

Universidade Federal da Bahia
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

Lana Bleicher

Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho
dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador.

Salvador

2011

Lana Bleicher

Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais.

Linha de pesquisa: Trabalho e Desigualdades Sociais.

Orientadora: Maria da Graça Druck de Faria.

Salvador (BA)
2011

Bleicher, Lana
B646 Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador / Lana Bleicher. – Salvador, 2011.
289 f.: il.

Orientadora: Profª Drª Maria da Graça Druck de Faria
Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011.

1. Ciências Sociais. 2. Trabalho-aspectos sociais. 3. Dentista. 4. Salários.
I. Faria, Maria da Graça Druck de. II. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Lana Bleicher

Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais.

Linha de pesquisa: Trabalho e Desigualdades Sociais.

Data de defesa: 19 de dezembro de 2011.

Banca examinadora

Prof.^a Dr. a Maria da Graça Druck de Faria (Orientadora)
(Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, UFBA)

Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo
(Faculdade de Ciências da Saúde, UNB)

Prof.^a Dr. a Ângela Maria Carvalho Borges
(Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania , UCSAL),

Prof.^a Dr. a Maria Cristina Teixeira Cangussu
(Faculdade de Odontologia, UFBA),

Prof.^a Dr. a Selma Cristina Silva
(Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, UFBA)

Para meus pais, Graciete e Ervino e meus irmãos, Lucas e Taís.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai e à minha mãe, por me terem gerado e criado e constituído enquanto pessoa, e mais uma vez à minha mãe que, além disso tudo, arrumou tempo para ser minha revisora e tradutora. Aos meus irmãos Taís e Lucas.

À minha orientadora Graça Druck, por ter acreditado nessa pesquisa, me acolhido e me conduzido nessa jornada.

Aos entrevistados, por terem disposto de seu tempo e compartilhado comigo suas experiências.

A Tininha pela leitura atenta dos capítulos, Fabiana, pela formatação das tabelas e Daniel Romero pela ajuda com o projeto - além de amigos, prestaram fundamental auxílio na composição dessa tese, emprestando um pouco de suas capacidades.

Aos amigos que fiz no CRH, em especial Jair, Luiz Paulo e Selma, que me honrou com sua presença na banca de defesa. Aos demais professores convidados da banca, Ângela Borges, Jorge Cordón e Tininha pelas valorosas contribuições.

Às amigas-colegas do departamento Eliane, Joana, Bel, Bia, Patrícia, Mariângela, Ana Clara, Patrícia, Soninha, Denise, Sandra e Maria Helena.

Aos amigos Cecília, Raíza, Câmara, Ângela, Betty e Menandro.

A Sérgio Luz, que sempre foi o exemplo do professor que eu gostaria de ser.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, especialmente Mauro Castelo Branco e Dora.

Aos colegas de turma, que tornaram ainda mais agradáveis as aulas do doutorado.

A Fred, pela paciência com meu excesso de entusiasmo com a pesquisa e que me ajudou de variadas formas, mais do que ele pode suspeitar.

A Monique e Leonardo, que transcreveram as entrevistas.

Aos estudantes que ajudaram na pesquisa exploratória, antes mesmo deste projeto ter nascido.

À classe trabalhadora (sejam dentistas, operários ou professores), pela riqueza que produz, e pela esperança como futuro da humanidade.

A todos os que não foram nominalmente citados aqui, mas que de alguma forma contribuíram para que este trabalho acontecesse: meu muito obrigada.

RESUMO

Tradicionalmente reconhecidos como profissionais liberais, os dentistas têm experimentado um crescente processo de assalariamento nas três últimas décadas. Todavia, tal fenômeno ocorre em um contexto no qual o regime de acumulação flexível promove formas precárias de trabalho. Assim, o processo de precarização social do trabalho dos dentistas apresenta determinadas similitudes ao que ocorre com os demais tipos de trabalhadores, mas também especificidades que merecem ser analisadas. Este estudo aborda as principais transformações que têm ocorrido na condição de trabalho e inserção profissional dos dentistas. Procurou-se entender de que forma o contexto mais geral de precarização social do trabalho afeta os dentistas que atuam em Salvador, Bahia; apontar as singularidades das condições de trabalho dos recém-formados e compreender a maneira pela qual os dentistas percebem as mudanças em seu mercado de trabalho. Foi realizada pesquisa documental (imprensa *online*, portais de entidades odontológicas, *blogs*, comunidades virtuais), levantamento de dados quantitativos secundários e entrevistas com 14 dentistas com distintas inserções no mercado de trabalho de Salvador. Considera-se que está em curso uma complexificação do mercado de trabalho do dentista, com a permanência da prática liberal, mas a diminuição de sua importância relativa. O aprofundamento do assalariamento do dentista não significa o desaparecimento da prática autônoma. As transformações do mercado de trabalho do dentista se explicam a partir da formação de dois polos: o assalariado (ainda que disfarçado) e o empresariado – mais robusto, profissionalizado e financeirizado. Concomitante a este processo, a expansão do número de postos de trabalho no setor público contribuiu para suavizar as tensões advindas da grande proporção de profissionais. O discurso dos dentistas revela uma tensão entre a ideologia da profissão liberal e o desejo de uma condição assalariada menos precária, este último mais visível entre os jovens dentistas. A tradição liberal facilita a naturalização do assalariamento precário, pois a ideologia do empreendedorismo joga para cada trabalhador a responsabilidade por seu sucesso e bem-estar individual. Se podemos perceber uma inserção do dentista no mercado de forma mais desprotegida, por outro lado, há alguns indícios tênues de crescimento da organização coletiva.

Palavras chave: precarização social do trabalho, assalariamento, dentista.

ABSTRACT

Traditionally recognized as independent professionals, dentists have experienced a growing process of formal wages in the past three decades. However, such a phenomenon occurs in a context in which the flexible accumulation regime promotes precarious forms of work. Thus, the process of social precariousness of the dentist's work exposes not only certain similarities that occur with other types of workers but also specific matters that deserve to be analyzed. This study discusses the major transformations that have occurred in the dentist's working condition and participation in the labor market. It was tried to understand how the broader context of social precariousness of work affects the dentists who work in Salvador, Bahia (Brazil); to appoint the peculiarities of working conditions of the new college graduates and to understand the way in which these dentists notice changes in the labor market. Documentary search was conducted (by using press on line, sites of odontological entities, blogs, virtual communities); there was a survey of secondary quantitative data and interviews with 14 dentists with distinct participation in the labor market of Salvador. It's considered that the dentists' labor market has become more complex. The independent practice remains, however, it loses its importance. The deepening of the dentist's formal wages doesn't mean disappearance of autonomous practice. The dentist's labor market transformations are explained from the formation of two poles: the employee (even if simulated) and entrepreneurship (more robust, professional and pecuniary). Concomitant to this process, the expansion of the number of jobs in the public sector contributed to sooth the tension stemming from the high proportion of professionals. The dentist's speech reveals tension between the ideology of independent profession and the desire of a less precarious condition of salary, the latter being more visible among young dentists. The independent tradition makes naturalization of formal wages precarious because the ideology of entrepreneurship turns over to each worker the responsibility for his/ her success and individual well-being. If it's possible to notice a participation of the dentist in the labor market in a more unprotected way, on the other hand, there is a small evidence of the collective organization growth.

Keyword: employment precariousness; salaried employment; dentist.

Lista de ilustrações

- FIGURA 1: Desenho que ilustra o *post* “Prostituição da Odontologia, parte 2”, do blog Net Dentista. Desenho original de Adão Iturusgarai. p.290
- FIGURA 2: Foto que ilustra o *post* “Kit da Put...: Publicidade em Odontologia”, da página Carvalho Odontologia. Autoria da foto desconhecida. p.290
- FIGURA 3: Distribuição percentual dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos conforme operadora, Brasil, Junho de 2010. p.289
- FIGURA 4: Modalidades fundamentais de inserção do dentista no mercado de trabalho e variações. p. 152

Lista de abreviaturas e siglas

ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CD	Cirurgião-dentista
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CROBA	Conselho Regional de Odontologia da Bahia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MPBA	Ministério Público do Estado da Bahia
MPF/BA	Ministério Público Federal na Bahia
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PSF	Programa Saúde da Família
SAMS	Sistema de Assistência Médica Supletiva
SDD	Sistema de Desembolso Direto
SINOG	Sindicato Nacional de Empresas de Odontologia de Grupo
SOEBA	Sindicato dos Odontologistas no Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Lista de tabelas

- TABELA 1 - População residente, número de cirurgiões-dentistas (CD) cadastrados no CFO e no CNES, número de equipes de saúde da família (ESF) com saúde bucal e número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos dos Municípios da Região Metropolitana de Salvador, 2009. p. 19
- TABELA 2 – Características dos entrevistados. p. 26
- TABELA 3 – Número e percentual de trabalhadores por conta própria na Região Metropolitana de Salvador (RMS), Bahia e Brasil, 2001-2009. p. 40
- TABELA 4 - Publicações sobre precarização do trabalho do dentista: autor, ano de publicação, local, período de referência, aspectos metodológicos e resultados do estudo. p. 43
- TABELA 5 - Números absolutos e percentuais das equipes de saúde bucal no PSF, segundo desproteção do trabalho, 2001 e 2006. Brasil. p. 45
- TABELA 6 - Percentual de dentistas do PSF em trabalho desprotegido no ano de 2006 e proporção dentista/habitante no ano de 2008, segundo macrorregiões e Brasil. p. 46
- TABELA 7- Linha do tempo dos acontecimentos de interesse. p. 88
- TABELA 8 - Número e previsão de cirurgiões-dentistas (CD), população, índice de cirurgiões-dentistas por 10 mil habitantes e proporção habitante/CD, 1960-2010, Brasil. p. 103
- TABELA 9 - Número e percentual de dentistas segundo macrorregiões, Brasil 1982 e 2008. p. 106
- TABELA 10 – Número de habitantes, cirurgiões-dentistas (CD), índice CD/10 mil habitantes, nos anos de 1997 e 2007, e diferença percentual desses números, segundo unidade federativa e Brasil. p. 106
- TABELA 11 - Número e percentual de cursos de graduação de Odontologia segundo natureza jurídica, Brasil, 1991, 2004 e 2010. p. 109
- TABELA 12 - Número e percentual da classificação de faculdades de p. 110

Odontologia segundo unidade federativa, região e Brasil, 2010.

Tabela 13 - Intenção de exercício profissional pelos formandos nos anos de 1998 e 2003 e diferença percentual entre esses anos, Brasil. p. 111

TABELA 14 - Número de postos de trabalho para dentistas em estabelecimentos públicos de saúde, conforme esfera administrativa. Brasil, 1999, 2002, 2005. p. 112

TABELA 15 - Número de equipes de saúde bucal no PSF, variação percentual anual e acumulada, Brasil, 2001-2010. p. 113

TABELA 16 – Número, variação percentual anual e acumulada de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, número de operadoras exclusivamente odontológicas com beneficiários e proporção número de beneficiários/operadora, segundo competência, 2000-2010, Brasil. p. 116

TABELA 17 - Número e percentual de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos segundo modalidade, Salvador-BA e Brasil, setembro de 2010. p. 118

TABELA 18 – Ranking das operadoras de planos exclusivamente odontológicos, Salvador e Brasil, segundo número e percentual de beneficiários, 2010. p. 120

TABELA 19 - Número de beneficiários das operadoras Prevdonto, Odontoempresas e Gama Odonto, Salvador, Brasil, março de 2010. p. 125

TABELA 20 - Características do informante, segundo sexo, geração, município de trabalho, condição de trabalho, remuneração e setor. p. 222

TABELA 21 – Características do entrevistado, geração, inserção no mercado de trabalho, segundo problema de saúde referido e motivo apontado. p. 226

TABELA 22 - Percentual de CD por faixa de renda de 2003 a 2007, Brasil. p. 239

TABELA 23 - Valor da hora trabalhada de médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros, e valores percentuais em relação ao valor da hora trabalhada dos médicos, 2005-2007, Brasil. p. 243

TABELA 24 – Valor percentual dos rendimentos tributáveis anuais dos profissionais, segundo grupo de ocupação principal e faixa de renda, Brasil, 2007. p. 243

Sumário

Resumo	p. vi
Abstract.....	p. vii
Lista de ilustrações.....	p. viii
Lista de abreviaturas e siglas	p. ix
Lista de tabelas.....	p. x
Introdução.....	p. 15
Trajetória.....	p. 15
Investigar o mercado de trabalho do dentista.....	p. 16
Compreender o cenário.....	p. 17
Estrutura da tese.....	p. 20
Capítulo 1 – <i>Percurso metodológico</i>.....	p. 23
1.1 Abordagem metodológica utilizada.....	p.23
1.2 Sobre a realização das entrevistas.....	p.24
1.3 Sobre a coleta de informações na internet.....	p. 27
1.4 Processo de análise.....	p. 28
1.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	p. 28
Capítulo 2 – <i>Trabalho precarizado</i>.....	p.31
2.1 Precarização social do trabalho: debate teórico e quadro empírico.....	p.32
2.2 Precarização social do dentista no serviço público.....	p.42
2.3 Precarização social do dentista no setor privado	p. 48
2.4 Considerações parciais.....	p. 51
Capítulo 3 – <i>Classes sociais</i>.....	p. 57
3.1 O debate sobre classes sociais.....	p.57
3.2 Influência do debate sobre classes na produção teórica sobre mercado de trabalho de médicos e dentistas	p. 73
3.3 Considerações parciais.....	p.98
Capítulo 4 – <i>O mercado de trabalho do dentista</i>.....	p. 102
4.1 De quantos dentistas estamos falando?.....	p.102
4.2 Setor público.....	p.112
4.3 Setor privado: a Odontologia Suplementar.....	p. 115
4.4 Setor privado: empresas prestadoras de serviços odontológicos ..	p.126
4.5 Considerações parciais.....	p. 145
Capítulo 5 – <i>A inserção do dentista no mercado de trabalho</i>.....	p. 150
5.1 Autonomia pura.....	p.152

5.2 Aluguel de turno.....	p. 161
5.3 Credenciamento a planos odontológicos.....	p. 163
5.4 Cooperativa	p. 171
5.5 Trabalho em porcentagem.....	p.171
5.6 Assalariamento no setor público.....	p.181
5.7 Assalariamento no setor privado.....	p. 186
5.8 Proprietário.....	p.187
5.9 Considerações parciais.....	p. 194
Capítulo 6 – Precarização do trabalho do dentista em Salvador..	p.197
6.1 Direitos trabalhistas.....	p.197
6.2 Insegurança e renda.....	p.212
6.3 Processo de trabalho e condições de vida.....	p.222
6.4 Adoecer no trabalho.....	p.224
6.5 Organização sindical.....	p. 228
6.6 O debate sobre a renda do dentista.....	p.236
6.7Considerações parciais.....	p. 249
Considerações finais.....	p.252
Referências.....	p. 262
Apêndices	p.286
Anexos.....	p.290

Introdução

Trajetória

Nosso interesse pelo tema surgiu a partir da vivência como docente de graduação em Odontologia. Iniciamos a discussão sobre o mercado de trabalho do dentista quando lecionávamos nos cursos da Universidade Federal do Ceará (UFC) e da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) no período de 2000 a 2002 e, desde então, na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Algum grau de desconforto vinha do fato de que, mesmo tendo cursado uma graduação em Odontologia, nunca tínhamos de fato “trabalhado como dentista” em função da inserção imediata no mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, seguida da docência na área de saúde coletiva.

Queríamos compensar essa falta de experiência pessoal com discussões mais aprofundadas sobre o tema e esbarrávamos na carência de literatura sobre o assunto. Poucos autores se dedicaram a formular reflexões críticas sobre o mercado de trabalho dos dentistas e predominam, ainda hoje, estudos descritivos. *Pari passu* percebíamos uma transformação no perfil do estudante de Odontologia: se, no início de nossa carreira docente, assuntos vinculados à atuação em saúde pública eram motivo de desinteresse, ao longo do tempo pudemos perceber um gradual aumento da atenção dos estudantes sobre o assunto. Parecia-nos que tal fato se devia à “saturação da Odontologia de mercado”, fenômeno bastante referido e bem pouco analisado.

Estávamos a par das reflexões sobre as transformações do mundo do trabalho, desejávamos estudá-las em profundidade e investigar de que forma estas implicavam em mudanças no cotidiano dos dentistas. Acreditamos que a Odontologia não se explica a partir de si mesma. Este foi o motivo pelo qual decidimos nos dedicar à Sociologia do Trabalho. Nosso ingresso no programa de pós-graduação em Ciências Sociais da UFBA ocorreu no primeiro semestre de

2008. Todas as disciplinas cursadas contribuíram para que nos situássemos em um campo científico com o qual não havia muita familiaridade, mas destacamos em especial as atividades desenvolvidas nas disciplinas Sociologia do Trabalho, Leitura Orientada em Sociologia do Trabalho e Leituras sobre “O Capital” de Marx como mais importantes para nossa pesquisa.

Investigar o mercado de trabalho do dentista

O **objeto de estudo** é a inserção do cirurgião-dentista no mercado de trabalho. Tal fenômeno ocorre em um contexto no qual o regime de acumulação flexível promove formas precárias de trabalho e apreende a subjetividade do trabalhador, valorizando o “empreendedorismo” e a “empregabilidade”, ao mesmo tempo em que a subsunção do trabalho ao capital exige um progressivo assalariamento das chamadas “profissões liberais”.

Esta pesquisa teve por **objetivo geral** analisar as principais transformações que têm ocorrido na condição de trabalho e inserção profissional de um conjunto de trabalhadores marcados pela tradição de profissão liberal: os dentistas. Mais **especificamente, os objetivos foram**: 1) entender de que forma o contexto mais geral de precarização social do trabalho afeta os dentistas que atuam em Salvador, Bahia; 2) apontar as singularidades das condições de trabalho dos recém-formados; 3) compreender a maneira pela qual os dentistas percebem as mudanças em seu mercado de trabalho.

A escolha deste tema **justifica-se** face às dramáticas transformações do mundo do trabalho no contexto da acumulação flexível reveladas pelos inúmeros estudos da Sociologia do Trabalho, que, ao mesmo tempo em que atingem os trabalhadores assalariados impondo-lhes uma diversidade de novas modalidades de trabalho, mais precárias, também alcançam as chamadas “profissões liberais”, que se encontram cada vez mais subsumidas ao capital. Este processo não ocorre mais no sistema protegido das relações salariais do modelo fordista, mas em um contexto de

flexploração (BOURDIEU, 1998). Embora estudos desta natureza sobre outras “profissões liberais” (a exemplo dos médicos) já tenham sido realizados, muito pouco tem sido produzido sobre dentistas.

Compreender o cenário

As últimas três décadas têm trazido profundas transformações no mercado de trabalho odontológico. O número de dentistas aumentou de 60 mil em 1980 para 220 mil em 2010 (PINTO, 1983, CFO, 2010). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 ensejou a municipalização dos serviços de saúde e permitiu a criação do Programa Saúde da Família (PSF), um programa reorganizador da atenção básica mediante o qual o Ministério da Saúde (MS) destina incentivos financeiros aos municípios participantes. Para os dentistas, o PSF tem se constituído como um grande gerador de postos de trabalho, embora a admissão frequentemente não ocorra mediante concurso público.

No âmbito privado, existem o Sistema de Desembolso Direto (SDD) e o Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS). Segundo Mendes (2001 apud CARTAXO, SANTOS, 2007), no primeiro, o prestador de serviço atende diretamente o paciente e no segundo existe a intermediação das operadoras dos planos de saúde. Embora usualmente se entenda que o SDD é caracterizado pela prática liberal, novos fenômenos como o surgimento das grandes redes de franquia de clínicas odontológicas levam a supor que o assalariamento, mesmo que disfarçado, também esteja presente neste sistema.

Quanto ao SAMS, sua regulação é responsabilidade da Agência Nacional de Saúde (ANS), que classifica as operadoras nas seguintes modalidades conforme seu estatuto jurídico: empresas de Medicina de grupo, empresas de Odontologia de grupo, empresas administradoras, entidades de autogestão, cooperativas médicas e odontológicas, entidades filantrópicas e seguradoras especializadas em saúde. As

modalidades de vínculo estabelecidas pelos profissionais são as mais variadas, havendo: cooperados; assalariados típicos, que trabalham nas clínicas das operadoras; dentistas credenciados trabalhando em seus próprios consultórios, seja sob a denominação legal de autônomo ou de pessoa jurídica; dentistas assalariados ou sub-assalariados, na forma de remuneração por porcentagem que trabalham em clínicas que não pertencem às operadoras, mas são credenciadas a estas.

O mercado de trabalho dos dentistas se torna mais heterogêneo. A prática liberal ainda é significativa, tanto em termos numéricos quanto – principalmente – no plano simbólico. Não ocorreu seu desaparecimento, conforme previsto por alguns autores, comentados mais adiante. Contudo, nota-se a coexistência entre essa prática e formas variadas de assalariamento, quer sejam típicas ou disfarçadas. Nossa **hipótese** é a de que *esse assalariamento encontra-se, em diversas situações, marcado pelo signo da precarização social do trabalho e que a persistência ideológica da prática liberal torna o dentista mais suscetível ao discurso do empreendedorismo e da empregabilidade.*

Embora seja um fator importante o aumento explosivo do número de dentistas no Brasil nas três últimas décadas, este não é o único aspecto a ser analisado. Não estaríamos estudando este fenômeno se os dentistas continuassem exercendo a prática autônoma, ainda que vivenciassem uma concorrência interprodutores bem mais acirrada. Nosso interesse reside no fato de que o trabalho do dentista se dá sob novos moldes, o do assalariamento atípico.

O setor de prestação de serviços odontológicos tem experimentado uma concentração de capital, com a ocorrência de fusões de empresas. Contudo, a forma “credenciamento”, mediante a qual as empresas se organizam, casa-se com o princípio da flexibilidade das empresas em rede típica do modo de regulação flexível.

Dados do Conselho Federal de Odontologia, que tomam por base o endereço do profissional registrado no órgão de classe, apontam a existência de 4.560 dentistas

na Região Metropolitana de Salvador, correspondendo a 53% dos odontólogos da Bahia em 2010 (CFO, 2010d). Na tabela 01 pode-se verificar a quantidade de dentistas registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, equipes de saúde bucal da família e população usuária de planos exclusivamente odontológicos. Além do fato da implantação do CNES ser recente, supomos que a diferença entre a base de dados do CFO e do CNES pode significar que nem todos os dentistas registrados para o exercício da profissão estão vinculados a um estabelecimento de saúde e que, para muitos, o endereço de residência é diferente do local de trabalho (todos os municípios têm mais dentistas registrados no CFO que no CNES, exceto Lauro de Freitas).

TABELA 1 - População residente, número de cirurgiões-dentistas (CD) cadastrados no CFO e no CNES, número de equipes de saúde da família (ESF) com saúde bucal e número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos dos Municípios da Região Metropolitana de Salvador, 2009 e 2010.

Município	População	CD (CFO)*	CD (CNES)	ESF	Beneficiários
Camaçari	234.555	42	144	23	36.730
Candeias	81.701	17	65	7	9.876
Dias d'Ávila	57.713	9	28	9	13.967
Itaparica	20.798	0	14	6	925
Lauro de Freitas	156.935	211	106	18	30.064
Madre de Deus	16.784	0	11	5	3.164
Mata de São João	39.587	7	13	7	0
Salvador	2.998.058	4.254	1.424	132	525.450
São Francisco do Conde	31.703	1	11	12	3.672
São Sebastião do Passé	41.763	7	13	13	0
Simões Filho	116.667	10	24	9	14.150
Vera Cruz	37.539	2	9	6	1.412
Total	3.833.803	4560	1862	247	639.410

CFO (2010d); BRASIL, (2010c); BRASIL (2010e) e IBGE (2010b.)

Notas: O dado "população" se refere à população residente estimada pelo IBGE para o ano de 2009, o dado "CD (CFO)" se refere aos cirurgiões-dentistas cadastrados no CFO para a data de 03/05/2010, o dado CD (CNES) para o período de abril de 2010. O dado "pop. Planos" se refere à população beneficiária de planos exclusivamente odontológicos para o período de dezembro de 2009.

Antes de ingressarmos no programa de pós-graduação, realizamos, para uma maior aproximação ao campo, uma pesquisa exploratória que buscou auxiliar o delineamento da questão do mercado de trabalho odontológico, apontando as

principais modalidades de inserção do cirurgião-dentista. Foi elaborado um questionário estruturado e os dados foram coletados durante a realização de um congresso odontológico ocorrido em Salvador, em outubro de 2006. Somente profissionais formados que atuam em Salvador foram convidados a participar da pesquisa. Responderam o questionário 214 profissionais, dos quais 69,6% do sexo feminino e 30,3% masculino. Observou-se que 42,5% dos dentistas têm até 10 anos de formados. Os dados evidenciaram que: 87,4% exercem a prática liberal, porém o trabalho para planos e convênios atinge 61,2%. O aluguel de turno em consultório alheio corresponde a 13,1% e o trabalho por porcentagem a 24,3%. O assalariamento, nos setores público e privado, alcança 54,7%. Os cooperados correspondem somente a 5,61%, enquanto que 28,0% são proprietários de empresa odontológica. Da amostra, 10,3% informaram receber renda mensal de até 5 salários mínimos (SM), enquanto que 66,3% declararam auferir no máximo 15 SM (BLEICHER, CANGUSSU, 2007).

Assim, munidos dessas informações e desse prévio quadro dos dentistas na Bahia, partimos para o desenvolvimento da pesquisa, que resultou na atual tese.

Estrutura da tese

O capítulo 1 é dedicado à explanação dos aspectos metodológicos da pesquisa. O segundo capítulo traz o debate conceitual sobre a precarização social do trabalho, além de expor um conjunto de pesquisas empíricas brasileiras que revelam o fenômeno da precarização do trabalho do dentista. Uma parte do resultado de nosso trabalho de campo já é apresentada.

O capítulo 3 tem o propósito de fundamentar a assertiva de que esteja em curso um processo de assalariamento do dentista. Desta forma, é recuperado o debate sobre classes sociais no interior da tradição marxista. É possível perceber as influências desta discussão na produção teórica sobre o mercado de trabalho dos médicos e dos dentistas, também introduzida.

O quarto capítulo levanta elementos explicativos do mercado de trabalho em âmbito nacional. O quadro é descrito a partir de dados quantitativos, da apresentação sucinta das políticas dos setores público e privado e de quatro estudos de caso de empresas odontológicas.

No capítulo 5 são analisadas as modalidades de inserção do dentista no mercado de trabalho, a partir do resultado das entrevistas realizadas com dentistas em Salvador. É sobre esta mesma base que, no sexto capítulo, é recuperado o debate sobre precarização do trabalho do dentista.

Capítulo 1 – Percurso metodológico

1.1 Abordagem metodológica utilizada

Fez-se a opção pela metodologia qualitativa, uma vez que a mesma se adéqua à necessidade de “aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.” (MINAYO; SANCHES, 1993; p. 247).

O debate a respeito do emprego de metodologias qualitativas na pesquisa em saúde (sobretudo na interface entre as Ciências Sociais e a Saúde Coletiva) tem sido longo e profícuo. Em artigo de 1993, que se tornou uma referência na área, Minayo e Sanches são enfáticos ao afirmar que “do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente”. (MINAYO; SANCHES, 1993; 247). Assim, não faz sentido imaginar que uma abordagem seja mais rigorosa que a outra. O verdadeiro rigor metodológico será dado pelo que Bourdieu, Chamboredon e Passeron chamam de “vigilância epistemológica”, que significa o constante questionamento do pesquisador às suas técnicas e seus achados, evitando assim, incorrer em um hiperempirismo incapaz de superar as pré-noções e aparências (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 2004).

Foi com base nestes pressupostos que escolhemos as técnicas de coletas de dados:

- Entrevistas semiestruturadas;
- Busca sistemática por notícias na imprensa on-line, depoimentos em *blogs* e comunidades virtuais na internet;
- Tratamento de dados secundários constantes nos bancos de dados de instituições como: Conselho Federal de Odontologia (CFO), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS);

- Observação direta em assembleia de dentistas.

Os dados quantitativos obtidos a partir dos portais das instituições ajudaram a descrever o cenário (nacional e local) em que se inserem os sujeitos pesquisados. A internet também forneceu dados qualitativos, presentes nos portais de notícias, *blogs* e comunidades virtuais. Deste material foi possível obter tanto informações factuais (compra e fusões de empresas, anúncios de lucros e de falências, etc.) quanto percepções, justificativas, discursos reveladores da ideologia.

Enquanto as fontes da internet forneceram informações tanto nacionais quanto locais, as entrevistas estiveram limitadas a dentistas que têm pelo menos uma de suas inserções no mercado de trabalho na cidade de Salvador, Bahia. Também permitiram explorar os aspectos simbólicos que os dentistas conferem ao mercado de trabalho, mas foram especialmente úteis para que as condições concretas de trabalho, mediadas pela perspectiva dos dentistas, pudessem ser analisadas. A observação direta não foi privilegiada como técnica de coleta de dados, limitando-se a uma discreta participação em uma assembleia de dentistas, que teve por finalidade contatar eventuais candidatos a entrevistados.

1.2 Sobre a realização das entrevistas

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado que abordou as condições de trabalho dos entrevistados, como transitam entre os polos de autonomia e heteronomia no trabalho, suas percepções em relação ao assalariamento e precarização, quais as soluções vislumbradas, suas trajetórias e formações, dentre outras questões. Empregamos um diário de campo para registro do cotidiano da pesquisa. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, conforme descrito adiante.

A respeito do roteiro de entrevista, muitos pesquisadores que utilizam metodologias qualitativas consideram que o mesmo deva ser entendido apenas como um ponto de partida, devendo sofrer modificações no transcurso da fase de campo, pois, como “não há como padronizar a interação entre o pesquisador e o sujeito de pesquisa, assim não se pode prever todas as questões.” (VILA 2007, p. 242). Nesse entendimento, é apresentado no apêndice I o roteiro inicial de entrevistas, que foi adaptado a cada informante.

Para garantir a diversidade de situações necessárias ao estudo, a amostra abrangeu dentistas de diferentes gerações, homens e mulheres, incluindo pessoas que se encontravam ou já tinham vivenciado as seguintes situações: assalariamento no setor público e privado (com e sem vínculo empregatício), trabalho por porcentagem, trabalho por aluguel de turnos, atendimento a planos de saúde em consultório próprio e na empresa contratante, prática liberal, credenciamento a planos odontológicos, cooperativas, proprietário de empresa na condição de empregador e na de “empresa do eu sozinho”.

Em consonância com os procedimentos vigentes para pesquisas de metodologia qualitativa, a definição da amostra levou em conta os critérios apontados por Minayo, de forma a:

...assegurar que a escolha do locus e do grupo de observação e informação contenha o conjunto de experiências e expressões que se pretende objetivar na pesquisa; (...) trabalhar num processo de inclusão progressiva das descobertas do campo (...) considerar um número suficiente de interlocutores para permitir a reincidência e complementaridade das informações (...) prever uma triangulação das técnicas (MINAYO, 2007, p.197).

Conforme preconizado por Vila e colaboradores (2007), o emprego da metodologia qualitativa impõe a necessidade de que o número de sujeitos da pesquisa só seja definido no decorrer da fase de campo. Ao contrário das metodologias quantitativas, nas quais a seleção da amostra geralmente se dá de forma aleatória, na abordagem qualitativa o mais usual é o emprego da amostra intencional. Nesta pesquisa foram

adotados procedimentos semelhantes aos utilizados por Schraiber (1995), em pesquisa de desenho similar que utilizamos, com o diferencial de Schraiber ter estudado médicos:

A seleção dos médicos obedeceu, pois, a um princípio especial: não se realizar ao acaso, mas por meio de mecanismos reconhecíveis pelos próprios entrevistados como formas de escolha confiáveis, isto é, formas conhecidas e, de certo ponto de vista, também sob controle deles próprios. Os entrevistados foram, assim, contactados mediante a indicação interpessoal, em que, a partir de médicos próximos e conhecidos do pesquisador, surgiram as primeiras indicações, das quais surgiram novos médicos e assim por diante, o que conformou "gerações" de sujeitos indicados. (SCHRAIBER, 1995, p. 67).

Desta forma, foram entrevistados 14 dentistas, tal como pode ser observado no quadro abaixo:

TABELA 2 – Características dos entrevistados.

N.	Sexo	Período de Formatura	Inserção atual no mercado de trabalho
01	Mulher	2000-10	Assalariamento privado na capital
02	Mulher	1980-9	Assalariamento público na capital
03	Homem	1990-9	Credenciamento a planos odontológicos e autonomia típica no interior e na capital
04	Mulher	1990-9	Assalariamento público e privado na capital
05	Mulher	1980-9	Assalariamento público na capital
06	Homem	<1980	Assalariamento público e autonomia típica na capital
07	Mulher	1990-9	Credenciamento a planos odontológicos e autonomia típica e assalariamento público na capital
08	Mulher	1990-9	Credenciamento a planos odontológicos e autonomia típica e assalariamento privado na capital
09	Mulher	1990-9	Proprietária na capital
10	Mulher	2000-10	Credenciamento a planos odontológicos e autonomia típica na capital
11	Homem	2000-10	Assalariamento público no interior e privado na capital
12	Homem	1980-9	Autonomia típica na capital
13	Mulher	2000-10	Assalariamento privado na capital e interior
14	Mulher	2000-10	Assalariamento público na capital

Nota: É considerado assalariamento público o trabalho nos serviços de saúde ou em universidades. O trabalho em porcentagem e como pejetizado ("empresa do eu sozinho") está classificado no interior de assalariamento privado.

As entrevistas foram realizadas entre julho de 2010 e abril de 2011. Todas foram realizadas pela própria pesquisadora e o tempo de duração variou entre 15 e 84 minutos. Os primeiros entrevistados foram incluídos a partir dos contatos realizados na assembleia de dentistas e indicações de dentistas conhecidos pela pesquisadora.

Em seguida, foram acessados sujeitos indicados pelos entrevistados iniciais ou contatados via internet. Os critérios que mais pesaram para eleger os participantes da pesquisa foram inserção no mercado de trabalho e tempo de formado. Ao final, buscou-se minimizar sub-representação do sexo masculino, de dentistas formados em universidades particulares¹ e de servidores com contratos temporários no município de Salvador.

1.3 Sobre a coleta de informações na internet

A captura de material empírico na internet começou ainda em outubro de 2007, porém de forma pouco sistemática. A partir do segundo semestre de 2009, adotamos um mecanismo mais padronizado de busca de material empírico na imprensa *online*: cadastramos na ferramenta *Google Notícias* as palavras-chave “dentista” e “plano odontológico”. Assim, diariamente, a ferramenta de busca percorreu os sites de notícia à procura de matéria com estas palavras-chave. Foram descartados os materiais que não fossem relevantes para a pesquisa (exemplo: assalto a dentistas) e notícias em duplicata – acontecimento bastante comum. Em julho de 2010, com 220 documentos coletados e impressos, demos por encerrada a captura de material na internet, mas, durante a redação da tese, foi necessário empreender novas pesquisas para esclarecer alguns pontos.

Além da busca a *sítes* de notícias, fez-se a leitura regular de blogs escritos por dentistas, listados no apêndice II. O processo de seleção dos mesmos se deu a partir de pesquisa em portal de busca. Uma vez selecionados os primeiros, os demais foram incluídos a partir da técnica de bola de neve², pois é comum estes autores se indicarem mutuamente. Adicionalmente, estes autores foram seguidos no *Twitter*, *site* de *microblogging* que também foi investigado a partir de busca de

¹ Mesmo não sendo objetivo de nossa pesquisa analisar o impacto que a formação causa na inserção no mercado de trabalho, julgamos prudente evitar possíveis limitações que poderiam ocorrer caso não fossem contemplados egressos de cursos particulares

² Nesta técnica, os primeiros entrevistados indicam outros até ser o ponto de saturação teórico (ORLANDI; NOTO, 2005).

palavra-chave. As comunidades virtuais analisadas foram aquelas com maior número de participantes presentes no *Orkut* e também foram selecionadas a partir de busca de palavras-chave e da técnica de bola de neve.

1.4 Processo de análise

Durante a fase de análise tivemos a preocupação com a triangulação das fontes, cuidado que pode ser percebido na redação da tese. Sempre que possível, confrontamos informações de diferentes naturezas: notícias na imprensa perante dados institucionais; opiniões em *blogs* frente a depoimentos nas entrevistas, etc. As fontes não ocupam um mesmo status, não estão niveladas: a cada pergunta, um tipo de fonte é capaz de dar resposta mais apropriada. O processo de concentração de capital no setor de Odontologia Suplementar, por exemplo, se revela melhor através da imprensa *online* que nos números da ANS. A ideologia do empreendedorismo teve nos *blogs* seu melhor canal de comunicação, enquanto as críticas às grandes empresas odontológicas melhor se expressavam sob o anonimato das comunidades virtuais e sessões de comentários em portais de notícia. O cotidiano dos dentistas, por sua vez, foi melhor explicitado nas entrevistas. Procuramos manter ao longo do processo de análise uma postura de vigilância epistemológica, procurando escapar da ilusão da transparência dos dados.

Quanto aos procedimentos de análise, seguimos as proposições de RESSEL et al (2008): a) leitura exaustiva dos depoimentos; b) indexação (ordenação e categorização) dos dados; c) agrupamento das categorias por afinidade, compondo temas descritores; d) submissão dos temas descritores a uma análise específica, releitura das categorias e construção de subtemas; e) interpretação dos dados à luz do referencial teórico.

1.5 Aspectos éticos da pesquisa

Tivemos grande preocupação com o anonimato dos entrevistados. Assim, desde a realização da entrevista, a identificação foi feita apenas com números. Embora o roteiro de entrevista tenha um bloco inicial com diversas perguntas que permitem a caracterização do sujeito, optamos por não divulgá-las de forma individual, pois bastaria revelar ano e instituição de formatura e especialidade que já seria possível a quebra do anonimato. Em algumas passagens desta tese, optamos por não mencionar sequer o número do entrevistado.

Em relação às empresas, adotamos dois critérios. As informações decorrentes de documentos públicos na internet explicitam o nome das empresas. Não faria diferença omiti-las, pois todos os documentos, com seus respectivos endereços eletrônicos estão listados nesta tese. Cada afirmação de nosso texto é acompanhada pela referência ao documento em que foi colhida. Apesar da perda em fluidez, é um recurso que garante a verificabilidade das informações. Todavia, o material que resultou das entrevistas não revela o nome das instituições que os informantes relataram, sendo mais uma forma de proteger o anonimato dos sujeitos.

Parte de nosso material empírico é resultante de *blogs*, *microblogs* e comentários em grandes portais. São informações que os sujeitos publicam na internet com a intenção de que sejam divulgadas amplamente. Tratamos o conteúdo sem solicitar autorização prévia aos autores pelo mesmo motivo que uma pesquisa que se debruçasse sobre a seção de “cartas do leitor” de um jornal também não precisaria de autorização dos remetentes. No caso dos blogs, o endereço é referido, o que permite verificar a autoria dos textos. Nos casos em que os textos são assinados com pseudônimo, somente este é mencionado na tese. Em relação a *microblog* e comentários, não revelamos os nomes ou pseudônimos com os quais foram assinados e omitimos informações que possam revelar a identidade dos autores.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Sistema Nacional de Informações Sobre ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, registrado com o Certificado de

Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 0031.0.368.000-09, tendo sido aprovado no dia 13 de outubro de 2009, conforme é possível verificar no anexo II.

Capítulo 2 – Trabalho precarizado

Estão em curso transformações profundas no mundo do trabalho: para enfrentar a crise imposta por sua própria dinâmica, o capital necessita reconfigurar-se, como bem assinala Harvey (2007): a acumulação flexível é, ainda, uma forma de capitalismo. A incapacidade do regime de acumulação fordista e do *Welfare State* em dar respostas à crise estrutural capitalista implicam na emergência de políticas neoliberalizantes e da reestruturação produtiva. Tecnologias, tais como a telemática, contribuíram para a desconcentração produtiva e facilitaram uma maior divisão internacional do trabalho. No âmbito da gestão e organização do trabalho, as células de produção, os grupos semi-autônômicos, o envolvimento participativo e o trabalho polivalente – inovações toyotistas – ganharam terreno no Ocidente, enquanto os sindicatos tendencialmente abandonaram posturas mais classistas e adotaram táticas colaborativas – muito em função das fraturas trazidas para o interior do sindicalismo (ANTUNES, 2002).

Tais práticas, ao permitirem a intensificação da exploração da força de trabalho, contribuem para o crescimento do exército de reserva, resultando em um contingente de “excluídos”. Ora, Castel (1998), demonstra a impertinência do termo “exclusão”, uma noção estanque, incapaz de desnudar os processos que engendram tal situação de privação. A noção de exclusão remete a um comportamento anômalo, ao passo que não há nada de extraordinário no processo: é a consequência necessária da acumulação flexível. Mészáros (2006) ressalta ainda que tal degradação do trabalho extrapola os limites da periferia do capitalismo, atingindo também os países centrais. Igualmente ultrapassa o círculo dos trabalhadores não-qualificados, alcançando cada vez mais aqueles altamente qualificados. Bourdieu (1998) constata que a precariedade está por toda a parte e emprega o termo *flexploração* para aludir à gestão racional da insegurança desencadeada pela mundialização. Esta pesquisa poderá contribuir para a compreensão desta questão, lançando luzes sobre o processo de inserção precária

no mercado de trabalho por uma profissão tradicionalmente reconhecida como portadora de status social.

2.1 Precarização social do trabalho: debate teórico e quadro empírico

O significado de “precarização” não é unívoco. Barbier (2002) relata que na sociologia francesa do final dos anos 1970 e início dos 1980, o conceito de precarização surgiu vinculado aos estudos sobre pobreza. Mais tarde foi utilizado nos estudos sobre emprego e finalmente chegou-se à noção de precarização da sociedade como um todo – daí a frase de Bourdieu (1998) “a precariedade está em toda parte”. Para Barbier, o fato de o termo ter surgido no contexto de risco e de pobreza não é de modo algum irrelevante, pois faz com que o antigo conteúdo de pobreza permeie o debate atual. Nosso debate privilegiará os autores que discutem a precarização sob a perspectiva dos estudos do trabalho.

Precarização e flexibilização são conceitos que tendem a figurar juntos. Insegurança e instabilidade: essas são as ideias mais comumente associadas ao termo “flexibilização”. Thebaud-Mony e Druck (2007) o conceituam desta forma:

... **processo** que tem condicionantes macroeconômicos e sociais derivados de uma nova fase de mundialização do sistema capitalista, hegemônico pela esfera financeira, cuja fluidez e volatilidade típicas dos mercados financeiros contaminam não só a economia, mas a **sociedade em seu conjunto**, e, desta forma, generaliza a flexibilização para todos os espaços, especialmente no campo do trabalho. (THEBAUD-MONY; DRUCK, 2007, p. 29, grifos nossos)

A flexibilização se expressa em jornadas móveis de trabalho, salários flexíveis e formas de gestão inspiradas no toyotismo. O trabalhador flexível é aquele que tudo suporta, que se *verga sem se partir*. Este é o motivo pelo qual flexibilização e precarização são conceitos que costumam ser associados. Thebaud-Mony e Druck (2007) conceituam precarização da seguinte forma:

...Processo social constituído pela amplificação e institucionalização da instabilidade e da insegurança, expressa nas novas formas de organização

do trabalho – onde a terceirização / subcontratação ocupa um lugar central – e no recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social através das inovações da legislação do trabalho e previdenciária. Um processo que **atinge todos os trabalhadores, independentemente de seu estatuto**, e que tem levado a crescente degradação das condições de trabalho, da saúde (e da vida) dos trabalhadores e da vitalidade da ação sindical. (THEBAUD-MONY; DRUCK, 2007, p. 31, grifo nosso)

Queremos chamar atenção para o fato de que o fenômeno da precarização não se limita apenas aos trabalhadores já historicamente fragilizados. Essa é uma característica que as autoras fazem questão de pôr em relevo: não se trata de imaginar uma sociedade dual, com “incluídos” e “excluídos”. É um fenômeno que, embora afete de maneira diferente grupos distintos de trabalhadores, não pode ser entendido como residual.

Appay (1997) sustenta a tese de que a terceirização do trabalho é central à reestruturação produtiva. Appay escolhe utilizar o termo *précarisation* (precarização) em lugar do termo *précarité* (precariedade) porque entende que não se trata de um estado em que se encontram populações vulneráveis (mulheres, imigrantes, desempregados), que poderiam ser “reinseridos” à sociedade.

A autora constata uma tendência, sobretudo no discurso governamental da França, em evitar o tema: o trabalho precário é chamado “nova forma de emprego”³ ou “mobilidade”. O trabalho precário é uma noção incômoda, que precisa ser invisibilizada pelo Estado e pelo Capital. Contudo, tal “mobilidade” não se traduz em ascensão social ou profissional, mas em uma mobilidade forçada, um desenraizamento. A substituição do termo “precarização” por expressões de conotação positiva é sintoma de um processo ideológico de legitimação.

A então invisibilidade do conceito de precarização na sociologia do trabalho relaciona-se ao entendimento – comum, sobretudo, na análise dos “trinta anos

³O termo precário (contratos de emprego precários) foi inserido no Código de Trabalho Francês no início dos anos 1980 e posteriormente retirado. Cf. Thébaud-Mony; Druck, 2007.

gloriosos” – de que a precariedade salarial tratar-se-ia de uma forma recessiva de condição salarial.

Pode a precarização ser entendida como um retorno ao passado, um passo atrás em direção a uma era de insegurança que se acreditou encerrada? Appay discorda. Para ela a precarização significa um passo rumo a um futuro sombrio. O desenvolvimento tecnológico, o aprimoramento das técnicas gerenciais, o crescimento econômico não contradizem as formas precárias de trabalho: antes são simbióticas a elas.

É por isso que é possível afirmar que se trata de um fenômeno estrutural, no qual a instabilidade se institucionaliza. Appay (1997) advoga a necessidade de superar certa dicotomia que consiste em analisar separadamente a flexibilidade produtiva e suas consequências sociais, conformando assim um “ponto cego”.

O enfrentamento a tal dicotomia é feito mediante a compreensão da dupla natureza da precarização social: a primeira, uma precarização econômica (do emprego e salários); a segunda, decorrente da institucionalização da instabilidade, referente ao papel do Estado que, ao invés de compensar as desigualdades sociais, estimula a intensificação da insegurança.

As demissões em massa são decodificadas pelo mercado como sinais positivos: resultam em alta das bolsas de valores. E não se trata apenas de demissões de operários: elas também atingem os trabalhadores colarinhos-brancos. Contudo, as consequências da reestruturação não são iguais para todos: quanto mais precarizado é o trabalhador, mais baixa é a indenização que recebe.

Um conceito central na análise de Appay (1997) é o de “autonomia controlada”, que serve para dar conta da ilusória contradição entre um crescente processo de concentração das grandes empresas e a fragmentação da força de trabalho. Desta forma, a concentração da força produtiva ocorre através da flexibilidade das formas

de organização. Uma das principais formas de autonomia controlada é a subcontratação em cascata.

A produção enxuta torna desnecessária uma fração considerável da força de trabalho, institucionalizando assim a precarização. Os argumentos levantados pelo capital para consumir as reestruturações nas empresas envolvem a necessidade de enfrentar a crise econômica e a recessão. Contudo, o que se observa empiricamente é que ocorre a associação entre aumento do volume de negócios e redução do emprego,

Appay (1997) destaca a obra de Piore e Sabel, de 1984, que saudava a produção flexível como uma promessa de progresso social. Estes autores defendiam que o novo modelo seria capaz de promover autonomia, parceria, descentralização e produção em rede. Entretanto, o que se observou é que tal modelo cumpre um papel de fragilização da condição de trabalho. Appay (1997) defende a concepção de precarização social como um processo, resultante da reestruturação produtiva.

A reestruturação produtiva pode assumir as seguintes formas:

- 1) Desterritorialização: plantas industriais inteiras são transferidas para regiões onde a mão de obra é mais barata e vulnerável;
- 2) Terceirização *in situ*: os funcionários das empresas contratadas trabalham dentro da própria planta da empresa contratante, desempenhando também atividades-fim;
- 3) Terceirização de proximidade: determinados componentes do produto são confeccionados por empresas fornecedoras que são controladas por obrigações de organização *Just in time* e metas de qualidade garantidos por um sistema de incentivos e sanções. Assim, independência e inovação reforçam obediência e submissão. (Appay, 1997)

Bourdieu (1998) afirma que a precariedade não se restringe ao setor industrial, mas também atinge as áreas de cultura, educação, comunicação, entre outras; acomete

o setor privado, mas também incide sobre o público. Enfim, *está por toda parte*. Seus efeitos são sentidos por qualquer homem ou mulher, sob a forma de incerteza perante o futuro. Tal incerteza mina a possibilidade de uma revolta coletiva contra o presente.

Assim, mesmos os que não são atingidos diretamente pela precariedade sofrem seus efeitos ideológicos, pois o emprego passa a ser visto com um frágil privilégio, a ser perdido caso articule uma resposta de classe. “A insegurança objetiva funda uma insegurança subjetiva” (BOURDIEU, 1998, p. 121). O temor do proletariado de decair ao subproletariado imobiliza-lhe as reações, pois há bastante o que perder.

Bourdieu (1998) argumenta que a precariedade não resulta de uma *fatalidade econômica* decorrente do processo de mundialização, mas é fruto de uma vontade política. É a mobilidade do capital que põe os trabalhadores em concorrência mundial, fazendo necessário que surja um novo internacionalismo, capaz de articular um movimento de resistência em todos os países envolvidos no processo produtivo.

A precariedade obriga os trabalhadores a aceitarem a exploração, resultando em um modo de dominação de tipo novo. Ainda que a exploração tenha estado presente no capitalismo desde as suas origens, Bourdieu acredita que se trata de um fenômeno novo, a que se refere pelo termo de *flexploração*:

Essa palavra evoca bem essa gestão racional da insegurança, que, instaurando, sobretudo através da manipulação orquestrada do espaço de produção, a concorrência entre trabalhadores dos países com conquistas sociais mais importantes, com resistências sindicais mais bem organizadas – características ligadas a um território e a uma história nacionais- e os trabalhadores dos países menos avançados socialmente, acaba por quebrar as resistências e obtém a obediência e a submissão, por mecanismos aparentemente naturais, que são por si mesmos sua própria justificação. (BOURDIEU, 1998, p. 125)

Bourdieu põe em evidência os efeitos ideológicos da precarização, denunciando que demissões em massa são saudadas como atitudes corajosas e benfazejas. Procura-se assim “fazer crer que a mensagem neoliberal é uma mensagem universalista” (BOURDIEU, 1998, p, 44). O irônico – uma ironia perversa, saliente-se – é que

quanto mais o discurso empresarial fala em cooperação e lealdade, mais promove o fim das garantias aos trabalhadores.

No Brasil

Thebaud-Mony e Druck (2007) apontam que, nos estudos realizados no Brasil nos anos 1990 e 2000, pode-se notar o emprego das duas expressões: flexibilização (que confere uma ideia de processo em direção à instabilidade e insegurança) e flexibilidade (que toma o fenômeno como uma etapa já estabelecida). Já os termos precarização e precariedade têm sido utilizados indistintamente na literatura brasileira, com o mesmo sentido que *précarisation* tem para os autores franceses. Todavia, há especificidades da realidade brasileira que merecem ser sublinhadas.

Cardoso Jr. (2001) aponta que o projeto nacional desenvolvimentista fundado nos anos 1930 no Brasil e aprofundado nos anos 1950 sofreu um progressivo desmonte a partir dos anos 1980 – momento em que se deu a primeira fase da regressão industrial no país. Na década seguinte, tal regressão alcançaria sua segunda fase.

Os anos 1980 foram marcados por expressiva instabilidade econômica, baixas taxas de crescimento do produto interno e altas taxas de inflação. Tal cenário ensejou a desregulação do mercado laboral, porém de forma contraditória. Cardoso Jr (2001) analisa a regulação do trabalho a partir de dois vetores de determinação: o da estruturação do mercado laboral, traduzido em difusão da forma assalariada de trabalho pelo sistema econômico e o da regulamentação do mercado de trabalho, a partir de uma interferência pública capaz de disciplinar as relações de trabalho.

O autor argumenta que a primeira fase de desregulação do trabalho no Brasil foi contraditória porque, ao mesmo tempo em que foi iniciado um processo de desestruturação do mercado de trabalho, houve também uma ampliação da regulamentação do mercado laboral, impulsionada pelos movimentos sociais e sindicais que marcaram este período de redemocratização do país. Tal cenário

possibilitou a inscrição de novos direitos sociais e trabalhistas na Constituição Federal de 1988.

Tal contradição não mais se verificaria nos anos 1990. Este período foi marcado pelo aumento do fluxo de recursos externos para o Brasil, abertura comercial e estabilização da moeda. Apesar do aspecto positivo proporcionado pelo controle da inflação, observou-se um acirramento da vulnerabilidade da economia brasileira aos novos fluxos de capital internacional, desarticulação do parque industrial, estagnação econômica e crise fiscal e financeira do Estado. A década de 1990 difere da que a precedeu porque, em paralelo à intensificação da desestruturação do mercado de trabalho, um conjunto de reformas, sobretudo a do Estado, pôs em marcha a desregulamentação do mercado de trabalho (CARDOSO JR., 2001).

As consequências apontadas pelo autor foram: crescimento do setor terciário da economia, da informalidade, dos níveis de desocupação e desemprego, precarização dos postos de trabalho, estagnação relativa dos rendimentos médios oriundos do trabalho e estagnação da situação distributiva. Importantes mudanças também ocorreram no quadro jurídico de proteção da força do trabalho no sentido de tornar as relações trabalhistas mais “flexíveis”. Apenas a título de exemplo, podemos citar a criação das cooperativas de prestação de serviço, o contrato por tempo determinado, a permissão de demissão de servidores públicos por “excesso de pessoal” e a desindexação dos salários (THEBAUD-MONY; DRUCK, 2007; CARDOSO JR, 2001). Todavia, alguns destes mecanismos flexibilizadores foram mesmo desnecessários ao patronato, como demonstra Krein (2007). Este autor observa que o número de contratações por prazo determinado teve evolução extremamente modesta quando comparada a outras formas de contratação no período de 1990 a 2005. Isto, contudo, não significa que contratos de longa duração tenham sido a tônica. Para Krein (2007), bem como para Borges e Druck (2002), a principal forma de flexibilização da contratação a partir dos anos 1990 foi a terceirização. Através de dados da RAIS do período de 1994 a 2004, o primeiro

conclui que o número de “terceirizados lícitos” ultrapassava o total de contratados de forma atípica (KREIN, 2007).

Este é o cenário que permite a Druck e Borges (2002) afirmarem que, no plano da reestruturação da produção dos anos 90, os novos padrões de gestão e organização do trabalho tiveram maior importância que as inovações tecnológicas. As autoras realizaram um balanço da terceirização na região metropolitana de Salvador ao longo do período mencionado e observaram que, ao final do mesmo, na amostra estudada, 100% das empresas do setor industrial, 94% no de serviços, 83% no de *agrobusiness* e 44% no de comércio utilizavam trabalhadores terceirizados. No ramo petroquímico, embora a maioria das empresas alegassem respeitar o direito dos trabalhadores, a totalidade declarou ter processos na Justiça do trabalho em decorrência da terceirização. As autoras concluem que a terceirização aumentou a desigualdade de poder entre capital e trabalho, permitindo que as empresas reduzissem a qualidade dos postos de trabalho remanescentes (DRUCK; BORGES, 2002).

Prossigamos com a análise para o período subsequente. Utilizando dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios) do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) do período de 2002 a 2009, Borges (2010) estudou as variações ocorridas no mercado de trabalho urbano no Brasil. A autora constatou uma redução das taxas de desemprego de 10,6% para 9,3%, todavia acompanhadas de um acréscimo de 313 mil trabalhadores ao estoque de desempregados. Percebeu ainda um aumento da proporção de assalariados entre o conjunto de ocupados da área urbana e melhoria da proporção dos trabalhadores com emprego socialmente protegido. Contudo, os postos de trabalho de maior qualidade foram criados entre as faixas de menor rendimento, pois somente o estrato de até 5 salários mínimos registrou aumento do número de ocupados, tendo ocorrido uma redução absoluta no número de ocupados no estrato acima deste ponto de corte. Borges (2010) lembra que esteve em curso uma crescente

escolaridade dos trabalhadores e, mesmo assim, a retomada do crescimento se fez sobre uma base de baixos salários.

TABELA 3 – Número e percentual de trabalhadores *por conta própria* na Região Metropolitana de Salvador (RMS), Bahia e Brasil, 2001-2009.

Anos	RMS		Bahia		Brasil	
	N	%	N	%	N	%
2001	329.995	24,7	1.587.006	28,0	16.832.995	22,3
2002	334.072	24,4	1.639.152	27,2	17.570.905	22,3
2003	335.398	24,8	1.644.867	27,2	17.909.563	22,3
2004	340.075	23,2	1.661.632	26,7	18.574.690	22,0
2005	361.365	23,9	1.674.619	26,1	18.831.511	21,6
2006	346.889	22,4	1.608.572	25,0	18.924.327	21,2
2007	372.311	23,0	1.637.532	25,2	19.212.785	21,2
2008	398.292	22,3	1.654.220	23,8	18.688.789	20,2
2009	427.750	22,7	1.691.281	23,9	18.978.498	20,5

Fonte: FARIA; JESUS (2011), com dados da PNAD/IBGE.

Concomitante ao aumento dos postos de trabalho assalariados, pode-se notar uma redução percentual (ainda que ocorra um aumento em números absolutos) dos trabalhadores por conta própria, como pode ser visto na tabela 3. Esse fenômeno ocorre tanto na Região Metropolitana de Salvador, quanto na Bahia e no Brasil, sendo mais notável no âmbito estadual. No Brasil, o percentual de empregados com carteira assinada aumentou de 29,4% em 2001 para 34,9% em 2009 e o de empregadores variou de 4,2% em 2001 para 4,3% em 2009 (FARIA; JESUS, 2011). É sintomático que essa redução do trabalho autônomo no conjunto da População Economicamente Ativa se dê no mesmo período em que o mercado de trabalho do dentista sofre transformações mais dramáticas. Apesar de não termos dados oficiais que apontem um aumento numérico do assalariamento do dentista, os depoimentos colhidos em entrevistas, relatados nos próximos capítulos, apontam neste sentido.

Borges (2010) também chama atenção para o caráter estrutural do fenômeno do desemprego, pois um vasto número de trabalhadores não consegue um posto de

trabalho, mesmo durante um ciclo de expansão do emprego. Adverte ainda que, mesmo com a interrupção ou redução do processo de desassalariamento e destruição dos postos de trabalho protegidos, as iniciativas de desregulamentação das relações de trabalho efetuadas nos anos 90 não foram revistas.

Em linha similar de análise, Druck e Filgueiras (2007) assinalam que a política social do período “enclausura o conflito distributivo na base da pirâmide social” (p. 26) e que diversos elementos da política macroeconômica dos anos 1990 foram mantidos e aprofundados, tal como a elevação dos superávits fiscais primários, crescimento da dívida pública. Os autores apontam o limite do avanço de certos indicadores socioeconômicos, uma vez que a alegada melhora na distribuição de renda ocorreu entre os próprios trabalhadores, não entre capital e trabalho. Isto pode ser comprovado a partir da evolução da distribuição funcional de renda, isto é, a proporção entre os rendimentos do trabalho e os do capital: houve uma queda sistemática, na contabilidade nacional, da proporção dos rendimentos do trabalho (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007). Argumentam ainda que a melhora conjuntural do mercado de trabalho no Brasil nos anos 2000 resulta de um “quadro econômico internacional favorável às exportações brasileiras, e não de uma política de emprego ou de uma redefinição do MLP [Modelo Liberal Periférico]” (DRUCK; FILGUEIRAS, 2007, p. 33).

Ao longo de todo esse período, dentre os trabalhadores precarizados, os impactos não têm sido uniformes, há uma penalização maior das mulheres, negros e jovens. Bruschini (2000) aponta que o ganho médio feminino corresponde a 65% dos salários masculinos e chama a atenção para o fato de que esta desigualdade persiste, mesmo considerando setores econômicos, horas trabalhadas, ocupações e níveis de escolaridade iguais. Nogueira (2004) defende que a mundialização do capital faz com que uma regressão ou estagnação do trabalho masculino conviva com o crescimento do trabalho feminino, porém, este se dá predominantemente na forma de trabalhos precários e vulneráveis. A flexibilidade da jornada de trabalho feminina se dá em nome da conciliação entre as esferas familiar e profissional e isto

ocorre porque o capital, ao mesmo tempo em que explora o trabalho feminino, dele depende para sua reprodução. Outra clivagem no interior da classe trabalhadora é apontada por Antunes e Alves (2004), que alertam para a exclusão dos jovens que atingem a idade de ingresso no mercado de trabalho, vendo-se impelidos a buscar os trabalhos precários e a interdição ao trabalho daqueles considerados idosos pelo capital, estigmatizados por uma “cultura fordista”.

De que forma tais transformações do mundo do trabalho afetam os cirurgiões-dentistas? Nas sessões seguintes, traçaremos um quadro da precarização social do trabalho do dentista no Brasil, tendo por base a literatura disponível e os achados empíricos obtidos pela pesquisa documental na internet. O tema será retomado no capítulo 6, no qual discutiremos o fenômeno em Salvador.

2.2 Precarização social do trabalho do dentista no setor público

Após uma busca não exaustiva na literatura, foram identificados 8 trabalhos (artigos, capítulos de livro e relatórios de pesquisa) que abordam, mesmo que perifericamente, a questão da precarização do trabalho do dentista no serviço público, em especial no Programa Saúde da Família – PSF. São 3 estudos de âmbito nacional, 1 comparativo entre 2 macrorregiões e 4 estaduais. Em quase todas as pesquisas, o profissional estudado foi o dentista ou foi possível isolar os dados referentes a dentistas; a única exceção foi Tomasi et al (2008), que estudaram trabalhadores da atenção básica da saúde sem desagregar os dados por ocupação (ver tabela 4).

TABELA 4 - Publicações sobre precarização do trabalho do dentista: autor, ano de publicação, local, período de referência, aspectos metodológicos e resultados do estudo.

Autor e Ano	Local e período	Aspectos metodológicos e resultados
Brasil, 2004	Nacional 2001-2	Universo e amostra: todas as equipes de saúde da família e de saúde bucal, tendo-se visitado 2.558 equipes de saúde bucal. Unidade de análise: equipes de saúde bucal. Resultados: No Brasil, o vínculo contratual dos dentistas era: estatutário para 19,5%; CLT para 9,3%; contrato temporário para 32,9%; cargo comissionado para 3,3%; bolsa para 0,7%; prestação de serviços para 16,9%, cooperado para 3,3%; contrato informal para 9,2%; outro para 2,4% e contrato verbal para 2,4%. Na Bahia, o vínculo dos dentistas era: estatutário para 12,9%; 12,2% para CLT; contrato temporário para 30,2%; prestação de serviços para 25,2%; cooperado para 1,4%; contrato informal para 7,2%; outro para 2,9%; e contrato verbal para 7,9%
Carvalho et al, 2006	Nacional 2006*	Amostra: 563 municípios brasileiros com ESB no PSF**. Unidade de análise: municípios. Resultado: No Brasil, o tipo de vínculo dos cirurgiões-dentistas do PSF era de: estatutário para 25,9%; prestador de serviço/autônomo para 37,7%; 12,3 para estatutário/Cargo Comissionado / Função Gratificada; 8,9% para DAS/Cargo Comissionado; 2% para CLT; 3% para terceirizado; 2,1% para variado; 0,9% para outro; 7,3% para não sabe/não respondeu. O vínculo estatutário predomina nos municípios com mais de 500 mil municípios. (p. 16) As regiões Nordeste e Norte possuem o menor número de municípios com cirurgiões-dentistas concursados no PSF.
Girardi Carvalho, 2008	Nacional 2001 e 2006	Compara os dados da pesquisa Carvalho et al 2006 com outra realizada em 2001, na qual: a) universo: 3225 municípios com PSF; b) Amostra: 759 municípios. Resultados: em 2001, 24,2% dos municípios empregavam dentistas no PSF em empregos protegidos. Em 2006, eram 37,7%.
Tomasi et al, 2008	Municípios de: RS, SC, AL, PB, PE, PI e RN 2005	Universo: 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, das regiões Nordeste e Sul, perfazendo 4.749 trabalhadores de saúde (diversas profissões), tanto vinculados ao PSF quanto às unidades de saúde básicas de saúde tradicionais. Unidade de análise: trabalhador de saúde. Resultado: 38% dos trabalhadores da atenção básica tinham vínculo tipicamente precário (sem garantias trabalhistas). No Nordeste esse percentual foi de 42% e no Sul 30%. Entre profissionais do PSF este percentual foi de 48% e nas unidades tradicionais 33%.
Baldani et al, 2005	Paraná 2002	Universo: 136 municípios paranaenses que tinham ESB no PSF. Estudo censitário. Retorno: 77 municípios (56,6%). Unidade de análise: município. Resultado: em 27,3% dos municípios, os dentistas do PSF ingressaram por concurso público; 23,4% por teste seletivo interno; 7,8% por aproveitamento de pessoal sem teste seletivo; 13% por credenciamento; 9,1% por licitação; 13% por contrato de prestação de serviços; 2,6% outros; 4% sem resposta.
Lourenço et al, 2009	Minas Gerais 2004	Universo: 310 municípios mineiros que implantaram ESB no PSF. Estudo censitário. Retorno: 166 municípios (53,3%). Unidade de análise: município. Resultado: em 21% dos municípios foi relatado que a forma de contratação das ESB dos PSF era mediante teste seletivo interno; 12%, concurso externo, 16,3%, credenciamento e 50,6% "relataram outras formas como contrato, indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contratos por cooperativas, contrato temporário, contrato de prestação de serviços, etc". (p. 1370)
Souza, Roncalli, 2007	Rio Grande do Norte 2004	Universo: municípios potiguares com pelo menos 1 ESB no PSF com no mínimo um ano de implantação. Amostra: 19 municípios. Unidade de análise: município. Resultado: em 40% dos municípios os dentistas têm contratos temporários; em 40% dos municípios a forma de contratação foi por indicação, ou seja, sem qualquer seleção.
Martelli et al, 2010	Pernambuco 2005	Universo: 15 municípios de Pernambuco. Amostra: 305 dentistas. Retorno: 115 questionários. Unidade de análise: dentistas. Resultado: 65,2% dos CD inseridos com vínculo irregular

* A informação sobre o período de coleta está em GIRARDI; CARVALHO, 2008.

** A amostra de todo o estudo, incorporando os municípios que não têm ESB no PSF foi de 834, mas os dados sobre vínculo de CD no PSF se referem apenas a 563.

A constante nesses estudos é a alta prevalência de relações precárias de trabalho. Isso se verifica nos estudos de âmbito nacional: as taxas de trabalho desprotegido entre dentistas do PSF variam de 75,8% em 2001 a 62,3% em 2006 em Girardi e Carvalho (2008). Estudo conduzido pelo próprio Ministério da Saúde em 2001-2 encontrou somente 28,8% dos dentistas do PSF abrigados sob regime estatutário ou celetista. Analisando municípios do Sul e Nordeste, Tomasi et al (2008) encontraram 38% dos trabalhadores em saúde com vínculo tipicamente precário. No Paraná, Baldani et al (2005) encontraram somente 27,3% dos municípios em que o ingresso de dentistas do PSF se deu por concurso público; em Minas Gerais, Lourenço et al (2009) encontraram 66,9% de formas de contratação instáveis. No Rio Grande do Norte, 40% dos municípios tinham dentistas com contratos temporários (SOUZA; RONCALLI, 2007). Em Pernambuco, a pesquisa de Martelli et al (2010) revelou que 65,2% dos dentistas inseridos nas equipes de saúde da família pesquisados estavam inseridos com vínculos irregulares.

