sabe		9	9,0
Considera sair do país	99,0		
Sim		76	76,8
Não		23	23,2
Cidade que pretende exercer a profissão	100,0		
Brasília		28	28,0
Outras		6	6,0
Brasília e outras		66	66,0

O motivo mais (69%) mencionado pelos acadêmicos, como estímulo no serviço público foi serviço por estabilidade financeira. Em relação ao tempo de trabalho semanal destinado ao serviço público a maioria (71%) dos acadêmicos disse pretender trabalhar por um período de 20h semanais. A questão aberta em que os acadêmicos podiam responder se concordavam ou com a situação hipotética referente ao estágio em Unidades de Saúde da Família, por um período de 2 anos, após formados, eles disseram concordar para cerca de 90% dos participantes.

5.4 ASSOCIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO COM O PERFIL ACADÊMICO

Nenhuma das variáveis do perfil sociodemográfico e econômico foi associada ($p > 0,05$) ao período de estudo dos discentes de Odontologia. A instituição de ensino foi associada às variáveis cidade de origem e morar com os pais. As análises indicaram que a prevalência de acadêmicos na universidade privada foi maior entre os graduandos oriundos de outras cidades e que não residem com os pais, enquanto que na universidade pública a prevalência foi maior entre os acadêmicos originários de Brasília ou entorno e que moram com os pais (Tabela 5). As demais variáveis que compõe o perfil sociodemográfico e econômico não foram associadas ($p > 0,05$) à instituição de ensino.

Tabela 5 - Associação da instituição de ensino com cidade de origem e residência com os pais em graduandos de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Variável	Instituição de ensino		*p-valor
	Privada	Pública	
Cidade de origem			
Brasília ou entorno	30 (40,5%)	44 (59,5%)	< 0,001
Outra	23 (88,5%)	3 (11,5%)	
Mora com os pais			
Sim	32 (45,1%)	39 (54,9%)	0,024
Não	21 (72,4%)	8 (27,6%)	

* Teste qui-quadrado.

O ingresso por programa de inclusão foi associado às variáveis morar com os pais, escola ensino fundamental e escola ensino médio. Os dados mostraram que a prevalência de ingresso por programa de inclusão foi maior entre os participantes que não moram com os pais, e que cursaram os ensinos fundamental e médio em escola pública (Tabela 6). As demais variáveis do perfil sociodemográfico e econômico não foram associadas ($p > 0,05$) ao ingresso por programa de inclusão.

Tabela 6 - Associação do ingresso por programa de inclusão com residência com os pais, escola que cursou ensino fundamental e escola que cursou ensino médio em graduandos de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Variável	Ingressou por programa de inclusão		*p-valor
	Sim	Não	
Mora com os pais			
Sim	7 (9,9%)	64 (90,1%)	0,026
Não	8 (29,6%)	19 (70,4%)	
Escola ensino fundamental			
Pública	10 (40,0%)	15 (60,0%)	< 0,001
Privada	5 (6,8%)	68 (93,2%)	
Escola ensino médio			
Pública	11 (45,8%)	13 (54,2%)	< 0,001
Privada	4 (5,5%)	69 (94,5%)	

* Teste exato de Fisher.

O apoio à política de inclusão e acesso ao ensino superior foi associado a variável possui automóvel. A análise indicou que a prevalência de concordância com a política de inclusão e acesso ao ensino superior foi maior entre os graduandos que não possuem automóvel (Figura 9). As demais variáveis do perfil sociodemográfico e econômico não foram associadas ($p > 0,05$) ao apoio à política de inclusão e acesso ao ensino superior.

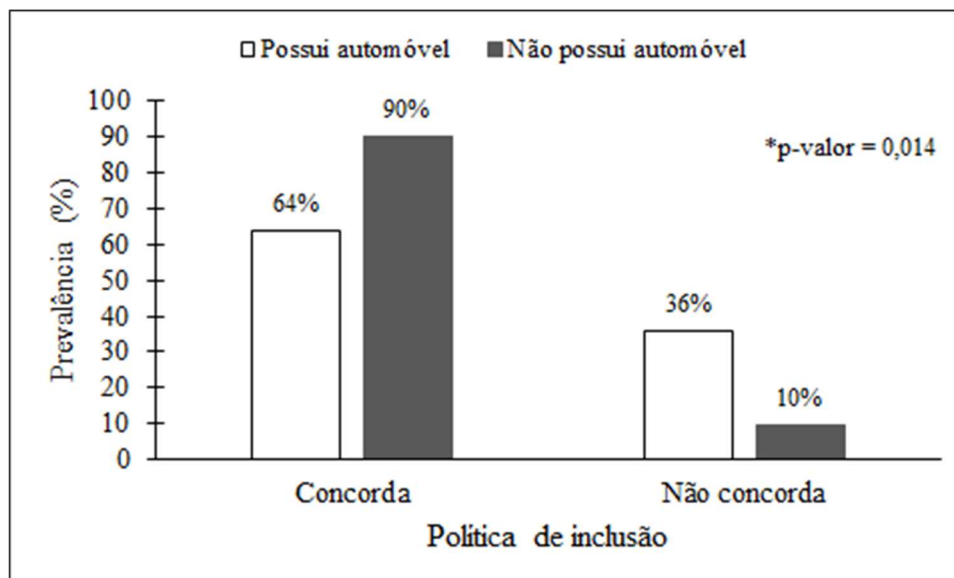


Figura 9. Associação entre o apoio à política de inclusão e possuir automóvel em graduandos de Odontologia de universidades públicas e privadas de Brasília, Distrito Federal.

* Teste qui-quadrado.

A escolha do curso de Odontologia como primeira opção no vestibular foi associada à cidade de origem do discente. Os dados mostraram que a prevalência de Odontologia como primeira opção foi maior entre os acadêmicos oriundos de outras cidades que não Brasília ou entorno (Figura 10). As demais variáveis do perfil sociodemográfico e econômico não foram associadas ($p > 0,05$) a escolha do curso de Odontologia como primeira opção.

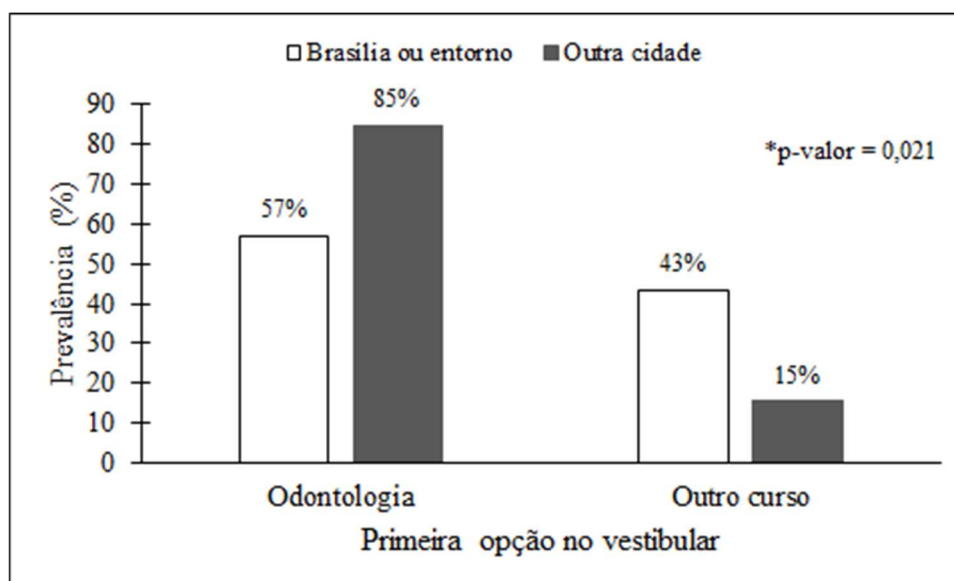


Figura 10. Associação entre a escolha do curso de Odontologia como primeira opção no vestibular e cidade de origem em graduandos de Odontologia de universidades públicas e privadas de Brasília, Distrito Federal.

* Teste qui-quadrado.

5.5 ASSOCIAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO COM AS PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Nenhuma das variáveis do perfil sociodemográfico e econômico foi associada ($p > 0,05$) a intensão de prestar concurso e disposição para trabalhar em zona rural e/ou periferia de cidade grande. A possibilidade de sair do país foi associada as variáveis cidade de origem e mora com os pais. As análises indicaram que a prevalência de acadêmicos de Odontologia que considera sair do país foi maior entre os participantes oriundos de Brasília e entorno e entre aqueles que residem com os pais (Tabela 7). As demais variáveis que compõem o perfil sociodemográfico e econômico não foram associadas ($p > 0,05$) à possibilidade de sair do país.

Tabela 7 - Associação da possibilidade de sair do país com a cidade de origem e residência com os pais em graduandos de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal

Variável	Considera sair do país		*p-valor
	Sim	Não	
Cidade de origem			
Brasília ou entorno	61 (82,4%)	13 (17,6%)	0,043
Outra	15 (60,0%)	10 (40,0%)	
Mora com os pais			
Sim	59 (83,1%)	12 (16,9%)	0,035
Não	17 (60,7%)	11 (39,3%)	

* Teste qui-quadrado.

A cidade que pretende exercer a profissão foi associada à cidade de origem dos graduandos em Odontologia. Os dados mostraram que a prevalência de pretensão em exercer a profissão em Brasília foi maior entre os graduandos oriundos de Brasília ou entorno, enquanto que a não preferência por uma cidade específica foi mais prevalente em discentes advindos de outras cidades (Figura 11). As demais variáveis do perfil sociodemográfico e econômico não foram associadas ($p > 0,05$) a cidade que pretende exercer a profissão.

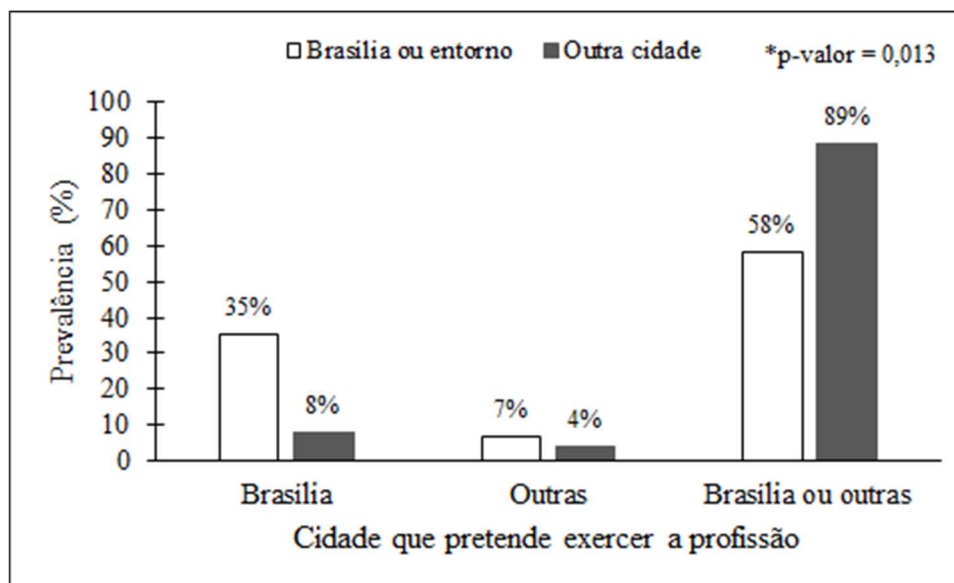


Figura 11. Associação entre a cidade que pretende exercer a profissão e cidade de origem em graduandos de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal.

