

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Lucas Sagrilo dos Santos

**A LÓGICA EMPRESARIAL E O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA: O
CASO DA CLÍNICA POPULAR DE ODONTOLOGIA DE PORTO ALEGRE**

**Porto Alegre
2012**

Lucas Sagrilo dos Santos

**A LÓGICA EMPRESARIAL E O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA: O
CASO DA CLÍNICA POPULAR DE ODONTOLOGIA DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Administração.

Orientadora: Prof.^a Cristina Amélia Pereira de Carvalho

**Porto Alegre
2012**

Ficha Catalográfica

S000x Santos, Lucas Sagrilo dos.
A lógica empresarial e o exercício da Odontologia: o caso da
Clínica Popular de Odontologia de Porto Alegre/ Lucas Sagrilo
dos Santos. 2012.

XXX f.

Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Administração, Graduação em
Administração, 2012.

Orientadora: Cristina Amélia Pereira de Carvalho

1. Lógica Empresarial 2. Exercício da Odontologia 3. Clínica Popular de Odontologia

CDU 00000

Bibliotecário responsável número de registro no CRB - _____/_____

Lucas Sagrilo dos Santos

A LÓGICA EMPRESARIAL E O EXERCÍCIO DA ODONTOLOGIA: O CASO DA CLÍNICA POPULAR DE ODONTOLOGIA DE PORTO ALEGRE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Administração.

Conceito Final: B

Aprovado em 20 de dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Ana Mercedes Sarria Icaza – UFRGS

Orientadora - Prof.^a Dra. Cristina Amélia Pereira de Carvalho - UFRGS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao homem mais forte que já conheci: meu pai.

Poderia escrever muitas páginas sobre a importância dele na minha vida, sobre todos os esforços dele em proporcionar o melhor para a mim, sobre todos os ensinamentos passados, sobre todo o amor e carinho que meu pai me deu. Todavia, vou destacar brevemente aqui o exemplo que foi para mim.

Muita força. Muita fé. Confiança inabalável. Dentre tudo o que poderia me oferecer – e dentre tudo que me proporcionou – mesmo sem ter percebido, ele me mostrou principalmente o que é ser um homem de verdade. Meu caráter e minhas atitudes são, e sempre serão, reflexos daquilo que aprendi com ele.

Ele costuma me perguntar, quando ficávamos a sós: “*Tu ama esse teu pai?*”. Embora sempre tenha respondido a ele, respondo aqui também, para que fique registrado o que sempre senti: “*Sim e Muito!*”.

Dedico àquele que muito merecia estar presente no fim dessa jornada.

Dedico a Luiz Carlos dos Santos. *In memoriam*.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que participaram da jornada que se encerra com este trabalho. Agradeço aos professores, colegas, amigos e familiares.

Em especial, agradeço aos meus pais, por toda a sustentação que me deram nesses cinco anos. Sem eles, não conseguiria chegar perto do que até hoje conquistei. Vocês, meus queridos, foram, e ainda são, tudo o que qualquer um poderia esperar de pais amorosos e dedicados. Muito obrigado!

Em especial, agradeço também a minha querida Bianca. Além do amor e do companheirismo sem igual, foi e é meu exemplo. Obrigado por estar ao meu lado e por ter, desde quando nos conhecemos, mudado minha vida. Este trabalho é um presente para você, minha linda.

Por fim, aproveito e peço desculpas a todos aqueles com os quais não pude estar presente enquanto cumpria minha jornada dupla, de trabalho e faculdade. Destaco aqui meus irmãos grandes – Ângela, Carla, Charles e Marcelo – e meus pequenos irmãozinhos – Bruno, Gabriel, Vítor e Júlia. Obrigado pela paciência!

“O vínculo social não se construirá a não ser que queiramos construí-lo, e se esse desejo for compartilhado por um grande número de pessoas. O voluntarismo, naturalmente, não é suficiente, mas sem ele nada é possível. A revolução não pode ser feita em um dia, mas se faz todos os dias nas relações cotidianas que mantemos, como já pensava W. Reich. E aí está a entrada para um convívio verdadeiro, a edificação de uma democracia que mereça esse nome, na qual o amor e a alegria estejam e continuem a estar presentes. Resta, pois, trabalhar nesse projeto, tentando afastar as tendências mortíferas (sempre reconhecendo-as, pois a pulsão de morte é sempre operante), e fazer triunfar, tanto quanto possível, o prazer e o amor mútuo. Isso pode parecer utópico, mas como eu já disse tempos atrás: ‘As sociedades que não sonham são sociedades que morrem’.”.

Eugène Enriquez.

RESUMO

A consolidação do exercício da Odontologia através de empresas é fato na atualidade. Esta relação, entretanto, revela-se paradoxal quando confrontadas as características e os objetivos do modelo empresarial com as características profissionais e éticas da Odontologia. Através de um estudo de caso realizado em cinco Clínicas Populares de Odontologia de Porto Alegre, buscou-se verificar esta influência através dos impactos das características e da estratégia destas clínicas nas condições organizacionais de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Como resultado deste estudo, verificou-se, principalmente, que há um perfil definido de profissionais que trabalham nestas clínicas; que as características empresariais são claras e relacionadas à ênfase na estratégia de baixo custo e que as condições organizacionais de trabalho representam pilar importante na consecução da estratégia e ao mesmo tempo são desrespeitadas, em relação aos princípios legais e éticos da profissão. Embora os resultados não sejam absolutos quanto à população das clínicas, não podendo ser feitas generalizações a respeito, foi possível elucidar as práticas do modelo em questão e identificar lacunas que podem ser alvos de estudos posteriores. **Palavras-chave:** 1. Lógica Empresarial 2. Exercício da Odontologia 3. Clínica Popular de Odontologia.

ABSTRACT

The consolidation exercise of Dentistry through companies is fact today. This relationship however proves to be paradoxical when confronted the characteristics and goals of the business model with the characteristics of professional and ethical dentistry. Through a case study conducted in five Popular Clinics of Dentistry in Porto Alegre, aimed to verify this influence through the impacts of these characteristics and clinics strategy in organizational conditions of work of the dentists. As a result of this study it was found mainly that there is a definite profile of professionals working in these clinics; business features that are clear and related to the emphasis on low-cost strategy and organizational conditions of work represent important base in the achievement of the strategy, at the same time are disrespected in relation to legal and ethical principles of the profession. Although the results aren't absolute as to population of these clinics, and can't be made generalizations about, was possible to elucidate the practices of the model in question and identify gaps that may be targets for future studies. **Keywords:** 1. Business logic 2. Practice of Dentistry 3. Popular Clinics of Dentistry.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

IMAGEM 1: RELAÇÃO ENTRE ODONTOLOGIA E MODELO EMPRESARIAL.	
FONTE: O AUTOR. _____	14
GRÁFICO 1 – IDADE DOS ENTREVISTADOS _____	40
GRÁFICO 2 – TEMPO DE FORMAÇÃO _____	40
GRÁFICO 3 - TEMPO DE CLÍNICA _____	41
GRÁFICO 4 - TEMPO DE FORMAÇÃO AO ENTRAR NA CLÍNICA _____	41
GRÁFICO 5 – NÍVEL DE TITULAÇÃO SUPERIOR _____	42
GRÁFICO 6 - MOTIVOS PARA TRABALHAR NA CLÍNICA. _____	42
GRÁFICO 7 - PRETENSÕES PROFISSIONAIS FUTURAS. _____	43
GRÁFICO 8 - ATUAÇÃO MAIS SATISFATÓRIA. _____	44
TABELA 1: TIPOS DE PROPRIEDADE DAS CINCO CLÍNICAS _____	44
TABELA 2: TIPOS DE CONTROLE _____	44
TABELA 3: MEIOS DE COMUNICAÇÃO _____	45
TABELA 4: VARIÁVEL DETERMINANTE PARA A ESCOLHA PELA CLÍNICA _____	45
GRÁFICO 9: MÉDIA DE PACIENTES ATENDIDOS _____	45
TABELA 5: CAPACIDADE PERCEBIDA DA CLÍNICA _____	46
GRÁFICO 10: FORMA DE REMUNERAÇÃO _____	47
GRÁFICO 11: CARGA HORÁRIA DIÁRIA MÉDIA _____	47
GRÁFICO 12: INTERVALO INTRAJORNADA _____	48
GRÁFICO 13: DEFINIÇÃO DE HONORÁRIOS _____	48