Os estudos listados não são comparáveis entre si, pois adotam metodologias diferentes. O detalhamento destes estudos pode ser visto na tabela 4. Alguns estudos têm como unidade de análise o município e outros o profissional. Acreditamos que os estudos que se enquadram no último caso são mais sensíveis, pois pode ocorrer uma variedade de vínculos de trabalho entre dentistas em um mesmo município. A intenção de reunir estes trabalhos é colocar em destaque que, embora estudos dessa natureza sejam pouco numerosos, há evidência de que vínculos precários de trabalho são um problema relevante entre dentistas que trabalham no Programa de Saúde da Família.

Alguns estudos também apontam diferenças na distribuição de trabalhos precários no tempo e no espaço.

O estudo de Girardi e Carvalho (2008) tem particular importância não apenas por ser de âmbito nacional, mas também por estabelecer 3 cortes de comparação: a) temporal, entre os dados coletados entre 2001 e 2006; b) de acordo com o número de habitantes dos municípios; c) entre as 5 macrorregiões. Eles utilizam as categorias “trabalho protegido” e “trabalho desprotegido”. A primeira corresponde ao regime estatutário e à CLT. A segunda inclui contratos temporários com a administração pública, contratos com profissionais *autônomos*⁴ e outras relações informais, representando fragilidade das relações de trabalho, ausência de trabalho padrão e direitos sociais e instabilidade no trabalho.

Os autores relatam uma diminuição percentual do trabalho desprotegido entre dentistas. Contudo, lançamos mão dos dados de números de equipes de saúde bucal (ESB) no PSF para fazer uma estimativa relevante: o significado disto em números absolutos. O resultado do cruzamento dessas informações pode ser visto na tabela a seguir:

TABELA 5 - Números absolutos e percentuais das equipes de saúde bucal no PSF, segundo desproteção do trabalho, 2001 e 2006. Brasil.

Ano	ESB*	Trabalho desprotegido		Trabalho protegido	
	N	% **	N ***	% **	N ***
2001	2.248	75,8	1.704	24,2	544
2006	15.086	62,3	9.398	37,7	5.687
Δ	12.838	-13,5	7.694	13,5	5.143

* Fonte: Ministério da Saúde, 2010; ** Fonte: Girard e Carvalho (2008); *** estimativa

É possível perceber que entre 2001 e 2006 houve um suave declínio percentual de trabalho desprotegido entre dentistas do PSF. Contudo, ao analisarmos os números absolutos, expressos na tabela 5 vemos que o trabalho desprotegido continuou crescendo: dentre os novos postos de trabalho para dentistas no PSF criados entre 2001 e 2006, a maioria foi de trabalho desprotegido. Os autores atribuem a ligeira queda percentual do trabalho desprotegido à ação dos Tribunais de Conta da União e dos Estados, às Mesas de Negociação Permanente do SUS e ao Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Este comitê foi criado pela portaria nº 2.430, de 23 de dezembro de 2003 e, desde sua instalação em

⁴ O original está em inglês: “independent professionals”.

2004, segundo o Ministério da Saúde, “vem discutindo soluções para a precarização do trabalho no SUS” (BRASIL, 2011j). Nosso estudo não investigou o papel destes atores no processo, pois fugiria ao escopo da pesquisa.

Quanto à distribuição da precarização do trabalho no espaço, os autores apresentam os dados distribuídos por macrorregiões e por faixa de habitantes. Considerando o porte populacional, os dados deixam explícito que quanto menor o município, maior a existência de trabalho desprotegido. Já a distribuição do trabalho desprotegido por macrorregião pode ser vista na tabela 6.

TABELA 6 - Percentual de dentistas do PSF em trabalho desprotegido no ano de 2006 e proporção dentista/habitante no ano de 2008, segundo macrorregiões e Brasil.

Região	% CD do PSF em trabalho desprotegido	Proporção CD/Habitante
Centro-oeste	78,7	747
Nordeste	72,1	1.734
Sudeste	62,7	601
Norte	56,5	1.800
Sul	36,2	774
Brasil	62,3	838

Fontes: Girardi e Carvalho (2008) e Morita et al (2010).

Na tabela acima, listamos os resultados de trabalho desprotegido em 2006 e a proporção população/CD de 2008, calculada por Morita et al (2010). Não é possível perceber um padrão entre as duas variáveis: O Centro-Oeste e o Nordeste são as regiões com maior proporção de trabalho desprotegido, mas enquanto o Nordeste tem uma proporção população/habitante duas vezes maior que a nacional, o centro-oeste apresenta a mesma inferior à média brasileira. Norte e Sul são as macrorregiões com menor proporção de trabalho desprotegido, mas também apresentam grande disparidade no que se refere à proporção população/CD. Isto sugere que outras variáveis devem ser investigadas, como, por exemplo, os indicadores de precarização na população economicamente ativa.

O estudo de Tomasi et al (2008) analisa 41 municípios em dois estados do Sul e cinco estados do Nordeste tendo como objeto os trabalhadores de saúde da atenção

básica – compreendidos aí tanto os inseridos no PSF quanto os das unidades de modelo tradicional. Os autores trabalham com a categoria *vínculo de trabalho tipicamente precário*, que significa sem garantias trabalhistas. Também foram evidenciadas discrepâncias regionais. O trabalho tipicamente precário está presente para 42% dos trabalhadores do Nordeste e para 30% dos trabalhadores do Sul, apontando uma tendência semelhante à encontrada por Girardi e Carvalho.

O estudo de Tomasi et al 2008 foi o único encontrado que compara a precarização entre os trabalhadores do PSF com os que também atuam na atenção básica, porém no modelo tradicional. No Sul, o vínculo precário de trabalho foi de 28% dos trabalhadores do modelo tradicional e 30% dos trabalhadores do PSF. No Nordeste, o vínculo precário de trabalho foi de 33% dos trabalhadores do modelo tradicional⁵ e 48% dos trabalhadores do PSF. Estes resultados nos levam a pensar que o consenso em torno do PSF como o modelo de atenção mais adequado ao atendimento das necessidades do sistema de saúde encobre uma compreensão de preferência por trabalhadores menos protegidos. A síntese dos estudos referidos pode ser observada na tabela 4.

A busca por material empírico na internet também retornou exemplos de precarização do trabalho do dentista no setor público. O caso do PSF de Salvador será tratado no capítulo 6, mas problemas similares ocorrem também em outros programas governamentais. É o caso da notícia veiculada pelo portal do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, que, em julho de 2008, informou a ocorrência de uma Ação Civil Pública contra a terceirização do Projeto Dentista na Escola, do governo do distrito federal. O programa seria gerido por uma Organização Social que contrataria 334 dentistas sem concurso público mesmo

⁵ O PSF se caracteriza pela adscrição da população alvo, o trabalho em equipe, a integralidade da atenção e a adoção de base territorial. Ao aderir ao PSF, o município recebe auxílio financeiro do Ministério da Saúde. Chama-se *modelo tradicional* uma lógica de atenção que não segue os princípios acima referidos, em geral se caracterizando pelo atendimento à livre demanda. **Para fins desta pesquisa**, as diferenças mais importantes são o aporte financeiro federal, que acaba sendo um estímulo muito forte aos municípios à adesão ao programa e a obrigatoriedade (ao menos até o momento de redação da tese) de cumprimento de 40 horas semanais. Embora as normas de adesão estipulem qual deva ser a jornada dos profissionais contratados, é omissa em relação ao caráter protegido ou precário com que são estabelecidos os vínculos.

havendo 369 dentistas aprovados em concurso que não tinham ainda sido nomeados (MPDFT, 2011). Contudo, em junho de 2009, conforme veiculado no portal JusBrasil, o STF permitiu a contratação de organização social para o programa (JUSBRASIL, 2011).

2.3 Precarização social do trabalho do dentista no setor privado

Contrastando com a literatura disponível sobre o setor público, houve uma grande dificuldade em identificar estudos que tratassem da precarização do trabalho do dentista no setor privado, mesmo que de forma periférica. No primeiro caso foi possível identificar pesquisas que delineassem o perfil do dentista que atua no PSF e, dentre outras variáveis estudadas, algumas, como a existência de vínculo trabalhista, mensuravam o fenômeno da precarização. Mas, aparentemente, a precarização do dentista que trabalha no setor privado não é um tema que desperta muito interesse da academia. As exceções encontradas foram os trabalhos de Bassani (2010) e Freitas (2007), ambos de natureza qualitativa.

Bassani (2010) realizou um estudo de caso em uma clínica odontológica de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, entrevistando dentistas, auxiliares, recepcionistas e vendedores. A empresa havia demitido anteriormente vários funcionários, obrigando os trabalhadores restantes à polivalência e sobrecarga de tarefas. O autor utilizou o conceito de banalização da injustiça social de Dejours, revelada na ameaça sempre presente de novas demissões e rotineiras humilhações públicas.

Um interessante achado de Bassani, que mereceria ser aprofundado por outros pesquisadores é que todas as recepcionistas tinham carteira assinada, mas não os dentistas da mesma clínica. Este elemento parece reforçar nosso argumento de que as tendências flexibilizadoras têm efeito singular ao atingirem trabalhadores sem tradição de assalariamento.

O artigo de Freitas (2007) também nos auxilia na discussão da precarização do trabalho do dentista, ainda que seu objeto de preocupação tenha sido a autonomia profissional, a partir da sociologia das profissões. Seu interesse recai sobre como o monopólio do saber e da prática e os mecanismos de captura de *status*, prestígio e poder. Todavia, o rico quadro empírico trazido pela autora também pode ser analisado a partir de outro recorte: é possível visualizarmos a *autonomia controlada* de que fala Appay (1997). Esta autora afirma que este conceito permite evidenciar um processo que só é contraditório na aparência: a concentração das empresas e a fragmentação da força de trabalho. É isto que se observa na Odontologia Suplementar: uma crescente concentração das operadoras, sobretudo em função da fusão das empresas, ao mesmo tempo em que os dentistas encontram-se dispersos em uma pulverizada rede credenciada. Appay (1997) demonstra que a valorização de práticas gerenciais pautadas pela autonomia, cooperação e inovação não eliminam formas de poder e dominação, pois o controle é feito à distância, não tanto pela concentração salarial, mas por formas flexíveis de organização. Externalizam-se assim os riscos, custos e responsabilidades – isto é flagrante na relação entre operadoras e dentistas credenciados, como poderá ser visto em detalhes no capítulo 5.

Freitas (2007) entrevistou doze dentistas do município de João Pessoa, Paraíba. Nenhum deles tinha iniciado a prática profissional sendo exclusivamente autônomo, todos vivenciaram uma multiplicidade de vínculos, que combinava trabalho em clínica privada popular sob a forma de subemprego, assalariamento privado ou público e prática liberal.

O conflito sobre o qual a autora se detém é o que se estabelece entre dentistas que atendem planos odontológicos e dentistas peritos empregados destas empresas. Os entrevistados descrevem um rol de normas estipuladas pelas operadoras que vão desde restringir que materiais devem ser empregados para determinados tipos de restauração a exclusão de procedimentos cobertos, restrições de faixa etária, limitações na rotina de atendimento. O não cumprimento de tais normas acarreta ao

profissional a glosa⁶ do procedimento, isto é, sua não remuneração. O conflito se estabelece entre aquilo que o dentista acredita ser a melhor opção clínica e o que é autorizado pela operadora. Lembremos que estes atendimentos em geral não ocorrem nas clínicas das empresas, mas nos consultórios dos dentistas. O agente responsável pela observância do cumprimento das normas é o perito: o dentista empregado do plano de saúde a quem cabe autorizar ou não o pagamento dos procedimentos.

Se analisarmos os depoimentos a partir de um referencial distinto da sociologia das profissões, veremos que o conflito que se estabelece entre dentistas e peritos ultrapassa questões de ética profissional, há um claro conflito capital-trabalho. O desconforto alegado pelos peritos entrevistados reside em serem os depositários de tal conflito: cumpre-lhes zelar pelos interesses de seus empregadores, mesmo quando reconhecem a legitimidade das queixas de seus colegas de profissão.

Se a busca na literatura acadêmica não resultou em farto material sobre a precarização do trabalho do dentista no setor privado, a pesquisa documental *online* forneceu alguns exemplos esclarecedores. O portal *Normas Legais* informou, em agosto de 2007, a decisão do TRT-MG de declarar a existência de vínculo empregatício entre dentistas e uma clínica de odontologia que tentava simular uma relação de aluguel:

Para mascarar a relação de emprego dos dentistas que trabalhavam em suas dependências, duas empresas do setor de odontologia simularam um contrato de aluguel com os profissionais que lá prestavam serviço. Em sua defesa, as rés haviam alegado que operavam como um plano odontológico, a exemplo dos planos de saúde, possuindo profissionais credenciados em seus quadros, e que apenas locavam sua estrutura física para os dentistas que ali desempenhavam suas atividades com total autonomia. “Ao que parece, os mesmos proprietários constituíram duas empresas distintas: uma para ‘locar’ a estrutura física aos dentistas ‘prestadores de serviço’, e outra para credenciá-los como integrantes de uma suposta rede de plano odontológico - condições, a propósito, indubitavelmente arquitetadas para dissimular a verdadeira relação empregatícia existente com aqueles profissionais” – esclarece o relator do recurso, desembargador Heriberto de Castro. (NORMAS LEGAIS, 2011)

⁶ Glosa é o “cancelamento ou recusa, parcial ou total, de orçamento, conta, verba por serem considerados ilegais ou indevidos, ou seja, refere-se aos itens que o auditor da operadora (plano de saúde) não considera cabível para pagamento” (RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004, p. 211).

Há variados exemplos ilustrativos de formas de contratação atípicas, como os listados a seguir. Os exemplos foram retirados dos sites *Rede Parede* e *Ibiubi*, especializados em publicação de anúncios e estavam listados na seção *empregos*.

Para clínica geral, endo e orto. Oferecemos hospedagem. Você só precisa dos motores de alta e baixa rotação. Vagas em vários estados para profissionais autônomos. (REDE PAREDE, 2008).

Excelente oportunidade para cirurgiões dentistas sem vínculo empregatício. Pessoas que procuram economizar e fazer uma reserva financeira, pois as despesas são mínimas. Disponibilizamos moradia e refeição sem custos para quem se interessar (REDE PAREDE, 2010).

Descrição da vaga: Para atuar na área de endodontia. Superior completo em Odontologia com especialização em Endodontia. Observações: Regime de contratação: Autônomo ou Prestador de serviços (PJ) Horário: São 16 horas /mensais. Informações adicionais: Regime de contratação: autônomo ou prestador de serviços (pessoa jurídica) (IBIUBI,2010).

Nos exemplos citados, os empregadores aludem à figura do autônomo, ao qual estariam reservadas excelentes oportunidades e ganho rápido de dinheiro. O recurso ideológico à figura do profissional liberal permite que se conjugue “excelente oportunidade” e “sem vínculo empregatício” em uma mesma frase. O anúncio de que o dentista precisaria apenas levar sua “alta e baixa rotação” procura mostrar-se como vantajoso em relação à autonomia tradicional, aquela em que o dentista precisa bancar seu próprio consultório, mas aponta uma degradação do padrão assalariado, uma vez que o trabalhador tem que se responsabilizar até mesmo por instrumentos de trabalho.

2.4 Considerações parciais

Concordamos com os autores citados na primeira sessão deste capítulo que se preocupam em distinguir precarização do trabalho das noções de pobreza e de exclusão. Não advogamos a existência de uma *periferia excluída, marginalizada e precarizada* na qual estariam inseridos os dentistas ou parte deles. Partilhamos o entendimento de que a precarização é um processo de institucionalização da

instabilidade. Esta institucionalização chega a tal ponto que, conforme apontam os 8 estudos sobre trabalhadores do PSF, a norma (compreendida como situação mais frequente) é a dos postos de trabalho desprotegidos. O “atípico”, neste caso é o posto de trabalho com vínculo empregatício, o que corrobora a argumentação, utilizada pelos autores citados, de que a precarização atinge todos os setores da sociedade e não poupa sequer os trabalhadores mais escolarizados e de longa tradição como profissionais liberais.

A ideia da gestão racional da insegurança como mecanismo de supressão das reações mais organizadas pode ser notada no estudo de Bassani (2010). Os sujeitos da pesquisa se encontravam em isolamento imobilizante decorrente das ameaças de demissão e humilhação pública. As demissões não se apresentavam somente como potencialidade: no período imediatamente anterior à pesquisa, a clínica tinha acabado de passar por um processo de *enxugamento*. As consequências desta reestruturação produtiva são análogas às que ocorrem no setor industrial, bancário e outros mais conhecidos: os empregados que permanecem tornam-se polivalentes e são obrigados a aumentar sua produtividade.

O recurso à terceirização como principal forma de precarização a partir dos anos 90 foi ilustrada na matéria sobre o Projeto Dentista na Escola do Distrito Federal. Ao priorizar a intermediação de mão de obra através de uma Organização Social em detrimento da contratação dos profissionais já aprovados em concurso público, o gestor deixa clara a preferência por modalidades mais *flexíveis*, para que os funcionários possam ser dispensados sem maiores dificuldades.

Flexibilidade também é o que se observa nos anúncios de empregos citados: não há estabilidade de ganhos, mas remuneração “em percentagem”. Trata-se, obviamente, do mascaramento da condição de assalariado, mas as palavras “autônomo” e “prestador de serviço” procuram obscurecer esta relação de subordinação. Artifício bastante semelhante ao empregado pelas proprietárias da clínica de Minas Gerais

mencionadas pelo portal Normas Legais. A flexibilização da legislação trabalhista sequer foi necessária, procedeu-se simplesmente à sua burla.

Ainda sobre o tema flexibilidade, chamamos atenção para o fato de que as modalidades “terceirização à distância” e “terceirização *in situ*” podem ser percebidas nos casos analisados. Nos anúncios *online* de emprego, ao declarar vaga para dentista “como pessoa jurídica”, o empregador intenciona firmar um contrato com o profissional como se este fosse uma empresa – a *empresa do eu sozinho*. A clínica, portanto, abrigaria, diversas “empresas” sob seu teto, cada uma atendendo em uma cadeira. Este fenômeno tem sido denominado *pejotização* e afeta diversas categorias. Nem sempre o empregador logra sucesso em ocultar o vínculo empregatício: no exemplo da decisão do TRT-MG notamos que as dentistas ganharam a ação movida contra a empresa. Este pode ser o motivo pelo qual a “terceirização à distância” é tão atraente ao patronato, o que pode ser ilustrado com o artigo de Freitas (2007).

Os conflitos descritos por Freitas são a dimensão da aparente contradição entre o crescente processo de concentração das empresas e a fragmentação da força de trabalho referida por Appay (1997). A desconcentração é a tônica do regime de acumulação flexível, mas para se concretizar, se faz necessário o recurso à autonomia controlada. Os dentistas são parcialmente autônomos: atendem os pacientes dos planos odontológicos em seus próprios consultórios. Devem, contudo, se submeter às diversas normas da empresa que incidem sobre seu processo de trabalho, sob pena de não serem remunerados pelos procedimentos que já realizaram.

Percebem-se mais semelhanças entre dentistas e demais trabalhadores do que se poderia suspeitar a princípio. Todavia, não nos interessa ocultar a singularidade deste segmento. A revisão que fizemos sobre o processo de desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho no Brasil nas três últimas décadas sinaliza um movimento que afeta os dentistas de forma peculiar. Faz-se necessário

elucidar as transformações sofridas por este grupo de trabalhadores em particular e também pelo empresariado específico que lhe compra a força de trabalho. Afinal, os autores apontam uma progressiva estruturação do mercado laboral, isto é, uma crescente difusão da forma assalariada de trabalho, até os anos 80. Tal movimento só ocorre mais tardiamente entre dentistas e não repete mecanicamente “etapas” trilhadas pelo conjunto dos trabalhadores.

Embora sinais de tendência de assalariamento entre odontólogos já fossem mencionados desde o final dos anos 70 (PAIXÃO, 1979), ainda se passaram vários anos até o fenômeno ganhar relevância. Ou seja, quando se viram enfim obrigados a vender sua força de trabalho, os dentistas encontraram um mercado de trabalho em processo de desestruturação e desregulamentação. Este parece ser uma boa explicação para o achado de Bassani (2010): recepcionistas e atendentes já vêm de um passado assalariado, mas não dentistas.

Quanto aos movimentos da macroeconomia, estes aparentam ter implicações especiais para o empresariado do setor odontológico. A criação de postos de trabalho formais na última década nos estratos de menor renda parece ter sido importante para o desenvolvimento da Odontologia Suplementar (VALOR ECONÔMICO, 2011) pois a maioria dos beneficiários dos planos odontológicos são de contratação coletiva, isto é fornecidos pelas empresas aos seus empregados (BRASIL, 2011c). O custo do benefício para o empregador é extremamente baixo: em 2009 o tíquete médio mensal era R\$10 per capita, os empresários do setor em geral apontam que seu foco recai sobre as “classes D e E” (BINAS, 2011). O surgimento de empresas odontológicas que parcelam o valor do tratamento em até 36 prestações (OLIVEIRA, 2011) também não teria sido possível no período anterior ao controle da inflação.

Assim, neste capítulo levantamos elementos que demonstram que a precarização social do trabalho também pode ser notada entre dentistas. Contudo, para compreender o processo em profundidade, precisamos estudar outro fenômeno: o

assalariamento destes profissionais. Este é o motivo pelo qual o capítulo 3 tratará do debate sobre classes sociais e suas consequências para o dentista. As expressões empíricas deste fenômeno serão vistas nos capítulos 4 e 5. O tema precarização do trabalho só será retomado no capítulo 6, em que será enfocada a situação dos dentistas em Salvador.

Capítulo 3 – Classes sociais

3.1 O debate sobre classes sociais

As consequências da transformação de um padrão de acumulação fordista para um padrão de acumulação flexível têm sido bastante estudadas pelo campo da Sociologia do Trabalho. Inúmeros autores têm composto um rico quadro empírico que dá conta de evidenciar a transfiguração do trabalho típico em trabalho atípico – flexível e precarizado. Contudo, o que grande parte dos estudos desvela são as transformações sofridas pelo trabalho assalariado. É necessário lançar luzes sobre as peculiaridades dos trabalhadores que vêm de outra tradição: o trabalho autônomo⁷. Esta é uma discussão que dialoga com o debate mais amplo sobre a natureza das classes sociais na atual fase do capitalismo. Será necessário recuperar o debate que teve destacado papel ao longo do século XX: o destino dos setores médios – pois esta polêmica fecundou parte das reflexões sobre o mercado de trabalho odontológico. Veremos que a tese da proletarização da classe média teve seguidores e opositores entre os que discutem o trabalho dos dentistas e defenderemos que, embora não seja possível falar em desaparecimento da prática autônoma, há um inquestionável aumento do assalariamento, porém eivado de formas precarizadas. Nossa revisão da literatura não será feita em ordem cronológica, mas a partir de um encadeamento de ideias.

É no *Manifesto Comunista* que Marx e Engels apontam uma tendência de assalariamento das profissões liberais: “A burguesia despojou de sua auréola toda a ocupação até então considerada honrada e encarada com respeito. Converteu o **médico**, o jurista, o padre, o poeta, o homem da ciência em trabalhadores assalariados.” (MARX; ENGELS, 2007, p. 28, grifos nossos). Nesta mesma obra, o proletariado é definido como a classe de assalariados que, por não possuir meios próprios de produção, encontram-se obrigados a vender sua força de trabalho para sobreviverem (MARX; ENGELS, 2003). Diferem, portanto, do trabalhador autônomo,

⁷ Aprofundaremos o conceito de trabalho autônomo no capítulo 5.

que, nas palavras de Marx, “é seu próprio assalariado; seus meios de produção se lhe representam como capital” (MARXb, 2004, p. 161-2). Nos *Manuscritos Econômicos-filosóficos*, Marx afirma que os proletários, à semelhança dos cavalos, devem receber apenas o necessário para poder trabalhar (MARX, 2004a). A distinção entre trabalhador assalariado e proletariado também será discutida por Castel, conforme veremos adiante.

Embora haja uma rápida menção a profissionais liberais (médico, jurista) no *Manifesto Comunista*, como na passagem supracitada, na maior parte das passagens, Marx e Engels (2007) se referem às classes médias aludindo a pequenos industriais e artesãos, cujo destino seria o desaparecimento:

De todas as classes que hoje se defrontam com a burguesia, apenas o proletariado é uma classe realmente revolucionária. As outras classes **decaem e por fim desaparecem** com o desenvolvimento da indústria moderna, mas o proletariado é seu produto mais autêntico. As **classes médias inferiores**, os pequenos industriais, os pequenos fabricantes, os artesãos, os camponeses, todos lutam contra a burguesia, para **garantir sua existência** como parte da classe média. Portanto, não são revolucionárias, mas conservadoras e, mais ainda reacionárias, pois procuram fazer retroceder a roda da História (MARX; ENGELS, 2007, p. 35, grifos nossos).

Parte dos pensadores marxistas do século XX reforçou a ideia de que o desenvolvimento do capitalismo levaria ao desaparecimento da pequena burguesia, a ser assimilada pelo proletariado. Uma exceção pode ser encontrada em Trotsky (1998) que, já em 1937, constatava a conservação de tais camadas, atribuindo o fato a uma política consciente do Estado burguês. Em um balanço do legado do *Manifesto Comunista*, por ocasião de seus 90 anos, Trotsky afirma:

Tomando como base sobretudo o exemplo da “Revolução Industrial” inglesa, os autores [Marx e Engels] viam de maneira muito retilínea o **processo de liquidação das classes médias**, com a **proletarização completa** do artesanato, do pequeno comércio e do campesinato. Na verdade, as forças elementares da concorrência ainda não finalizaram esta obra, ao mesmo tempo, progressista e bárbara. O capital **arruinou a pequena burguesia** bem mais rapidamente do que a proletarizou. (...) O resultado de tudo isso é que as classes médias, **cujo desaparecimento o Manifesto previa de modo tão categórico**, constituem, mesmo em um país altamente industrializado como a Alemanha, quase a metade da população. Mas a

conservação artificial das camadas pequeno-burguesas, desde há muito caducas, em nada atenua as contradições sociais; torna-as, pelo contrário, particularmente mórbidas. Somando-se ao exército permanente de desempregados, ela é a expressão mais nociva do apodrecimento capitalista. (TROTSKY, 1998, p. 64-65, grifos nossos).

Trópia (2007) localiza a década de 1970 como o momento até o qual o conceito amplo de proletariado – que incluía os assalariados não-manuais - foi predominante. Desde então, têm sido mais frequentes os autores que problematizam a questão de outra maneira, a exemplo de Poulantzas.

Uma vez que estamos lidando com noções de *proletarização* e *assalariamento*, a contribuição de Castel (1998), que estudou a sociedade francesa, será bastante proveitosa. Em *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*, publicado originalmente em 1995, o autor põe em relevo três formas de cristalização das relações de trabalho na sociedade industrial, que expressam também relações que o mundo do trabalho mantém com a sociedade global: a condição proletária, condição operária e condição salarial.

A condição proletária é aquela em que a remuneração do trabalhador é próxima da sua subsistência imediata e reprodução. Seu status de trabalhador não lhe assegura garantias e proteções sociais, a regulação do Estado é pequena, as relações entre trabalhador e empresa são lábeis, e há uma alternância perene entre emprego e desemprego. Nas palavras de Castel, é uma “situação de quase-exclusão do corpo social” (CASTEL, 1998, p. 415).

Na condição operária, o salário passa a ser mais que a mera retribuição pela tarefa desempenhada, pois também lhe assegura direitos e proteções – saúde, previdência, etc. A remuneração amplia-se para além no mínimo necessário, o que lhe permite o acesso ao consumo de um conjunto de bens.

A condição salarial resulta do que Castel denomina “salarização da sociedade”: a relação salarial passa a açambarcar quase todo o tecido social e se imiscui entre funcionários, quadros, profissões intermediárias e setor terciário. A relevância que

adquirem os “trabalhadores de colarinho branco” traz como contrapartida a retração do papel histórico da classe operária, pois:

O salariado operário corre o risco, então, de ser submerso numa concepção cada vez mais extensiva da condição de assalariado e, ao mesmo tempo, esmagado pela proliferação de situações sempre superiores à sua (CASTEL, 1998, p. 453-3).

Esta sociedade salarial trouxe novos questionamentos teóricos: como explicar a nova configuração das classes sociais?

No interior da literatura marxista do século XX, Braverman trouxe elementos importantes ao debate. Em *Trabalho e capital monopolista*, publicado originalmente em 1974 nos Estados Unidos, Braverman desconstrói o argumento de que o trabalho em escritório, por sua complexidade, seria menos racionalizável que o da fábrica. Na verdade, o trabalho de escritório também pode ser taylorizado: o trabalho mental pode ser dividido em uma série de tarefas mais simples e repetitivas. No escritório também se assiste a um abandono do modelo em que o trabalhador domina todo o processo de seu trabalho. Haveria entre o trabalhador da indústria e o do escritório uma diferença de temporalidade: “Enquanto a classe trabalhadora na produção é resultado de vários séculos de desenvolvimento capitalista, o trabalho em escritório é amplamente produto da fase do capitalismo monopolista” (BRAVERMAN, 1981, p. 294). Braverman também se detém na análise do trabalho no setor de serviços e percebe um movimento análogo.

É neste fenômeno que enxerga a chave para entender as transformações por que passou a classe trabalhadora no século XX. O autor alude a uma dificuldade das primeiras gerações de marxistas em lidar com o “trabalhador engravatado”, tema que acaba por municiar teses antimarxistas. O que Braverman defende é que se está diante de um *vasto proletariado sob nova forma*.

O esforço de Braverman em aproximar o trabalhador de escritórios e de serviços do operário fabril ampara-se não só nas diversas constatações de perda da autonomia

e racionalização do trabalho, mas também no fato de que ao capitalista todas as formas de trabalho interessam somente na medida em que produzem mais-valia. Aponta que o mesmo trabalho realizado em um restaurante ou na fabricação de alimentos poderá ser considerado serviço ou indústria; tarefas muito similares terão rubricas diferentes se executadas em fábricas ou em oficinas de carros. A divisão entre produção de bens e serviços, ironiza ele, só interessa a economistas e estatísticos – ao capitalista é indiferente.

Sendo assim, como o autor faz para operacionalizar o conceito de classe trabalhadora, agora ampliada? Braverman parte da definição da classe trabalhadora de Marx como aquela que, não possuindo os meios de produção, vende sua força de trabalho, mas tem dificuldades para operacionalizá-la. Para trabalhar com dados demográficos oficiais, ele precisa fazer uma mediação: primeiro estabelece as categorias ocupacionais que seriam “a população inequivocamente de classe trabalhadora”, e desta subtrai aqueles que não seriam classe trabalhadora de maneira tão inequívoca assim:

Excluimos desses grupos os chefes que são em geral classificados na categoria de artífices; dentre os trabalhadores de vendas excluimos os vendedores, agentes, e corretores de publicidade, seguros, imóveis, ações e títulos, assim como representantes de indústrias e vendedores em atacado, **por serem estes últimos em geral mais bem remunerados e privilegiados**, deixando assim nessa categoria principalmente os vendedores em comércio menor (BRAVERMAN, 1981, p.320, grifos nossos).

Chamamos atenção para a importância que Braverman confere ao critério “rendimentos”, fato que se percebe tanto no que grifamos anteriormente como também nesta passagem:

Esses executivos, em virtude de suas posições gerenciais elevadas, contas bancárias pessoais, poder independente de decisão, lugar na hierarquia do processo de trabalho, posição na comunidade dos capitalistas em geral, etc. são os dirigentes da indústria, agem 'profissionalmente' para o capital e constituem-se parte da classe que personifica o capital e emprega o trabalho (BRAVERMAN, 1981, 342).

Boito Jr. também se dedicou ao assunto, ao mapear diversas formulações sobre a *classe média*, tanto internas ao marxismo quanto de linhagem weberiana. Este autor brasileiro se recusa a apagar os limites que separariam o trabalhador manual do *trabalhador de colarinho-branco*, considerando a condição de assalariado insuficiente para definir a situação de classe. Advoga a pertinência da noção de classe média, e assim a define:

Classe média seria uma “noção prática” para indicar um comportamento político e ideológico específico, guiado por uma “consciência meritocrática”, típico de um setor dos trabalhadores assalariados, comportamento esse que os distinguiria dos trabalhadores manuais. (BOITO JR., 2004, p. 218)

Gostaríamos de chamar atenção para o fato de que repetidas vezes, quando Boito Jr. contrapõe classe operária à classe média, o que ele de fato assinala é uma oposição entre trabalhadores *manuais* e trabalhadores *intelectuais*, o que não é o mesmo que falar de operariado fabril *versus* assalariados do setor de serviços. Embora admita que “tanto a economia, quanto a política e a ideologia contam na constituição da classe média e da classe operária em força coletiva e ativa na luta social” (BOITO JR., 2004, p. 221-1), percebe-se que para ele é a ideologia que joga o papel principal na determinação da classe média.

Também no Brasil, para fazer frente às teses do fim do trabalho, Ricardo Antunes passou a utilizar a expressão *classe-que-vive-do-trabalho* em lugar de *classe trabalhadora*. Exatamente por reconhecer que ocorrera uma maior complexificação e heterogeneização da classe, através da expansão dos assalariados no setor de serviços e encolhimento do operariado industrial, das fissuras decorridas das subcontratações e das diversas formas de precarização do emprego, Antunes considera que a maneira pela qual deve ser reafirmada a centralidade do trabalho se dá pela ampliação do conceito. Assim, a *classe-que-vive-do-trabalho* compreende:

- 1) Todos aqueles que vendem sua força de trabalho, incluindo tanto o trabalho produtivo quanto o improdutivo (no sentido dado por Marx).
- 2) Inclui os assalariados do setor de serviços e também o proletariado rural.
- 3) Inclui o proletariado precarizado, sem direitos, e também os trabalhadores desempregados, que compreendem o exército industrial de reserva.

4)E exclui, naturalmente, os gestores e altos funcionários do capital, **que recebem rendimentos elevados ou vivem de juros**. (ANTUNES, 2000, p. 187, grifos nossos)

O critério inicial é o da posição que se ocupa na produção – vender a força de trabalho - mas são várias as posições agrupadas em uma mesma classe. Isto acaba tornando necessário lançar mão do critério de rendimentos para estabelecer um corte entre os simples funcionários e *os gestores e altos funcionários do capital*. Embora pareça bastante razoável considerar que os gestores do capital não pertençam à classe trabalhadora, por *personificarem o capital*, como diz Braverman, uma dificuldade fica patente: a partir de que momento um assalariado deixa de ser um mero assalariado e passa a *agir profissionalmente* – novamente palavras de Braverman - para o capital? E, se vivemos imersos em ideologia burguesa e, como Antunes bem coloca, o capital descobre novas formas de apreensão da subjetividade, quem, dentre os assalariados não agiria profissionalmente para o capital?

Embora estas ressalvas possam ser destacadas, o emprego do conceito de classe-que-vive-do-trabalho se mostra útil para discutir o mercado de trabalho odontológico quando o debate a ser travado é com aqueles que não consideram dentistas “trabalhadores”. Mas, em outros contextos, é preciso lançar mão de outros conceitos para explicar que tipo de trabalhadores são (ou estão se tornando) os dentistas.

O conceito de classe social em Poulantzas é matizado por determinações políticas e ideológicas, para além das econômicas. Em *As classes sociais no capitalismo de hoje*, publicado originalmente em 1974 na França, percebe-se constantemente a rejeição do economicismo, o que não o impede de creditar importância maior à esfera econômica, como é possível perceber na afirmação:

As classes sociais são conjuntos de agentes sociais determinados principalmente, mas não exclusivamente, por seu lugar no **processo de produção**, isto é, na esfera econômica. (...) Para o marxismo, o econômico assume o papel determinante em um modo de produção e numa formação social: mas o político e o ideológico, enfim a superestrutura, desempenham igualmente um papel muito importante. (POULANTZAS, 1978, p. 13-14, grifos no original).

É assim que se percebe o destaque que Poulantzas dá às frações, no interior das classes sociais: são grupamentos que, diferentemente das simples camadas, podem se revestir de um papel de *forças sociais* distinto das outras frações pertencentes à mesma classe. Assim como Marx, em *O 18 Brumário*, explora as contradições entre as diferentes classes, frações e camadas sociais para explicar a França de Luís Bonaparte; Poulantzas considera necessário entender o papel que cumprem as diferentes frações em cada conjuntura. Sua preocupação é a questão das alianças a serem construídas para alcançar a revolução socialista.

Burguesia e operariado representam as classes sociais fundamentais do capitalismo, mas, como cada formação social comporta mais de um modo de produção, estas não são as únicas classes sociais encontradas. O lugar de classe é definido economicamente: “classe operária no modo de produção capitalista é aquela que efetiva o *trabalho produtivo* deste modo de produção” (POULANTZAS, 1978, p. 21, grifo no original). Observe-se que Poulantzas utiliza o termo “classe operária” para designar a classe explorada fundamental, e não “classe trabalhadora”, ou “classe assalariada”. Somente os assalariados que produzem a mais-valia fazem parte da classe operária: dela são excluídos todos os que participam das esferas de circulação e realização da mais-valia (do capital comercial e do capital bancário). Amparando-se em Marx, reitera que, embora todo operário seja um assalariado, nem todo assalariado é um operário. Disto decorre que os “trabalhadores não-produtivos”, ainda que assalariados pelo capital, compõem, para Poulantzas, a “nova pequena-burguesia”, diferenciando-se assim da sociologia burguesa, mas também de determinadas correntes no interior do marxismo.

Para Poulantzas, há uma **pequena-burguesia tradicional**, definida pela posse da pequena propriedade e uma **nova pequena-burguesia**, constituída pelos assalariados não-produtivos. Isto o distingue de diversas formulações sobre as “camadas médias” ou “classe média”.

Embora diversas vertentes da sociologia burguesa não hesitem em utilizar o termo “classes sociais”, empregam-no na perspectiva de uma estratificação mais geral da sociedade. Para elas, a divisão da sociedade em classes antagônicas não é o fundamento teórico metodológico que explica a realidade social – assim a “classe média” nada mais representa que um dentre os vários estratos da população.

Mas, mesmo no interior do marxismo, há interpretações que Poulantzas julga equivocadas. Assim, opõe-se aos que advogam uma dissolução das fronteiras de classe, diluindo os variados conjuntos salariais na burguesia e na classe operária. O autor critica a visão dualista de sociedade que erroneamente é associada ao marxismo. Defende que tal posição contribui para o enfraquecimento dos conceitos de burguesia e de classe operária, o que acaba por negar a luta de classes.

Por outro lado, é também criticada a corrente que vê na “classe média” (definida a partir do critério de “renda” e “atitudes mentais”) o fator de equilíbrio da sociedade burguesa. O próprio termo “classe média” já pressupõe a não existência de luta de classes, anulando, portanto, a conotação que a teoria marxista dá a elas.

Também é contestada a tese defendida pelo Partido Comunista Francês, PCF, que nega a especificidade da classe média e defende a existência de um conjunto de camadas sociais intermediárias que não pertencem à classe alguma. Poulantzas discorda desta suposição, pois as frações, camadas e categorias sociais, tais como existem no marxismo, não se situam à margem ou acima das classes. O desdobramento prático a que chega o PCF é propugnar a estratégia de uma aliança sem princípios de todos os setores “antimonopolistas”, ou seja, todos os conjuntos salariais são entendidos como “povo”. Assim, perde-se de vista a diversidade de interesses de classe destes diversos setores.

O autor também destaca a impertinência de uma concepção empirista que toma as classes sociais como “a soma dos indivíduos agentes que as compõem” (POULANTZAS, 1978, p. 219). Este é o problema quando se toma as classes

sociais como um modelo abstrato, no qual devem ser encaixados indivíduos e grupos.

Portanto, Poulantzas utiliza-se de critérios econômicos para traçar as fronteiras que limitam a pequena burguesia em relação tanto à burguesia quanto à classe operária. O que distingue a pequena burguesia da burguesia, contrariando o que a terminologia possa sugerir, não é uma questão de grandeza. A pequena burguesia não é uma burguesia em tamanho reduzido: o diferencial está em que aquela não emprega trabalho assalariado. Por outro lado, há frações no interior da pequena burguesia que, tal como o operariado, são assalariadas e o critério que demarcará o limite é o lugar de classe: o fato de que os trabalhadores da nova pequena burguesia não são produtivos. Mas Poulantzas não esgota o tema somente indicando a determinação econômica, e busca demonstrar como critérios políticos e ideológicos somam-se a este quadro.

Definir o limite entre o operariado e a nova pequena burguesia como sendo o caráter produtivo do trabalho implica também em fazer uma advertência: não se deve definir o trabalho manual como se fosse o único produtor de mais-valia. A contraposição entre trabalho manual e trabalho intelectual é política e ideológica, não fisiológica: a cisão trabalho manual-trabalho intelectual não pode ser entendida como a oposição entre “os que trabalham com as mãos” e “os que trabalham com a cabeça”. O problema se situa no interior das relações ideológicas que fragmentam a classe internamente.

Portanto não há, em Poulantzas, uma barreira estanque entre “trabalhadores manuais” e “trabalhadores intelectuais”, pois esta é uma diferenciação historicamente produzida. Poulantzas prefere falar em “lado do trabalho intelectual” e “lado do trabalho manual”, porque enxerga aí uma tensão: trata-se de uma diferenciação tendencial, não tipológica. Aliás, é esta diferenciação que, ao incidir na nova pequena burguesia, produz frações que são afetadas em maior ou menor grau.

A cisão entre o trabalho manual e o trabalho intelectual não é uma prerrogativa única do setor industrial, e nisto Poulantzas se aproxima de Braverman (1981), ao reconhecer que o trabalho nos setores comércio e serviço tornam-se cada vez mais “mecanizados”. O maquinismo faz com que determinadas frações da nova pequena burguesia *tendam* a se aproximar da classe operária, mas tal tendência pode ser invertida, a depender do estágio da luta de classes. Este é um ponto forte na teoria poulantziana, que não estabelece uma rigidez determinística de como as classes *devem* se comportar.

Ainda que se furte a *prescrever* o comportamento da nova pequena burguesia, Poulantzas aponta certos elementos ideológicos dignos de atenção. Para os assalariados não-produtivos há um cabedal de atitudes, experiências e conhecimentos exigidos no exercício de suas funções que as diferenciariam do trabalho operário. Este elemento cultural é um reforço importante à barreira que separa a classe operária da nova pequena burguesia, mas chamamos atenção que tal fronteira não é dada *a priori* pelos aspectos culturais: estes se *somam* aos econômicos.

Aqui se verifica o desdobramento do enunciado que Poulantzas já havia feito inicialmente, mas que vale a pena retomar, de que as classes sociais são determinadas “*principalmente*, mas não exclusivamente, por seu lugar no *processo de produção*, isto é, na esfera econômica” (POULANTZAS, 1978, p. 13-14, grifos no original). Ou seja, o autor não chega ao ponto de considerar todos os elementos como sendo de igual importância: há uma hierarquia.

Um aspecto importante da teoria das classes sociais em Poulantzas é a forma como ele trata o elemento ideológico da pequena burguesia. Para ele, a pequena burguesia não tem uma posição política de classe autônoma, sendo, assim, suscetível aos efeitos da ideologia burguesa e da ideologia operária, tendo, ainda, aspirações próprias:

Em outras palavras, o subconjunto ideológico pequeno-burguês é um terreno de luta e um campo de batalha particular entre a ideologia burguesa e a ideologia operária, mas com a intervenção própria dos elementos especificamente pequeno-burgueses. (POULANTZAS, 1978, p. 315)”

Tanto a pequena burguesia tradicional quanto a nova pequena burguesia encontram-se constrangidas entre as duas classes fundamentais da formação capitalista, o que se traduz em efeitos ideológicos bastante próximos. No caso da **nova** pequena burguesia, há:

- A reivindicação de maior “justiça social, mas mantendo as hierarquias salariais e sem uma transformação revolucionária da sociedade;
- Uma oposição à burocratização e à parcelização do trabalho intelectual, mas sem que se questione a divisão trabalho manual/trabalho intelectual;
- A busca individual pela integração à burguesia, amparando-se no aparelho escolar;
- A tendência a considerar o Estado uma força neutra, um “árbitro” entre as classes sociais. Portanto, a nova pequena burguesia almeja “democratizar” o Estado, curá-lo de suas deformações. Esse Estado “democratizado” seria capaz de estabelecer o equilíbrio entre a burguesia e o operariado, propugnando pelo “interesse geral” da sociedade.

Observe-se que a pequena burguesia **tradicional** tem elementos ideológicos específicos, uma vez que detém a propriedade dos meios de produção e que não é assalariada. Contudo, alguns aspectos são similares à nova pequena burguesia.

Poulantzas ressalta:

- A defesa da propriedade privada e da “justa concorrência”, mas a oposição aos monopólios e às “grandes riquezas”;
- Temor à proletarização e desejo de ascensão à burguesia;
- Crença no Estado neutro;
- O aparelho familiar tem papel mais relevante que o escolar na inculcação da ideologia burguesa (POULANTZAS, 1978).

Poulantzas observa uma tendência à expansão numérica dos agentes da nova pequena burguesia, ao mesmo tempo em que determinados setores desta classe sofrem um processo de pauperização relacional, chegando a auferir ganhos inferiores aos dos operários. Este fenômeno, aliado à burocratização de seus trabalhos, à parcelização do saber e ao maquinismo, incide de forma desigual na nova pequena burguesia, produzindo frações mais fortemente polarizadas para a classe operária.

Poulantzas destaca os “empregados do comércio” como uma fração fortemente polarizável para a classe operária, uma vez que na divisão social trabalho intelectual/trabalho manual, estes assalariados tendem para o lado do trabalho manual. Além disso, recebem baixos salários e não têm a possibilidade de “fazer carreira”. Os empregados de grandes lojas e hipermercados estão ainda mais polarizados, uma vez que experimentam grande concentração, maior rotinização e desqualificação das tarefas, distanciam-se do contato direto com a clientela, o que contribui para a perda de identidade com o patrão. Da mesma forma, os empregados de escritórios também reproduzem a divisão trabalho intelectual / trabalho manual e vivenciam extrema parcelização do trabalho, encontrando-se polarizados para a classe operária.

Contudo, estar polarizado para a classe operária não significa uma adesão automática à ideologia operária. Será a luta de classes que aproximará ou afastará, em cada conjuntura, esses segmentos. O elemento político tem tal importância que Poulantzas enfatiza não ser possível pensar classes sociais em separado da luta de classes.

É evidente que estas proposições de Poulantzas não são consensuais, mesmo no interior do marxismo. O britânico Eagleton (1997) fez um levantamento sobre diferentes definições de ideologia e se dedicou a discutir em especial a ideologia entendida como falsa consciência em oposição a que a toma como conjunto de ideias características de uma classe social. Se tomarmos as expressões “ideologia

burguesa” e “ideologia operária” presentes em Poulantzas, parecerá que o autor se aproxima da segunda aceção. Eagleton, inclusive, afirma que a definição de ideologia como falsa consciência foi perdendo popularidade ao final do século XX. Mas o autor britânico demonstra que o fato das ideologias não serem sempre factualmente falsas não descarta a concepção de falsa consciência:

Falsa consciência pode significar não que um conjunto de idéias seja realmente inverídico, mas que essas idéias são funcionais para a manutenção de um poder opressivo, e que aqueles que as defendem ignoram esse fato (EAGLETON, 1997, p. 35).

Assim, a afirmação repetida por vários de nossos entrevistados de que “o mercado de trabalho está difícil, mas sempre haverá lugar para o bom profissional” não é completamente inverídica, porque existem bons profissionais que “encontram seu lugar” e também ocorre de certos “maus profissionais” não encontrarem. Mas a assertiva é ideológica porque traz a reboque a conclusão de que a precariedade das inserções no mercado de trabalho decorre fundamentalmente da falta de qualificação dos profissionais, ou seja, trata-se de um problema individual, com soluções individuais.

A ideologia dominante (para alguns teóricos, essa é uma expressão redundante) não se difunde de forma homogênea em todas as classes sociais. Mesmo que diversas concepções típicas da pequena burguesia sejam funcionais ao capitalismo, elas não são rigorosamente iguais às da burguesia.

Nossa opção pela contribuição de Poulantzas se deve à percepção de que diversos elementos ideológicos que o autor aponta para a nova pequena burguesia e para a pequena burguesia tradicional podem ser observados entre dentistas. Primeiramente devemos destacar que, ao contrário dos exemplos que o autor citou (trabalhadores de supermercado, bancários, etc.), há aqui uma comunicação direta entre pequena burguesia tradicional e nova pequena burguesia, pois o que ocorre entre dentistas é uma transição da forma autônoma para o assalariamento. São condições que

coexistem, quer se considerarmos gerações de dentistas, quer na condição concreta de um mesmo indivíduo. Vejamos alguns exemplos.

O temor à queda na hierarquia salarial diversas vezes se traduz na fala dos dentistas na categoria “prostituição da odontologia”. A comparação que os dentistas fazem muitas vezes não é com a prostituta que trabalha autonomamente, mas a que é explorada, agenciada, enfim prostituída. Há, portanto, um outro: o agente que explora – ou assalaria. Frases como “Ou seja, os convênios "cafetões" não fizeram falta” (KUNZE, 2011), emitida por uma dentista de um blog famoso, ilustram a situação. Outro exemplo é visto no *post* “Prostituição da Odontologia – parte 2” de um dos maiores (se não o maior) blogs voltados ao público odontológico (NETDENTISTA, 2011). Neste artigo, o autor comenta a notícia de jornal de Furbino, citada acima. Para ilustrar o texto, o blogueiro utilizou o desenho de uma prostituta (figura 1, localizada à página 289)⁸. O episódio revela como esta imagem é forte para os dentistas, a ponto de terem acrescentado a tabela à figura, com tal perfeição que não se percebe que o desenho foi modificado de sua forma original. Assim, a associação entre “prostituição da odontologia” e baixíssimos preços cobrados por procedimentos é bem evidente. Para os dentistas, uma extração a R\$10 os nivela aos baixos escalões da hierarquia salarial.

Além da associação entre prostituição e exploração por um outro – remetendo a ideia de assalariamento e de temor à proletarização citados por Poulantzas – também é possível encontrar a ideia de prostituição relacionada à noção de concorrência desenfreada, selvagem, uma terra de vale-tudo em que se perdem os princípios éticos que deveriam reger a profissão. O exemplo a seguir é ilustrativo.

Um dentista escreveu um artigo sobre a publicidade em Odontologia iniciando com a foto que anuncia o “Forrozão Kit da PUT...”, (figura 2, localizada à página 289) no

⁸ Conhecendo o traço de Adão Iturrusgarai, entramos em contato para verificar se o desenho era seu. O desenhista respondeu que a autoria era sua, exceto pela tabela de procedimentos odontológicos, que ignora quem tenha acrescido.

qual seriam sorteados uma moto, um celular e um aparelho dentário (ortodôntico).
Afirma o autor do artigo:

*A cultura latinoamericana com fortes raízes católicas está longe de aceitar a prostituição como uma profissão qualquer, que uma prostituta tenha carteira assinada e possa aposentar-se, como ocorre em alguns países da Europa. Assim, a put... transmite uma informação que denigre a imagem humana. Inferir, coligir, deduzir, induzir, entender, concluir significa para o caso em questão que o aparelho ortodôntico no Kit da Put... é coisa de menor valor e que a **Odontologia está no mesmo nível degradante da put....***

A prostituição da Odontologia deve ser evitada. *Muitas formas de apresentar seu serviço e aumentar a lista de clientes estão dispostas nas mais diversas maneiras de publicidade. É dispensável ao cirurgião-dentista cursar um MBA em marketing para organizar sua publicidade, mas é imprescindível que o mesmo saiba orientar quem irá fazê-la de modo compatível com as normas éticas (...) determinadas pelo Conselho Federal. (CARVALHO, 2006, grifos nossos)*

Aqui se percebe a ideia da prostituição associada à falta de direitos sociais, (carteira assinada e aposentadoria), ou seja, a uma condição de assalariamento precário. Nesta imagem, portanto, há elementos ideológicos da nova pequena burguesia, que reivindica mais justiça social e almeja um Estado “democratizado”, exatamente por ser assalariada.

Contudo, os trechos que seguem (e predominam) estão mais associados a elementos da pequena burguesia tradicional, ou seja, o pequeno produtor. O dentista que subjaz o artigo de Carvalho é um dentista liberal, que anuncia seus serviços diretamente à clientela. O autor invoca a possibilidade de evitar a prostituição da Odontologia através da publicidade de acordo com as normas éticas estabelecidas pelo conselho profissional. Há, portanto, o apelo à decência na concorrência, sem que se questione a concorrência em si, coadunando as propostas de Poulantzas.

Não é por acaso que estes elementos afloram no momento em que os dentistas se encontram em processo mobilizador. O conflito capital-trabalho atinge tal monta que elementos ideológicos tipicamente operários se infiltram entre dentistas. São, saliente-se, minoritários. Em nossa observação direta, pudemos assistir a uma palestra que antecedeu a assembleia propriamente dita no dia 12/04/2010, em que os dentistas de Salvador deliberaram pela paralisação do atendimento ao convênio com Prevdonto. A exposição, com o tema “custos do consultório”, foi ministrada por um consultor empresarial que enfatizou que todos ali presentes eram empresários. A heterogeneidade ideológica, contudo, está presente, o que nos faz concordar com Poulantzas quanto a ser a luta de classes o que aproximará ou afastará, em cada conjuntura, a nova pequena burguesia da ideologia operária ou burguesa ou tipicamente pequeno burguesa.

3.2 Influência do debate sobre classes na produção teórica sobre mercado de trabalho de médicos e dentistas

O referencial que pressupõe uma sociedade crescentemente polarizada entre proletariado e burguesia, na qual a tendência dos setores médios é dissolver-se nestas duas classes dará o tom às primeiras discussões sobre o assalariamento de dentistas. E isto se dá mediante a influência do estudo de Maria Cecília Donnangelo, de 1975, sobre o assalariamento dos médicos.

Para Donnangelo, o processo de assalariamento se traduzia em perda de autonomia do médico. Para estudar o fenômeno, ela elegeu três critérios que permitem identificar a posição do médico no mercado: a) controle sobre a clientela; b) posse de meios materiais de trabalho e c) liberdade na fixação do preço do trabalho. Tais critérios balizariam a constituição de três formas puras de participação do médico no mercado de trabalho e duas compostas.

Cabe destacar que a prática liberal é tomada por referência para descrever as demais formas de participação no mercado de trabalho. Isto permite que

Donnangelo afirma que o assalariamento é o “padrão oposto” ao trabalho autônomo, pois este se caracteriza pelo controle da clientela, da liberdade de fixação do preço do trabalho e posse dos instrumentos de trabalho, enquanto aquele se encontra plenamente destituído de todos estes elementos. O conceito de empresário também é construído por derivação da forma liberal: “caracterizado pelo controle de condições materiais de trabalho ampliadas em relação aos instrumentos que podem ser manipulados por um único ou por poucos profissionais” (DONNANGELO, 1975, p. 81). O médico-empresário de Donnangelo é um profissional cuja “fonte de renda não se reduz à atividade estritamente profissional”. (DONNANGELO, 1975, p. 81).

É necessário explicar que no contexto histórico em que Donnangelo produziu seu estudo, o Estado assumia um papel cada vez maior como comprador de serviços médicos no setor privado, via Previdência Social. Este é o motivo pelo qual Donnangelo afirma que o “empresário, mais que qualquer dos outros produtores privados, encontra-se em uma relação de dependência do setor público” (DONNANGELO, 1975, p. 81) O empresário de Donnangelo é nada mais que um autônomo que assume feição de empresa, para mais facilmente vender serviços ao Estado:

Dando por suposto que à condição de empresário nem sempre corresponde o assalariamento de outros médicos, a quase equivalência numérica de ambos os grupos sugere, entre outras, as hipóteses alternativas de que o setor privado se compõe predominantemente de pequenas empresas; ou que a associação entre empresários constitui a modalidade mais freqüente na origem e organização desse tipo de propriedade. (DONNANGELO, 1975, 117)

É importante reter que o cenário analisado por Donnangelo sofreu profundas transformações, havendo atualmente grandes empresas no setor.

Donnangelo defende que há ainda outras modalidades de inserção no mercado de trabalho além das três acima mencionadas. Ela denomina *autônomos atípicos* aqueles que têm controle parcial dos meios de trabalho, ou seja, obtêm sua clientela a partir de relações com empresa, resultando em perda da liberdade de fixação do preço de trabalho e de certo controle sobre o padrão técnico do trabalho. Esta

categoria será de extrema importância, porque se repete nos estudos que analisaremos em seguida e assume especial relevância com o crescimento da assistência à saúde suplementar nas últimas décadas. A autora também denomina autônomos atípicos aqueles que dispõem de clientela própria, mas utilizam os meios de trabalho de organizações.

Por fim, a autora aponta a existência da categoria “cooperativa”, que em seu entendimento seria tendencialmente assalariada, mas apresentaria controle coletivo sobre as condições da venda do trabalho e a renda do grupo. Naquele momento, o sistema Unimed ainda era pouco desenvolvido, e Donnangelo não pôde lhe dedicar maior atenção.

Donnangelo é extremamente cuidadosa ao apontar tendências para a evolução do mercado de trabalho médico no futuro que se aproximava. Ela identificou duas possibilidades: uma implicaria que a posse dos meios de trabalho por parte dos médicos autônomos típicos e atípicos poderia evitar que se tornassem assalariados diretos. Por outro lado, o fato de não terem o controle sobre sua clientela poderia surtir efeito oposto – ainda que não eliminasse as formas de trabalho autônomas e semi-autônomas, faria com que estas perdessem a importância numérica e permitiria “caracterizá-las como formas **potencialmente transicionais para o assalariamento ou empresariamento**, condicionado esse processo, também e predominantemente, pelo sentido do planejamento estatal no setor saúde” (DONNANGELO, 1975, p. 88, grifos nossos). Donnangelo prognostica que ocorreria a “generalização do assalariamento” e a “concentração dos meios de produção em empresas públicas ou privadas” (DONNANGELO, 1975, p. 96), favorecendo a redução da multiplicidade de modalidades de inserção no mercado de trabalho.

Percebe-se, portanto, que Donnangelo acompanhou com reservas as teses que apontavam para uma transformação dos setores médios em assalariados, entendida como *tendência*. Contudo, ela não faz uso do conceito de proletarização. O quadro empírico levantado pela autora foi extremamente rico: não apenas apontava a

modalidade de inserção em que se encontravam os médicos, naquele momento (tabela VIII, p. 83), mas também suas situações pregressas (tabelas IX. P. 85 e XI, p. 89), e, no caso de combinação em mais de uma modalidade, a importância que cada um assumia em função da renda auferida (tabela XII, p. 91). Ainda mais interessante é a parte do estudo em que se dedica a estudar os aspectos ideológicos do processo. A autora mostra como a valorização do trabalho autônomo está relacionada ao ideal de serviço médico. O trabalho assalariado é rejeitado pelos médicos, o que favorece, inclusive, as formas de trabalho autônomo atípico:

Encontram-se presentes, na própria amostra estudada, alguns casos de profissionais que alegam, como causa para o abandono da empresa, o fato de que ela pretendesse registrá-lo como assalariado. Nesse sentido **a caracterização imprecisa do assalariamento poderia apresentar-se como desejável**, quer para o médico, quer para a empresa, sobretudo diante do significado “não-ético” que a tradição profissional associa ao assalariamento de um médico por outro (DONNANGELO, 1975, p. 113, grifos nossos)

Donnangelo é parcimoniosa tanto em prognósticos quanto em recomendações. Não localizamos em sua obra sinalizações do que a autora indicaria que os atores sociais deveriam fazer, limitando-se a considerar que a criação de formas de satisfação das necessidades de consumo de serviços médicos para a população sem poder de compra contribuiria para a “suavização das tensões sociais e reatualização das condições de produtividade da força de trabalho” (DONNANGELO, 1975, p. 174).

A valorização do trabalho autônomo, a ponto de mascarar formas de assalariamento, também estará presente nos estudos sobre dentistas. Vejamos o primeiro deles, a dissertação de mestrado de Heloísa Paixão, de 1979.

Paixão trabalha com uma tipologia de modalidades de inserção do dentista no mercado de trabalho bastante parecida com a que foi utilizada por Donnangelo. Existem, para Paixão, três grandes categorias: Regime Liberal, Salarial e Combinado. Os critérios para definir o Regime Liberal são os mesmos que Donnangelo emprega para caracterizar a autonomia típica. O Regime Salarial também corresponde ao Assalariado de Donnangelo. Porém, o que Paixão define como Regime Combinado não se superpõe plenamente à Autonomia Atípica:

Dentre as formas combinadas, que se caracterizam pela associação do exercício liberal da Odontologia **ou a um ou mais empregos e/ou convênios**, deve-se destacar a categoria Regime liberal e convênios, tanto por ser uma modalidade de trabalho bastante difundida no mercado, quanto por estar muito próxima do assalariamento, e ao mesmo tempo mascará-lo (PAIXÃO, 1979, p. 12, grifos nossos).

Esse detalhe ajuda a aumentar o número de dentistas computados no Regime Combinado. Tal procedimento evidencia que, para a autora, o profissional que tivesse dupla ou tripla inserção não poderia ser considerado autônomo, devendo compor o grupo que estaria atingido pelo assalariamento, em diferentes graus. Ora, estudos atuais adotam metodologia diferente: o dentista é considerado autônomo mesmo se também realiza autonomia atípica⁹.

Na pesquisa de Paixão, integram a categoria Regime combinado os dentistas resultantes de uma extensa análise combinatória advindos destes itens: Liberal, Estatal, Empresa Produtiva, Empresa de Saúde, Associação de classe beneficente e Convênio. Resulta que, num total de 196 dentistas, 35,2% enquadravam-se no Regime Liberal; 6,12% no Regime Salarial e 58,68% no Regime Combinado. Ao somar as duas últimas modalidades, a autora encontra 64,8% dos odontólogos atingidos pelo assalariamento – quer direto (aquilo que Donnangelo chama de Assalariado), quer indireto (a Autonomia Atípica de Donnangelo).

A força destes números leva Paixão a fazer afirmações como:

Somente este dado é suficiente para caracterizar o mercado de trabalho do CD como **tendencialmente assalariado**. (p. 15)

O trabalho liberal por não representar a relação própria do capitalismo, embora exista ainda, **tende a diminuir**, principalmente num processo onde o capital já se introduziu. (p. 94)

Importantes segmentos da Odontologia, enquanto profissão, se aferram a uma situação de mercado que **tende a desaparecer** (trabalho liberal

⁹ Pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Odontologia, CFO, encontrou que 89,6% dos dentistas entrevistados referiam trabalhar como liberal ou autônomo, contra 37,3% que se diziam assalariados. Esta pergunta não contemplava a situação "combinado" ou "autonomia atípica". Em outra pergunta, 52,4% afirmaram trabalhar com convênios e 47,6% não (INBRAPE, 2003). Se os mesmos critérios de Paixão tivessem sido utilizados, somente seriam considerados liberais aqueles que não atendem convênios e não associam trabalho assalariado à prática liberal.

autônomo) e tendem a rejeitar o assalariamento, sem admitirem que tal dinâmica independe de opção individual. (p. 108)

... se propõe que o CD, enquanto especialista nos problemas de saúde oral, não renuncie ao que tem de conhecimento científico e técnico mais avançado na área, mas que ao aspecto técnico seja incorporado o político no sentido mais amplo do termo, no processo que o CD passa – **crecente proletarização** – para que este profissional não se isole das lutas sociais ao nível da sociedade, mas sim possa colocar sua produção científica a serviço da maioria da população (p. 153) (PAIXÃO, 1979, grifos nossos)

Percebe-se que Paixão dá um passo adiante em relação a Donnangelo e não deixa dúvidas quanto ao prognóstico que realiza: o desaparecimento do trabalho liberal autônomo e a proletarização do cirurgião-dentista. Portanto, a tese da proletarização dos setores médios encontrou eco nas formulações de Paixão.

Um aspecto significativo é encontrar, em uma pesquisa de 1979, relatos de situações que persistem no quadro empírico atual. Em nossa investigação há uma categoria que emerge do campo: a “clínica pop”, ou “clínica popular”. Costumam ser rechaçadas pelos dentistas como um local onde recebem baixa remuneração (normalmente através de formas atípicas de assalariamento), atendem uma quantidade grande de pacientes, o trabalho é realizado sob más condições, resultando em procedimentos de má qualidade. Já naquele momento, Paixão fazia referência a esta situação:

No que diz respeito a um tipo de empresa de saúde – as clínicas populares – parece que os serviços prestados não são recomendáveis quanto ao nível de qualidade. A este respeito, consultar: SÃO PAULO: cadeias de clínicas populares alastram-se por todo o Estado. **Odonto-notícias**, Porto Alegre, Ano III, n. 13, 1978 p. 12-3. Neste artigo são analisadas as condições de funcionamento dessas clínicas, os serviços prestados, a propaganda de preços irrisórios através de volantes lançados de aviões, as condições de trabalho dos CD's: normalmente recém-formados que ganham por produção e que são obrigados a atender de 50 a 100 clientes por dia (12 a 14 horas de serviço), gerando, portanto, atendimento precário. Os proprietários dessas clínicas, “geralmente possuem cadeias de clínicas localizadas em locais estratégicos, geralmente terminais de ônibus ou metrô e bairros da periferia – locais por onde circulam **pessoas de baixo poder aquisitivo** – seus clientes em potencial p. 13 (PAIXÃO, 1970, p. 101, grifo no original).

Tal como Donnangelo, Paixão também discute Ideologia:

Uma observação que deve ser feita no momento, e que será posteriormente retomada, é quanto à percepção, pelo profissional que mantém convênio de sua verdadeira condição de trabalho. Dos profissionais que mantêm convênios em seus consultórios particulares, 96,82% se declararam profissionais liberais. Este fato pode estar demonstrando que, à mudança operada no mercado de trabalho do CD através de uma nova prática social, nem sempre corresponde, como o caso parece indicar, uma consciência plena da situação. (PAIXÃO, 1979, p. 16)

A extrema valorização da prática liberal aparece na dissertação produzindo dois efeitos: o primeiro, já referido, o ocultamento da condição de assalariamento do CD. O segundo é a primazia de uma prática elitista, excludente, tecnicada, especializada, responsável pelo grave quadro de saúde oral da população brasileira.

Se para Donnangelo a compra de serviços privados pelo Estado através da Previdência Social era um elemento chave para compreender o assalariamento do médico, para Paixão é um fato igualmente importante, pois também trouxe fortes impactos à organização da assistência odontológica no país. Para ter uma ideia do que este fenômeno representava naquele período histórico, vamos lançar mão de documento publicado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social somente 4 anos depois. No *Programa de reorientação da assistência odontológica* é afirmado que “O INAMPS se constitui hoje o principal agente público prestador de serviços odontológicos do País, responsabilizando-se por aproximadamente 58,5% de todos os gastos públicos efetuados neste setor em 1981” (BRASIL, 1983, sem página).

Os serviços odontológicos prestados pelo INAMPS se realizavam ou em serviços próprios ou através de credenciamentos de pessoas físicas e jurídicas e convênios com empresas, sindicatos urbanos e rurais, instituições de ensino e instituições públicas de saúde. É importante destacar que a parcela de atendimentos prestados na modalidade serviços próprios era minoritária: em 1981 representavam 23,7% dos gastos efetuados pelo INAMPS. O setor de assistência suplementar ainda era pouco desenvolvido, portanto compreende-se que ao estudar o fenômeno do assalariamento, Paixão confira tanta importância à Previdência Social.