* Teste exato de Fisher.

5.6 ASSOCIAÇÃO ENTRE O PERFIL ACADÊMICO E AS PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Nenhuma das variáveis do perfil acadêmico foi associada ($p > 0,05$) a intensão de prestar concurso e cidade que pretende exercer a profissão. A disposição para atuar profissionalmente em zonas rurais e/ou periferias de cidades grandes e a possibilidade de sair do país foram associadas à instituição de ensino. As análises indicaram que a prevalência de acadêmicos de Odontologia dispostos a trabalhar em zonas rurais e periféricas foi maior entre os graduandos da instituição privada (Figura 12). Por outro lado, a possibilidade de sair do país foi mais prevalente entre os participantes da instituição pública (Figura 13). As demais variáveis que compõe o perfil acadêmico não foram associadas ($p > 0,05$) a disposição para trabalhar em zonas rurais e/ou periferias de cidades grandes e a possibilidade de sair do país.

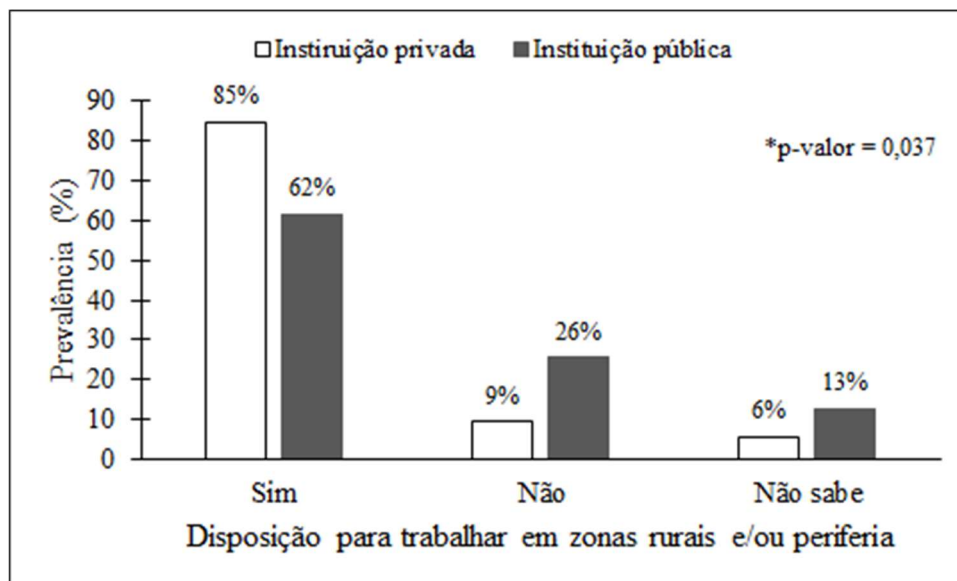


Figura 12. Associação entre a disposição para trabalhar em zonas rurais e/ou periferias de cidades grandes e instituição de ensino em graduandos de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal.

* Teste exato de Fisher.

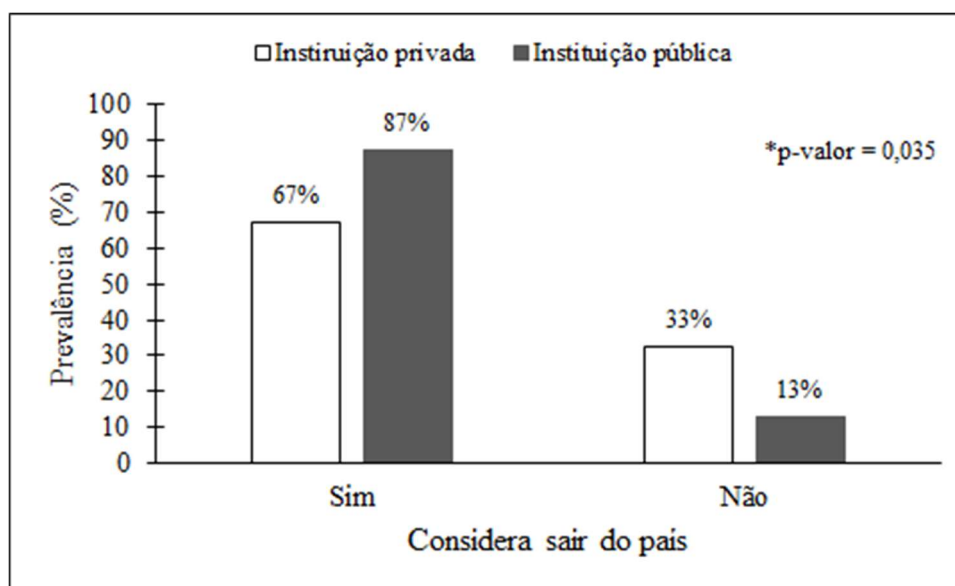


Figura 13. Associação entre a possibilidade de sair do país e instituição de ensino em graduandos de Odontologia de universidades pública e privada de Brasília, Distrito Federal.

* Teste qui-quadrado.

6 DISCUSSÃO

As habilidades, a motivação e o comprometimento dos recursos humanos da saúde são cada vez mais reconhecidos como fundamentais para um adequado desempenho dos sistemas de saúde e, portanto, devem ser avaliados desde a formação, inserção no mercado de trabalho e atuação como profissionais da saúde [36,101]. A recente "Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde" da OMS³⁰, defende que os recursos humanos em saúde devem ser treinados para compreender os determinantes sociais da saúde, entender que o próprio sistema é um determinante social e reconhecer a importância do acesso universal à saúde para todos. Assim, os profissionais da odontologia devem ter como prioridade, reconhecer e reduzir as desigualdades em saúde, uma vez que os futuros cuidados de saúde necessitam de estratégias para reduzir o número de doenças e garantir que haja CD em regiões remotas. Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de planejamento contínuo na formação odontológica, com dados e informações que estimulem o debate com os acadêmicos e academia, em relação ao mercado de trabalho concomitantemente às necessidades da população [102].

Os determinantes sociais estão diretamente ligados ao processo de adoecer, uma vez que populações vulneráveis e de maiores iniquidades carregam consigo maior quantidade de doenças, como é o caso da polarização da cárie no Brasil, indivíduos em situação de vulnerabilidade apresentam mais experiências de cárie [103,104]. Portanto, a eficiência dos sistemas de saúde é o resultado entre os recursos disponíveis e as necessidades da população. O Brasil é o único país do mundo com abrangência do sistema público em saúde bucal, alcançado por meio do "Brasil Sorridente". Esta política, ampliou a atenção à saúde bucal de forma universal, e orientou o atendimento de forma integral e resolutivo, além disso, permitiu a implantação de uma rede assistencial de saúde bucal, horizontal e vertical, que articula não apenas com os três níveis de atenção, mas principalmente com ações multidisciplinares e intersetoriais. E essas ações, são grandes desafios para a

odontologia, pois para consegui-las, é necessário que tenha uma atuação integral, e de forma a promover uma rede de atenção à saúde que supere as especificidades do biologismo odontológico [72].

Aerts 2004¹⁰⁵, relataram que o dentista como líder das equipes de saúde bucal tem o papel de identificar crenças prejudiciais à saúde, promover o exame oral de crianças e adultos em casa, se necessário, dar conselhos sobre locais para obter ajuda, treinar agentes e assistentes comunitários (ACDs) e THDs), auxiliar na educação constante dos colegas, atuar também, como educadores de saúde bucal dentro de equipes multiprofissionais e participar de ações coletivas educativas (grupos, escolas, conselhos locais de saúde e associações) relacionadas ao estilo de vida, ao uso de flúor, água fluoretada e orientação para a higiene bucal. Além disso, deve realizar ações de reabilitação, visto a grande necessidade da população [105]. O estudo de Padula e Silva¹⁰⁶ em 2014, demonstrou que os CD que trabalham no SUS e são especialistas em Saúde Coletiva, são mais produtivos e eficientes, ou seja, os profissionais que conhecem e sabem trabalhar na atenção básica, bem como compreendem o funcionamento do SUS atuam de forma mais eficaz dentro do sistema de saúde [106]. Por isso, a importância de formar já na graduação CDs que atendam aos anseios do SUS.

Neste estudo, as características do perfil sociodemográfico e as expectativas quanto ao mercado de trabalho, foram utilizadas para avaliar o perfil dos acadêmicos que estavam cursando o último ano de Odontologia de duas universidades de Brasília, UNB e UCB. Graduandos predominantemente jovens, solteiros e na grande maioria do sexo feminino, caracterizaram essa amostra. Esse perfil também foi encontrado em outros estudos realizados em outras regiões do Brasil e em outros países [24-27]. Um dado relevante demonstrado nestes estudos, é o processo de feminização da odontologia, ocorrido a partir dos anos 80 no Brasil, este processo foi confirmado nesse estudo, no qual os dentre os acadêmicos analisados 72,9% foram do sexo feminino. Em um estudo sobre a demografia dos CD do Brasil em 2017, Rizzo⁸⁴ encontrou que cerca de 60,07% dos dentistas ativos no Brasil eram mulheres [87]. O aumento de mulheres na odontologia ocorre em todo o mundo, como demonstrado por Haslach et al¹⁰⁷, em 2018, em países como Finlândia, Alemanha e Turquia, há predomínio de 63% de mulheres [107]. Já nos Estados Unidos, em 2006 [112] as

dentistas representavam 44,9%, na Austrália, dos dentistas imigrantes advindos de países de baixa renda, 41,8% eram do sexo feminino [108].

O predomínio de mulheres pode ser positivo para a formação odontológica, pois segundo Moysés¹⁰⁹, 2012, a motivação das mulheres ao escolher a odontologia ocorre pela vocação intrínseca de cuidar e de se relacionarem com outras pessoas [109,110]. Assim, vale ressaltar, que a Atenção Básica, tem em suas linhas de cuidado o acolhimento e a humanização, portanto, por meio de recursos humanos femininos é de se esperar que haja um maior comprometimento com essas linhas de cuidado. Por outro lado, Kruger e Tennant em 2004 analisaram que as mulheres, por questões como maternidade e família, são uma mão-de-obra mais estática e menos flexível quanto à migração, bem como para atuarem em diferentes regiões [111]. Entretanto, no presente estudo, não houve associação significativa entre o gênero e a disposição de trabalhar em zonas rurais e, ou periferias. Esse achado demonstra, em oposição aos outros estudos, que as alunas das instituições público e privada avaliadas, estão dispostas a trabalhar em zonas rurais e periferias, assim como, os acadêmicos do sexo masculino.