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. A ODONTOLOGIA E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL	16
2.1. BREVE HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA	16
2.2. ODONTOLOGIA NO BRASIL	17
2.3. A IMPORTÂNCIA DO CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA	18
2.4. MEIOS DE ATUAÇÃO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL	21
3. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DE TRABALHO	25
3.1. CONDIÇÕES DE TRABALHO	25
3.2. ASPECTOS DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DE TRABALHO.	26
3.2.1. <i>Vínculo de trabalho</i>	26
3.2.2. <i>Remuneração</i>	27
3.2.3. <i>Jornada de trabalho</i>	28
3.2.4. <i>Autonomia</i>	29
4. MODELO EMPRESARIAL	30
4.1. CONSOLIDAÇÃO DO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA.	30
4.2. O QUE É UMA EMPRESA?	31
4.3. ESTRATÉGIAS COMPETITIVAS	32
4.4. ESTRATÉGIA EM CLÍNICAS POPULARES DE ODONTOLOGIA	33
5. METODOLOGIA DE PESQUISA	36
5.1. OBJETO DE ESTUDO	36
5.2. MÉTODO E JUSTIFICATIVA	36
5.3. SUJEITOS DE PESQUISA	37
5.4. UNIVERSO	37
5.5. REALIZAÇÃO DA PESQUISA	37
5.6. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	37
5.7. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	38
6. RESULTADOS OBTIDOS	39
6.1. CARACTERÍSTICAS DAS CLÍNICAS ESTUDADAS	39
6.2. O PERFIL DOS PROFISSIONAIS DENTISTAS ENTREVISTADOS.	40
6.3. CARACTERÍSTICAS EMPRESARIAIS E ESTRATÉGICAS.	44
6.4. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DE TRABALHO	46
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
7.1. O PERFIL DE PROFISSIONAL ENCONTRADO	49
7.2. AS CARACTERÍSTICAS DAS CLÍNICAS	50
7.3. AS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DE TRABALHO E O MODELO DAS CLÍNICAS	51
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	58

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia, segundo o dicionário Michaelis Online, é a “*parte da Medicina que estuda as enfermidades da boca, dentes e maxilares, a ortodontia e a prótese dentária; conjunto de ciências que se estudam para o exercício da profissão de cirurgião-dentista*”. A Odontologia teve sua origem atrelada ao surgimento das ciências médicas (MATOS, 2006), com raízes deontológicas em Hipócrates, considerado o “Pai da Medicina”. Todavia, a Odontologia somente aparece como profissão moderna independente em meados do séc.XIX, coincidindo com o aparecimento e consolidação do capitalismo industrial e com sua evolução para a forma corporativa (CARVALHO, 2006).

Na atualidade, percebe-se que o mercado de serviços odontológicos passa por um período de mudanças no padrão de regulação das práticas de trabalho o que forçou a inserção dos dentistas nas relações e contradições fundamentais do mercado capitalista, como proprietários ou como assalariados (ZANETTI, 1999). Paixão (1977 *apud* BLEICHER, 2012), em sua época, já afirmava, com base em seus estudos, que a prática liberal tenderia a diminuir ou mesmo desaparecer e apontava para uma provável proletarização dos dentistas. Ao encontro desta percepção, conforme Candelária (1984 *apud* NASCIMENTO *et al*, 1999), desde 1984 se percebe um movimento na Odontologia no sentido de organizá-la de forma empresarial, visando o funcionamento das clínicas como empresas. Segundo a autora, o que tem levado os profissionais a esta nova postura é a grande concorrência de mercado (CANDELÁRIA 1984 *apud* NASCIMENTO *et al*, 1999).

Zanetti (1999) identifica que os cirurgiões-dentistas se organizaram em diversas modalidades de trabalho. Neste estudo se optou observar a clínica sem especialidade ou popular. Estas clínicas são empresas e como tal, são voltadas para o mercado. Sua denominação “popular” decorre do atendimento realizado, geralmente atendendo em diversas especialidades, e a preços inferiores em relação a consultórios de profissionais liberais. Segundo o autor este tipo de clínica se baseia na estratégia concorrencial de baixo preço. Tendo em vista essas características, este estudo se baseia na hipótese de que estes estabelecimentos se enquadram na estratégia genérica de enfoque no custo, definida por Porter (1986).

Ao mencionar “sem especialidade”, Zanetti (1999) diferencia esta empresa de outros arranjos empresariais existentes, pois a predominância de atendimento se dá pela atuação da Odontologia em várias áreas, sem a diferenciação em uma única, como clínicas especializadas em implantodontia, por exemplo.

A empresa se desenvolveu na sociedade moderna e, fundada na racionalidade instrumental, promoveu mudanças em todos os campos da vida humana ocidental. Enriquez (1997, pág. 8), afirma que:

“Atualmente o modelo de desempenho, que esteve durante um tempo em concorrência com outros, como o da honra, o do prestígio, e o da fidelidade, mas que caracterizou a expansão do capitalismo ocidental, reina absoluto”.

Acrescenta ainda o autor, que a empresa introduziu “*a medida como o único elemento de diferenciação dos seres*” e esse elemento, como sinal de excelência dentro da empresa, torna-se também, progressivamente, central no conjunto das organizações (ENRIQUEZ, 1997). Corroborando com esta percepção, Solé em seus estudos (2004 *apud* DURIEUX, 2005), afirma que a empresa se tornou o modelo universal de organização das atividades humanas na perspectiva das demais organizações. A hipótese do autor é que o mundo está voltado para a organização que o caracteriza, a empresa, e que este mundo está organizado por e para ela (SOLÉ, 2004 *apud* DURIEUX, 2005).

Para fins de referência para o estudo, utilizar-se-á o conceito de “empresa” resultado do trabalho de Andreu Solé, uma vez que há divergências a respeito dos conceitos de “organização” e de “empresa”. Considerar-se-á empresa como um dos tipos de organização existentes, conforme traços característicos definidos por Solé (2004 *apud* DURIEUX, 2005), que serão demonstrados mais a frente.

A empresa possui diversos instrumentos para obter eficiência, dos quais a utilização de estratégias competitivas se destaca em clínicas populares. O objetivo da estratégia competitiva é explicado por Porter (1986).

A meta da estratégia competitiva para uma unidade empresarial em uma indústria (setor) é encontrar uma posição dentro dela em que a companhia possa melhor se defender contra as forças competitivas ou influenciá-las a seu favor (PORTER, 1986, pág. 22).

Dentre as principais contribuições de Michael Porter, estão as “estratégias competitivas genéricas”, que, segundo o autor (PORTER, 1986), são as três estratégias bem-sucedidas e internamente coerentes para se ter vantagem competitiva perante os demais competidores do mercado. São elas: liderança de custos, diferenciação ou enfoque. Esta última pode ter foco no custo ou foco na diferenciação. Diferente das demais, a estratégia de enfoque não almeja concretizar seus objetivos em todo o setor, mas sim se desenvolveu em torno de acertar muito bem um único alvo, competindo em um segmento de mercado (PORTER, 1986).

Ao mesmo tempo em que existem exigências organizacionais sobre os profissionais dentistas, há, da essência da profissão, normas deontológicas estabelecidas. O Código de Ética Odontológica, Resolução CFO nº 118/2012, é a principal conjugação de ordenamentos que resguardam os direitos dos profissionais dentistas, assim como os deveres destes profissionais e das organizações desta área. Através dos primeiros artigos do Código, pode-se perceber a importância deste, bem como a diferença de princípio norteador entre a profissão e o modelo empresarial:

Art. 1º. O Código de Ética Odontológica regula os direitos e deveres do cirurgião-dentista, profissionais técnicos e auxiliares, e pessoas jurídicas que exerçam atividades na área da Odontologia, em âmbito público e/ou privado, com a obrigação de inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo suas atribuições específicas.

Art. 2º. A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto. (Conselho Federal de Medicina, 2012) (grifo do autor).