Para entender melhor esse posicionamento da autora, é necessário situá-la historicamente. Apenas um ano antes, em 1978, acontecera a Conferência de Alma-Ata, que preconizava, como meio de alcançar a “saúde para todos no ano 2000”, a prevenção, o desmonopólio do conhecimento, a simplificação, a ação comunitária. Os ideais da “medicina comunitária” se consubstanciavam nas propostas da “Odontologia Simplificada”, que partia da premissa de que a causa da situação de saúde era a baixa cobertura dos serviços de saúde, decorrentes de seu alto custo. Pregava-se, por conseguinte, a adoção de equipamentos simplificados, produzidos pela indústria nacional, a padronização dos serviços, a utilização de materiais menos caros, o emprego de recursos humanos auxiliares com ampla delegação de funções, numa perspectiva um tanto fordista do processo de trabalho.

A descrição deste cenário foi necessária para explicar porque Paixão aponta soluções de alcance limitado, que parecem destoar da robusta análise que realiza sobre o mercado de trabalho odontológico, determinado, como ela faz questão de assinalar, pelo modo de produção capitalista. Paixão reconhece que “as causas determinantes não estão no ensino, mas na estrutura social, daí ser ingenuidade imaginar que mudando o ensino se solucionaria o problema..” (PAIXÃO, 1979, p. 110). Todavia, suas proposições apenas apontam para a formação de um estudante capaz de reconhecer os determinantes sociais da prática odontológica e da saúde da população e que seja “um ‘profissional integral’ (crítico e criativo) e ‘polivalente’ (clínico geral)” (PAIXÃO, 1979, p.116).

Ao apontar exemplos práticos de tentativas promissoras para o enfrentamento da questão, Paixão traz a mudança da produção ambulatorial da FOUFMG, que passou a privilegiar restaurações de amálgama e silicato em detrimento de próteses e restaurações de resina. A crítica da supervalorização da técnica (dita cara e distante da realidade social) se dá pela reificação de outra técnica que, por ser mais barata, representaria o profissional criativo, polivalente e conhecedor das contradições sociais. Isto se expressa na seguinte passagem:

... os CD's percebem a necessidade de atender à maioria carente, mas não sabem como fazê-lo e, ao mesmo tempo, manter o exercício liberal. Ou seja, eles não aprenderam na Faculdade modelos alternativos e nem tiveram um tipo de ensino que lhes estimulasse a criatividade, a reflexão que, enquanto um momento de problematização dessa sensibilização, possibilita a solução de problemas. (PAIXÃO, 1979, 132)

É possível inferir que o problema a ser enfrentado pela autora é atender a população “carente” sem romper com a prática liberal.

O trabalho que analisaremos a seguir é o artigo publicado por Jorge Cordón em 1986, que faz referência aos estudos de Donnangelo e Paixão. Ao contrário das duas primeiras, Cordón não nos apresenta dados primários, contudo, faz uma ampla revisão da literatura.

Cordón utiliza uma tipologia bastante semelhante a Donnangelo e Paixão, uma vez que define a prática liberal pela “ausência de intermediários, livre escolha (mútua), ajuste mútuo de honorários (liberdade econômica), liberdade terapêutica (autonomia técnica) e posse dos instrumentos de trabalho,” (CORDÓN, 1986, p. 54).

Lembremos que, na explicação do assalariamento do médico, Donnangelo atribui especial importância ao papel do Estado como comprador de serviços médicos no setor privado. Cordón também dedicará atenção a este fenômeno, com um enfoque especial: a modalidade credenciamento do INAMPS implica em perda de garantias ao CD, antecipando o debate sobre precarização do trabalho:

A nível individual, desde o ponto de vista econômico, o credenciamento ou o convênio, traz desvantagens porque não paga: risco de doença, taxa de INAMPS (autônomo paga em dobro), PIS-PASEP, FGTS, Salário família, Educação continuada e somente paga serviço produzido; não tem direito a férias, limites de lucro pequenos, paga, em algumas vezes até dois meses após feito o serviço, não tem correção monetária, nem juros, tem fiscalização, tem aumento de administração no consultório (maior papelada), recolhimento de imposto adiantado, localização obrigatória, não exige qualidade nem ética, obriga a trabalhar por unidade dente e a desenvolver um trabalho mutilador e conservador, a mulher dentista está mais marginalizada e se for pouco, o sistema não paga insalubridade (CORDÓN, 1986, p. 60).

É interessante que Cordón faça a crítica do sistema de credenciamento do INAMPS naquilo que ele prejudica o dentista, pois grande parte da literatura da época condenava o modelo em virtude da falta de controle e ocorrência de fraudes. Aliás, o controle do trabalho do dentista é um tema recorrente. Se nos anos 80 o problema estava no controle dos dentistas credenciados ao INAMPS, na atualidade a questão se recoloca em função da Odontologia Suplementar.

Além disso, Cordón faz uma constatação preciosa: a de que a ideologia da profissão liberal permite que o assalariamento do dentista se dê em situações desvantajosas. Este elemento deve ser guardado para análise do quadro atual, pois parece-nos que a ideologia da profissão liberal permite que melhor se desenvolvam formas precarizadas de trabalho. Isto é particularmente importante no assalariamento no setor público:

Ironicamente, alguns governos manifestam que os salários profissionais não necessitam ser elevados porque podem completar seus ingressos com o exercício privado. Claro está, os governos fomentam o exercício privado da profissão com o objetivo de poder contratar odontólogos apesar dos baixos salários (...). (CORDÓN, 1986, p. 60).

Daí resulta que, entre as recomendações apresentadas por Cordón, esteja a de que o dentista conheça seus direitos e deveres de empregado assalariado.

Cordón, tal como Paixão, advoga a ocorrência de um processo de proletarização do trabalho. Isto ocorreria porque a odontologia “se transforma numa atividade do capital” (p. 54), ou seja,

[...] o capital penetra em todas as instâncias da vida social, vinculando todo trabalho ao capital, tendo como resultado uma apropriação também do trabalho profissional que anteriormente era, relativamente autônomo. (CORDÓN, 1986, p. 55)

Entretanto, o setor do Capital que Cordón confere maior atenção é o complexo médico-odontológico industrial, frente ao qual o profissional de saúde estaria se transformando em “intermediário das multinacionais das drogas, materiais, equipamentos e medicamentos” (CORDÓN, 1986, p. 58). É importante frisar a

persistência, na literatura da época, de um discurso de responsabilização, ao menos parcial, do complexo médico-odontológico industrial pela situação da assistência à saúde no país.

Cordón credita as transformações do mercado de trabalho odontológico ao movimento do Capital, que, ao penetrar nos mais variados setores da sociedade, transforma práticas artesanais em empresariais. Assim, o que estaria ocorrendo com a Odontologia seria o abandono de um padrão que, embora liberal e privado, ainda seria pouco mercantilizado. Esta tensão entre prática artesanal e empresarial também pode ser vista em Schraiber (1993 e 2000) que estudou médicos, inclusive tomando Donnangelo como referência. Schraiber, entretanto, dedicou mais atenção ao processo de incorporação de recursos técnicos: o centro da prática liberal é o consultório particular, em que o médico trabalha isoladamente – seus serviços são “unidades inteiras e independentes de produção” (SCHRAIBER, 2000, p. 76). Na profissão empresarial, o centro é o hospital e o trabalho é necessariamente em equipe multiprofissional. Trata-se de uma “medicina institucionalizada, de massa e em grande escala” (p. 77), onde os custos são crescentes e o financiamento também é empresarial. Neste modelo, “cada médico para produzir seus serviços terá de ingressar nessas engrenagens empresariais, seja como proprietário, seja como assalariado, ou ainda como servidor autônomo.” (p. 77) Ou seja, a autora defende que, mesmo como servidor autônomo, a prática que o médico realiza é subsumida à organização empresarial. Para fins de periodização, Schraiber afirma que a medicina sob o modelo de profissão liberal se desenvolveu no Brasil entre 1890 e 1930 e a profissão empresarial a partir de 1970, sendo o intervalo entre os anos de 1930 e 1960 um período de transição.

O fenômeno que Cordón descreve, de emergência de uma prática empresarial em Odontologia, tem muitas similaridades com o processo mencionado por Schraiber para a Medicina, ressaltando-se as diferenças temporais. Mas o fato de que existam semelhanças não significa que a Odontologia repete a história da Medicina.

Cordón caracteriza a odontologia artesanal como “pré-capitalista”, ainda não articulada ao processo de produção econômica. Isto ocorre porque, mesmo se tratando da troca de serviços odontológicos por dinheiro, a profissão tenta diferenciá-la das demais relações econômicas, recusando admitir seu caráter mercantil. No período em que Cordón escreve, essa tensão entre a prática artesanal e a prática empresarial já era forte, tendo se acirrado ainda mais nos anos 1990. O aumento vertiginoso do número de faculdades de odontologia e, por conseguinte, de profissionais no mercado, fez com que uma nova geração de dentistas pressionasse por mudanças no código de ética¹⁰ que permitissem maior desenvolvimento da odontologia empresarial – sua maior reivindicação era a liberação da propaganda para o grande público, tal como feita pelos outros setores da economia.

Tal como Paixão, Cordón fala em desaparecimento e descaracterização da modalidade liberal:

As perspectivas dos recursos humanos odontológicos para os próximos anos oferecem uma tendência ao crescimento acelerado da força de trabalho em saúde, aumento da participação competitiva feminina no emprego, rejuvenescimento da força de trabalho, elevação do grau de escolaridade dos profissionais e conseqüente maior especialização, desaparecimento da prestação autônoma de serviços de saúde, aumento de absorção de empregos no setor privado (empresas odontológicas), prolongamento da jornada de trabalho, proletarização da categoria, desconcentração da distribuição de rendimentos e aumento considerável do stress profissional. (CORDÓN, 1986, p. 63, grifos nossos)

No que se refere às recomendações, Cordón avança em relação a Paixão e Donnangelo. Um aspecto interessante de seu artigo é que Cordón descreve o conflito de interesses dos diversos atores sociais implicados no mercado de trabalho odontológico. Esse conflito de interesses se reflete em distintas soluções para a situação. Cordón elenca as soluções que têm sido apontadas por autores que mantêm inquestionada a sociedade capitalista. O curioso é que grande parte destas soluções tem sido apontadas até os dias de hoje. Vejamos algumas delas:

¹⁰ Um depoimento sobre esta mudança pode ser visto em Coltri Junior (2009): “Quem tem mais de doze anos de profissão na área de odontologia pegou um período de grande dificuldade no que diz respeito à publicidade em odontologia. (...) Foi preciso que os senhores feudais da odontologia precisassem ser atingidos pela falta de clientes, para que chegássemos ao que chamo hoje de grande revolução da nossa profissão. Foi difícil, mas conseguiram perceber que o grande concorrente do CD não é o colega, mas as Casas Bahia, Ponto Frio, agências de turismo e outras mais.”.

- “Converter as necessidades não conhecidas em demanda por serviços odontológicos” (p. 59).

O desenvolvimento da Odontologia Estética e a criação de novas especialidades demonstram a atualidade da proposição.

- “Preparar profissionais (existentes e futuros) a ser mais pacientes, conhecer economia, ser administradores e orientar-se mais ao mercado” (p. 59).

O desenvolvimento da área de Marketing em Odontologia mantém presente tal formulação.

- “Influir na qualidade e quantidade dos recursos humanos, utilizando pessoal auxiliar” (p. 59).

A utilização de pessoal auxiliar com delegação ampliada de tarefas parece não ter sido muito explorada pelo setor privado, exceção que talvez possa ser feita na especialidade de Ortodontia (SILVA, 2006). Todavia, permanece constante entre formuladores da Saúde Bucal Coletiva, como proposta de equacionamento do modelo de atenção à saúde bucal.

- “Aperfeiçoar a habilidade profissional para influir favoravelmente nas políticas de saúde pública” (p. 59).

O argumento de que a categoria odontológica é ineficaz para pressionar por políticas públicas tem sido comum, porém a mobilização para que fosse incluído o dentista no PSF acaba sendo um exemplo de êxito neste terreno.

- “Aumentar o impacto ideológico da prática na população através de maior propaganda e marketing” (p. 60).

Há numerosos exemplos empíricos desta formulação, que são as “campanhas de valorização da saúde bucal” realizadas pelos conselhos Federal e Regionais de Odontologia. Partem do pressuposto de que a população não procura os consultórios odontológicos particulares por não valorizar a saúde bucal, e, portanto,

se for “conscientizada” de sua importância, passará a frequentar o dentista regularmente.

- “Expandir o pré-pago, seguros e outras formas de pagamento e cobrança de honorários ou a utilização de cupões, estímulos para a compra de serviços, incluindo o crédito privado e público” (p. 60).

Acumulam-se exemplos empíricos da persistência desta argumentação, consolidada no crescimento exponencial da Odontologia Suplementar, que é apresentada como a solução para o paradoxo “população sem acesso a dentista versus dentistas sem clientela”. No discurso destas empresas, ganha destaque a importância das “classes C e D”, que somente agora, mediante planos odontológicos, estaria incorporada ao consumo destes bens.

- “Desenvolver simpatia, boa informação e sistemas adequados de referência” (p. 60).

Esta proposta aparece presente tanto no discurso dos autores do Marketing em Odontologia, quanto nas formulações provenientes da Saúde Bucal Coletiva que abordam a questão da humanização da prática odontológica.

Contudo, não é este o referencial partilhado por Cordón. O autor conseguiu fazer uma peculiar problematização do mercado de trabalho odontológico apontando os interesses conflitantes entre os diversos tipos de empresariado, os variados grupos de dentistas (liberais, empresários, assalariados e liberais-assalariados) e a “população”, que estaria fragmentada em “alta renda”, “sindicalizada” e “urbano-marginalizada e rural”. Percebe-se que a visão de uma sociedade estratificada por renda parece merecer do autor um alcance explicativo maior que o conflito capital-trabalho. Assim, Cordón emprega termos como interesses de “toda a sociedade”, “luta popular”, e “participação comunitária”, numa linha próxima àquela criticada por Poulantzas¹¹.

¹¹ Poulantzas critica a posição defendida por vários PC ocidentais de preconizar uma ampla aliança popular anti-monopolista, por entender que, ao se tornar demasiado ampla, careceria de princípios. Conferir Poulantzas (1978).

Há acordo com Paixão no que se refere à necessidade do dentista compreender as determinações mais gerais da sociedade:

[...] uma visão de totalidade social que pode compreender-se melhor o problema de saúde-doença bucal do país, visão que precisa do domínio do método científico e de uma organicidade correta dos intelectuais com relação à sua colaboração na transformação estrutural da sociedade (CORDÓN, 1986, p. 63)

No recorte mais setorial, Cordón também endossa as recomendações de Paixão, apontando a Odontologia Simplificada como uma saída para a situação encontrada.

Até agora, os autores mencionados encadearam-se numa sequência: Paixão fez seu estudo sob forte impacto de Donnangelo e Cordón utilizou os trabalhos das duas em suas referências. O autor que veremos a seguir faz menção apenas ao artigo de Cordón, mas de forma secundária. Trata-se, também, de um artigo de revisão.

Cabe mencionar que Zanetti (1999) escreveu seu artigo em um cenário bastante diferente dos anteriores: o INAMPS não mais existia e a Odontologia Suplementar começava realmente a se desenvolver – segundo o SINO, Sindicato Nacional de Empresas de Odontologia de Grupo, em 2001 havia 3.239.620 beneficiários de planos odontológicos, ao passo que em 2009 este número subiu para 12.317.467 (SINO, 2009). Portanto, o debate do assalariamento atípico não se referia à compra de serviços odontológicos do setor privado pela Previdência Social, mas à intermediação das empresas de Odontologia de Grupo.

A década de 1990 notabilizou-se pelo avanço das políticas neoliberais, ao mesmo tempo em que o SUS – criado em 1988 e regulamentado em 1990 – era implementado, com todas as contradições decorrentes da conjugação destes dois movimentos.

TABELA 7 - Linha do tempo dos acontecimentos de interesse.

Ano	Acontecimento
1970	O Brasil tem 34.000 dentistas ⁽¹⁾ .
1975	Donnangelo publica o livro <i>Medicina e Sociedade. O Médico e seu Mercado de Trabalho</i> .
1977	Criação do INAMPS ⁽²⁾ .
1979	Paixão defende a dissertação <i>A odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitário-profissional do Cirurgião-Dentista</i> .
1980	O Brasil tem 61.067 dentistas. ⁽¹⁾
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde. Cordón publica o artigo <i>A saúde bucal e o mercado de trabalho odontológico</i> .
1988	Criação do SUS.
1990	Aprovação da Lei Orgânica da Saúde.
1993	Extinção do INAMPS. ⁽³⁾
1994	Criação do Programa Saúde da Família. ⁽⁴⁾ O Brasil tem 119.333 dentistas. ⁽⁵⁾
1998	Regulamentação do setor de planos de saúde. ⁽⁶⁾
1999	Zanetti publica o artigo <i>A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa</i> .
2000	Incorporação do dentista ao PSF. ⁽⁷⁾ Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. ⁽⁸⁾
2001	Existem 2.248 equipes de saúde bucal no PSF. ⁽⁹⁾
2004	Moysés publica o artigo <i>Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia</i> .
2008	Existem 17.715 equipes de saúde bucal no PSF. ⁽⁹⁾
2010	O Brasil tem 228.024 dentistas.

Fontes: (1) PINTO, 1983; (2) TANAKA, 1992; (3) PASCHE, 2006; (4) SOUTO, 2007; (5) NARVAI, 1997; (6) ANS, 2010; (7) BALDANI, 2005; (8) MALTA, 2004; (9) PUCCA JUNIOR, 2010; (10) CFO, 2010.

O aumento do número de profissionais atingira níveis que exasperavam a categoria. O programa Saúde da Família havia sido adotado pelo Ministério da Saúde em 1994, mas ainda não contemplava a participação do dentista – o que só viria a acontecer em 2000. A tabela 7 ilustra estes acontecimentos.

No âmbito mais geral, a década de 1990 foi marcada pelo recuo da classe trabalhadora, o neoliberalismo foi alçado à condição de pensamento único e nas Ciências Sociais o marxismo perdia terreno. Assim, não surpreende que o arsenal metodológico marxista fosse pouco empregado entre os autores da Saúde Bucal

Coletiva. Zanetti busca fazê-lo, mas o faz de forma diferente dos autores que o precederam.

Zanetti emprega uma tipologia que traz diferenças mais marcantes em relação às anteriores. Tal como os demais autores, seu primeiro passo é caracterizar aquele dentista liberal, ao qual denomina “cirurgião-dentista de consultório”:

Quase todos possuíam um padrão de vida comum à classe média-média ou à classe média-alta. Quase todos, na condição de profissionais liberais no mercado, ou na condição de burocracia nos serviços públicos, pertenciam praticamente a uma mesma classe social, à “classe média” ou “pequena burguesia”. Quase todos possuíam um modo de vida tranqüilo e acomodado, pouco exigente e de pouco stress. Na quase totalidade, configuravam um tipo de Cirurgião Dentista clássico, o qual denominaremos de **Cirurgião Dentista de Consultório** (ou Cirurgião Dentista de Classe Média) (CDc) (ZANETTI, 1999, p. 19, negrito no original, sublinhado nosso).

Percebe-se aqui que, ao contrário de Paixão, Zanetti inclui os profissionais liberais e os assalariados do serviço público em uma mesma categoria, sobretudo em função da ocorrência de associação destas duas modalidades de inserção em um mesmo indivíduo. Paixão fazia questão de separar estas duas modalidades, o que lhe permitiu contrastar os dentistas puramente autônomos daqueles afetados em algum grau pelo assalariamento. Zanetti, por sua vez, dá mais importância ao que se aproximaria do conceito de *habitus* bourdieusiano, embora não empregue este autor:

Em certa medida, os CDc se fizeram mediante investimentos seguros. Na família do futuro CDc, o maior sonho dos pais era ver o filho(a) formado(a), bem como provido(a), na forma de presente de formatura, de um “consultório particular completo”. Concluído o “rito de passagem” para o mundo profissional, cabia aos CDc recém-formados, casar, constituir família e assumir compromissos de prover seus filhos, provavelmente futuros CDc, das mesmas oportunidades tradicionais (ZANETTI, 1999, p. 19).

Zanetti emprega frequentemente os termos *classe média-média* e *classe média-alta*, remetendo a uma visão de sociedade dividida em estratos de renda, tal como critica Poulantzas. A eleição de critérios classificatórios não se superpõe à de Donnangelo. O “dentista de consultório” é definido pela negativa: aquele que não é capitalista nem trabalhador, ou seja, os dentistas que “mantiveram-se comodamente

posicionados à margem do núcleo duro das relações sociais capitalistas fundamentais”. (ZANETTI, 1999, p. 19). É neste núcleo duro que se localizam as outras duas modalidades de inserção do dentista no mercado de trabalho: o cirurgião-dentista trabalhador – CDt e o cirurgião-dentista capitalista – CDk:

(...) são considerados CDt aqueles Cirurgiões Dentistas que, sob égide das relações capitalistas fundamentais, caracterizam-se como trabalhadores por **não possuir “propriedade econômica” e “posse” dos meios de produção**”(ZANETTI, 1999, p. 19-20, grifos nossos).

Os CDk são a antítese dos CDt. Existem onde há um profissional que, diplomado em Odontologia, exerce o papel econômico de capitalista; ou seja, **cumprir a função de assalariar ou sub-assalariar** um ou mais CDt. Normalmente são contratadores de CDt e donos das clínicas odontológicas.

Os CDk são produtos da ascensão econômica dos CDc. A qualificação como CDk, se dá na **posse necessária da “propriedade econômica” e na “posse dos meios de produção”** dos serviços odontológicos de mercado. (ZANETTI, 1999, p. 20, grifos nossos)

Portanto, dos três critérios que Donnangelo e Paixão utilizaram, Zanetti só elege um para caracterizar o dentista trabalhador, deixando de fora a liberdade de negociação do preço de seu trabalho e o controle da clientela. Este não é um detalhe menor, pois é justamente a composição parcial desses critérios que permite a diferenciação entre o autônomo típico e o autônomo atípico para as duas autoras. Mais adiante veremos as consequências disto. Por outro lado, é interessante a ênfase que Zanetti dá ao caráter de empregador do CDk, pois um dos problemas de Donnangelo era que seu “médico empresário” poderia existir mesmo sem comprar a força de trabalho de outros médicos¹².

Zanetti não dedica muito tempo a uma conceituação mais detalhada de “classe média”, apenas a utiliza como sinônimo de “pequena burguesia”, diferenciando-a de

¹² O empresário de Donnangelo era apenas potencialmente um empregador de médicos, ainda que geralmente fosse um empregador de não-médicos. Ela tem em mente aqueles médicos que assumem feição jurídica de empresa para vender mais facilmente vender serviços – em geral à Previdência Social. Ou seja, muitos deles corresponderiam ao fenômeno que hoje conhecemos por pejetização. Zanetti, por sua vez é bastante categórico: para ser CDk é necessário que o dentista assalarie outro dentista. Provavelmente, não concedeu importância ao assalariamento de não-dentistas por ser comum a prática de dentistas empregarem ao menos um auxiliar para exercer a prática autônoma.

“trabalhadores” e “capitalistas”. Portanto, é possível concluir que, para este autor, a extração de classe é dada apenas pela venda ou compra da força de trabalho: trabalhadores vendem, capitalistas compram e a classe média não a vende nem a compra. Isto lhe permite empregar o conceito de “proletarização da classe-média”, entendido como fenômeno que ocorre quando a mesma passa a vender sua força de trabalho. Ressalve-se que aqui não há coincidência entre “trabalhador” e “assalariado”, uma vez que os assalariados do setor público também são “classe média”.

Dados estes balizadores mais gerais, o passo seguinte é explicar a heterogeneidade dos arranjos que são encontrados no mercado de trabalho – aquelas que os autores anteriores denominaram “atípicas” ou “combinadas”. Neste âmbito, há, para Zanetti, capitalistas “relativamente proletarizados”, dentistas de classe média “auto-proletarizados” e dentistas de classe média agrupados em cooperativas.

O “dentista capitalista relativamente proletarizado” na verdade continua sendo um comprador de força de trabalho, mas o faz para estabelecer relações comerciais com empresas de Odontologia Suplementar. A nosso ver, seria o correspondente a considerar os donos de empresas de terceirização como empresários relativamente proletarizados:

A heterogeneidade amplia-se quando os CDk podem ser percebidos, simultaneamente, como CDt. É uma situação muito freqüente. Ocorre quando o eixo das relações que qualificam socialmente os CDk não é mais aquele estabelecido entre eles e os CDt. Agora, o eixo de relações socialmente qualificadoras é aquele estabelecido entre os CDk e as instituições que estabelecem convênios e credenciamentos (inclusive planos). Quando, os CDk agenciam e negociam com instituições que conveniam e contratam a prestação de seus serviços, tornam-se capitalistas genéricos com uma particularidade especial: são **relativamente proletarizados**. (ZANETTI, 1999, p. 20, grifos nossos).

A justificativa para esta elaboração é a de que, nesta condição, o CDK/CDT deixa de possuir o poder econômico junto ao paciente, ao não definir preços e perder a possibilidade de reger o processo de trabalho. Aqui surgem os outros dois critérios formulados por Donnangelo que não tinham sido enunciados no início.

O que Zanetti considera ser uma auto-proletarização do cirurgião-dentista de classe média na verdade corresponde ao fenômeno que entendemos como pejotização, termo com que se designa a assunção, por parte do trabalhador, de status de empresa (Pessoa Jurídica), para prestar serviços a uma empresa maior:

Assim, sob o “império” das relações inter e trans-empresariais da Odontologia de Mercado atual, os CDc estão transformando seus consultórios tradicionais em “Consultórios com Feição de Clínica”. Juridicamente “maquiados”, sobrecarregados na declaração de impostos e nos ônus empresariais com taxas e recolhimentos (algumas imputadas pelo próprio CFO que deveria protegê-los e não explorá-los), a maioria desses CDc **acaba também se auto-proletarizando** em CDt quando são **sub-assalariados** em convênios e credenciamentos firmados entre pessoas jurídicas. Em tal modalidade, os Cirurgiões Dentistas “padecem” ao “brincar” de algo que não foram preparados: ser capitalistas. Aqui não há o eixo de exercício social qualificador de propriedade econômica, pois não há formação de novos CDt; e daí, dialeticamente, não há a formação real de CDk (ZANETTI, 1999, p. 21).

Perceba-se que Zanetti evitou o problema de Donnangelo, que tinha considerado a possibilidade de existir um empresário que não emprega. Entretanto, parece-nos que afirmar que ocorre uma “auto-proletarização” não é a melhor forma de tratar o fenômeno, pois se existe um sub-assalariado é porque existe um empregador, a noção de auto-proletarização obscurece este empregador. Marx, ao se referir ao trabalhador autônomo, afirmou que este “é seu próprio assalariado; seus meios de produção se lhe representam como capital. Na condição de capitalista de si mesmo, auto-emprega-se como assalariado”. (MARX, 2004, p. 162). Contudo, aqui Marx se referia a uma relação autônoma pura, o que não é o caso do dentista credenciado.

Por fim, o fenômeno das cooperativas é tratado da seguinte forma:

Uma pequena parcela das clínicas-empresas “imperfeitas” são Clínicas Cooperadas; ou seja, clínicas constituídas na forma de cooperativas. São clínicas oriundas do agrupamento de CDc (preservando ou não autonomia econômica e gerencial individual de cada um). Novamente não há elevação ou rebaixamento econômico de nenhum Cirurgião Dentista à situação de CDk ou de CDt. Cria-se uma relação econômica horizontal entre pares (ZANETTI, 1999, p. 21).

Consideramos positiva a forma como Zanetti tratou a questão, apresentando o fenômeno do cooperativismo entre profissionais de saúde como uma tentativa de manutenção da prática liberal. Aqui o autor não está considerando as “falsas cooperativas”, ou “cooperativas com padrão”, que dentre os dentistas é mais comum serem encontradas no serviço público, como forma de contratação sem concurso – tal fenômeno foi relatado por Lourenço (2009).

Causas do processo de assalariamento

Zanetti localiza na década de 80 a crise da “Odontologia Curativa do mercado de massa”, em decorrência dos seguintes fenômenos: a) crise econômica, que reduziu a capacidade de compra da população, inclusive de serviços odontológicos; b) redução dos níveis de cárie da população, sobretudo naqueles setores com poder aquisitivo para consumir serviços odontológicos privados e c) plethora profissional favorecida pelo aumento do número de faculdades. Estas são as razões do surgimento das outras 2 modalidades de inserção do dentista no mercado de trabalho: o cirurgião-dentista trabalhador e o cirurgião dentista capitalista. Perceba-se uma diferença substancial em relação às formulações de Paixão e Cordón, uma vez que estes identificavam o assalariamento como um desdobramento dos movimentos do Capital, portanto um processo com raízes externas à Odontológica. Em Zanetti, este processo ocorre por um descompasso entre consumidores de serviços privados e produtores de tais serviços. Seria a plethora profissional que acirraría a competição a tal ponto que causaria o surgimento de “dentistas trabalhadores” – trata-se aí de um movimento endógeno, ainda que ele identifique as causas da plethora profissionais em fenômenos externos – fim do milagre econômico, privatização do ensino superior, fluoretação da água. Paixão e Cordón falam do assalariamento do dentista como uma consequência do próprio desenvolvimento do capital em sua fase monopolista. Zanetti fala do assalariamento do dentista como uma consequência da extrema concorrência entre CDc :

Conforme visto anteriormente, a crise da Odontologia Curativa de Mercado de Massa foi delineada com o acirramento da concorrência, derivado da modificação na relação de oferta e procura. Tal modificação lançou os CDc

ao âmago das contradições capitalistas fundamentais (ZANETTI, 1999, p. 21).

Assalariar-se não é intransitivo. Quem se assalaria, vende sua força de trabalho a alguém. O interesse de Paixão está no assalariamento (parcial) à Previdência Social, pois o que assume importância na sua análise é o credenciamento ao INAMPS – nisto ela é devedora das considerações de Donnangelo. Em Cordón o INAMPS como assalariador também aparece, mas o autor confere muito destaque à subordinação das indústrias de equipamentos, ainda que a relação entre esta subordinação e o fenômeno de assalariamento não seja evidente. Em Zanetti, extinto o INAMPS, o dentista se assalaria a pequenos empresários (que podem ou não ser eles próprios dentistas).

Prognóstico e recomendações

O cenário descrito por Zanetti é fundamentalmente composto por pequenos produtores em concorrência, em um setor que não apresentaria nenhum interesse ao grande capital. Atualmente a afirmação não faria sentido, haja vista a associação entre o Bradesco e a Odontoprev, resultando em uma receita líquida anualizada de R\$533 milhões de reais (BIANCONI, 2011) e o investimento de R\$ 185 milhões na Imbra S.A pela GP Investimentos (INVESTNEWS, 2011), dentre outros exemplos. Mas este é um fenômeno recente, não se pode imputar a um autor o ônus de desconhecer os fatos que lhe sucederam. Zanetti afirmava que:

As razões para [o tamanho diminuto] do mercado capitalista em Odontologia decorrem fundamentalmente da progressão geométrica da concorrência, da conseqüente **queda tendencial da taxa de lucros** e da falta de medidas contra-tendências em escala e amplitude de interesses para o grande capital (ZANETTI, 1999, p. 21, grifos nossos).

O que se verificou foi exatamente o contrário. O setor de Odontologia Suplementar apresentou crescimento vigoroso, mesmo no ano de 2008, conforme se pode ler no documento do SINO, Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo:

Perto de fechar as contas de 2008, o segmento odontológico já comemora. O número de beneficiários dos planos de assistência odontológica cresceu 12,42% até setembro de 2008, ultrapassando em 400 mil a marca dos 10 milhões de usuários previstos. Na Odontologia de Grupo, a maior dentre as modalidades existentes neste segmento, com mais de 7 milhões de vidas (68,3% do total), o crescimento foi cerca de 10%, de acordo com os números divulgados no Caderno de Informação da Saúde Suplementar, base setembro de 2008. **Apesar da redução do número de operadoras de planos exclusivamente odontológicos em 11%**, as 500 empresas ativas no país mantêm em suas carteiras 20,32% de todos os beneficiários de planos de assistência à saúde (SINOG, 2009, grifos nossos).

Para Zanetti estaríamos assistindo à crise e ao esgotamento da Odontologia Curativa de Mercado de Massa, chegando a usar a expressão “vida e morte dessa Odontologia no Brasil” (ZANETTI, 1999, p. 15). Tal certeza de que se vivia o fim de um modelo de organização de mercado de trabalho odontológico levou-o a afirmar que a Odontologia de Mercado vivera até então quatro fases históricas e teria mais uma a vivenciar:

“i) a instituição – de meados do século 19 até os anos 30; (ii) a consolidação – dos anos 30 aos anos 60; (iii) a expansão – dos anos 60 até o início dos anos 80; (iv) a crise e esgotamento – anos 80 e 90; (v) a **retração e superação dialética** – futura primeira metade do século 21” (ZANETTI, 1999, p. 15, grifos nossos).

Portanto, se para Paixão e Cordón a prática liberal desapareceria, Zanetti vai além e afirmou que se estava vivendo o fim do padrão de regulação Curativo de Massa da Odontologia brasileira de mercado, a ser substituído por “um novo modo de regulação, do novo paradigma de mercado de trabalho odontológico”. (ZANETTI, 1999, p. 15). Mas o que vem a ser este novo paradigma?

A segmentação está se dando com a progressiva perda da característica de massa do mercado, com flexibilização das demandas e a heterogeneização dos arranjos concorrenciais.

A flexibilização das demandas ocorreu não só pela queda, mas pela mudança dos padrões de consumo. O consumo vem deixando de ser de massa, homogêneo, indiferenciado, despersonalizado e estandardizado, para se tornar cada vez mais segmentado, heterogêneo, diferenciado, personalizado, sem padrões fixos ou únicos (ZANETTI, 1999, p. 22).

Percebe-se em Zanetti uma forte influência do ideário da empregabilidade, compatível com padrão de acumulação flexível que arregimentou muitos defensores

ao longo dos anos 90. Ao advogar a mudança de um padrão de massas para outro segmentado é possível notar que o autor está falando de uma metamorfose do padrão fordista para o padrão toyotista, embora não utilize esses termos. Portanto, não surpreende que as soluções apontadas por Zanetti tenham inspiração na ideologia do empreendedorismo. Caberia ao dentista desenvolver “novos mecanismos concorrenciais”: a graduação e incorporação de tecnologia não seriam suficientes. Os dentistas – todos eles CDc, CDk e CDt – precisariam fazer especializações, mestrado, doutorado, instituir-se como pessoa jurídica, utilizar o marketing, fazer procedimentos estéticos e preventivos, ter uma postura de “satisfação total do cliente”, “flexibilizar horários e estratégias de execução do plano de tratamento”, etc.

Assinale-se que este *novo paradigma* delineado por Zanetti não difere muito das soluções listadas por Cordón em sua sistematização das soluções dadas pelos empresários. É curioso que, aquilo que nos anos 1990 foi anunciado como ruptura, já havia sido criticado nos anos 1980 como continuidade.

É sintomático que, na última década, a produção do campo da Saúde Bucal Coletiva não tenha envidado esforços em problematizar o mercado de trabalho do dentista. É como se o tema tivesse se tornado invisível aos olhos da academia exatamente no momento em que empiricamente assume maior importância. Existem estudos descritivos retratando o aumento do número de cirurgiões dentistas (MORITA; HADDAD; ARAUJO, 2010; PARANHOS, 2009a, 2009b, 2009c, 2009d, 2009e), o perfil dos dentistas que credenciados a convênios odontológicos (GARCIA; COBRA, 2004; SIMPLÍCIO; SANTOS; CAMPOS, 2008) e as características da força de trabalho feminina em Odontologia (MOIMAZ; SALIBA; BLANCO, 2003), mas não identificamos estudos do porte de Paixão que objetivassem compreender criticamente as transformações do mercado de trabalho do dentista. Aliado a isso, e não por acaso, se no passado foram poucos os autores que empregaram a teoria marxista das classes sociais, na atualidade aumenta a escassez.

Um exemplo pode ser observado no artigo de Samuel Moysés de 2004. O autor descarta o uso do conceito de classes sociais por serem *refratárias a consenso*. É característica das ciências biomédicas a necessidade de operar com consensos estabelecidos, limitação que não ocorre nas Ciências Sociais. Em lugar do conceito de classes sociais, Moysés (2004) emprega o de *profissão*, filiando-se assim à tradição weberiana e, particularmente, freidsoniana. Desta forma, interessa-o como as profissões mantêm “seus monopólios no mercado de serviços e seu status na estrutura ocupacional” (MOYSÉS, 2004, p. 33).

O que afirma o autor?

Os dentistas se percebem como profissionais liberais, todavia suas realidades os aproximam das classes trabalhadoras assalariadas. É comum a dependência de convênios e credenciamentos entre estes profissionais, configurando um *assalariamento indireto*. O autor advoga estar em curso, não uma “crise da Odontologia”, mas uma “crise da Odontologia de mercado”. Esta, que até as últimas décadas do século XX, conservava sua natureza liberal e privada, transfigurou-se em “uma Odontologia sujeita às oscilações da oferta de emprego e renda, num mercado extremamente competitivo” (MOYSÉS, 2004, p. 34). Isto estaria levando os profissionais da nova geração a ocupações precárias.

Contudo, para Moysés, este diagnóstico não autoriza o emprego dos termos “proletarização” e “desprofissionalização”. O autor concorda com Paixão, Córdón e Zanetti quanto à existência de um crescente assalariamento, mas recusa a ideia de que os profissionais estariam decaindo à condição de ocupações, tornando-se assim “menos profissão”.

Tais conclusões fazem sentido dentro do referencial empregado pelo autor. Dentro do quadro teórico empregado, o assalariamento do dentista é um fenômeno de menor importância porque a persistência dos monopólios profissionais contribuiria para a *manutenção das desigualdades sociais*. Os antagonismos que importam

neste marco teórico não são os que se estabelecem entre os que vendem e os que compram força de trabalho, mas os que opõem profissionais e leigos (ou “a sociedade” ou o “bem comum”).

3.3 Considerações parciais

Neste capítulo nos aproximamos da teoria marxista das classes sociais, mas com um objetivo específico: compreender melhor as fronteiras entre o trabalhador autônomo e o assalariado. Perceba-se que Donnangelo, Paixão e Cordón têm em Marx a principal referência para construir suas tipologias, que são bastante semelhantes entre si. Provavelmente, isto explica a perspectiva adotada pelos dois últimos, de que estaria se aproximando um cenário em que a forma assalariada substituiria a liberal.

O fato da prática autônoma não ter sido extinta pode ser entendida com auxílio de autores da tradição marxista, como Trotsky. Todavia, a aproximação dos trabalhadores de escritórios e de serviços a certas características do operariado, notada por Braverman (1981) é bastante válida para pensar a questão dos dentistas.

Um ponto polêmico entre os autores da área odontológica foi o tema da proletarização. Enquanto Paixão, Cordón e Zanetti utilizam esse termo e apontam que os dentistas estariam marchando para este destino, Moisés se recusa a admiti-lo. A nosso ver, isto se dá em função da divergência em torno do termo *proletário*. Se o tomarmos simplesmente como sinônimo daquele que é destituído dos meios de produção e vende sua força de trabalho, como aparece no *Manifesto Comunista*, então poderíamos afirmar que há um processo (incompleto e contraditório) de proletarização dos dentistas. Mas se empregarmos a ideia de que seja aquele que recebe apenas o suficiente para continuar a trabalhar, talvez a proletarização não seja um fenômeno tão evidente. Foi por este motivo que recorreremos a Castel e sua distinção entre as condições proletária, operária e assalariada. Seguindo sua análise, percebemos que dentistas (bem como diversas profissões liberais) tornam-

se mais e mais assalariados, mas não nos permitimos (ainda) afirmar que esteja em curso um processo de proletarização. Isto em nada invalida a necessidade de pensar as classes sociais, motivo pelo qual discordamos de Moysés.

Zanetti, diferentemente dos autores que o precederam, atribui muita importância à noção de classe média. Esta aparece com dois sentidos em seu texto: aquela que não se define como trabalhador ou como capitalista, ou aquela que partilha determinadas condições semelhantes de renda, refletidas no estilo de vida. Embora “classe média” tenha peso como conceito para este autor, não o coloca ao lado de Boito Jr., para o qual os dentistas pertencerão invariavelmente à classe média, mesmo que sejam assalariados.

Uma contribuição especial de Cordón foi perdida com o tempo: a análise minuciosa que ele faz dos distintos setores do empresariado, dos dentistas, da “população”. Atualmente, a noção “Odontologia de Mercado” obscurece a compreensão do mercado de trabalho. Não apenas porque dentro da “Odontologia de Mercado” cabe tanto o empresário quanto o assalariado, mas também porque no interior do empresariado há frações com certos interesses distintos, o que será analisado em detalhes nos capítulos que seguem.

A tipologia original de Donnangelo, como vimos, necessita ser atualizada, pois o mercado de trabalho se complexificou. Nisto nos auxiliam as considerações de Antunes sobre a classe-que-vive-do-trabalho, com sua marcante heterogeneidade. As formulações de Antunes são particularmente úteis para fazer o contraponto a autores, tais como Moysés, que contrapõem “profissionais” e “leigos”. Quem são estes leigos? Os proprietários de grandes empresas de Odontologia podem ser leigos ou profissionais, mas pertencem à mesma classe social. Os trabalhadores destas empresas – profissionais e leigos – não vivem todos do trabalho? Há mais semelhanças entre os profissionais proprietários e profissionais trabalhadores do que entre trabalhadores profissionais e trabalhadores leigos? Quem de fato contribui para a *estrutura de desigualdades sociais*?

Todavia, se o conceito de classe-que-vive-do-trabalho nos ajuda a entender as similaridades entre aqueles que se localizam no polo do trabalho, por outro lado, não contribui tanto para distinguir as diferenças internas a este. Este é o motivo pelo qual assumimos que o cuidado que Poulantzas tem com as frações de classe nos ajuda a entender melhor os dentistas.

Considerar os pequenos produtores e os assalariados não produtivos como pertencentes a uma mesma classe pode ser problemático. Contudo, no caso de nosso objeto, há uma surpreendente adequação. Afinal, o processo com o qual nos deparamos é uma transição de grupos pertencentes à pequena burguesia tradicional para a nova pequena burguesia.

Ademais, as considerações de Poulantzas sobre os elementos ideológicos da pequena burguesia são profícuos para a análise de nosso objeto, sobretudo por ser um esquema interpretativo plástico. Não se considera a ideologia linearmente determinada pela inserção na estrutura de classe, mas se reconhece o conflito que elementos de diferentes origens estabelecem entre si, de acordo com o momento da luta de classes.

Discorreremos sobre a necessidade de atualizar e aprimorar a tipologia de Donnangelo e de Paixão e isto será feito no capítulo 5, a partir dos dados empíricos. Antes, contudo, é preciso descrever o mercado de trabalho do dentista, o que será feito no capítulo a seguir.

Capítulo 4 – O mercado de trabalho do dentista

Este capítulo tem por objetivo descrever e levantar elementos explicativos do mercado de trabalho do dentista em âmbito nacional. Nos demais capítulos da tese, fez-se uma articulação entre o debate teórico e os achados empíricos que emergiram das entrevistas realizadas com dentistas em Salvador. Contudo, para ficar mais inteligível o que representam as transformações de que estamos falando, julgamos necessário apontar grandes tendências que ocorrem no cenário atual. Desta forma, iniciamos o capítulo descrevendo o quadro a partir de seus aspectos quantitativos, resultantes da análise de dados secundários de várias instituições. Em seguida, discorreremos sobre a inserção do dentista na esfera pública. Este assunto é tratado de forma breve, pois o foco da pesquisa não são as mudanças do modelo de atenção em saúde bucal, assunto sobre o qual já existem várias publicações. O tema seguinte é a Odontologia Suplementar, apresentado através dos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Há, contudo, um movimento que não é detectável através destes números, que investigamos através da busca nos portais de notícias da internet. Elegemos duas operadoras de planos odontológicos que, a nosso ver, sinalizam este movimento que queremos demonstrar e dedicamos a cada uma delas um estudo de caso. Por fim, julgamos necessário abordar outro fenômeno que se passa na esfera privada: as empresas prestadoras de serviços odontológicos. É algo bastante recente, não encontramos dados quantitativos sobre isto, fizemos somente o estudo de caso de duas destas empresas.

4.1 De quantos dentistas estamos falando?

O expressivo aumento do contingente de cirurgiões-dentistas, superando mesmo a taxa de crescimento demográfico brasileira é uma constatação ubíqua na literatura e no senso comum. É expressão corrente entre dentistas liberais e assalariados,

teóricos da saúde coletiva e empresários do setor odontológico, embora cada um desses atores interprete o fenômeno de forma diferente.

TABELA 8 - Número e previsão de cirurgiões-dentistas (CD), população, índice de cirurgiões-dentistas por 10 mil habitantes e proporção habitante/CD, 1960-2010, Brasil.

Ano	CD	População (em mil)	Índice CD/10 mil hab	Hab/CD
1960	23.000	70.191	3,28	3.052
1970	34.000	93.139	3,65	2.739
1980	61.067	119.071	5,13	1.950
<i>Previsão 1990</i>	<i>117.120</i>	<i>149.103</i>	<i>7,85</i>	<i>1.273</i>
<i>Previsão 2000</i>	<i>173.620</i>	<i>182.513</i>	<i>9,51</i>	<i>1.051</i>
2000	146.677	169.799	8,64	1.158
<i>Previsão 2010</i>	<i>239.120</i>	<i>219.566</i>	<i>10,48</i>	<i>954</i>
2010	224.745	192.399	11,68	856

Fonte: Pinto, 1983; CFO, 2010a; CFO, 2010b IBGEa, 2010; BRASIL, 2011n

Pinto, em 1983, compilou dados referentes ao número de cirurgiões-dentistas (CD), população brasileira, índice por 10.000 habitantes e relação habitante por cirurgião-dentista, num período compreendido entre 1960 e 1980, com projeções para os anos de 1990, 2000 e 2010. A partir dos dados capturados diretamente dos portais do Conselho Federal de Odontologia - CFO, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, foi possível construir as linhas da tabela 8 referentes aos anos de 2000 e 2010, para podermos comparar a previsão de Pinto (1983). Procuramos fazer o mesmo em relação ao ano de 1990, mas não foi possível localizar na literatura dados referentes a este ano. Percebe-se que as projeções de Vitor Pinto estiveram próximas aos números reais: sua estimativa seria a de que se atingiria um patamar de 954 habitantes por dentista em 2010, sendo que em fevereiro deste ano a proporção era de 856.

O aumento do número de dentistas, superando o crescimento populacional, deu origem a uma piada corrente no meio, a do “Paradoxo Demográfico”: colocadas num gráfico as linhas que representam crescimento da população brasileira e do número de dentistas, haveria um ponto no gráfico em que as duas retas se encontrariam e

em algum momento no futuro todos os brasileiros seriam dentistas (MOYSÉS, 2010).

A facilidade com que tais comparações podem ser feitas, acessando a base de dados do CFO e do IBGE, deu origem a um vasto número de publicações sobre o tema. Contudo, há um problema em grande parte da literatura disponível: fala-se em “metas recomendadas pela OMS” sem que esta organização tenha preconizado nada a respeito. Encontram-se exemplos em periódicos científicos: Paranhos (2009d), por exemplo, afirma que a OMS sugere a proporção 1:1.500. Há também ocorrências em jornais dedicados ao grande público, a exemplo do *O Diário do Pará*, atribuindo à OMS a proporção de 1:1.000.

A primeira contestação à “recomendação da OMS” encontrada foi elaborada por Narvai (2010):

Não basta para o enfrentamento da atual política de formação de recursos humanos em saúde — aí incluídos os recursos humanos odontológicos —, a enfadonha citação de que “a Organização Mundial da Saúde recomenda 1 dentista para 1.500 habitantes.” (Há variantes como 1/1.000 ou 1/2.000). Há pelo menos dois erros nisso: em primeiro lugar, a OMS não recomenda coisa alguma. Em algum momento alguém deve ter lido mal em algum lugar, citou erroneamente a OMS e, a partir daí, tem havido uma repetição mecânica e acrítica dessa proporção. Jamais encontrei a referência bibliográfica nos artigos que mencionam a tal proporção. Nos documentos da OMS, aos quais tive acesso, nunca li nada sobre o assunto. Até que algum pesquisador desvende esse mistério, pode-se concluir que trata-se de pura lenda. (NARVAI, 2010)

Fernandes Neto et al (2006) também negam a existência de um valor desejável ou ideal de cirurgiões-dentistas que tenha sido estipulado pela OMS, uma vez que “a distribuição de profissionais é fortemente influenciada por fatores locais como fatores socioeconômicos, culturais e epidemiológicos” (Fernandes Neto et al, 2006, p. 399)

Após comunicação eletrônica com Narvai, continuamos a investigação e localizamos um comunicado oficial da OPAS/OMS que é enfático ao afirmar:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) não recomendam nem estabelecem taxas ideais de número de leitos por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus

países-membros. Tampouco definem e recomendam o número desejável de médicos, enfermeiros e **dentistas** por habitante. (OPAS-OMS, 2010a, p.1, grifos nossos).

Este documento esclarece que a OMS somente estabelece metas que tenham suporte sólido em evidências e afirma que os governos têm autonomia para formar o número de profissionais de saúde que lhes convier. Afirma também que o documento *Plano Decenal de Saúde para as Américas* foi fruto da III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, ocorrida em Santiago do Chile, em 1972. Este documento também é referido por Paixão (1979). O relatório apresentava uma série de recomendações, dentre as quais a de 2 dentistas por 10.000 habitantes, mas não era uma resolução oficial da OPAS/OMS. Ainda que o fosse, tais recomendações só faziam sentido para a realidade daquela época. Mesmo os parâmetros que são verdadeiramente fixados pela OMS sofrem atualizações periodicamente (NARVAI, 2002).

Esclarecido o caráter e contexto do relatório, é necessário detalhar seu conteúdo. O diagnóstico constante no Plano Decenal de Saúde para as Américas é de **carência** de dentistas:

En 1971 sólo tres países de América Latina y del área del Caribe tenían más de 3.5 odontólogos por 10,000 habitantes. Más de 12 países no alcanzan un promedio de un odontólogo por 10,000 habitantes. La media era de 1.9 odontólogos por 10,000 habitantes (OPAS/OMS, 1973, p. 47).

Portanto, as metas propostas eram de **aumento** do número de profissionais:

La meta prevista es superar en 1980 la cifra de 75,000 odontólogos (para lograr una relación aproximada de 2.0 por 10,000 habitantes) y de 82,000 auxiliares (para una relación de 1:1 auxiliar por odontólogo), permitiendo así disponer para esa fecha de una "unidad" de recursos odontológicos por cada 3,500 personas (OPAS/OMS, 1973, p. 48).

Entretanto, a carência – pelo menos a de dentistas – não era válida para o Brasil (note-se que é mencionado que três países na América já teriam superado o valor preconizado). Pinto (1983) registrara que em 1970 o Brasil tinha 3,65 dentistas para 10.000 habitantes. Portanto, quando a “meta” surge, ela já tinha sido “alcançada”

pelo Brasil, pelo menos na sua formulação original de 2:10.000. Mas a versão que se tornou consagrada pelo uso, de 1:1.500, é de origem não identificada.

Além da preocupação com a proporção entre dentistas e população, um tema recorrente é a distribuição dos dentistas no território nacional, tema que já estava em pauta na I Conferência Nacional de Saúde Bucal, ocorrida em 1986 (BRASIL, 2011d). O fenômeno continua sendo estudado, a exemplo de Morita (2010). A tabela 9 demonstra que entre os anos de 1982 e 2008 a distribuição de dentistas entre as cinco macrorregiões sofreu alterações muito discretas.

TABELA 9 - Número e percentual de dentistas segundo macrorregiões, Brasil 1982 e 2008.

Região	1982		2008	
	N	%	N	%
Norte	1.482	2,1	8.121	3,7
Nordeste	10.057	14,3	29.714	13,5
Sudeste	43.342	61,8	129.473	59,0
Sul	11.409	16,3	34.561	15,7
Centro oeste	3.855	5,5	17.706	8,1
Brasil	70.145	100,0	219.575	100,0

Fonte: TELES 1985 e Morita 2010

É possível ter uma percepção mais detalhada na tabela 10, que, embora compreenda um período menor, apresenta os dados desagregados por unidade federativa e permite a comparação com a variável “população”, de forma a permitir análises mais acuradas.

A tabela 10 foi elaborada a partir de dados obtidos no portal DATASUS, cuja fonte foi o Conselho Federal de Odontologia. Observe-se que, no período de 1997 a 2007, enquanto a população brasileira registrou um aumento de 18,6%, o número de cirurgiões-dentistas teve incremento de 114%. Contudo, nenhuma destas variáveis teve oscilação uniforme quando comparamos as diferentes unidades federativas.

TABELA 10 – Número de habitantes, cirurgiões-dentistas (CD), índice CD/10 mil habitantes, nos anos de 1997 e 2007, e diferença percentual desses números, segundo unidade federativa e Brasil.

Unidade da Federação	Anos						Diferença %		
	1997			2007			Hab.	CD	Índice CD/10 mil hab.
	Habitantes	CD	Índice CD/10 mil hab	Hab.	CD	Índice CD/10 mil habitantes			
Acre	500.198	116	2,3	703.447	373	5,3	40,6	221,5	128,6
Alagoas	2.663.049	881	3,3	3.085.053	1929	6,2	15,8	118,9	89
Amapá	401.906	130	3,2	636.652	339	5,3	58,4	160,8	64,6
Amazonas	2.460.606	672	2,7	3.389.081	1898	5,6	37,7	182,4	105
Bahia	12.709.713	2747	2,1	14.083.771	7422	5,3	10,8	170,2	143,8
Ceará	6.920.307	1695	2,4	8.335.849	4406	5,3	20,4	159,9	115,8
Distrito Federal	1.877.015	2376	12,6	2.434.033	5307	21,8	29,7	123,3	72,2
Espírito Santo	2.853.127	1713	6	3.519.712	4093	11,6	23,3	138,9	93,7
Goiás	4.639.734	2666	5,7	5.840.650	6781	11,6	25,9	154,3	102
Maranhão	5.295.442	665	1,2	6.265.102	2046	3,3	18,3	207,7	160
Mato Grosso	2.287.857	1069	4,6	2.910.255	2911	10	27,2	172,3	114
Mato Grosso do Sul	1.964.578	1401	7,1	2.331.243	2847	12,2	18,6	103,2	71,2
Minas Gerais	16.904.908	13728	8,1	19.719.285	26783	13,6	16,6	95,1	67,2
Pará	5.650.708	1251	2,2	7.249.184	3042	4,2	28,3	143,2	89,5
Paraíba	3.331.734	1455	4,4	3.650.180	2892	8	9,5	98,7	81,4
Paraná	9.142.202	6503	7,1	10.511.933	13731	13	15	111,1	83,6
Pernambuco	7.466.811	2547	3,4	8.590.868	5623	6,5	15	120,8	91,9
Piauí	2.695.950	730	2,7	3.065.488	1705	5,5	13,7	133,5	105,4
Rio de Janeiro	13.555.652	11737	8,6	15.738.536	25874	16,4	16,1	120,4	89,9
Rio Grande do Norte	2.594.306	1117	4,3	3.084.106	2401	7,8	18,8	114,9	80,8
Rio Grande do Sul	9.762.115	5020	5,1	11.080.317	12999	11,7	13,5	158,9	128,1
Rondônia	1.255.538	340	2,7	1.590.027	1067	6,7	26,6	213,8	147,8
Roraima	254.498	94	3,7	415.281	271	6,5	63,2	188,3	76,7
Santa Catarina	4.958.310	2984	6	6.049.251	7837	12,9	22	162,6	115,3
São Paulo	34.752.122	38124	11	41.663.568	72745	17,4	19,9	90,8	59,1
Sergipe	1.657.162	584	3,5	2.033.430	1291	6,3	22,7	121	80,1
Tocantins	1.080.749	369	3,4	1.358.889	1214	8,9	25,7	229	161,6
Brasil	159.636.297	102714	6,4	189.335.191	219827	11,6	18,6	114	80,4

Fonte: BRASIL, 2011n

Embora seja evidente a má distribuição dos dentistas entre as unidades federativas, de modo geral, os estados com menor número de odontólogos foram os que registraram maiores aumentos percentuais de CD. Os estados que abrigavam um menor número de dentistas em 1997 eram Roraima, Acre, Amapá, Rondônia e

Tocantins e os estados que tiveram maior aumento percentual destes profissionais foram Tocantins, Acre, Rondônia, Maranhão e Roraima. Estes aumentos variaram de 188 a 229%, enquanto a variação nacional foi de 114%.

Outra forma de analisar o fenômeno é estudando a variação do Índice de CD por 10 mil habitantes. Em 1997, os estados que tinham o menor índice eram Maranhão, Bahia, Pará, Acre e Ceará, enquanto o Distrito Federal e os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Mato Grosso do Sul exibiam os valores mais altos. As posições relativas no ranking não sofreram profundas alterações: em 2007 os estados com menor índice eram Maranhão, Pará, Bahia, Ceará e Acre enquanto o Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná apresentavam valores mais elevados. Isto aconteceu a despeito da variação percentual do índice. Observe-se: os estados em que o índice teve maior incremento foram Tocantins, Maranhão, Roraima, Bahia e Acre. As unidades federativas que lograram menor percentual de aumento foram São Paulo, Amapá, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal.

Portanto, as unidades federativas que já tinham uma alta concentração de dentistas experimentaram nesse período taxas de crescimento inferiores. Isso, contudo, não foi suficiente para alterar o quadro de distribuição desigual de dentistas no território nacional. A manutenção do padrão de desequilíbrio entre as regiões também foi constatada por Fernandes Neto et al (2006) ao estudar o período 1997-2001¹³. Narvai (2007) aponta que a carência de regulações do setor educacional privado causou um grave desequilíbrio quantitativo da distribuição de cirurgiões-dentistas.

A tabela 11 exibe a inflexão sofrida pelos cursos de graduação de Odontologia: em um espaço de tempo inferior a duas décadas, o número de cursos vinculados a instituições públicas deixou de ser superior à metade para se tornar pouco mais que um quarto.

¹³ Cabe observar que tal desequilíbrio corre mesmo existindo migração interna de dentistas entre as unidades federativas brasileiras. No Brasil, cerca de 12% dos dentistas figura no banco de dados do CFO como tendo efetuado transferência de inscrição entre conselhos regionais de estados distintos. Na Bahia, uma parcela correspondente a 16,5% dos dentistas é proveniente de transferência de outros estados (MORITA et al, 2010).

TABELA 11 - Número e percentual de cursos de graduação de Odontologia segundo natureza jurídica, Brasil, 1991, 2004 e 2010.

Ano	Instituições públicas		Instituições privadas		Total
	N	%	N	%	
1991	46	55,4	37	44,6	83
2004	54	31,01	120	69,01	174
2010	54	28,01	139	72,01	193

Modificado de Fernandes Neto et al (2006) com dados de CFO (2010c).

Para verificar a concentração espacial do número de faculdades de Odontologia, a tabela 12 traz dados de 2010, com a distribuição por unidades federativas e região. Perceba-se que a região Sudeste concentra quase a metade das faculdades de Odontologia..

Com base nestas informações, concordamos com Narvai (2007) quando afirma que deixar à iniciativa privada a responsabilidade pela maior parte dos cursos de graduação de odontologia não trouxe ganhos no combate à má distribuição de dentistas no território nacional.

Contudo, se o número de cursos de Odontologia cresceu, a quantidade de candidatos inscritos no processo seletivo destes cursos registrou um declínio de 41,2%, no período de 1991 a 2004, sendo mais significativo entre as instituições privadas (58,42%) e na Região Sudeste (62,10%) (Fernandes Neto et al, 2006). Uma conclusão possível desta informação seria de que estamos caminhando para um “equilíbrio”, pois a menor procura por cursos de Odontologia nas regiões onde já há excesso de dentistas contribuiria para uma futura correção das desigualdades. Não endossamos tal conclusão, pois o custo social de deixar que o mercado se auto-regule é extremamente alto.

TABELA 12 - Número e percentual da classificação de faculdades de Odontologia segundo unidade federativa, região e Brasil, 2010.

UF	Classificação das Faculdades				Total	
	Federais	Estaduais	Municipais	Particulares		
	N	N	N	N	N	%
Distrito Federal	1	0	0	3	4	2,1
Goiás	1	0	0	3	4	2,1
Mato Grosso	0	0	0	3	3	1,6
Mato Grosso do Sul	1	0	0	2	3	1,6
Cento-Oeste	3	0	0	11	14	7,4
Alagoas	1	0	0	1	2	1,0
Bahia	1	2	0	4	7	3,5
Ceará	1	0	0	3	4	2,1
Maranhão	1	0	0	2	3	1,6
Paraíba	1	1	0	2	4	2,1
Pernambuco	1	1	0	2	4	2,1
Piauí	1	1	0	2	4	2,1
Rio Grande do Norte	1	1	0	1	3	1,6
Sergipe	1	0	0	1	2	1,0
Nordeste	9	6	0	18	33	17,1
Acre	0	0	0	1	1	0,5
Amapá	0	0	0	1	1	0,5
Amazonas	1	1	0	5	7	3,5
Pará	1	0	0	2	3	1,6
Rondônia	0	0	0	3	3	1,6
Roraima	0	0	0	1	1	0,5
Tocantins	0	0	1	2	3	1,6
Norte	2	1	1	15	19	9,8
Espírito Santo	1	0	0	3	4	2,1
Minas Gerais	5	1	0	17	23	11,9
Rio de Janeiro	2	1	0	17	20	10,4
São Paulo	0	6	5	34	45	23,2
Suldeste	8	8	5	71	92	47,6
Paraná	1	4	0	9	14	7,3
Rio Grande do Sul	3	0	0	10	13	6,7
Santa Catarina	1	0	2	5	8	4,1
Sul	5	4	2	24	35	18,1
Brasil	27	19	8	139	193	100

Fonte: CFO, 2010c

Um dado extremamente significativo trazido por Fernandes Neto et al (2006) é a modificação da intenção de inserção no mercado de trabalho entre concluintes dos cursos de graduação de Odontologia. Tomando dados do questionário socioeconômico do ENADE, os autores percebem transformações reveladoras:

Tabela 13 - Intenção de exercício profissional pelos formandos nos anos de 1998 e 2003 e diferença percentual entre esses anos, Brasil.

Intenção	1998	2003	Diferença %
Procurar emprego	42,3	70,7	67,1
Já estou empregado	1,1	5,5	400,0
Abrir consultório	52,4	20,5	-60,9
Trabalhar em outra área	1,2	1,4	16,7
Não pretendo trabalhar	0,5	1,1	120,0

Modificado de Fernandes Neto et al (2006).

Parece-nos que o aumento significativo de formandos que desejam procurar emprego e a expressiva diminuição dos que pretendem abrir consultório estão ancorados em mudanças do cotidiano dos dentistas. É razoável supor que esteja por trás desta tabela um aumento de possibilidades na condição de empregado e uma restrição de perspectivas da montagem de consultório. É verdade que esta tabela não detalha a miríade de modalidades de inserção no mercado de trabalho. O item “procurar emprego” tanto pode abrigar o assalariamento no setor público como no setor privado. A opção “abrir consultório” tanto pode significar o exercício da prática liberal quanto da autonomia atípica. Algumas das opções usualmente escolhidas por recém-formados talvez não estejam contempladas: o “aluguel de turno” poderia ser considerado integrante do “abrir consultório”? “Trabalhar em percentagem” foi entendido pelos pesquisados como equivalente a “procurar emprego”?

Na sessão a seguir discutiremos quais foram as principais modificações no mercado de trabalho do dentista que podem ajudar na compreensão do quadro descrito. Iniciamos este capítulo demonstrando o aumento expressivo de odontólogos no Brasil e a má distribuição dos mesmos. Teria sido pouco provável a continuidade de uma prática quase exclusivamente liberal com estes números. Nas últimas décadas notou-se um aumento de postos de trabalho no setor público – com características diferenciadas das registradas em outros momentos – e um forte desenvolvimento da

odontologia complementar. Mais recentemente o mercado de Odontologia complementar parece atingir um novo patamar, mais concentrado e “profissionalizado”¹⁴. Começam também a surgir grandes empresas que prestam assistência odontológica – embora este seja um fenômeno muito recente para podermos estudar adequadamente. Vejamos as principais tendências.

4.2 Setor público

Nos anos 1990 ocorreu a municipalização dos serviços de saúde no Brasil. Em 1993 foi extinto o INAMPS, que merecera tanta atenção como empregador de dentistas por parte de Paixão e Cordón. Gradualmente, coube aos municípios organizar seus serviços de saúde. Não localizamos dados referentes ao total de postos de trabalho no setor público abertos desde o início deste período, mas dados referentes aos anos de 1999, 2002 e 2005, obtidos pela Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE podem ser vistos na tabela 14:

TABELA 14 - Número de postos de trabalho para dentistas em estabelecimentos públicos de saúde, conforme esfera administrativa. Brasil, 1999, 2002, 2005.

Ano	Esferas Administrativas		
	Federal	Estadual	Municipal
1999	1.838	4.528	31.540
2002	2.345	4.788	35.361
2005	3.060	5.184	42.090

Fonte: BRASIL, 2011m

A inclusão do dentista nas equipes do Programa de Saúde da Família, existente desde 1994, só logrou ocorrer em 2000. Este é um marco importante das transformações do mercado de trabalho dos dentistas. A principal característica deste programa de interesse para nossa pesquisa é a diretriz de que seus integrantes devem dedicar 40 horas semanais ao mesmo. Na década de 1980,

¹⁴ “Profissionalização do setor” é um termo utilizado pelos empresários do mesmo, que será discutido mais à frente.

Cordón (1986) já havia notado uma tendência a empregos de tempo parcial entre dentistas, o que favorece a combinação “emprego público + consultório particular”. Mencionara, inclusive, que esta combinação podia ser utilizada como justificativa para a ocorrência de baixos salários no setor público. O surgimento do PSF, com sua diretriz de que os recursos humanos sejam contratados em regime de 40 horas, traz impactos significativos na reconfiguração do mercado de trabalho.

Percebe-se na tabela 15 um extraordinário aumento do número de equipes de saúde bucal do PSF na sua fase inicial, até o ano de 2005. Contudo, a partir de 2006, o crescimento foi consideravelmente mais discreto. Reiteramos que o número de equipes de saúde bucal não é indicativo de novos postos de trabalho, devido ao fato de existir a prática de reaproveitamento dos dentistas que já estejam lotados no serviço. Ademais, na tabela 14 pode-se perceber que, no ano de 1999, antes, portanto, da inclusão do dentista na equipe de saúde da família, já existiam mais de 30 mil dentistas atuando na esfera municipal do setor saúde. No ano de 2005, o número de dentistas nos estabelecimentos de saúde municipais superava a marca de 40 mil, ao passo que estavam cadastradas 12.603 equipes de saúde bucal de saúde no PSF.

TABELA 15 - Número de equipes de saúde bucal no PSF, variação percentual anual e acumulada, Brasil, 2001-2010.