No que se refere à distribuição dos dentistas nas cinco regiões brasileiras, observa-se uma grande desigualdade pois os CD concentram-se prioritariamente nas regiões sul e sudeste, e nos grandes centros urbanos [112]. Esse fato, é por vezes atribuído à localização das IEs, cuja grande maioria, se encontram em grandes centros [113]. A cidade de Brasília, por exemplo, é a capital do país e do Distrito Federal, tem característica de estado e município, e possui 31 regiões administrativas. A região administrativa I é o plano piloto, a qual juntamente com as 31 regiões administrativas é nomeada pela população brasiliense de “Brasília”, portanto, neste estudo Brasília (DF) foi considerado como referência às 31 regiões administrativas. [114] Em Brasília, por meio de informações do Cadastro de Estabelecimentos Públicos de Saúde, existem 11 IEs que oferecem cursos de odontologia, sendo uma instituição pública (UnB) e o restante instituições privadas [115]. Nas IEs avaliadas, a maior porcentagem dos acadêmicos (74%), é de Brasília, no entanto, um dado interessante é que a maioria deles declarou que estaria disposto a trabalhar em zonas rurais ou periferia. Contrariando a afirmação de que profissionais que têm família e são estabelecidos em grandes centros urbanos têm dificuldade de mudarem para outros locais, principalmente regiões mais vulneráveis.

A má distribuição de profissionais de saúde é um problema mundial e do Brasil, esse fato ocorre por vários fatores dentre eles: pessoais, profissionais, organizacionais, econômicos, políticos e culturais, esses fatores estão diretamente relacionados com a tomada de decisão de diversos atores entre eles, indivíduos, comunidade e governos [112,116]. Os acadêmicos da UnB e UCB responderam que estariam dispostos a trabalhar em zonas rurais, cidades pequenas ou periferias de cidades grandes. Essa disposição de sair de Brasília para outras regiões do Brasil foi maior para os acadêmicos da UCB. Ao mesmo tempo que a maioria dos acadêmicos relataram disponibilidade de trabalhar em zonas rurais, quando a pergunta foi referente a cidade que eles pretendiam exercer a odontologia, preferencialmente foi em Brasília a outros estados/cidades do Brasil. As associações estatísticas também demonstraram que os acadêmicos que querem exercer a odontologia, em Brasília é maior entre os que já são de Brasília. No Brasil já foram propostos programas pelo governo federal para tentar diminuir os vazios de profissionais de saúde como Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção-Básica (PROVAB) e o projeto Rondon, porém essas iniciativas se mostraram incipientes, não apresentando continuidade das suas ações [117,118]. O presente trabalho, baseado em um programa de interiorização de dentistas realizado na Austrália, apresentou uma situação hipotética de estágio aos acadêmicos. Essa situação seria uma proposta de estágio em unidades Básica de Saúde no interior do Brasil, por um período de dois anos, eles teriam incentivo financeiro e poderiam realizar um curso de especialização em Saúde da família. A maioria dos acadêmicos das duas instituições disseram concordar com a proposta. Nos países em essa situação hipotética se tornou uma política de interiorização, as vivências no meio rural influenciaram positivamente nas escolhas dos locais de trabalho para aqueles acadêmicos, podendo ser um modelo a ser seguido no Brasil [119,120].

Entretanto, quando indagados sobre trabalharem na zona rural ou fora do país, os dados do estudo mostram que os acadêmicos que são de Brasília (a maioria) estão mais dispostos a saírem do país do que irem para zonas rurais ou periferias de cidades grandes. O relato dos autores Bógus e Baeninger¹²¹ (2018) feito após analisar as emigrações do Brasil, atribuíram esse fato à crise financeira atual e destacaram os seguintes grupos sociais como representativos do potencial emigrante:

“jovens recém-formados que encontram um mercado de trabalho bloqueado em relação à oferta de empregos, sobretudo para postos com bons salários e em regime estável (dados recentes mostram que cerca de um terço dos jovens brasileiros encontra-se desempregado)” [121].

Esse fato é conhecido mundialmente como *“Fuga de cérebros”* ou em inglês *“Brain Drain”*. Os resultados dos acadêmicos da UnB e UCB confirmam que o estímulo a saída do Brasil é em busca por melhores condições sociais e de vida, já que, os acadêmicos mencionaram a vontade de sair do país em direção a países desenvolvidos como Estados Unidos, Austrália e Canadá. Porém, essa emigração pode favorecer a permanência das desigualdades geográficas dos dentistas no Brasil, para isso políticas setoriais em articulação com as IE são necessárias para fazer com que os graduandos de odontologia brasileiros tenham perspectivas de trabalho em regiões do interior do país.

O estudo de Balasubramanian 2015¹⁰⁸, demonstra grande migração de dentistas para Austrália advindos de países pobres, incluindo o Brasil [108]. A OMS, juntamente com a The Global Health Workforce desenvolveram o Manual para recrutamento de força de trabalho em saúde, esse manual tem o objetivo de diminuir a imigração de força de trabalho de países em desenvolvimento para países ricos, e apresentar algumas políticas a serem implantadas pelos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como forma de reter esses profissionais em países pobres. Os incentivos seriam estímulo financeiro, moradia, escola para os filhos e trabalho para o cônjuge, e esses incentivos seriam uma forma retenção de profissionais, bem como forma de melhorar a distribuição geográfica [122].

Em relação à quantidade de dentistas no Brasil, por meio dos dados do CFO o número de dentistas ativos são de 326.688 e esse aumento é progressivo, para os autores McPake et al.¹²⁴ 2015, as influências das forças de mercado sobre o processo de formação dos profissionais da saúde geralmente são ignoradas, o que resulta na formulação de políticas e mecanismos de regulação insuficientes [123,124].

Entretanto, o Brasil Sorridente, diante de um mercado privado saturado, possibilitou aos dentistas uma perspectiva de trabalho no serviço público, com garantias financeiras e estabilidade [72]. Diante dessa possibilidade, a maior parte dos acadêmicos relatou interesse no serviço público, dos acadêmicos avaliados, 87,9% disseram que gostariam de prestar concurso público, motivados principalmente pela

estabilidade financeira. Porém, os acadêmicos relataram almejar assumir a duplicidade do serviço público e privado com jornada de trabalho de apenas 20 horas semanais no serviço público. As diretrizes da PNSB preconizam que o CD deve ter uma jornada semanal de trabalho de 40 horas, para que os serviços prestados sejam mais resolutivos [125]. A duplicidade de jornada de trabalho entre público e privado, pode prejudicar a acessibilidade aos usuários nos serviços do SUS. Também foi notado, pelas respostas sobre durante quantos anos os acadêmicos da UnB e UCB pretendiam trabalhar no serviço público, que o vínculo com a instituição pública seria uma forma de assegurar-lhes recursos financeiros e estabilidade no início da carreira, até que eles tivessem seus próprios consultórios.

A respeito dos aspectos sócio econômicos, pelo resgate histórico, nota-se a elitização de cursos da saúde, como medicina e odontologia, e esse fato, durante anos, permitiu o acesso, apenas para os graduandos provenientes de famílias de classe média e média alta, cujos pais eram médicos, dentistas ou que tinham outro curso de nível superior [126,127]. Sendo assim, os graduandos de odontologia em geral cursavam o ensino médio e fundamental em escolas particulares, pois os pais desses acadêmicos podiam pagar as mensalidades. Os dados encontrados neste estudo ratificam esta afirmação, os acadêmicos da UnB e UCB são majoritariamente financiados pelos pais, possuem carro e cursaram ensino fundamental e médio em escolas particulares, a escolaridade dos pais é alta com ensino superior completo ou mais para a maioria desses graduandos. No entanto, no estudo de Moritta et al¹²⁷, realizado por meio de dados do questionário sócio econômico do ENADE², aplicado aos ingressantes e concluintes do curso de odontologia de 2004 e 2007 no Brasil. Foi observado um progressivo ingresso de acadêmicos cuja renda era inferior a 3 salários mínimos e somado à informação sobre terem cursado o ensino médio em escolas públicas eles concluíram que esses fatores associados poderiam ser indicativos de que o acesso aos cursos de odontologia por acadêmicos de classes sociais de baixa renda havia aumentado [128]. O presente estudo confirma a mudança relatada no estudo de Moritta, pois 26,3% dos acadêmicos cursaram o ensino médio em escolas

² ENADE: Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes. Configura-se como instrumento de avaliação institucional a partir de uma prova com conteúdos que contemplam as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação

públicas, e desse percentual 15,3%, entraram por meio de programas de inclusão, como a Lei de Cotas e o Prouni.

A aceitação quanto à implantação dos programas de inclusão, ainda é um ponto controverso e motivo de muitas discussões na sociedade brasileira [129]. Entretanto, acredita-se que é importante basear as discussões tendo em vista os maiores beneficiários, os graduandos. Neste estudo, notou-se um grande apoio dos graduandos aos programas de inclusão, 72,6% dos graduandos concordam com a política. Não obstante, houve associação positiva entre o apoio às políticas de inclusão e os graduandos de menor condição financeira. Os resultados positivos quanto às políticas de inclusão podem ser atribuídos em função do ponto de vista do beneficiário, entretanto, deve-se destacar que o Estado Brasileiro exige o cumprimento das Leis de inclusão pelas IE, o que torna sua aplicabilidade efetiva. Diante desses dados, pode-se afirmar que as Políticas de ações afirmativas desenvolvidas nessas instituições estão tornando o acesso ao curso de odontologia mais social e democrático.

Adequar o perfil dos acadêmicos às DCNs é um meio de transformar uma formação extremamente técnica, especializada e mercantil em uma formação que desperte o senso crítico do CD [130,131]. A formação generalista não é uma formação superficial e com falta de conteúdo. Pelo contrário, é importante que o aluno diante de problemas de saúde da população tenha o perfil um profissional de saúde, com conhecimento suficiente para “tomada de decisão” de forma integral, equânime, com vista a promoção de saúde e ao cuidado humanizado [132]. Logo, o profissional recém-formado não deve necessariamente conhecer os pormenores de cada especialidade, mas deve ter uma visão geral da odontologia, sendo capaz de oferecer resolubilidade para a maioria dos casos. Evitando, assim, as microespecializações e as especializações precoces que estão acontecendo.

As vivências no SUS estimuladas pelas DCNs, Pró-saúde, Pet-Saúde objetivam apresentar aos acadêmicos situações e problemas reais de saúde. Por isso, a importância de estágios extramuros, o autores Ditterich *et al.*¹³³, relatam que atividades fora do ambiente físico da universidade integra os acadêmicos à comunidade e constitui um esforço para mudar o modelo de atenção em saúde bucal de individual para coletivo, de curativo para preventivo e de ambiente isolado para

realidade social. O estágio voltado à promoção de saúde também estimula a elaboração de estratégias para resolução de problemas [133].