Conhecendo as características e as estratégias do modelo empresarial e conhecendo as diretrizes norteadoras da profissão em questão, este autor identificou a necessidade de pesquisar a respeito da relação existente. Ao se confrontar com a consolidação das chamadas Clínicas Populares em Porto Alegre, acreditou-se ser este modelo um caso representativo. Este tipo de estabelecimento é exemplo da prestação de serviços odontológicos através do modelo empresarial. Conforme se pode perceber, esta relação une uma profissão da saúde, com características e deontologia próprias, a um tipo de organização, com características e objetivos próprios. Esta relação é representada na imagem 1.

Para identificar os reflexos da relação citada, foi delimitado o estudo das

condições organizacionais de trabalho dos profissionais, acreditado serem estas condições, ao mesmo tempo, características do modelo empresarial e fundamentos para a boa prática da profissão. Essas exigências organizacionais, impostas pelas empresas ao trabalhador, podem acarretar diversas problemáticas ao cirurgião-dentista, inclusive à saúde e à satisfação do mesmo (LIMA, 2006). Segundo Lima (2006, pág. 2): “do ponto de vista acadêmico, são poucos os estudos que focalizam a questão das condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas em relação às suas condições contratuais”.



Imagem 1: Relação entre Odontologia e Modelo Empresarial. Fonte: o Autor.

Assim, baseando-se nas considerações acima, são definidos o problema e os objetivos deste trabalho.

Problema de pesquisa: Qual a influência da lógica empresarial das Clínicas Populares de Odontologia de Porto Alegre no exercício profissional da Odontologia?

Objetivo Geral: Verificar a influência da lógica empresarial das Clínicas Populares de Odontologia de Porto Alegre no exercício profissional da Odontologia.

Para atingir tal objetivo, o presente trabalho terá os seguintes objetivos

específicos:

1. Descrever as características das condições organizacionais de trabalho estabelecidas, em particular quanto ao vínculo de trabalho, à remuneração, à jornada de trabalho e à autonomia;
2. Descrever o perfil dos profissionais que trabalham nas clínicas em estudo;
3. Descrever o modelo de gestão e a estratégia das clínicas selecionadas;
4. Analisar as condições organizacionais de trabalho dos profissionais das Clínicas Populares de Odontologia selecionadas;
5. Verificar as relações existentes entre o modelo de gestão, a estratégia e as condições organizacionais de trabalho.

2. A ODONTOLOGIA E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

2.1. Breve Histórico da Odontologia

Os primeiros documentos encontrados sobre infecções da cavidade bucal, segundo Rosenthal (2001 *apud* MATOS, 2006) são papiros egípcios. Nesta época a medicina era vista sob a perspectiva sobrenatural pelos povos mesopotâmicos ou sob a interpretação racional e científica que nasce na escola de Hipócrates. Conforme Almeida, Vendúsculo e Mestriner-Junior (2002), Hipócrates, o “Pai da Medicina”, escreveu, em seus estudos, aspectos relacionados à Odontologia, tais como a doença cárie dentária, a má-oclusão, os abscessos entre outros.

Segundo Matos (2006), historicamente torna-se impossível estabelecer uma divisão concreta entre Medicina e Odontologia, uma vez que nasceram em épocas pré-históricas, quando o homem primitivo teve suas primeiras dores. Entretanto, a partir do Séc. XIX, a Odontologia se desenvolve como uma profissão autônoma e independente da Medicina, fundamentalmente por sua natureza prática, o que lhe confere um aspecto de trabalho artesanal (CARVALHO, 2006).

Tradicionalmente, os dentistas eram meros ‘tiradentes’ ou fabricantes de ‘dentes artificiais’, cuja limitada especialização, treinamento empírico e trabalho mecânico, claramente violavam as ideias, elitistas, de profissionalismo. Emergindo, no século XIX, de uma prática dedicada essencialmente à comercialização de artefatos e serviços dentários, os dentistas não compartilhavam das mesmas bases tradicionais características das atividades dos médicos, advogados e sacerdotes, cuja formação era baseada nas artes liberais e na ciência. Ainda assim, os praticantes da Odontologia asseguraram status e credenciais comparáveis com essas antigas profissões. De fato, pode-se afirmar que os dentistas representam atualmente um grupo organizado, tendo alcançado sucesso em obter prerrogativas de profissão. (CARVALHO, 2006, pág.58).

Segundo Chaves (1986), a Odontologia pode ser classificada em cinco etapas diferentes de evolução, conforme as práticas vigentes predominantes:

A primeira etapa, chamada Etapa de Ocupação Indiferenciada, corresponde ao momento em que a Odontologia era praticada por pessoa leiga, secundária ou esporadicamente, com tratamento através de receitas caseiras, ervas ou ritos religiosos.

Na segunda etapa, Etapa de Diferenciação Ocupacional, a prática

permanecia feita por pessoa leiga, porém como atividade principal, passada sem recursos formais de aprendizado. Embora já surgissem os primeiros instrumentos e técnicas, ainda não havia regulamentação da atividade.

Na Etapa Inicial de Profissionalização, a Odontologia já era exercida por profissionais com treinamento formal teórico de dois anos, mantendo-se o aprendizado prático no sistema mestre-aprendiz. Surgem nesta etapa as primeiras regulamentações referentes à licença para o exercício da profissão. O curso neste momento era anexo às escolas de Medicina.

Na quarta etapa, ou Etapa Intermediária de Profissionalização, a profissão passa a ser considerada de nível superior, separando-se da medicina e tornando-se unidades autônomas, desenvolvendo-se cientificamente. Neste momento surgem também as profissões auxiliares de Odontologia.

A Etapa Avançada de Profissionalização, quinta etapa, mantém as características da etapa anterior, com avanço dos cursos de pós-graduação e de especialização, consolidando a Odontologia como profissão de saúde. Outra característica desta etapa é o equilíbrio do ensino, incorporando aspectos técnicos, referenciais biológicos e sociais da profissão.

2.2. Odontologia no Brasil

No Brasil, a evolução da Odontologia se dá a partir da prática realizada pelos sangradores e barbeiros, oriundos da colonização portuguesa no Séc. XVI. (MATOS, 2006). A arte dentária neste momento era vista como uma profissão marginalizada, uma vez que possuía o estigma de ofício mecânico e prático, com práticas que não eram realizadas pelos médicos.

Assim, a prática odontológica surge no Brasil com a atividade artesanal daqueles que obtinham do cirurgião-mor a carta de ofício para tirar dentes, os quais “*eram geralmente ignorantes, com baixo conceito, aprendendo esta atividade com um profissional mais experiente*” (HOSENTHAL, 2001 *apud* MATOS, 2006, pág.27). Consideradas atividades grosseiras e brutais, as extrações não eram praticadas por médicos e cirurgiões, que evitavam praticá-las (CUNHA, 1952 *apud* MATOS, 2006).

No séc. XVII foi criada a primeira legislação de controle do exercício da arte dentária, a Carta Régia de Portugal, em 09 de novembro de 1629. Nesta regulamentação, ficou estabelecido que os barbeiros deveriam ter licença para tirar dentes. Para conseguir tal licença, era necessária a realização de uma prova prática, de uma declaração que o candidato exercia há mais de dois anos a profissão e uma taxa. A banca examinadora era composta de um cirurgião-mor e dois barbeiros (ROSENTHAL, 2001 *apud* MATOS, 2006).

A primeira carta de dentista foi dada ao médico francês Eugênio Frederico Guertin somente no séc. XIX. No decorrer do século, a Odontologia brasileira sofreu grande influência da França e, posteriormente, do Estados Unidos. (MATOS, 2006) Mesmo com avanços, como o Decreto nº 9311, de 1884, no qual foi instituído o ensino da Odontologia no Brasil, a profissão permaneceu marginalizada e o ensino anexo aos cursos de Medicina até a primeira metade do séc. XX (CARVALHO, 2001 *apud* MATOS, 2006).

Nas últimas décadas do Séc. XX, algumas mudanças no ensino da profissão ocorreram, ampliando-se o exercício profissional de um modelo eminentemente curativo, para um modelo preventivo e, em seguida, incorporando-se o conceito de promoção de saúde, advindo da Carta de Ottawa – 1º Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (MATOS, 2006).

2.3. A importância do Código de Ética Odontológica

O campo ético é constituído pelo agente livre, que é o sujeito moral ou a pessoa moral, e pelos valores e obrigações que formam o conteúdo das condutas morais, ou seja, as virtudes ou as condutas e ações conformes ao bem. (CHAUÍ, 2004, pág. 308).