Ano	Equipes de Saúde Bucal no PSF		
	ESB	% anual	% acumulado
2001	2.248	0	0
2002	4.261	89,5	89,5
2003	6.170	44,8	174,5
2004	8.951	45,1	298,2
2005	12.603	40,8	460,6
2006	15.096	19,7	571,1
2007	15.694	3,9	598,1
2008	17.807	13,4	692,1
2009	18.982	6,6	744,4
2010	20.424	7,6	808,5

Modificado a partir de BRASIL, 2011f

A diminuição do ritmo de crescimento do número de equipes de PSF nos lembra que este programa, embora tenha assumido um papel importante como gerador de postos de trabalho ao longo da década, pode não continuar se expandindo na mesma proporção que seria necessária para absorver os novos dentistas que chegam ao mercado de trabalho. Não estamos, com esta afirmação, desconhecendo o fato de que o objetivo primeiro do programa não é a solução dos problemas de mercado de trabalho dos dentistas, mas a melhoria da atenção à saúde bucal da população. Ainda assim, acreditamos que grande parte da simpatia angariada pelo PSF no seio da categoria odontológica se deve à visualização do mesmo como um novo nicho de mercado. Chaves e Miranda (2008) demonstram esse entendimento por parte dos dentistas em estudo realizado com dentistas da região metropolitana de Fortaleza.

Além da incorporação do dentista à equipe de saúde da família, outro fato a ser considerado é a criação dos Centros Especializados de Odontologia (CEO), unidades de atenção secundária onde são realizados procedimentos de endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, atendimento a pacientes com necessidades especiais, entre outros. O primeiro CEO foi inaugurado em 2004 e em agosto de 2008 estavam cadastrados 675 CEO no país (FRAZÃO; NARVAI, 2009). Infelizmente, não encontramos registro de quantos postos de trabalho novos para dentistas foram criados nestas unidades.

Este é um dos fatores que dificultam nossa análise: antes de 2.000, os postos de trabalho para dentistas no SUS em grande parte estavam localizados em unidades básicas de saúde no modelo tradicional. Embora haja facilidade em encontrar dados referentes à implantação de equipes de saúde bucal do PSF, sabe-se que parte destas equipes não representam novos postos criados, mas a mudança de modelo de atenção de uma força de trabalho já empregada. Alguns estudos isolados mensuram o quanto representou este remanejamento (BALDANI et al, 2005, LOURENÇO et al, 2009), mas não há dados globais. Da mesma forma, não localizamos estudos que avaliem o impacto da criação dos CEO na quantidade de

postos de trabalho para dentistas. Foram localizadas matérias jornalísticas (PORTAL DA SAÚDE, 2011) que afirmam que a política nacional de saúde bucal denominada *Brasil Sorridente* aumentou em quase 50% o número de dentistas no SUS e que um terço dos dentistas do Brasil já teria pelo menos um vínculo com o Sistema Único de Saúde, mas não será possível, neste estudo, apresentar uma análise quantitativa do fenômeno, pois, nas bases de dados consultadas, as informações disponíveis não permitiam este tipo de comparação.

4.3 Setor privado: a Odontologia Suplementar

Os números relativos à Odontologia Suplementar exigem ainda mais cuidados de interpretação, uma vez que os bancos de dados somente disponibilizam informações sobre o número de beneficiários ou aspectos contábeis. Podemos supor que o aumento do número de beneficiários tenha relação com o número de dentistas credenciados aos planos, mas nada nos permite afirmar que esta seja uma relação imediata. Ademais, embora o discurso das operadoras de planos seja de que sua atuação esteja permitindo que um público que não costuma ir ao dentista agora o faça, esta também não é uma premissa que possa ser tomada gratuitamente. O estudo qualitativo de Cartaxo e Rangel (2007) realizado em Salvador demonstra que os planos odontológicos atuam em dois *fronts*: para os consumidores de menor poder aquisitivo eles se mostram como alternativa para acessar a odontologia privada, que de outra forma teriam dificuldade em usufruir. Porém, para aqueles de maior renda, eles se apresentam como uma forma de redução de custos em relação à odontologia liberal, ou seja, não teria havido a criação de um novo campo de trabalho, mas a transmutação de prática liberal típica em prática liberal atípica, via de regra com menor remuneração ao dentista.

Os números da tabela 16 mostram percentuais elevados de crescimento, porém em patamar menor que a expansão do PSF. O crescimento do setor no ano de 2010 foi

substancialmente menor do que nos anos anteriores¹⁵. Contudo, não se observa ainda a configuração de um platô.

Além do expressivo aumento de beneficiários dos planos odontológicos, a tabela 16 traz outra informação valiosa: a evolução do número de operadoras de planos odontológicos com beneficiários. Percebe-se que o número de operadoras cresceu em uma proporção bem inferior à do número de beneficiários, resultando em um forte aumento da proporção beneficiários / operadoras. Este é um dos argumentos que nos permite supor que esteja em curso uma concentração do setor. Tal concentração ainda não se completou, motivo pelo qual ainda se costuma afirmar (VIEIRA, 2008) que este é um setor pulverizado. Contudo, a tendência não é a de uma maior pulverização, antes o contrário. E parte desta concentração não se deixa registrar nos dados disponíveis no portal da ANS, como será visto mais adiante.

TABELA 16 – Número, variação percentual anual e acumulada de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, número de operadoras exclusivamente odontológicas com beneficiários e proporção número de beneficiários/operadora, segundo competência, 2000-2010, Brasil.

Competência	Beneficiários		Operadoras	Beneficiários/ operadora
	N	Δ % anual		
dez/00	2.761.608	0	311	8.879,8
dez/01	3.234.364	17,1	331	9.771,5
dez/02	3.788.701	17,1	334	11.343,4
dez/03	4.447.374	17,4	346	12.853,7
dez/04	5.456.603	22,7	354	15.414,1
dez/05	6.353.206	16,4	324	19.608,7
dez/06	7.529.785	18,5	331	22.748,6
dez/07	9.133.205	21,3	340	26.862,4
dez/08	10.771.827	17,9	359	30.005,1
dez/09	13.167.701	22,2	371	35.492,5
dez/10	14.669.586	11,4	373	39.328,6

Fonte: Elaboração a partir de BRASIL, 2011c

Embora já existisse a comercialização de planos odontológicos antes da criação da ANS, o grande crescimento do setor se deu após o início do funcionamento da

¹⁵ Recomenda-se uma futura análise do papel da crise econômica mundial neste resultado.

mesma. Faremos uma apresentação dos principais conceitos no campo da Saúde Suplementar de interesse à nossa pesquisa.

De acordo com a lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998,(BRASIL, 2011g) define-se plano privado de assistência à saúde como:

[...] prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 2011g).

Também é nesta lei que se conceitua o termo “operadora de plano de assistência à saúde”:

...pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo [reproduzido acima] (BRASIL, 2011g).

Estes esclarecimentos são necessários porque algumas vezes os atores utilizam a expressão “planos odontológicos” de forma inespecífica, referindo-se a qualquer empresa privada de serviços odontológicos.

De acordo com a resolução RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000 (BRASIL, 2011i) há dois tipos de atenção prestados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde: médico hospitalar e odontológico. No primeiro caso, tais operadoras podem ou não prestar assistência odontológica em acréscimo aos serviços médicos hospitalares, mas no segundo grupo enquadram-se apenas os que operam planos exclusivamente odontológicos.

Esta mesma resolução classifica as operadoras nas seguintes modalidades:

I – administradora: “empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não assumem o risco decorrente da operação

desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos”

II - cooperativa médica; “sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde”

III - cooperativa odontológica; “sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos”

IV - autogestão; entidades que operam Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados, aposentados e dependentes

V - medicina de grupo; “empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde”

VI - odontologia de grupo; “empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos”,

VII - filantropia. “entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica” (BRASIL, 2011i) .

Mais tarde, em 2001, a Lei 10.185 acrescentou mais uma modalidade: a seguradora especializada em saúde (BRASIL, 2001f)

A importância relativa de cada uma destas modalidades pode ser vista na tabela 17. Mais da metade dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos estão vinculados a operadoras da modalidade Odontologia de Grupo:

TABELA 17 - Número e percentual de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos segundo modalidade, Salvador-BA e Brasil, setembro de 2010.

Modalidade	Salvador		Brasil	
	N	%	N	%
Autogestão	1.221	0,2	55.154	0,4
Cooperativa Médica	186	0	150.807	1,1
Filantropia	1	0	83.217	0,6
Medicina de Grupo	28.891	5,3	1.544.643	11,1
Seguradora Esp. em Saúde	5.005	0,9	302.598	2,2
Cooperativa Odontológica	4.872	0,9	2.402.731	17,3
Odontologia de Grupo	504.095	92,6	9.339.836	67,3
Total	544.271	100	13.878.986	100

FONTE: BRASIL, 2011a

As 20 maiores operadoras de plano odontológico do país representam 70% do mercado. O que a análise dos dados do banco da ANS não permite observar é que várias dessas operadoras sofreram processos de fusão, associação, aquisição, etc.

Apenas através da pesquisa documental na internet foi possível, por exemplo, tomar conhecimento da associação entre as duas primeiras do ranking, que passaram a responder por quase um terço do mercado.

Através de documentos *online* pudemos tomar conhecimento dos seguintes processos:

- incorporação das ações da Bradesco Dental pela Odontoprev (EXAME, 2011a),
- aquisição da carteira de associados do plano odontológico Interdont pela Intermédica (ODONTOSITES, 2011b),
- aquisição da Odonto empresa, Unidonto e Gama pelo grupo Tempo (TEMPO PARTICIPAÇÕES, 2010 e VALOR ONLINE, 2011b),
- compra da Medial Saúde pela Amil (SEGS, 2011a),
- aquisição da Dental Plan pela Sul América (AGÊNCIA ESTADO, 2011 e MONITOR MERCANTIL, 2011)

Desta forma, o resultado deste processo de concentração pode ser visualizado no gráfico 1, apresentado na seção de apêndices deste tese.

Para melhor ilustrar o processo de concentração do setor, elegemos dois casos para análise: a Odontoprev, por ser a maior do país, e a Prevdonto, por ter forte expressão em Salvador. Aliás, o contraste destes dois casos também ajuda a distinguir diferenças entre o setor de Odontologia Suplementar em âmbito nacional e local.

Se em âmbito nacional as 20 maiores operadoras concentram 70% dos beneficiários, em Salvador as 10 maiores operadoras respondem por 90% dos consumidores. A maior operadora detém, sozinha, mais de 40% do mercado, embora seja uma operadora de atuação mais restrita ao Nordeste. Para evidenciar essas peculiaridades, organizamos a tabela 18, que traz as dez maiores operadoras do mercado soteropolitano e compara seus desempenhos locais com o nacional. Assim, fica evidente qual a importância das empresas regionais e das nacionais no

mercado local. A segunda maior operadora em Salvador, por exemplo, ocupa a 17ª posição nacional, demonstrando que as empresas de atuação regional ainda são muito importantes no cenário soteropolitano. Consultamos no cadastro da ANS o município em que fica a sede de cada operadora, para facilitar essa compreensão.

TABELA 18 – Ranking das operadoras de planos exclusivamente odontológicos, Salvador e Brasil, segundo número e percentual de beneficiários, 2010.

Operadora	Salvador			Brasil		
	N	%	Posição	N	%	Posição
ODONTO SYSTEM PLANOS ODONTOLOGICOS LTDA <i>Fortaleza</i>	227.916	42,8	1	565.309	4,2	5
PLANO DE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA UNIDONTO <i>Salvador</i>	86.288	16,2	2	136.728	1,0	17
BRADESCO DENTAL S.A. <i>Rio de Janeiro</i>	56.440	11,0	3	1.385.312	10,4	2
ODONTOPREV S/A <i>Barueri (SP)</i>	30.676	5,8	4	2.311.547	17,3	1
INTERODONTO - SISTEMA DE SAÚDE ODONTOLÓGICA <i>São Paulo</i>	21.706	4,1	5	963.635	7,2	3
MEDIAL SAÚDE S/A. <i>São Paulo</i>	16.652	3,1	6	345.763	2,6	8
ADCON - ADMINISTRADORA DE CONVENIOS ODONTOL <i>Salvador</i>	13.806	2,6	7	14.575	0,1	92
GOLDEN CROSS ASSISTENCIA INTERNACIONAL DE S <i>Rio de Janeiro</i>	10.892	2,0	8	312.764	2,3	9
ATEMDE ODONTO SAÚDE CLUBE DE BENEFÍCIOS <i>Salvador</i>	10.542	2,0	9	19.615	0,1	70
J.A.R. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA <i>Salvador</i>	7.928	1,5	10	11.496	0,1	114
Subtotal	482.846	90,6		-	-	-
Outras	50.285	9,4		-	-	-
Total	533.131	100		-	-	-

Fonte: ANS. 2010b

Entre as dez maiores operadoras de Salvador, cinco têm sede no Nordeste e cinco no Sudeste. As empresas com sede no Sudeste têm, em âmbito nacional, coberturas que variam entre 2,3 milhões e 312 mil beneficiários. Dentre as empresas com sede no Nordeste, a única com expressão nacional é a Odonto System, com 500 mil usuários em todo o território nacional. As demais têm cobertura variando entre 11 mil e 136 mil. Como as demais operadoras não listadas neste quadro correspondem a menos de 10% do total de beneficiários de Salvador, julgamos que a análise apenas das 10 maiores operadoras já nos leva a conclusões importantes. O mercado de planos odontológicos em Salvador não é dominado nem totalmente por empresas nacionais nem regionais. Infelizmente, a base de dados que tivemos acesso revela apenas o quadro atual e não permite comparações temporais. Supomos que o crescimento dos planos nacionais neste mercado é algo que vem crescendo ao longo do tempo: no passado a participação de empresas locais deve ter sido maior. Pesquisas futuras que continuem a monitorar este mercado podem colocar à prova tal hipótese.

O que esta tabela também não revela são os movimentos de aquisição e fusão. Atualmente, a segunda colocada no *ranking* local foi adquirida por um grupo nacional e este tipo de informação somente foi possível obter mediante a busca de notícias na internet.

A tendência à concentração do setor é reconhecida pelo próprio setor empresarial. Um analista especializado no setor de saúde afirmava em 2009: “Houve uma onda de fusões e aquisições. Essas consolidações eliminam o que chamamos de piratas do mercado” (SEGS, 2011a).

Este é o motivo pelo qual realizamos o estudo de caso de duas operadoras: a maior a nível nacional e a segunda maior em âmbito local.

Odontoprev: *administração profissional desde a origem*

A Odontoprev foi fundada em 1987 por dentistas, mas se orgulha em afirmar, em seu material de divulgação, que a empresa desde o início teve uma administração profissional e nunca teve uma família na gestão (FILGUEIRAS, 2011). Em 1998 se associou a um fundo de *private equity*¹⁶ (ODONTOPREV, 2010), relação que perduraria até o ano de 2007. Em 2006, completou sua Oferta Pública Inicial (IPO) na Bovespa e, segundo seu *site*, mais de R\$ 500 milhões foram vendidos em ações (ODONTOPREV, 2010). Matéria divulgada em 2008 afirma que os acionistas respondiam por 60% do capital da empresa (FILGUEIRAS, 2011). Uma reportagem de 2010 noticiou que os acionistas eram oriundos de 15 países diferentes (SEGS, 2010c). A mesma fonte citou o diretor de Relações com Investidores da OdontoPrev: “Para cada R\$ 1,00 investido, o acionista OdontoPrev tem hoje cerca de R\$ 2,50, claramente um dos IPO de maior sucesso no mercado de capitais brasileiro nos últimos anos” (SEGS, 2010c).

Em seu *site*, a Odontoprev relata uma extensa lista de aquisições: Unidont (1999), Clidec (2000), Dental Corp (2007), Care Plus Dental (2008), Sepao (2008) e Protodent (2008) (ODONTOPREV, 2010). A empresa tem também buscado atingir mercados externos: em 2009 foi anunciado um acordo com o grupo Iké, “líder em serviços para seguradoras no México, que possui operações também na Argentina, Venezuela, Colômbia e Brasil (EXAME, 2011c).”

¹⁶ “Venture capital e private equity (VC/PE) são segmentos do mercado financeiro que consistem fundamentalmente em aporte temporário de capital, realizado por um fundo de VC/PE, por meio de participação no capital de empresas com potencial de crescimento e expectativa de grande valorização. A valorização da empresa permitirá ao fundo de VC/PE obter retorno com a venda da participação (desinvestimento) a médio ou longo prazo.” (MEIRELLES; PIMENTA JUNIOR; REBELATTO, 2008, p. 13)

Em 2009, alcançou grande repercussão a associação da Odontoprev com o Bradesco: “as ações da Bradesco Dental serão incorporadas pela OdontoPrev, de quem a operadora do banco passará a ser subsidiária” (EXAME, 2011a). O que há de mais significativo neste evento é que a Odontoprev e a Bradesco Dental são as duas maiores operadoras de planos odontológicos do Brasil – somadas, a participação do mercado será em torno de 30% (EXAME, 2011a).

A trajetória acima revela uma tendência de concentração de capital no setor de Odontologia Suplementar. Excetuando o episódio da reação dos dentistas de Salvador à Prevdonto, descrita a seguir, é uma história que tem vários elementos comuns ao caso da Tempo, como as aquisições em série, a participação de um fundo de *Private Equity* e o lançamento de ações na Bovespa.

Prevdonto: uma empresa genuinamente baiana comprada por um grupo de private equity

O surgimento da *Prevdonto* figura somente em um documento (SITE DE FRANQUIAS, 2010). Criada em 1990, à época com o nome *Unidonto*¹⁷, ela foi anunciada como “uma empresa genuinamente baiana”. Este documento detalha a trajetória da empresa – seus sócios dentistas e não-dentistas, as mudanças de sede, expansão da estrutura. Afirma-se que em 2003 fora “dada a grande largada para o crescimento nacional”, através de uma unidade franqueada em Aracaju. Contudo, o que os demais documentos revelam (TEMPO ASSIST, 2010, VALOR ONLINE, 2011b) é a aquisição da mesma pelo grupo *Tempo* em 2008 – a 5ª aquisição do grupo em um período de 12 meses. As empresas do grupo *Tempo* no setor de planos odontológicos recebem a denominação *Odonto Empresas*. Em seu site são listadas as operadoras que lhe deram origem: “Odonto Empresa, Fleming Odontologia, Gama Odonto, Oraltech e Prevdonto; bem como da aquisição de várias carteiras de clientes, dentre elas da Associl” (ODONTO EMPRESAS, 2011).

¹⁷ Não confundir com Uniodonto, nome que designa a cooperativa.

A *Tempo Participações* iniciou seus negócios em 2000 (TEMPO PARTICIPAÇÕES, 2010) e atua nos segmentos de administração de planos de saúde, odontológicos e de assistência especializada. Um de seus acionistas é a *GP Investimentos*, um dos maiores grupos de *private equity* – a mesma que investiu na *Imbra* (VALOR ONLINE, 2011b e INVESTNEWS 2011).

A história narrada por esses documentos mostra como, num espaço de duas décadas, passa-se de uma pequena empresa de administração ainda pouco profissionalizada, “sediada na Avenida Joana Angélica”, onde a atividade era “conduzida pelos sócios [...] com a ajuda de alguns colaboradores” (SITE DAS FRANQUIAS, 2010) a uma operadora de planos odontológicos cujo acionista é “um dos maiores grupos de *private equity* da América Latina” (INVESTNEWS, 2011).

A trajetória deste plano odontológico nos faz acreditar estarmos diante de um caso emblemático de concentração de capital e financeirização do setor de prestação dos serviços odontológicos. Em *release* divulgado em sua página na internet, a Tempo Participações anuncia ter obtido receita líquida de R\$739 milhões no ano de 2009. Somente no setor odontológico a expansão da receita líquida divulgada foi de 77,8% creditada à anualização das aquisições ocorridas em 2008 (TEMPO ASSIST, 2011).

Os sites de operadoras de planos de saúde têm um selo indicando seu número de registro na ANS. Isto torna possível a triangulação com as informações fornecidas nos sites com as do sistema ANS TABNET, o que nos permitiu obter as informações referentes à Prevdonto e à Odonto Empresas que constam na tabela 19. Não encontramos um *site* institucional da Gama Odonto, mas no *site* Odonto Empresas, é dito “Usuário Gama Odonto, bem vindo ao novo site”. No portal da Gama Saúde, o número de registro da ANS é 40701-1, mas, no banco de dados da agência, este número corresponde à GAMA SAUDE LTDA, que não apresenta beneficiários exclusivamente odontológicos. Por isso, os dados referentes à Gama Odonto são

originários somente do sistema da ANS. Não foi possível obter informações referentes às demais operadoras adquiridas pelo grupo Tempo.

TABELA 19 - Número de beneficiários das operadoras Prevdonto, Odontoempresas e Gama Odonto, Salvador, Brasil, março de 2010.

Operadora	Beneficiários	
	Salvador	Brasil
Prevdonto, (ANS 35729-4: PLANO DE ASSISTENCIA ODONTOLOGICA UNIDONTO)	86.288	136.728
Odontoempresas (ANS 31098-1: ODONTO EMPRESA CONVENIOS DENTARIOS LTDA)	7.111	605.732
Gama Odonto (ANS 40919-7: GAMA ODONTO S/A)	2.402	162.745
Total	95.801	905.205

Fonte: BRASIL, 2010a.

Em âmbito nacional, a Odonto Empresas é a 4ª maior operadora exclusivamente odontológica em número de beneficiários, ficando a Gama Odonto em 15ª colocação e a Prevdonto em 17ª. Contudo, em Salvador, a Prevdonto ocupa a 2ª posição, enquanto a Odonto Empresas está em 11º lugar e a Gama Odonto em 18ª. Isto demonstra que a Prevdonto, mesmo tendo expressão nacional pouco significativa, está em destaque no mercado soteropolitano, ao passo que as demais empresas do grupo, não obstante a proeminência nacional, têm ou tiveram dificuldades de acessar o mercado local. Estes números sugerem uma transição de um mercado caracterizado por empresas de atuação regionalizada para outro mais concentrado.

O que há de mais rico no caso Prevdonto é que permite fazer a articulação entre os movimentos do capital e o dia-a-dia dos dentistas credenciados. Analisaremos a seguir uma consequência da aquisição da operadora baiana por outro grupo maior: a redução da remuneração dos dentistas e a mobilização destes para revertê-la¹⁸.

¹⁸ O processo de mobilização dos dentistas contra a redução dos valores das tabelas de remuneração foi estudada através das notícias nos sites institucionais, blog de dentistas, observação de uma das assembleias realizadas e entrevista com um dos organizadores do movimento. Para preservar o

Em janeiro de 2010, uma dentista de Salvador relatou em seu blog o anúncio, por parte de um plano com muitos associados na cidade, da unificação da tabela de honorários decorrente da fusão com empresas menores (APUROS, 2011b). O desdobramento concreto desta ação foi a redução dos valores dos procedimentos. Segundo informações do site do CROBA, alguns procedimentos tiveram queda de 57% (CROBA, 2010b).

Segundo nosso entrevistado, foram cinco meses de negociação entre as entidades odontológicas e representantes da empresa, sem obter avanços. Nos meses de abril e maio, surgiram nas páginas do Sindicato dos Odontologistas do Estado da Bahia (SOEBA) e do Conselho Regional da Bahia (CROBA) as primeiras chamadas de assembleia para tratar da questão (SOEBA, 2010b e CROBA, 2010a).

Há registros de convocação para as assembleias de 30 de março (SOEBA, 2010b) e 13 de abril (CROBA, 2010b), na qual foi deliberada a suspensão do atendimento ao plano no período de 3 a 7 de maio de 2010.

Um aspecto que nos intrigou foi não apenas termos encontrado o auditório cheio na assembleia de abril, mas também o elevado grau de adesão à mobilização. O entrevistado relatou um intenso trabalho de divulgação através de internet, rádio, outdoor, jornal e contato com canais de televisão. Durante a semana de paralisação, a tática de mensuração do grau de paralisação foi a de ligar para as clínicas tentando marcar atendimento pelo convênio, ao que os atendentes respondiam estar suspenso naquela semana.

Na opinião do entrevistado, o elemento diferenciado desta mobilização em 2010 em comparação à outra que ocorrera em 2004 foi o fato de que a anterior decidira pela suspensão do atendimento a todos os planos odontológicos, cortando assim uma grande parte das receitas dos dentistas. Em 2010, o fato de ter sido suspenso o

anonimato do entrevistado, não divulgaremos o nome, nem o número da entrevista.

atendimento a um único plano não apenas tornou mais fácil a adesão dos dentistas, como também provocou uma cisão momentânea entre os empresários do setor.

[Referindo-se à mobilização de 2004]... então se você corta tudo, se você corta sua receita, você não, você não permite a sobrevivência do seu consultório, da sua clínica, tal, então a estratégia agora foi um dos erros, o outro erro foi que a gente botou os planos pra conversarem entre si, certo, nós unimos os inimigos...

[Referindo-se à mobilização de 2010] A estratégia nossa foi, além de não unir os inimigos, dividir os inimigos, (...) então, ao invés de unir os inimigos, nós dividimos, botamos (...) os outros convênios pra falarem mal da Previdonito.

Como resultado, obteve-se o retorno à tabela anterior e 6% de aumento, além da instalação de mesa de negociação para tratar de data-base e novo reajuste de 4% (SOEBA, 2010a e CROBA, 2010d). Todavia, esses ganhos foram perdidos alguns meses depois, como será descrito no capítulo 6.

4.4 Setor privado: empresas prestadoras de serviços odontológicos

O desenvolvimento da Odontologia Suplementar foi um fenômeno marcante para a nova configuração do mercado de trabalho do dentista na última década. Um novo fenômeno parece surgir, mas ainda é muito recente para ter impactos sobre o quadro atual: as grandes empresas prestadoras de serviços odontológicos.

Tradicionalmente, a odontologia se organizou na esfera privada a partir de dentistas liberais atuando em consultórios isolados ou em sociedade em pequenas clínicas. As operadoras de planos odontológicos alteraram a forma como se organiza a clientela e como é feita a remuneração, mas a organização do processo de trabalho em grande parte ainda esteve sob responsabilidade dos dentistas parcialmente autônomos. Certamente os constrangimentos decorrentes das formas e valores da remuneração dos planos faziam com que esta autonomia não fosse completa. Freitas (2007) realizou uma pesquisa que revela de forma cristalina a perda da

autonomia dos dentistas ao se credenciarem aos planos odontológicos. Contudo, esta perda não é completa, ainda.

A busca documental revelou o surgimento de empresas, que, ao contrário das operadoras de planos odontológicos, contratam diretamente dentistas, ainda que em formato que fuja à CLT. Isto não é exatamente uma novidade histórica, já era uma prática descrita em Paixão (1979). Selecionamos dois casos recentes, fartamente divulgados na imprensa, por que acreditamos ter diferenciais em relação aos exemplos antigos. Um é uma rede de franquias de clínicas odontológicas em vários estados e outro uma empresa que atuou em âmbito nacional com mais de vinte clínicas, findando por requisitar autofalência. São exemplos que tiveram resultados bem diferentes, mas ambos merecem um estudo mais atento.

Sorridents: as “Casas Bahia da Odontologia” em modelo *franchising*

A busca de dados na internet resultou em farto material sobre a Sorridents. Há um especial interesse por parte da imprensa devido ao fato incomum de se tratar de uma franquia de clínicas odontológicas: “Inicialmente desacreditadas para o mercado de *franchise*, devido ao caráter artesanal do trabalho do dentista, que não pode ser reproduzido em série, esse segmento cresce apostando na reprodução de técnicas de gestão e marca” (OLIVEIRA, 2011). Também recebe atenção a orientação da empresa para “as classes C e D” e a história pessoal de seus fundadores – um casal de dentistas. O mito fundador narrado nas matérias (COSTA, 2011, LUDERS, 2009 e INVESTNEWS, 2009) conta a história de uma estudante de Odontologia que, para fazer frente às despesas com a faculdade, vendia roupas nas repúblicas estudantis (LUDERS, 2009) – de onde teria se desenvolvido seu tino comercial. Após formada, tendo trabalhado em clínica popular (LUDERS, 2009), conseguiu montar seu primeiro consultório, na sobreloja de uma padaria (COSTA, 2011), atendendo a um público de baixos rendimentos. Surge a Sorridents em 1995.

Em 2005, seu marido e sócio se tornou o responsável pela transformação da marca em uma franquia.

O mito fundador traz elementos ideológicos importantes. A caracterização dos donos da empresa como pessoas que “vieram de baixo”, e hoje faturam 100 milhões de reais (COSTA, 2011) casa-se com a exaltação na imprensa do mercado direcionado às “classes C e D”, anunciadas como responsáveis pelo crescimento econômico. Tem especial valor simbólico mostrar como uma dentista que iniciou a carreira numa clínica popular foi capaz de construir seu próprio caminho através do trabalho, do senso empreendedor, do tino para o comércio, incomum entre dentistas. Além disso, a história serve como exemplo inspirador ao candidato a franqueado: “É como uma receita de bolo, quem seguir o que está escrito no manual terá sucesso”, diz o empresário (OLIVEIRA, 2011).

Em suas declarações, os proprietários procuram apresentar o produto como alternativa às “clínicas populares” e aos planos odontológicos. Em relação às primeiras, a diferenciação se daria pela qualidade superior das instalações e materiais, enquanto os preços acessíveis estariam garantidos pela economia de escala, capaz de reduzir os custos na aquisição de insumos – relata-se a obtenção de descontos de 30% na compra de material restaurador e de 40% em equipamentos, mediante negociação direta com os fabricantes (LUDERS, 2009). Em seu *blog*, a empresa anunciou uma parceria com a Sin Sistema de Implantes, “uma das maiores fabricantes do mercado brasileiro de implantes odontológicos e (...) o maior parque fabril da América Latina” (SORRIDENTS, 2011b). O acesso também é facilitado através de parcerias com financeiras, que permitem parcelar os tratamentos em até 36 vezes: “Funcionamos como a Casas Bahia, adequando a parcela ao bolso do cliente” (OLIVEIRA, 2011).

O interessado em se tornar franqueado não tem necessariamente de ser dentista – algo entre 20 e 30% dos franqueados não têm graduação em Odontologia (INVESTINEWS 2009, LUDERS, 2009). A transformação de clínicas odontológicas

ao modelo de franquias apresenta-se como a formatação do *informatável*. As críticas à pouca padronização da Odontologia existem pelo menos desde o advento da Odontologia Simplificada. Paixão, em 1979, já se preocupava em tornar a odontologia mais produtiva e, portanto, mais acessível, mesmo que na esfera privada, através de uma gestão mais racional. Contudo, essa preocupação sempre esteve mais presente no discurso dos gestores, gerentes e técnicos da saúde pública. O interesse do grande capital pela produção de serviços odontológicos é recente, justificando o atraso de seu interesse no assunto.

Observe-se que no modelo de planos odontológicos pré-pagos que contam com redes credenciadas de dentistas, a questão do custo e da gestão eficiente torna-se problema do profissional.

No modelo de franquias que atendem via desembolso direto, a racionalização da gestão e o controle sobre custos operacionais assumem destaque – esse é o diferencial que é vendido junto com a franquia. Este produto não se destina ao dentista autônomo. Não é um pacote de técnicas gerenciais, ou uma cooperativa de consumo, destinado ao produtor isolado. Uma franquia compacta, com cinco consultórios requer investimento total entre R\$150.000 e R\$250.000, enquanto uma franquia padrão, com 6 a 8 consultórios, implica no investimento total de R\$250.000 a R\$350.000 (LUDERS, 2009). Aquele que a adquire, mesmo que seja dentista, torna-se empresário, empregando dentistas e outros trabalhadores. No *blog* da empresa, afirma-se que cada unidade conta em média com 12 dentistas (SORRIDENTS, 2011b).

Os documentos veiculados no site da empresa ou nos grandes jornais não deixam explícito o vínculo estabelecido entre os dentistas e as unidades – em que implica ser “dentista parceiro”? Uma declaração do vice-presidente sugere se tratar de uma relação similar à dos convênios, porém com maior remuneração: "Como a tabela que o convênio paga é muito baixa, e nós queríamos ter bons profissionais e bons produtos para oferecer para o cliente, fizemos uma tabela diferenciada que ficava

justa para o dentista que trabalha para a empresa e automaticamente justa para o paciente" (INVESTNEWS, 2009).

Obtivemos informações mais detalhadas em *sites* de anúncios de empregos na Sorridents, em que são anunciadas vagas nas áreas de limpeza, recepção, esterilização e área comercial (VAGA EMPREGO, 2011 e MAGALHÃES, 2011) em regime de CLT (CATHO ONLINE, 2010b), porém ressalvam que o mesmo não se aplica aos dentistas. Em um dos *sites* de emprego, há a declaração do diretor de *franchising* da empresa: "Os dentistas não são contratados diretos da empresa, mas atuam na rede em sistema de parceria" (MAGALHÃES, 2011). Considerando que o termo "parceria" é empregado na comunicação institucional da empresa tanto para o acordo firmado com a empresa fabricante de implantes (SORRIDENTS, 2011b) quanto no desconto oferecido aos associados de um sindicato (SINCOTRASP, 2010), passando por atendimento voluntário em evento social (SEGS, 2011b), fica evidente a imprecisão do termo. Fugiria ao escopo desta pesquisa uma verificação *in loco* da modalidade de contratação de dentistas por esta empresa. Contudo, em busca feita no site de empregos *Catho Online* no dia 1º de setembro de 2010 com a palavra Sorridents, encontramos 13 vagas de emprego anunciadas: 5 em regime de CLT (Recepcionista, vendedores e gerente administrativo). Todas as vagas ofertadas a dentistas fugiam ao formato CLT, sendo 2 classificadas como "cooperado", 5 como "autônomo" e 1 como "pessoa jurídica" (CATHO ONLINE, 2010b). Acreditamos que este dado já traz elementos importantes sobre as relações de trabalho, como será discutido nas considerações parciais.

A Sorridents procura concorrer em um setor do mercado formado por pessoas que não podem pagar pela odontologia cara dos consultórios tradicionais, mas que não têm plano odontológico. Seus concorrentes diretos são, portanto, as "clínicas populares", fenômeno descrito pelo menos desde 1979 por Paixão. A favor da franquia contam insumos adquiridos por preços mais vantajosos, proporcionados pela negociação direta com fabricantes e acordos com o setor financeiro, o que possibilita a venda do serviço em prestações. Isto nos faz supor que as unidades

franqueadas se encontram em vantagem competitiva tanto em relação às “clínicas populares” tradicionais, quanto ao dentista liberal que decida também se beneficiar do “crescimento das classes C e D”. Mesmo que reduza os preços praticados, não terá o mesmo acesso facilitado a crédito e insumos.

Este é um panorama ainda bastante inicial. No mês de agosto de 2011, a Sorridents tinha 122 clínicas em funcionamento em todo o país, sendo somente duas delas em Salvador (SORRIDENTS, 2011, SORRIDENTS 2011a). Parece razoável supor que os impactos de ordem prática ainda não se fizeram notar no setor de clínicas populares soteropolitanas. Para os dentistas que nelas trabalham, caso se comprove a inexistência de vínculo empregatício com as unidades franqueadas, não estará acrescentado nenhum novo elemento ao cenário que já existe, uma vez que nas chamadas clínicas populares também se poderia afirmar que os dentistas são parceiros, pois não há contrato formal. Contudo, a mensagem emitida é clara, tal como expressa a revista Exame: os donos da Sorridents “conseguiram ver na odontologia uma atividade que pode ser rentável como outra qualquer” (LUDERS, 2011). O empreendedor que deseja investir no setor pode fazê-lo sem medo do “caráter artesanal” da odontologia: a receita já foi testada e aprovada.

IMBRA Tratamentos Odontológicos: o grande capital às vezes se equivoca

O método empregado para coleta de dados na internet gerou um farto material sobre a Imbra, que, para fins de análise, foi agrupado em três eixos: empresarial, consumidor e trabalhador¹⁹.

¹⁹ As matérias do bloco empresarial em grande parte foram encontrados nos portais dos grandes jornais, ou replicação destes e versavam sobre o crescimento da empresa, a compra e a venda de suas ações. No bloco denominado consumidor, foram agrupados os textos que abordavam os problemas da empresa com seus clientes, tendo por fonte tanto jornais em sua versão on-line quanto sites colaborativos. No bloco trabalhador, foi reunido o material que expressa o conflito entre a empresa e os que nela trabalham, tendo como fonte *sites* de tira-dúvida (BR answers Yahoo), sessão de comentário em portais e *blogs*. Em sites de entidades, localizamos material no portal do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo - CROSP e do SINSAÚDE.

Durante a fase de imersão no campo disponível na internet, encontramos muitas declarações sobre a Imbra em comunidades de dentistas no *Orkut*, mas optamos por não trabalhar diretamente com estes relatos na tese, pois em geral são rapidamente apagados e em alguns casos são de autoria desconhecida. Contudo, a leitura deste material guiou as buscas para assuntos específicos, na tentativa de averiguar se outras fontes também confirmavam as afirmações feitas pelos membros das comunidades. Os mais recentes desdobramentos do caso Imbra nos levaram a uma busca no *Twitter*, como será visto adiante.

A divisão do material empírico em três blocos evidenciou a diferença de acesso aos grandes meios de comunicação que os diversos atores possuem. O discurso empresarial, veiculado na imprensa eletrônica, é organizado, institucionalizado, tem o peso da legitimidade dos jornais que o publicam. O discurso do consumidor, embora com flagrante desvantagem de espaço, logrou alcançar algum espaço nos grandes veículos de comunicação. Contudo, a fala dos trabalhadores, na maior parte das vezes, estava confinada ao espaço de comentários dos *sites*, em geral protegidos pelo anonimato. É interessante que a energia com que os dentistas queixam-se da Imbra nos sites de relacionamento não tenha se traduzido em matérias na grande imprensa ou maior espaço nos *sites* das entidades representativas da categoria. Assim, as queixas propriamente trabalhistas dos dentistas não encontram canal de expressão mais institucionalizado.

Um olhar sobre a empresa

A trajetória da Imbra é marcada pela celeridade: a empresa foi fundada em 2006 e teve receitas de R\$ 105 milhões em 2007 (VALOR ONLINE, 2011a). Seu foco recai sobre serviços de implantodontia. É necessário salientar a diferença desta empresa em relação às demais: não se trata de uma operadora de planos odontológicos, motivo pelo qual não é regulada pela ANS. Seu formato também difere da Sorridents por não ser uma franquia, mas uma rede de clínicas próprias. Em notícia de inauguração de uma nova clínica na Barra da Tijuca, no Rio de Janeiro, foi

anunciado que a nova unidade teria 776 m² e 23 consultórios (PORTAL FATOR BRASIL, 2011b).

Sua atuação foi marcada por um pesado investimento em propaganda – em 2010 o investimento mensal em mídia varia entre R\$ 4 e 5 milhões – e por permitir que os tratamentos sejam parcelados em até 36 meses (KOIKE, 2011). Em outra fonte, encontra-se que seus tratamentos custam em média R\$ 5.000 reais em parcelas que chegam a 15 parcelas mensais (GRINBAUM, 2011). Em todo caso, todas as fontes reiteram a ideia de que a empresa trabalha com tratamentos dispendiosos, porém parcelados inúmeras vezes.

Em setembro de 2008, quando a empresa contava com 21 clínicas em 9 estados brasileiros e mais de 3 mil funcionários, a GP Investimentos comprou 51% das ações com direito a voto, em um investimento que representou a soma de R\$ 185 milhões (VALOR ONLINE, 2011a). Em junho de 2010, a GP anunciou a venda de sua participação na Imbra, ao preço simbólico de US\$1,00, acumulando um prejuízo de US\$ 140 milhões, dos quais 55% foram da própria GP e 45% dos cotistas de seus fundos de investimentos (GRINBAUM, 2011). O comprador foi o grupo empresarial paulista Arbeit, empresa criada em 1998 e que, dentre vários investimentos, conta com hidrelétricas, empresas de bebidas, de imóveis e de aviação (KOIKE, 2011). Em outubro de 2010, após sucessivos atrasos no pagamento a funcionários e interrupções do funcionamento, foi solicitada a autofalência da empresa, fato que alcançou grande repercussão nacional.

Um olhar sobre os consumidores

Encontramos farto material sobre queixas de usuários da Imbra, bastando a referência a alguns documentos para descrever o cenário. Grande parte das queixas está relacionada ao próprio mecanismo de financiamento que permitiu a expansão do negócio. Devido ao fato de os tratamentos terem valores altos para “as classes C

e D”, a empresa recebia, antes de iniciado o tratamento, cheques pré-datados dos pacientes, correspondendo ao total a ser pago (LEITE, 2011). Estes cheques eram repassados para financeiras (PRIMEIRO JORNAL, 2011), o que garantia capital de giro para a Imbra continuar suas atividades. Por conseguinte, muitas das reclamações centravam-se na descontinuidade do tratamento e na impossibilidade de resgatar cheques dados a tratamentos cancelados – algumas vezes por motivos alheios à vontade do consumidor. “Há casos em que o cliente entrega os cheques e depois é informado de que não tem massa óssea para fazer os implantes. Isso teria de ser verificado previamente” afirma uma técnica do PROCON (LEITE, 2011). No PROCON-SP foram registradas 112 queixas contra a Imbra no ano de 2007, e 157 apenas no primeiro quadrimestre de 2008 (IDEC, 2011).

Encontramos uma matéria sobre a relação da IMBRA com o consumidor na Bahia (PRIMEIRO JORNAL, 2011). Em julho de 2010, foi ajuizada uma ação civil pública contra a empresa por não estar cumprindo totalmente os contratos firmados com os clientes, além de induzir tratamentos desnecessários. Esta é a fonte que melhor descreve o processo de financiamento dos tratamentos e consequências ao direito do consumidor, motivo pelo qual será reproduzido um trecho:

De acordo com Joseane Suzart, a Imbra impõe que os consumidores, para terem acesso aos serviços, firmem um contrato de financiamento com o Banco Cacique S/A, também acionado. A prestadora de serviços odontológicos faz isso por meio de um instrumento de financiamento que apresenta anexo ao contrato de serviços, esclarece a promotora, acrescentando que a Imbra contratualmente possibilita o pagamento dos serviços prestados por diversos meios, mas, na prática, impõe o financiamento pelo Banco Cacique. Outro problema destacado pela promotora de Justiça na ação é que, segundo ela, quando o cliente tenta rescindir o contrato com o banco, encontra dificuldades porque ele obstaculiza o cancelamento do contrato alegando que isso não é possível porque os valores são antecipadamente destinados à Imbra. (PRIMEIRO JORNAL, 2011)

Um olhar sobre os trabalhadores

Até antes do pedido de falência da empresa, somente foram localizados dois documentos de entidades relacionadas a trabalhadores. O primeiro, publicado em 24

de março de 2010, é uma comunicação do SINSAÚDE, Sindicato dos Empregados em estabelecimentos de serviços de Saúde de Campinas e região, que congrega trabalhadores de nível auxiliar, técnico e superior, de diversas profissões (SINSAÚDE, 2011). Nele é informado que o sindicato entrara com ação judicial contra a IMBRA por descumprimento da convenção coletiva de trabalho. Cumpre observar que não foi encontrada referência à IMBRA no site do Sindicato de Odontologistas do Estado de São Paulo até ser anunciado seu pedido de falência. Consideramos sintomático que a única referência encontrada de ação de natureza sindical contra a Imbra não tenha sido realizada por um sindicato de odontólogos. O segundo documento foi do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, CROSP, que por sua natureza, não poderia tomar iniciativas de natureza sindical. Em dezembro de 2008, foi divulgado que o CROSP censurou publicamente a IMBRA por propaganda antiética, uma vez que além de não serem informados os dentistas responsáveis, estavam sendo anunciados serviços supostamente gratuitos. Um integrante da comissão de ética do conselho declarou que a oferta de serviços gratuitos é classificada como concorrência desleal. A multa aplicada na ocasião foi de R\$ 3.000 (ODONTOSITES, 2011a).

Este evento deixa revelar aspectos bastante significativos. Concorrência desleal é algo que se impinge contra os demais produtores em um setor econômico. Portanto, como a única manifestação da categoria através de suas entidades foi em relação à concorrência antiética, o que está subjacente é a compreensão de que o mercado é formado por diversos produtores e que seria possível uma concorrência ética entre eles. É uma premissa fortemente embasada na concepção de profissão liberal: são os dentistas autônomos que se prejudicam nas propagandas antiéticas da empresa. Houve um silêncio por parte das entidades odontológicas no que concerne à relação capital-trabalho. É como se o problema do dentista assalariado não existisse. Além disto, percebe-se neste caso um exemplo singular do que Poulantzas (1978) afirma ser um elemento próprio da ideologia da pequena burguesia tradicional: a crença em uma concorrência justa.

Gostaríamos de chamar atenção para o valor da multa aplicada - 3 mil reais - em comparação com o gasto mensal em marketing da empresa na casa de alguns milhões de reais. O valor da multa pode ser significativo para dentistas liberais, cuja fonte de renda seja apenas o próprio trabalho, mas é totalmente inócuo para grandes empresas. Isto, independente de quem esteja à frente destas entidades, revela certo anacronismo das instituições que a odontologia liberal foi capaz de construir, quando confrontadas com a nova realidade deste mercado cada vez mais permeado pelo grande capital.

Se não foi possível identificar matérias nos grandes jornais ou nos sites de entidades odontológicas sobre as condições de trabalho dos dentistas na Imbra, a busca foi pródiga em resultados nos sites que permitem a manifestação direta dos dentistas. Primeiro vejamos o que dizia a empresa sobre este assunto.

Em matéria publicada em agosto de 2008, antes, portanto, da venda de ações à GP, a manchete era bem significativa: “IMBRA vai gerar 100 novos empregos na clínica da Barra”. Aqui percebemos um elemento forte no discurso empresarial de positividade da relação trabalhista estabelecida com seus empregados. É afirmado que a “Imbra também lidera em cirurgiões dentistas contratados com carteira assinada entre as empresas privadas concorrentes. São cerca de 890 dentistas contratados nas 22 clínicas no Brasil” (PORTAL FATOR BRASIL, 2011b). Observe-se a diferença do discurso em relação à Sorridents, onde os dentistas são “parceiros”.

Contudo, faz-se mister trazer em contraponto a fala dos dentistas, capturada em sites como “Reclame aqui” ou “Yahoo respostas”²⁰. Mesmo o site “Reclame Aqui” sendo um local para tratar das relações de consumo, encontramos uma reclamação centrada na relação de trabalho, envolvendo a Imbra. Em maio de 2008, um usuário

²⁰ O portal Reclame Aqui é um espaço onde o consumidor se cadastra e registra uma queixa quanto ao atendimento ou compra de produtos e serviços. Em seguida, o portal entra em contato com a empresa citada, que se pronuncia sobre a reclamação. Outros consumidores podem adicionar comentários ao tópico. Um diferencial deste site em relação a outros como o *Orkut*, é a exigência de CPF para cadastro, o que supostamente coíbe ações difamatórias escondidas pelo anonimato (RECLAME AQUI, 2010).

abriu um tópico denominado “dentistas escravizados!!”, no qual relatava que os odontólogos contratados pela Imbra seriam obrigados a trabalhar nos domingos e feriados sem remuneração extra (SOUZA, 2010). A resposta da assessoria de Imprensa da Imbra recorreu novamente ao argumento de ser o segundo maior empregador do país em número de dentistas com carteira assinada, atrás somente do Governo Federal. A justificativa para o trabalho aos finais de semana seria um acordo coletivo de banco de horas firmado com o Sindicato dos Odontologistas de São Paulo.

Este é um exemplo significativo de como as novas configurações do trabalho assalariado também podem afetar os dentistas. O banco de horas é uma instituição ícone da flexibilidade imposta ao trabalho e também representativa do grau de ajustamento a que diversos sindicatos foram submetidos.

Contudo, mesmo flexibilizada pelo banco de horas, a situação dos dentistas na Imbra ainda poderia se tornar mais precária e é o que as fontes nos levam a concluir ter acontecido: a demissão dos contratados via CLT e recontração no formato Pessoa Jurídica (PJ).

Em tópico criado em 2009 no site *Yahoo Respostas* (GLADSTONE, 2011), um dentista afirma que até então os empregados trabalhavam na Imbra regidos pela CLT, mas a GP Investimentos pretendia demitir todos os empregados e recontra-los como prestadores de serviço, que teriam que constituir Pessoa Jurídica²¹. Buscando encontrar novas fontes que dessem suporte a estas afirmações, realizamos novas buscas com “Imbra” e “Pessoa Jurídica”. Dentre os resultados gerados, os mais relevantes para a pesquisa foram três: duas sessões de comentários da Revista Exame e uma sessão de comentários de um blog. Em todos estes casos, o anonimato é permitido, e talvez este tenha sido o motivo para a profusão de comentários encontrados. No portal Exame, a matéria “GP pode sair da

²¹ O site *Yahoo Respostas* não segue a mesma política do Reclame Aqui: para se cadastrar não é necessário fornecer número de documentos, o que torna possível que o usuário escreva protegido por pseudônimo.

IMBRA” recebeu 49 comentários até 24 de fevereiro de 2010 e “GP vende Imbra” obteve 101 comentários até 1 de setembro de 2010. O *post* “Private equity - a GP pode sair da IMBRA” do *blog* Fernando Schiavetto alcançou 149 comentários até 01/09/2010. Embora não se possa afastar a possibilidade de todos os comentários serem inverídicos, a grande variedade destes nos leva a julgar que as informações mais recorrentes tenham amparo na realidade.

O predomínio dos comentários é de insatisfação com a empresa. Há depoimentos de consumidores e fornecedores, mas nosso foco recairá sobre os empregados. São diversos depoimentos de demissão de dentistas contratados via CLT e readmissão como PJ. Citamos o seguinte como exemplo:

Dia 18 de agosto, os funcionários (dentistas) da IMBRA em [omitimos a cidade] receberam cartas de demissão. Quem não aceitar continuar como “Pessoa Jurídica” “prestadora de serviços”, não receberá sequer as verbas rescisórias”. Vai tudo parar na Justiça. (ANDREA, 2010)

Alguns depoentes apontam a relação entre este processo e a GP:

Fui gestora da melhor Unidade de Negócios da Cia. (...). Passei pela obra de reforma do prédio, pela inauguração, reestruturação e culminamos em dez/2009 como a melhor Unidade do país. Sim, após a GP assumir passamos pela mais opressiva reestruturação que já vivenciei. Nos organizamos e crescemos, nos consolidamos. Foi duro, muitas ações tomadas foram arbitrarias e surtiram efeitos contrários (como a demissão em massa em fev [SIC]/2009), e depois houve a natural correção (REZENDE, 2010).

Há também pessoas que defendem a empresa e atribuem a responsabilidade da situação aos empregados, porém em menor número. Dentre os comentários acumulam-se também reclamações contra atraso de salários e incerteza em relação ao futuro da empresa. As notícias em torno da saída da GP foram acompanhadas em meio a muita ansiedade.

Com o intuito de contar com mais uma fonte que permitisse comparar as informações, realizamos uma pesquisa no *site* de empregos Catho Online com a palavra-chave “IMBRA” no dia 1º de setembro de 2010 (CATHO ONLINE, 2010a). A

busca retornou nove vagas para dentistas, sendo uma em regime CLT e oito na condição de Pessoa Jurídica. Frente a isto, supomos que a tentativa de transformar todos os dentistas CLT em PJ pode não ter sido plenamente alcançada, mas sugere ter havido uma reorientação na empresa.

A pejetização observada na Imbra está em sincronia com os processos de precarização ocorridos em outros setores econômicos. A recontração de trabalhadores demitidos como pessoa jurídica é uma forma de terceirização comum (THEBAUD-MONY; DRUCK, 2007). Carvalho (2010) encontrou o mesmo fenômeno entre médicos em Salvador.

A falência

No dia 6 de outubro de 2010, a IMBRA entrou com um pedido de autofalência na 2ª Vara de Recuperação Judicial e Falência do Fórum Central Cível João Mendes Junior, em São Paulo (VEJA, 2011). Já em setembro, a empresa havia paralisado as unidades em São Paulo (EXAME, 2011b), Belo Horizonte (KIEFER, 2011) e outras cidades. Os salários dos funcionários estavam atrasados e diversos dentistas tinham sido demitidos. Em 17 de outubro, o pedido de falência da empresa mereceu uma reportagem de 6 minutos no Fantástico (FANTÁSTICO, 2011), da emissora de televisão Globo.

Na reportagem, foram entrevistados 7 ex-pacientes da Imbra, que foram surpreendidos pela falência da empresa. Os valores pagos variavam de 12 a 30 mil reais. Foram ouvidas duas ex-funcionárias, duas dentistas ex-gerentes, o advogado do grupo Arbeit, o presidente do CROSP e dois advogados que esclareceram a legislação em vigor.

Devido à alta audiência deste programa dominical, a repercussão do caso na internet foi imediata. No dia seguinte, fizemos uma busca na rede de *microblogging* *Twitter*, cobrindo um período retroativo de 23 horas. Foram levantadas 1.058

mensagens mencionando a empresa, sendo analisadas somente 280 *tweets*, como são chamadas as postagens de um máximo de 140 caracteres neste *site*.

Os *tweets* foram lidos e categorizados, algumas mensagens foram marcadas em mais de uma categoria e outros não entraram em nenhuma das categorias criadas.

Das 280 mensagens, 108 consistiam apenas na divulgação da falência, em grande parte fornecendo o *link* para algum portal de notícia. Exemplo: “Com dívida de R\$ 221 milhões, Imbra pede falência, leia sobre em (...)”. A segunda categoria mais relevante, com 43 ocorrências, foi a de **solidariedade** aos pacientes, como se vê em “Bicho, ainda não digeri esse caso da Imbra. Tenho um ódio imenso de quem sacaneia assim o povo mais pobre e ignorante!”. A consternação frente ao imenso sacrifício que os pacientes faziam para bancar tratamentos caros foi recorrente. Cumpre notar que pelo menos 3 pessoas deram a entender que elas próprias ou familiares eram ou tinham cogitado ser pacientes da Imbra, como o rapaz que afirmou: “Mas não falta mais nada. A Imbra faliu, minha avó estava no meio do tratamento e o tel. deles só dá ocupado em SP.”

Em contrapartida, 17 postagens foram reunidas na categoria **deboche**. Aqui foram incluídas as mensagens que ridicularizavam os pacientes da Imbra (“hahaha e a imbra? vc que é pobre se f...”), porém foram excluídas as piadas em relação às propagandas da empresa (“A ‘Imbra’ fazia merchan [SIC] no programa do Datena!!!”) e as que se referiam aos candidatos ao processo eleitoral à presidência da república que se encontrava em curso naquele momento (“A Rede Tv quer saber dos candidatos quem é a favor da estatização da IMBRA”).

Todas as referências à estratégia agressiva de propaganda da Imbra foram somadas na categoria **marketing**, que contou com 28 postagens (“Essa história da Imbra é revoltante. Anunciavam até agora em todas as TVs”).

Dentre as mensagens, 12 foram de **surpresa** com o ocorrido e 13 apontavam a **previsibilidade** do fato. A maioria dos que se encontram no primeiro grupo acreditava que o grande número de peças publicitárias era sinal de credibilidade: “Fiquei boba com a história da Imbra. Juro que eu até que acreditava nas propagandas deles!”. Na categoria “previsível” encontram-se tanto usuários que estavam desconfiados exatamente pela estratégia de marketing (“Sempre duvidei dessa Clínica Odontológica IMBRA, com propagandas em canais de TV pecando pelo excesso”) quanto dentistas que repudiavam a empresa, vide os exemplos: “Eu avisava aos pacientes que a Imbra iria falir, mas adoram acreditar na tv. Agora #eufalei #porEssepreçoEuvouNoIMBRAdotô” e também “Falência da Imbra já era previsto, saúde bucal não é esse comércio que eles apresentavam...”

A maior contribuição dos dentistas parece ser à categoria **positiva**, na qual figuram declarações de regozijo frente à falência da Imbra, perfazendo um total de 26 tweets. Alertamos que nem todos os usuários do *Twitter* declaram suas profissões, mas alguns o fizeram e em outros casos foi possível inferir. Esta é a categoria mais rica para nosso estudo: aqui podemos ver com certa clareza a percepção que muitos dentistas têm sobre a empresa:

São empresas como a IMBRA e dentistas que nelas se prostituem que envergonham a Odontologia. Faliu e eu acho é pouco!

Um câncer se foi (IMBRA) e agora surge outro (compras coletivas). Cadê o CRO e CFO?

A falência da IMBRA, serve p/ pessoas entenderem que odontologia não se compra na feira

Nesse domingo entediante, só mesmo a inescrupulosa empresa IMBRA decretar falência pra salvar o dia! #amém

Foi tarde essa IMBRA, empresa sem ética que desrespeitava seus pacientes e toda classe odontológica
Grande passo para a melhora da odontologia no Brasil

A falência da Imbra ajudou a fortalecer o conceito de cir. dentista e sua relação com o paciente e não de uma empresa- paciente.

Perceba-se que a falência da Imbra aparece como uma vitória dos pequenos produtores – os dentistas liberais – sobre uma grande e inescrupulosa empresa. Há a ideia de que é a empresa a responsável pela degradação e mercantilização da Odontologia, daí a referência à feira e à prostituição.

Lembramos que a reportagem do Fantástico e muitas das matérias na imprensa escrita deram maior destaque ao drama dos pacientes, deixando em segundo plano o não pagamento dos salários dos funcionários. O mesmo ocorreu com os comentários na internet. Mas, se os comentários na rede estivessem limitados ao que a imprensa noticia, as categorias **marketing** e **previsibilidade** não teriam a relevância que alcançaram.

A oposição entre dentistas e Imbra é entendida não como um antagonismo capital-trabalho, mas como uma concorrência inter-produtores. Os dentistas que trabalham na Imbra também são acusados de prostituírem a odontologia, é como se merecessem os prejuízos tanto quanto a empresa. Só encontramos 3 tweets que se referem empaticamente aos trabalhadores da Imbra:

Convocamos os funcionários e ex-funcionários da IMBRA p/ reunião que será realizada no dia 20 de outubro, às 19h30, na sede do Sindicato. [Enviado pelo Sindicato dos Odontologistas do Estado de São Paulo]

Que coisa triste meu ex-trabalho no #fantastico. A Imbra decretou falencia e deixou milhares de pessoas sem a tao sonhada dentadura. [Não foi possível identificar se a autora era dentista ou desempenhava outra função]

gente, a imbra estava a 3 meses sem depositar os salários aos seus funcionários.

A quase ausência da temática dos funcionários demitidos é reveladora. Em um público mais amplo, sugere uma não identificação do trabalhador de saúde com os demais trabalhadores. Entre os dentistas, revela a escassez de solidariedade entre dentistas liberais e dentistas empregados, ainda que as formas “puras” de autonomia e assalariamento sejam de baixa ocorrência.

Como explicar o caso Imbra?

Se no *Twitter* pudemos nos aproximar das explicações do grande público e dos dentistas para o insucesso da Imbra, nos grandes jornais o empresariado já fazia esta avaliação desde o anúncio do prejuízo sofrido pela GP. Duas reportagens, uma do jornal *O Estado de São Paulo* (GRINBAUM, 2011), outra do *Valor Econômico* replicada pelo *clipping* do Portal do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (KOIKE, 2011), são singulares por deixar transparecer como o meio empresarial explica o surpreendente fracasso da GP, já que esta é “conhecida por comprar participações em empresas, mudar a gestão e depois revender as ações com grandes lucros” (GRINBAUM, 2011). Nos documentos citados, os motivos que explicam o fenômeno foram:

- a) Não implementação da fórmula de gestão da GP (GRINBAUM, 2011);
- b) Ineficiente modelo de negócio da Imbra (KOIKE, 2011);
- c) Características do mercado de serviços odontológicos (GRINBAUM, 2011);
- d) Risco de crédito do financiamento bancado pela própria empresa (KOIKE, 2011);
- e) Alto investimento em marketing (KOIKE, 2011).

Analisaremos cada um dos pontos elencados.

O item “a” é o reverso da medalha do item “b”. O modelo de negócio da Imbra é “considerado ineficiente pelo mercado” (KOIKE, 2011) porque suas 26 clínicas próprias e 670 dentistas “geram custo fixo alto” (KOIKE, 2011). Portanto, ser a “empresa privada que mais contrata dentistas com carteira assinada” (PORTAL FATOR BRASIL, 2011a) definitivamente não é algo visto com bons olhos pelo “mercado”. Em contraposição a esta ineficiência, “a GP tentou adotar sua fórmula de gestão, baseada em meritocracia e corte de custos” (GRINBAUM, 2011). Portanto, mesmo que na comunicação empresarial não se utilize os termos “demissão” e “recontratação como pessoa jurídica”, fica evidente como estas duas ações são vistas: fórmulas corretas de uma gestão de sucesso.

A empresa, acusada de concorrência desleal pelos dentistas autônomos, também tem queixas em relação a estes: "(...) teve dificuldades em enfrentar um mercado pulverizado e, muitas vezes, informal. A Imbra concorre com milhares de clínicas e dentistas particulares espalhadas pelo Brasil." (GRINBAUM, 2011). Ou seja, a Imbra se viu prejudicada por estar concorrendo num mercado que não se comporta como deveria – é pulverizado, informal. Enquanto a justa concorrência, na ótica dos dentistas autônomos, é a dos pequenos produtores, para a Imbra é a que se estabelece em um ambiente pouco *pulverizado* – portanto marcado por empresas grandes.

A reportagem reproduz a fala de um executivo envolvido nas negociações: "Esse é um negócio embrionário, o investimento na profissionalização chegou antes da hora" (GRINBAUM, 2011). Em outras palavras, o mercado de serviços odontológicos sofre de algum tipo de doença de infância, que se resolveria com o natural amadurecimento do setor. O "investimento na profissionalização" pode ser traduzido com formas mais flexíveis de gerenciar o trabalho. Ao afirmar que este "chegou antes da hora", subtende-se que a hora certa ainda há de vir – e então as fórmulas de gestão reconhecidamente eficientes não mais estarão fadadas ao insucesso devido à informalidade do mercado.

Portanto, aquilo que aparece para os dentistas como "feira" ou "prostituição" é chamado pelos empresários de "profissionalização". A ação da Imbra é descrita em termos positivos, não há dúvida de que os autores da reportagem, ao usarem as expressões "meritocracia" e "corte de custos" estão se referindo a práticas valorizadas no meio empresarial – na fala dos dentistas isto significa "desrespeitar toda a classe odontológica".

Nas entrelinhas, empresa e dentistas liberais acusam-se mutuamente de deslealdade: estes não pagariam impostos (perceba-se o uso da palavra "informal"), aquela praticaria propaganda enganosa. Mas, de lado a lado, há um consenso: as

leis que regem o mercado são justas. Entre os dentistas, esta justiça se traduz na previsibilidade da falência da empresa. Entre os empresários, o caso é tratado como uma anomalia que será tratada com o tempo – quando o mercado deixar de ser embrionário.

No que concerne ao item “d”, note-se que é ignorado pelas duas matérias o volume de queixas dos pacientes junto aos órgãos de defesa do consumidor e que boa parte delas se relaciona aos mecanismos de financiamento. Os pacientes não reclamam de preencher 36 cheques pré-datados no início do tratamento, mas sim de não poderem reavê-los quando o tratamento é cancelado. Esta retenção dos cheques decorre exatamente da necessidade da Imbra exteriorizar os riscos do crédito, repassando os cheques às financeiras. Note-se que nenhuma das reportagens localizou como motivo para o insucesso o alto grau de insatisfação dos clientes.

O investimento em marketing, que seria um “outro ponto considerado pelo mercado como grande gerador de despesas” (KOIKE, 2011) não foi reconhecido como problemático pelo grupo Arbeit. O mesmo afirmava em junho de 2010: “Vamos ampliar nossos canais de venda, que hoje estão restritos à mídia em TV e *call center*. Queremos ampliar para internet e rádio, por exemplo, para democratizar o acesso aos implantes dentários” (KOIKE, 2011). Percebe-se como as multas do CROSP em função de propaganda antiética surtiram efeito nulo.

4.5 Considerações parciais

As considerações feitas no início deste capítulo sobre uma suposta proporção ideal dentistas/população preconizada pela OMS traz à baila o questionamento: seria possível falar de proporção ideal de dentistas sem perguntar “ideal para quem”? O documento ***Plan decenal de salud para las Americas*** (OPAS, 2010b) trazia o pressuposto de que havia carência de dentistas na América Latina e isto era considerado ruim. Embora já tenham se tornado clássicos estudos como o de

Nadanovsky e Sheilham (1995) que demonstram não haver relação necessária entre maior quantidade de dentistas e melhoria dos indicadores de saúde bucal, é razoável admitir que a escassez severa desta força de trabalho possa trazer dificuldades de acesso à assistência odontológica. Todavia, muitos dos artigos e matérias encontradas enfocavam o problema pelo outro prisma: o excesso de profissionais. A “meta da OMS”, para estes autores, não seria um mínimo a ser alcançado, mas um teto que não deveria ser transposto – para eles, a organização estaria recomendando que não se permitisse haver mais que um dentista para cada 1.500 habitantes.

A elevada quantidade de dentistas parece ter sido funcional à expansão das empresas odontológicas. Em entrevista ao site “Pensando grande”, dois franqueados da GOU (Grupo Ortodôntico Unificado) declararam “A mão de obra é muito rica em profissionais da área odontológica e encontramos com facilidade no mercado. Nós aproveitamos para colocar o profissional para trabalhar em uma estrutura para o nosso negócio” (SANTOS, 2011). Portanto, se o empresariado encontra algum obstáculo em relação à força de trabalho, não é em relação à sua quantidade. As queixas apresentadas pelos proprietários de empresas em relação aos dentistas serão tratadas no capítulo 5.

Quanto ao setor público, é possível indagar se a cobertura populacional do PSF por equipes de saúde bucal teria conseguido crescer na mesma proporção que obteve ao longo da última década se não estivesse em curso uma plethora do modelo liberal da prática odontológica. Este assunto será retomado no capítulo 6.

Em relação aos quatro casos estudados – Odontoprev, Prevdonto, Sorridents e Imbra – acreditamos que sinalizam tendências importantes de reconfiguração da prática odontológica no setor privado. As trajetórias da Odontoprev e da Prevdonto apontam para a concentração do setor de Odontologia de Grupo e de estreita articulação com o setor financeiro. O caso da *empresa genuinamente baiana* é ainda mais emblemático dos movimentos do capital no setor de serviços odontológicos. Há

vários elementos presentes: os dentistas empreendedores que desbravam um novo horizonte ao longo dos anos 90 e procuram expandir seu negócio para os estados vizinhos no modelo de franquia. Findam por vendê-lo a uma empresa nova, mas com rápido crescimento via aquisição de várias operadoras. A empresa baiana representa, para sua compradora com ações na Bolsa de Valores de São Paulo, a oportunidade de fincar o pé em um mercado promissor: o Nordeste. O significado da concentração de capitais para os dentistas se mostra similar ao vivenciado pelos demais assalariados dos outros setores: aos acionistas, a empresa apresenta resultados positivos, aos trabalhadores, argumentos técnicos que justificariam a redução de rendimentos. A resposta dada pelos dentistas, contrariando sua escassa tradição em movimentos reivindicatórios, se deu através de estratégias bem parecidas com a da classe trabalhadora e logrou certo sucesso.

Quanto à Sorridents, o estudo aponta como a Odontologia artesanal perde vantagem competitiva ao se defrontar com negócios em escala.

O caso Imbra revela aspectos ideológicos importantes. A falência da Imbra apresenta-se como uma vitória, não dos dentistas assalariados, mas dos dentistas liberais²². Na visão destes, para serem vitoriosos, nenhum tipo de organização ou mobilização foi necessária: bastou deixar agir a livre concorrência. Era *previsível* que uma empresa *inescrupulosa* como esta não duraria muito. Poulantzas nos lembra que um elemento importante da pequena burguesia tradicional é a confiança na livre concorrência e outro é a oposição aos monopólios, o que foi possível constatar no caso. Nesta conjuntura, a pequena burguesia tradicional afastou-se não apenas do operariado (elementos de deboche em relação aos pacientes da Imbra também partiram de alguns dentistas), mas também da nova pequena burguesia, não obstante partilhassem a mesma profissão.