A UnB, por meio de representantes, participou das reuniões da ABENO com vistas a estimular as universidades adequarem seus projetos pedagógicos as DCNs e por consequência implantar a política de formação. Porém, ainda há uma tendência à formação *Lato sensu*, como demonstrado neste estudo, no qual a maioria dos graduandos (57%) não consideram que somente a graduação os permitirão inserir-se no mercado de trabalho, tendendo a especializações precoces, como demonstrado na preferência dos acadêmicos para realizar cursos de especialização com até um ano de formado. Vale lembrar, que a educação continuada é fundamental e defendida pelas DCNs, entretanto, acredita-se que ela deve ser realizada por profissionais com maior vivência clínica generalista.

Dentre as atividades extracurriculares realizadas a que os acadêmicos mais desenvolveram foi a de Monitoria, já os Estágios Remunerados e Não Remunerados, que permitiriam vivências fora do ambiente físico da universidade, foram desenvolvidos por apenas 56% dos acadêmicos. As DCNs preconizam, que os estágios extramuros devem ser realizados por todos os acadêmicos. Dentre as sugestões mais mencionadas pelos acadêmicos, para melhorar a formação em odontologia, a resposta mais frequente foi para aumentar as vivências clínicas e os estágios. No último ano, a clínica integrada desses acadêmicos é realizada na Instituição SESC³, por meio de contrato entre UnB e SESC. As pessoas assistidas por essa última instituição são pessoas que pagam pelos tratamentos. Assim, esse fato, mesmo que de forma indireta pode estimular o assistencialismo e diminuir a demanda de procedimentos, que ficam na dependência do pagamento da “clientela” para realizar os procedimentos.

Já para a UCB, Cruvinel et al¹³⁴, conclui em seu trabalho que a formação em odontologia na UCB tem potencial de produzir um perfil de profissional adequado às Dcns. No entanto, 68% dos acadêmicos analisados dessa instituição, não consideram que apenas a graduação os farão inserir-se no mercado de trabalho, permanecendo o pensamento da necessidade de especializar-se. Além disso, vale apontar que apenas 7 acadêmicos realizaram iniciação científica, e que, portanto, o incentivo a

³ SESC: Serviço Social do Comércio. oferecer serviços e ações que melhoram a qualidade de vida dos brasileiros, em especial dos trabalhadores do comércio de bens, serviços e turismo.

pesquisa, bem como, uma odontologia baseada em evidências científicas, apresentam dificuldades para serem implementadas, como preconizado pelas DCNs [134].

Ademais, para 50% dos acadêmicos deve-se aumentar as clínicas integradas e estágios vivenciais, e 25% sugeriram clínica nucleada antes da clínica integrada. Para o autor Botazzo¹³⁵, os docentes bem como as IE devem ter o controle, nas clínicas integradas, de forma que os acadêmicos realizem os procedimentos mínimos objetivando a contemplar todo o conteúdo para uma formação ampla [135].

As DCNs é uma Resolução, que entrou em vigor a partir de 2002, sendo assim as IE com cursos de odontologia são obrigadas a adequar os currículos à Resolução. Porém, percebe-se que existe barreiras nas IE para implementá-las, seja de ordem estrutural ou humana [136]. Para isso, é necessário otimizar a articulação entre a universidade e as unidades de serviço público, facilitada pela parceria entre os ministérios da Educação e da Saúde, como os programas de vivências no SUS [137].

Embora as descobertas não possam ser consideradas representativas dos graduandos de odontologia em geral em Brasília, as opiniões desse grupo de graduandos, dado seu perfil demográfico e as tendências de admissão nos cursos de odontologia, são importantes para informar o planejamento e as políticas de recursos humanos destinadas aos CDs.

Diante das limitações de um estudo tipo exploratório, pode-se afirmar que a implantação das DCNs nas IE analisadas, ainda não aconteceu de forma plena, principalmente no que tange à formação de um CD generalista e que tenha vivências no SUS. As Políticas de inclusão estão mudando o perfil dos acadêmicos de odontologia na UnB e UCB, mesmo que de forma discreta. Acredita-se que a predisposição dos acadêmicos para o serviço público, o trabalho em lugares remotos e a vontade de sair do país, são consequências da crise econômica atual no Brasil. E sendo assim o que estaria influenciando a formação odontológica é o mercado privado, corroborando com a afirmação de McPake et al.¹²⁴ 2015. Por isso é importante que o graduando compreenda o papel social da odontologia enquanto profissão de saúde e mais do que isso é necessário que as instituições de ensino aliadas ao corpo docente estejam cientes da responsabilidade social e de formação CDs que sejam capazes de melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira.

7 CONCLUSÕES

As características sociodemográficas dos acadêmicos das IE (UnB e UCB) são em sua maioria: jovens, mulheres, possuem carro, a escolaridade dos pais é alta e residem em Brasília anteriormente à graduação.

Dos acadêmicos analisados a porcentagem de 15,3% ingressaram no ES por meio de programas de inclusão (Sistema de cotas e Prouni).

As atividades extracurriculares mais realizadas para os alunos da UnB foi de Monitoria seguida de iniciação científica, já os alunos da UCB foi a atividade de Monitoria seguida de estágio não-remunerado.

A maioria dos acadêmicos pretende prestar concurso público, trabalhar no serviço público, sair do país, no entanto a cidade de preferência para trabalhar após formado foi Brasília.

Por meio do estudo também foi possível demonstrar que as Características sociodemográficas e econômicas exercem influência sobre alguns aspectos do perfil acadêmico e perspectivas de atuação profissional de graduandos de Odontologia, especificamente como:

- ✓ A cidade de origem do graduando teve impacto sobre a escolha da universidade (*i.e.*, se pública ou privada), curso de primeira opção (*i.e.*, se Odontologia ou outro), possibilidade de sair do país e cidade que pretende exercer a profissão;
- ✓ O fato de residir ou não com os pais interferiu na escolha da universidade, no ingresso ou não por programa de inclusão e na possibilidade de sair do país;
- ✓ O tipo de escola que cursou o ensino fundamental e médio (*i.e.*, se pública ou privada) exerceu influência no ingresso por programa de inclusão;

- ✓ Possuir ou não automóvel é um indicador socioeconômico que teve impacto sobre a visão do discente em relação a política de inclusão e acesso ao ensino superior.

A instituição de ensino foi o único indicador de perfil acadêmico que tem associação com perspectivas de atuação profissional em graduandos de Odontologia, interferindo na disposição para trabalhar em zona rural e/ou periferia de cidade grande e na possibilidade de sair do país.

REFERÊNCIAS

1. Arretche MTS. Tendências no estudo sobre avaliação. In: Rico EM (org) et ali. Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. São Paulo, Cortez, 1998. p.29-39.
2. Cruz MM. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In Mattos, r.a.; Baptista, t.w.f. (Org). Caminhos para análise das políticas de saúde, 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p.285-317
3. Boorse C. Health as a Theoretical concept. Philosophy of Science. 1977; 44 (4); 542-573
4. Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. Revista ABENO.2004;4(1),17-21
5. Marsiglia, R.M.G. Perspectivas para o ensino das Ciências Sociais na graduação odontológica. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T. (Orgs.). Ciências sociais e saúde bucal - questões e perspectivas. São Paulo: Editora Unesp, 1998.
6. Moysés, S.J. Saúde bucal. In: GIOVANELLA, L. (Org.). Políticas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.705-734
7. Faé JM, Junior MJS, Carvalho RB, Esposti CDD, Pacheco KTS. Interação ensino-serviço em Odontologia no Brasil. ABENO 2016(3):7-18
8. Alves G.P., Isabel; Augusto N., Luiz Roberto. Egressos de Odontologia: o sonho da profissão liberal confrontado com a realidade da saúde bucal. Revista ABENO 2016(1):13-24
9. Pagliosa F.L; Da Ros M.A. The Flexner Report: For Good and for Bad. Revista Brasileira de Educação Médica 2008,34(4):492-499
10. BRASIL. Ministério da Saúde 7ª Conferência Nacional de Saúde, In: Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1980.

11. Who WHO. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: [<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>] [acesso setembro 2019]
12. Snyder A. Halfddan Mahler. The Lancet Obituary. Jan 2017 07. 389(10064):30. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32604-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32604-6/fulltext)
13. BRASIL. Ministério da Saúde 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 1986.
14. Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília 19 de set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm
15. Poz MRD, Couto MHC, Franco TAV. Inovação, desenvolvimento e financiamento das instituições de ensino superior em saúde, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32 Sup 2:e00139915, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00139915>
16. Moysés SJ, Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. Revista ABENO 2004(1):30-7
17. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p.10.
18. Brasil. Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf
19. Brasil. Portaria Nº 3.012, de dezembro de 2012; *Redefine a composição das equipes de saúde bucal da estratégia da saúde da família constante na Política Nacional de Atenção Básica*

20. Manfredini MA, Moysés SJ, Noro LRA, Narvai PC. Assistência Odontológica Pública e suplementar no município de São Paulo na primeira década do século XXI. *Saúde Soc São Paulo*. 2012;21(2):323-335.
21. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no estado do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(4):1026-1035, jul-ago, 2005.
22. Brasil. Lei nº12.711. Dispõe sobre o ingresso nas Universidade Federais e nas instituições Federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, 29 de ago.2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm
23. Sousa JE, Maciel LKB, Oliveira CAS, Zocratto KBF. Mercado de trabalho em Odontologia: perspectivas dos graduandos concluintes de faculdades privadas no município de Belo Horizonte, Brasil. *Revista Abeno* 17(1):74-86, 2017.
24. Rezende FP, Nakanishi FC, Machado ACP, Quirino MR de S, Anbinder AL. Perfil, motivações e expectativas dos graduandos e graduados em odontologia. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2007 maio-ago; 19(2):165-72
25. Toassi RFC, Lamer JM de S, Rosing CK, Baumgarten A. Perfil Sociodemográfico e Perspectivas em Relação à Profissão do Estudante de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 52, n. 1/3, p. 25-32, jan./dez., 2011.
26. Rashid HH, Ghotane SG, Abufanas SH, Gallagher JE. Short and long-term career plans of final year dental students in the United Arab Emirates. *BMC Oral Health* 2013, 13:39.
27. Cayetano MH et al. O perfil dos estudantes de Odontologia é compatível com o mercado de trabalho no serviço público de saúde brasileiro? *Revista da ABENO* 19(2):2-12, 2019
28. Mendes IAC. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2004 June [cited 2019 Aug 24]; 12(3): 447-448)
29. Alves FAP, Cueto M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017. 22(7):2135-2144.

30. Fiocruz, CNS. Atenção Primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. SAÚDE DEBATE- RJ, 2018 setembro. 42(1):434-451.