Segundo Chauí (2004), para que haja conduta ética, é necessária a existência do agente moral, de meios morais e de valores e fins éticos. O agente moral precisa ser: consciente de si e dos outros – capaz de reflexão e de reconhecimento de outros sujeitos éticos; ser dotado de vontade – ter capacidade de controle para que estejam em conformidade com as normas e valores da consciência moral; ser responsável – reconhecer-se como autor da ação, avaliar os efeitos dela e assumi-la; ser livre – ter o poder para autodeterminar-se, dando a si mesmo as regras de conduta.

Como componentes essenciais do campo ético, Chauí (2004) relaciona ainda a necessidade da existência de fins e valores éticos, bem como os meios morais para que os agentes realizem os fins, ou seja, fins éticos exigem meios éticos.

Chauí (2004) define ética como a filosofia da moral, que nasce para indagar o que são, de onde vêm e o que valem os costumes. Entende-se, assim, que a ética é uma reflexão que discute, problematiza e interpreta o significado dos valores morais criados pelas sociedades para assegurar sua própria perpetuação. A simples existência da moral não significa a presença explícita de uma ética.

Toda cultura e cada sociedade institui uma moral, isto é, valores concernentes ao bem e ao mal, ao permitido e ao proibido e à conduta correta e à incorreta, válida para todos os seus membros. (CHAUI, 2004, pág. 310).

Vázquez (2005, pág.15) corrobora esta visão ao diferenciar problemas prático-morais dos problemas éticos. Segundo o autor, problemas prático-morais são situações nas quais os indivíduos se defrontam com a “necessidade de pautar o seu comportamento por normas que se julgam mais apropriadas ou mais dignas de ser cumpridas”. Os problemas éticos, por sua vez, são a reflexão sobre a teoria moral. O problema do que fazer em cada situação concreta é um problema prático-moral, ao tempo em que, definir o que é bom é um problema ético (VÁZQUEZ, 2005).

Para Vázquez (2005, pág. 23) ética é “a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. Ou seja, é ciência de uma forma específica de comportamento humano”. Já a moral “é um conjunto de normas, aceitas livre e conscientemente, que regulam o comportamento individual e social dos homens”.

Conforme Mercier (2003 *apud* ANUNCIACÃO *et al*, 2007) sempre que o âmbito da ética se circunscreve ao exercício de uma profissão, fala-se de deontologia, entendeu-a como o conjunto de regras para o exercício daquela. Do grego DEON, “dever, obrigação”, mais LOGIA, “tratado, discurso”. Como um conjunto de normas que orientam o comportamento dos profissionais, a deontologia se consolida nos Códigos de Ética, presentes na maioria das profissões, incluindo-se a Odontologia.

Os preceitos éticos apresentam-se como um importante instrumento utilizado para a resolução de problemas originados pelas demandas sociais. Quanto aos

profissionais da saúde, a ética deve transmitir ao profissional a necessidade de formar uma consciência de relação, desenvolvendo na personalidade o respeito incondicional aos direitos fundamentais (ESPOSITO, 1979 apud MORANO, 2003, p. 30; GARCIA, CAETANO, 2008).

Problemas éticos são bastante comuns na prática odontológica e podem envolver diferentes aspectos, sejam estes quanto ao relacionamento com o paciente, à acirrada concorrência entre os colegas de profissão, à organização dos serviços de saúde ou com a sociedade como um todo. Dessa forma, o conceito de ética em Odontologia está presente na forma como os sujeitos produzem suas relações. Hipócrates, pai da Medicina, foi quem lançou a declaração de que a ética “nasceu como princípio universal da conduta humana para a prática em saúde” (GARCIA, CAETANO, 2008; LIMA, SOUZA, 2010; OLIVEIRA et al., 2011).

Com o intuito de zelar e promover o bom conceito da profissão, os membros do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Odontologia, elaboraram, em 1976, o primeiro Código de Ética Odontológica (CEO), estabelecendo os princípios fundamentais que direcionam a conduta do cirurgião-dentista no exercício da profissão.

Conforme conceituação do atual Código de Ética Odontológica, em seu artigo 1º:

O Código de Ética Odontológica regula os direitos e deveres do cirurgião-dentista, profissionais técnicos e auxiliares, e pessoas jurídicas que exerçam atividades na área da Odontologia, em âmbito público e/ou privado, com a obrigação de inscrição nos Conselhos de Odontologia, segundo suas atribuições específicas. (Conselho Federal de Medicina, 2012).

Nesta construção – atual Resolução CFO nº 118/2012 – estão dispostas as principais expectativas de condutas construídas pela própria categoria, incluindo-se os direitos e os deveres fundamentais do profissional. Estão presentes também, neste documento, as sanções para as infrações dos dispositivos estabelecidos.

O Código de Ética define em seus primeiros artigos, o que é Odontologia, qual o seu objetivo e a forma de prestação de serviços, o que, pela sua importância para este trabalho, se faz necessário apresentar:

Art. 2º. A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto.

Art. 3º. O objetivo de toda a atenção odontológica é a saúde do ser humano. Caberá aos profissionais da Odontologia, como integrantes da equipe de saúde, dirigir ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência à saúde, preservação da autonomia dos indivíduos, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

Art. 4º. A natureza personalíssima da relação paciente/profissional na atividade odontológica visa demonstrar e reafirmar, através do cumprimento dos pressupostos estabelecidos por este Código de Ética, a peculiaridade que reveste a prestação de tais serviços, diversos, portanto, das demais prestações, bem como de atividade mercantil. (Conselho Federal de Medicina, 2012) (*grifo meu*).

Sales-Peres e colaboradores (2008) verificaram que os cirurgiões-dentistas, principalmente os que atuam somente em consultórios ou clínicas, estão despreparados para enfrentar os dilemas éticos que surgem no dia-a-dia profissional, demonstrando a necessidade de uma maior e melhor divulgação do Código de Ética Odontológica.

Amorim e Souza (2010) destacaram que em Odontologia, a dificuldade em lidar com problemas éticos se deve principalmente em razão da acirrada concorrência no âmbito profissional, excessiva tecnificação do trabalho odontológico e à falta de formação de profissionais humanistas e pautados em princípios éticos.

2.4. Meios de atuação da Odontologia no Brasil

Dentre os meios possíveis para a realização da prática profissional, Pinto (2000), em uma sistematização, define três como os principais: o liberal, o público e o privatizado. O sistema liberal é caracterizado pela inexistência de intermediação entre o dentista e o paciente, que realiza o pagamento pelos serviços diretamente. Nesta modalidade, o profissional possui total autonomia para a escolha do plano de tratamento, os recursos utilizados, o tempo necessário e o preço a ser cobrado. Embora seja preferido entre os profissionais, este modo possui alguns aspectos negativos: a possibilidade de produção de serviços desnecessários; a dificuldade de controles externos sobre a prática do consultório e a dificuldade de acesso às pessoas de menor poder aquisitivo.

Na segunda modalidade, segundo Pinto (2000), o paciente paga

indiretamente pelo serviço (através de impostos), através do Estado. É a principal forma de prestação de serviços integrais, ou seja, educativos, preventivos e curativos. Neste sistema há possibilidade de supervisão, acompanhamento e avaliação, da atividade profissional. Cabe destacar, também, ser o modelo que atende as classes marginalizadas da população.

O ultimo modelo de atuação é caracterizado pela intermediação por um terceiro entre o profissional e o paciente. Neste sistema, está a prestação de serviços por organizações privadas e o atendimento, em consultório próprio, de planos odontológicos, que assalariam os profissionais. O pagamento ao dentista será feito de forma indireta (pela empresa), que receberá do paciente ou de algum plano de assistência odontológica. Em relação aos outros modelos, caracteriza-se pela liberdade de atuação do profissional condicionada ao tipo de serviços e aos preços contratados com o terceiro, neste caso, as organizações privadas ou os planos odontológicos.

Segundo Zanetti, (1999), a Odontologia tomou a Esfera Privada como espaço privilegiado para as suas práticas. Desde os primórdios, a profissão, mesmo exercida por leigos e “práticos” barbeiros, foi exercida com autonomia em relação à Esfera Pública, exceto quanto às restrições legais estabelecidas por esta.