²²Nenhum dos atores creditou a falência da Imbra à crise financeira iniciada em 2008. Transparece no discurso a ideia de que o setor de prestação de serviços odontológicos tem uma dinâmica autônoma em relação ao resto da economia. No segmento de planos odontológicos, observa-se uma redução do crescimento de cobertura no ano de 2010. Não tivemos condições de fazer uma análise deste aspecto, mas recomendamos pesquisas futuras que se dediquem ao assunto.

O fato de um grande fundo de *Private Equity* ter acumulado prejuízo ao se associar a uma rede de clínicas não significa que o setor de prestação de serviços odontológicos seja um ambiente inóspito ao capital financeiro – tais erros fazem parte da rotina dos grandes investidores. O discurso empresarial de que a profissionalização teria chegado cedo demais, o mercado não estaria pronto ou não se teria conseguido implantar uma gestão eficiente revela a vontade de aprender com os erros e não repeti-los nas próximas tentativas – que certamente virão, mesmo que por outros grupos investidores.

Da parte dos dentistas, ao contrário do que ocorreu com a Prevdonto em Salvador, observou-se uma incapacidade de reação dentro de uma perspectiva sindical. Salta aos olhos a inexistência até de um canal que amplifique suas insatisfações. O sucesso que a Imbra teve em seus primeiros anos de atuação (a ponto de ter sido considerada um bom investimento pela GP) pode incentivar novos empresários a explorar o mesmo nicho de mercado, mas sem repetir os “erros” de sua antecessora – alto custo fixo com dentistas, por exemplo. Se isto vier a ocorrer, que aprendizados os dentistas lograram aproveitar com a experiência com a Imbra?

Capítulo 5 - A inserção do dentista no mercado de trabalho

Em uma perspectiva poulantziana, o assalariamento dos dentistas, em função das novas configurações do trabalho destes a partir dos anos 1990, significa a migração de indivíduos da pequena burguesia tradicional para a nova pequena burguesia, fenômeno condizente com os processos de realinhamento das classes sociais ao longo do século XX. Trata-se de um conjunto de pequenos produtores que, sob novas condições, passam a vender sua força de trabalho, porém mantendo diferenças expressivas com o operariado. A complexificação da classe-que-vive-do-trabalho, de que fala Antunes (2000), pode ser observada aqui. Contudo, a especificidade destes assalariados torna necessário recorrer a teóricos que joguem luz sobre os detalhes deste processo. Nossa escolha recai sobre Donnangelo (1975) e, por consequência, sobre Paixão (1979), que utilizou o mesmo referencial. Todavia, o cenário que estas duas autoras analisaram sofreu mudanças substantivas dos anos 1970 aos dias atuais. São estas novas conformações que serão abordadas a seguir.

Os três critérios definidores (controle sobre a clientela, posse de meios materiais de trabalho e liberdade na fixação do preço do trabalho) são ainda cardeais para os estudos hodiernos.

Posse dos meios de trabalho

Importantes transformações têm ocorrido na indústria de equipamentos odontológicos no Brasil, conforme apontam Manfredini e Botazzo (2006). Os autores destacam que há um discurso corrente de que exista uma forte dependência de importação de produtos e equipamentos odontológicos, que seria a responsável pelos altos preços dos serviços odontológicos privados. Sua pesquisa, contudo, revelou que o Brasil é detentor de um pujante parque industrial odontológico, tendo

obtido superávit no comércio exterior na maior parte do período de 1990 a 2002. O fenômeno também foi relatado pela entrevistada 09, que narra uma redução dos valores cobrados em tratamentos ortodônticos, decorrente não apenas do maior número de cursos de especialização, mas também do fato de anteriormente os insumos serem predominantemente importados, enquanto na atualidade são nacionais.

Isto talvez possa significar uma maior facilidade para os dentistas controlarem os meios de trabalho, mas é um fenômeno de difícil constatação. A metodologia utilizada nesta pesquisa não permite afirmar que as atuais gerações de dentistas tenham acesso facilitado a equipamentos e insumos de menor preço. Este é um ponto a ser estudado em investigações futuras.

Controle sobre a clientela

Este é provavelmente o aspecto que mais tenha se alterado nas últimas décadas. Donnangelo (1975) e Paixão (1979) referiam-se à intermediação do INAMPS na captação da clientela, mas atualmente são as empresas de Odontologia Suplementar as responsáveis pelas principais transformações. O maior número de profissionais e sua má distribuição também guardam relação com o fenômeno.

Liberdade de fixação do preço de trabalho e do processo de trabalho

É necessário ampliar o critério, incorporando também a liberdade de definição do processo de trabalho. A dissolução da autonomia e a subordinação a formas abertas ou disfarçadas de assalariamento fazem com que dentistas gradativamente percam a possibilidade de estabelecer como, quando e onde trabalhar.

Modalidades de inserção do mercado de trabalho

As três formas típicas definidas por Donnangelo ainda são válidas se tomarmos o “típico” numa acepção do tipo-ideal weberiano. O “profissional autônomo” é um modelo pelo qual estudamos os dentistas, não uma situação generalizada. Isto não significa que tenha ocorrido o desaparecimento das formas autônomas, mas que a autonomia “pura” é bem pouco encontrada. Muito mais comum é a combinação a outras modalidades, o que nos leva à inusitada situação em que o “atípico” é a “norma”. Este não é um fato surpreendente, se consideramos a nova morfologia do trabalho, de que fala Antunes (2000). A contribuição trazida por esta pesquisa é a ampliação e atualização da tipologia originalmente formulada por Donnangelo (1975) e adaptada por Paixão (1979). Partimos das três modalidades fundamentais elencadas por estas autoras e analisamos diversas variações, algumas já foram esboçadas por elas, outras são novidade.

FIGURA 4 – Modalidades fundamentais de inserção do dentista no mercado de trabalho e variações.

<i>Modalidades fundamentais</i>	<i>Variações</i>
Autonomia típica	Aluguel de turno Credenciamento a planos odontológicos Cooperativa
Assalariamento	no setor privado Trabalho em porcentagem Trabalhador pejetizado setor público Estatutário Celetista Temporário Prestador de serviço
Proprietário	Prestador de serviço odontológico Odontologia Suplementar

O estudo das modalidades de inserção no mercado de trabalho faz-se necessário porque estas condicionam o processo de trabalho e estão intimamente relacionadas como os processos de precarização que afetam os dentistas.

5.1 Autonomia pura

Não desconhecemos o fato de que vários autores sejam enfáticos ao apontar a diferença entre “liberal” e “autônomo”. Este é o caso da literatura na Odontologia Legal, a exemplo de Oliveira e Oliveira Jr. (1999, p. 52) que alegam que o cirurgião-dentista “sempre será um profissional liberal mesmo quando trabalhando como empregado”. Esta forma de empregar o conceito é própria do campo jurídico. Pasquini (2006) entende o assunto de forma similar ao afirmar:

Portanto, podemos definir o profissional liberal como sendo a pessoa que, mediante uma formação em curso universitário, técnico ou profissionalizante, adquiriu habilitação para desenvolver uma atividade específica de serviço, regulamentada ou não por lei, com total autonomia técnica, podendo, até mesmo, ser assalariado (PASQUINI, 2011, p. 1).

Perceba-se que, para os autores do campo jurídico, a caracterização do profissional liberal está atrelada à sua formação e seus conhecimentos técnico-científicos. Já o trabalhador autônomo seria “todo aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos.” (OST, 2011, p.1). Assim, a ausência do assalariamento caracterizaria o trabalho autônomo, independente da formação do profissional.

Ainda no campo jurídico, devemos destacar que a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) se refere diversas vezes aos profissionais liberais sem definir explicitamente esta expressão. O termo que a lei se dispõe a definir é “categoria profissional diferenciada”, entendida como aquela formada por “empregados que exerçam profissões ou funções diferenciadas por força de estatuto profissional especial ou em consequência de condições de vida singulares”, conforme se lê no artigo 11 da CLT (BRASIL, 2011e). Neste mesmo artigo, é reconhecida a licitude da associação em sindicato de todos os que “como empregadores, empregados, agentes ou trabalhadores autônomos ou profissionais liberais exerçam, respectivamente, a mesma atividade ou profissão ou atividades ou profissões similares ou conexas” (BRASIL, 2011).

Portanto, na CLT, a figura do profissional liberal é distinta do “agente ou trabalhador autônomo”. A lei também admite que alguém possa ser simultaneamente “profissional liberal” e “empregado” (artigo 585) ou que um profissional liberal seja empregador (artigo 507). Ou seja, é uma lógica que se alinha à empregada por Oliveira e Oliveira Jr. (1999), pois partilham de pressupostos comuns.

O problema pode ser visto por outro prisma se for adotado o campo da Economia. Tomemos, por exemplo, a categorização empregada na PNAD do IBGE. São oito as *categorias de posição na ocupação* utilizadas na pesquisa: empregado, trabalhador doméstico, conta própria, empregador, trabalhador não-remunerado membro da unidade domiciliar, outro trabalhador não-remunerado, trabalhador na produção para o próprio consumo, trabalhador na construção para o próprio uso. Interessam-nos somente três definições:

Empregado - Pessoa que trabalhava **para um empregador** (pessoa física ou jurídica), geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo em contrapartida uma remuneração em dinheiro, mercadorias, produtos ou benefícios (moradia, comida, roupas etc.).

Conta própria - Pessoa que trabalhava explorando o seu próprio empreendimento, sozinha ou com sócio, **sem ter empregado** e contando, ou não, com a ajuda de trabalhador não-remunerado;

Empregador - Pessoa que trabalhava explorando o seu próprio empreendimento, com **pelo menos um empregado** (BRASIL, 2006, p. 18, grifos nossos).

Portanto, a PNAD não distingue se a pessoa que trabalha em seu próprio empreendimento tem ou não “estatuto profissional especial”: se trabalha para si sem ser empregador é condição suficiente para ser considerado “conta própria”. Todavia, o fato de bastar contratar um empregado para ser considerado empregador aumenta consideravelmente o número de dentistas nesta posição, pois grande parte dos dentistas autônomos contrata um auxiliar.

Estas considerações foram feitas para evidenciar que nem a abordagem jurídica, nem a econômica, é suficiente para estudar nosso objeto, pois nossa lente é dada pela sociologia do trabalho.

Em nosso estudo empregaremos indistintamente os termos “liberal” e “autônomo” e não faremos uso da expressão “conta própria” na acepção dada pelo IBGE. Optamos por não distinguir entre *autônomo* e *liberal* (nesta decisão somos acompanhadas por Donnangelo e por Paixão) por consideramos que tal diferenciação não traria benefícios à compreensão do problema – a nós é mais importante saber se o profissional é assalariado ou se trabalha *por conta própria* (ainda que empregue um auxiliar) que se sua atuação decorre da *formação em curso universitário* recebida.

A prática autônoma pura é aquela em que o dentista controla a clientela e os meios, processo e preço de seu trabalho. Dos catorze entrevistados, somente três, todas com menos de 10 anos de formados, não tinham vivenciado a prática autônoma pura no decorrer de sua vida profissional. Contudo, apenas o entrevistado 12 trabalha exclusivamente como profissional liberal na atualidade. Entre estes dois extremos, encontram-se dez dentistas que ou combinam a autonomia pura a outras modalidades de inserção ou já exerceram a prática liberal e a abandonaram.

Tanto Donnangelo (1975) e Paixão (1979) quanto boa parte da literatura – citemos Zanetti (1999) e Cordón (1986), a título de exemplo – destacam o forte papel ideológico que cumpre a prática liberal. Este fenômeno também foi observado em nossa pesquisa. A grande maioria de nossos entrevistados, quando indagados como imaginavam se inserir no mercado de trabalho à época em que entraram na faculdade, respondeu que concebia ter *seu consultório particular*. Isto é válido tanto para as gerações mais antigas quanto para as mais recentes – a diferença intergeracional é mais presente no que se sucede após a formatura. Advertimos que, dentro de nosso marco referencial, ter consultório particular não se confunde com autonomia pura, uma vez que, em concordância com Donnangelo e Paixão, entendemos que o atendimento a planos de saúde já configura a perda de um dos elementos que caracterizam a prática liberal estrita. Na percepção dos entrevistados, contudo, essa distinção nem sempre é feita. Ainda assim, em alguns

casos, é possível detectar uma gradação, uma diferenciação entre uma prática liberal pura e a autonomia parcial.

O melhor exemplo disto é o entrevistado 03, que, mesmo residindo em Salvador, se desdobra, na maior parte da semana, no atendimento em vários consultórios no interior, que possui em sociedade com um colega. Nestes consultórios, atende pacientes de plano. Somente na segunda-feira trabalha em Salvador, em consultório situado em bairro onde muitos dentistas atendem a um público de classe média²³, também em sociedade. Este consultório está credenciado para o atendimento a alguns planos odontológicos, mas o dentista procura restringir o número de pacientes desta modalidade de pagamento.

RES: A gente montou esse consultório em Salvador que nunca foi o nosso foco de trabalho por conta da gente... da necessidade de ter que ganhar, eu já era pai também, né? (...) Então nunca foi o foco nosso, e a gente mantém esse consultório assim meio assim como um prazer pessoal, de a gente atender alguma pessoa, tal, e pra manter a chama acesa aqui em Salvador do consultório funcionando.

ENT: Vale a pena manter esse aqui de Salvador?

RES: Financeiramente não, mas assim de certa forma é um prazer que assim, é assim a hora que eu posso viver a Odontologia de maneira romântica, né? (Entrevistado 03).

As expressões “chama acesa” e “forma romântica” denotam a importância simbólica que o trabalho nos moldes tradicionais assume, mesmo quando não se configura como a principal fonte de renda para o dentista. A odontologia praticada de forma romântica é aquela executada como profissional liberal, em Salvador, para um público de classe média, com a mínima intervenção dos planos odontológicos. No caso do entrevistado 03, o sucesso obtido de suas outras inserções permite cobrir a falta de rentabilidade que a prática liberal pura proporciona. Provavelmente, ter se formado no final dos anos 90 e sido capaz de tirar melhor proveito das oportunidades que se apresentaram no momento em que os planos chegavam às cidades do interior permitiu alcançar uma situação confortável a ponto de dispor de

²³ Na discussão sobre classes sociais, demonstramos os limites da noção “classe média”. Contudo, este é um termo de largo uso entre dentistas, assim como as expressões classe “C e D”, classe “A e B”, “classe AA”. Portanto, quando estivermos nos referindo ao discurso dos dentistas, reproduziremos tais expressões.

espaço na agenda e investimentos em uma prática que não confere retorno material, apenas pelo prazer de praticá-la.

Contudo, o entrevistado 11 optou por uma saída mais pragmática. Formado em meados da década de 2000, atualmente combina emprego público no interior na maior parte da semana com trabalho em percentagem em distintas clínicas em Salvador – portanto não exerce sequer a autonomia atípica. Ao contrário do entrevistado 03, não alcançou um padrão de rendimentos que o deixe satisfeito e não se considera realizado com a vida profissional. Por duas vezes montou consultório em sociedade com colegas. Seu público era restrito a pacientes particulares e os consultórios eram localizados em bairros populares.

ENT: Era vantajoso? [sobre o consultório próprio montado em sociedade]

RES: Não. A gente tinha basicamente lucro nenhum. A gente montou essa clínica no *bairro S* e não tinha movimento que justificasse pra gente perder, entre aspas, dois dias na semana porque era nosso. Na verdade não tinha lucro. Aliás, é por isso que hoje também eu trabalho em clínica dos outros e nunca minha, entendeu? Porque eu acho que não compensa (Entrevistado 11).

Encontramos outros casos de dentistas que fecharam seus consultórios. As dentistas 02 e 05, ambas formadas no começo dos anos 80, deixaram ou estão deixando a prática liberal para se dedicar integralmente ao emprego público e estão satisfeitas com a decisão. A dentista 04, formada no final dos anos 90, desistiu de ter seu próprio consultório em prol de uma maior *qualidade de vida*. O desejo de fazer Odontologia e ter consultório estava relacionado à vontade de *fugir da questão hierárquica*, mas o tempo despendido com os assuntos administrativos a fez desistir desta modalidade, mesmo tendo obtido bons rendimentos. Atualmente sua semana é dividida entre um emprego público e um assalariamento na condição de pejetizada no setor privado – ambos em Salvador. Ironicamente, tais inserções não lhe permitiram se desvincular dos problemas com hierarquia, mas não deseja retornar à situação anterior.

A entrevistada 08, formada no começo dos anos 1990, montou consultório tão logo se formou, como tantos outros dentistas. O caráter ideológico desta decisão e o contraste com a realidade encontrada se expressam nesta fala:

ENT: E o consultório particular? Porque você montou?

RES: Exatamente. Eu tinha a visão, quando eu saí, que eu tinha que ter meu consultório particular. Essa era a visão de qualquer dentista. Naquele tempo os pais se sacrificavam para a gente ter um consultório. Os pais apostavam nisso, os filhos tinham que ter muitos pacientes e na verdade não era isso.

ENT: A família projetou isso em você?

RES: Projetava, sim. E a gente não tinha paciente, ninguém conhecia (Entrevistada 08).

No momento da entrevista, a dentista não tinha consultório próprio. Quando perguntada sobre o futuro, afirmou que estava gradativamente voltando a montar seu consultório, mas descartou a possibilidade de dedicar-se a esta modalidade de forma exclusiva:

Uma das coisas que eu aprendi é que a gente não deve ficar na mão de um só. Hoje eu trabalho em vários locais, pras classes A, B e C. Demandas diferentes, pessoas diferentes, exatamente por isso, que eu aprendi que não dá pra você ter uma fonte só de renda. Confiar em uma fonte de renda (Entrevistada 08).

Portanto, mesmo retornando à prática liberal típica, é provável que alie esta modalidade a outras, como o atendimento a planos odontológicos, o trabalho em porcentagem e o aluguel de turnos.

Também há casos de permanência e satisfação com a prática liberal: é o caso dos dentistas 03 e 10 (autonomia típica + credenciamento a planos odontológicos), 07 (autonomia típica + credenciamento a planos odontológicos + emprego público), 06 (autonomia típica + emprego público) e 12 (apenas autonomia típica). Reitere-se que a exclusividade da prática liberal não foi muito comum. O caráter intencional da amostra desta pesquisa pode ter contribuído para tanto, mas frases como “Aquela ideia de consultório só com paciente particular não existe mais”²⁴ (Entrevistada 08)

²⁴ Esta afirmação poderia causar surpresa se contrastada com a informação da ANS de que 17,5% da população da RMS possui plano exclusivamente odontológico, o que significaria que 82,5% não possui. Contudo, vale lembrar que não estão computados aqui os planos médicos que também

sugerem a predominância da combinação de inserções. Nada impede que estudos futuros de caráter amostral aprofundem este aspecto.

Os mecanismos de reprodução dos dentistas liberais sinalizados por Zanetti, mediante os quais filhos de odontólogos se tornavam também dentistas, merecem uma observação. Nenhum dos entrevistados é filho de dentistas, mas em geral relataram o caso de colegas nessa situação e fizeram considerações sobre a importância da família no sucesso profissional. A disponibilidade familiar para bancar os custos de estruturação de consultório, curso de especialização e amenizar o período inicial em que o consultório ainda não proporciona retorno financeiro foi em geral apontada como muito importante, mesmo nos dias atuais, contrariando nossa percepção inicial. Imaginávamos que este elemento tivesse importância no passado e tivesse perdido a relevância nos dias atuais, mas grande parte dos entrevistados discordou. De fato, dos cinco dentistas jovens que entrevistamos, somente duas estavam satisfeitas profissionalmente – exatamente as que contaram com suporte financeiro familiar, seja para montar consultório, seja para ficar sem trabalhar no período de preparação para seleção pública. Futuros estudos que enfoquem esta questão podem trazer mais elementos para a compreensão do problema.

A questão da reprodução também apareceu ao final das entrevistas, quando indagados o que fariam se um filho desejasse cursar Odontologia. A esta pergunta alguns responderam que incentivariam a escolha, outros que a desestimulariam, mas três respostas merecem atenção pelo significado que encerram. A entrevistada 02 relata o desejo de um dentista, também formado no início dos anos 1980 e atuando em consultório particular, de convencer o filho a fazer Odontologia:

Mas ele forçou [o filho a escolher Odontologia], tipo assim, o discurso dele: “O que é que eu vou fazer com os não sei quantos mil pacientes”, eu não sei exatamente. Aí eu brincava com ele: “Peraí, o paciente não é usucapião, não”. [risos] (...) “Você não vai deixar o legado dos seus pacientes pro seu filho, não”. “Claro que vou, ele vai começar comigo, desde o primeiro ano

oferecem serviços odontológicos, bem como é difícil calcular a população coberta por planos odontológicos não registrados na ANS. Também não está sendo considerada neste cálculo a população SUS-dependente.

ele vai estar lá dentro comigo, os pacientes vão aprender a ter confiança” (Entrevistada 02).

Note-se que, mais que legar uma clínica ou as condições de formação, é manifesta a vontade de transmissão também da clientela: atendem-se assim todos os critérios da prática liberal típica. Outros entrevistados, ao apontar as vantagens de “pai dentista” também referem este *trabalhar junto desde o começo*. Para alguns, a ausência de um parente dentista foi suprida por alguém muito próximo que desempenhou a mesma função.

A entrevistada 04, que abdicou da prática liberal em função das *dores de cabeça* com as questões administrativas, relatou que, caso a filha decidisse fazer Odontologia, reveria sua decisão e abriria novamente um consultório.

O entrevistado 11 deu uma resposta diferente, reveladora das transformações vividas pelos dentistas. Embora tenha afirmado que não tem mais consultório próprio *porque não compensa*, seu sonho profissional verbalizado quando estimulado pela pergunta “como é que você gostaria de estar daqui a dez anos?” é uma combinação de prática liberal e docência. Note-se que a prática liberal não foi afastada completamente de seus sonhos. Contudo, deseja conjugá-la à segurança de uma inserção assalariada – no caso, a docência lhe parece mais vantajosa. Quando perguntado o que faria se um filho optasse por cursar Odontologia, respondeu:

RES: Se ele quiser fazer Odontologia, se tiver dom com isso, acho que será mais fácil pra ele do que pra mim, porque ele vai ter um pai, né, dentista, que vai facilitar. Se eu tivesse alguém da família próxima talvez isso tivesse facilitado um pouco pra mim.

ENT: Você acha que teria facilitado?

RES: Eu acho que sim. Acho que seria facilitado meu contato, um emprego melhor, uma orientação aonde aceitar emprego, onde não aceitar. É, com amigos em municípios e tudo, conseguir uma vaga pro filho trabalhar naquela área. Eu acho que facilitaria assim. Então eu acho que a vida pro meu filho, mesmo a profissão sendo mais difícil, seria diferente, porque meus pacientes passariam pra ele, entendeu? Eu pelo menos lutaria pra isso, pra ele ir atendendo, pra ele ir crescendo, (...) pra ir pegando o meu lugar. E trabalhar. Montar uma clínica junto com ele (Entrevistado 11).

A resposta deste jovem dentista é reveladora porque, ao listar as vantagens que seu filho teria, inicia pela orientação de onde aceitar emprego e como conseguir trabalhar em municípios. O assalariamento, portanto, já está dado como uma certeza – a ação do pai consiste em interceder por um emprego mais vantajoso. Não desaparece a ideia de montar uma clínica e legar-lhe os pacientes, mas este foi seu segundo pensamento – é uma diferença considerável em relação ao dentista descrito pela entrevistada 02, de outra geração.

Do exposto, pode-se perceber que não há uma tendência nítida de desaparecimento da prática liberal, mas sim a de combinação com outras modalidades de inserção. Ela ainda é extremamente valorizada no plano ideológico, mas quando o desejo entra em conflito com a realidade concreta, muitos dentistas optam pela decisão pragmática de colocar a autonomia pura em segundo plano ou abandoná-la.

Dos critérios definidores da prática autônoma, o de mais difícil acesso pareceu ser o controle sobre a clientela. A um primeiro olhar, poderíamos dizer que o aumento do número de cirurgiões-dentistas foi o responsável pelo fenômeno, uma vez que cai a “proporção habitante-dentista”. Parece-nos, todavia, que esta não é a única explicação: a expansão da Odontologia Suplementar toma para si boa parte da clientela disponível, uma vez que a economia de escala e a administração profissionalizada lhe conferem vantagem competitiva sobre os pequenos produtores.

5.2 Aluguel de turno

A modalidade “aluguel de turno” pode ser entendida como uma subdivisão da autonomia típica, da qual não difere no que há de fundamental. Para ser considerado autônomo típico, é indiferente que o profissional compre ou alugue a sala onde instalará seus equipamentos e atenderá sua clientela. Este é o motivo pelo qual temos falado de posse e não de propriedade. Mas “alugar turno em

consultório” difere de “alugar uma sala”, pois não é apenas o espaço físico que é incluso no valor pago:

RES: Eu pago um aluguel da infraestrutura toda. Então fica.. eu pago R\$ 500,00 hoje, no valor de hoje, R\$ 500,00 por mês para atender 8 turnos no mês. Então...

ENT: E isso te dá o direito a usufruir da...

RES: Funcionária, funcionário, espaço, do...

ENT: Material de consumo...

RES: Agora, material de consumo eu levo. Tudo é meu. É só o aluguel da infraestrutura e de pessoal, para trabalhar (Entrevistada 02).

Note-se que o aluguel de turno permite ao dentista desincumbir-se de algumas tarefas administrativas, pois não se torna o empregador direto dos funcionários da clínica e encontra os equipamentos à sua disposição. O fato de ter que levar seu próprio material de consumo denota a preservação do controle do processo de trabalho. Uma das queixas frequentes dos dentistas assalariados é a impossibilidade de trabalhar com a melhor técnica, os melhores insumos, problema que não se apresenta na modalidade do aluguel de turno.

A estrutura alugada de certa forma também determina a clientela atendida. Para a entrevistada 08, que considera importante diversificar as modalidades de inserção, o aluguel de turno é uma forma de acessar uma clientela com maior poder aquisitivo, mantendo, nos outros turnos, clientes de classe média:

RES: Lá eu trabalho com consultório. Então lá é um lugar bem caro.

ENT: Quanto?

RES: Mil e quatrocentos. Os dois turnos [na semana].

ENT: Pelos dois turnos?

RES: Hunrum.(...) A estrutura da clínica é bem cara, lá o paciente é AA. Então tem gastos...

ENT: Equipamento, localização?

RES: Localização, tem manobrista, a demanda que vai lá é uma é realmente uma clientela com poder aquisitivo (Entrevistada 08).

Aparentemente, o controle sobre a clientela também é preservado. A dentista 07, que inicialmente trabalhava em percentagem, decidiu alugar turnos em outra clínica porque “precisava de algum outro lugar pra atender meus pacientes de convênio”. Ou seja, apesar de serem pacientes de plano, eram pacientes já vinculados a ela e a clínica de porcentagem inviabilizava seu atendimento. A liberdade para atender

estes pacientes só foi alcançada com o aluguel de turno. Aliás, uma ideia forte associada ao aluguel de turno é a preservação de um pequeno espaço na agenda onde se pode trabalhar sem que precisem se submeter à imposição de um terceiro, uma reserva de autonomia onde o dentista define seu próprio processo de trabalho.

Embora se perceba que todos os elementos da prática liberal estejam presentes também no aluguel de turno, cabe reparar que, em geral, ela se apresenta como prática complementar ou de transição. Os dentistas entrevistados alugavam alguns turnos da semana e, no restante do tempo, exerciam outras atividades. No caso da entrevistada 02, ela refere como o “desmame” do consultório particular, pois estava em processo para se dedicar apenas ao emprego público. Já a entrevistada 07 percorreu o sentido contrário: do trabalho em percentagem em direção à posse de consultório próprio, que é sua situação atual. A entrevistada 08 utiliza a modalidade como estratégia para diversificar sua inserção no mercado de trabalho. Ressalve-se que esta não é uma modalidade nova para os cirurgiões-dentistas. O entrevistado 06, formado nos anos 60, relata ter iniciado a carreira da mesma forma.

Da parte do proprietário do consultório alugado, este fenômeno também denota indícios de que a autonomia pura deixa de ser exclusiva. Os dentistas relatam ser esta uma boa estratégia para não deixar o consultório ocioso, assim podem diminuir o impacto de seus custos fixos. Ora, se existe o problema do turno ocioso no consultório é porque o proprietário dedica parte de seu tempo a outras atividades que não o atendimento em consultório particular. Portanto, mesmo que em sua essência não difira da autonomia típica, esta modalidade sinaliza para a existência de múltiplas inserções.

5.3 Credenciamento a planos odontológicos

No início de nossa pesquisa, tínhamos adotado o termo “autonomia atípica” para expressar a situação em que se encontravam os dentistas que, apesar de

controlarem os meios de trabalho (possuem consultório próprio), não tinham controle sobre a clientela, pois esta era acessada a partir do credenciamento a uma empresa. Pesava a favor da decisão o fato de ser um termo consagrado, adotado desde o trabalho de Donnangelo (1975). Todavia, a perda da autonomia registrada nesta modalidade de gestão ao longo das últimas décadas foi tamanha, que pareceu-nos mais apropriado abandonar esta denominação, utilizando a expressão “credenciamento a planos odontológicos”.

O objetivo deste estudo não foi reconstituir um histórico dos planos odontológicos em Salvador, mas alguns elementos revelados pela pesquisa merecem ser citados, pela influência que tiveram nas transformações do mercado de trabalho dos dentistas. Além de iluminar nosso objeto, podem incentivar outros pesquisadores a se lançarem sobre uma investigação específica sobre o tema. Alertamos que as conclusões que se seguem não devem ser extrapoladas para outras regiões.

Os depoimentos dos entrevistados permitem estabelecer diferentes estágios de desenvolvimento dos planos odontológicos na RMS. Lembramos, conforme já mencionado no capítulo 4, que a criação da ANS, marco para o setor, só ocorreu no ano 2000. Os planos odontológicos, acompanhando um processo que também ocorrera com os planos médicos, estiveram relacionados, em seu surgimento, com a assistência à saúde dos trabalhadores formais vinculados às grandes empresas (sobretudo multinacionais) e estatais. Predominavam, portanto, contratos coletivos – só mais tarde os planos individuais vieram a assumir importância.

A entrevistada 02 foi a única a relatar ter estabelecido um contrato direto com uma empresa para o atendimento a seus empregados. Mesmo considerando que esta não tenha sido uma situação generalizada, é válido explicar como se dava o processo:

RES: Nós fizemos, mais ou menos uns cinco anos depois de formados, nós fizemos um convênio, a clínica nossa que era só eu, ele [dentista sócio] e

uma atendente. Fez um convênio exclusivo com a *empresa S*²⁵, exclusiva da clínica, atendia todos os funcionários e todos os dependentes. E era assim, era uma mina.

ENT: Então era uma ação diretamente com a empresa.

RES: Diretamente, é. Esse foi o contrato. Depois de alguns anos, uns 6, 7 anos, aí eles acabaram migrando para um plano de maior porte, com uma seguradora de maior porte, que foi a *seguradora A* na época. E aí eles descredenciaram, quer dizer, esse contrato exclusivo com a clínica se perdeu (Entrevistada 02).

No caso descrito, os dois dentistas elaboraram um programa de atenção à saúde dos trabalhadores, incorporando prevenção e cura, e ofertaram diretamente à empresa. Perceba-se que não há ainda aqui a ruptura entre planejamento e execução: são os próprios dentistas, na condição de pequenos produtores, detentores de um consultório isolado, que vendem uma mercadoria – serviço odontológico, não sua força de trabalho. Note-se que a negociação de valores se dá diretamente com a empresa e o acordo é referido como muito vantajoso pela entrevistada. O período mencionado vai do meio da década de 80 ao começo dos anos 90. É de se salientar que o contrato foi perdido porque a empresa decidiu contratar uma grande seguradora, de base nacional, simbolizando, portanto um movimento mais geral no mercado de trabalho.

Enquanto este contrato direto com a empresa foi referido por apenas uma entrevistada, as caracterizações que serão feitas a seguir são narradas por mais de um dentista e parecem ter sido bem mais comuns.

Os dentistas referem os anos 1980 como um período em que predominavam, no setor de convênios odontológicos, os planos de autogestão. Quando perguntados quais eram os convênios que tinham no período, os entrevistados 02, 05 e 12 referem principalmente empresas estatais atuantes nos setores de petróleo, saneamento e energia elétrica. É unânime a opinião de que neste período os valores das tabelas de remuneração eram maiores, as restrições de credenciamento (tempo mínimo de formado, especialização) eram menores ou inexistentes e as

²⁵ Multinacional do setor de engenharia elétrica e eletrônica

interferências no processo de trabalho menos comuns – as glosas só se tornariam usuais mais tarde.

Diferentemente da situação anterior descrita pela entrevistada 02, aqui não há um produto planejado pelo dentista e livremente negociado com a empresa. Cada plano de autogestão tinha suas normas e tabelas remuneratórias, que deveriam ser seguidas pelos cirurgiões-dentistas. Mas uma diferença importante em relação às operadoras de Odontologia de Grupo que ganhariam relevo mais tarde é que os planos de autogestão não são constituídos com a finalidade de auferir lucro a partir da venda da mercadoria serviço odontológico. Seu objetivo é a manutenção da saúde da força de trabalho e, na medida em que se apresentam como benefício, suavização do conflito capital-trabalho. Ressalve-se que os planos de autogestão, embora sejam os mais mencionados, não são os únicos citados para o período, sendo também importante a atuação de uma grande seguradora de saúde. Conforme relata a entrevistada 02, mais tarde esta seguradora veio a perder parte de seu mercado para as operadoras de Odontologia de Grupo atuais.

Este cenário é fortemente reconfigurado com a reestruturação produtiva ocorrida na Região Metropolitana de Salvador. Primeiro, porque os processos de terceirização levaram à substituição de trabalhadores protegidos por terceirizados, sem direito a diversos benefícios. Segundo, porque as empresas perceberam que a reprodução da força de trabalho também poderia ser exteriorizada, reduzindo custos. As implicações deste processo são vividamente relatadas pela entrevistada 02:

Bom, quando chega a segunda metade assim da década de 90, aí a gente começa a perceber os impactos, né? (...) Então assim, era muito claro começar a ver as fusões das grandes empresas, do Polo Petroquímico, um enxugamento muito grande de quadro de funcionários. Toda vez que grandes empresas se fundem, obviamente que muitos cargos acabam desaparecendo. (...) Então eles começavam, eram listas de demissões imensas, né, que surgiam. Então assim, a gente começou a perceber, então o esvaziamento do consultório, ligado a esses grandes convênios (...). E aí você via as pessoas perdendo o emprego e deixando de ir ao dentista, seja porque... primeiro porque perdia o seu credenciamento, segundo porque às vezes passava algum tempo, entrar no mercado de trabalho novamente. Então, quando às vezes retornavam, era na situação de relação de trabalho terceirizada, e aí perdiam o convênio (...) (Entrevistada 02).

Pelos relatos dos entrevistados nota-se que, em um período inicial, os dentistas eram procurados pelas operadoras de Odontologia de Grupo que surgiam no mercado. Com o tempo, a equação se inverteu e as operadoras passaram a ser procuradas pelos dentistas. Foi o momento em que aumentaram as exigências para o credenciamento. Há um período em que as empresas experimentam ter clínicas próprias com dentistas trabalhando no local e mais tarde boa parte destas ações são externalizadas. Vejamos como isto se deu.

O entrevistado 03 narra o processo de negociação pelo qual credenciou seu consultório em um município da mesorregião metropolitana de Salvador a uma grande operadora de Odontologia de Grupo, ao final dos anos 90. Respeitadas as diferenças de mercado entre Salvador e pequenos municípios, é razoável supor que no período em que estas mesmas operadoras entraram no mercado soteropolitano, o processo tenha sido semelhante, com uma pequena diferença de tempo.

Agora, como eu soube nesse aspecto assim, aproveitar, então eu notei na época que a *operadora P* não tinha consultório no *município M*. Começaram a ir direto no meu consultório, onde eu trabalhava, pra tentar credenciar. Mas como existia uma tabela muito baixa, o dono não queria e eu também “ah não, com essa tabela eu não vou, tal”. Quando eu montei um consultório, eu disse “olha, eu vou montar um consultório, eu atendo vocês. Agora eu quero garan... exclusividade, só eu vou atender e tem que melhorar a tabela”. Então, eu sempre consegui esse negócio (Entrevistado 03).

O poder de barganha alcançado por este dentista não foi verificado nos períodos subsequentes pelos outros odontólogos. A condição que lhe proporcionou a vantagem – ser o único dentista no local em que a operadora já tinha beneficiários – também não foi usufruída pelos demais. Nos períodos mais recentes, os dentistas se queixam ou da dificuldade em se credenciarem ou da remuneração muito baixa.

A entrevistada 08 relatou que, a partir de 2001, começou a trabalhar na clínica pertencente a uma grande operadora de Odontologia de Grupo. Tomaremos seu relato como exemplo de um processo mais amplo, mas não foi nosso objetivo investigar se todas as operadoras trilharam o mesmo caminho descrito.

Há, portanto, uma diferença em relação ao quadro anterior, em que os dentistas atendiam em seus próprios consultórios. Neste caso específico, a “autonomia atípica” do credenciamento a planos odontológicos converteu-se em assalariamento atípico: nem mesmo os meios de trabalho eram controlados pelos dentistas. Coexistiam duas modalidades de contratação: em formato CLT para atividades relacionadas à administração e como PJ para a execução de atividades clínicas. Advertimos que neste período a existência de clínica própria da empresa não descartava o credenciamento de consultórios dos dentistas, apenas somava-se a ele.

Aquela clínica da empresa, contudo, não vingou. Conforme relatado, acumularam-se os processos trabalhistas movidos – e ganhos – pelos dentistas pejetizados, findando com o fechamento da clínica própria e manutenção apenas dos consultórios credenciados. Todavia, segundo os entrevistados, ao contrário das poucas exigências para credenciamento do período anterior, mais recentemente os dentistas têm dificuldade em conseguir obter credenciamento em seus próprios consultórios caso não constituam pessoa jurídica.

Os relatos dos dentistas que buscaram conveniar-se a planos odontológicos mais recentemente diferem do exposto pelo entrevistado 03. A entrevistada 07 afirmou ter enfrentado uma dificuldade para obter “bons convênios”. É recorrente, embora não tenha sido unânime, a distinção, feita pelos dentistas, entre “bons convênios” e “planos ruins”, em função da remuneração. Este não foi um assunto aprofundado nesta pesquisa, mas é útil citar o trabalho de Sousa et alli (2010) que comparou valores das tabelas de remuneração entre 6 planos odontológicos atuantes em Salvador. O valor pago por uma restauração de amálgama de 1 face por uma operadora de autogestão foi R\$30,00, enquanto este mesmo procedimento era remunerado em R\$10,50 por uma operadora de Odontologia de Grupo. A segunda operadora tem 17 vezes mais beneficiários que a primeira, comparando dados nacionais. Estes são indícios que sugerem que o tamanho da fatia do mercado

controlado pela operadora, bem como sua modalidade, tem relação com os valores pagos aos dentistas. Recomendamos maiores estudos que aprofundem o tema.

Podemos comparar a situação do entrevistado 03 com a do entrevistado 11, dentista com cinco anos de formado. Já havíamos mencionado que este jovem montara consultório próprio, fechando em pouco tempo por falta de retorno financeiro. Quando indagado sobre o porquê do ocorrido, um dos motivos elencados foi:

...a gente não tinha plano nem nada, era só particular. Infelizmente os planos tomaram conta hoje. A maioria das pessoas tem plano odontológico, às vezes a empresa faz ou as pessoas fazem particular, mas a maioria tem plano e aí não faz mais particular. A gente, mesmo fazendo um preço mais barato particular, a gente perde muito. Por causa dessa questão do plano. Os planos são a base da instituição odontológica hoje, entendeu? (Entrevistado 11).

Portanto, para muitos jovens que estão se inserindo agora no mercado de trabalho, o atendimento a planos nem sempre é uma escolha, mas uma necessidade se desejarem atuar na esfera privada. Dos cinco dentistas jovens entrevistados, a entrevistada 10, única que no momento da entrevista mantinha consultório próprio, atendia a diversos planos odontológicos, inclusive os de baixa remuneração. Os entrevistados 01, 11 e 13 trabalham em porcentagem e também atendem planos. Suas clientelas muitas vezes consideram mais vantajoso a contratação de um plano que o desembolso direto, mesmo quando os valores cobrados para atendimento particular são baixos. Os únicos entrevistados que afirmaram não se vincular a operadoras de planos pertencem a outras gerações – um formou-se nos anos 1960, outro nos 1980 – e atualmente dedicam poucas horas na semana ao atendimento em consultório. Em suas próprias palavras, não precisam de convênios para *completar a agenda*.

Ao longo das três décadas descritas, as implicações mais relatadas foram a diminuição da remuneração por procedimento, o aumento da exigência para credenciamento (mínimo de 2 anos de formado, especialização, PJ), alterações no processo de trabalho decorrentes das normas das empresas. Há, contudo uma outra

consequência menos explícita, mas de grande importância para nossa análise: a necessidade de economia de escala.

RES: ...hoje em dia a *operadora P*, (...) por conta de você ter que digitalizar a documentação, essas coisas novas que tão sendo exigidas, estão obrigando que a gente tenha, **no mínimo, três funcionários**. Então isso aí também gera um custo razoável na... na... para a clínica o que diminui ainda o seu ganho com relação aos convênios.

ENT: Como fica em relação a isso, essa exigência de documentação, digitalização... Poderia favorecer então clínicas maiores em detrimento das pequenas?

RES: Óbvio, óbvio. E tirou a obrigação dos convênios, diminuiu razoavelmente os custos que o convênio tinha... (Entrevistado 03).

Aqui é importante destacar os processos pelos quais as operadoras repassam seus custos operacionais para os dentistas. O dentista que se vê obrigado a contratar três funcionários para conseguir dar conta das exigências burocráticas da operadora está, de certo modo, dispensando a empresa de empregar funcionários. Não apenas o custo financeiro é assumido, mas as obrigações trabalhistas também. No caso do odontólogo que opta por manter o formato consagrado de consultório com somente uma cadeira e um funcionário, como é o caso da dentista 10, é o próprio dentista que realiza muitas das tarefas burocráticas, desviando parte do tempo que seria empregado em atividades clínicas. Esta é uma realidade típica dos processos de terceirização, comum também a outros setores econômicos.

Quando a empresa estipula R\$10,50 por uma restauração, é ao dentista que cabe fazer seus cálculos de custos fixos e variáveis para que o procedimento se pague e ainda remunere sua força de trabalho. Neste cenário, os pequenos produtores saem em desvantagem. O entrevistado 11 refletira que um dos motivos para o fechamento de seu consultório foi o fato de ter apenas uma cadeira, tornando o custo fixo por procedimento muito alto.

No capítulo 4 já delineamos o que nos parece ser uma tendência de fusões entre operadoras de planos de saúde e compra de pequenas empresas pelas maiores. Neste capítulo, os relatos dos dentistas parecem apontar para maior vantagem das grandes clínicas sobre os pequenos consultórios. Isto não significa que em um futuro

próximo não existirão consultórios isolados, mas que as clínicas maiores reúnem melhores condições objetivas para se posicionarem no cenário.

Há, ressalve-se, dentistas que até hoje atendem “bons planos”, como é o caso da entrevistada 7, ou que consideram não haver planos bons ou ruins, apenas situações mais ou menos desvantajosas, caso do dentista 03.

5.4 Cooperativa

Em nosso trabalho de campo, não entrevistamos dentista algum que participasse de cooperativa odontológica. Cabe salientar que as cooperativas odontológicas ocupam um espaço diminuto no mercado de Odontologia Suplementar em Salvador: enquanto no Brasil elas atendem 17,3% dos beneficiários de planos odontológicos, em Salvador, respondem por apenas 0,9% (BRASIL, 2011a).

A desproporção também pode ser observada quando se analisam as páginas na internet da Uniodonto do Brasil e da Uniodonto Salvador: aquela afirma contar com 20 mil dentistas cooperados, enquanto esta com algo mais que 120 (UNIODONTO 2011, UNIODONTO SALVADOR, 2011).

É curioso notar que a fundação da UNIODONTO Salvador tenha sido em 1983, apenas 9 anos após a primeira cooperativa odontológica brasileira (UNIODONTO 2011, UNIODONTO SALVADOR, 2011), em um cenário ainda não tão ocupado pelas operadoras de Odontologia de Grupo e mesmo assim não tenha alcançado um resultado similar a outras singulares do sistema. Desta forma, recomendamos pesquisas posteriores que se dediquem ao assunto com maior ênfase.

5.5 Trabalho em porcentagem

Denominamos trabalho por porcentagem ou por percentual aquele em que o dentista se desloca para o consultório pertencente a outro (seja ou não um dentista), despendendo apenas uma pequena parte dos insumos necessários à produção. Via de regra, as instalações, equipamentos e instrumentais pertencem ao dono da clínica e o equipamento de proteção individual (gorro, máscara, luva) e micromotor ao dentista, mas há outras configurações menos comuns. A cobrança ao paciente ou à operadora de plano em geral cabe ao dono da clínica, que repassa ao dentista de 40 a 50% do valor obtido. A modalidade de pagamento pelo paciente em geral é definida pela clínica, os dentistas se referem a “clínica com plano” em contraposição a “clínica que só faz particular”. Os dentistas são contratados para um número de turnos semanais por período indeterminado e não há formalização do contrato. A descrição que fizemos corresponde à situação mais encontrada entre dentistas jovens nos tempos atuais, mas também foram encontradas referências ao trabalho em porcentagem entre dentistas de inserção anterior aos anos 1990, quando do início de sua vida profissional. As diferenças entre os dois grupos serão delineadas adiante.

Sob a denominação “trabalho em porcentagem” abrigam-se pelo menos dois modelos de prática mais comuns: o preâmbulo da prática liberal e o mascaramento da condição assalariada. No primeiro, referido pelos entrevistados 06, 07 e 12, trabalhar por porcentagem significa um primeiro degrau em direção à prática liberal associada a colegas de profissão. O entrevistado 06 (formado nos anos 1960) refere que, embora não tenha tido sorte em relação à primeira clínica em que trabalhou, a situação mais comum entre os dentistas de sua geração era de extrema satisfação em relação a esta prática:

ENT: Essa situação de ir trabalhar por percentual na clínica de um dentista já renomado era muito comum entre dentistas?

RES: Era o que todo mundo queria. Eram pessoas que faziam escola. (...)

ENT: Sair da faculdade para trabalhar lá...

RES: Quer dizer, se conseguisse era maravilhoso. Porque tinha nome, era sucesso.

ENT: Quando você falou "se conseguisse era maravilhoso", porque era uma concorrência grande?

RES: Tinha o paciente, era o referencial, onde tinha a nata da clientela de Salvador. Tudo particular. E era uma espécie de apogeu da Odontologia da época, você conseguir se infiltrar nesse meio (Entrevistado 06).

O entrevistado 12, formado nos anos 1980, também exerceu esta modalidade no início de sua carreira. Tornara-se uma espécie de referência em seu campo de atuação, tendo sido convidado por colegas mais velhos para trabalhar por percentagem em uma clínica, um estágio para tornar-se sócio da mesma:

E, quando o patriarca faleceu, me chamaram pra comprar a parte dele, eu disse que não tinha condição, que chamasse outra pessoa, mas ele disseram "não, tem que ser você, mesmo que a gente aguarde". Então aguardou, eu fiz (...) a minha economiazinha e comprei a parte dele (Entrevista 12).

O trabalho em porcentagem já era descrito por Paixão em 1979, ainda em um modelo bastante próximo da prática liberal:

...grupo de CD's que faz caixa comum, cada um contribuindo com uma porcentagem do que arrecada no seu consultório, para as despesas comuns e compra do material. Ao final dos pagamentos, o que resta do caixa volta para os profissionais em partes iguais. Embora seja uma forma de trabalho cooperativo, normalmente um **profissional controla o grupo**, ou pelo prestígio e/ou conhecimento, ou por ser **proprietário do prédio e dos equipamentos**. Pode-se observar que esta é uma forma intermediária entre o condomínio e as empresas de saúde, entre o trabalhador autônomo e o trabalhador assalariado (PAIXÃO, 1979, 22-3, grifos nossos).

Este padrão ainda pode ser observado em fases posteriores. A entrevistada 07, mesmo tendo se formado nos anos 1990, completou a transição de trabalho em percentagem para a prática liberal:

(...) no ano passado elas [colegas dentistas], a gente se encontrou e elas falaram "ah, estou precisando de alguém pra trabalhar por percentual". (...) Aí eu vim pra cá uns dois turnos, aí depois tive a oportunidade de entrar como sócia e aí entramos como sócia (Entrevista 07).

O outro polo de trabalho em percentagem, o mascaramento da condição assalariada, pode ser encontrada nos relatos dos entrevistados 1, 10, 11, 13 (formados na década de 2000), 3 e 8 (formados nos anos 1990). Aqui, a ideia de que o trabalho em percentual represente uma forma de integrar-se a colegas mais bem sucedidos até ser possível adquirir uma parte da sociedade não está presente.

Os entrevistados 3, 8 e 10 até chegaram a estabelecer consultório próprio, mas por outros caminhos.

Os entrevistados 3 e 11 relataram já terem trabalhado em percentagem para não-dentistas, referidos como *leigo* ou *charlatão*. Esta é, talvez, a condição mais negativamente valorada entre os dentistas, em que se sentem mais fortemente explorados:

Ele era um protético, coisa que tem muito na profissão da gente. Os protéticos montam um consultório e botam um dentista pra trabalhar pra ele, entendeu? Então há um problema sério. (Entrevistado 11)

(...) fui trabalhar no *município R* também numa clínica que... que o proprietário era um... um... leigo, né? E que mais tarde a gente descobriu que trabalhava, fazia o trabalho de charlatão, é uma outra coisa que acontece no mercado de trabalho de Odontologia, muitos práticos contratam dentistas jovens (Entrevistado 03).

Enquanto no primeiro modelo, o dono da clínica era um dentista de maior renome, que poderia funcionar como um canal de acesso a uma boa clientela, aqui o contratante é um *charlatão*, um infrator da ética e da lei²⁶. Os dentistas entendem não haver possibilidade de ascensão por este caminho: este padrão é a expressão mais contundente da precarização do trabalho. No primeiro modelo o dentista almeja tornar-se um igual, tornar-se sócio de seu contratante; no segundo, encontra-se numa situação que só é aceita como temporária, na ausência de outras possibilidades. Se a primeira situação era o *sonho de todo dentista*, a segunda figura como pesadelo:

ENT: Você tinha algum adicional pelo fato de ser responsável técnico?

RES: No começo não, hoje em dia sim, se fosse pra ser responsável técnico (...) teria que me pagar mais, teria que ser tudo a conforme, vamos dizer assim. Mas na época não, recém formado a gente não... a gente quer emprego. A gente quer um lugar que a gente possa exercer a profissão. Mesmo mal remunerado, mesmo em condições precárias que hoje já não teria coragem de trabalhar em algo igual ou parecido com que trabalhei (Entrevista 11).

²⁶Enfatizamos que, ao empregar as expressões “primeiro modelo” e “segundo modelo” não estamos querendo atribuir necessariamente um ordenamento cronológico. O trabalho em percentagem como preâmbulo da prática liberal não foi extinto, mas a modalidade que se configura como assalariamento disfarçado parece assumir uma importância bastante maior para a geração formada nos anos 2000.

Outra situação é também referida de forma bastante negativa pelos dentistas: trabalhar no que denominam “clínica popular”. Ao longo da fase de campo, fomos compreendendo que “trabalho em percentagem” e “clínica popular” são duas categorias advindas do campo que não se sobrepõem totalmente. *Clínica popular* descreve o público alvo do estabelecimento e às vezes revela também determinados padrões de qualidade. A *clínica popular* muitas vezes vem associada à ideia de remuneração em percentagem, mas o trabalho em percentagem não ocorre exclusivamente em clínica popular.

Uma das entrevistadas, que já trabalhou em um estabelecimento deste tipo, embora não o faça atualmente, conceituou *clínica popular*:

(...) clínica popular você... você sabe, né? É uma clínica de bairro direcionada a um público mais D e C. É aquele tipo de atendimento quase, tem os atendimentos que você consegue realizar o tratamento todo, tem outro que é quase que emergencial, as pessoas que vão lá fazer uma determinada coisa. Então, você como profissional, como técnica, você termina se afastando um pouco da coisa mais especializada, né? Porque não te dá condições até de aplicar técnicas mais avançadas com materiais mais, ter acesso a materiais que seria de um custo mais elevado, que as pessoas não pagam por isso (Entrevistada 09).

Algumas vezes as limitações da clínica popular vão além de não ter condições de aplicar as técnicas mais avançadas, mas incluem o não atendimento de normas elementares de biossegurança:

(...) eu estagiei num consultório super, hiper, hiper, hiper, hiper popular no *bairro C*. E que foi assim, uma experiência boa sentido de que "é isso que eu não vou fazer no meu consultório" (...) então higiene zero, preços vergonhosos para a classe odontológica, né? (Entrevistada 10).

Se os preços são considerados *vergonhosos para a classe odontológica*, receber somente quarenta por cento de tais valores significa uma situação ainda mais exasperadora.

Embora trabalhar para *um leigo* seja uma situação de bastante constrangimento para o dentista, a sensação de estar numa situação desfavorável também pode ocorrer quando se trabalha para outros dentistas:

Fazia endodontia na clínica popular. (...) A dona era dentista. (...) Ela fazia endodontia, mas fazia essa parte de cirurgia e precisava de alguém que ajudasse a trabalhar. (...) Então a gente era uma mão de obra boa para ela, porém o repasse quase não existia. Era uma boa tabela, mas a gente recebia muito pouco (Entrevistada 08).

À primeira vista, poderia ser pensada uma associação entre atendimento a um público de baixa renda e trabalho em porcentagem, mas ao longo da fase de campo, ficou evidente que esta modalidade de inserção no mercado ocorre também nas clínicas que atendem a outros públicos:

ENT: Eu recebi inclusive o panfleto [de uma clínica de classe média]. Os dentistas que trabalham, é em formato de porcentagem?

RES: Também. Todos. Todos.

ENT: Existe alguma formalização de contrato?

RES: É informal. É acreditando que ninguém vai acionar juridicamente.

ENT: Então o formato de porcentagem acontece tanto no AA [público de alta renda] quanto no popular, em todas as faixas?

RES: Todas as faixas. Assim, no AA, não. No AA eu pago um aluguel, muito alto. Mas no restante, aqui, **classe média é percentual** (Entrevistada 08).

Para compreender melhor o significado do trabalho em porcentagem para os dentistas, algumas vezes pedimos que enumerassem as vantagens e desvantagens desta modalidade em relação às outras situações que já tinham vivenciado. A entrevistada 07 faz parte dos que trabalharam em porcentagem como um preâmbulo para a prática liberal e é com esta condição que faz a comparação:

A vantagem [do trabalho em porcentagem] é que você não tem muito o que se preocupar em termos de administração, em termos de contas pra pagar, entendeu? E as desvantagens, como você não tem que preocupar muito, você acaba ficando muito solto e não tomando muito conta daquilo que, é, dos pacientes, do tratamento, você acaba ficando meio solta, entendeu? A diferença basicamente é essa (Entrevistada 07).

A comparação que a entrevistada estabelece é do trabalho em porcentagem em relação à sua condição atual: a prática liberal em sociedade com colegas:

Você como dona da clínica, você como... Seu nome ali na... Vamos dizer assim... Patrimônio, aquilo ali é meu patrimônio. Aquilo ali é uma coisa que é minha mesmo, então eu não posso deixar que os outros tomem conta (Entrevista 07).

A expressão empregada pela dentista, *ficar muito solto*, expressa uma situação que, embora desvantajosa, não está tão carregada de negatividade quanto a expressa por dentistas que experimentam o trabalho em percentagem como um assalariamento disfarçado. Estes são mais incisivos ao tratar desta modalidade. A entrevistada 01, formada a menos de três anos, quando solicitada a estabelecer comparações, o faz com a outra modalidade que pode experimentar: o trabalho assalariado no setor público, já que não teve a experiência de prática liberal:

RES: As desvantagens, que são muitas. É, como você trabalha com produtividade, você não sabe exatamente o que você vai ter disponível pra você no final do mês, né. Que antes, quando eu trabalhava na unidade básica, tinha um salário fixo, e agora você não tem. Então...

ENT: Você tem tido [salário] muito variável?

RES: Muito. Muito variável, assim. Porque você fica completamente vulnerável a outras questões, por exemplo: mês de junho – Copa, São João – ninguém lembra de ir ao dentista (Entrevistada 01).

A associação do trabalho em percentagem à imprevisibilidade e à vulnerabilidade está presente tanto na fala da entrevistada 01 quanto dos entrevistados 11 e 13, também formado há menos de dez anos. A questão dos tempos mortos no consultório aparece como um grande problema. A ausência de pacientes, os pacientes que faltam ao compromisso agendado, tudo isto também é sentido pelo dentista liberal. Em tese, poderíamos esperar que este fato repercutisse mais negativamente para o dentista liberal do que para o que trabalha em percentagem, já que este não precisa se responsabilizar pelos custos fixos do atendimento. Mas a fala dos entrevistados revela um impacto bem diferente do mesmo fenômeno para os dois grupos. Quando questionados sobre férias, tanto os dentistas liberais quanto os que trabalham em percentagem diziam que em geral não gozavam um mês inteiro de ausência do trabalho. Esta é a experiência de uma dentista formada nos anos 80, sobre a prática liberal, que exerceu no início da carreira:

Então assim, foi um período que... acho que foi o período que eu mais viajei em minha vida, né? Tinha recursos para isso, e nada impedia que eu levasse as crianças. Então, assim, desde bebê, desde um mês que meus filhos viajavam comigo, iam veraneiar, iam para os hotéis, e eu conhecia a cozinha de todos os hotéis. (...) Então a gente tinha essa autonomia, de pegar períodos em que o consultório tinha menor movimento para viajar com eles [os filhos], para sair, para estar com eles, São João, Natal, Carnaval aqui na Bahia. Então esses eram os três períodos que a gente

aproveitava, entre aspas, para fragmentar as nossas férias. Que esse é um problema do profissional autônomo. A gente levou anos e anos e anos e não sabia o que era tirar umas férias de 30 dias. Então, nossas férias eram todas fragmentadas, a gente pegava entre 12, 10 a 12 dias de Natal e Ano Novo, período similar no Carnaval, e São João, às vezes, um período também... então, acabava tirando assim, um período de 25, 30 dias no ano, mas dessa forma, fragmentada (Entrevistada 02).

Assim, para o dentista liberal, a existência de períodos de menor movimento no consultório devido ao calendário festivo representa a possibilidade de usufruir um tempo de lazer com a família. É um período de menor rendimento que não pode ser evitado, portanto é aproveitado para o não-trabalho. Para o dentista que trabalha em percentagem como assalariado disfarçado, este vazio na agenda significa menos uma oportunidade de lazer que um momento de vulnerabilidade:

Eu nunca tive férias, entendeu? Eu tenho vinte e nove anos, tenho cinco anos de formado e infelizmente eu não sei o que é férias nem o que é décimo terceiro. Pra mim tudo isso é tão bonito, tão distante, não vejo a possibilidade de eu ter isso um dia. Pra não dizer que eu não vou ter umas... Aí sim, as férias que tem são feriados, essas coisas. (...) Então mais ou menos uma vez por mês eu não trabalho na sexta e na segunda. (...) Então minhas férias são mais ou menos essa, porque também tem esse lado, entre aspas, positivo de ser profissional liberal. Positivo por isso, (...), mas negativo porque eu não recebo nesses dias. Então o rendimento cai por causa disso (Entrevistado 11).

Na visão do entrevistado, a ideia do trabalho em porcentagem aparece como uma derivação da prática liberal, não como uma precarização do trabalho assalariado. Há no senso comum a ideia de que o profissional liberal é seu próprio patrão e determina seu processo de trabalho, sua jornada, seu tempo de lazer. Uma flexibilidade que se contrapõe à rigidez do assalariamento típico, com horários a cumprir, prescrições a seguir. Nossos achados sugerem que, para os dentistas que trabalham em percentagem, a flexibilidade é muito mais de rendimentos do que uma autonomia na organização do trabalho.

Um fato que nos chamou a atenção ao comparar a fala da entrevistada 01 com as entrevistadas 02 e 07 é que, enquanto aquela utiliza a expressão “os pacientes”, estas empregam “meus pacientes”. Um motivo de forte satisfação das dentistas 02 e 07 é o acompanhamento de um mesmo paciente por anos a fio, podendo acompanhar a evolução de sua condição de saúde desde a infância:

Eu tenho pacientes que, por exemplo, eu acompanho com fotografia, com registro, desde os 4 anos de idade, e hoje está com 16. E eu tenho, assim, uma menina com 4 anos de idade com 22 lesões de cárie, e hoje está já com 16 e zero cárie. E eu poder ter fotografado e acompanhado isso, sabe? (Entrevistada 02).

A entrevistada 01 não vive uma relação semelhante com seus pacientes. Poder-se-ia argumentar que isto se deve ao pouco tempo que tem de formada, mas a explicação mais provável é que isto se deva a própria forma como se dá sua inserção no mercado de trabalho. Diferentemente do entrevistado 11, ela não refere a si mesma como uma dentista liberal:

ENT: Em geral é fácil encontrar as clínicas para trabalhar? Ou é difícil?

RES: Não, encontrar as clínicas é bem fácil, porque o que mais se tem disponível... (...)

ENT: Por que tem tantas vagas assim?

RES: Eu acho que por causa dessa precarização. (...) Não existe um vínculo, né, você não tem vínculo.

ENT: Os dentistas saem de lá também? Em quantidade?

RES: Saem também. Na medida (...)

ENT: É percebido isso como grande rotatividade?

RES: É. Humrum. Tem uma rotatividade bem grande.

ENT: Seus colegas...

RES: É bem complicado, quando eu entrei nessa clínica mesmo *do bairro P* eu já pegava odontograma feito por outro dentista, né, o paciente que já tava em tratamento com outra dentista, não era um paciente que tinha sido marcado pra ser atendido por mim. Isso era bastante complicado, porque às vezes você discorda daquilo que foi proposto... (Entrevista 01).

Tanto a entrevistada 01 quanto o dentista 11 declararam preferir o assalariamento típico ao trabalho em porcentagem. Mesmo quando este assalariamento não era tão próximo do padrão, ainda que contratados no serviço público como prestadores de serviço, sem garantias de estabilidade, a preferência recai sobre o emprego público:

ENT: Qual foi a motivação sua pra ir pra lá? [serviço público no interior]

RES: O salário fixo, ter um salário fixo. Na minha profissão hoje a gente sente falta. Por exemplo, porque hoje com vinte e nove anos, beirando os trinta, cinco anos de formado, já com ida... ligeiramente conhecido aqui em Salvador, as pessoas me conhecem (...). Porque eu ainda enfrento duzentos quilômetros toda semana de ida e duzentos de volta, quatrocentos quilômetros, pra ir trabalhar num lugar e voltar? Porque é um trabalho fixo. Apenas isso. [ênfase] (Entrevista 11).

Outra diferença entre os dois padrões de trabalho em porcentagem está na forma de admissão: os dentistas que trabalham em porcentagem como preâmbulo da prática liberal em geral são conhecidos ou amigos dos donos da clínica e são convidados por estes. Já o ingresso no assalariamento disfarçado em geral se faz mediante anúncios de emprego no jornal, que existem em profusão. Nas palavras da maioria dos entrevistados, não faltam vagas para este tipo de trabalho.

Retomando os critérios de Donnangelo (1975) para identificar a posição do profissional no mercado, percebemos que a posse dos meios materiais de trabalho não esteve presente nem para o grupo em que o trabalho em porcentagem foi um passo em direção à autonomia, nem entre os disfarçadamente assalariados. Contudo, para alguns deste grupo, a questão é mais profunda que a posse, pois não lhes cabe a escolha do processo de trabalho. A entrevistada 10 relatou ter trabalhado em um consultório que seria o modelo do que não deve fazer no seu consultório, portanto a flexibilidade não significava ter o direito a trabalhar de acordo com os parâmetros técnicos que julgava adequados. Certamente não é uma situação completamente generalizável, mesmo a entrevistada 01 relatou ter certa margem de negociação em relação aos insumos que desejava utilizar.

A liberdade de fixação do preço do trabalho não se dá por completo. As clínicas sugerem uma tabela e o profissional é “livre” para adaptar às especificidades de cada caso clínico, mas, conforme relata a dentista 01, no geral se pratica o preço sugerido. Afinal, os relatos dos dentistas 10 e 11 sobre a insatisfação com os baixos valores recebidos não sugerem tanta liberdade na determinação do preço de seu trabalho. Não apenas no preço, mas também no mecanismo de pagamento não é uma livre escolha do profissional:

Então a gente sempre tenta não se envolver com planos. Até que às vezes a gente se rende e tem que trabalhar. Por exemplo, eu trabalho com planos hoje porque eu trabalho numa clínica que funciona com planos e é injusto eu trabalhar na clínica e só eu não querer atender. Se eu trabalho naquela clínica eu tenho que atender todos os sistemas que tem (Entrevistado 11).

É uma realidade bem diferente dos dentistas que trabalharam em porcentagem para alcançar a prática liberal: o entrevistado 06 nunca precisou atender convênios, o dentista 12 começou a atendê-los nos anos 80 e, achando-os desvantajosos, dispensou-os em 1989, a profissional 07 cancelou os piores planos e ficou apenas com os de melhor remuneração.

Por fim, o critério “controle sobre a clientela” parece ter significados bem distintos para os dois grupos: a entrevistada 07 relatou que mesmo seus pacientes de plano a acompanharam quando mudou de clínica em que trabalhava, o que não acontece com os dentistas 01 e 11.

5.6 Assalariamento no setor público

Nossa pesquisa tem privilegiado as transformações do mercado de trabalho dos dentistas ocorridas no setor privado, pois compreendemos que o setor público tem recebido espaço maior na literatura, mesmo que seja um tema longe do esgotamento. Ainda assim, dedicamos atenção ao assalariamento no setor público porque significa um fator importante para compreender nosso objeto.

O emprego no setor público não é novidade entre dentistas, Paixão, em 1979 encontrara que “no Regime Salarial, o maior empregador é o Estado” (PAIXÃO, 1979, p.115). Dos 196 dentistas que pesquisou, 46 (23, 37%) tinham vínculo com o Estado, contudo para apenas 4 (2,04%) o vínculo era exclusivo. São informações como esta que sugerem que, ainda que não tenha ocupado o mesmo destaque dos dias atuais, o assalariamento no setor público não é um fenômeno inédito.

Se considerarmos que fazem parte da categoria “assalariamento no setor público” não apenas o assalariamento no SUS (e instituições que o antecederam), mas também a docência em universidade pública e trabalhar como dentista das Forças Armadas, veremos que, dentre todos os entrevistados, somente duas não tiveram

vínculo público. Sete dentistas são atualmente assalariados no setor público e cinco já o foram.

O motivo alegado para a procura pelo emprego público costuma ser o salário fixo, a segurança, a previsibilidade e, para alguns, a garantia de direitos trabalhistas. Há dois padrões mais comuns: durante um curto espaço de tempo, como forma de acumular economias e experiência profissional para a prática liberal ou ao longo de toda a vida em tempo parcial em paralelo à prática autônoma. No primeiro padrão é comum que o emprego seja deixado quando a prática liberal progride o suficiente, enquanto no segundo é mantido. Um terceiro padrão, aparentemente menos comum, é a exclusividade do emprego público.