31. Who WHO. World Health Organization. “The global health workforce Alliance” [internet]. 2019 [cited 2019 August 22] Disponível em: <https://www.who.int/workforcealliance/en/>

32. Giovanella L, Mendonça MHMde, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF dos. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cad. Saúde Pública 2019; 35(3):e00012219

33. Global Health Workforce Alliance. Human resources for health: foundation for Universal Health Coverage and the post-2015 development agenda. Third Global Forum Human Resources for Health. 2013; (November 2013):70-3. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. OMS. [internet]. 2019 [cited 2019 August 23] Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4571:declaracao-politica-marca-o-fim-do-forum-de-recursos-humanos-em-saude&Itemid=347

34. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third global forum on human resources for health, Recife, Brazil. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: Available from: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/> [cited 2019 August 23].
» <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>

35. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Draft for consultation.; Geneva: World Health Organization 2015. Available from: Available from: <http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/> [cited 2015 August 4].
» <http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>

36. BRASIL. Ministério da Saúde 4ª Conferência Nacional de Saúde, *In: Anais da 4ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1967.

37. Machado MH, Oliveira ES, Moyses NMN. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: Pierantoni C, Dal Poz MR, França T, organizadores. O

Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ; 2011. vol. 001, p. 103-16.

38. Paim JS et al. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil *Ciência & Saúde Coletiva*. 22(6):1805-1816, 2017

39. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2017

40. Fertoni HP *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015. 20(6):1869-1878.

41. Narvai, P.C, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.17-138.

42. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005

43. Campos FE, Aguiar RAT, Belisário AS. A formação superior dos profissionais de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

44. Pierantoni CR, Viana ALD. Apresentação. In: Pierantoni CR, Viana ALD, organizadores. *Educação e Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

45. Torres OM. Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde: das experiências regionais à (trans)formação político-pedagógica do Ver-SUS/Brasil [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; Salvador

46. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPESQ, Abrasco; 2006.

47. Koifmann L, Henriques RLM. A experiência da pesquisa EnsinaSUS. *Trabalho, Educação e Saúde* 2007; 5(1):161-172.

48. Ministério da Saúde (MS). Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)- Rede Unida. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudanças na Formação Superior de Profissionais de Saúde. [relatório final]. Rio de Janeiro: EAD, ENSP, Fiocruz-Rede UNIDA, SGTES, Ministério da Saúde; 2006.

49. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria interministerial n. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde- para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial da União* 2005; 4 nov

50. Dias HS, Lima LD de, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 June [cited 2019 Aug 23]; 18(6): 1613-1624. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n6/13.pdf

51. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações*. Brasília: MS; 2009.

52. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria conjunta nº 48 de 30 de junho de 2006. *Diário Oficial da União* 2006; 12 set.

53. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.282, de 25 de junho de 2008. Define que os valores publicados para a implementação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde sejam repassados durante os exercícios de 2008, 2009 e 2010 aos respectivos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. *Diário Oficial da União* 2008; 26 jun.

54. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação (ME). Portaria conjunta nº3, de 30 de janeiro de 2009. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Pet- Saúde. *Diário Oficial da União* 2009; 31 jan.

55. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação (ME). Portaria conjunta nº4, de 6 de fevereiro de 2009. Altera a homologação do resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- Pet- Saúde. *Diário Oficial da União* 2009; 10 fev.

56. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Coordenação PET- Saúde. Projetos.[Documento da internet]. [acessado 2019 august 22]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32571

57. Fernandes Neto AF. A evolução dos cursos de Odontologia no Brasil. *Abeno* 2002; 2(1):55-6.

58. Fernandes Neto, et al. In: BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. A trajetória dos cursos de graduação na saúde: 1991-2004. Brasília: Editora INEP/ MEC, 2006. Disponível em:
<<http://www.inep.gov.br/pesquisa/publicações>> <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>.

59. Brasil. Lei número 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em:[<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html>] Acessado 2019 august 23.

60. Pessoa TRRF, Noro LRA. Caminhos para a avaliação em Odontologia: construção de modelo lógico e validação de critérios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015. 20(7):2277-2290.

61. Kriger, L. O diferente é formar o generalista. *Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica*, Curitiba, 2005 abr./jun.1(4)

62. Lucietto DA. Percepção dos docentes e reflexões sobre o processo de formação dos graduandos de Odontologia. [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Saúde Pública; 2005

63.Moraes BA, Costa NMCSC. Compreendendo os currículos à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. *Rev Esc Enferm USP* · 2016; 50(n.esp):009-016

64. Feuerwerker L, Almeida M. Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! *Revista Brasileira de Enfermagem* 2003;56(4):351-2.

65. Ministério da Educação. *A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais*/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

66. ZILBOVICIUS, Celso. *Implantação das diretrizes curriculares para cursos de Graduação em Odontologia no Brasil: contradições e perspectivas*. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas) – São Paulo, Faculdade de Odontologia, Universidade do Estado de São Paulo, 2007.)

67. Haddad AE. et al. A aderência dos cursos de graduação em odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais*. Brasília, 2006. p. 119-153.

68. Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. *Revista da Abeno*, São Paulo, 2004; 4(1):17-21.

69. Freitas SFT, et al. Saúde coletiva e novas diretrizes curriculares em odontologia: uma proposta para graduação. *Trab. educ. saúde* [online]. 2012, vol.10, n.2, pp.223-234. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462012000200003>.

70. Morita MC, Kriger L, Carvalho ACP, Haddad AE. *Implantação das diretrizes curriculares nacionais em odontologia*. Maringá : Dental Press: ABENO: OPAS: MS, 2007. 160 p. ISBN 978.85.88020-49-8 4 <http://www.abeno.org.br/revista-abeno-pdf.php>. Acesso em agosto de 2018 estudos da abeno e conclusões)

71. Maria Celeste Morita; Maria Ercília de Araújo Revisão das Diretrizes da ABENO para a definição do Estágio Supervisionado Curricular nos cursos de Odontologia *Revista da ABENO* • 15(3):109-113, 2015.

72. Pucca Jr AG, Gabriel M, Araújo ME de, Almeida FCSA. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges *Journal of Dental Research* 2015, Vol. 94(10) 1333–1337

73. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 10 anos de Brasil Sorridente: milhões de sorrisos. Rev Bras Saude Familia. 2012;1(1):74-77. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/revista_saud e_familia35_36

74. Lucena EHG, Pucca JR GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. Tempus Actas Saude Coletiva [Internet]. 2011[citado 2015 mai 11];5(3):53-63. Disponível em:
<http://www.tempus.UnB.br/index.php/ tempus/article/view/1042/951>

75. BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

76. Brasil. Ministério da Saúde (MS). PORTARIA Nº 1.570, DE 29 DE JULHO DE 2004. *Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.*

77. Rios LRF, Colussi CF. Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2014. Epidemiol. Serv. Saúde vol.28 no.1 Brasília 2019 Epub Apr 08, 2019

78. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2004.

79. Brasil. Ministério da Saúde (MS). PORTARIA No - 2.375, DE 7 DE OUTUBRO DE 2009. Define os recursos anuais para o financiamento de procedimentos de prótese dentária

80. Brasil. Ministério da Saúde (MS). PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.646, DE 5 DE AGOSTO DE 2014. Institui o componente GraduaCEO - BRASIL SORRIDENTE, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, que irá compor a Rede de Atenção à Saúde (RAS), e dá outras providências

81. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria No - 2.062, DE 21 DE OUTUBRO DE 2016. Habilita as Instituições de Ensino Superior, com curso de graduação em odontologia, a receberem a antecipação dos incentivos financeiros destinados à implantação do GraduaCEO - BRASIL SORRIDENTE.

82. Chaves S.C.L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciência & Saúde Coletiva* 22(6): 1791- 1803, 2017.

83. Chaves S.C.L. et al Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017 SAÚDE DEBATE, Rio de Janeiro, 2018 outubro; V. 42, NÚMERO ESPECIAL 2, P. 76-91.

84. Rizzo, HG da M; CARRER, Almeida FC. Características da força de trabalho dos cirurgiões-dentistas no Brasil. 2018. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-04042018-103200/> >.

85. Projeto pedagógico do curso de Odontologia da UnB, Vol.I, Disponível em: [http://fs.UnB.br/articles/0000/1431/Projeto Pedag gico do Curso de Odontologia da UnB.pdf](http://fs.UnB.br/articles/0000/1431/Projeto_Pedag_gico_do_Curso_de_Odontologia_da_UnB.pdf) Acesso em 2019 Jun 26.

86. Organização das Nações Unidas ONU. Declaração Universal dos Direitos humanos, Paris, 1948. Disponível em português [<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>]

87. ALVES J. A. L. A Conferência de Durban contra o Racismo e a responsabilidade de todos. *Revista Brasileira de Política Internacional*. 45 (2): 198-223, Brasília, 2009

88. Piovesan F. *Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos*. Cad. Pesqui. [online]. 2005, vol.35, n.124, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742005000100004>.

89. Silva IG. Direito social à educação: acesso ao ensino superior – o debate sobre as políticas de ações afirmativas nas universidades públicas brasileiras. 2011. Resumo Relatório. Departamento de Direito. Disponível em: https://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2011/Relatorios/CSS/DIR/DIR_Ivanuze_Silva.pdf

90. Mulholland T. O sistema de cotas para negros na Universidade de Brasília. In: Feres Júnior, J; Zoninsein J. (Org.) Ação afirmativa e universidade: experiências nacionais comparadas. Brasília: UnB, 2006. p. 183-185.

91. Senkevics AS. Contra o silêncio racial nos dados universitários: desafios e propostas acerca da Lei de Cotas. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 44, e182839, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022018000100317&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Sept. 2019. Epub Oct 04, 2018.

92. BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências, Brasília, DF, 29 ago. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm>. Acesso em: 26 agosto 2019.

93. Karruz A. Oferta, Demanda e Nota de Corte: Experimento Natural sobre Efeitos da Lei das Cotas no Acesso à Universidade Federal de Minas Gerais. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 61, no 2, 2018 s.

94. Brandão C da F. Política educacional para a educação superior brasileira na última década. Piracicaba: Impulso, 2005

95. Costa JMN; Ferreira JR. Programa Universidade para todos (Prouni): política pública afirmativa ou mecanismo de consolidação do setor privado na educação superior brasileira. In: CONFERÊNCIA FORGÊS - Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa, 2. 2012, Macau.