Matos (2006) afirma que o modelo excludente de políticas públicas sempre favoreceu a emergência e o crescimento do setor privado de assistência à saúde no Brasil. Conforme, Medeiros e Roncalli (2004, *apud* MATOS, 2006), com a instituição do regime ditatorial brasileiro em 1964, houve uma grande expansão do setor privado da saúde pelos convênios com o setor público e com o aumento do poder de compra de classe privilegiada da população.

O mercado possui sua própria lógica, diferente da Esfera Pública: a lógica de reduzir todas as ações e medidas à forma de serviços passíveis de compra e venda (ZANETTI, 1999).

Uma vez que a Odontologia esteve enraizada no mercado e, considerando-se que nas sociedades capitalistas o mercado se tornou central nas relações econômicas, políticas e sociais, o valor de troca associado aos serviços fez com que movimentos concorrenciais, de diferenciação agregativa ou negativa, se tornassem aspecto intrínseco à profissão. (ZANETTI, 1999).

Zanetti (1999) destaca que o dentista passa a fazer parte das relações fundamentais capitalistas, sendo proprietário dos meios econômicos ou assalariado, restando poucos profissionais autônomos ou funcionários públicos.

O capital, à medida que avança em todos os setores da economia, penetra na área de serviços convertendo-os em mercadorias e assalariando os profissionais. É o caso do setor de prestação de serviços de saúde, onde a empresa capitalista tende a apropriar-se, progressivamente, do trabalho específico dos profissionais da área que, até então, trabalhavam como autônomos (PAIXÃO, 1979, p. 78).

Conforme Zanetti (1999), os cirurgiões-dentistas passaram a atuar em múltiplos arranjos empresariais, organizando diversas modalidades e espaços de trabalho, conforme segue:

- Clínicas Informais ou Clínicas com Feição de Consultório: consultórios de cirurgiões-dentistas que assalariam ou sub-assalariam outros profissionais sem constituir pessoa jurídica;
- Clínicas Sem Especialidade ou “populares”: oferecem diversos atendimentos feitos por dentistas sem especialidade com estratégia concorrencial de baixo preço;
- Clínicas Gerais de Especialidade: oferecem várias especialidades por reunir vários cirurgiões-dentistas especialistas – a estratégia concorrencial de mercado é a diversificação da oferta;
- Clínicas de Referência em Especialidade: que oferecem uma especialidade reunindo vários dentistas da mesma especialidade – as mais comuns são em Ortodontia, Radiologia e Implantodontia – a estratégia concorrencial de mercado é a concentração da oferta em uma única especialidade, ainda que reunindo vários especialistas;
- Clínicas Institucionais: clínicas odontológicas com pessoa jurídica reconhecida, instaladas em instituição privada ou pública não governamental – associações, sindicatos, instituições comunitárias – normalmente funcionam como Clínica Sem Especialidade ou como Clínica Geral de Especialidade;
- Empresas-clínicas imperfeitas: iniciativas individuais de criação de

empresas fiscais, a chamada “pejotização”, somente para celebração de convênios e credenciamento;

Zanetti (1999) ainda cita a existência das Clínicas Cooperadas, sendo estas empresas “imperfeitas” formadas pela relação econômica horizontal entre os dentistas.

Sob um ponto de vista mais recente, Bleicher (2012) conclui em seus estudos que há um processo de assalariamento dos dentistas. Entretanto, diferente de Zanetti, a autora constata que há permanência da prática autônoma combinada com outras modalidades de atuação e que essa combinação demonstra ser parte de um processo de precarização do trabalho.

O não desaparecimento total da prática autônoma é funcional ao empresariado do setor odontológico. 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. (BLEICHER, 2012).

Bleicher (2012) salienta ainda que a “Odontologia de mercado” não está em crise. Segundo a autora, o crescimento da Odontologia Suplementar apresenta crescimento muito superior à Saúde Suplementar, o que demonstra, por um lado, que não está em esgotamento, porém o que permite um processo de concentração de capital, que reduz os valores pagos aos dentistas credenciados, acentuando o antagonismo capital-trabalho.

Veiga (1998, pág. 20), ao descrever o modelo de prática odontológica no setor das empresas, registra sobre as “clínicas populares”:

Nos moldes capitalistas, tentavam a massificação da assistência odontológica, super explorando a força de trabalho do dentista. Essas clínicas, além do aviltamento das relações profissional-paciente, ofereciam serviços de baixa qualidade e, na sua maioria, iatrogênicos. Quanto aos trabalhadores odontológicos, estes, por estarem inseridos num Sistema onde o objetivo era o lucro e não as condições sanitárias da população, os dentistas e protéticos acabavam por ratificar essa situação, tornando-se, de forma inconsciente, “*cúmplices da prática do uso da doença como fonte de grandes lucros e da manutenção e reprodução de um sistema social iníquo*” (NARVAI, 1981, p.22). (VEIGA, 1998, pág. 20).

Segundo Amorim e Souza (2010) o motivo para a busca por contratação nas clínicas odontológicas, com baixos salários, recursos técnicos precários e “*demandas sufocantes*” é a dificuldade de inserção no mercado de trabalho.

3. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DE TRABALHO

As condições organizacionais de trabalho são exigências impostas ao trabalhador, as quais são consequências diretas do modo de organização de trabalho de uma instituição (LIMA, 2006). Tais condições serão as variáveis de pesquisa deste trabalho, pois, além de estarem relacionadas ao modelo organizacional, são deveras importantes na atuação do profissional, como será visto neste capítulo.

3.1. Condições de Trabalho

Dejours (1992), afirma que as condições de trabalho são formadas por diferentes ambientes: o ambiente físico, que tem como variáveis a temperatura, a pressão, o barulho, etc.; o ambiente químico, que pode ser verificado pelos produtos manipulados, por vapores e gases tóxicos, entre outras variáveis; o ambiente biológico, composto por vírus, bactérias, parasitas e fungos. Além disso, segundo o autor, são condições de trabalho as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992).

Wisner (1987) acrescenta que além do posto de trabalho e do ambiente, as relações organizacionais (entre produção e salário) também são condições de trabalho. A jornada de trabalho, as férias, a vida de trabalho, a aposentadoria, os horários de trabalho, os intervalos, a alimentação, o serviço médico e outros serviços sociais também são determinantes (WISNER, 1987).

Lima (2006), ao analisar as condições de trabalho de um grupo de cirurgiões-dentistas da cidade de Fortaleza, Ceará – comparando as condições de trabalho em consultórios particulares e em consultórios de empresas de planos de saúde bucal – utiliza-se das seguintes variáveis para avaliação das condições organizacionais de trabalho: o vínculo profissional, a remuneração, a jornada de trabalho, o número de pacientes atendidos por turno de trabalho, a presença de pausas intrajornada e a presença de auxiliares de consultório dentário. Segundo a autora:

As exigências organizacionais estão relacionadas ao modo de funcionamento ou de organização do trabalho que é imposto ao trabalhador. Essas exigências podem ocasionar transtornos físicos e principalmente transtornos psicológicos ao cirurgião-dentista, entre eles o estresse decorrente da atividade. Lima (2006, pág. 28),

Levando-se em consideração o objetivo principal deste estudo, serão restritas as avaliações das condições de trabalho aos aspectos organizacionais, conforme já mencionado nos objetivos, uma vez que estes decorrem diretamente da forma de organização. Assim, serão consideradas as seguintes variáveis: o vínculo profissional, a remuneração, a jornada de trabalho e a autonomia.

3.2. Aspectos das condições organizacionais de trabalho.

A fim de basear a análise das condições organizacionais de trabalho na pesquisa de campo, serão descritos e caracterizados os aspectos relacionados, conforme objetivo específico estabelecido.

3.2.1. Vínculo de Trabalho

Conforme tradicionalmente admitido pela doutrina brasileira, são admitidos como elementos básicos da relação de emprego – e do correspondente vínculo entre empregador e empregado – dentre outros, a pessoalidade, a contraprestação mediante salário, a continuidade e a subordinação. A falta destes elementos significa a inexistência da relação (DE LA CUEVA, 1954).