Temos representantes do primeiro padrão tanto na geração mais nova quanto nas que a antecederam. O dentista 12, formado nos anos 1980, ingressou na Aeronáutica logo após sair da faculdade. Este trabalho, que durou de 2 a 3 anos, permitiu-lhe iniciar a vida profissional:

ENT: Na Aeronáutica a remuneração era vantajosa?

RES: Até que era pra época, era vantajosa porque eu comprei um carro de segunda mão, eu comprei meu consultório em algumas etapas, mas deu pra comprar. Primeiro eu comprei equipo, depois comprei a cadeira e a cuspideira, essas coisas assim, e aí sobrava dinheiro (Entrevistado 12).

Este emprego por curto período continua sendo procurado pelos dentistas mais jovens. A entrevistada 01, formada a menos de 3 anos, rapidamente começou a trabalhar no PSF de um pequeno município:

ENT: Você pensava em passar quanto tempo lá no interior, assim...

RES: No máximo, dois anos. (...) Eu já tinha pensado na minha cabeça antes de ir pra lá: "Dois anos que eu fico aqui, eu tenho o dinheiro que eu preciso pra pagar o meu curso de Ortodontia, de comprar material e de ficar, de pelo menos se eu voltar pra Salvador e não conseguir achar alguma coisa muito interessante pra trabalhar, eu não vou ficar com a cabeça quente de pensar em como é que eu vou pagar" (Entrevistada 01).

A diferença entre estas duas trajetórias é que o dentista 12 alcançou seu objetivo. Podemos pensar como razão para tanto o fato de que seu ingresso "foi um concurso

que teve, você fazer uma prova e uma entrevista, uma prova oral” (Entrevista 12). Já a situação da dentista 01 no município era mais frágil. Teve acesso à vaga por indicação de um colega e foi contratada como prestadora de serviço, para que a prefeitura não assumisse vínculo com a profissional. Desta forma, quando menos de um ano depois o município ficou com apenas um consultório funcionando, foi demitida. Assim, não teve o tempo necessário para reunir as economias que planejava. A saída da jovem dentista não foi voluntária, mas resultado da situação instável em que se encontrava.

O segundo padrão, de manutenção do emprego público em tempo parcial ao longo da carreira profissional, aliando-a ao trabalho no setor privado (seja como autônomo, assalariado ou formas atípicas) também é identificável em diversas gerações. Foi a opção dos dentistas 05, 02 (até o momento da entrevista), 07 e 11, formados, respectivamente, nas décadas de 1960, 1980, 1990 e 2.000. A maioria relata como motivação a remuneração fixa e a estabilidade. Também é referido o direito a férias, décimo terceiro salário e aposentadoria. Todavia, vale salientar que os três primeiros dentistas são estatutários, ao passo que o mais jovem, tal como a dentista 01, mantém um emprego instável em uma prefeitura do interior, na modalidade de prestador de serviço.

O terceiro padrão, que supomos ser o menos comum e de importância mais recente, é o da desistência da prática liberal e dedicação integral ao serviço público, do qual são representante a dentista 05 e a dentista 14 (a dentista 02, no momento da entrevista, também estava em processo de abandonar a prática liberal e ficar apenas no setor público). Um fato interessante é o de a dentista 05 se tratar de uma profissional formada nos anos 1980 – uma geração que encontrou a prática liberal em um momento extremamente promissor. Há um componente de sua personalidade, o gosto pela saúde pública, que deve nos alertar para a não generalização deste fenômeno. Mas há fatores que extrapolam as características individuais:

RES: [Desde] que eu comecei a trabalhar, o único remunerado bom assim, de mercado de trabalho, na parte pública foi o PSF.

ENT: Antes do PSF não houve uma coisa boa assim não?

RES: Não, pela parte pública não (Entrevistada 05).

A dentista 05 é estatutária do município de Salvador e fez seleção interna para o PSF, motivo pelo qual tem remuneração diferenciada, substancialmente melhor. Já, a dentista 14, formada há menos de 10 anos, trabalha no PSF de Salvador em um contrato temporário, que será melhor analisado no capítulo 6.

Há um componente subjetivo que pode contribuir para esta migração para o serviço público, descrito pela dentista 02, da mesma geração da dentista 05. Quando perguntada sobre como estavam seus colegas de formatura, além de referir os que continuavam na prática liberal, revelou outra tendência, que desconhecíamos:

Tem vários colegas meus que foram pro serviço público já depois de muito tempo de inserção só no privado. E o discurso... é claro que por trás tem muito aquela coisa do fixo, de ter um salário fixo, do Programa Saúde da Família ter possibilitado uma remuneração mais decente do profissional, então isso claro que tem um peso. Mas assim, naqueles que eu tinha, dos meus colegas de turma que eu tinha uma proximidade maior, tinha uma coisa muito do desejo de sair das quatro paredes, por se sentir mesmo estressado, sozinho, doente mesmo, sabe? E duas colegas minhas chegaram a usar o termo assim: “ah, porque eu entrava em depressão” (Entrevistada 02).

Referimos no início desta sessão que, sob a denominação “emprego público” também consideraríamos a docência. Não foi o foco de nosso estudo a investigação dos motivos pelos quais dentistas buscam ou buscaram a inserção nas universidades, mas cabe uma menção ao tema, por ser reveladora das transformações pelas quais tem passado o mercado de trabalho dos dentistas. Uma dentista entrevistada, formada nos anos 1980, relata nunca ter cogitado tornar-se professora da universidade, mas certos motivos a levaram a fazer um concurso logo após formada – era uma época em que as exigências de titulação eram menores. Tal decisão, contudo, era censurada pelo marido, também dentista:

E aí uma coisa muito curiosa era que assim, a remuneração para a docência era uma remuneração que não... que é baixa, considerando o que se ganhava no campo privado, e eu escutava muito do meu marido dizer assim, quando eu vinha trabalhar: “como, não trabalha mais não, é?”

Quando eu ia para a universidade: “não trabalha mais não, é? Quer ganhar dinheiro mais não, é?”.

Para a geração mais recente, a docência é vista com outros olhos. A dentista 01 fala de seus sonhos para o futuro:

Como eu me imagino daqui a 10 anos... [pensativa]. Eu espero estar na clínica, atendendo em Ortodontia, mas inserida numa faculdade como professora em Ortodontia, como mestre em Ortodontia, que está fazendo doutorado também (Entrevistada 01).

O dentista 11 também tem a docência como desejo:

ENT: A sua intenção é o mestrado. Ou é...?

RES: Não, seria especialização, mas começando o mestrado profissionalizante eu já posso tentar, assim, tentar exercer a profissão também no âmbito da faculdade, universidade, entendeu? (...) Porque de fato, o que eu lhe falei antes: é importante ter um salário fixo. Eu não quero ficar viajando a vida toda indo pro interior. Entendeu? E então pra mim seria muito melhor eu estar na faculdade, receber um fixo da faculdade, inclusive as pessoas estão me vendo eu estou no âmbito estudando, estou me atualizando sempre e no que puder as pessoas estão me indicando, vou estar sendo referência já que professor da faculdade naquela área (Entrevistado 11).

Das falas dos sujeitos percebe-se que a especialização é, para os mais jovens, percebida como uma necessidade inconteste – passo que apenas era dado pelos dentistas das outras gerações em um momento posterior da carreira. Julgando que o título de especialista, por ser obtido por quase todos, não chega a ser diferencial, almejam também cursar mestrado e doutorado, pois o trabalho como docente é uma possibilidade que não deve ser descartada. Enquanto a docente citada viveu um cenário em que existia apenas um curso de Odontologia no estado, na atualidade há sete cursos, ampliando os postos de trabalho neste setor.

O assalariamento no setor público, portanto, torna-se mais desejado pelos dentistas das novas gerações (e mesmo por parte das gerações anteriores), como forma de fugir à imprevisibilidade da prática liberal, ou do assalariamento travestido de prática autônoma²⁷. É flagrante o contraste com o cenário relatado pelos dentistas que

²⁷ Exemplo disso é a concorrência no concurso público do município de Salvador, em andamento durante o fechamento da redação da tese. Para o cargo de dentista clínico no Centro de Especialidades Odontológicas (jornada de 20 horas semanais), 132 dentistas concorrem para 4

vivenciaram *a era de ouro da Odontologia*. Todavia, também são encontradas formas precárias de assalariamento no setor público, que serão analisadas em detalhe no capítulo 6.

5.7 Assalariamento no setor privado

Saturado – essa foi a expressão utilizada para descrever o mercado de trabalho pela dentista 04, fazendo coro com um grande número de odontólogos. Quando indagada dos motivos, apontou não apenas o fato de uma grande parte dos pacientes preferir planos de saúde, mas também a escassez dos postos de trabalho no setor privado.

De fato, quando nos referimos à tendência de assalariamento entre dentistas, estamos considerando principalmente o assalariamento disfarçado, como no caso do trabalho em percentagem. O assalariamento protegido pela CLT é pouco usual, sendo bastante presente a contratação como pessoa jurídica.

A inclusão da entrevistada 04 na amostra teve a intenção de permitir o estudo de inserção no setor privado pela via do assalariamento. Formada no final dos anos 1990, começou a trabalhar ainda como estagiária em uma instituição de natureza privada. Este foi o período em que os dentistas que trabalhavam na clínica desta instituição como celetistas foram demitidos e recontratados na forma de pessoa jurídica. A dentista 04 ingressou como profissional já como pejetizada, mas sua sócia ainda experimentou o período de CLT:

...eu acho que proporcionalmente hoje ela recebe mais trabalhando como... como prestadora de serviço do que na época que era CLT, ela não tem os benefícios, né? Ela não tem plano de saúde, ela não tem décimo terceiro, ela não tem férias... (Entrevistada 04).

O outro fator a pesar negativamente é a carga tributária, já que, perante a legislação, ela “é uma empresa”. Outra diferença em relação ao assalariamento padrão é que o

vagas, enquanto para odontólogo clínico do PSF (jornada de 40 horas semanais), 2.425 dentistas estão inscritos para 123 vagas (SALVADOR, 2011).

profissional recebe por produtividade – na ausência do paciente não há remuneração. Tal como um dentista autônomo, ela é “livre” para tirar férias quando quiser, desde que fique sem receber. Mas em todos os outros aspectos – os clássicos critérios de Donnangelo – não há dúvidas quanto à sua condição de assalariada. A contratação na condição de pejetizado também foi referido pelas dentistas 08 e 14. Note-se que é sintomático que os dentistas entrevistados não terem relatado que eles, ou os colegas com os quais mantêm contato, fossem assalariados no setor privado na modalidade regida pela CLT, no momento da entrevista. Dado o caráter não generalizável desta pesquisa, recomendamos estudos posteriores de natureza quantitativa que investiguem o quanto representa, em termos proporcionais, o número de postos de trabalho protegidos pela CLT para dentistas.

5.8 Proprietário

O proprietário descrito por Donnangelo (1975) encontrava-se fortemente dependente da clientela organizada pela Previdência Social – sua relação de subordinação ao setor público era o aspecto para o qual a autora chamava mais atenção. O médico proprietário de que falava a autora pertencia a uma pequena parcela de médicos capaz de dispor de altos investimentos em meios de trabalho mais dispendiosos. Este proprietário aparece como *tendencialmente* empregador de outros médicos – embora seguramente empregador de outras categorias profissionais. O critério que realmente determinaria a inclusão nesta modalidade seria o fato de que “sua fonte de renda não se reduz à atividade estritamente profissional” (Donnangelo, 1975, p. 81). Contudo, investigar renda de médicos, bem como de dentistas, traz dificuldades práticas consideráveis – Donnangelo relata ter passado por elas e também as encontramos nesta pesquisa.

No cenário que estudamos há diferenças substantivas. A primeira se refere aos profissionais estudados – no estudo de dentistas não temos algo análogo ao

hospital, fundamental para a compreensão da prática médica. Embora mencionemos que existam situações em que consultórios isolados estejam em desvantagem em relação às clínicas maiores, isto não tem o mesmo peso que a instituição “hospital” desempenha para os médicos. A segunda diz respeito à relação com a Previdência Social, alterada pelas políticas de saúde subsequentes, conforme foi explicado no capítulo 04. Estes são dois motivos para o proprietário do qual estamos falando ser significativamente diferente daquele estudado por Donnangelo (1975).

Desta forma, foi necessário construir uma conceituação própria de “empresário”. Para definir o proprietário é necessário primeiro afastar aqueles que indubitavelmente não se enquadram nesta categoria. Não é proprietário quem assume a forma de pessoa jurídica para trabalhar na sede de uma instituição: trata-se de um assalariamento disfarçado. Também não é proprietário quem se torna pessoa jurídica para conseguir se credenciar a um plano de saúde. Embora legalmente sejam consideradas empresas, o rótulo formal que recebem não altera a essência de seu trabalho. No plano ideológico este é um setor nebuloso – há um discurso difuso de que “todo dentista é empresário”. Esta fala, inclusive, foi expressa na palestra proferida pelo consultor que abriu a assembleia dos dentistas, descrita no capítulo 3, que deliberou pela paralisação contra um plano odontológico.

Aqueles que incontestavelmente se enquadram neste conceito são os proprietários de redes de clínica e planos odontológicos, quatro dos quais descritos no capítulo 4. Nem sempre os proprietários destas empresas são dentistas. Do ponto de vista das relações de produção isto é irrelevante, os próprios franqueadores de uma rede de clínicas odontológicas admitem isto. Entre estes dois polos – aqueles que claramente não são considerados proprietários e os que indubitavelmente são – há uma variedade de situações confusas, que apenas nos pareceu inteligível quando entrevistamos a dentista 09.

A dentista 09 migrou para o Rio de Janeiro, onde trabalhou nas clínicas de uma rede de um grande empresário dentista, sob a condição de assalariada precarizada. Mais

tarde, fixou residência em Salvador, tendo, a princípio, trabalhado para uma colega em *clínica popular* e mais tarde adquirido o consultório. Concomitantemente, o marido alugou turno em consultório em uma área mais nobre, chegando a estabelecer consultório próprio depois. Com o tempo, a dentista foi deixando de atender na clínica popular, contratando um dentista para substituí-la e passou a trabalhar com o esposo. A clínica do marido cresceu, outros dentistas foram contratados, alguns turnos são alugados e, atualmente, quando indagada sobre sua inserção no mercado de trabalho, a resposta é: “hoje eu atuo mais a nível de gestão, de administração”.

O fiel da balança para considerar a dentista 09 pertencente ao grupo dos proprietários, e não a dentista 10, que possui um consultório e contrata dentistas em modalidade de percentagem, foi o tempo dedicado à administração. A entrevistada 10 também realiza muitas atividades administrativas e é de certa forma uma empregadora de dentistas, contudo ainda realiza atividades clínicas em 3 a 4 turnos por semana, ao passo que a dentista 09 atua apenas na gestão. O fato de a dentista 10 ter um consultório isolado com apenas uma cadeira, enquanto a clínica da dentista 09 tem várias salas, não está sendo desconsiderado. A nosso ver, a economia de escala permite a um dentista desvencilhar-se das atividades clínicas e sustentar-se como empregador.

Sintetizamos a história de vida da entrevistada 09 para demonstrar que, em parte, a dificuldade em delimitar o conceito proprietário decorre das variadas inserções que os atores tiveram até chegar à atual. Isto contribui para reforçar o argumento de que “somos todos empresários”. Se todo dentista é um empresário (curiosamente, este argumento não invalida a tese de que “todo dentista é profissional liberal”), então as contradições ficam encobertas. Basta lembrar, como descrito no capítulo 4, que a proprietária da Sorridents já trabalhou para outro dentista em clínica popular e o apelo da franquia é exatamente que qualquer um pode também se tornar um empresário de sucesso e repetir a trajetória de dentista explorado a dentista empresária.

Um problema que precisamos evitar é tratar do assalariamento dos dentistas como se a contradição maior que existe fosse entre autônomos e assalariados. Se considerarmos a existência do assalariamento no setor privado não faz sentido tratar de assalariados sem dar a devida importância aos proprietários.

O Capital encontra nos serviços odontológicos duas formas de se inserir: na prestação direta de assistência odontológica (produção de procedimentos odontológicos) e na comercialização desta, cuja forma mais pujante é a Odontologia Suplementar. Fizemos questão de diferenciar estes dois setores porque, em alguns momentos, há conflitos de interesse.

Por **prestadora de assistência odontológica** entendemos a empresa que, detendo os meios de produção, assalaria dentistas para **produzir procedimentos odontológicos**. É o caso da IMBRA, da Sorridents, de parte das clínicas em que os dentistas vendem sua força de trabalho.

A forma como a mercadoria assistência odontológica é comercializada pode ser o desembolso direto ou através dos planos odontológicos. Esta segunda forma de comercialização é a responsável pelo outro setor empresarial, composto por **operadoras de plano de saúde**.

Não ignoramos que parte das operadoras não se limita a comercializar a mercadoria, mas também a produz – os relatos dos dentistas sobre as clínicas próprias dos planos confirmam isto. Todavia, assumimos o pressuposto de que esta não seja a situação mais comum. Por outro lado, parte das empresas que prestam assistência odontológica não precisa se relacionar com as operadoras de plano – caso da Imbra. Outras necessitam se credenciar às operadoras, caso da clínica da entrevistada 09. Provavelmente a diferença de porte ajuda a explicar isto – a Imbra, por exemplo, tinha acesso diferenciado a mecanismos de financiamento e estratégia de marketing agressiva, facilitando o acesso direto à clientela.

Diferenciar entre essas duas frações do empresariado foi necessário para explicar que, em relação a uma destas, os dentistas já começam a perceber que possuem contradições fundamentais. Se a classe se faz quando se coloca em luta, são momentos como o da paralisação de 2010 que permitem aos dentistas melhor reconhecer o conflito que possuem com as operadoras de planos. Talvez essa percepção ainda não tenha se dado em relação à outra fração do empresariado (empresas prestadoras de serviço) porque ainda não ocorreu um processo de concentração na mesma proporção em que tem acontecido na Odontologia Suplementar. Grandes redes de clínicas odontológicas ainda não são uma realidade predominante, atualmente é bem mais comum a existência de clínicas médias e pequenas. E, quando os proprietários de tais clínicas são também odontólogos, torna-se ainda mais difícil aos dentistas que nelas trabalham perceber que as contradições existentes são conflitos de classe, não meramente problemas de natureza ética.

Discorreremos sobre a percepção dos dentistas assalariados e autônomos atípicos sobre o empresariado, falta-nos ainda apresentar como aqueles são vistos pelos últimos. O exemplo mais útil que obtivemos foi entrevista com o presidente de uma operadora de planos odontológico no programa “Panorama do Brasil”, publicada na página do Diário Comércio, Indústria e Serviços (BINAS, 2011). Pelo viés empresarial, este trabalhador específico – o dentista – tem “barreiras culturais” que precisam ser “trabalhadas”. O empresário afirma:

A odontologia enfrentou uma certa barreira da rede credenciada que são os profissionais, o que na verdade é uma **cultura diferenciada** em que o profissional não acreditava que se você planejar o seu custo, há como atender uma quantidade maior de pessoas e não deixar que a qualidade fique aí em aberto. Então fizemos um **trabalho cultural** com essa rede credenciada para que eles aceitassem a proposta oferecida pelas operadoras (BINAS, 2011, grifos nossos).

Aqui, a questão da perda da autonomia do trabalho é tratada como um problema cultural, um não-conhecimento de custos do dentista. Momentos antes, na mesma entrevista, o entrevistado afirmara que o tíquete médio mensal era de R\$ 10,00 per

capita, para demonstrar como os planos odontológicos representavam uma boa relação custo-benefício para os empresários, que, com um pequeno dispêndio, poderiam garantir melhor autoestima a seus funcionários. Frente a valores tão baixos, o entrevistador faz uma pergunta um tanto óbvia: “Isso é compensador para os odontólogos?” Em resposta, o empresário desenvolve uma linha de argumentação que apresenta o plano odontológico como portador de vantagens também para o dentista, mas este, por *desconhecimento*, por *barreiras culturais*, resiste às vantagens oferecidas:

*Até hoje alguns profissionais realmente **deixam um pouco a desejar** em relação ao sistema de operadoras de odontologia. Porque a tabela nossa de repasse para o profissional não é a mesma que ele cobra enquanto profissional particular. Na nossa tabela, eu vou passar um valor por procedimento. Por exemplo, no caso de uma restauração de amálgama, hoje um profissional cobra entre R\$ 50 e R\$ 60 por esse procedimento em uma face do dente; mas quando falamos em operadora, ela trabalha com uma margem de R\$ 8 a R\$ 16 de pagamento por esse procedimento. **Então ele não quer trabalhar com esse valor.** Mas quando fazemos uma avaliação do custo de uma obturação de amálgama, ela **custa R\$ 8 para o profissional.** (...) Então ele tem de ver que realmente o custo se paga. Agora essas operadoras estão levando os clientes a esse profissional. O que ele tem de fazer é aproveitar as oportunidades, pois dentro das normas estipuladas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), que regula nosso sistema, existem procedimentos -como implantes, próteses e clareamento- que não estão previstos dentro dos planos. Assim, se o profissional for **criativo**, ele vai conseguir mais negócios ao aproveitar os clientes que as operadoras estão levando até ele (BINAS, 2011, grifos nossos).*

Talvez a maior *criatividade* consista exatamente em argumentar que um sistema que remunere em 8 reais um procedimento de custo operacional de 8 reais seja vantajoso ao trabalhador. Não surpreende que este trabalhador *deixe um pouco a desejar*.

O argumento de que os planos odontológicos, a despeito de não remunerarem bem, são vantajosos em função dos procedimentos não cobertos, que os pacientes teriam que desembolsar diretamente, é recorrente. Chamamos atenção para o caráter ideológico deste argumento: o dentista, assim, permanece em parte “liberal”. Ele se assalaria ao fazer uma restauração a 8 reais, mas em troca desta sujeição, está livre para exercer a prática autônoma em procedimentos mais especializados e caros. Não fosse esta promessa de prática liberal, a resistência ao assalariamento seria

ainda maior. Esta é mais uma demonstração do motivo pelo qual o assalariamento do dentista não pode ser total, tal como previsto por Paixão, Cordón e Zanetti. Há que se manter a prática liberal, nem que seja como promessa, para vencer as “barreiras culturais” do dentista.

Ainda no campo ideológico, gostaríamos de chamar atenção para o fato de que em diversas entrevistas de donos de empresas odontológicas (tanto operadoras de planos quanto prestadoras de serviço) à imprensa *online* encontramos o argumento de condenação ao elitismo da Odontologia. Apenas uma das falas é suficiente para exemplificar, a do dono da Odontoprev, maior empresa de Odontologia de Grupo:

"Nossa classe era desunida e, talvez por isso mesmo, o mercado odontológico fosse tão elitizado no Brasil", diz ele. "Nós queríamos quebrar essa barreira, oferecendo um produto barato e abrangente" (GAMEZ; CILO, 2011).

Note-se que, ao se referir a dentistas, o empresário utiliza a expressão “nossa classe”, uma vez que é também odontólogo. Portanto, o argumento da “desunião da classe”, que será mais explorado no capítulo 6, é utilizado inclusive pelo Capital. Contudo, enquanto os dentistas autônomos atípicos defendem que a *desunião da classe* é o que a leva a não enfrentar os planos odontológicos, no discurso do empresário, ela causa a elitização do mercado de trabalho. Curiosamente, é um argumento bastante empregado pela Saúde Bucal Coletiva: o caráter elitista da Odontologia Liberal é responsável pela dificuldade de acesso da população aos serviços dentários. Mas enquanto os sanitaristas partem para a proposição do fortalecimento da saúde pública, o empresariado advoga o oferecimento de um *produto barato* (expressão que certamente não é aceita pelos sanitaristas). “Quebrar a barreira” remete às “barreiras culturais” enfrentadas pelo empresário da outra operadora de plano referido anteriormente.

5.9 Considerações parciais

Com este capítulo, queremos nos somar a Paixão (1979), Córdón (1986) e Zanetti (1999) quando afirmam que está em curso um processo de assalariamento dos dentistas. Todavia, esta ação não se dá pelo desaparecimento da autonomia típica, como os referidos autores acreditavam. Há aqui um paralelo com o debate sobre o destino dos setores médios que permeou o século XX, tal como descrito no capítulo 3.

Pudemos constatar uma permanência da autonomia típica, não apenas no imaginário dos dentistas, mas também em suas realidades concretas: isto é possível graças ao fenômeno da multiplicação de vínculos. A combinação de várias modalidades de inserção no mercado de trabalho foi a situação mais referida.

O não desaparecimento total da prática autônoma é funcional ao empresariado do setor odontológico. Exemplo disso é a declaração do dono da operadora de plano odontológico de que o baixo valor pago por uma restauração é compensado quando o dentista credenciado realiza procedimentos que não são cobertos pelo plano - pago, portanto, diretamente pelo paciente. A persistência da prática liberal é útil para suavizar o conflito capital-trabalho e funcional ao ideário do empreendedorismo, mecanismo ideológico mediante o qual se faz aceitar mais facilmente as formas flexibilizadas e, portanto, precarizadas de trabalho.

Ao afirmarmos que está em curso um processo de assalariamento é necessário precisar de que assalariamento se está falando. É sintomático que em nossa amostra tenham surgido dentistas que já tiveram vínculo CLT no passado, mas não dentistas com este vínculo na atualidade. O ocultamento da condição assalariada recorre a práticas antigas e novas. O trabalho em percentagem, como visto, não é uma novidade entre dentistas, mas sim a sua tradução em assalariamento disfarçado. A constituição de pessoa jurídica para trabalhar na clínica de uma empresa, por sua vez, é uma realidade nova para dentistas. Contudo, não é exclusiva a estes, pois acomete vários outros segmentos de trabalhadores.

A ideia de precarização como um processo social que atinge a todos os trabalhadores, tal como argumentam Thebaud-Mony e Druck (2007) pode ser notada no quadro empírico descrito: os sujeitos transitam entre situações de maior e menor vulnerabilidade, apesar de integrarem uma profissão socialmente valorizada. A ampla oferta de oportunidade de trabalho, somada à intensa rotatividade, sugere a mobilidade forçada descrita por Appay (1997). A insegurança objetiva que mina a possibilidade de resistência referida por Bourdieu (1998) se traduz na fala do jovem dentista que considera férias e décimo terceiro salário coisas muito bonitas e distantes, improváveis de serem alcançadas.

A revisão que fizemos no capítulo 2 sobre o processo de desestruturação do mercado de trabalho brasileiro iniciado nos anos 1980 pode nos ajudar a compreender diversos relatos que foram apresentados neste capítulo. A reestruturação produtiva levada a termo nas indústrias ao longo dos anos 1990 causou impacto também nos consultórios dos dentistas que articulavam autonomia típica e atípica, através do atendimento a “bons convênios”. Note-se que os convênios referidos pelos dentistas como mais importantes nos anos 1980 estão ligados aos setores mais protegidos da classe trabalhadora de então, os empregados das empresas estatais e multinacionais. Os sucessivos ataques sofridos por estes setores nos anos 1990 também trouxeram impactos aos consultórios dos dentistas – o depoimento da entrevistada 02 é exemplar. A recuperação do emprego nos 2000, estabelecida sobre uma base de salários mais baixos, tal como referido por Borges (2010), apontou um novo horizonte, uma fronteira ainda “inexplorada” pela Odontologia, as “classes C e D”. Todavia, quem logrou avançar sobre esta fatia do mercado foi o setor da Odontologia de Grupo.

Mas a conversão do mundo do trabalho afeta os dentistas não apenas pela via da transformação de sua clientela. Eles também são atingidos pelo emprego das ferramentas de gestão que o modelo de acumulação flexível universalizou. O formato predominantemente adotado na Odontologia Suplementar, o credenciamento de dentistas como pessoa jurídica, traz diversos elementos da

terceirização já estudados por Appay (1997) e por Thebaud-Mony e Druck (2007). É uma modalidade que permite agilidade no fornecimento de serviços: o relato do dentista 03 demonstra como isto ocorre. Não é necessário estruturar uma clínica em determinado município quando um novo plano empresarial é vendido naquela base territorial, basta credenciar consultórios que já existam na região. Caso o contrato seja perdido, não é necessário demitir empregados ou fechar clínicas, ocorrerá apenas a diminuição dos gastos assistenciais naquele município. Esta flexibilidade é tão proveitosa ao Capital que até a contratação de dentistas como pejetizados para trabalhar em clínica própria da empresa perde vantagem competitiva.

A literatura em Sociologia do Trabalho é pródiga em estudos que demonstram como os processos de reestruturação flexível foram capazes de minar os movimentos reivindicatórios em diversas categorias de trabalhadores. Contudo, grande parte destas pesquisas retrata categorias submetidas ao assalariamento típico, com instrumentos de resistência já construídos, mas que foram acumulando derrotas impostas por políticas flexibilizantes. Esta não é a trajetória dos dentistas: a referência que têm, o passado áureo das gerações que os precederam, é a autonomia “pura”, que é, ela própria, flexível. Talvez disto decorra a dificuldade que têm de considerar direitos trabalhistas como legítimos, e não sonhos bonitos e distantes. As diversas faces da precarização serão abordadas em profundidade no capítulo 6.

Capítulo 6 – Precarização do trabalho do dentista em Salvador

A articulação entre o debate conceitual da precarização social do trabalho e sua expressão empírica torna-se mais clara ao se empregar a tipologia proposta por Druck (2011). A autora refere seis tipos de precarização social do trabalho, cinco dos quais serão anunciados a seguir, já com indicações de como foram apropriados nesta pesquisa.

6.1 Direitos trabalhistas

Um primeiro tipo de precarização social do trabalho aponta para a heterogeneidade do mercado de trabalho, através de formas de inserção precárias, vulneráveis e desprotegidas (DRUCK, 2011). A ocorrência deste primeiro tipo resultou em farto material empírico.

O processo de heterogeneização da classe-que-vive-do-trabalho concorre para que se multipliquem as modalidades de contrato precário, marcados pela vulnerabilidade. Concordamos com Thebaud-Mony e Druck (2007) que, apesar de sempre ter existido trabalho precário no Brasil, há um fenômeno de conteúdo novo. No caso dos dentistas, a inovação se faz acompanhar do peso de uma tradição: a prática liberal.

Na história desta profissão, a autonomia esteve acompanhada de prestígio social e retorno financeiro. A flexibilidade da prática liberal tinha uma conotação positiva. Conforme foi se dando o assalariamento, ocorreu a perda da autonomia e uma piora dos rendimentos, mas a flexibilidade se manteve – agora com o sinal invertido.

Nesta sessão, trataremos em separado os direitos trabalhistas dos dentistas no setor público e no setor privado, pois, neste último, é mais visível o papel ideológico que cumpre a tradição liberal no ocultamento e aceitação das condições de desproteção.

No setor público

Ao longo da fase de campo, entrevistamos dentistas que atuavam em Salvador, na condição de estatutários, e outros que eram temporários. Também figuraram na amostra profissionais que, residindo em Salvador, trabalhavam ou já tinham trabalhado em municípios do interior como prestadores de serviço.

Os dentistas estatutários que entrevistamos estavam vinculados ao município de Salvador e tinham contrato de 20 horas semanais, seja em unidade básica de saúde tradicional, centro de especialidade ou coordenação de programa. Um entrevistado foi contratado no início dos anos 1980 (dentista da geração 1960) e as três demais entre 1999 e 2002 (dentistas das gerações 1980 e 1990). Todos permaneceram contratados até o momento da entrevista. Em comum apresentam todas as garantias que a condição de funcionário público concursado e com estabilidade goza.

Os dentistas prestadores de serviço atuam ou atuaram em municípios do interior da Bahia. Em comum apresentam a maneira informal como foram contratados, a imprevisibilidade quanto à manutenção do vínculo, a ausência de garantia de férias, licença maternidade e salário doença. Embora alguns tivessem carga horária de 1 ou 2 dias semanais, a maior parte, sobretudo os que tiveram esse tipo de vínculo na atualidade ou período recente, foi contratada para jornadas de 40 horas ou próximas a esta. Isto se explica pelo fato de que um dos critérios necessários para que o município faça jus ao incentivo financeiro do PSF é que seus profissionais sejam contratados em regime de 40 horas. Na prática, as secretarias de saúde, sobretudo dos municípios localizados a uma grande distância de Salvador, concedem alguns

turnos livres aos dentistas. Não é nosso propósito fazer um julgamento moral sobre o não cumprimento das disposições do Ministério da Saúde, apenas indicar a ocorrência do fato.

As descrições dos entrevistados 01 e 11 são as mais completas sobre a situação dos prestadores de serviço:

Era contrato, porque a gente não tinha nem carteira assinada, também não fazia o recolhimento né, do INSS, tal, mas a gente tinha um contrato formal com a prefeitura como prestador de serviço. (...) É pra ficar renovando. É porque, eu não sei exatamente o que é ela, mas parece que eles não podem fazer um contrato com mais de um ano (...). Eu entendo que é como se fosse pra burlar algum tipo de lei, ou de alguma coisa assim (Entrevistada 01).

Eu sei que era prestador de serviço. (...) E o contrato era de seis meses. Então de seis em seis meses era renovado (Entrevistado 11).

Note-se que, embora os entrevistados expressem o caráter precário da condição de contratação, falam da mesma com alguma imprecisão, o que nos sugere que o assunto não tem sido adequadamente abordado nas instituições formadoras (públicas e privadas) ou pelas entidades representativas.

A figura do prestador de serviço é alijada de todos os direitos trabalhistas. Frente às necessidades concretas, resta aos dentistas negociar individualmente com seus empregadores. Férias e afastamento por doença foram duas situações relatadas como favores, não como garantias. O dentista 11, que sofreu um grave acidente quando se deslocava para o trabalho, exprime seu entendimento:

Porque eles não eram, teoricamente na minha cabeça, obrigados a continuar pagando. Eles (podiam ter dito assim) acionar o INSS, não sei o quê, coisa e tal, pererê, parará, mas podiam complicar bastante. E não complicaram, eles continuaram pagando como se eu tivesse trabalhando lá ainda (Entrevistado 11).

As férias também são negociadas caso a caso. É o mesmo entrevistado quem descreve:

Então, é, nós não temos férias. Trabalho como prestador de serviço, (em princípio) não tem direito a férias (...). Em relação ao município, (...) conversei com a secretária e pela primeira vez, eu acho que esse ano em janeiro, no dia primeiro de janeiro até o dia quinze eu vou ter uma folga. (...). E aí ela (...) falou "rapaz **não (vai) comentar com ninguém** mas estou querendo planejar assim" (...). Mediante a pedidos, **mediante a boa vontade** deles. A um meio que um **implorar meu**. Porque eu não tenho direito nenhum. Funcionário tem que trabalhar e não tem direito a férias, não tem direito a décimo terceiro, a nada (Entrevistado 11).

As expressões *boa vontade* e *implorar* indicam o quanto o princípio da impessoalidade do serviço público encontra-se distante. Ao orientar o funcionário a *não comentar com ninguém*, a secretária individualiza as concessões e afasta o risco de uma organização coletiva do conjunto dos prestadores de serviço.

Os gestores conseguem manter esse tipo de relação porque o tratamento de forma individualizada começa desde a contratação. Colhemos depoimentos de como conseguir emprego nestes municípios pode ser difícil para aqueles que não têm relações de amizade ou parentesco com políticos e gestores. A entrevistada 01, quando indagada porque, tendo o município que dispensar um dentista, encerrou o contrato com ela e não com o outro, conjecturou:

Ele chegou lá indicado pela filha do prefeito da *cidade M*, que é do mesmo partido do prefeito da *cidade R*, que são amigos né. (...) Eu não tinha nenhum... Eu tinha uma indicação de um colega de trabalho, assim. Então ele se sobressaiu na questão política (Entrevistada 01).

A desvantagem daqueles que não se *sobressaem na questão política* não é compensada pelo currículo melhor, ou *perfil de PSF*. Note-se que é comum na literatura da Saúde Bucal Coletiva a crítica à falta de *perfil para PSF* dos dentistas que nele trabalham (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007). Em nosso convívio com sanitaristas ouvimos alguns gestores alegarem que a contratação via concurso público é insatisfatória por não ser capaz de selecionar aqueles que teriam o verdadeiro perfil para este tipo de trabalho. A fala de nossos entrevistados demonstra que a ausência de concurso público tampouco o garante:

Aí passei 15 dias viajando pra alguns interiores entregando currículo com uma boa indicação, desesperada (...) pedindo todo mundo "me indique, me ajude" (...). Quem ficou no meu lugar foi uma menina (...) que **não tem**

perfil nenhum de PSF (...) mas ela nasceu na cidade, foi criada na cidade e isso deve ter contado (...). Eu conversei direto com o secretário, marquei um horário com ele, ele foi agradável, tal, gostou do meu currículo, mas ele falou assim, **abriu a gaveta e disse: “ô, tem todos esses aqui,** (...) vamos ver” (Entrevistada 13).

Frente a essa realidade, fazem sentido os resultados de pesquisas como a de Matos (2006) que indicam que estudantes de Odontologia almejam trabalhar no setor público, mas não pretendem cursar especialização em saúde coletiva. Se uma melhor qualificação não for capaz de suplantar a indicação política como diferencial na busca do emprego, porque investir em um curso? Ao menos a especialização na área clínica é um critério para credenciamento em planos de saúde. Evidentemente, a situação é bem diversa quando métodos mais institucionalizados de seleção são empregados. Os entrevistados afirmam que os concursos públicos estão se tornando mais concorridos e dispor de credenciais acadêmicas é cada vez mais necessário. Contudo, Girardi e Carvalho (2008) demonstram que, em 2006, no Nordeste, somente 30,7% dos dentistas tinham emprego protegido. Ou seja, as vagas sem vínculo empregatício são os empregos disponíveis à maior parte dos dentistas. Ainda assim, a *gaveta cheia de currículos* do secretário de saúde denota razoável dificuldade em obter emprego, mesmo desprotegido.

O PSF de Salvador é um caso à parte: a remuneração é substancialmente superior e não implica em deslocamento intermunicipal. Entretanto, há um emaranhado de situações e formas de contratação que convém explicar.

Em agosto de 2002, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) firmou um contrato com a Real Sociedade Espanhola de Beneficência (RSEB) que vigorou até agosto de 2007 para terceirização dos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (D'EÇA, 2011). Foram identificadas diversas irregularidades pelo MP-BA e MPF-BA: vícios no processo licitatório, pagamento indevido de encargos sociais, vícios na execução do contrato, baixa qualidade na execução dos programas e ilicitude da terceirização, ocasionando um prejuízo aos cofres públicos de mais de R\$ 40 milhões. Nosso interesse recai apenas sobre a contratação e gestão de pessoal. Sobre a primeira, o MP-BA afirma que “a seleção de profissionais (...)

operou-se de forma simplificada e subjetiva, além de não atender aos princípios da publicidade e sem ter a participação da SMS” (D'EÇA, 2011). Sobre a segunda é declarado que “a taxa de administração [destinada à RSEB] chegou a ser maior que os gastos com o pessoal administrado” (D'EÇA, 2011). A nota também aponta irregularidade no relacionamento com servidores públicos, “favorecendo-lhes com o pagamento de dois salários e permitindo acumulação de jornadas incompatíveis” (D'EÇA, 2011).

Esta situação levou a repetidos atrasos do pagamento dos salários destes trabalhadores (SINDMED, 2011; RODRIGUES, 2007). Em 2008, a prefeitura decretou estado de emergência (MARTINEZ, 2011) para contratar temporariamente (JORNAL DA MÍDIA 2011) os profissionais que trabalhariam no programa.

Cotejaremos estas informações com o depoimento colhido em entrevista. Nossa entrevistada era servidora concursada da SMS desde o final dos anos 1990 atuando em unidade básica de saúde do modelo tradicional e por repetidas vezes tentou ser remanejada para o PSF.

Cumpre lembrar que a adesão de um município ao PSF significa o recebimento de incentivos financeiros, mas entre as exigências do Ministério da Saúde não há normatização de como a força de trabalho deva ser contratada. Não é incomum que municípios que já dispõem de dentistas concursados apenas transfiram estes profissionais para unidades de saúde da família, fazendo a compatibilização da carga horária necessária. Utilizar os profissionais já existentes na rede é uma opção vantajosa para os municípios, uma vez que são trabalhadores que já existiam previamente na folha de pagamento e a adesão ao programa significa o recebimento de repasses financeiros adicionais. Todavia, a compatibilização da carga horária ao programa em geral requer algum tipo de aumento salarial aos profissionais.

A entrevistada explicou ter existido um grupo de servidores da SMS interessados em migrar para o PSF. Entretanto, uma vez que a opção do município foi a terceirização

em lugar da realização de concurso público com carreira específica para PSF, colocou-se o dilema: que fazer com os antigos servidores estatutários que desejavam aderir ao PSF?

RES: Quem foi chamado pra trabalhar primeiro trabalhava como funcionário da FAPEX [Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão], que era tipo complemento salarial, nesse primeiro grupo que entrou, nessa primeira seleção que foi no ano de 2000.

ENT: As pessoas recebiam o salário da prefeitura e o complemento com a FAPEX, porque as pessoas eram 20 horas e agora estavam trabalhando 40?

RES: Sim, mas enfermeira era 30 e trabalhava 40, mas dentista era 20 e trabalhava 40. Existia um complemento salarial. Passado um tempo a prefeitura achou que não ia mais fazer assim, resolveram terceirizar, aí contrataram a Real [Real Sociedade Espanhola de Beneficência].

A entrevistada descreve os sucessivos movimentos de um conjunto de servidores para integrar o PSF. Houve várias seleções internas, mas em cada uma poucos profissionais eram convocados. A seleção que o MP-BA descreve como *simplificada e subjetiva* é assim descrita pela cirurgiã-dentista:

Quando a Real começou, eles fizeram um nova seleção (...), uma chamada no jornal e montaram no Aeroclubes uma seleção. Você mandava o currículo pela internet, né? E eles marcaram a seleção lá no Aeroclubes pra fazer a entrevista. Só que nesse dia, quando eles marcaram, foi de uma hora pra outra. Muita gente, eles telefonavam pros números que estavam lá, quem recebeu o telefonema foi, quem não recebeu não foi, uma coisa assim bem... Parecia que estavam fazendo uma coisa assim escondida, sabe?

É narrada a surpresa dos servidores estatutários que tinham se submetido à seleção interna e aguardavam a convocação com a realização da seleção externa, convocada *de uma hora para outra*. Por fim, o grupo logrou ser incorporado ao programa.

Surgiu então uma nova dificuldade: a SMS não tinha delegado apenas a seleção dos profissionais à RSEB, mas toda a gestão das unidades, incluindo funcionários, estrutura física, equipamentos e materiais. Para a entidade terceirizada, a existência de estatutários e não estatutários no programa representava um obstáculo:

Quando a Real foi contratar, ela ficou assim, porque o salário era diferente. Por exemplo, o meu salário era diferente da minha colega que trabalha um

ano a mais, que era do Estado, que aí tinha do Estado e do município e a enfermeira trabalhava 30 horas. Aí a Real disse e chamou: “não, eu não posso pagar pra [ela] mil, dois mil e pra colega dela dois mil e cem, porque vou contratar 40 horas eu não quero nem saber onde ela trabalha no outro emprego. É problema da prefeitura, meu salário é fixo pra todo mundo”.

A forma encontrada pelo município para contornar o problema foi admitir que todos os dentistas do PSF receberiam um mesmo salário da RSBE. Aqueles que fossem estatutários teriam adicionalmente os proventos relativos ao vínculo com a prefeitura, devendo cumprir, além das 40 horas semanais do PSF, mais 20 horas em outras unidades de saúde. Este foi o processo que culminou com o “pagamento de dois salários e permitindo a cumulação de jornadas incompatíveis” apontado pelo MP-BA. A entrevistada informou que esta carga horária além do PSF não é cumprida na íntegra, mas na forma de alguns plantões em finais de semana, distribuídos no mês.

Em julho de 2007 um **Termo de Ajuste de Conduta** (TAC) foi assinado pelo município, que se comprometia a encerrar o modelo contratual baseado na terceirização e realizar, no prazo improrrogável de um ano, concurso público para o PSF (HERCOG, 2011). Durante o período de transição, os trabalhadores contratados via RSBE deveriam ser mantidos no programa, garantidos seus direitos trabalhistas e seria permitida a realização de processo seletivo para contratação temporária e emergencial através do **Regime Especial de Direito Administrativo** (REDA)²⁸.

Esta é a origem dos profissionais “TAC” e “REDA”. Os trabalhadores que tinham sido selecionados e contratados no molde CLT pela RSBE não mais estariam vinculados à terceirizada, mas seriam pagos diretamente pelo município e até hoje são chamados de “os TAC”. Aqueles que foram contratados temporariamente são conhecidos como “os REDA”. Ambas as situações já deveriam ter sido suspensas, mas permaneceram em vigor até o fim de nossa fase de campo. Não foi realizado concurso público para as equipes do PSF de Salvador até o momento de

²⁸O REDA é definido pela lei estadual nº 6.677 de 26 de setembro de 1994, que dispõe sobre a contratação de pessoal por tempo determinado e sob regime de direito administrativo, para atender a necessidades temporárias de excepcional interesse público (BAHIA, 2011).

encerramento da fase de campo²⁹, ao contrário, uma nova seleção para contratação temporária foi empreendida e preenchida por trabalhadores conhecidos como “Redinha”.

A entrevistada “TAC” afirmou que, no período em que o vínculo era com a RSBE, havia o recolhimento da contribuição ao INSS. Ao término deste vínculo, os profissionais perderam algumas garantias, pois não são estatutários, celetistas ou REDA – estão em uma situação nebulosa que assim é descrita na entrevista:

Não tem o vínculo com a prefeitura. Prefeitura paga, inclusive quando recebe o salário, entra na conta tem: **“pagamento de fornecedor”**. É uma coisa assim, que vem assim.

A prefeitura **diz que paga o INSS** mas como ela não tem uma forma legal (...) pra poder fazer esse serviço, ela montou uma conta no INSS que paga o volume todo nessa conta, que não são individualizadas. Mas eu acho que não é mentira, porque teve algumas pessoas (...) que saíram de licença, por saúde, doença, alguma coisas, **lutaram muito mas conseguiram**.

Férias a gente tem, é como eu lhe falo, **“você goza das férias, mas você não recebe os trinta por cento**. (...) Disseram que quando a gente for demitida a gente vai receber tudo numa indenização.

Note-se que é uma situação com mais garantias, quando comparada à dos dentistas prestadores de serviço que trabalham em municípios do interior entrevistados. Embora não haja muita certeza quanto ao recebimento de adicional de férias e recolhimento da contribuição previdenciária, a entrevistada aponta exemplo de pessoas que de fato conseguiram acionar o INSS em caso de afastamento por doença, ao contrário do dentista 11. O direito às férias também se situa num meio termo entre a total ausência e a garantia plena. A inexistência de contracheque que legitime a situação de servidor ocasiona certa dificuldade quando os trabalhadores precisam comprovar renda para, por exemplo, obter financiamento.

É uma condição distinta daquela percebida pelos “REDA”. A entrevistada “REDA” recebe contracheque em que consta o desconto ao INSS e tem férias remuneradas, licença maternidade e de casamento. Mesmo sendo um contrato temporário, o fato

²⁹Estava em andamento a realização de um concurso para o PSF de Salvador no período final de redação da tese.

de existir um quadro legal que ampara estes trabalhadores confere maior segurança. No tópico referente à organização sindical, discutiremos os efeitos desta diferença de estatuto sobre a possibilidade de luta articulada.

O caso do PSF de Salvador traz elementos importantes para análise. Conforme mencionado no item referente a rendimentos, os “REDA” e os “TAC” (sobretudo os que, além de TAC, são estatutários) têm boa remuneração. Tanto a entrevistada “TAC” quanto a “REDA” afirmaram estar satisfeitas quanto a este ponto, mas assinalam que gostariam de ter condições de trabalho mais adequadas – nos portais da imprensa e dos sindicatos são constantes as reclamações de falta de segurança, materiais e higiene nas unidades. Estamos diante de uma situação em que a precarização do trabalho não se localiza na renda, mas na perda de garantias e deterioração das condições de trabalho. Isto reforça a ideia de tomar a precarização não como uma linha que separa “incluídos” de “excluídos”. Diversas matérias da imprensa e *sites* dos sindicatos referem atraso no pagamento de salários, ora para os TAC, ora para os REDA, ora ambos. Os vínculos precários não são exclusividade dos extratos com menores rendimentos, perpassam também os postos de trabalho mais cobiçados. Na seleção pública para o REDA que nossa entrevistada fez, a concorrência foi de 42 candidatos por vaga – e, saliente-se, este era um contrato temporário.

No setor privado

A precarização do assalariado no setor privado é eclipsada pela comparação com a tradição liberal da profissão. Se tratarmos do direito à aposentadoria, férias, licença maternidade, veremos que estas não são referências para o dentista autônomo. Os direitos trabalhistas têm o propósito de mediar a relação capital-trabalho e na prática autônoma típica tal antagonismo não se coloca.

O dentista liberal não vende sua força de trabalho, mas a emprega para si. Assim, precisa zelar por sua capacidade laboral, mas está isolado neste cuidado. As saídas

encontradas para as situações de velhice, doença, maternidade e descanso são entendidas como decisão de foro íntimo: pagar ou não contribuição como autônomo ao INSS? Fazer ou não um plano de previdência privada? Tirar ou não férias? Acumular ou não reserva financeira para eventuais acidentes e doenças? Após o parto, voltar a trabalhar com 15 ou 45 dias? São questões que não envolvem um terceiro, um empregador, dizem respeito, supostamente, apenas ao fato de ser mais ou menos previdente. Os dentistas liberais, quando têm que se preocupar com direitos trabalhistas, o fazem em relação aos de seus auxiliares – e assumem o papel de empregadores. Talvez este seja um dos motivos ideológicos para vários dentistas enxergarem a legislação trabalhista mais como um problema que como uma proteção.

É com este padrão que os dentistas precarizados procuram paralelos, não com o trabalhador fordista típico. Isto ajuda a explicar uma certa naturalidade com que a ausência de direitos trabalhistas é encarada. Espera-se do dentista que trabalha em clínicas de porcentagem que contribua “como autônomo” ao INSS da mesma forma que um dentista liberal típico. Recai sobre o indivíduo a responsabilidade: se está descoberto, é ele o imprevidente, não o empregador que descumpre a legislação. Em alguns trechos das entrevistas aparece essa autoresponsabilização, representada na fala do jovem dentista 11.

ENT: Direito a aposentadoria, você tem?

RES: Não, por sinal nem a privada eu pago ainda. Nem INSS. É um planejamento que tenho que começar até, no máximo, agora. (Ano) que vem eu faço trinta anos. Eu preciso começar, já deveria ter começado há muito tempo. Com uma coisa ou outra na vida da gente, vai deixando, deixando, deixando e vou **eu mesmo me prejudicando pro futuro** (Entrevistado 11).

Os dentistas autônomos puros ou autônomos atípicos entrevistados em geral estavam protegidos, seja pelo sistema público de aposentadoria, seja por seguros privados. A fala do dentista 03 é interessante porque remete a um passado áureo – não sabemos até que ponto idealizado – em que mesmo estas precauções seriam desnecessárias:

Eu tenho aposentadoria privada, quanto pago a do INSS e isso é uma coisa que me preocupa, porque eu acho que na cabeça dos dentistas ainda, dos jovens dentistas não está claro, entendeu? Porque o pessoal acha que, **como antigamente, você faria o patrimônio e esse patrimônio seria sua aposentadoria** e eu acho que isso não vai ser possível (Entrevistado 03, geração 1990).

Perceba-se neste trecho o reforço à ideia de uma negligência dos jovens dentistas com seu próprio futuro. E note-se a referência a um passado em que o patrimônio seria a aposentadoria do dentista, dispensando inclusive a contribuição ao sistema previdenciário, mesmo na condição de profissional liberal. Poulantzas (1978) descreve a ideologia da pequena burguesia como um campo de batalha em que duelam elementos burgueses e operários, além de elementos propriamente pequeno-burgueses. A ideia de formar um *patrimônio* que garantiria o sustento na velhice parece-nos ser um elemento ideológico burguês incorporado ao campo pequeno-burguês. Todavia, este elemento é referido como algo inerente a um passado distante, inexecutável mesmo para os dentistas que se mantêm na condição liberal.

As considerações que foram feitas sobre aposentadoria também podem ser feitas a vários outros direitos. No capítulo 5, ao discutirmos sobre trabalho em porcentagem, tratamos das férias: como esta necessidade é sentida de forma diferente pelos dentistas assalariados atípicos e liberais. Questões semelhantes afloram nas falas que tratam da licença maternidade.

Quando perguntadas sobre o direito à licença maternidade, aquelas com vínculo empregatício no setor público referiram ter usufruído deste direito. Contudo, as que exerciam a prática liberal afirmaram ter retornado ao trabalho pouco tempo após o parto:

Quando eu tive minha filha, quinze dias depois eu tava trabalhando. (riso) Voltei a trabalhar junto com ela. (...) Eu tinha consultório, (...) eram duas salas. Uma (ficava ela). Até três meses eu fazia isso, trabalhava e amamentava. Amamentava a cada três horas. Com três meses, ela... aí já não tinha condição de ficar, mas é uma das coisas que eu **me culpo**, porque devia ficar pelo menos um mês em casa, eu não tive. Eu tive **custos**, não tinha **capital de giro**, não sabia que precisava capital de giro.

Na época minha, o INSS não pagava. (...) licença maternidade pra dentista, então não tinha (Entrevistada 08).

Tanto nesta entrevista como em outras, aparece a necessidade de apressar o retorno ao trabalho porque, exercendo a prática liberal, a interrupção do atendimento significava a suspensão de ganhos. Ao empregar as expressões “custos” e “capital de giro”, note-se que a dentista localiza sua prática como a do pequeno produtor independente. Ao falar “eu me culpo”, a dentista toma para si a responsabilidade pelo acontecimento. Na amostra estudada, as mulheres com filhos são formadas nos anos 80 e 90. Muitas delas conciliam a prática liberal com o trabalho no setor público e neste usufruíram da licença maternidade. Não tivemos casos de mulheres que tiveram filhos enquanto trabalhavam em porcentagem no padrão de assalariamento disfarçado. Caso a nova geração de dentistas mulheres se mantenha neste modelo de assalariamento atípico, provavelmente enfrentarão uma situação consideravelmente pior do que as dentistas da prática liberal. Afinal, não terão controle sobre o processo de trabalho de forma que possam fazer como a entrevistada 08, que contou com uma sala auxiliar para o bebê, ou como a entrevistada 02, que comprou um consultório a cem metros de casa. Terão as desvantagens do assalariamento sem usufruir dos direitos trabalhistas correspondentes.

Há uma nebulosidade com que a precarização dos vínculos é percebida pelos dentistas no setor privado. Poderíamos agrupar essas situações precárias em dois grandes grupos: um com ausência total de contratualização, outro com contratos que buscam esconder a condição de assalariado.

O primeiro é bastante comum nos casos do trabalho em clínicas de porcentagem. Discutimos no capítulo 5 a gradação entre o trabalho em porcentagem como preâmbulo da prática liberal e o ocultamento do assalariamento. Parece-nos que é por haver uma certa proximidade à prática liberal, mesmo que seja na aparência, que ocorre o não estranhamento em relação à ausência de direitos trabalhistas. É comum haver relações de amizade com o dono da clínica, não é de todo impossível

o trabalhador ser alçado à condição de sócio. Se o dono da clínica não frauda os valores a pagar, se cumpre o acordo verbal firmado, se mantém condições satisfatórias de trabalho (como atendimento às normas de biossegurança), a situação não é vista como injusta.

ENT: Os dentistas que trabalham [na clínica referida], é em formato de percentagem?

RES: Também. Todos. Todos.

ENT: Existe alguma formalização de contrato?

RES: É informal. É **acreditando que ninguém vai acionar** juridicamente.

É interessante que os empregadores tenham tamanha confiança de que não serão acionados judicialmente. Nestes casos, sequer existe a tentativa de esconder a relação de trabalho sob um contrato de prestação de serviços. Nossa experiência como docente atesta a vigência de uma preocupação de que os dentistas “saiam da faculdade sabendo administrar seu consultório”. Tal preocupação se faz notar nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Odontologia³⁰, que preveem a necessidade de dotar os dentistas das habilidades e competências de:

Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem **empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças** na equipe de saúde; (BRASIL, 2011h, p.2 grifos nossos).

Não temos percebido maior apreensão com o fato de dentistas não saberem (ou “não quererem”) buscar as ferramentas legais para garantir direitos que lhes cabem quando se inserem no mercado na condição de vendedores de sua força de trabalho.

Um segundo grupo de dentistas que se assalariam no setor privado deve ser mencionado: os pejetizados. Aqui o limite entre o assalariamento disfarçado e a autonomia é ainda mais tênue. Formalmente, podem se abrigar sob a denominação

³⁰ Outras habilidades e competências também figuram no documento. A atuação do dentista no SUS também está contemplada nas Diretrizes Curriculares Nacionais: “A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país”. (BRASIL, 2011h, p. 3)

“pessoa jurídica” tanto o dentista empresário, quanto o liberal, quanto o assalariado atípico.

No acompanhamento a *blogs* e comunidades virtuais, não encontramos uma problematização da condição do trabalhador pejetizado. A pergunta que os dentistas se colocam é “no meu consultório, pagarei menos impostos como pessoa física ou jurídica?”. A resposta que encontramos na maioria dos *sites* se coaduna com esta:

(...) na maioria das vezes a constituição de uma pessoa jurídica é a melhor alternativa, tanto pela tributação ser menor, como também por manter organizado o que é ganho para a pessoa física e o que é para pessoa jurídica (MAIS QUE ODONTO, 2011).

Ou seja, em geral, exaltam-se as vantagens da constituição de pessoa jurídica para o dentista autônomo. Isso pode representar um elemento que facilita aos empregadores a contratação de odontólogos na condição de pejetizados. Lembremos que, quando a IMBRA demitiu dentistas celetistas e recontratou como pejetizados, não encontramos relato algum de resistência organizada (ver capítulo 4). A entrevistada 04 trabalha como pejetizada para uma instituição que no passado havia contratado dentistas como celetistas. A entrevistada 13 foi contratada como PJ nas dependências de um grande plano odontológico, o mesmo que foi alvo do processo trabalhista movido pela dentista 08, que ganhou a causa referente a oito anos de carteira assinada.

A fala da dentista 04 é bastante representativa de como o trabalho pejetizado é visto pelos dentistas em contraste com a condição do liberal:

Se o consultório [particular] não produz, você tem um monte de conta pra pagar. Hoje se eu não trabalho *na instituição E*, se eu não produzo lá, o máximo que eu tenho pra pagar é o contador e mesmo assim dividido. Se eu não recebo eu também não onero. Dentro do consultório não, se eu não produzo, se eu tenho 30 dias que eu me acidentei, algum problema com consultório aberto, eu vou ter que continuar pagando luz, telefone, auxiliar, condomínio, aluguel, se for o caso (Entrevistada 04).

É sintomático que a entrevistada elenque as vantagens do trabalho como pejetizado em relação à prática liberal e não com a situação de um trabalhador protegido pelas normas trabalhistas, que não apenas não seria onerado, mas continuaria a contar

com rendimentos. As queixas feitas em relação ao formato de pessoa jurídica foram em relação aos impostos e gastos com contador, que são descontentamentos frequentes entre dentistas liberais. No seu cotidiano, *sair de férias* significa *bloquear a agenda e deixar de atender* – tal como é para os dentistas autônomos. Ainda assim, uma análise da situação concreta dos dentistas contratados nessa situação verificaria os princípios de pessoalidade, onerosidade, continuidade e a subordinação jurídica que caracterizam o vínculo empregatício³¹.

Mesmo sendo uma forma de assalariamento disfarçada e precarizada, estes postos de trabalho são cobiçados pelos dentistas. Há mais profissionais desejando trabalhar na instituição do que oferta de postos de trabalho, formando um exército de reserva semelhante à *gaveta cheia de currículos* do secretário de saúde citado anteriormente:

Você tem muito profissional que já trabalhou, mas que no momento não tem [local] disponível pra trabalhar. Você tem uma **filinha de profissionais** esperando ter um posto de trabalho tal pra poder ele começar a trabalhar. Enquanto não tem posto de trabalho ele não tá trabalhando... não tá ganhando (Entrevistada 04).

6.2 Insegurança e renda

Um segundo tipo de precarização social do trabalho calca-se no desemprego ou ameaça deste, produzindo isolamento, perda de identidade e contingentes de supranumerários – os “inúteis para o mundo” (DRUCK, 2011). Entre dentistas não identificamos a ocorrência expressiva de desemprego aberto: há muitos postos de trabalho, mas muitos são de baixa qualidade. Os profissionais, todavia, relatam uma saturação do mercado de trabalho que, se ainda não se traduziu em desemprego, expressa-se na queda de rendimentos.

³¹ Conferir PORTO (2011).

A marca presente no segundo tipo de precarização social do trabalho é a insegurança, que leva à perda de enraizamento, à descartabilidade e à desvalorização (DRUCK, 2011). A insegurança mais relatada pelos dentistas se refere à oscilação de rendimentos: nos depoimentos dos dentistas 01, 11 e 13 (todos formados a menos de 10 anos) esse sentimento aparece com bastante dramaticidade:

Todo mundo [colegas formados no mesmo período] na mesma situação, empacado, trabalhando em clínica por porcentagem, reclamando da instabilidade, dos planos de saúde odontológicos diminuindo a tabela, atrasando o pagamento, sabe? Aí eu fui começando a entrar em pânico né? (Entrevistada 13).

Se eu parar de trabalhar hoje [por acidente], eu não ganho dinheiro hoje, entendeu? (Entrevistado 11).

Para estes entrevistados, tal situação não decorre da prática liberal, mas do assalariamento disfarçado. Dentistas de gerações anteriores, como os profissionais 05 (formada nos anos 1980) e 06 (formado nos anos 1960) relatam ter sentido insegurança no passado, o que os motivou a buscar o assalariamento no setor público. Alcançaram este objetivo, tornando-se servidores estatutários. Mas, em seu discurso, essa tática aparece apenas como uma precaução, não assume a centralidade que o tema ocupa na fala dos dentistas mais jovens.

Gostaríamos de salientar que mesmo o assalariamento no setor público, tão almejado pelos jovens dentistas não afasta completamente a insegurança. São relatados casos de demissão imotivada (uma vez que eram prestadores de serviço) e atrasos no pagamento do salário pelo período de três meses.

A insegurança está intimamente relacionada à questão dos rendimentos. Este é um assunto particularmente difícil no estudo de dentistas. Há no imaginário – tanto da sociedade quanto dos dentistas – de que, em um passado de três ou quatro décadas, a Odontologia permitia enriquecer.

Tomemos como ilustração a entrevista do dentista Artêmio Luiz Zanetti, formado em 1957, concedida a Antônio Inácio Ribeiro em um *site* de Odontologia:

- Lembra de algum caso pitoresco ou gratificante?
- São vários, mas em um deles, na esposa de um senador, eu realizei uma reabilitação total com próteses fixas articuladas e partes removíveis (na época ainda não havia implantes) boca toda, e na hora do acerto final o senador mostrou-me sua Mercedes maravilhosa e disse: “A boca da minha mulher está **mais cara que minha Mercedes**” (RIBEIRO, 2011, grifos nossos).

Talvez isto explique a dificuldade que o campo da Saúde Bucal Coletiva tenha em lidar com o tema. Os intelectuais desta área criticam a *Odontologia de Mercado* pelo seu caráter mercantilista:

A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, e em sua organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as **deformações mercantilistas** e éticas sobejamente conhecidas. (NARVAI, 2006, p. 143, grifos nossos)

A Odontologia de Mercado é contraposta às diversas odontologias adjetivadas – Sanitária, Social, Integral, Saúde Bucal Coletiva... Reconhece-se no setor público uma miríade de modelos diferentes, mas no setor privado a Odontologia de Mercado figura sempre monolítica, portadora das mesmas características praticamente desde a criação dos primeiros cursos superiores de odontologia na segunda metade do século XIX. Permanece o hábito de empregar o termo “odontologia liberal” para toda prática odontológica que não ocorra no setor público. A dentista 01 trabalha em percentagem para outros dentistas, atendendo planos de baixa remuneração em quatro clínicas diferentes de distintos bairros. Não tem carteira assinada, direito à férias ou décimo terceiro salário e auferir por mês R\$ 1.500 reais no máximo³². Este valor sofre grandes oscilações sazonais, o que lhe dá uma sensação de insegurança muito intensa, pois não tem como planejar o pagamento de uma especialização ou a interrupção do trabalho para cursar um mestrado. Esta dentista figuraria como *dentista liberal* em várias pesquisas atuais, pelo fato de trabalhar em clínicas

³² Em julho de 2010, quando a entrevista foi realizada, o salário mínimo necessário calculado pelo DIEESE era de R\$ 2.011,03. O salário mínimo era R\$ 510,00 (DIEESE, 2011).

particulares. Seria computada na mesma categoria do dentista Artêmio citado anteriormente, integrando a Odontologia de Mercado.

Aqui podemos ver com clareza a adequação do conceito de ideologia discutido por Eagleton (1997). As construções ideológicas, via de regra, não são factualmente falsas. É verdadeiro que existem, ainda hoje, dentistas como Artêmio. Contudo, a ideologia concorre para o ocultamento das questões fundamentais. Falar em Odontologia de Mercado sem perceber o conflito de classes que existe dentro dela – parte do trabalho da dentista 01 é apropriado por outros – é perder de vista uma destas questões fundamentais.

A metodologia utilizada nesta pesquisa revela mais sobre as percepções dos dentistas de sua renda do que sobre a renda propriamente dita. Reconhecemos que há a possibilidade dos entrevistados referirem um passado idealizado, que uma memória seletiva tenha selecionado determinados aspectos mais positivos dos períodos anteriores. Este é um risco inerente à metodologia adotada.

Os três representantes da geração dos anos 1980 simbolizam tanto dentistas que permaneceram apenas na prática liberal, quanto que a associaram ao emprego público ou que optaram a dedicar-se apenas ao setor público. Acreditamos ter um bom quadro deste período. Contudo, tivemos apenas um representante dos anos 1960, nenhum de 1970. Consideramos pouco prudente fazer afirmações sobre as gerações anteriores aos anos 1980 apenas com base neste material.

Há na fala dos dentistas dos anos 1980 a ideia de um período áureo, de fortes possibilidades de crescimento profissional. O trecho a seguir é ilustrativo:

Naquela época, assim, quando eu decidi fazer Odontologia, era a profissão que estava no auge. Então o mercado de trabalho completamente aberto, o olhar era só sobre o mercado privado mesmo, era assim aquela coisa do “Ah, vai formar, vai abrir seu consultório e vai trabalhar”. (...) O emprego público era um emprego extremamente precarizado. E como o mercado era muito bom, a gente não entrava com essa expectativa. (...) Mas, de modo geral, quase todo mundo já tinha, assim, o consultório montado ou a montar logo pelo menos no primeiro ano de curso. E assim, e com clientela já

segura. O que era interessante era isso, que assim, eu me lembro que logo na primeira semana eu já tinha vários pacientes marcados, já tinha turno fechado, e era uma época assim áurea (Entrevistada 02).

Os entrevistados 02, 05 e 12 afirmam que não apenas a autonomia típica era mais promissora que nos dias atuais, mas também havia melhor remuneração credenciamento a planos odontológicos (as tabelas de convênios apresentavam valores mais altos) e mesmo o trabalho em porcentagem aparecia como vantajoso, pois, com melhores rendimentos, possibilitava a transição à autonomia típica. Somente era valorado negativamente o emprego público.