96. SILVA AM da, SANTOS BCS. Eficácia de políticas de acesso ao ensino superior privado na contenção da evasão. Avaliação (Campinas) [online]. 2017, vol.22, n.3, pp.741-757. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141440772017000300741&script=sci_abstract&tlng=pt

97. Silva AMda, Santos BCS. Eficácia de políticas de acesso ao ensino superior privado na contenção da evasão. Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP, v. 22, n. 3, p. 741-757, nov. 2017 741

98. Nogueira CMM, et al. Promessas e limites: O Sisu e sua implementação na Universidade Federal de Minas Gerais. 2017. Educação em Revista. V.33,e 161036.
99. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003
100. Bardini L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70
101. Rao M, Rao KD, Kumar AS, Chatterjee M, Sundararaman T. Human resources For health in India. Lancet. 2011;377(9765):587-98.
102. Gallagher JE, Wilson NH The future dental workforce? Br Dent J. 2009 Feb 28;206(4):195-9. doi: 10.1038/sj.bdj.2009.114.
103. Antunes JLF, Narvai PC, Nugent ZJ. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2004;32(1):41-8.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00125.x>
104. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. Rev Panam Salud Publica. 2006;19(6):385-93
105. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2004;9: 131-8
106. Padula MGC, Silva RHAda . Perfil profissional de cirurgiões-dentistas integrantes da Estratégia Saúde da Família do município de Marília-SP: o desafio do trabalho interprofissional. Rev Odontol UNESP. 2014 Jan-Feb; 43(1): 52-60
107. Haslach SD et al. Country and gender differences in the motivation of dental students-An international comparison. Eur J Dent Educ. 2018 Nov;22(4):e724-e729
108. Balasubramanian M et al. Characteristics and practice profiles of migrant dentist groups in Australia: implications for dental workforce policy and planning. Int Dent J. 2015 Jun;65(3):146-55

109. Kfoury MG, Moysés SJ, Moysés ST. Women's Motivation to Become Dentists in Brazil. *Journal of Dental Education*. 2012;77(6)
110. Lemos CG, Bueno JMH, Balão SMS, Silva LB, Silva PL. Professional career and relationships of gender: a comparative study in undergraduate students. *Boletim de Psicologia* 2005;55(123):129-48
111. Kruger E, Tennant M. A baseline study of the demographics of the oral health workforce in rural and remote western Australia. 2004;(3):136-40
112. Gabardo MCL, Ditterich RG, Cubas MR, Moysés ST, Moysés SJ. Desigualdades na distribuição da força de trabalho na Odontologia brasileira RGO, *Rev Gaúch Odontol*, Porto Alegre, v.65, n.1, p. 70-76, jan./mar., 2017
113. Franco TAV, Dal Poz MR. A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.017-1.037, set./dez. 2018
114. BRASÍLIA. In WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. Wikimedia, 2019. Disponível em: <
<https://pt.wikipedia.org/wiki/Brasília>>. Acesso em: 09 september 2019.
115. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* [homepage na Internet]. Brasília. [acessado em 2019 ago20]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>
116. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*[internet].2006;4910:12. Disponível em:<http://www.human-resources-health.co/content/4/1/12>
117. OLIVEIRA, Catia Martins et al. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.10, pp.2999-3010. ISSN 1413-8123
118. Projeto Rondon 2019. Disponível em :<https://projettorondon.defesa.gov.br/portal/>

119. Neill J, Taylor K. Undergraduate Nursing Students' Clinical Experiences in Rural and Remote Areas: Recruitment Implications. *The Australian Journal Rural health*. 19 September 2002
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1584.2002.00482.x>

120. Johnson G, Blinkhorn A. The influence of a clinical rural placement programme on the work location of new dental graduates from the University of Sydney, NSW, Australia. *Eur J Dent Educ*. 2013 Nov;17(4):229-35. doi: 10.1111/eje.12043. Epub 2013 Apr 21.

121. Bógus, L.; Baeninger, R. Apresentação. In: Bógus, L.; Baeninger, R. *A nova face da emigração internacional no Brasil*. São Paulo: Educ, 2018.

122. Who WHO. World Health Organization. (2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44369>

123. Conselho Federal de Odontologia. Estatísticas Quantidade Geral de profissionais e entidades Ativas. Acesso em 2019 set. Disponível em:
<http://cfo.org.br/website/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos/>

124. MCPAKE, Barbara et al. *The economics of health professional education and careers: insights from a literature review*. The World Bank, 2015. Disponível em: <<http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-1-4648-0616-2>>. Acesso em: 16 out. 2016.)

125. ALVES VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp.39-52.

126. Secco LG, Pereira ML. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9:113-20

127. Morita MC, Haddad AE, Araújo Mede. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. *Dental Press Internacional*. Maringá 2010.

128. Moura MRS, Tamboril MIB. "Não é assim de graça!": Lei de Cotas e o desafio da diferença. *Psicologia Escolar e Educacional*, SP. Setembro/Dezembro de 2018. 22(3) 593-601
129. Queiroz MG. Óbvio ou obscuro: estudo das representações sociais dos acadêmicos dos cursos de Medicina e Odontologia da UFG acerca de suas profissões. *Cad Educação*. 1998;6(1):45-60
130. Slavutzky SMB, Bercht S, Lima LS. Perfil do calouro odontologia. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 1992;33(2):3-15
131. Freire MCM, Souza CS, Pereira HR. O Perfil do acadêmico de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. *Divulgação*. 1995;10(1):15-20
132. Carvalho DR, Carvalho ACP, Sampaio H. Motivações e expectativas para o curso e para o exercício da Odontologia. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1997;51(4):345-9
133. Ditterich RG, Portero PP, Schmidt LM. A preocupação social nos currículos de odontologia. *Revista da ABENO, São Paulo* 2007; 7(1): 58-62
134. Cruvinel VRN, et al. A formação do cirurgião-dentista generalista na Universidade Católica de Brasília. *Revista da ABENO*, 2010; 10(2):12-37
135. Botazzo C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec; FAPESP; 2000. 317
136. Cristino PS. Clínicas integradas antecipadas: limites e possibilidades. *Revista da ABENO, São Paulo* 2005;5(1):12-18.
137. Lage RH, et al. Ensino e Aprendizagem em Odontologia: Análise de Sujeitos e Práticas. *Revista Brasileira de Educação Médica* 41 (1):22-29; 2017

PRESS RELEASE

O presente estudo objetivou avaliar possíveis alterações no perfil sócio demográfico e expectativas quanto ao mercado de trabalho, diante das políticas de formação – DCNs e políticas de ação afirmativa, dos cursos de odontologia de duas instituições de ensino superior (público e privada), localizadas na região centro-oeste do Brasil. As DCNs incentivam a formação de um profissional generalista com sensu-crítico que reconhece que os determinantes sociais estão diretamente ligados ao processo de adoecer, bem como o dentista tem que desenvolver habilidades do trabalho em equipe, buscando soluções intersetoriais para os problemas de saúde da comunidade. Para isso, é necessária adequação estrutural e humana das instituições de ensino de forma a proporcionar uma formação abrangente. Já os programas de acesso ao ensino superior como (Lei de Cotas e Prouni), são leis federais que permitem o acesso de alunos de baixa renda ao ensino superior.

Por meio deste estudo foi possível observar que os acadêmicos das instituições de ensino analisadas são maioria mulheres, jovens, solteiros, residem em Brasília, desde antes da graduação. Uma parcela de acadêmicos (15,3%) teve acesso às instituições analisadas pelos programas de inclusão, essa parcela é representada por estudantes provenientes de escolas públicas. Esse fato, prediz que os cursos de odontologia que eram realizados por acadêmicos apenas de classe média a alta, estão apresentando um perfil de alunos de baixa classe econômica o que torna o acesso social e democrático. Os acadêmicos estão mais dispostos a trabalhar em zonas rurais e ou periferia de cidade grande, querem prestar concurso público e estão dispostos a saírem do país. Essas características podem contribuir para diminuição das desigualdades do número de dentistas nas regiões do Brasil, porém o estudo também demonstrou que a preferência do local que querem exercer a profissão é na cidade de Brasília.

A crise econômica atual no Brasil, desencadeia processo emigratórios de jovens recém-formados em direção a países ricos, e esse fato é um contraponto para resolução de problemas brasileiros de desigualdade de dentistas. O Brasil Sorridente, ampliou o mercado de trabalho dos dentistas com vistas a oportunidade de trabalho

no setor público, porém há um descompasso da formação odontologia. Os acadêmicos das instituições estudadas demonstraram pré-disposição ao serviço público, porém o estudo mostrou que a formação necessita de vivências no SUS, bem como apoio institucional e acadêmico para formação em odontologia que corresponda às DCNs.

Portanto, o presente estudo é de grande relevância, pois demonstra indicadores importantes na formação odontológica dessas instituições, diante de políticas públicas, as quais objetivam formar profissionais de saúde em odontologia, comprometidos em promover saúde da sociedade.

APÊNDICES

Apêndice 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “**Perfil e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Patrícia Araújo Pereira Azevedo. O projeto será realizado por meio de uma pesquisa, em que o(a) senhor(a), aluno do último período do curso de Odontologia, se autorizar, responderá a um questionário estruturado com questões fechadas e abertas. O questionário apresenta perguntas referentes ao perfil sócio econômico, forma de ingresso à universidade e expectativas quanto ao mercado de trabalho.

O objetivo desta pesquisa é identificar por meio da análise dos resultados das respostas obtidas no questionário, se a implantação das Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Odontologia e o ingresso nas Universidades por meio de políticas públicas de inclusão como Lei de Cotas e o Programa Universidade para Todos (Prouni), têm refletido em mudanças no perfil e expectativas quanto ao mercado de trabalho nos acadêmicos do curso de Odontologia.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará em momento único após o horário de aula e a pesquisadora responsável Patrícia Araújo Pereira Azevedo irá aplicar o questionário, caso senhor(a) aceitar participar.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são de seus dados serem revelados, porém, será mantido o sigilo de todos os participantes e será cumprida a preservação de qualquer tipo de constrangimento. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para analisar se as políticas públicas implementadas no curso de Odontologia estão sendo efetivas no que diz respeito às mudanças no perfil dos acadêmicos e poderá contribuir de forma direta para possíveis mudanças curriculares nos cursos de Odontologia favorecendo a formação acadêmica para que ela se torne mais abrangente e de qualidade, permitindo que o profissional, ao se inserir no mercado de trabalho, esteja mais preparado e qualificado.

O(a) Senhor(a) poderá se recusar a responder ao questionário e recusar a responder qualquer questão do questionário que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Patrícia Araújo Pereira, Professor Dr. Gilberto Pucca Júnior, na Universidade de Brasília nos telefones (61)999996296, (61) 33654445, (61) 981032489, disponível inclusive para ligação a cobrar e e-mail: patricia_araujo_pa@hotmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@UnB.br ou cepfsUnB@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Patrícia Araújo Pereira Azevedo

Brasília, ___ de _____ de _____.