A prestação pessoal de serviços consiste no entendimento que o empregado pode prestar serviço de qualquer natureza, pois não há distinção, nesse sentido, em especial quanto à diferença entre trabalho manual e trabalho intelectual, conforme artigo 3º da Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943), segundo o qual, "não haverá distinção relativa à espécie de emprego e à condição de trabalhador, nem entre o trabalho intelectual, técnico e manual".

A contraprestação mediante salário é aspecto inseparável do trabalho realizado. Esta relação entre o fator trabalho e o fator salário é tão forte que se pode afirmar não existir um sem o outro (CATHARINO, 1994). Segundo o autor, a onerosidade é uma característica inseparável decorrente do sentido da liberdade de trabalhar (CATHARINO, 1994).

A continuidade do contrato de trabalho é um aspecto que mais facilmente pode ser caracterizado através da diferenciação entre contratos com este princípio, de trato sucessivo, dos contratos de execução imediata ou contratos instantâneos.

(GOMES e GOTTSCHALK, 1990). Estes contratos se exaurem assim que cumprida a obrigação, não importando se o cumprimento ocorra imediatamente após a formação do vínculo (GOMES e GOTTSCHALK, 1990). Segundo os autores, os contratos contínuos trazem consigo a noção de permanência, pois aqueles são prolongados no tempo, conforme vontade das partes.

A subordinação representa o estado de dependência criado pelo direito do empregador comandar, dar ordens, donde nasce e do respectivo dever do empregado obedecer a essas ordens, considerados os limites legais e ético-morais (MARANHÃO, 1974). Dentre critérios para qualificar a subordinação, pode-se elencar os seguintes (GOMES e GOTTSCHALK, 1990): a dependência econômica; a subordinação jurídica; dependência técnica; a dependência moral ou social.

A existência de tais aspectos, ligando o empregador ao empregado, está estabelecida uma relação de emprego, a qual é regulamentada, no direito brasileiro, pelo Decreto-lei nº 5.452/1943 – a Consolidação das Leis do Trabalho. Este dispositivo “estatuí as normas que regulam as relações individuais e coletivas de trabalho, nela previstas” (BRASIL, 1943, art.1º). Dentre as exigências presentes nesta lei, estão: a utilização da Carteira de Trabalho e Previdência Social para o exercício de qualquer emprego; a duração normal da jornada de trabalho de até oito horas diárias; a concessão de férias; o pagamento de horas extraordinárias; o pagamento do décimo terceiro salário, entre outras.

No que se refere ao vínculo empregatício, o próprio Código de Ética Odontológico prevê orientações para as relações de trabalho na profissão:

Art. 5º, inciso III: Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas: contratar serviços de outros profissionais da Odontologia, por escrito, de acordo com os preceitos deste Código e demais legislações em vigor. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

Art. 13, inciso VII. Constitui infração ética: explorar colega nas relações de emprego ou quando compartilhar honorários; descumprir ou desrespeitar a legislação pertinente no tocante às relações de trabalho entre os componentes da equipe de saúde; (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012):

3.2.2. Remuneração

A remuneração do profissional dentista é parte integrante da relação de

trabalho, conforme já visto. Possui um piso definido na lei nº 3999/1961 (BRASIL, 1961), que dispõe sobre a categoria médica, porém estende à categoria odontológica, para os efeitos da lei, através de seu artigo 22:

As disposições desta lei são extensivas aos cirurgiões-dentistas, inclusive aos que trabalham em organizações sindicais. (BRASIL, 1961).

Conforme artigo 5º, o salário-mínimo para vinte horas semanais é igual a “três vezes o salário-mínimo comum em regiões ou sub-regiões em que exercem a profissão”.

Embora o Código de Ética não determine a forma que se deve realizar a remuneração dos profissionais dentistas, são consideradas infrações as relações exploratórias, conforme os artigos 13º (acima citado) e 21, tanto o dentista na condição de contratante quanto de contratado:

Art. 21. O cirurgião-dentista deve evitar o aviltamento ou submeter-se a tal situação, inclusive por parte de convênios e credenciamentos, de valores dos serviços profissionais fixados de forma irrisória ou inferior aos valores referenciais para procedimentos odontológicos. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

Para a determinação dos honorários, há um capítulo especial no Código, o qual define no artigo 20 as seguintes restrições:

Incisos I a X - oferecer serviços gratuitos a quem possa remunerá-los adequadamente; oferecer seus serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza; receber ou dar gratificação por encaminhamento de paciente; instituir cobrança através de procedimento mercantilista; abusar da confiança do paciente submetendo-o a tratamento de custo inesperado; receber ou cobrar remuneração adicional de paciente atendido em instituição pública, ou sob convênio ou contrato; agenciar, aliciar ou desviar, por qualquer meio, paciente de instituição pública ou privada para clínica particular; permitir o oferecimento, ainda que de forma indireta, de seus serviços, através de outros meios como forma de brinde, premiação ou descontos; divulgar ou oferecer consultas e diagnósticos gratuitos ou sem compromisso; a participação de cirurgião-dentista e entidades prestadoras de serviços odontológicos em cartão de descontos, caderno de descontos, “gift card” ou “vale presente” e demais atividades mercantilistas. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

3.2.3. Jornada de Trabalho

A jornada de trabalho é fator de extrema importância na condição de trabalho do dentista, tendo em vista a natureza prática da profissão. A lei nº 3999/1961 (BRASIL, 1961) estabelece, em seu artigo 8º, que a duração normal do trabalho deste profissional é de no máximo quatro horas diárias, com repouso de dez minutos

para cada 90 minutos de trabalho. Assim, dentro de uma jornada diária normal, seriam necessários dois intervalos para repouso.

3.2.4. Autonomia

A autonomia do cirurgião-dentista é parte constituinte de seus direitos fundamentais, estando presente em três dispositivos do Código de Ética Odontológica.

Art. 5º. Constituem direitos fundamentais dos profissionais inscritos, segundo suas atribuições específicas: I - diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da Ciência e sua dignidade profissional; VI - recusar qualquer disposição estatutária, regimental, de instituição pública ou privada, que limite a escolha dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, bem como recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal; e, VII - decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente ou periciado, evitando que o acúmulo de encargos, consultas, perícias ou outras avaliações venham prejudicar o exercício pleno da Odontologia. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

Ainda no artigo 32, está definida como infração ética a elaboração de planos de tratamento para a execução de terceiros, inclusive na forma de perícia prévia. Tal dispositivo resguarda a atividade odontológica da divisão de trabalho entre profissionais, defendendo a natureza personalíssima entre profissional e paciente, conforme disposto no artigo 4º:

A natureza personalíssima da relação paciente/profissional na atividade odontológica visa demonstrar e reafirmar, através do cumprimento dos pressupostos estabelecidos por este Código de Ética, a peculiaridade que reveste a prestação de tais serviços, diversos, portanto, das demais prestações, bem como de atividade mercantil. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

Outro aspecto importante relacionado à autonomia profissional se revela no direito do profissional de arbitrar o valor da consulta e dos procedimentos odontológicos, respeitando às disposições do referido Código. Tal aspecto é resguardado pelo parágrafo único, do artigo 19 do Código de Ética Odontológica (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

4. MODELO EMPRESARIAL

4.1. Consolidação do modo de produção Capitalista.

A Revolução Industrial – período histórico entre 1840 e 1873, que consolidou na Inglaterra a indústria e o capitalismo de livre concorrência – impulsionou o desenvolvimento econômico e gerou grande impacto social (HUNT & SHERMANN, 1972 *apud* MOTTA, 2006), sendo a base de um novo modelo de organização: a empresa.

Desenvolvendo as máquinas e preconizando a divisão do trabalho, ampliando a rede de transportes e estreitando as comunicações, empregando um massivo exército industrial de mão-de-obra e reduzindo os custos de produção, a Revolução Industrial lançou base de um novo tempo, transformando profundamente não só o mundo das organizações mas toda a sociedade. (FERREIRA et al, 2002, PÁG. 13).