O que aconteceu com estes dentistas dos anos 1980? Parte deles, a exemplo do dentista 12, permaneceu em situação bastante favorável, parte foi afetada pelas transformações do cenário. Não é nossa intenção fazer o estudo de “casos de sucesso”, mas parece ter havido alguma relação com o movimento das especialidades:

ENT: O que você percebe dos seus colegas de formatura, que fizeram trajetórias? O que foi que aconteceu com eles? (...)

RES: Assim, quem eu consegui acompanhar, eu observo assim: alguns que foram e migraram para especialidades mais de ponta, Prótese, Cirurgia – que depois acabou – Periodontia – que depois acabou – se vinculando também a Implantodontia, e foi investindo nesse crescimento aí, essas pessoas continuam mantendo um padrão de atendimento legal. Quem se manteve só como clínica e Odontopediatra, essas pessoas começaram a se queixar muito, muito mesmo. Estavam assim, de muitas dificuldades de manter o consultório, e tal (Entrevistada 02).

Esta é uma questão particularmente importante, porque há um diagnóstico, sobretudo pela Saúde Bucal Coletiva, de que exista uma valorização excessiva da especialização. Há uma crítica à especialização precoce e busca-se a orientação da formação para um caráter mais generalista. Isto se observa, por exemplo, nas Diretrizes Nacionais Curriculares de Odontologia:

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação **generalista**, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico (BRASIL, 2011h, grifos, p. 1 nossos).

A crítica à especialização precoce aparece também na fala de alguns dentistas entrevistados:

Tanto é que quando eu converso com o pessoal que está se formando, "gente vocês têm que pegar experiência, não adianta vocês saírem logo querendo ficar o expert do expert em uma coisinha só. Você tem que saber clínica, você tem que saber uma boa, um bom trabalho clínico pra depois fazer sua especialidade" (Especialista em Odontopediatria, mestre em Clínica Geral).

Se fosse hoje [se estivesse me formando hoje], primeiro eu não faria da mesma forma. (...) Não faria especialização em seguida porque (eu quase fiz em seguida) a primeira (Especialista em Endodontia, cursando segunda especialização).

Todavia, são críticas que partem de dentistas que já fizeram suas especializações e que, por terem se formado nos anos 1990, encontraram um cenário, se não tão promissor quanto os anos 1980, certamente menos duro do que o enfrentado pela geração formada nos anos 2000. Há uma preocupação genuína com o perigo que representa a especialização precoce, mas esta preocupação se choca com as estratégias de sobrevivência que os jovens dentistas são obrigados a traçar. Na visão destes, a necessidade de especialização o mais cedo possível é incontestável. A entrevistada 10 é especialista em Periodontia e relata estar satisfeita com sua inserção. As dentistas 13 (insatisfeita com sua inserção) e 14 (realizada com sua inserção) estão cursando especialização, respectivamente em Odontologia do Trabalho e em Odontologia em Saúde Coletiva. Apenas dois dos jovens dentistas não iniciaram especialização. A dentista 01 deseja se especializar em Ortodontia e o entrevistado 11 em Implantodontia. Eles ainda não fizeram seus cursos por impossibilidade material, frente aos rendimentos que conseguem amealhar, não por acreditarem na necessidade de valorizar a clínica geral. Sofrem bastante angústia por não terem ainda conseguido atingir tal meta:

...porque isso **me deixa mais frustrada**, as metas profissionais. E que eram: conseguir a minha especialização, entrar na especialização em Ortodontia, pagar a minha especialização em Ortodontia, né. E depois da especialização, eu quero entrar no mestrado... (Entrevistada 01).

A geração de 1990 foi lançada ao mercado ainda tendo por referencial a geração que a precedeu: "O dentista não é mais aquele profissional rico. Não é? Então acho

que muita gente apostava que na Odontologia eles seriam ricos, não é mais” (entrevistada 08, formada no início dos anos 1990). Todavia, alguns de nossos entrevistados, sobretudo os formados no final dos anos 1990 relatam uma expectativa menos alta:

Até hoje não tenho muita ilusão com relação à Odontologia não, nem tive antes [época de estudante], nem tinha depois, sabia bem como era. (...) Eu não pensava dessa forma [dentista bem de vida], eu sempre fui **pé no chão**, mas de repente tinha colegas... (Entrevistada 04)

Este é o período relatado como a entrada em Salvador dos planos odontológicos mais massificados – as operadoras de Odontologia de Grupo que atualmente predominam no mercado. É uma época em que começam a diminuir os pacientes da prática autônoma típica e em que os ganhos da autonomia atípica decaem. A geração formada nos anos 2000 já está bem distanciada do cenário promissor dos anos 1980. A entrevistada 02 tem uma irmã desta geração, além de vários ex-alunos, e assim refere:

...foi uma fase que mexeu muito comigo, porque eu tinha ela, e tinha todo um grupo assim que a gente tinha afinidade, e que era da faixa etária dela, e que foram meus ex-alunos aqui que eu criei muito vínculo, saía muito com eles, e a gente começou a ver muito, ouvir muito deles, sabe? Queixas de precarização desse trabalho que já estava começando a surgir. Então assim, entrando na *operadora S*, alguns montando o consultório e o consultório **matando mosca** já, não conseguindo uma boa inserção, trabalhando em clínicas por percentual, mas aí percentuais abaixo e com o convênios já pagando com tabelas muito baixas, né? (Entrevistada 02)

Recorremos ao depoimento “Desabafo de um dentista baiano”, publicado em um *blog* odontológico para dar voz a um dentista que trabalha em condições semelhantes às anunciadas acima. O objetivo primeiro do autor era criticar a contribuição sindical ao Sindicato dos Odontologistas no Estado da Bahia, mas oferece também um retrato vívido de suas condições de trabalho:

... trabalho num sistema injusto de porcentagem 40% ou 50%, sem qualquer amparo da lei (carteira assinada, FGTS, férias, 13º, seguro desemprego ou saúde [SIC] do trabalhador).

(...)

Viramos escravos de planos odontológicos como Odontosistem, prevdonto e odontoprev... e o quê o sindicato faz? O senhor presidente do sindicato sabe quanto a odontosistem paga por uma exodontia? e a odontoprev? e a prevdonto? Respectivamente: 15,07; 10,73; 9,25... para realizar esse

procedimento com o mínimo de biossegurança o CD tem o custo de: 0,60 (par de luvas), 0,10 (mascara), 0,10(gorro), 1,6 (2 filmes radiográficos), 0,50 (campo NÃO estéril) 2,50 (campo estéril)... total 5,40. Logo meus 5 anos de faculdade e aprendizado adquirido valem: para odontosistem: 10,07; odontoprev 5,73; prevdonto 4,25. Ah! e não esqueça que não ganho esse valor e sim 40% ou 50% disso, ou seja nada (COSTA, 2010).

Nas entrevistas, o relato de melhora de rendimentos apareceu apenas no setor público. A entrevistada 05, como os demais da sua geração, trabalhou no setor privado depois de formada. Chegou a ter seu próprio consultório e, com a chegada dos planos de Odontologia de Grupo nos anos 1990 aderiu a eles. Foi uma experiência que não a satisfaz. Inseriu-se no serviço público inicialmente em regime de tempo parcial e, após várias tentativas, conseguiu integrar o quadro do PSF de Salvador, que relata ser o melhor rendimento: “[desde] que eu comecei a trabalhar, o único remunerado bom assim, de mercado de trabalho, na parte pública, foi o PSF” (Entrevistada 05). O emprego público que a entrevistada 05 tem difere daqueles dos dentistas 01 e 11, por ter rendimentos bastante superiores, garantia de direitos trabalhistas e por atuar na mesma cidade em que reside.

Obtivemos mais facilmente respostas sobre os rendimentos provenientes de empregos no serviço público do que sobre a prática liberal típica ou atípica. Também foi mais fácil para os dentistas falar de seus ganhos na condição de trabalho por porcentagem ou pejetizados, mesmo quando isto significa uma grande oscilação e valores mês a mês. Reconhecemos que há aí um viés, razão pela qual queremos trabalhar com as informações provenientes das entrevistas apenas com uma abordagem sugestiva. Nos dois quadros abaixo estão compiladas as informações sobre locais e condições de trabalho e suas respectivas remunerações no setor público e no setor privado. Note-se que os dentistas jovens se mostraram mais abertos a falar de remuneração que os das gerações anteriores. É importante observar os valores de salários no PSF de municípios do interior mencionadas pela informante “e” são informações que ela teve com colegas enquanto nos demais casos os próprios informantes tiveram os empregos descritos.

Queremos chamar atenção para o fato de que a remuneração no PSF de Salvador, seja TAC ou REDA é vantajosa, inclusive proporcionalmente superior à dos que são somente estatutários em regime de 20 horas semanais. Nos municípios do interior essa vantagem não é verificada e predomina a contratação como prestador de serviço. Na fala dos dentistas, ao dosar os prós e contras de cada emprego, um dos elementos que integram o cômputo é a distância de Salvador, uma vez que os entrevistados, mesmo passando 4 ou 5 dias nestas cidades, retornavam a Salvador no final de semana.

Ao compararmos as tabelas de remuneração no setor público e no setor privado, sobretudo considerando que os dentistas do segundo quadro também estão descritos no primeiro, percebe-se o motivo pelo qual a preferência pelo setor público começa a se manifestar como tendência para as gerações mais novas. O salário do PSF de Salvador pode figurar como inspirador, todavia, não há vagas suficientes no mesmo para todos os que as desejam. Mesmo não sendo tão bem remunerados quanto no PSF de Salvador, os postos de trabalho nos PSF do interior ainda podem ser uma alternativa desejável ao trabalho em porcentagem em clínicas populares da capital.

A fala dos dentistas das gerações anteriores é de que em seu tempo os rendimentos no setor público não eram atraentes, em face dos ganhos promissores do setor privado. O que nossa pesquisa não permite responder é se no setor público houve uma melhoria também em termos absolutos ou se foram apenas relacionais. Os ganhos no setor público melhoraram ou foram os rendimentos no setor privado que se deterioraram a ponto de ficarem piores que os do setor público?

Teria sido salutar se a metodologia que empregamos tivesse sido capaz de perceber a evolução da renda ao longo das diversas gerações de dentistas, mas isto não foi possível. Além do fato de os dentistas das gerações anteriores se mostrarem mais relutantes em falar de rendimentos, é difícil traçar comparações de ganhos entre períodos de tempo muito distantes.

TABELA 20 - Características do informante, segundo sexo, geração, município de trabalho, condição de trabalho, remuneração e setor.

Características do informante	Município	Condições de trabalho	Remuneração R\$	Setor
a) Mulher, geração 2.000	Município situado a cerca de 300 km de Salvador	Prestador de serviço, 40 horas	3.000 bruto	Público
	Clínicas de Salvador	4 dias, porcentagem	No máximo, 1.500.	Privado*
b) Mulher, geração 1980	PSF Salvador	TAC (40 horas) e estatutário (plantão)	TAC 5.100,00 + Estatutário 2.000.	Público
c) Mulher, geração 1990	UBS Salvador	20 horas, estatutário	2.000	Público
d) Homem, geração 2.000	Município situado a cerca de 450 km de Salvador	Prestador de serviço	2.800	Público
	Município situado a cerca de 300 km de Salvador	-	2.500	Público
	Município situado a cerca de 200 km de Salvador	-	2.300	Público
	Município situado a cerca de 100 km de Salvador	-	1.700, com desconto 1.100	Público
e) Mulher, geração 2.000 (apenas mencionou)	Município da região metropolitana de Salvador	-	Antes do REDA, 3.500 Com o REDA 3.000.	Público
	Clínicas em Salvador e região metropolitana	6 dias, porcentagem	2.500. Variando de 570 a 3.000	Privado*
	Município situado a cerca de 400 km de Salvador	40 horas, prestador de serviço	2.900 líquido	Público
f) Mulher, geração 2.000	PSF salvador	40 horas, REDA	6.000	Público
	Clínicas em Salvador	4 dias, sem vínculo empregatício	2.000	Privado*
	Clínica de grande plano odontológico	4 dias, pejetizada	De 2.000 a 2.500	Privado*

* Condição assalariada disfarçada

6.3 Processo de trabalho e condições de vida

Os padrões de gestão e organização do trabalho dão origem a um terceiro tipo de precarização, concorrendo para a intensificação do trabalho (DRUCK, 2011). Entre dentistas, fenômenos como a extensa jornada de trabalho e perda de autonomia podem ser tomados como indicadores. O aumento da jornada, a intensificação da produtividade, a ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho se articulam também com aspectos da vida fora do trabalho: o tempo de lazer e o convívio com a família. Todos estes itens fizeram parte do roteiro de entrevista e as respostas obtidas ajudam a tecer algumas considerações que não são conclusivas, mas que acreditamos que fornecem subsídios para futuras investigações com outras estratégias metodológicas.

Parece-nos que as condições de trabalho estão relacionadas à questão da autonomia no processo de trabalho. Supomos que jornada e intensidade de trabalho têm significados distintos quando percebidos por sujeitos que governam seus próprios atos ou por aqueles que se encontram subordinados.

Embora o número de entrevistados não permita fazer inferências, suspeitamos que a jornada de trabalho extensa pode ter sido comum mesmo na *época de ouro* da Odontologia. O dentista 12, formado nos anos 80, iniciou-se na profissão conjugando emprego público e consultório próprio: “Eu ia até 10 da noite, todo dia”. É enfático: “Então, assim, eu sempre trabalhei muito”. A redução da jornada ocorreu a partir do casamento. Com o passar do tempo, deixou o emprego público e o atendimento a convênios e atualmente “só atendo dois pacientes pela manhã e dois pela tarde”. A dentista 02, da mesma geração, refere desta forma o trabalho junto a um dentista mais velho, ainda nos anos 80: “Eu me lembro que ele trabalhava muito assim à noite, a gente trabalhava às vezes até as duas da manhã, três da manhã.” A carga de trabalho também foi diminuindo com o tempo.

Não temos como afirmar até que ponto tais relatos são representativos deste período, mas certamente revelam bastante sobre concepções de trabalho. Note-se que a extensa jornada de trabalho é valorizada. A agenda cheia denota não apenas

o quão dedicado é o profissional: atesta também seu reconhecimento, seu sucesso. Detenhamo-nos sobre a trajetória do dentista 12 para entender o significado dessa jornada: o emprego público e o trabalho em porcentagem lhe permitiram angariar recursos para adquirir um consultório. A constante atualização e a qualidade do trabalho lhe proporcionaram clientela a ponto de poder dispensar convênios, mantendo somente pacientes particulares. Atualmente o status alcançado permite que cubra um valor acima do mercado por seus procedimentos, tornando possível atender somente quatro pacientes por dia atualmente.

Nossa pesquisa não autoriza afirmar que as novas gerações de dentistas passaram a trabalhar mais ou menos horas por semana, mas permite supor que o significado deste trabalho tenha se transformado. Se, por um lado, a dentista 01, na época da realização da entrevista, trabalhava somente quatro dias na semana, por outro, os dentistas 11 e 13 relataram jornadas bastante prolongadas. Mas o *trabalhar muito* não é dito pela entrevistada 13 com o mesmo orgulho que o dentista 12. Alternando trabalho em porcentagem entre Salvador e um município da região metropolitana, sua semana só termina no sábado:

RES: Mas eu espero com a graça de Deus que eu venha largar o sábado porque eu estou cansada. Eu chego em Salvador três horas da tarde [do sábado], que que eu faço mais? Eu durmo, eu não tenho mais vida social.

ENT: E tempo de convívio com a família?

RES: Minha mãe até está reclamando (risos) que chega a noite eu estou morta, ainda vou pro computador fazer coisas da especialização (Entrevistada 13).

Um ponto que gostaríamos de salientar refere-se à noção de flexibilidade. Tradicionalmente, a prática liberal é associada de forma positiva à flexibilidade de horários – essa seria uma vantagem de “ser o próprio patrão”. Embora este conteúdo apareça desta forma na fala da dentista 07, encontramos também a flexibilidade com outro sentido: quando perguntamos à dentista 08 quantos turnos na semana tinha ocupados, respondeu “todos”, incluindo sábado e domingo. Explicando melhor seu dia a dia, ela diferenciou os turnos fixos dos turnos em que fica à disposição da clínica, para o caso de haver paciente:

RES: Por que assim, eu não tenho turno... Eu tenho turno fixo na quarta-feira. Eu não sou obrigada a estar lá se não tiver paciente.

ENT: Como é que você fica [sabendo], com quanto tempo de antecedência?

RES: Um dia antes. Eu sei que quarta-feira à noite, previsto para estar lá, então não marco em nenhum outro local. Porque eu tenho assim: horários que eu sei que estou em determinado lugar, pode ser que eu não tenha paciente. **É um risco meu.** Eu corro esse risco. **Mas geralmente tem** (Entrevistada 08).

A entrevistada 08 trabalha em diversos lugares, em variadas modalidades: aluguel de turno, trabalho em porcentagem, realização de procedimentos especializados em consultórios pertencentes a colegas. Na passagem transcrita, estava se referindo ao trabalho em porcentagem em uma clínica voltada ao público de classe média. O risco da não existência de paciente é imputado ao trabalhador: ela não deve assumir compromisso com outro trabalho no horário estipulado, mas não havendo paciente, não é remunerado. Foram exatamente esses horários flexíveis os referidos para o tempo de convívio com a filha. Há um dispositivo ideológico bastante eficiente em ocultar os conflitos de classe que consiste em um mimetismo da prática assalariada atípica em liberal.

6.4 Adoecer no trabalho

Um quarto tipo de precarização social do trabalho diz respeito à falta de segurança e saúde no trabalho (DRUCK, 2011). Há uma articulação estreita ao item anterior, uma vez que os processos de trabalho muitas vezes afetam negativamente a saúde dos dentistas.

A existência de doenças relacionadas ao trabalho do dentista não é uma novidade na literatura. Em livro didático, Saquy e Pécora (1996) anunciam que, em seu cotidiano, o dentista está sujeito a quatro tipos de agentes causadores de doenças profissionais: físicos (ruído, iluminação, radiação), mecânicos (esforço excessivo, inadequação do mobiliário, longo tempo em pé ou sentado), químicos (mercúrio, substâncias desinfetantes) e biológicos (vírus, fungos e bactérias). A análise desta obra direcionada a estudantes e profissionais em atualização é interessante por dois

motivos. O primeiro: as orientações dos autores para prevenir os riscos ocupacionais têm como destinatário o profissional liberal. O dentista é orientado como deve planejar e organizar o *seu* consultório para evitar tais doenças. Em segundo lugar, percebe-se que o processo de produção de doenças narrado no livro é apartado da vida social, suas causas são naturalizadas.

TABELA 21 – Características do entrevistado, geração, inserção no mercado de trabalho, segundo problema de saúde referido e motivo apontado.

Características do entrevistado	Problema de saúde e motivo
Geração 2000, trabalha em porcentagem	Problema: <i>Fiquei ainda mais ansiosa. Tive de ir pra um psicólogo.</i> Motivo: <i>Eu vi que as coisas eram completamente diferentes [Do que pensava na faculdade].</i>
Geração 90, autônomo atípico e típico	Problema: <i>Eu comecei a engordar muito .</i> Motivo: <i>Com certeza eu estava relacionado com a... com a carga de trabalho que eu estava.</i>
Geração 90, estatutário setor público e privado	Problema: <i>Dores.</i>
Formado antes de 80, estatutário no setor público e autônomo típico	Problema: <i>Nada. Só essa úlcera de duodeno.</i> Motivo: <i>Pela tensão de querer estar em três lugares, às vezes, ao mesmo tempo.</i>
Geração 90, autônoma típica e atípica e estatutária setor público	Problema: <i>Eu tenho alguns probleminhas na mão, de vez em quando eu tenho que colocar uma contençãozinha pra poder... e aí não dá pra trabalhar.</i>
Geração 90, autônoma típica e atípica e trabalha em porcentagem	Problema: <i>Arritmia.</i> Motivo: <i>Na época eu era coordenadora, ganhei de presente. Excesso de adrenalina.</i>
Geração 2000, Autônoma típica e atípica	Problema: <i>Na verdade não é LER, é um nomezinho diferente, mas que no final ia virar LER³³. E aí fiz fisioterapia.</i>
Geração 80, autônomo típico	Problema: <i>Nunca.</i>
Geração 2000, trabalha em porcentagem	Problema: <i>Problema de coluna. Síndrome do olho seco.</i> Motivo: <i>Ar condicionado em frente, furando a cárie com olho aberto.</i>
Geração 2000, temporária no setor público	Problema: <i>Só umas dores assim, aqui nessa região do braço, às vezes.</i> Motivo: <i>Colocar muita força no fórceps.</i>

³³ Lesão por Esforço Repetitivo, atualmente denominada DORT, Distúrbio Osteo-muscular Relacionado ao Trabalho.

Em nosso roteiro inicial havia uma pergunta sobre doenças relacionadas ao trabalho. Todavia, por não ser o foco principal do estudo, nas ocasiões em que foi necessário abreviar o tempo de entrevista, esta indagação não foi feita. Descontados os quatro entrevistados que não foram questionados, a síntese dos resultados pode ser vista na tabela 21.

Reconhecemos que este tipo de estudo não permite generalização, mas fornece elementos importantes para estimular pesquisas posteriores. Além das doenças tradicionalmente reconhecidas como bastante prevalentes entre dentistas, relacionadas a fatores ergonômicos, percebemos também problemas referentes ao sofrimento psíquico. Tal condição não é exclusiva das gerações mais novas ou das situações mais precarizadas, mas no contexto da entrevista, percebíamos que a intensidade do sofrimento era maior entre estes.

Aparentemente, os riscos ocupacionais são democráticos entre dentistas: problemas de coluna, tendinites, entre outros problemas, podem acometer tanto autônomos extremamente bem localizados no mercado quanto assalariados precarizados. Mas não se pode ocultar que ser capaz de definir o próprio ritmo de trabalho coloca o problema em outro patamar. Saquy e Pécora (1996) buscam esclarecer e convencer o dentista liberal a prevenir doenças ocupacionais. Tal como discutimos sobre aposentadoria e férias, aqui caberia ao indivíduo ser sensato o suficiente para seguir as prescrições e preservar sua capacidade de trabalho. O dentista 12, ao atender somente dois pacientes por turno, provavelmente está bem menos exposto a adquirir doenças profissionais, mesmo tendo quase trinta anos de formado e exercendo uma especialidade mais propensa a doenças do trabalho. Há uma flagrante diferença em relação à dentista 13, que, em seus poucos anos de formada, já percebe deterioração de sua saúde. Como não relacionar seu adoecimento à sua condição de assalariamento disfarçado, a uma rotina semanal que só termina às quinze horas do sábado?

Comparemos a situação da dentista 13 à vivida pela irmã mais nova (também da geração 2000) da dentista 02: “tinham que atender 20 pacientes, eles disponibilizavam 6 ou 7 pares de luvas para todo mundo” [dentista 02]. A irmã da dentista 02 tinha autonomia ainda menor que a entrevistada 13 em seu processo de trabalho. Trabalhar na clínica pertencente a uma operadora de plano odontológico significou maior restrição da autonomia que o trabalho em percentagem. Embora grande parte dos dentistas considere até certo ponto esperado algum problema de saúde na prática profissional (dores de coluna e tendinites eram relatados sem grande ênfase), a situação da irmã da dentista 02 não é tida como tolerável pelos dentistas. Há um adoecimento “aceitável”, previsível (afinal, acomete até os bem posicionados no mercado) e outro inaceitável, que vem acompanhado de situações degradantes. Tais circunstâncias em geral envolvem sofrimento psíquico dos sujeitos, sobretudo se em seu horizonte não vislumbram a possibilidade de sair desta condição. É o caso de uma das jovens dentistas, que relata ter necessitado de auxílio psicológico para lidar com a sensação de frustração ao descobrir que a realidade de formada era muito diferente da que imaginava quando estudante.

6.5 Organização sindical

Os obstáculos à organização social dos trabalhadores integram o quinto tipo de precarização social do trabalho (DRUCK, 2011). Em nossa pesquisa, apontamos uma dificuldade já histórica dos dentistas em fazer uso de formas de luta coletiva, todavia contrapostas a promissoras novidades.

Há no Brasil duas federações que agregam sindicatos de dentistas: a Federação Nacional dos Odontologistas, FNO, fundada em 1948, com 23 sindicatos filiados (FNO, 2011), e a Federação Interestadual dos Odontologistas, FIO, fundada em 1988, com 12 sindicatos filiados (FIO, 2011). Nossa experiência, a partir do convívio com dentistas, é de que há uma carência de tradição de organização sindical entre estes trabalhadores. Não encontramos na literatura artigos sobre o assunto e nas

declarações dos dentistas em blogs e comunidades virtuais é predominante o argumento de que *dentistas nunca se unem*. Há a percepção de que *sempre foi assim*, não seria uma característica do momento atual do mercado de trabalho e sua explicação estaria na característica liberal da profissão.

Uma busca rápida pelas palavras “união” e “Odontologia” no *Orkut*, feita em 17 de maio de 2011 retornou diversos tópicos com títulos como “Falta aos dentistas união e valorização”, “A odontologia vai acabar! Ou melhor, já acabou...”, “Desunião da Classe. O que vocês acham??”, “CLINICAS POPULARES VERGONHA NACIONAL!!!!”, “Débil mental de branco”, entre outras. Predomina a noção que os dentistas não se organizam coletivamente porque cultivam a competição entre si desde a graduação. A ideia de desunião está fortemente relacionada à do produtor isolado, pois prevalece a noção de dentista com a de um profissional liberal trabalhando em separado dos demais.

Durante o período em que acompanhamos as notícias na imprensa on-line com as palavras-chave “dentista” e “planos odontológicos”, conseguimos capturar informes de greves e paralisações de dentistas no serviço público em alguns municípios brasileiros (SÓ NOTÍCIAS, 2011), mas a frequência foi baixa. No setor privado a frequência foi ainda menor, o único evento que detectamos foi o processo de mobilização em Salvador contra a redução dos pagamentos da Prevdonto, já descrito no capítulo 4. Encerrado o período de coleta de dados, surgiu a paralisação nacional contra todos os planos de saúde no dia 7 de abril de 2011, que não será estudada nesta tese, cabendo análises posteriores.

Não é objetivo desta pesquisa estudar em profundidade as formas de organização dos dentistas, mas julgamos oportuno tecer algumas considerações sobre o tema, uma vez que uma das características do processo de precarização é a deterioração dos instrumentos coletivos de resistência dos trabalhadores.

No decorrer desta pesquisa, assumimos o pressuposto de que teríamos grande dificuldade em tratar, nas entrevistas, da organização sindical dos dentistas, uma vez que diversos indícios nos levam a afirmar que esta não é uma tradição no meio. Não incluímos uma pergunta específica sobre o tema em nosso roteiro original, mas nos mantivemos alerta para desenvolver o assunto se ele aflorasse espontaneamente. A triangulação de técnicas de pesquisa mostrou-se fundamental: as informações obtidas na internet nos guiaram para entrevistar os sujeitos que poderiam contribuir melhor ao assunto.

O tema organização coletiva encontra-se na fala de quatro entrevistados: duas sobre uma situação no setor público, duas no setor privado. As causas destas situações já foram abordadas nos capítulos correspondentes: já tratamos da paralisação contra a Prevdonto e da situação do PSF em Salvador. Este capítulo não retorna às situações já mencionadas, mas enfoca como a organização coletiva é vista pelos sujeitos.

Organização coletiva no setor privado: a mobilização contra a Prevdonto (primeiro semestre de 2010)

Foram entrevistados um dentista (em 26 de julho de 2010) que esteve à frente do processo de mobilização e uma dentista (em 3 de março de 2011) que participou do processo. Tivemos, portanto, uma fala da direção e uma da base do movimento – aquela foi concedida pouco depois dos eventos, esta após vários meses.

Há que se ressaltar que a fala do primeiro dentista é diferenciada de grande parte dos odontólogos, pois tem longa experiência organizativa. Assim, suas observações são calcadas em reflexões que não fazem parte da bagagem da maioria dos dentistas – se estivéssemos empregando o referencial bourdieusiano, estaríamos afirmando que este informante possui maior acúmulo de capital político. Desta

forma, quando descreve os meios de mobilização e negociação empregados durante o movimento, o faz com bastante propriedade³⁴, conforme se vê abaixo:

Esse, é como eu já tinha dito antes, é um problema grande que a nossa profissão não tem que é um caldo de **cultura de mobilização**...

Então o Conselho Federal talvez tenha estado presente [sobre outra questão perguntada], mas aquela discussão **feita na base, pra o dentista opinar**, isso não, esse é um problema que acontece com a gente.

O dentista precisa entender que mobilização é algo que pertence a uma categoria, **a Odontologia não é nada chique a esse ponto que não possa se mobilizar**, se reunir...

Aquilo que, no *Orkut*, os dentistas expressam como *desunião* é reforçado nestas falas como ausência de *cultura de mobilização*. Há entre os dentistas no *Orkut* severas críticas ao papel desempenhado pelos conselhos e sindicatos de Odontologia, ocorrendo inclusive uma confusão quanto ao papel destas entidades. Este entrevistado chama atenção para a pouca tradição de discussão de base no interior da categoria. Compreendemos que é necessário apreender dialeticamente o fenômeno: a base não tem o hábito de participação nas instâncias deliberativas, mas as próprias entidades deveriam envidar mais esforços para a construção de uma nova tradição. Chamamos atenção para a expressão “nada chique que não possa se mobilizar”. Para entendê-la, será necessário recorrer a Boito Jr. (2004), que destaca a dificuldade dos setores assalariados não-manuais em se organizar coletivamente.

Apesar de discordarmos, conforme explicado no capítulo 3, da noção de classe média empregada por Boito Jr., julgamos que várias considerações que o autor faz sobre o “sindicalismo de classe média” são úteis para entender os dentistas. Há convergências, em alguns pontos, com os apontamentos de Poulantzas (1978) sobre os elementos ideológicos da nova pequena burguesia.

Boito Jr. (2004) observa que a adesão dos trabalhadores não manuais ao sindicalismo é tardia, quando comparada à do proletariado. Durante a primeira

³⁴ É recomendável que se faça posteriormente uma análise mais profunda deste acontecimento, entrevistando vários atores envolvidos no processo, mas nesta tese nos limitaremos a analisar a percepção de dois entrevistados sobre a experiência de mobilização da categoria.

metade do século XX, os trabalhadores não manuais rejeitaram a luta sindical e quando mais tarde a fizeram foi a partir de valores calcados no meritocratismo.

Para Boito Jr.,

O sindicalismo de classe média foi, até o presente, fundamentalmente um sindicalismo do setor público. Muitas profissões de classe média, como professores e médicos, **só** se organizam sindicalmente no setor público, **nunca** no setor privado (BOITO JR., 2004, p. 224, grifos nossos).

A busca de notícias na imprensa *online* parece confirmar que as mobilizações de médicos e dentistas são mais comuns no setor público que no setor privado, mas a ocorrência de algumas movimentações neste último invalidam o advérbio “nunca” (no caso dos médicos, processos reivindicatórios organizados no setor de saúde suplementar são mais comuns do que entre dentistas).

É esclarecedora a referência que Boito Jr. faz à passagem do 18 Brumário de Luís Bonaparte de Marx sobre o campesinato. O individualismo de pequeno proprietário seria um grande contribuinte para a dificuldade de organização desta classe. Tal situação também é encontrada entre dentistas isolados em consultórios conveniados a planos de saúde – como se observa na fala do entrevistado:

Esse é um problema que acontece com a gente. Pela necessidade de fazer sua empresa andar, o seu tempo fica tão sacrificado que você acaba [não] dedicando tempo pra uma coisa que é importante, que é salvaguardar a profissão. Então, só tipificando aqui a questão da mobilização, o dentista: “poxa eu ainda tô aqui atendendo, não deu tempo, eu tinha que atender o último paciente”. O cara ao invés de deixar de atender três... os três últimos pacientes pra ir pra assembleia, pra ir reivindicar um aumento que ia suprir aquilo ali com a maior facilidade...

Na visão de Boito Jr., a ideologia meritocrática seria a maior responsável pelo afastamento dos assalariados não manuais da luta sindical. Segundo o autor, estes trabalhadores entenderiam que o movimento sindical é mais apropriado para os trabalhadores manuais, “isto é, para os trabalhadores que têm de compensar, recorrendo ao uso da força coletiva, a falta de dons e de méritos pessoais e o trabalho simples e degradado que executam” (BOITO JR., 2004, p. 225).

Isto explicaria a preocupação do entrevistado em desconstruir a noção, predominante entre dentistas, de que a Odontologia seria *chique demais para se mobilizar*. Há, todavia, uma divergência em relação a Boito Jr. Tanto o entrevistado quanto a maioria dos dentistas do *Orkut* tomam os médicos como exemplo de *união e mobilização*:

...o sindicato dos médicos, eles chamam pra uma assembleia, é rapidamente pronto, vai. Então (...) os dentistas estão esperando o resultado pra depois comparecerem a assembleia.

A outra entrevistada pensa de forma semelhante. Quando indagada sobre o que achava que seria o resultado da mobilização de 7 de abril de 2011, a se realizar poucos dias depois, sua resposta foi: “Nada, a dos médicos pode até dar, mas a da gente ainda há muita briga, não dá em muita coisa, não”. Parece-nos, portanto, que apesar dos dentistas não tomarem costumeiramente a organização sindical como um instrumento a ser utilizado para enfrentar os problemas da categoria, ao tomarem como referencial de comparação os médicos, a capacidade organizativa pode figurar como desejável. A dificuldade de organização emerge na fala dos sujeitos não como um sinal de superioridade aos trabalhadores manuais, mas como uma (má) característica intrínseca à profissão.

No setor público, onde uma das queixas dos dentistas é não receberem salários iguais ao dos médicos, o conflito entre profissões diferentes pode assumir um papel relevante. Contudo, no caso desta paralisação contra um plano exclusivamente odontológico, explicitou-se o antagonismo entre empregadores e empregados. A entrevistada que acompanhou o movimento referiu-se a ele de forma bastante positiva. Contou-nos como a empresa concedeu o reajuste decorrente da negociação e como, meses depois, alterou os valores sem despertar muita atenção. Portanto, embora o movimento tenha sido vitorioso a curto prazo, sofreu derrotas quando o grau de mobilização declinou:

...é uma safadeza, uma falta de honestidade com a gente. Faz uma força, aí dá um tempo e faz “ah (...) daqui que eles percebam, é tudo burro mesmo. Daqui que eles percebam a gente já lucrou dois, três meses”.

Tal antagonismo também se revela na fala do entrevistado: “Então, qual foi a estratégia nossa? A estratégia nossa foi além de não unir os inimigos [as diversas operadoras], dividir os inimigos”.

A tradicional incapacidade de organização dos dentistas é vista como fruto do isolamento não apenas físico, mas também do fato de, na prática liberal, os sujeitos se entenderem como concorrentes. Daí ser tão recorrente a associação da ideia de desunião à prática de aliciar paciente de colega e criticar seu trabalho. Este é uma questão de tamanho significado para os dentistas que merece sanções previstas no código de ética.

Neste cenário, a mobilização contra a Prevdonto figura como uma exceção por vários motivos: as assembleias preparatórias, as formas de divulgação e mobilização, o processo de negociação, o resultado obtido. Recorreu-se, inclusive, a um popular programa de rádio local para denunciar a negativa da empresa em negociar.

Organização coletiva no setor público: o caso do PSF de Salvador

Enquanto o caso da Prevdonto foi uma novidade à rotina do setor privado, o PSF de Salvador aparenta menor ineditismo. Trata-se, conforme explicado anteriormente, de um município que terceirizou a gestão do PSF para uma entidade privada. Realizamos entrevista com duas dentistas do PSF de Salvador, uma com vínculo estatutário e TAC e outra REDA. A partir do cruzamento das informações, foi possível constatar diferentes modalidades de contratação, assim referidas pelas informantes: a) Somente TAC; b) TAC e estatutário; c) REDA; d) “Redinha”. Os detalhes destas modalidades já foram discutidos anteriormente, nesta sessão discutiremos a situação sob o prisma da organização sindical. Durante o

acompanhamento que fizemos na imprensa *on-line* sobre o imbróglio envolvendo a Real Sociedade Espanhola de Beneficência, geralmente era noticiada a atuação do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia (SINDSAÚDE). Tal participação foi confirmada pela primeira entrevistada. Quando indagada sobre a atuação do sindicato de dentistas (SOEBA), a mesma referiu que este tentou uma aproximação, que não obteve êxito, pois “infelizmente, assim, a nossa classe não fala nada pra dentista, não”. Ou seja, novamente emerge a percepção de que os dentistas têm maior dificuldade de articulação, quando comparados às demais profissões de saúde.

Queremos, contudo, chamar atenção para o efeito da precarização do trabalho nos processos de organização coletiva. Como já descrito no capítulo anteriormente, há diferenças salariais entre as diferentes modalidades de contratação para o PSF de Salvador, conforme narra a entrevistada do REDA:

Já fui orientada: "olhe se alguém te perguntar seu salário que é do TAC, não diga". Eu falei "mas se é colega dentista, se tá trabalhando o mesmo trabalho" (...) Ciúme, achando que a gente tava roubando as vagas deles.

Os salários e direitos são diferenciados e o empregador conta com estas desigualdades para inviabilizar processos mobilizatórios mais amplos. As entrevistadas referem ocasiões em que só os TAC ficam com salários atrasados ou momentos em que apenas os REDA não recebem os vencimentos em dia. Uma entrevistada referiu que mesmo os dias do mês em que salários são pagos são distintos.

Boito Jr. (2004) afirma que os trabalhadores não manuais têm mais facilidade de se organizar sindicalmente no setor público, pois possuem “maior liberdade de movimentação no local de trabalho, estabilidade no emprego e padronização burocrática das relações de trabalho e da remuneração” (BOITO JR. 2004, p. 224). O que nosso caso sugere é que, frente a situações mais precárias, como vínculos instáveis, essa facilidade pode ser comprometida, ao menos parcialmente. Antunes e Alves (2004) mencionam tais clivagens entre trabalhadores estáveis e

precarizados. No caso em foco, os terceirizados, contrariando a maior parte dos estudos, recebem rendimentos substancialmente maiores que os trabalhadores estáveis. A entrevistada estatutária refere que os dentistas do TAC não têm interesse na realização de um novo concurso, a menos que sejam absorvidos. A entrevistada do REDA deseja a realização de um concurso, para lhe garantir segurança.

6.6 O debate sobre a renda do dentista

A estrutura deste capítulo foi orientada pela divisão em tipos de precarização social do trabalho tal como proposto por Druck (2011). O primeiro tipo ainda tem sido pouco estudado em sua manifestação no setor privado, mas sua expressão no setor público já é objeto de algumas publicações, tal como visto no capítulo 2. Há convergência entre os achados desta tese e grande parte dos estudos disponíveis. O terceiro tipo, até onde nos foi possível perceber, não tem sido alvo de maior atenção, uma vez que os estudos sobre o processo de trabalho do dentista têm como maior preocupação o resultado das ações em saúde. O quarto tipo é um objeto de estudo tradicional, embora o adoecimento no trabalho tenha sido mais investigado a partir de uma matriz biologizante. O quinto tipo nos parece ter sido ignorado até o momento. É em relação ao segundo tipo que se poderia travar um debate mais intenso, o que será objetivo desta sessão.

Há carência de pesquisas que abordem o tema renda do dentista. Uma exceção é o livro “Perfil do Cirurgião-dentista Brasileiro” (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010). Durante a fase de divulgação da publicação, uma das autoras declarou em entrevista:

Há muitas informações surpreendentes. Entre elas destaco a que se contrapõe ao senso comum sobre a renda do cirurgião-dentista brasileiro. Frequentemente ouvimos que o CD vem diminuindo drasticamente seus ganhos. Ao analisarmos os dados de renda, vemos que não é bem assim. As faixas de menor renda na Odontologia estão reduzindo de tamanho. Assim como a de maior renda. Assim, é possível ver que a profissão se

desloca para rendas médias e, ainda, temos a segunda melhor renda comparada com grupo de profissões na área da saúde (PINTO, 2011).

Portanto, a argumentação que acompanhou a divulgação da maior publicação recente sobre as características do dentista brasileiro esteve centrada na conclusão de que a queda de renda dos dentistas não é observável empiricamente, havendo antes uma melhor distribuição de renda entre os mesmos, já que os extremos tiveram suas percentagens reduzidas. Vejamos os dados que suportam tais conclusões.

A publicação traz dados de duas naturezas para mensurar a renda dos dentistas: a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) do Ministério do Trabalho e Emprego e as Declarações de Imposto de Renda de Pessoa Física (DIRPF) junto à Receita Federal. Como os autores reconhecem, ambas as bases de dados têm limitações. A RAIS informa apenas “sobre pessoas empregadas formalmente no mercado de trabalho, vinculadas à CLT, por meio de carteira de trabalho ou do estabelecimento de contrato de trabalho (temporário ou não)” (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010, p. 73). Isto significa que os dentistas autônomos ou cuja situação de assalariamento seja informal (como trabalho em porcentagem) estão fora de tais cálculos. É afirmado que no período de 2005 a 2007 o valor da hora trabalhada pelos cirurgiões dentistas teve aumento de 15%. Não é mencionado que neste período a inflação registrada pelo Índice Geral de Preços do Mercado (IGP-M) foi de 11,28% (CÁLCULO EXATO, 2010). Ainda que pequeno, há um aumento real de rendimentos, que contradiz o *senso comum*. Todavia, os dados da RAIS só demonstram o aumento do valor da hora trabalhada para os dentistas formalmente assalariados e a maior queixa dos dentistas em relação à queda de rendimentos ocorre nas formas autônoma típica, autônoma atípica e assalariada atípica (caso da dentista 01).

As informações colhidas junto à Receita Federal, por sua vez, caracterizam apenas os dentistas registrados como pessoa física, também deixando de informar dados sobre aqueles que se registram como pessoa jurídica. No contexto em que

despontam formas fraudulentas de assalariamento (caso da empresa Imbra, que inicialmente contratou dentistas como celetistas, e posteriormente os demitiu e recontratou como pejetizados), trabalhar com dados apenas de pessoas jurídicas traz fortes limitações. Ademais, é razoável supor que as medidas implementadas pela Receita Federal para evitar evasão fiscal façam com que as informações mais antigas tenham sido subestimadas. Uma das entrevistadas refere como as modificações das regras do fisco fazem com que o dentista atualmente tenha que ser *mais cuidadoso*:

RES: Os impostos são cada vez maiores. Agora mesmo, imposto de renda você tem que declarar o CPF da pessoa que você dá, o recibo a pessoa tem que declarar o seu CPF e vai ser cruzada a informação. Se tiver algum problema, olha você na malha fina. Então assim...

ENT: Isso era mais tranquilo há vinte anos atrás?

RES: Não tinha, não precisava declarar que você... Bastava o valor mensal. Hoje tem que ser cuidadoso com isso (...) (Dentista geração 1990)

Portanto, um dos problemas metodológicos de fazer inferências a partir das declarações de imposto de renda é que o aumento da renda declarada pode não significar o aumento da renda real no caso dos dentistas liberais, apenas uma maior eficiência do sistema de tributação. Outro problema se refere ao assalariamento: trabalhadores formalmente assalariados têm imposto descontado diretamente em seus contracheques, portanto têm menores possibilidades de fugir à tributação. Se considerarmos que no passado havia um menor número de dentistas assalariados também se chega à conclusão de que o aumento da renda declarada pode significar uma maior dificuldade de escapar do fisco.

Os dados provenientes da Receita Federal constantes na publicação podem ser visualizados na tabela 22.

Percebe-se que houve, de fato, uma redução ao longo do período de cinco anos, dos percentuais de dentistas que, sob a modalidade de pessoa física, declararam receber renda anual inferior a 12 mil reais, bem como os que reportaram renda anual superior a 72 mil reais. O estudo, todavia, não informa se os valores foram corrigidos

pela inflação, cabendo salientar que a variação do IGP-M entre 1º de janeiro de 2002 e 31 de dezembro de 2006³⁵ foi de 60,39% (CÁLCULO EXATO, 2010).

TABELA 22 - Percentual de CD por faixa de renda de 2003 a 2007, Brasil.

Faixa de renda	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %	2007 %
Até 12.000	9	9	8	7	5
12.001-24.000	37	43	40	37	35
24.001-36.000	17	20	20	20	19
36.001-48.000	10	11	12	13	13
48.001-60.000	5	7	7	8	9
60.001-72.000	3	4	4	5	6
>72.000	19	7	8	10	12

Adaptado de Morita, Haddad e Araújo (2010).

Outro fato que merece ser considerado, tanto para os dados provenientes da RAIS quanto da DIRPF, é que o período analisado é bastante restrito. O *senso comum* considera ter havido um decréscimo da renda dos dentistas ao longo das três últimas décadas. Boa parte das transformações do mercado de trabalho mencionadas já estava delineada antes de 2002, início do período estudado na publicação. A refutação do *senso comum* deveria levar em conta um período mais abrangente: a *era de ouro* referida pelos dentistas em geral se situa nos anos 80.

Em síntese, é possível afirmar que existe entre os dentistas a percepção de que ao longo das três últimas décadas houve uma queda de rendimentos na prática autônoma típica, atípica e assalariamento atípico, mas uma melhoria de rendimentos do assalariamento no setor público. Todavia, não pudemos constatar empiricamente tal fenômeno, por limitações metodológicas. Ainda assim, não nos parece razoável afirmar que tal queda não tenha ocorrido.

A discussão sobre a variação de rendimentos do dentista traz nas entrelinhas uma pergunta: qual seria o valor correto, aceitável ou justo? Embora para grande parte de

³⁵ Os dados de 2007 se referem ao ano-base 2006.

nossos interlocutores possa não parecer correto que os ganhos da dentista 01 não alcancem o valor do salário mínimo necessário estipulado pelo DIEESE, muitos discordarão que a meta a ser alcançada seja uma reabilitação oral *mais cara que uma Mercedes*. Analisaremos a questão sob dois prismas distintos: a partir de Boito Jr e a partir de Marx.

Apresentamos no capítulo 3 nossa discordância em relação ao argumento de Boito Jr. (2004), de que é a ideologia meritocrática o critério definidor da classe média, distinguindo-a do operariado. Contudo, embora não concordemos que as classes sociais sejam definidas no terreno da ideologia, reconhecemos que há importantes elementos ideológicos que se somam a critérios econômicos e políticos. É neste sentido que julgamos úteis as observações que o autor faz sobre o meritocratismo dos trabalhadores assalariados não-manuais.

Boito Jr. considera que há uma dificuldade da classe média aderir ao sindicalismo por causa da ideologia que credita o sucesso profissional ao mérito, esforço e trabalho individuais. Este foi um elemento muito forte entre os dentistas entrevistados e a frase a seguir é a que melhor a expressa:

...aqui [na clínica em que o entrevistado tem consultório, existem] pessoas bem mais novas, né, pessoas novinhas aí fazendo sucesso. Por que uns fazem sucesso e outros não fazem? É por que é mais bonito? É por que é mais alto? Tem olhos verdes? É por que é filho de... não! É porque estudou mais, procurou se qualificar mais, procurou fazer um curso fora, quer dizer, ele fez um diferencial, eu acho que as pessoas reclamam muito pela falta de iniciativa, pela atitude (Entrevistado 12, liberal típico, geração 1980).

Esta fala representa a ideologia meritocrática de forma singular, sobretudo por anular as desigualdades de partida. A crença no esforço individual como chave do sucesso é tamanha que mesmo “ser filho de...” não representa diferença (neste aspecto, não há concordância por parte dos demais entrevistados). Subjaz a ideia de que todos partem com as mesmas oportunidades, mas os que muito reclamam e não têm iniciativa não logram sucesso. Note-se que para *fazer um curso fora*, ao

contrário do que é afirmado, faz bastante diferença ter suporte familiar³⁶. Apesar desta fala ter sido tomada por representar a ideologia meritocrática mais aguda, gradações desta lógica permearam as diversas entrevistas. Provavelmente, o fato desta ideologia se expressar de forma mais cristalina no discurso do entrevistado 12 esteja relacionado com o de que este é o único dentista autônomo puro da amostra. Todos os demais entrevistados são assalariados, quer total, quer parcialmente, ou pelo menos são credenciados a planos odontológicos. Isto reforça para nós a discordância em relação a Boito Jr.: a ideologia não é critério definidor de classe social, mas uma expressão desta, ao passo que também a influencia.

Boito Jr. defende que, quando os assalariados não-manuais conseguem superar o isolamento que lhes é característico, a forma de organização que assumem é um sindicalismo diferente daquele típico do operariado:

O meritocratismo pode, a despeito do efeito de isolamento que lhe é peculiar, articular-se com o sindicalismo graças ao deslocamento de ênfase do mérito individual para o da profissão. O custo ao mérito do indivíduo é prolongado e completado pelo culto ao mérito da profissão (...). Trata-se agora, não apenas de defender o poder aquisitivo do salário, como também de defender a posição relativa dos salários da profissão na hierarquia salarial". (BOITO JR., 2004, p. 228).

Esta defesa é chamada por Boito Jr. de "salário relacional". Algumas falas dos entrevistados apontam a concordância com uma hierarquia do mundo do trabalho que estaria sendo rompida, acreditam que esteja em curso uma subversão da "escala social das profissões", expressão de Boito Jr., (2004, p. 228).

Uma restauração simples de amálgama numa *operadora S* mesmo, você consegue ganhar menos do que, bem menos que um corte de cabelo num local bom, não ótimo, um lugar bom (Entrevistado 11).

Este tipo de argumento é fortemente criticado por Boito Jr.:

É emblemático na história recente do sindicalismo brasileiro o protesto, tantas vezes repetido, do sindicalismo de professores: "a professora primária está ganhando menos que a empregada doméstica!". Esse

³⁶Mesmo para a inserção no serviço público o suporte familiar é importante. A dentista 14 contou com a ajuda familiar para ficar dois meses sem trabalhar, apenas estudando para a seleção pública que hoje lhe garante salário de R\$6.000.

protesto, que desmerece o trabalho manual, é muito ambíguo. O que, de fato, se reivindica? Um aumento salarial para as professoras ou uma redução do salário das empregadas domésticas? (BOITO JR., 2004, p. 228).

Se o apelo ao salário relacional é feito pelos dentistas como argumento de que seus rendimentos são inferiores ao que mereceriam, também é um raciocínio utilizado para contradizer o senso comum de que *o CD vem diminuindo drasticamente seus ganhos*. Em entrevista, Morita afirmou que “temos a segunda melhor renda comparada com grupo de profissões na área da saúde” (PINTO, 2011). Desta forma, um dos motivos pelos quais não seria correto afirmar que haja uma queda de rendimentos dos dentistas seria a manutenção de sua posição relativa dentre as diversas profissões de saúde.

A manutenção em segundo lugar entre as profissões de saúde também foi referida por um dos entrevistados, mas a partir de uma perspectiva negativa:

...é verdade que cresceu muito a participação do dentista no setor público, mas a remuneração nossa continua sendo uma remuneração absolutamente aquém da tarefa que ele desempenha, e, **se comparado com os médicos**. Então, fica bem distante, a gente enxerga, por exemplo, que no PSF o dentista recebendo cerca de um terço do que o médico tem, né? (Entrevistado 03).

Este talvez seja um dos problemas de utilizar a noção de salário relacional: se o salário do dentista está acima de certas profissões, também está abaixo de outras – mas o que este fato revela sobre queda de rendimentos? Na publicação sobre o perfil do dentista brasileiro (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010), a comparação entre a renda das profissões de saúde é feita tanto a partir dos dados da RAIS quanto da DIRF. Os dados da RAIS trazem a comparação apenas entre médicos, dentistas e enfermeiros – os odontólogos ficam com a segunda melhor remuneração.

Os valores dados pela RAIS têm por base a hora trabalhada, o que é positivo, considerando-se a grande variedade de cargas horárias destes profissionais. Montamos a tabela a seguir a partir dos dados constantes na publicação, porém

fizemos em acréscimo o cálculo da comparação com o rendimento dos médicos. Se tomarmos a renda dos médicos como “padrão ouro” e, em função desta, calcularmos a proporção da renda de médicos e enfermeiros, veremos que ambas as profissões vão se distanciando da renda dos médicos e **decaem** em termos **relativos**:

TABELA 23 - Valor da hora trabalhada de médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros, e valores percentuais em relação ao valor da hora trabalhada dos médicos, 2005-2007, Brasil.

Profissional	2005		2006		2007	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Médico	105,57	100	116,27	100	126,31	100
Cirurgião-dentista	69,56	66	75,40	65	80,07	63
Enfermeiro	59,82	57	63,95	55	67,07	53

FONTE: valores da RAIS constantes em MORITA; HADDAD; ARAÚJO (2010).

Os dados da DIRPF já permitem a comparação entre um número maior de profissões, embora apresentem o inconveniente de que várias delas estejam agregadas:

TABELA 24 – Valor percentual dos rendimentos tributáveis anuais dos profissionais, segundo grupo de ocupação principal e faixa de renda, Brasil, 2007.

Rendimento tributável	Médicos %	Dentistas %	Enf, Nut, Far e afins %	Fono, Fisio, TO e afins %
0-12.000,00	4	6	7	14
12.000,01-24.000,00	10	35	30	56
24.000,01-36.000,00	7	19	25	15
36.000,01-48.000,00	8	13	16	7
48.000,01-60.000,00	8	9	9	3
60.000,01-72.000,00	5	6	6	2
>72000	55	12	7	3

Fonte: MORITA; HADDAD; ARAÚJO (2010)

A definição dos intervalos de rendimento tributável poderia ter levado em conta o salário mínimo necessário do DIEESE, que, em dezembro de 2007 era de R\$ 1.803,11 (DIEESE, 2011). O primeiro ponto de corte, portanto, estaria situado no interior do segundo intervalo apresentado. Se somarmos os dois primeiros intervalos

apresentados na tabela, passamos a ver que 14% dos médicos, 41% dos dentistas, 37% dos enfermeiros, nutricionais, farmacêuticos e afins e 70% dos fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e afins têm rendimentos tributáveis entre 0 e 24 mil reais, alterando o *ranking* das profissões. Isto não altera a faixa de maiores rendimentos, mas é importante perceber que o percentual de dentistas nesta faixa (12%) está muito mais próximo das demais profissões (7 a 3 %) do que dos médicos (55%). Ou seja, há várias maneiras de olhar para este conjunto de dados. O que talvez seja mais importante inquirir é: vale à pena a análise da hierarquia de salários? O fato dos dentistas terem o segundo maior rendimento dentre estas profissões valida a assertiva de que não há fundamento empírico que confirme a queda de renda do dentista? Estariam os dentistas *ganhando demais* ou os fisioterapeutas *ganhando de menos*? Não se estaria esquecendo a possibilidade bastante plausível de que a maioria das profissões esteja sofrendo perdas de rendimentos e ainda assim os dentistas se manterem em segundo lugar na hierarquia salarial do setor saúde?

Honorário x salário: o preço da força de trabalho

Uma forma de compreender a variação da remuneração dos dentistas ao longo das gerações será contrapor os conceitos de “honorário” e “salário”, pois estes expressam o processo de conversão dos profissionais liberais em assalariados. Esta tensão se faz notar na fala do dentista 12, quando perguntado como avalia o mercado de trabalho do dentista:

Eu não encaro a odontologia como mercado de trabalho (...). Nós não estamos aqui pra ganhar dinheiro, o mercado de trabalho é pra você ganhar dinheiro (...). Se você tiver preparado e você cuidar bem do paciente você terá seus honorários (Entrevistado 12, autônomo típico).

O conceito de honorário está intimamente ligado ao conceito de profissão, e por consequência, do trabalho autônomo exercido pelos profissionais. Oliveira (1999) afirma:

O termo honorário é de origem latina honor = honra. Suas raízes situam-se na antiga Roma onde se distinguiram os trabalhos puramente manuais daqueles que exigiam um conhecimento intelectual. Os primeiros permitiam uma avaliação, um preço justo, para se fazer a contraprestação, isto é, a remuneração pelos serviços prestados. Entretanto, aqueles exercidos pela capacidade intelectual do profissional não podiam ser avaliados, tendo-se em vista simplesmente o esforço, o sacrifício deste profissional. Estes, além da remuneração devida, mereciam ser honrados pelo favor de seus trabalhos (OLIVEIRA, 1999, p. 52).

Este parágrafo, extraído de uma revista odontológica, expressa bem a distância concebida entre a remuneração de um profissional liberal e a de um assalariado. Os efeitos desta concepção nas disputas por status e prestígio poderiam ser melhor estudados a partir de um referencial weberiano. Para Weber (1982) as lutas pelo poder não são apenas econômicas, há também as que ocorrem em função das honras sociais. Para o autor, enquanto as classes estariam relacionadas com a situação de mercado (propriedade e a falta desta), os grupos de status seriam estabelecidos pela distribuição da honraria. Contudo, não é objetivo desta pesquisa empregar tal enfoque teórico.

Observe-se que Oliveira (1999) emprega o termo “honorário” para distingui-lo da remuneração destinada a trabalhadores manuais. Ou seja, segundo o autor, seria possível calcular a remuneração cabível à força de trabalho manual, mas não a da força de trabalho intelectual, pois esta envolve a honra profissional e esta não pode ser avaliada. É curioso que, ainda que não tenha se detido longamente à questão dos honorários ou do *sacrifício profissional*, Marx tenha comentado:

Coisas que, embora em si mesmas, não são mercadorias – por exemplo, honra, consciência etc. - podem seus donos considerar alienáveis por dinheiro, e, assim, receber, por meio de seu preço, a forma de mercadoria. Uma coisa pode, formalmente, ter um preço sem ter valor (MARX, 2002, p.129-30).

Posta à parte a ironia presente na passagem, Marx está destacando que somente o fruto do trabalho humano é dotado de valor. Honra e consciência não são produtos de um trabalho social homogêneo, não têm valor – o que não impede que sejam vendidas em troca de dinheiro. Oliveira (1999) acaba por concordar, mesmo que de

forma não intencional (não aceitaria a assertiva de que a honra não tem valor) com o argumento de que ainda assim, recebe-se um pagamento em troca da honra.

A quantidade de valor contida nas mercadorias é “a quantidade de trabalho socialmente necessária ou o tempo de trabalho socialmente necessário para a produção de um valor de uso”. (MARX, 2002, p. 61) Contudo, Marx está se referindo ao trabalho humano homogêneo. “É em função desta homogeneidade que o trabalho do tecelão se confronta ao de um alfaiate: desvanecem-se, portanto, as diferentes formas de trabalho concreto, elas não mais se distinguem umas das outras, mas reduzem-se, todas, a uma única espécie de trabalho, o trabalho humano abstrato.” (MARX, 2002, p. 60).

Aqui Marx trata do trabalho humano homogêneo, mensurável em tempo. A obra de um grande pintor, por exemplo, não é comensurável a outro produto do trabalho humano que encerre em si o mesmo *quantum* de trabalho. Mas não é deste tipo de trabalho que trata a teoria do valor-trabalho. Marx se refere ao trabalho abstrato.

A força de trabalho é também uma mercadoria que se troca no mercado. Como as demais mercadorias, têm seu valor determinado pelo “pelo tempo de trabalho necessário à sua produção e, por consequência, à sua reprodução” (MARX, 2002, p. 201). A soma dos valores dos meios de subsistência necessários à manutenção do possuidor da força de trabalho determinam o valor desta. Para a realização dos trabalhos, a força de trabalho deve ser educada ou treinada e isto também custa certa soma de valores em mercadorias: “os custos de aprendizagem, ínfimos para a força de trabalho comum, entram, portanto, no total dos valores despendidos para sua produção” (MARX, 2002 , p. 202).

A diferença dos custos de aprendizagem confere variados valores a distintas forças de trabalho:

Confrontado com o trabalho social médio, o trabalho que se considera superior, mais complexo, é dispêndio de força de trabalho formada com custos mais altos, que requer mais tempo de trabalho para ser produzida,

tendo, por isso, valor mais elevado que a força de trabalho simples (MARX, 2002, p. 230).

O trabalho que está sendo referido aqui é comensurável aos demais trabalhos humanos: ele apenas tem um valor mais elevado pelo fato de ter dispendido mais custos para ser formado. Não há aqui a ideia de um trabalho cujo valor não pode ser calculado, implícita na colocação de Oliveira (1999) – o valor deste trabalho pode, sim, ser mensurado, apenas é maior.

Estamos nos detendo nestes aspectos porque queremos discutir as implicações que decorrem do fato de o dentista se tornar um vendedor de sua força de trabalho. O dentista autônomo, que é a figura que Oliveira (1999) tem em mente, vai ao mercado vender a mercadoria procedimento odontológico. Ele detém a posse dos meios de produção, define livremente seu processo de trabalho e negocia diretamente com o comprador desta mercadoria, o paciente. Contudo, não é desta forma que os dentistas desejam fazer parecer. É necessário um suporte ideológico que faça parecer esta troca operada no mercado como se não fosse regida pelas mesmas leis que governam o câmbio das demais mercadorias. Cordón aborda o assunto muito bem:

Essa produção independente do cuidado odontológico, se realiza numa troca comercial, em que o cirurgião-dentista vende o seu trabalho no mercado e em troca recebe honorários, termo que tem a função ideológica importante, na odontologia liberal, revestindo de um véu mítico a relação mercantil, dando ao salário recebido, um caráter de mera retribuição agradecida (CORDÓN, 1986 p. 54).

Marx menciona as duas condições necessárias para a existência do vendedor da força de trabalho: ele deve ser livre em dois sentidos:

... o de dispor, como pessoa livre, de sua força de trabalho como sua mercadoria, e o de estar livre, inteiramente despojado de todas as coisas necessárias à materialização de sua força de trabalho, não tendo, além desta, outra mercadoria para vender (MARX, 2002, p.199).

A primeira condição é constatada sem dificuldade, a segunda é a que merece nossa atenção. O dentista liberal vende o procedimento odontológico porque detém tudo o que é necessário para sua produção e o faz diretamente ao paciente. A dentista 13

vende sua força de trabalho – não possui os 40 ou 50 mil reais necessários, conforme sua pesquisa, à montagem de um consultório. O dentista 11, por duas vezes conseguiu, em sociedade com colegas, montar consultório, mas não encontrou compradores para sua mercadoria. Ambos se encontram na situação em que a única mercadoria que de fato conseguiram vender foi a força de trabalho. Isso talvez torne mais compreensível a fala do dentista 12, quando diz que *não existe mercado de trabalho*. Não é necessário ao entrevistado 12 que venda sua força de trabalho, pois tem outra mercadoria a vender e há compradores para ela. Mas esta venda se faz em outras condições. Afirma:

Essa questão de estar no mercado ou não é uma questão apenas pessoal, é conceitual, porque eu quando dou um orçamento a um paciente eu não faço tudo pra paciente ficar aqui, eu ofereço a ele os argumentos, passo a ele a segurança que eu tenho que passar, dou a ele o meu ponto de vista em relação ao prognóstico e ele vai marcar a consulta depois. Eu não estou preocupado se ele vai fazer uma consulta com outro colega, com outro, não importa pra mim, o que importa é que (...) ele será feliz com os resultados. Mas assim, mercado se fosse pro mercado de trabalho, eu estaria fora, porque o meu próprio orçamento tá fora do mercado (Entrevistado 12).

A mercadoria que o entrevistado 12 vende não é um produto do trabalho homogêneo, não se mede simplesmente em horas. O dentista 12 não é cambiável, por exemplo, pela dentista 08, que tem a mesma especialidade. Não há comensurabilidade entre trabalhos distintos. Algo bem diverso ocorre com os dentistas 01, 11 e 13. Há sempre muitas vagas para dentista anunciadas nos jornais e intensa rotatividade. Ao empregador é indiferente comprar força de trabalho deste ou daquele profissional. Nem mesmo os pacientes das chamadas clínicas populares distinguem entre os vários dentistas disponíveis.

...várias vezes chega o paciente ou quando liga [para a clínica em que a dentista trabalha] eu pergunto assim “você sabe quem é sua dentista?” “Não, só sei que eu fui atendido nessa clínica”. Aí eu pergunto assim “você não perguntam o nome do dentista não, gente? Tem que saber”. Aí, às vezes tem que procurar a ficha, não sei o quê... (Entrevistada 13).

A ideia inicial de honorário, de retribuição agradecida com a qual o paciente gratifica a honra profissional não parece ser aqui passível de aplicação. Há, sem dúvida, situações mais e menos ultrajantes, ou bastante gratificantes, na visão dos

profissionais. Para descrever as primeiras são usadas palavras como “safadeza” e “uma roubada”, ao referir acordos não honrados, salários não pagos, condições degradantes. Mas mesmo os empregadores que pagam o combinado, que não ludibriam os dentistas estão amparados na exploração do sobretrabalho. Esta não é uma questão apenas moral, ética ou humana, é a condição necessária à existência do trabalho produtivo.

Considerações parciais

Diversos problemas que atingem a classe-que-vive-do-trabalho também são vividos pelos dentistas. A existência de contingentes de *supranumerários*, de *inúteis para o mundo* é traduzida pelos dentistas como saturação do mercado, que se materializa na *gaveta cheia de currículos* do secretário de saúde do interior, nos baixos rendimentos das clínicas de percentagem, na *filinha esperando ter um posto de trabalho* como pejetizado, nas acirradas concorrências dos concursos e seleções públicos. A ideologia do empreendedorismo encontra terreno fecundo entre profissionais que tradicionalmente foram *patrões de si mesmos*. Assim, empregadores não encontram tanta resistência ao estipular contratos precários de trabalho e podem ter confiança de que *ninguém irá processar*. Todavia, embora esses elementos sejam muito fortes, há momentos em que as condições materiais de existência põem em xeque a ideologia. Como explicar que, exatamente na conjuntura em que sindicatos em geral se encontram mais fragilizados, surjam processos reivindicatórios entre dentistas – ainda que poucos? Parece-nos que tal fato deve ser creditado à agudização dos conflitos capital-trabalho. Não pretendemos, contudo, fazer uma análise impressionista, não cabe uma compreensão determinista de que os dentistas estejam destinados a uma maior capacidade organizativa apenas pelo aprofundamento da condição de assalariados precarizados. Lembremos, como visto no capítulo 4, que, no setor de serviços odontológicos, o capital passa por um processo de amadurecimento e concentração. Recorde-se que a precarização social do trabalho tende a corroer a capacidade

organizativa dos trabalhadores, pois acirra a concorrência entre eles, sob o discurso da empregabilidade.

Considerações finais

Conforme já apresentado na introdução, nosso objetivo foi analisar as principais transformações que têm ocorrido na condição de trabalho e inserção profissional de um conjunto de trabalhadores marcados pela tradição de profissão liberal: os dentistas. Procuramos mais especificamente entender de que forma o contexto mais geral de precarização social do trabalho afeta os dentistas que atuam em Salvador, apontar as singularidades das condições de trabalho dos recém-formados e compreender a maneira pela qual os dentistas percebem as mudanças em seu mercado de trabalho.

À luz da hipótese principal formulada, a de que o assalariamento encontra-se, em diversas situações, marcado pelo signo da precarização social do trabalho e a persistência ideológica da prática liberal torna o dentista mais suscetível ao discurso do empreendedorismo e da empregabilidade, apresentamos neste capítulo, a sistematização das principais conclusões já anunciadas no decorrer da análise como resultado da investigação realizada.

Análise das transformações na condição de trabalho e na inserção profissional dos dentistas

Ao longo da realização da pesquisa, alguns aspectos se tornaram mais cristalinos. Está em curso uma complexificação do mercado de trabalho do dentista, que não podia ser prevista quando foram escritos os primeiros estudos sobre o tema. Durante os anos 1970, o futuro que se intuía era o de aumento do número de profissionais, o desaparecimento da prática autônoma, assalariamento e proletarização dos dentistas (PAIXÃO, 1979). Era proposto que os dentistas abandonassem a prática tecnicizada e elitista, adotando métodos mais eficientes de

trabalho, de modo que, mediante a redução de custos, conseguissem alcançar uma parcela maior da população.