Rubrica:

Apêndice 2 – Instrumento de Coleta - Questionário



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ACADÊMICOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA

Este questionário apresenta questões fechadas e abertas referentes ao perfil do aluno, aspectos socioeconômicos, atividades desenvolvidas durante a graduação e expectativas quanto ao mercado de trabalho

DADOS PESSOAIS

RG: _____

Nascimento: ____/____/____

Sexo: Feminino () Masculino ()

1. **Ano de ingresso:**(ex.: 2005) _____

2. **Ano de formatura:**(ex.: 2014) _____

3. **Período que estuda:**

() Diurno () Noturno () misto

4. **Estado Civil:**

() Solteiro(a) () União Estável () Casado(a) () Separado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

5. **Possui filhos?**

() Sim Quanto? () () Não

6. **Cidade em que residia antes de ingressar na faculdade:**

(ex.: Brasília/DF) _____

7. **Qual cidade você reside agora?**

(ex.: Brasília/DF) _____

8. **Atualmente, você mora:**

() com meus pais

() em República

() em um quarto individual

() Outros: _____

9. **Quem financia sua moradia?**

() você mesmo () pais/responsáveis () Outros: _____

10. **Em relação ao veículo automotivo (carro ou moto) você:**

() Possui e é quitado por você

() Possui e é quitado por outro

() Possui e é financiado por você

() Possui e é financiado por outro

() Não Possui

11. Qual o maior grau de estudo de sua mãe/ pai/responsável?

- Não possui estudo
 Ensino Primário Completo
 Ensino Primário Incompleto
 Ensino Fundamental Completo
 Ensino Fundamental Incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Médio Incompleto() Técnico Completo
 Técnico Incompleto
 Ensino Superior Completo
 Pós-Graduação
 Desconheço essa informação

12. Quanto ao seu ensino fundamental, você estudou maior parte em:

- Escola pública () Escola privada

13. Quanto ao seu ensino médio, você estudou maior parte em:

- Escola pública () Escola privada

14. Você ingressou na Universidade por meio de algum programa de inclusão ou cotas?

- Sim () Não

15. Você concorda com os programas de inclusão como a Lei de Cotas:

- Sim () Não

16. Odontologia era o curso de primeira opção no vestibular?

- Sim () Não

Se não, qual era sua primeira opção? _____

17. Atualmente, você exerce alguma atividade remunerada?

- Sim, qual? _____ () Não

E quanto você recebe? R\$ _____

GRADUAÇÃO**18. Durante a sua graduação, quem arcou com os custos dos materiais?**

- eu mesmo(a) () pais/responsáveis () Familiar () Cônjuge () programas de permanência universitária
 Outro: _____

19. Quanto às seguintes atividades do período de graduação, qual(is) você realizou? (Pode ser assinalada mais de uma opção)

- Monitoria
 Estágio remunerado
 Estágio não remunerado
 Iniciação Científica () Intercâmbio nacional
 Intercâmbio internacional

20. Qual classificação você atribui ao seu curso de Graduação?

- Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo

21. Em sua opinião, em qual(is) disciplina(s) você foi melhor formado/melhor preparado?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

22. E as que você considerou deficientes?

(1) _____

(2) _____

(3) _____

23. Em sua opinião quais disciplinas dentre as obrigatórias e optativas que você cursou durante a graduação que mais contribuíram para sua formação como cirurgião dentista e como cidadão.

_____;

_____;

24. Em sua opinião, qual(is) atividades extracurriculares (estágios vivenciais, iniciação científica, monitoria, diretoria de centro acadêmico ou atlética, ligas, etc) contribuíram com sua formação e com suas decisões sobre sua carreira profissional?

_____;

_____;

25. Nós gostaríamos de saber quais são suas sugestões para aprimorar a graduação em odontologia e para que o curso possa contribuir mais para prepará-lo para o ingresso no mercado de trabalho.

26. Você considera que somente a graduação te possibilitará condições adequadas para sua inserção no mercado de trabalho?

Sim Não Não se aplica

27. Você acha que a sua formação no curso de Odontologia o qualifica melhor para o mercado de trabalho em relação aos acadêmicos de outras faculdades de odontologia?

Sim Não

28. Se você pudesse voltar no tempo, você faria a faculdade de Odontologia novamente?

Sim Não

29. Se não, qual curso você faria?

FUTURO PROFISSIONAL

30. Você pretende atuar na área da Odontologia? Considere área de atuação que leva em conta seus conhecimentos como Cirurgião-Dentista (como Cargos administrativos, públicos e privados; voltados ao ensino, clínica ou outros)

Sim Não

31. Considerando a odontologia, você pretende trabalhar: (Pode ser assinalada mais de uma opção)

em consultório/clínica próprio

em Instituição Pública (Unidade Básica de Saúde, CEO, Hospitais)

em Empresa privada no setor de Odontologia

na área de ensino

Outros: _____

32. Pretende fazer outra graduação?

Sim Não

33. Qual(is) Cidade(s)/Estado(s) você pretende exercer a profissão de Cirurgião-Dentista? (ex.: Brasília?DF)

(1) _____

(2) _____

(3) _____

34. Dos cursos de pós-graduação abaixo, qual(is) você pretende fazer até um ano de formado(a): (Pode ser assinalada mais de uma opção)

Cursos com até 7 dias de duração

Especialização

Atualização ou outros cursos de curta duração

Mestrado

Doutorado

Pós-doutorado

Outros: _____

35. Das seguintes especialidades, qual(is) você pretende realizar até uma ano de formado(a): (Considerar especialidade como sendo títulos obtidos a partir de cursos dessa modalidade. Se você não for realizar nenhuma, assinale o campo de Clínica Geral)

Clínica Geral

Dentística

Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Disfunção Temporo-Mandibular e Dor Orofacial

Endodontia

Estomatologia

Radiologia Odontológica

Implantodontia

Odontologia Legal

Odontogeriatría

Odontopediatria

Odontologia do Esporte

Odontologia do Trabalho

Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais

Ortodontia

Ortopedia Funcional dos Maxilares

Patologia Bucal

Periodontia

Prótese Buco-Maxilo-Facial

Prótese Dentária

Saúde Coletiva

() Não se aplica () Outros: _____

36. E qual(is) da(s) especialidade(s) você se sentiria apto a realizar no consultório somente com o conhecimento obtido pela graduação?

- () Clínica Geral
() Dentística
() Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
() Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial
() Endodontia
() Estomatologia
() Radiologia Odontológica
() Implantodontia
() Odontologia Legal
() Odontogeriatrics
() Odontopediatria
() Odontologia do Esporte
() Odontologia do Trabalho
() Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais
() Ortodontia
() Ortopedia Funcional dos Maxilares
() Patologia Bucal
() Periodontia
() Prótese Buco-Maxilo-Facial
() Prótese Dentária
() Saúde Coletiva
() Não se aplica () outros: _____

37. Você pretende atender em algum Convênio ou Cooperativa?

() Sim () Não () Não se aplica

38. Pretende prestar concurso público na área da Odontologia?

() Sim () Não

39.1 Se sim, por que você pretende ingressar no serviço público? Quais suas motivações?

39.2 Considerando que você vai trabalhar 8 horas por dia, quantas horas você pretende dedicar ao serviço público?

39.3 Em que momento da graduação você decidiu prestar concurso público?

39.4 Quanto tempo você pretende trabalhar no serviço público e por que?

40. Após 1 ano de formado, sua expectativa de renda com a Odontologia está em torno de: (Considerar a média de ganho mensal.)

R\$ _____, aproximadamente.

41. Após 5 anos de formado, sua expectativa de renda com a Odontologia está em torno de: (Considerar a média de ganho mensal)

R\$ _____, aproximadamente.

42. Considera que terá mais oportunidade profissional depois de realizar atualização ou cursos de pós-graduação (como especialização, mestrado, doutorado ou pós-doutorado)?

Sim Não Não se aplica

43. Em relação aos itens abaixo, coloque-os em ordem do mais importante para o menos importante para você:

aspectos financeiros aspectos pessoais
 disponibilidade de tempo ambiente de trabalho

44. Quais quesitos você acha que encontrará dificuldade no exercício da profissão: (Pode ser assinalada mais de uma questão)

Aspectos financeiros
 Relação paciente-profissional
 Relação profissional-colegas de trabalho
 Capacidade técnica
 Habilidades de administração
 Não se aplica outros: _____

45. Você estaria disposto a exercer a Odontologia em zonas rurais, cidades pequenas ou periferias das grandes cidades? Sim Não Não sei

46. Caso tenha respondido Não/Não sei para a pergunta acima, o que te impediria? (Pode ser assinalada mais de uma opção)

Condições de trabalho não adequadas
 Laços afetivos (como família, namorado, amigos)
 Acredita que em grandes cidades o salário seja maior
 Acostumado à infraestrutura de uma cidade grande
 Acredita que a qualidade de vida nas grandes cidades seja melhor
 É nascido em uma grande cidade e não tem motivos que o leve a se mudar
 Estabilidade em um emprego
 Nunca pensei no assunto
 Outros: _____

47. E independente da sua resposta na questão nº41, por qual renda mensal você estaria disposto? (SM= Salário Mínimo)

R\$ _____, aproximadamente

Nenhuma

() Não se aplica

48. Você já considerou sair do país em busca de melhores oportunidades?

() Sim () Não , por que?

48.1 Se sim, qual(is) país (es) você iria trabalhar?

48.2 Você aceitaria trabalhar nesses países para exercer trabalhos que não tivessem relação com a Odontologia? Por que?

49. Leia o texto abaixo e dê sua opinião:

Um país com um grande território geográfico, e profundas desigualdades sociais tem um problema de distribuição geográfica de seus profissionais de saúde. Médicos, dentistas, enfermeiros se formam e optam, sem sua maioria, por ficar em metrópoles e grandes centros urbanos, gerando falta de mão de obra nas periferias das grandes cidades e no interior deste país.

Como estratégia para correção dessas distorções, o governo propõe para a odontologia um pacote de medidas que incluem:

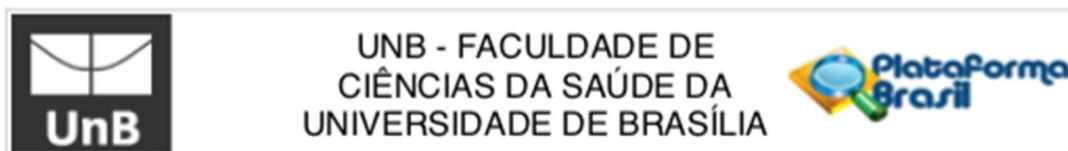
1. Estágio de dois anos com bolsa de R\$ 3.330,43 (mesmo valor da bolsa de residência, lembrando que este valor é não tributável e não é descontado imposto de renda) - Este estágio seria obrigatório para acadêmicos formados em universidades públicas ou beneficiários de programas tais como FIES e PROUNI e opcional para demais egressos
2. Durante esses dois anos o dentista iria ficar em uma Unidade Básica de Saúde do país, a escolha da unidade se daria por nota do estagiário e disponibilidade dos postos de trabalho
3. Durante o período do estágio, o profissional seria capacitado durante o serviço, mas também receberia um curso de especialização em saúde da família, custeado pelo programa
4. Benefícios adicionais, como moradia, auxílio alimentação poderiam ser custeados pelos municípios para atrair mais profissionais para suas regiões

Depois de ler este texto, se você morasse em país como este, o que você pensaria sobre o programa descrito?