O processo de consolidação do capitalismo iniciou com a acumulação primitiva de capital, que possibilitou emergência da economia capitalista industrial (MOTTA, 2006). Com o declínio do sistema feudal e o crescimento das cidades, permitiu que artesões especializados em um ofício vivessem a custa de sua arte, formando as primeiras manufaturas e as primeiras corporações de ofício (MOTTA, 2006). Esses profissionais eram donos da matéria-prima, dos equipamentos utilizados e cuidavam de todo o processo de produção, vendendo o produto acabado (MOTTA, 2006). A credibilidade dos artesões sustentava o sistema de trocas e o preço (justo preço) era a prática vigente, uma vez que o lucro era considerado usura.

Com a ampliação do comércio, das exportações e realização de feiras regionais, criou-se uma economia de mercado, na qual o “justo preço” foi substituído pelo preço de mercado, fruto da concorrência (MOTTA, 2006).

Do séc. XVI ao séc. XVIII, os artesões independentes deram lugar aos assalariados, oriundos do êxodo rural – devido ao cercamento dos campos para criação de gado – e que formaram a primeira mão de obra do sistema fabril. Neste sistema, os artesões e profissionais trabalhavam fora de casa, não possuíam materiais nem equipamentos, recebiam salário e tinham seu trabalho sob rigorosa supervisão (MOTTA, 2006). Aos artesões não pertenciam mais os meios de produção e nem o próprio resultado desta (FERREIRA et al, 2002).

Percebe-se que a base do capitalismo, verificando-se aqui seus primórdios, se estabelece através da relação entre capital e trabalho, representada pela assalarição dos profissionais e pela posse do capital por terceiros. O mercado se torna central nas relações da sociedade, o que faz as organizações deste sistema priorizarem a eficiência com vistas ao lucro possível desta ação.

A burocracia surge neste contexto como solução organizacional, tendo por objetivo organizar a atividade humana de modo estável para a consecução dos fins organizacionais (MOTTA, 2006).

A burocracia foi a forma organizacional adotada pelas empresas no seu objetivo de tornarem-se competitivas dentro de uma lógica de mercado. O pensamento administrativo surge como consequência do processo de modernização da sociedade e é a expressão da lógica burocrática, baseada no controle da atividade humana por meio da regra, objetivando o aumento de produtividade e a geração de lucro na sociedade industrial. (MOTTA, 2006, pág.12)

4.2. O que é uma empresa?

A sociedade é uma “sociedade de organizações”. Segundo Etzioni (1976, pág. 7), “passamos toda nossa vida em contato com organizações, desde nosso nascimento até nossa morte, por isso a sociedade moderna depende das organizações”.

Segundo o autor, “organizações são unidades sociais (ou agrupamentos humanos) intencionalmente construídas e reconstruídas, a fim de atingir objetivos específicos” (ETZIONI, 1976, pág. 9). Barnard (1938, *apud* Hall, 1984) define organização como “um sistema de atividades ou forças de duas ou mais pessoas conscientemente coordenadas”.

É possível tipificar as organizações existentes com base em diversas características, porém, segundo Hall (1984) as classificações organizacionais precisam representar a complexidade existente na organização, levando em conta as condições externas, o espectro total de ações e interações dentro da organização, bem como os impactos das ações organizacionais. Hall (1984) ainda afirma que os esquemas de classificação permitem que as pessoas vejam o mundo, pois estas seriam cercadas por um “caos de estímulos”, e esses esquemas auxiliam indicando uma diferença significativa entre os tipos identificados.

A definição de modelo empresarial utilizada neste estudo deriva do modelo de organização burocrática de Max Weber, sendo proposta por Andreu Solé em seu estudo (SOLE, 2004 *apud* DURIEUX, 2005). O autor apresenta em sua obra as peculiaridades que uma empresa possui perante outras organizações através de cinco postulados, abaixo relacionados:

Empresa é um conjunto (singular) de relações entre humanos; empresa é um fenômeno social total, ou seja, é uma organização econômica, social, política, psicossocial, jurídica, etc., o que supõe um enfoque transdisciplinar; empresa é uma organização histórica, ou seja, não é natural ao ser humano, surgiu no tempo em determinado momento e pode vir a desaparecer; empresa é uma organização característica e fundamental do mundo que se considera moderno e desenvolvido; empresa é um evento contingente da história humana. (SOLE, 2004 *apud* DURIEUX, 2005)

Ainda segundo o autor (SOLE, 2004 *apud* DURIEUX, 2005), a empresa é constituída a partir de um conjunto de vinte e dois traços derivados do tipo ideal de burocracia de Max Weber, sendo cada traço condição necessária, mas não suficiente para considerar a empresa. Abaixo serão relacionados alguns destes traços (SOLE, 2004 *apud* DURIEUX, 2005, págs. 36 e 37), que serão verificados na Clínica Popular de Odontologia:

1. A empresa é uma propriedade privada - possui um dono, que pode ser uma pessoa, um grupo ou outra empresa. A propriedade privada é uma relação entre humanos: entre aqueles que possuem e aqueles que não possuem;
2. A empresa é uma organização salarial – a empresa emprega assalariados. O assalariado dispõe sua capacidade de trabalho e sua força de trabalho (Marx) como uma mercadoria que é vendida para a empresa. A empresa implica humanos que se vendem a outros humanos;
3. A empresa é uma relação dirigente/dirigido, servidão voluntária - o assalariado é um humano livre e escravizado. Em troca de um salário, aceita trabalhar para outros humanos, assim, em uma empresa há dirigentes e dirigidos;
4. A empresa possui divisão do trabalho – em uma empresa, independente do tamanho, o trabalho está dividido em funções, tarefas, operações e processo. As pessoas estão especializadas e são relacionadas de acordo com sua função, formação, qualificação e experiência.

4.3. Estratégias Competitivas

Segundo Porter (1986), podem-se encontrar três estratégias genéricas internamente consistentes para criar uma posição defensável em uma indústria a longo prazo e superar os concorrentes. Essas estratégias são potencialmente bem-sucedidas para superar outras empresas.

A primeira estratégia genérica é liderança no custo total, no qual o custo baixo em relação aos concorrentes se torna a principal ênfase da estratégia, todavia a qualidade e a assistência a outras áreas não podem ser esquecidas (PORTER, 1986).

A segunda estratégia é a estratégia de diferenciação, a qual consiste na busca pela diferenciação do bem ou do serviço produzido pela empresa em relação ao resto do setor/indústria (PORTER, 1986). A diferenciação pode ser feita pela marca, pela tecnologia ou por outros aspectos.

A última estratégia genérica consiste em focar em um segmento da indústria ou setor, em algum tipo de produto ou mercado geográfico, podendo para isso buscar baixos custos ou se diferenciar entre as demais empresas (PORTER, 1986).

4.4. Estratégia em Clínicas Populares de Odontologia

A estratégia preponderante das Clínicas Populares de Odontologia está em atender uma determinada parcela da população – de classes mais baixas. Para isso, são informados e utilizados preços e condições mais favoráveis. Esta tática é apoiada na redução dos custos, pois sem este controle os serviços não trariam retorno aos empresários. Mesmo o foco sendo em custos, a qualidade (pelo menos a qualidade percebida pelo paciente) não deve ser ignorada por este tipo de estabelecimento, o que reduziria o volume de atendimentos.

Esta afirmação está baseada na pesquisa sobre comportamento de compra de consumidores de saúde realizada por Tomaz (2004 *apud* SILVA, 2010, págs. 246 e 252). Os resultados demonstraram que os cinco fatores mais considerados pelas classes C e D na contratação dos serviços são os seguintes: aspectos gerais do consultório (74,36%); preço acessível (70,51%); equipamento/tecnologia (66,67%); tempo experiência do dentista (60,26%) e indicação de amigo ou parente (50,00%). Na mesma pesquisa, os cinco fatores mais considerados pelas mesmas classes para a mudança de profissionais são os seguintes: desrespeito horário marcado (83,33%); notar falta de higiene (73,08%); aumento de preços (71,79%); não explicar tratamento (69,23%) e descortesia (falta de atenção) (60,26%).

Percebe-se que, além de preços baixos, as condições do local (aspectos

gerais de consultório e higiene) são fatores extremamente importantes na percepção do público deste tipo de empresa.

Para a implementação das estratégias genéricas são necessários requisitos organizacionais (PORTER, 1986, pág. 50), geralmente, os citados abaixo:

Construção agressiva de instalações em escala eficiente; perseguição vigorosa de reduções de custo pela experiência; minimização do custo com áreas como P&D, assistência, força de vendas, publicidade, etc.; geralmente, alta parcela de mercado; projeto de produtos para simplificar a produção e a manutenção de uma vasta linha de produtos relacionados para diluir os custos.