As previsões sobre o aumento do número de cirurgiões dentistas se confirmaram. Ainda que fosse solucionado o problema da má distribuição de dentistas, provavelmente a quantidade destes profissionais ainda seria grande, permitindo sua contratação por remuneração inferior aos rendimentos existentes no período em que os primeiros estudos foram realizados. Consolidou-se um exército de reserva que favorece a ocorrência de menores rendimentos. Em relação às modalidades de inserção no mercado de trabalho, o que observamos foi a permanência da prática liberal, mas a diminuição de sua importância relativa. A persistência da prática liberal é necessária ao processo de assalariamento precário, não apenas porque ela justifica a ocorrência de baixos salários no setor público, como bem lembrado por Cordón (1986), mas porque opera como símbolo da flexibilidade. Em outros grupos de trabalhadores, a aceitação de práticas flexibilizadoras demandou um forte trabalho de apreensão da subjetividade. Convencer o trabalhador fordista de que sua estabilidade deve ser renunciada em nome de um novo padrão de regulação capital-trabalho tem sido uma tarefa complexa. Por seu lado, o capital que compra a força de trabalho dos dentistas encontra nesse empreendimento um caminho mais tranquilo. Portanto, o aprofundamento do assalariamento do dentista não significa o desaparecimento da prática autônoma, como se chegou a pensar. Não entendemos a presença atual da prática liberal como um resíduo que acabará sendo eliminado pelas forças do mercado.

O aumento do número de profissionais coloca uma grande parcela destes em dificuldade para atingir um dos critérios definidores da prática liberal: o controle sobre a clientela. A transição de uma Odontologia artesanal para uma empresarial - para usar uma analogia a Schraiber (1995) - foi a resposta construída por este conjunto de profissionais liberais na tentativa de superar esta dificuldade. Desfazer-se da noção de uma Odontologia *como uma profissão que se exerce para o bem comum* (uma justificativa para a existência da profissão) e passar a compreendê-la

como *um negócio como outro qualquer* foi a solução buscada para tentar deter as perdas. Os dentistas autônomos passaram a empregar expressões próprias do meio empresarial como “marketing odontológico”, “odontologia de nicho”, “fidelização de clientes”, “equipe de colaboradores”, etc. Se os próprios dentistas tentam convencer seus conselhos profissionais de que a ideia de odontologia artesanal encontra-se superada, também se torna possível a formação de um empresariado no setor.

Defendemos que as transformações do mercado de trabalho do dentista precisam ser analisadas pela formação de dois polos: o assalariado (ainda que disfarçado, ainda que parcial) e o empresariado, que não é o mesmo dos estudos dos anos 1970. Embora ainda persista a figura do dentista em uma pequena clínica que cede consultórios em aluguel ou porcentagem a colegas, o elemento que mais tem produzido impacto no cenário é o crescimento de um empresariado mais robusto, profissionalizado e financeirizado.

Assim, à parte de seus aspectos formais, pode-se dizer que alguns dos objetivos da Odontologia Simplificada dos anos 1970 se concretizaram. O acesso à odontologia particular por uma parcela maior da população, ao preço de R\$ 12,00 de mensalidade de um plano odontológico ou *em prestações a perder de vista* no sistema de desembolso direto realizou a promessa da Odontologia Simplificada para o setor privado.

O profissional autônomo encontra-se em desvantagem competitiva em relação à Odontologia Suplementar. Os métodos profissionalizados de captação de clientes são mais eficientes do que aqueles que podem ser empregados pelo dentista liberal, por mais conhecedor das técnicas de marketing que este seja.

A Odontologia Suplementar não apenas cresce em número de beneficiários, mas gradualmente tende a abandonar o caráter pulverizado que a caracterizou em seus primórdios. Estórias de dentistas que abandonam o trabalho junto à cadeira para fundar uma operadora de plano odontológico estão na origem de diversas empresas,

mas têm menor possibilidade de replicação no atual estágio de desenvolvimento do setor.

Concomitante a este processo, a expansão do número de postos de trabalho no setor público nos últimos trinta anos contribuiu para suavizar as tensões advindas da grande proporção de profissionais. Já é possível observar alguns efeitos de tal situação: a procura pelo emprego público como forma de escapar à insegurança do trabalho no setor privado vai se tornando mais comum. Percebe-se que a expansão de programas governamentais encontrou na saturação da prática liberal um elemento facilitador. A grande procura por emprego nos municípios (sobretudo os que não distam muito de Salvador) faz com que os gestores do SUS tenham certa facilidade para contratar dentistas, mesmo que vários destes não pretendam continuar no emprego por muito tempo.

Tal situação confirmou para nós o acerto de termos estudado a inserção do dentista no setor público e no setor privado e não apenas neste último. Há uma forte inter-relação entre estes dois setores do mercado de trabalho, quer pela alternância, quer pela concomitância entre eles. Ao estudar a precarização do trabalho do dentista nestes dois setores salta aos olhos a desproporção de estudos acadêmicos. Embora não se possa considerar que a precarização do trabalho do dentista no setor público seja um tema esgotado, admitimos que há certa produção sobre o tema, em flagrante contraste com a escassez de pesquisas sobre a precarização do trabalho do dentista no setor privado. Por que isto acontece?

Uma das respostas a esta pergunta pode estar na expressão “Odontologia de Mercado”. Esta frequentemente é empregada como sinônimo de “Odontologia Liberal” e, por derivação, “Odontologia praticada por dentistas liberais”. No interior da Saúde Bucal Coletiva há a percepção de dois modelos que se contrapõem: a Odontologia de Mercado (elitista, tecnicada, causadora da grave situação de saúde da população) e a Saúde Coletiva (universalizadora, equânime, orientada para o “bem comum”). Os estudos reconhecem, por empiricamente evidente, a ocorrência

de crescente assalariamento, mas não qualificam que assalariamento seria este. Não se tenta distinguir a prática autônoma do assalariamento disfarçado. É percebida a expansão dos planos odontológicos, mas faltam informações básicas como quantos dentistas são credenciados a estes ao longo do tempo e quantos dependem dos mesmos para se manter.

É possível que haja certa confusão entre o setor econômico e os trabalhadores deste. Quando se indaga “Vivemos, de fato uma crise da Odontologia, ou uma crise da Odontologia de mercado?” (MOYSÉS, 2004, p. 35), é preciso que se responda: a “Odontologia de mercado” não está em crise. A Odontologia Suplementar apresenta índices de crescimento muito superiores à Saúde Suplementar como um todo e ainda não chegou a um ponto de esgotamento. Seu processo de concentração de capital, aliás, tem permitido reduzir os valores pagos aos profissionais credenciados (como no caso estudado no capítulo 4), acentuando o antagonismo capital-trabalho. Não se deve conceber a Odontologia de Mercado como monolítica, nem desconsiderar os conflitos de classe em seu interior.

Supomos que a escassez de estudos sobre precarização do dentista no setor privado esteja relacionada ao atual abandono do referencial teórico materialista dialético que havia marcado, por exemplo, o trabalho de Donnangelo (1975). Acreditamos, inclusive, que há maior necessidade de usar este referencial nos dias atuais – em que o trabalho se reconfigura – do que no passado. Os conflitos vividos pelos dentistas atuais são muito mais acirrados. Abandonar o conceito de classe social fará com que tais conflitos sejam invisibilizados aos olhos do pesquisador que se dedique ao assunto.

Compreender a maneira pela qual os dentistas percebem as mudanças em seu mercado de trabalho

Se a academia tem tido dificuldade em lidar com o tema, tampouco tem sido fácil para os dentistas. O peso da tradição liberal, a busca por soluções individuais, a máxima tantas vezes repetida “sempre haverá lugar para o bom profissional”, são amarras nada desprezíveis. No começo de nossa pesquisa achávamos que o dentista sofria um processo de assalariamento, mas se considerava um profissional liberal. Com o tempo, pudemos perceber que a realidade era um pouco mais complexa. Diversas vezes os entrevistados referiam a si mesmos como profissionais liberais mesmo vivenciando formas de assalariamento disfarçado e logo em seguida, se contradiziam e utilizavam expressões como *emprego*, *salário fixo*, etc. Essa dualidade no discurso não é uma “falsa consciência”, como lembra Eagleton (1997), no sentido de uma consciência descolada da realidade concreta. Afinal, em seu cotidiano, há alguns elementos de autonomia e o assalariamento não é o padrão.

Na realidade, o discurso revela uma tensão entre a ideologia do profissional liberal, ainda hegemônica pela tradição desse tipo de profissão, reforçada pelo ensino de odontologia e as possibilidades objetivamente dadas, onde a flexibilização e a precarização nas formas de inserção são vivenciadas e questionadas mesmo que com certa resignação. Para as novas gerações, a perspectiva de trabalho no setor público expressa um “desejo” de uma condição assalariada com alguma estabilidade, com alguns direitos e, desta forma, contrariando ou escapando do que tem sido a realidade “do mercado” para esse profissional liberal.

Um ponto que merece ser ressaltado é que, antes de iniciarmos esta pesquisa, imaginávamos que encontraríamos uma rejeição da condição de assalariado e a exaltação da condição liberal. Pesavam para este entendimento os primeiros estudos sobre o mercado de trabalho do dentista. O quadro revelou mais minúcias: já existe, sobretudo entre os dentistas mais jovens, o forte desejo da prática assalariada, sua segurança, previsibilidade e proteção. A prática liberal não foi descartada de seus planos, mas é colocada num futuro mais distante. E, mesmo que tal plano se concretize, não pretendem se dedicar apenas à prática liberal. Mas o assalariamento que procuram é o protegido, por isso a docência e o concurso

público figuram tão atraentes. Já o assalariamento no setor privado protegido pela CLT não aparece em seu horizonte, alguns sequer conseguem apontar exemplos de empresas em que isto ocorra. Isto é visto com certa naturalidade, não se espera que seja de outra forma.

Apontar as singularidades das condições de trabalho dos recém-formados

Os dentistas formados na década de 2000 encontraram um cenário marcado pelo alto número de profissionais no mercado, consolidação das empresas de Odontologia de Grupo, expansão do PSF e diminuição da prevalência de cárie, mais acentuada nos setores mais abastados da sociedade. O empresariado percebeu que a mercadoria serviço odontológico poderia ser ofertada com sucesso para o segmento da População Economicamente Ativa de baixos salários, porém protegidos por contratos de trabalho³⁷.

Tendo sido este o setor que mais se desenvolveu, foram estes os postos de trabalho ocupados pelos jovens dentistas. Antes da pesquisa, imaginávamos que o caminho a ser trilhado pelos recém-formados seria primeiro o setor público, em seguida o setor privado. Descobrimos que mesmo o setor público apresenta certa dificuldade de acesso aos jovens profissionais, mas que *sempre há vagas nas clínicas de porcentagem*. Este, contudo, é somente o quadro atual e pode ser alterado nas próximas décadas.

Entender de que forma o contexto mais geral de precarização social do trabalho afeta os dentistas que atuam em Salvador

³⁷ Isto demonstra que não apenas a odontologia elitista pode ser mercadorizada. Ampliação do acesso à assistência odontológica (privada) e mercadorização não são incompatíveis.

Talvez uma contribuição desta pesquisa seja que, ao focar nas condições de trabalho de um segmento muito específico da classe-que-vive-do-trabalho, possa auxiliar a compreender o processo de precarização social do trabalho.

Um elemento importante para justificar nosso argumento de que a tradição liberal facilita a naturalização do assalariamento precário é o tema dos direitos trabalhistas. A ideologia do empreendedorismo joga para cada trabalhador a responsabilidade por seu sucesso e bem-estar individual. Não foi necessário convencer os dentistas desta assertiva, já a tomam como fundamento da prática liberal. Férias, afastamento do trabalho para se recuperar de uma enfermidade ou após o parto, manutenção de renda na velhice, todos esses elementos são entendidos como de ordem privada: cabe ao dentista, na condição de “patrão de si mesmo” tomar providências para que possa garanti-las.

Em um cenário de ganhos satisfatórios e plena autonomia no processo de trabalho isto não representava um problema. Todavia, a situação muda quando surge o comprador da força de trabalho, que passa a limitar a autonomia e se apropriar de parcela da riqueza produzida. Devemos lembrar que estamos tratando de direitos que a classe trabalhadora logrou conquistar ao longo de décadas. Pensar em direito trabalhista é admitir uma relação com dois polos que precisa ser regulada, por ser assimétrica. O assalariamento disfarçado dos dentistas diversas vezes lança mão do argumento de simetria da relação: todos são pequenos empresários, todos são parceiros. Na visão dos dentistas muitas vezes a ideia de simetria se mantém: todos são concorrentes (como foi o posicionamento em relação à Imbra, acusada de concorrência desleal).

A autonomia sobre o processo de trabalho encontra-se diminuída, como pode ser percebido no caso dos dentistas que atendem em seus próprios consultórios, mas são conveniados a planos. É visível a pertinência do conceito de *autonomia controlada* de Appay (1997). A empresa não precisa necessariamente ter o processo produtivo sob seu teto, o dentista tem certa liberdade para definir seu processo de

trabalho, desde que não ultrapasse as balizas estabelecidas pelas regras contratuais (a glosa é um destes instrumentos de controle) e o valor remunerado (que acaba influenciando tempo de trabalho e insumos). Todavia, a aparência é de que a escolha cabe ao profissional. A ética da profissão acaba jogando um forte papel na legitimação deste processo, é comum o discurso de que a qualidade do atendimento dependa apenas da integridade do dentista ou de sua habilidade administrativa para não ter prejuízo mesmo recebendo baixos valores.

Se, por um lado, podemos perceber uma inserção do dentista no mercado de forma mais desprotegida, por outro, há alguns indícios de crescimento da organização coletiva. Talvez as condições concretas a que estão submetidos os odontólogos estejam sendo capazes de furar dois bloqueios: a tradicional dificuldade de ação sindical dos dentistas e o momento particularmente difícil por que passa o movimento sindical mais geral. São elementos ainda bastante incipientes para poderem ser apresentados como tendência, mas que podem vir a colocar o conflito capital-trabalho que existe no interior da Odontologia de mercado em um novo patamar.

Referências

AGÊNCIA ESTADO. **SulAmérica fecha aquisição da Dental Plan**. Publicado em: 14 dez. 2010. Disponível em: <http://www.segs.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26546:sulamerica-fecha-aquisicao-da-dental-plan&catid=45:cat-seguros&Itemid=324>. Acesso em: 19 ago. 2011.

ALVES, G. **Trabalho e mundialização do capital**: a nova degradação do trabalho na era da globalização. 2 ed. Londrina: Práxis, 1999. 191 p.

ANDREA, Renata. A IMBRA já está virando caso de polícia. Publicado em 23 ago. 2010. In.: ONAGA, Marcelo. **GP vende Imbra**. Publicado em 21 jun. 2010. Disponível em: <<http://portalexame.abril.com.br/blogs/primeiro-lugar/2010/06/21/gp-vende-imbra/comment-page-2/#comments>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

ANTUNES, R. ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25. n. 87, maio/ago. p. 335-51, 2004.

_____. As novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, jul./dez., p.23-45, 2002.

_____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2000, 200 p.

APPAY, B. Précarisation sociale et restructurations productives. In.: APPAY & THÉBAUD-MONY. **Précarisation sociale, travail et santé**. Paris: Iresco, 1997. p. 509-553.

APUROS, Dentista em. **Redução na tabela de honorários**: o pesadalo vira realidade. Publicado em 14 jan. 2010. Disponível em: <<http://dentistaemapuros.blogspot.com/2010/01/reducao-na-tabela-de-honorarios-o.html>>. Acesso em: 01 ago. 2011b.

BAHIA. **Lei nº 6.677 de 26 de setembro de 1994**. Dispõe sobre o Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado da Bahia, das Autarquias e das Fundações Públicas Estaduais. Disponível em: <<http://www2.casacivil.ba.gov.br/nxt/gateway.dll/legsegov/leiord/leiordec1990/leiord1994/leiord1994set/lo19946677.xml>>. Acesso em: 21 set. 2011.

BALDANI, Márcia Helena et al . A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1026-1035, 2005.

BARBIER, Jean-Claude. A survey of the use of the term précarité in French economics and sociology. 2002. Disponível em: <http://www.cee-recherche.fr/fr/fiches_chercheurs/texte_pdf/PRECARITE2BARBIER.pdf>. Acesso em: 18 de mar. 2010.

BASSANI, João Carlos. B. Trabalho e Reconhecimento Análise das condições de trabalho e reconhecimento na clínica odontológica X, em Porto Alegre, em 2009. **Conversas e Controvérsias**, v. 1, n. 1, p. 40-56, 2010.

BIANCONI, Cesar. **Bradesco entra na OdontoPrev e ação da empresa dispara**. Publicado em: 19 out. 2009. Disponível em: <<http://www.abril.com.br/noticias/economia/bradesco-entra-odontoprev-acao-empresa-dispara-569771.shtml>>. Acesso em: 16 ago. 2011.

BINAS, Fabíola. **Assistência odontológica saltará 80% em 09**. Publicado em: 13 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.sinog.com.br/downloads/clippings/1031.htm#ne04>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

BLEICHER, L.; CANGUSSU, M. C. **A inserção do Cirurgião-dentista no mercado de trabalho em Salvador-BA, 2006**. Relatório preliminar. Salvador, 2007 (mimeo.).

BOITO JR., Armando. Classe média e sindicalismo. **POLITEIA: Hist. e Soc.**, Vitória da Conquista, v. 4, n. 1, p. 211-234, 2004.

BOURDIEU, P. (Org.) **Contrafogos: Táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. 152 p.

_____. CHAMBOREDON, Jean-claude; PASSERON, Jean-claude. **Ofício de sociólogo: Metodologia da pesquisa na sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 328 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140 p.

_____. ANS. **Beneficiários por Operadora. Benef. Excl. Odont. por Modalidade segundo Operadora MAR 2010**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_CC.DEF>. Acesso em: 25 ago. 2010b.

_____. **Caderno de informação de saúde suplementar: beneficiários operadores e planos**, 2009. Disponível em:

<<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/materiais-por-tipo-de-publicacao/periodicos>>. Acesso em 25 ago. 2011.

_____. **Decreto-lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943**: aprova a consolidação das leis do trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 08 set. 2011e.

_____. IBGE. **Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios**: notas técnicas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/notas_sintese.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2006.

_____. **Lei no 10.185, de 12 de fevereiro de 2001**: Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm>. Acesso em: 25 ago. 2011f.

_____. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**: dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm>. Acesso em: 24 ago. 2011g.

_____. Ministério da Educação CNES. **Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002**: institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2011h.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Programa de reorientação da assistência odontológica**. Rio de Janeiro, MPAS/CCS, 1983. n.p.

_____. Ministério da Saúde ANS. **Legislação**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>>. Acesso em 30 maio 2010f.

_____. Ministério da Saúde DATASUS. **CNES**: Equipes de Saúde Bahia. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeba.def>>. Acesso em 29 maio 2010e.

_____. Ministério da saúde DATASUS. **Número de profissionais de saúde por habitante**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/e01.def>>. Acesso em: 08 ago. 2011n.

_____. Ministério da Saúde. ANS. ANS TABNET Informações em Saúde suplementar. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02ba.def>>. Acesso em 29 maio 2010c.

_____. Ministério da Saúde. ANS. **Beneficiários por Operadora Benef. Excl. Odont. segundo Operadora UF Bahia Capital Salvador Período Mar 2010.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. ANS. Beneficiários por Operadora. **Benef. Excl. Odont. por Modalidade segundo Operadora Jun 2010.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 09 nov. 2010d.

_____. Ministério da Saúde. ANS. **Beneficiários por Operadora. Benef. Excl. Odont. por Modalidade segundo Operadora Set 2010.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/tabcgi.exe?anstabnet/dados/TABNET_CC.DEF>. Acesso em: 07 jan. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. ANS. **Caderno de informação da saúde suplementar:** Beneficiários, operadoras e planos. Publicado em jun. 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>>. Acesso em: 24 ago. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar.** Publicado em: jun. 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2011_mes06_caderno_informacao.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2011.

_____. Ministério da Saúde. ANS. **Resolução de diretoria colegiada – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000:** dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=380>. Acesso em: 24 ago. 2011i.

_____. Ministério da Saúde. **Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=27163>. Acesso em: 09 ago. 2011j.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (comp.). **1ª conferência nacional de saúde bucal:** relatório final. Realizada em out. 1986. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2011d.

_____. Ministério da saúde. DATASUS. **Distribuição de postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/e16.def>>. Acesso em: 23 ago. 2011m.

_____. Ministério da Saúde. **Os números.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em 23 ago. 2011l.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista.** 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. 379 p.

BRUSCHINI, C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? (Brasil, 1985/95). In: ROCHA, M. I. B. **Trabalho e Gênero: mudanças, permanências e desafios.** São Paulo: Editora 34, 2000, p. 13-58.

CÁLCULO EXATO. **Atualização de um valor por um índice financeiro.** Disponível em: <<http://www.calculoexato.com.br/adel/indices/atualizacao/index.asp>>. Acesso em: 14 fev. 2010.

CARDOSO JR., José Celso. Crise e desregulação do trabalho no Brasil. **Tempo soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 31-59, 2001.

CARTAXO, José Luís Santos; SANTOS, Maria Lígia Rangel. Estudo da satisfação do usuário de planos de saúde odontológicos em Salvador no ano de 2004. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 1, n. 31, p.25-37, 2007.

CARVALHO, Gilberto Paiva. **Kit da Put...: Publicidade em Odontologia.** Publicado em: 07 nov. 2006. Disponível em: <http://www.carvalho.odo.br/index.php?option=com_content&task=view&id=83&Itemid=28>. Acesso em: 07 nov. 2006.

CARVALHO, Maria Amélia Lira de. **Pejotização e descaracterização do contrato de emprego: o caso dos médicos em Salvador-Bahia.** 2010. 153 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2010.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis: Vozes, 1998, p. 611.

CATHO ONLINE. **Resultado da busca de vagas.** Disponível em: <http://v.catho.com.br/buscar/empregos/index.php?logTipold=13&State=resultado&where_search=2&emp_id=541970#resultado>. Acesso em: 23 ago. 2010a.

_____. **Sorridents:** Catho Online - Resultado da busca de vagas. Disponível em: <<http://v.catho.com.br/buscar/empregos/index.php?>

logTipold=13&where_search=2&q=sorridents&txtbusca=2&perfil_id[]=1&estado_id[]=&x=0&y=0#resultado>. Acesso em: 01 set. 2010b.

CERICATO, Graziela Oro; GARBIN, Daniela; FERNANDES, Ana Paula Soares. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **Revista da Faculdade de Odontologia**: UPF, Passo Fundo, v. 3, n. 12, p.18-23, 2007.

CFO. **Dados estatísticos**. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados-estatisticos/?elemento=profissionais&categoria=CD&cro=Todos&municipio=>>. Acesso em: 01 fev. 2010a.

____. **Dados estatísticos**. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados-estatisticos/?elemento=profissionais&categoria=CD&cro=Todos&municipio=>>. Acesso em: 29 maio 2010b

____. **Dados estatísticos**. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados-estatisticos/?elemento=profissionais&categoria=CD&cro=Todos&municipio=>>. Acesso em: 29 maio 2010d.

____. **Faculdades de Odontologia no Brasil**. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/quadro_estatistico_faculdade.pdf>. Acesso em: 26 out. 2010c.

CHAVES, Mônica Campos; MIRANDA, Alcides Silva. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família crise e mudança de habitus na Saúde Pública. **Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu**, v. 12, n. 24, p.153-167, 2008.

COLTRI JUNIOR, Claudinet Antonio. **A publicidade no processo do sucesso profissional**. Disponível em: <http://www.odontosites.com.br/odonto/default2.asp?s=artigos2.asp&id=119&titulo=A_publicidade_no_processo_do_sucesso_profissional>. Acesso em: 17 set. 2009.

CONSULTOR JURÍDICO (Comp.). **Dentista não é empregado de empresa de convênio odontológico**. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2006-fev-21/dentista_nao_empregado_empresa_convenio>. Acesso em: 21 fev. 2006.

CORDON, J. **A Saúde Bucal e o Mercado de Trabalho Odontológico**. Saúde em Debate, n. 18, p. 52-63, 1986.

COSTA, Denis. **Desabafo de um dentista Bahiano**. Publicado em 05 mar. 2010. Disponível em: <<http://dicasodontologicas.blogspot.com/2010/03/desabafo-de-um-dentista-bahiano.html>>. Acesso em: 05 mar. 2010.

COSTA, Melina. **Dentista fatura R\$ 100 milhões com a Sorridents**. Publicado em 01 fev. 2010. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20100201/not_imp504491,0.php>. Acesso em: 02 ago. 2011.

CROBA. **Assembléia analisará proposta da Prevdonto**. Publicado em 07 abr. 2010. Disponível em: <<http://www.croba.org.br/noticias.php?Mj10>>. Acesso em: 26 abr. 2010a.

_____. **Assembléia decide pela paralisação junto a Prevdonto**. Publicado em 17 abr. 2010. Disponível em: <<http://www.croba.org.br/noticias.php?Mj14>>. Acesso em: 26 abr. 2010b.

_____. **Cirurgiões-dentistas aderem paralisação junto a Prevdonto**. Publicado em 6 maio 2010. Disponível em: <<http://www.croba.org.br/noticias.php?MjM0>>. Acesso em: 25 maio 2010c.

_____. **Convênio Odontológico reajusta tabela de honorários após acordo com CDs**. Publicado em 31 maio 2010. Disponível em: <<http://www.croba.org.br/noticias.php?MjQz>>. Acesso em: 08 jun. 2010d.

D'EÇA, Aline. **Execução irregular de programas de saúde pela SMS gerou prejuízo de mais de R\$ 40 milhões**. Publicado em 24 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.mp.ba.gov.br/visualizar.asp?cont=1690>>. Acesso em: 15 set. 2011.

DIÁRIO DO PARÁ. **Pará tem 170 odontólogos ilegais, segundo o CRO**. Publicado em 20 out. 2010. Disponível em: <<http://diariodopara.diarionline.com.br/N-116503-PARA+TEM+170+ODONTOLOGOS+ILEGAIS++SEGUNDO+O+CRO.html>>. Acesso em: 08 ago. 2011.

_____. **Pará tem 170 odontólogos ilegais, segundo o CRO**. Publicado em: 20 out. 2010. Disponível em: <<http://diariodopara.diarionline.com.br/N-116503-PARA+TEM+170+ODONTOLOGOS+ILEGAIS++SEGUNDO+O+CRO.html>>. Acesso em: 08 ago. 2011.

DIEESE. **Salário mínimo nominal e necessário**. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu09-05.xml>>. Acesso em: 14 set. 2011.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade: O médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975, 174 p.

DRUCK, Graça; BORGES, Ângela. Terceirização: balanço de uma década. **Caderno CRH**, v15. n. 37, p. 111-139, 2002.

_____. **A flexibilização e a precarização do trabalho na França e no Brasil; alguns elementos de comparação.** (Mimeo.) Trabalho apresentado no XXXI Encontro Anual da ANPOCS – 2007.

_____. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?. **Cad. CRH**, Salvador, v. 24, n. spe1, p.37-57, 2011.

_____. FRANCO, T.. A Precarização do Trabalho no Brasil: um estudo da evolução da terceirização no Brasil e na indústria da Bahia na última década. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, v. 13, p. 97-120, 2008.

EAGLETON, Terry. **Ideologia: uma introdução.** São Paulo: Boitempo, 1997. 204 p.

ESPINO, Bruno. **PARALISAÇÃO Prevdonto!!!** Disponível em: <<http://odontobucal.blogspot.com/2010/04/paralizacao-prevdonto.html>>. Acesso em: 14 abr. 2010.

EXAME. **Bradesco e OdontoPrev terão juntos 33% do mercado de planos odontológicos.** Publicado em 20 out. 2009. Disponível em: <<http://portalexame.abril.com.br/negocios/bradesco-odontoprev-terao-juntos-33-mercado-planos-odontologicos-506840.html>>. Acesso em: 03 ago. 2011a.

_____. **Imbra paralisa unidades e não paga funcionários.** Publicado em 14 set. 2010. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/negocios/empresas/noticias/imbra-paralisa-unidades-nao-paga-funcionarios-596355>>. Acesso em: 03 ago. 2011b.

_____. **Odontoprev dá primeiro passo para internacionalização.** Publicado em 28 maio 2009. Disponível em: <<http://portalexame.abril.com.br/negocios/odontoprev-primeiro-passo-internacionalizacao-473568.html>>. Acesso em: 03 ago. 2011c.

FANTÁSTICO. **Pacientes da Imbra vão gastar ainda mais para terminar o tratamento.** Publicado em 17 out. 2010. Disponível em: <<http://fantastico.globo.com/Jornalismo/FANT/0,,MUL1624803-15605,00-PACIENTES+DA+IMBRA+VAO+GASTAR+AINDA+MAIS+PARA+TERMINAR+O+TRATAMENTO.html>>. Acesso em: 03 ago. 2011.

FARIA, Maria da Graça Druck; JESUS, Selma Cristina Silva de. **A Precarização Social do Trabalho no Brasil: uma proposta de construção de Indicadores.** Salvador: UFBA, 2011. Dados parciais.

FERNANDES NETO, Alfredo Júlio et al. Odontologia. In: HADDAD, Ana Estela et al. **A trajetória dos cursos de graduação na área de saúde: 1991-2004**. Brasília: Inep, 2006. p. 381-409.

FILGUEIRAS, Maria Luiza. **Odontoprev amplia distribuição e portfólio sem endividamento**. Publicado em 26 set. 2008. Disponível em: <<http://www.sinog.com.br/release.asp?id=263>>. Acesso em: 03 ago. 2011.

FIO. **Quem Somos**. Disponível em: <<http://www.fio.org.br>>. Acesso em: 21 set. 2011.

FNO. **Quem Somos**. Disponível em: <<http://www.fno.org.br>>. Acesso em: 21 set. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRAZÃO, Paulo ; NARVAI, P. C. . Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate**, v. 33, p. 64-71, 2009.

FREITAS, Cláudia Helena Soares de Moraes. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 21, p.25-38, 2007.

FURBINO, Zulmira. **Na hora do dentista barato que pode sair bem caro**. Publicado em: 10 maio 2009. Disponível em: <http://www.uai.com.br/UAI/html/sessao_4/2009/05/10/em_noticia_interna,id_sessao=4&id_noticia=109801/em_noticia_interna.shtml>. Acesso em: 10 maio 2009.

G1. **Polícia quer novo laudo de morte após 'escova'**. Publicado em: 26 abr. 2007. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL27429-5598,00-POLICIA+QUER+NOVO+LAUDO+DE+MORTE+APOS+ESCOVA.html>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

GAMA SAÚDE. **Grupo Tempo**. Disponível em: <<http://www.gamasaude.com.br/grupotempo.php3>>. Acesso em: 02 ago. 2011a.

_____. **Sobre a Gama Saúde**. Disponível em: <<http://sitenovo.gamasaude.com.br/index.asp>>. Acesso em: 02 ago. 2011b.

GAMEZ, Milton; CILO, Hugo. **O dentista que conquistou o Bradesco**. Publicado em 28 out. 2009. Disponível em:

<http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/818_O+DENTISTA+QUE+CONQUISTOU+O+BRADESCO>. Acesso em: 13 set. 2011.

GARCIA, Patrícia Petromilli Nordi; Sasso COBRA, Carolina Spoto. Condições de Trabalho e Satisfação de Cirurgiões-Dentistas Credenciados por Convênios Odontológicos. Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara, v. 33, n. 3, p 115-22, 2004.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. . Trends in labor contracting in the Family Health Program in Brazil: a telephone survey. **Cahiers de Sociologie et Démographie Médicales**, v. 48, p. 271-288, 2008.

GLADSTONE. **Trabalho como dentista na IMBRA: PJ x PF?**. Publicado em 2009. Disponível em: <<http://br.answers.yahoo.com/question/index?qid=20090522132322AAwLlks>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

GRINBAUM, Ricardo. **GP vende controle da Imbra por US\$ 1**. Publicado em 21 jun. 2010. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20100621/not_imp569564,0.php>. Acesso em: 02 ago. 2011.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. 16. ed. São Paulo: Loyola, 2007. 349 p.

HERCOG, Bruna. **TAC descumprido vira ação judicial contra Prefeitura**. Publicado em 26 fev. 2008. Disponível em: <<http://www.atarde.com.br/cidades/noticia.jsf?id=844396>>. Acesso em: 15 set. 2011.

IBGE. **Popclock**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 1 fev. de 2010a.

_____. **População Residente: Bahia**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popBA.def>>. Acesso em 29 maio 2010b.

IBIUBI. **Dentista endodontista: Marataízes-ES**. Disponível em: <<http://www.ibiubi.com.br/empregos/dentista-endodontista-marataizes-es+odontologia/iuid677554/>>. Acesso em: 25 maio 2010.

IDEC. **Procon - SP orienta o consumidor sobre contratação de serviços odontológicos**. Publicado em 12 maio 2008. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/noticia.asp?id=10148>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

INVESTNEWS. **AQUISIÇÃO: GP investe R\$ 185 mi em grupo de odontologia**. Publicado em 30 set. 2008. Disponível em:

<<http://www.via6.com/topico/231099/investnews-aquisicao-gp-investe-r-185-mi-em-grupo-de-odontologia>>. Acesso em: 01 ago. 2011.

_____. **Franquias: Sorridents projeta 250 unidades em 2010.** Publicado em 27 jun. 2008. Disponível em: <<http://indexet.investmentosenoticias.com.br/arquivo/2008/06/27/137/Franquias-Sorridents-projeta-250-unidades-em-2010.html>>. Acesso em: 24 set. 2009.

JORNAL DA MÍDIA. **Prefeitura contrata profissionais de saúde.** Publicado em 04 jun. 2008. Disponível em: <http://www.jornaldamidia.com.br/noticias/2008/06/04/Bahia/Prefeitura_contrata_profissionais.shtml>. Acesso em: 23 set. 2011.

JUSBRASIL (Comp.). **STF permite implementação do projeto Dentista na Escola no Distrito Federal.** Publicado em: 8 jun. 2009. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/noticias/1237914/stf-permite-implementacao-do-projeto-dentista-na-escola-no-distrito-federal>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

KIEFER, Sandra. **Clínica odontológica demite 597 dentistas e prejudica 5 mil pacientes.** Publicado em 17 set. 2010. Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2010/09/17/internas_economia,180314/clinica-odontologica-demite-597-dentistas-e-prejudica-5-mil-pacientes.shtml>. Acesso em: 03 ago. 2011.

KOIKE, Beth. **Com novo dono, Imbra terá franquias.** Publicado em 22 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.redetec.org.br/riointeligente/materia.aspx?sectionId=145&infol=71676>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

KREIN, José Dari. O avanço da contratação flexível. **Carta Social do Trabalho**, Campinas, n. 6, p.34-41, 2007.

KUNZE, Bia. **Odontologia ou prostituição?** Publicado em: 07 maio 2005. Disponível em: <http://www.odontopalm.com.br/gsf/arquivo/2005/05/odontologia_ou.html>. Acesso em: 12 ago. 2011.

LEITE, Fabiane. **Aumento de queixa contra clínica leva a alerta sobre serviços odontológicos.** Publicado em 08 dez. 2008.. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20081208/not_imp290159,0.php>. Acesso em: 02 ago. 2011.

LOURENÇO, Eloisio do Carmo et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl.1, p.1367-1377, 2009.

LUDERS, Germano. **Sorrisos para todos**. Publicado em 26 fev. 2009. Disponível em: <<http://portalexame.abril.com.br/revista/pme/edicoes/0017/sorrisos-todos-423278.html>>. Acesso em: 24 ago. 2009.

MAGALHÃES, Patricia. **Rede deve contratar 90 profissionais**. Publicado em 23 set. 2009. Disponível em: <<http://jconcursos.uol.com.br/Empregos/Noticiario/sorridents-vagas-20730>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

MAIS QUE ODONTO. **O que os dentistas precisam saber sobre contabilidade**. Publicado em 25 jan. 2011. Disponível em: <<http://maisqueodonto.com.br/2011/01/25/o-que-os-dentistas-precisam-saber-sobre-contabilidade/>>. Acesso em: 21 set. 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al . Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MANFREDINI, Marco Antonio; BOTAZZO, Carlos. Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 169-177, 2006.

MARTELLI, Petrônio José de Lima et al . Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.15, suppl.2, p. 3243-3248, 2011.

MARTINEZ, Manuela. **Prefeito de Salvador decreta "estado de emergência" na Saúde**. Publicado em: 25 ago. 2008. disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ultnot/cienciaesaude/ultnot/2008/05/28/ult4477u669.jhtm>>. Acesso em: 22 set. 2011.

MARX, K; F. ENGELS. **Manifesto comunista**. São Paulo: José Luis e Rosa Sundermann, 2003. 68 p.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004a. 175 p.

_____. **O Capital**: crítica da economia política. 20. ed., l. 1, v.1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. 571 p.

MARX, Karl. Trabalho produtivo e trabalho improdutivo. In.: ANTUNES, R. **A dialética do Trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004b, p. 155-172.

MATOS, Carolina; GIANINI, Flávia. **As novas empresas da nova classe média**. Publicado em 30 dez. 2009. Atualizado em 07.02. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/istoedinheiro-temp/edicoes/638/imprime159083.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2011a.

_____. **Dentista cria rede com mais de 100 clínicas**. Publicado em: 14 jun. 2010. Disponível em: <<http://sorridentfranchising.wordpress.com/2010/06/14/dentista-cria-rede-com-mais-de-100-clinicas/>>. Acesso em: 29 ago. 2011b.

MATOS, Mariangela Silva. **Análise do perfil dos alunos e da dimensão éticohumanística na formação de cirurgiões-dentistas em dois cursos de odontologia da Bahia**. 2006. 286 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação da UFBA, Salvador, 2006.

MEIRELLES, Jorge Luís Faria; PIMENTA JUNIOR, Tabajara; REBELATTO, Daisy Aparecida do Nascimento. Venture capital e private equity no Brasil: alternativa de financiamento para empresas de base tecnológica. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 15, n. 1, Apr. 2008 .

MÉSZÁROS, I. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. In.: ANTUNES, R. (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006, p. 27-44.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

_____; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-248, 1993.

MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, N. A.; BLANCO, M. R. B. A força do trabalho feminino na odontologia, em Araçatuba- SP. **J. Appl. Oral Sci.**, Bauru, v. 11, n. 4, p. 301-305, 2003.

MONITOR MERCANTIL. **Maior resultado em 115 anos**. Publicado em: 25 fev. 2011. Disponível em: <<http://www.monitormercantil.com.br/mostranoticia.php?id=91696>>. Acesso em: 19 ago. 2011.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E. ; ARAUJO, M. E. . **Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista Brasileiro**. Maringá: Dental Press International, 2010. v. 1. 96 p

MOYSÉS, Samuel Jorge. **O perfil do cirurgião-dentista para a realidade social do Brasil**. Publicado em 2004. Disponível em:

<<http://www.universidadesaudavel.com.br/Perfil%20do%20CD%20e%20a%20realidade%20do%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2011.

_____. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da Abeno**, v. 1, n. 4, p.30-37, 2004.

MPDFT. **MPDFT propõe ação contra terceirização do projeto Dentista na Escola**. Publicado em 27 jul. 2008. Disponível em: <http://www.mpdft.gov.br/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=569&Itemid=342>. Acesso em: 10 ago. 2011.

NADANOVSKY, P.; SHEILHAM, A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. **Comm. Dent. Oral Epidemiol.**, v. 23, n. 6, p. 331-339, 1995.

NARVAI, Paulo Capel. **Há metas em saúde bucal para 2010?** Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel51.htm>>. Acesso em 15 jun. 2002.

_____. Mais dentistas? Disponível em <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/capel6.htm>> Acesso em: 2 de fevereiro de 2010.

_____. Recursos humanos para promoção da saúde Bucal: um olhar no início do século XXI. In.: ARAÚJO, Maria Ercília (org). **Odontologia em Saúde Coletiva**: manual do aluno. São Paulo: USP. Faculdade de Odontologia 2007.

_____. Recursos Humanos para Promoção da Saúde Bucal. In: Kriger L, organizador. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas; 1997. p. 449-63

_____. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 141-147, 2006.

NETDENTISTA. **Prostituição da Odontologia**: parte 2. Publicado em: 11 maio 2009. Disponível em: <<http://www.netdentista.com/2009/05/prostituicao-da-odontologia-parte-2.html>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

NOGUEIRA, C. M. A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização. In: ANTUNES, R.; SILVA. M. A. M. **O avesso do trabalho**. São Paulo: Expressão popular, 2004. p. 243-84.

NOGUEIRA, Luís Artur. **Sinal amarelo está aceso para o endividamento das famílias brasileiras.** Publicado em 07 mar. 2011. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/economia/brasil/noticias/sinal-amarelo-esta-aceso-para-o-endividamento-das-familias-brasileiras>>. Acesso em: 29 jul. 2011.

NORMAS LEGAIS (Comp.). **Fraude frustrada em ocultar vínculo de emprego: condenação ao pagamento de todas as verbas trabalhistas** . Publicado em: 20 ago. 2007. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/trab/4trabalhista270807.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

NORONHA, Eduardo G. "Informal", ilegal, injusto: percepções do mercado de trabalho no Brasil. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 53, p. 111-129, 2003.

ODONTO EMPRESAS. **Por que a odonto empresas?** Disponível em: <<http://www.escolhaodontoempresas.com.br/home.asp>>. Acesso em: 26 ago. 2011.

_____. **Odonto Empresas.** Disponível em: <<http://www.odontoempresas.com.br/home.asp>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

ODONTOPREV. **Histórico e Perfil Corporativo.** Publicado em 12 maio 2010. Disponível em: <<http://www.odontoprev.com.br/ri/conteudo.jsp?codigo=3&idioma=1&area=1>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

ODONTOSITES (Comp.). **CROSP faz advertência a IMBRA por problemas em propaganda.** Publicado em 11 dez, 2008. Disponível em: <<http://www.odontosites.com.br/odonto/noticias/crosp-faz-advertencia-a-imbra-por-problemas-em-propaganda.html>>. Acesso em: 02 ago. 2011a.

_____. **Intermédica compra plano odontológico do Recife.** Publicado em 22 out. 2008. Disponível em: <<http://www.odontosites.com.br/odonto/noticias/intermedica-compra-plano-odontologico-do-recife.html>>. Acesso em: 26 ago. 2011b.

OLIVEIRA, R.N.; OLIVEIRA Jr., O.B. Honorários profissionais: sua importância no contexto do consultório odontológico. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v.1, n.1/2, p.51-54, 1999.

OLIVEIRA, Regiane. **Odonto:** Clínicas buscam empresários. Publicado em 27 fev. 2008. Disponível em: <<http://www.advsauade.com.br/noticias.php?local=1&nid=930>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

OLX. **Dentista clinico geral:** Petrolina. Disponível em: <<http://petrolina.olx.com.br/dentista-clinico-geral-iiid-67562892>>. Acesso em: 04 fev. 2010.

ONAGA, Marcelo. **GP vende Imbra.** Publicado em 21 jun. 2010. Disponível em: <<http://portalexame.abril.com.br/blogs/primeiro-lugar/2010/06/21/gp-vende-imbra/comment-page-2/#comments>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

OPAS/OMS. **Leitos por Habitante e Médicos por Habitante** (atualizado em março de 2003). Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/leitos.pdf>>. Acesso em 02 de fev. 2010a.

_____. **Plan decenal de salud para las americas.** Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Americas. 1973. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/English/OD/34900.pdf>>. Acesso em 2 de fev. 2010b.

ORLANDI, Paula; NOTO, Ana Regina. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. , p.896-902, 2005.

OST, Stelamaris. **Trabalho autônomo.** Disponível em http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4755. Acesso em 07 jan. 2011.

PAIVA, V. Qualificação, crise do trabalho assalariado e exclusão social. In.: GENTILI, P.; FRIGOTTO, G. (orgs.). **A cidadania negada:** políticas de exclusão na educação e no trabalho. São Paulo: Cortez, 2001, p. 49-64.

PAIXÃO, H.H. **A odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitário-profissional do Cirurgião-Dentista.** Belo Horizonte: Faculdade de Educação da UFMG, 1979. 167p. (Dissertação, Mestrado em Educação).

PARANHOS, L. R. ; RICCI, I. D. ; ALMEIDA-FILHO, R. P. ; CASTRO, R. ; Scanavini MA . Análise do mercado de trabalho odontológico na região norte do Brasil. **Odonto** (UMESP), v. 17, p. 26-35, 2009d.

_____. ; BITTAR, T. O. ; Scanavini MA ; RAMOS, A. L. . Análise do mercado de trabalho odontológico na região centro-oeste do Brasil. **Robrac**, v. 18, p. 48-55, 2009c

_____. D. ; Scanavini MA ; BÉRZIN, F. ; RAMOS, A. L. . Análise do mercado de trabalho odontológico na região sul do Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia.** Universidade de Passo Fundo, v. 14, p. 7-13, 2009b.

_____. D. ; SIQUEIRA, D. F. ; Scanavini MA ; DARUGE Jr, E. . Análise do mercado de trabalho odontológico na região nordeste do Brasil. **Revista de Odontologia da UNICID**, v. 21, p. 104-118, 2009e.

_____. ; RAMOS, A. L. ; Scanavini MA ; RICCI, I. D. . Análise do mercado de trabalho odontológico na região sudeste do Brasil. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 63, p. 57-63, 2009a.

PASCHE, Dário Frederico et al. Paradoxes of health decentralization policies in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 6, p. 416-22, 2006.

PASQUINI, Luís Fernando Barbosa. O profissional liberal e sua responsabilidade civil na prestação de serviços. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1095, 1 jul. 2006. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/8574>>. Acesso em: 6 jan. 2011.

PINTO, Marcelo. **Entrevista**: Maria Celeste Morita, pesquisadora responsável pelo “Perfil do Cirurgião-Dentista Brasileiro”. Publicado originalmente no Jornal do CFO edição 89-90, 2009. Disponível em: <<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/noticias/entrevista-maria-celeste-morita-pesquisadora-responsavel-pelo-%E2%80%9Cperfil-do-cirurgiao-dentista-brasileiro%E2%80%9D/>>. Acesso em: 21 set. 2011.

PINTO, Vitor Gomes. Saúde bucal no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 316-327, 1983.

PORTAL DA SAÚDE. **Brasil Sorridente aumenta o número de dentistas no Sistema Único de Saúde**. Publicado em 25 out. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11814>. Acesso em: 23 ago. 2011.

PORTAL FATOR BRASIL. **Imbra adota solução de impressão da Simpress**. Publicado em 14 ago. 2008. Disponível em: <http://www.revistafator.com.br/ver_noticia.php?not=49288>. Acesso em: 30 ago. 2011a.

_____. **Imbra vai gerar 100 novos empregos na clínica da Barra**. Publicado em 11 ago. 2008. Disponível em: <http://www.revistafator.com.br/ver_noticia.php?not=48867>. Acesso em: 02 ago. 2011b.

PORTO, Fábio Augusto de Mesquita. **Cirurgiões-dentistas x Clínicas odontológicas**: contratos de prestação de serviços e a eventual configuração de

vínculo empregatício. Disponível em: <<http://www.sodf.org.br/artigo.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2011.

POULANTZAS, Nicos. **As classes sociais no capitalismo de hoje**. 2. ed. Rio De Janeiro: Zahar, 1978, 368 p.

PREVDONTO. **Prevdonto**: planos odontológicos. Disponível em: <<http://www.prevdonto.com.br/>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

PRIMEIRO JORNAL. **Imbra pode ser obrigada a suspender serviços na Bahia**. Publicado em 06 jul. 2010. Disponível em: <http://noticias.primeirojornal.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=628:imbra-pode-ser-obrigada-a-suspender-servicos-na-bahia&Itemid=168&catid=87:denuncias>. Acesso em: 02 ago. 2011.

PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo et al . Oral health policies in Brazil. **Braz. oral res.**, São Paulo, vol.23, suppl.1 , p. 9-16, 2010.

RECLAME AQUI. **Porque preciso fornecer vários dados inclusive CPF ao me cadastrar no Reclame Aqui?** Disponível em: <http://www.reclameaqui.com.br/como_funciona/ajuda/?id=3>. Acesso em: 01 set. 2010.

REDE PAREDE. **Dentista popular**. Disponível em: <<http://redeparede.com.br/users/dentistapopular>>. Acesso em: 25 maio 2010.

_____. **Dentistas**. Disponível em: <<http://redeparede.com.br/sao-jose-dos-campos/empregos/medicina-saude/posts/dentistas-176536>>. Acesso em: 30 jun. 2008.

RESSEL, L. B. et al . O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

REZENDE, Ticiania. Prezados. Publicado em 3 maio 2010. In.:SCHIAVETTO, Fernando. **Private equity**: a GP pode sair da Imbra. Publicado em 07 mar. 2010. Disponível em: <<http://proffernandoschiavetto.blogspot.com/2010/03/private-equity-gp-pode-sair-da-imbra.html>>. Acesso em: 01 set. 2010.

RIBEIRO, Antônio Inácio. **Entrevista TPD de sucesso nº 01**. Disponível em: <http://www.odontex.com.br/tpd_de_sucesso/artemio_luiz_zanetti.htm>. Acesso em: 14 set. 2011.

RODRIGUES, Alan. Atividades suspensas no PSF. Disponível em: <http://www.joaocarlosbacelar.com.br/noticia_detalhes.cfm?identificador=538&tit=2>. Acesso em: 04 out. 2007.

RODRIGUES, Vanessa A.; PERROCA, Márcia G.; JERICÓ, Marli C.. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v. 4, n. 11, p.210-214, 2004.

SALVADOR. SEPLAG. **Concurso da saúde Relação Candidato-Vaga**. Publicado em 01 set. 2011. Disponível em: <http://www.gestaopublica.salvador.ba.gov.br/concurso/arquivos/tabela_concurso2011.pdf>. Acesso em: 09 set. 2011.

SANTOS, Cibelle. **Franquias abrem espaço para quem busca trabalhar na área de saúde**. Disponível em: <<http://pensandogrande.com.br/franquias-abrem-espaco-para-quem-busca-trabalhar-na-area-de-saude/>>. Acesso em: 13 set. 2011.

SAQUY, Paulo César; PÉCORA, Jesus Djalma. **Orientação profissional em Odontologia**. São Paulo: Santos, 1996.

SCHIAVETTO, Fernando. **Private equity**: a GP pode sair da Imbra. Publicado em 07 mar. 2010. Disponível em: <<http://proffernandoschiavetto.blogspot.com/2010/03/private-equity-gp-pode-sair-da-imbra.html>>. Acesso em: 01 set. 2010.

SCHRAIBER, L. B. A profissão de ser médico. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

_____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

_____. **O Médico e Seu Trabalho. Limites da Liberdade**. São Paulo: HUCITEC, 1993, 229 p.

SEGS (Comp.). **Venda da Medial marca processo de consolidação do setor de planos de saúde**. Publicado em 22 nov. 2011. Disponível em: <http://www.segs.com.br/segs/index.php?option=com_content&task=view&id=41121&Itemid=157>. Acesso em: 03 ago. 2011a.

_____. **Consultório Móvel Sorridents vai a Jacareí**. Publicado em 28 fev. 2010. Disponível em: <<http://www.segs.com.br/index.php?>

option=com_content&view=article&id=3380:consultorio-movel-sorridents-vai-a-jacarei&catid=47:cat-saude&Itemid=328>. Acesso em: 02 ago. 2011b.

_____. **OdontoPrev adota política proativa de distribuição de resultados.** Publicado em 14 abr. 2010. Disponível em: <http://www.segs.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7034:odontoprev-adota-politica-proativa-de-distribuicao-de-resultados&catid=45:seguros&Itemid=324>. Acesso em: 26 abr. 2010.

SILVA, L. A. M. Da informalidade à empregabilidade (Reorganizando a dominação no mundo do trabalho). **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, p. 81-109, jul./dez., 2002.

SILVA, Rhonan Ferreira da et al . Utilização de auxiliares odontológicos em Ortodontia: implicações éticas e legais. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá, v. 11, n. 5, p. 121-8, 2006.

SIMPLÍCIO, A H L S; A SANTOS, P; CAMPOS, J A D B. Perfil dos convênios odontológicos no município de Araraquara SP. *Odontologia e Sociedade*, São Paulo, v. 2, n. 10, p.1-11, 2008.

SINCOTRASP. **Sorridents Clínicas Odontológicas.** Disponível em: <<http://www.sincotrasp.com.br/beneficios/view.asp?id=7>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

SINDMED. **PSF à deriva em Salvador.** Publicado em: 19 set.2007. Disponível em: <<http://www.sindimed-ba.org.br/conteudo.php?ID=662>>. Acesso em: 22 set. 2011.

SINOG. **Apesar da crise, planos odontológicos continuarão a crescer.** Disponível em: <http://www.sinog.com.br/informes/%7B6164CD36-4DC2-4DC3-9A32-6EEDA0A23052%7D_Perspectivas%202009%20Odontologia.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2009.

_____. **Assistência Suplementar à Saúde no Brasil Segmento Odontológico:** Press Kit para Imprensa, dezembro, 2009. Disponível em <http://www.sinog.com.br/informes/%7B8FB328EC-036D-43C6-9E8E-109C28F13E70%7D_Panorama%20dos%20Planos%20Odontol%F3gicos%20-%20dez.2009.pdf> Acesso em: 27 maio 2010.

SINSAÚDE. **Diretoria regional.** Disponível em: <http://www.sinsaude.org.br/portal/site/diretoria.aspx>. Acesso em: 31 ago.2010.

_____. **Estatutos.** Disponível em: <<http://www.sinsaude.org.br/portal/pdf/Estatuto.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2011a.

_____. **Imbra é acionada na justiça pelo Sinsaúde por não pagar direitos aos trabalhadores.** Publicado em 24 mar. 2010. Disponível em: <<http://www.sinsaude.org.br/blogjuridico/?p=182>>. Acesso em: 02 ago. 2011b.

SITE DAS FRANQUIAS. **Prevdonto.** Disponível em: <<http://www.sitedasfranquias.com.br/franquia.asp?franquia=696>>. Acesso em: 05 jul. 2010.

SÓ NOTÍCIAS. **Cuiabá: aprovado plano de salários para dentistas que estavam em greve.** Publicado em: 13 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.sonoticias.com.br/noticias/11/109058/cuiaba-aprovado-plano-de-salarios-para-dentistas-que-estavam-em-greve>>. Acesso em: 21 set. 2011.

SOEBA. **Comunicado do SOEBA.** Disponível em: <<http://www.soeba.com.br/eventos2.htm>>. Acesso em: 05 jul. 2010a.

_____. **Convocação de reunião.** Disponível em: <<http://www.soeba.com.br/eventos.htm>>. Acesso em: 07 abr. 2010b.

SOESP. **SOESP Inaugura Delegacia Sindical Regional em Campinas.** Disponível em: <http://www.soesp.org.br/index.php?option=com_cursos&task=view&id=21>. Acesso em: 31 ago. 2010.

SORRIDENTS. **Clínicas.** Disponível em: <<http://www.sorridents.com.br/Clinicas.aspx>>. Acesso em: 29 nov. 2011a.

_____. **Parceria da Sorridents em destaque em portal de Cuiabá.** Publicado em 09 fev. 2010. Disponível em: <<http://sorridentsfranchising.wordpress.com/2010/03/05/parceria-da-sorridents-em-destaque-em-portal-de-cuiaba/>>. Acesso em: 02 ago. 2011b.

_____. **Sorridents Clínicas.** Disponível em: <<http://www.sorridents.com.br/Clinicas.aspx>>. Acesso em: 25 ago. 2010a.

_____. **Sorridents Franchising.** Disponível em: <<http://www.sorridents.com.br/Franchising/Default.aspx>>. Acesso em: 25 ago. 2010b.

_____. **Sorridents.** Disponível em: <<http://www.sorridents.com.br/Sorridents.aspx>>. Acesso em: 29 ago. 2011c.

SOUSA, Fernanda Daniel et al. **Odontologia suplementar: revisão de literatura.** Salvador: (mimeo), 2010.

SOUSA, Joyce Martins. **Dentistas escravizados!!** Disponível em: <<http://www.reclameaqui.com.br/130604/imbra-tratamentos-odontologicos-do-brasil/dentistas-escravizados/>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

SOUTO, Cláudia Maria Ramos Medeiros et al . Tendências das pesquisas de enfermagem em saúde da mulher no período de 2001 a 2005. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 719-26, 2007 .

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-39, 2007.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi et al . Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 185-94, 1992.

TELES, José Carlos Borges. Assistência odontológica no país: perspectivas 1. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.235-62, 1985.

TEMPO ASSIST. **Resultados 4T09**. Publicado em 31 maio 2010. Disponível em: <http://www.tempoassist.com.br/tpassist/upload/arquivo/resultados/4T09_release.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2011.

_____. **Tempo Participações Anuncia Aquisição da Prevdonto**. Publicado em 05 jun. 2008. Disponível em: <http://tempoparticipacoes.riweb.com.br/tempo/show.aspx?id_canal=bwgYk9oTW+c6VK3O5l9AMw==&id_materia=wUwCI7RoYyUAtWV4hRVoKQ==>. Acesso em: 30 jun. 2010.

TEMPO DENTAL. **Quem Somos**. Disponível em: <<http://www.odontoempresas.com.br/conteudo/?n=2&id=2>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

TEMPO PARTICIPAÇÕES. **Histórico e Perfil Corporativo**. Disponível em: <http://tempoparticipacoes.riweb.com.br/Tempo/show.aspx?id_canal=Z5mqzTpeCDIALQdEoMobpQ==>. Acesso em: 30 jun. 2010.

THÉBAUD-MONY, Annie; DRUCK, Graça. Terceirização: a erosão dos direitos nos trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, Graça; FRANCO Tânia. **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007, p. 23-58.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, supl.1, p. 193-201, 2008.

TRINDADE, Eleni. **Beleza que pode sair muito cara**. 23 de julho de 2008 . Disponível em: <<http://blogs.estadao.com.br/advogado-de-defesa/2008/07/page/5/>>. Acesso em: 29 jul. 2011.

TRÓPIA, P. V. A inserção de classe dos assalariados não-manuais: um debate com a bibliografia marxista sobre a classe média. In: **30ª Reunião Anual da ANPED**, 2007, Caxambu. Resumos: ANPED - 30 anos de pesquisa e compromisso social. Rio de Janeiro: ANPED, 2007. v. 1.

TROTSKY, Leon. Noventa anos do Manifesto Comunista. In: COGGIOLA, Osvaldo. **Manifesto Comunista** (Org.). São Paulo: Boitempo, 1998. p. 159-168.

UNIODONTO. **Encontre a Uniodonto**. Disponível em: <<http://www.uniodonto.com.br/novo/paginas.php?chave=1ef9a147912c236ab496350d5173ea8a&pag=encontrec>>. Acesso em: 15 nov. 2010.

_____. **História da Uniodonto**. Disponível em: <<http://www.uniodonto.com.br/novo/paginas.php?chave=00fb99ab2f7149e32c05b9c9ae3cc190&pag=histunio>>. Acesso em: 29 nov. 2011.

UNIODONTO SALVADOR. **Quem Somos**. Disponível em: <<http://www.uniodontosalvador.com.br/index.php#conteudo>>. Acesso em: 29 nov. 2011.

VAGA EMPREGO. **Sorridents oferece 180 vagas de emprego no Nordeste e em São Paulo**. Publicado em 15 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.vagaemprego.com.br/2009/07/15/sorridents-oferece-180-vagas-de-emprego-no-nordeste-e-em-sao-paulo/>>. Acesso em: 02 ago. 2011.

VALOR ECONÔMICO. **Com baixo risco, plano odontológico cresce**. Publicado em 24 nov. 2008. Disponível em: <http://www.sindsefsp.org.br/areas/sala_imprensa/noticias_texto.asp?id=4275>. Acesso em: 29 jul. 2011.

VALOR ONLINE. **GP investe R\$ 185 milhões na rede de clínicas odontológicas Imbra**. Publicado em 29 set. 2008. Disponível em: <<http://economia.uol.com.br/ultnot/valor/2008/09/29/ult1913u95712.jhtm>>. Acesso em: 02 ago. 2011a.

_____. **Unibanco vende seguradora de saúde por R\$ 55 milhões para a Tempo.** Publicado em 25 set. 2009. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/mat/2009/09/25/unibanco-vende-seguradora-de-saude-por-55-milhoes-para-tempo-767774330.asp>>. Acesso em: 01 ago. 2011b.

VASAPOLLO, L. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In.: ANTUNES, Ricardo (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2006, p. 45-57.

VEJA. **Imbra pede falência e deixa milhares sem atendimento.** Publicado em 06 out. 2010. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/economia/imbra-decreta-falencia>>. Acesso em: 03 ago. 2011.

VIEIRA, Cristine; COSTA, Nilson do Rosário. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1579-88, 2008.

VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A.; C., M. C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa Etnográfica em Saúde: sua apreciação por Comitês de Ética em pesquisa. **Rev. SOCERJ**, v. 20, p. 240-242, 2007.

WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia.** 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982. 325 p.

ZANETTI, C. H. G. A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 3, p. 11-24, 1999.

APÊNDICE I
Roteiro inicial de entrevista

1. Número de identificação do entrevistado
2. Idade
3. Sexo
4. Estado civil
5. Filhos?
6. Universidade em que se formou
7. Ano de formatura
8. Titulação
9. Inserções atuais no mercado de trabalho
10. Ocupação dos pais
11. Dentistas na família?
12. Trajetória

1. Quando entrou na faculdade, que idéia tinha da Odontologia? Porque decidiu por este curso? Quem a/o influenciou?
2. Durante o curso, sua expectativa em relação à profissão mudou?
3. Enquanto aluno, como você esperava se inserir de que forma no mercado de trabalho?
4. Enquanto aluno, pretendia se especializar? Em que? Caso seja diferente da sua atual especialização, porque mudou de idéia?
5. Como foi quando você se formou? O que você fez em primeiro lugar? Como se sentiu?
6. Teve dificuldades logo após formada(o)? Como superou? Que fatores a/o ajudaram?
7. Nas fases posteriores, como foi se dando sua inserção profissional? E atualmente?
8. **Condições de trabalho**
 - a. Jornada
 - b. Remuneração
 - c. Tempo de convívio com a família
 - d. Tempo para lazer
 - e. Problema de saúde que tenha impedido de trabalhar
 - f. Número de procedimentos por turno
 - g. Direito à aposentadoria?

- h. Férias?
- i. Licença maternidade?

Percepções

9. Como você gostaria de estar daqui a 10 anos?
10. E como você acha que vai estar?
11. Como tem sido com seus colegas de formatura? Tem acontecido com eles como acontece com você?
12. Como você compara o mercado de trabalho que existe para sua geração de dentista com as gerações anteriores a você?
13. Como você compara o mercado de trabalho que existe para sua geração de dentista com as gerações posteriores a você?
14. Como é ser dentista e se inserir no mercado de trabalho para as mulheres em geral? Como tem sido isso ao longo do tempo?
15. [Pergunta apenas para mulheres] E em relação ao seu caso particular?
16. Como você avalia o mercado de trabalho odontológico atual? Compare com o que existiu para as gerações anteriores.
17. Que elementos você aponta para explicar o mercado de trabalho atual?
18. O que é um dentista realizado?
19. Você se considera um dentista realizado?
20. Qual conselho você daria a seu filho se desejasse fazer Odontologia?
21. Se você estivesse se formando nos dias de hoje, o que faria?

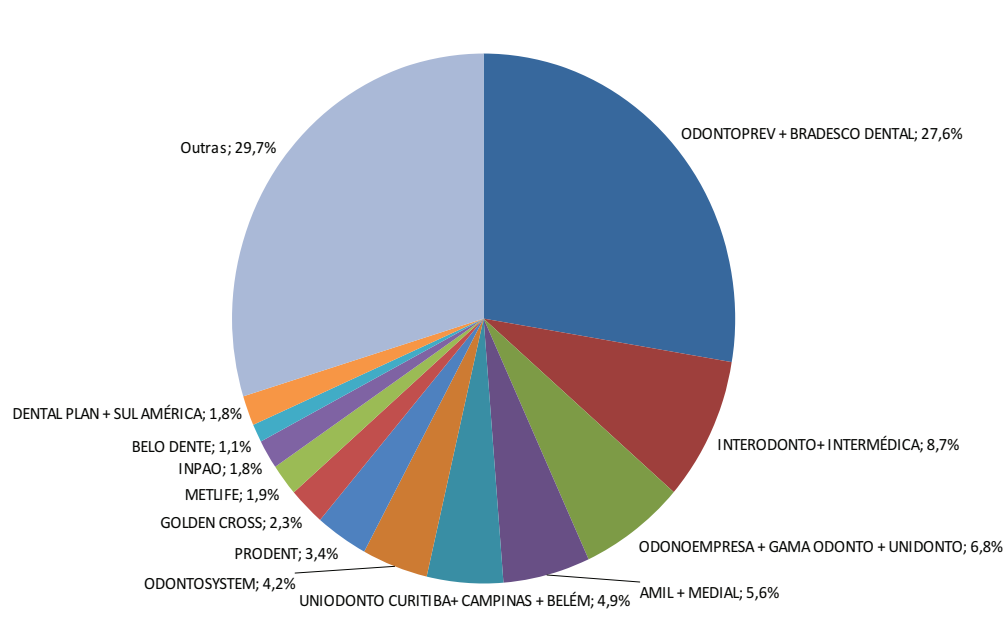
APÊNDICE II

Relação de blogs acompanhados

Nome do blog	Endereço
Blog do dentista	http://www.netdentista.com/
Sorridents Clínicas Odontológicas	http://sorridentsfranchising.wordpress.com/
Prof. Fernando Schiavetto	http://profferandoschiavetto.blogspot.com/
Odontologia e Finanças	http://odontologiaefinancas.blogspot.com/
Você já sorriu hoje??	http://aodontologiadosorriso.blogspot.com/
De Boca Aberta	http://amiltonlive.blogspot.com/
Marketing em Odontologia	http://www.marketingemodontologia.com.br/
Dentista em apuros!!	http://dentistaemapuros.blogspot.com/
Carreira Odontológica	http://carreiraodontologica.wordpress.com/
Empreendedores em odontologia	http://empreendedoresemodontologia.blogspot.com/
Odontologia do Trabalho	http://odontologiadotrabalhotoscano.blogspot.com/
Blog Revista Odonto Business	http://odontobusiness.wordpress.com/

APÊNDICE III

GRÁFICO 1 – Distribuição percentual dos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos conforme operadora, Brasil, Junho de 2010.



FONTE: BRASIL, 2010d

Anexo I -
Figura 1



Desenho que ilustra o post “Prostituição da Odontologia, parte 2”, do blog Net Dentista.
Desenho original de Adão Iturrasgarai.

Figura 2



Foto que ilustra o post “Kit da Put...: Publicidade em Odontologia”, da página Carvalho Odontologia.
Autoria da foto desconhecida.

Andamento do projeto - CAAE - 0031.0.368.000-09				
Título do Projeto de Pesquisa				
Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na Região Metropolitana de Salvador.				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	03/09/2009 10:25:39	13/10/2009 10:31:00		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	21/08/2009 09:06:16	Folha de Rosto	FR285301	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	03/09/2009 10:25:39	Folha de Rosto	0031.0.368.000-09	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	13/10/2009 10:31:00	Folha de Rosto	37/09	CEP

[Voltar](#)