5. Caso tenha outra sugestão diferente das acima, cite;

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos alunos dos cursos de Odontologia da Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília

Pesquisador: PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 93800318.0.1001.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.205.807

Apresentação do Projeto:

“Introdução: Diante da necessidade de adequação do perfil dos profissionais de saúde bucal a uma nova realidade em relação à saúde, que abrange o indivíduo como um ser bio-psíquico-social, bem como a inserção desses profissionais no serviço público, Políticas Públicas, como as Diretrizes Curriculares Nacionais, propostas em 2002, e, mais recentemente, a democratização na forma de ingresso dos alunos ao Ensino Superior, por meio do Sistema de Cotas raciais e de estudantes de baixa renda, têm sido implementadas. Dessa forma, várias mudanças têm ocorrido no Ensino Superior dos cursos de Odontologia no Brasil. Objetivos: Avaliar o perfil e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos alunos do último período, potenciais formandos do primeiro semestre de 2019 dos cursos de Odontologia da Universidade de Brasília (UNB) e Universidade Católica de Brasília (UCB). Metodologia: Por meio de um estudo observacional, transversal e descritivo, será selecionada uma amostra de conveniência de 80 alunos (n=40) dos cursos de Odontologia das UNB e UCB que estejam cursando o último período, potenciais formandos do primeiro semestre de 2019. Será aplicado um questionário, em que serão evidenciados os dados sobre o perfil socioeconômico dos alunos, forma de inclusão, histórico familiar, as disciplinas de maior interesse durante o curso e expectativas quanto ao mercado de trabalho. Posteriormente, os dados serão processados por meio de análises estatísticas descritivas (média, frequência e variabilidade) e, após, será realizada uma análise comparativa (teste qui quadrado), com nível de significância de 5%”.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: ceptsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.205.8.07

Crítérios inclusão: Serão incluídos nesse projeto alunos do curso de Odontologia que estejam cursando o último semestre na Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília, potenciais formandos do primeiro semestre de 2019.

Crítérios de exclusão: Serão excluídos do estudo os questionários que tiverem uma responsividade menor que dez por cento (10%)."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar o perfil e expectativas quanto ao mercado de trabalho dos alunos do último semestre do curso de Odontologia, potenciais formandos do primeiro semestre de 2019 de Odontologia da Universidade de Brasília e Universidade Católica de Brasília diante das mudanças curriculares e do Sistema de ingresso dos estudantes nas respectivas Universidades.

Objetivos Secundários:

- Demonstrar o perfil socioeconômico e histórico familiar dos alunos de cada universidade estudada;
- Investigar as formas de ingresso dos alunos nos cursos de Odontologia que integram a amostra;
- Durante a faculdade, identificar quais foram as matérias que tiveram maior impacto;
- Identificar quais disciplinas, atividades extracurriculares e habilidades adquiridas durante a graduação que impactarão as decisões sobre mercado de trabalho e carreira profissional.
- Avaliar as expectativas dos alunos do último ano quanto ao mercado de trabalho, avaliando especialidades que pretendem cursar, serviço público ou privado e expectativa salarial; e
- Fazer uma análise comparativa entre os cursos de Odontologia pesquisadas neste trabalho."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Os possíveis riscos decorrentes dessa pesquisa serão controlados por meio da proteção do sigilo, preservação do constrangimento e prevenção de potenciais riscos gerados pelos procedimentos da pesquisa. Será garantida a inexistência de despesas para os participantes da pesquisa".

Benefícios: "Conhecer o perfil dos alunos de cada instituição e suas expectativas quanto ao mercado de trabalho, na tentativa de avaliar a efetividade da adequação do perfil dos profissionais de saúde segundo as DCNs, bem como, analisar possíveis benefícios decorrentes da democratização no ingresso ao Ensino Público garantida pela Lei de Cotas e Prouni. Os participantes da pesquisa serão beneficiados de forma direta, pois os dados poderão subsidiar

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.205.807

mudanças curriculares dos cursos de Odontologia".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Projeto de Pesquisa multicêntrico (UnB e UCB) sob responsabilidade da Mestranda Patrícia Araújo Pereira Azevedo, sob orientação do Prof. Gilberto Pucca Júnior, da Universidade de Brasília. O projeto original considerava a participação da Universidade do Sudoeste da Bahia (UESB), no entanto foi desvinculada por não ter apresentado o "Termo_Concordância_Coparticipante_UESB.pdf" junto aos pesquisadores responsáveis. Informa custo total com a pesquisa de R\$ 355,00, referente à material de escritório e insumo para impressão do material a ser utilizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

- 1- Informações Básicas do Projeto – "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1130474.pdf", postado em 14/02/2019, atualizado conforme solicitou o Parecer Consubstanciado No. 3.021.904.
- 2- Carta de respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado - "cartaRespPendencias_CEP.docx", postado em 14/2/2019, informando ajustes conforme solicitou o Parecer Consubstanciado No. 3.021.904.
- 3- Projeto detalhado - Projeto_Cep.docx", postado em 08/1/2019, atualizado conforme solicitou o Parecer Consubstanciado No.3.021.904.
- 4- "CartaRespPendencias_CEP_2.doc", postado em 24/11/2019, informando ajustes nos item critérios de inclusão.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

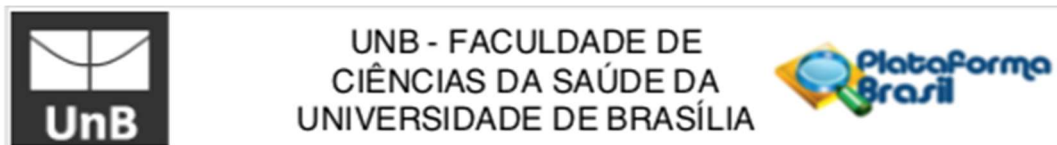
Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 3.130.942 e 3.021.904:

1-Atualizar o cronograma para coleta de dados, considerando que consta data prevista de 10/09/2018 no projeto da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: Foram realizadas as alterações no projeto detalhado e PB nos itens resumo, introdução, objetivo primário, metodologia, critérios de inclusão, calendário das atividades.

ANÁLISE: Constatam-se as alterações nos itens do Projeto: Resumo, Objetivos e Metodologia – Página 3; Introdução: último parágrafo – Página 6; Objetivo primário – Página 7; Metodologia:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsubn@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.205.807

primeiro parágrafo – Página 8; Critérios de inclusão – Página 9; Calendário de execução das atividades – Página 11. No entanto, no arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1130474.pdf" consta apenas o dia 15/03/2019 para início e fim da coleta de dados e no Projeto_Cep informa 1º trimestre. Portanto, deve-se realizar a uniformização desses períodos estimados em ambos os arquivos para pleno atendimento da pendência. PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

RESPOSTA: 1. As alterações referentes ao cronograma foram alteradas:

- No cronograma de execução da página da plataforma a alteração foi realizada no convite aos participantes, aplicação do TCLE e aplicação do questionário, Análises estatísticas, Análise dos resultados e Redação da dissertação.

- Projeto detalhado – Item 6 - Plano de trabalho e cronograma de execução do Projeto

Detalhado (Página 11): Análise estatística segundo trimestre

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2- O critério de exclusão apenas enuncia a exclusão dos graduandos de primeiro semestre do curso, ocasionando a dúvida quanto ao critério de inclusão que prevê apenas os acadêmicos do último período. Entende-se que a revisão apresentada quanto ao critério de exclusão parece contradizer o objetivo da pesquisa. Solicita-se esclarecimento e adequação.

RESPOSTA: Serão excluídos do estudo os questionários que tiverem uma responsividade menor que dez por cento.

ANÁLISE: Constatam-se alterações na página 3 do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1130474.pdf" e na página 9 do do "Projeto_Cep", portanto PENDÊNCIA ATENDIDA.

Todas as pendências foram atendidas.

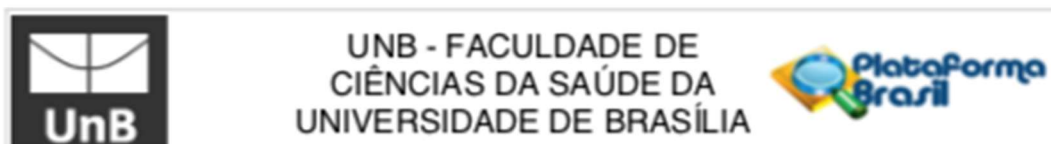
Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

A realização das atividades do projeto no centro participante está condicionada à aprovação pelo CEP responsável, o CEP/UCB.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com

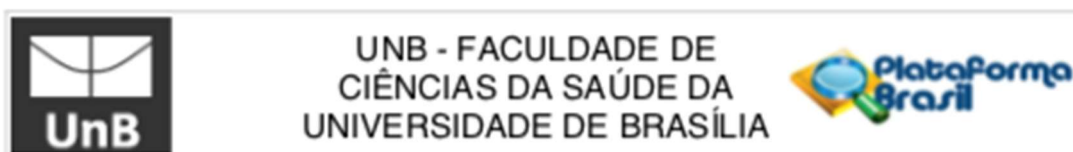


Continuação do Parecer: 3.205.807

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1130474.pdf	14/02/2019 15:06:44		Aceito
Outros	cartaRespPendencias_CEP.docx	14/02/2019 15:03:06	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Cep.docx	14/02/2019 15:00:22	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Curriculo_Mariana_Lopes_Galante.pdf	16/10/2018 12:53:04	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Ercilia_Araujo.pdf	16/10/2018 12:50:35	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Curriculo_Luciana_Freitas_Bezerra.pdf	16/10/2018 12:48:20	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Curriculo_Gilberto_alfredo_Pucca_Junior.pdf	16/10/2018 12:45:46	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Curriculo_Patricia_araujo_pereira_Azevedo.pdf	16/10/2018 12:42:49	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Curriculo_Fernanda_Campos_Sousa_de_Almeida.pdf	16/10/2018 12:34:52	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_livre_esclarecido.docx	16/10/2018 09:52:43	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Termo_responsabilidade_compromisso_Pucca.doc	30/05/2018 10:01:27	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Termo_responsabilidade_compromisso_Pa.doc	30/05/2018 09:58:51	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Termo_concordancia_coparticipante_UCB.doc	30/05/2018 09:57:13	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Termo_concordancia.doc	30/05/2018 09:56:19	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.docx	30/05/2018 09:55:31	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Termo_responsabilidade_compromisso_Pucca.pdf	28/05/2018 23:41:29	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Termo_Responsabilidade_compromisso.pdf	28/05/2018 23:38:09	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Termo_Concordancia_coparticipante_UCB.pdf	28/05/2018 23:33:49	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Termo_Concordancia.pdf	28/05/2018 23:28:26	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Outros	Carta_Encaminhamento_Projeto_CEP.pdf	28/05/2018 23:01:19	PATRICIA ARAUJO PEREIRA AZEVEDO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/05/2018	PATRICIA ARAUJO	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: ceptsunb@gmail.com



Continuação do Parecer:3.205.807

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16:23:57	PEREIRA AZEVEDO	Aceito
----------------	--------------------	----------	-----------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 18 de Março de 2019

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com