Para Tiffany e Peterson (1998), a estratégia atua descrevendo a forma para a consecução das metas e dos objetivos da empresa; considerando os valores da empresa (pessoais e sociais); orientando a forma de utilização dos recursos humanos e financeiros; criando vantagem de mercado sustentável frente à concorrência.

Segundo Johnson & Scholes (1997) para a estratégia de baixos preços é necessária a ênfase na produção e em processos eficientes em custos, além da capacidade para investimento nestas áreas. Os autores destacam também que:

Estratégias genéricas muitas vezes exigem diferentes formas de desenho organizacional. A organização para seguir uma estratégia de baixo preço deve encontrar maneiras de assegurar o funcionamento eficiente dos custos, com ênfase em seu controle de forma precisa. O mais provável é que a estratégia de preço baixo requeira sistemas de controle mais mecanicistas, com uma clara divisão de responsabilidades no postos de trabalho, e informes detalhados e frequentes sobre a eficiência organizacional e de custos, com uma definição clara de responsabilidades para o orçamento e investimentos (JOHNSON & SCHOLES, 1997, pág. 352).

Porter (1986) também enumera requisitos organizacionais comuns para cada estratégia genérica. Segundo o autor, “as estratégias genéricas também implicam arranjos organizacionais diferentes, procedimentos de controle e sistemas criativos” (PORTER, 1986, pág. 54). Abaixo são relacionados os requisitos comuns para a estratégia de liderança em custo: controle de custo rígido; relatórios de controle frequentes e detalhados; organização e responsabilidades estruturadas; incentivos baseados em metas estritamente quantitativas. (PORTER, 1986, pág. 54).

Cabe destacar que os sistemas de recompensa possuem extrema importância para a estratégia da organização. Para Johnson & Scholes:

O controle da implantação estratégica não é feito apenas através de sistemas de informação e de medição. O formato dos sistemas de recompensa também é um elemento chave na criação de um clima de mudança estratégica. Além disso, a natureza de tais remunerações deve ser considerada em termos de objetivos a serem alcançados (JOHNSON & SCHOLLES, 1997, pág. 348).

A consolidação deste modelo de clínica, conforme já demonstrado, corrobora na aceitação de que o tipo de estratégia é sustentável para este mercado e, por conseguinte, sustenta que os aspectos pesquisados – vínculo, remuneração, jornada de trabalho e autonomia – são diferenciados no modelo empresarial e estão intencionalmente organizados para a consecução da estratégia de baixo preço, no caso da Clínica Popular de Odontologia.

5. METODOLOGIA DE PESQUISA

5.1. Objeto de estudo

O objeto de estudo deste trabalho é o conjunto de condições organizacionais de trabalho de um grupo de Clínicas Populares de Odontologia de Porto Alegre. A organização atende ao tipo chamado por Zanetti (1999, pág. 18) de “Clínica Sem Especialidade ou Popular”, na qual são oferecidos diversos atendimentos feitos por dentistas sem especialidade com estratégia concorrencial focada no baixo custo.

5.2. Método e justificativa

“O método científico caracteriza o estudo científico. Ou seja, se não houver utilização do método científico, a monografia ou o artigo não será considerado científico” (ACEVEDO E NOHARA, 2007, pág. 45). Assim, este capítulo tem por objetivo definir os métodos utilizados neste estudo.

Para a consecução dos objetivos estabelecidos, foi feita uma pesquisa qualitativa, na qual foi realizado um levantamento bibliográfico e um estudo de caso. O levantamento serviu para a compreensão do autor a respeito da área e do contexto atual, assim como foi fonte para a estruturação do estudo de caso, segunda parte do trabalho.

A decisão pelo estudo de caso é decorrente de suas principais vantagens de investigação definidas por Gil (2000), das quais são citadas as mais importantes para a pesquisa: a possibilidade de estudar o caso em profundidade; a ênfase no contexto em que ocorrem os fenômenos; o estímulo para o desenvolvimento de novas pesquisas; o favorecimento de construção de hipóteses; a possibilidade de investigação do caso pelo “lado de dentro” e o favorecimento para o entendimento do processo.

Através dos métodos escolhidos foi possível explorar as empresas selecionadas, mesmo sem o pesquisador ter acesso direto a estas clínicas. As informações dos autores da revisão bibliográfica serviram como base para a criação dos questionamentos das entrevistas e foram complementos aos resultados obtidos.

5.3. Sujeitos de pesquisa

Foram entrevistados somente os cirurgiões-dentistas que exercem atualmente a profissão nas Clínicas Populares de Odontologia de Porto Alegre selecionadas.

5.4. Universo

O universo da pesquisa é constituído por todos os cirurgiões-dentistas com atuação nas Clínicas Populares de Odontologia estudadas. Foram avaliadas cinco clínicas diferentes, nas quais, ao todo, trabalham regularmente cerca de 32 cirurgiões-dentistas.

5.5. Realização da Pesquisa

Para a realização do estudo, não se pôde obter informações por observação direta nem documentação das clínicas. Assim, a fim de explorar as organizações em questão, utilizou-se dos dados secundários oriundos do levantamento bibliográfico e, também, da perspectiva dos profissionais que nelas trabalham. Neste caso, os dentistas trabalhadores em Clínicas Populares de Odontologia prestaram informações a respeito das características empresariais buscadas por este autor na organização, assim como prestaram informações a respeito das condições de seu trabalho. Através do conhecimento destes profissionais, principalmente, pode-se explorar as variáveis necessárias à pesquisa.

A determinação das clínicas para a pesquisa foi de acordo com a disponibilidade dos profissionais em realizar as entrevistas.

5.6. Instrumento de Coleta de Dados

As informações foram coletadas através de oito entrevistas semi-estruturadas, aplicadas pessoalmente pelo autor. Ficaram em sigilo os nomes das clínicas, bem como as identificações dos próprios profissionais. O entrevistador tomou nota da discussão para registro de todas as informações prestadas, a fim de elaborar a etapa da discussão. Salienta-se, ainda, que todos os entrevistados foram informados

do direito de não responder a perguntas realizadas, por qualquer motivo de seu julgamento.

Na primeira seção, foram solicitadas informações dos entrevistados, tanto pessoais como profissionais. Estes dados serviram para determinação do perfil da amostra que foi selecionada.

Na segunda seção foram realizadas perguntas a respeito das características da empresa. Para tal, foram feitos questionamentos relacionados aos traços empresariais da organização, usando-se como base a proposição de Solé (2004 *apud* DURIEUX, 2005), destacada na revisão de literatura. Foram realizadas também perguntas relacionadas à estratégia da empresa.

Na última etapa, foram realizadas perguntas a respeito das condições organizacionais de trabalho, baseadas nos aspectos determinados nos objetivos específicos.

5.7. Análise dos Dados Coletados

Para atingir os objetivos definidos deste estudo, foram avaliadas as percepções dos dentistas, coletadas nas entrevistas, foram expostas as informações de forma a tornar claro o resultado e, por fim, foram comparadas as informações com o referencial teórico.

6. RESULTADOS OBTIDOS

Após a coleta e o tratamento dos dados, são demonstrados os resultados obtidos através da realização das entrevistas. Assim, nos próximos tópicos: serão brevemente descritas as clínicas, através de aspectos mais relevantes; será identificado o perfil dos profissionais entrevistados; será descrito o modelo de gestão e funcionamento das organizações existentes e serão demonstradas as condições organizacionais de trabalho existentes.

6.1. Características das clínicas estudadas

A Clínica “A” é um estabelecimento de pequenas dimensões, com duas cadeiras odontológicas, onde trabalham três dentistas, remunerados através de comissão por procedimento realizado. Está localizada no bairro Centro de Porto Alegre, e informa promoções de preços em suas comunicações. A qualidade dos materiais é vista como muito baixa.

Na Clínica “B”, trabalham cerca¹ de treze profissionais, remunerados por hora trabalhada. A clínica está situada no Centro de Porto Alegre e possui, também, unidades nos centros de Novo Hamburgo, Alvorada e Cachoeirinha. Nesta clínica, além de oferta de kits promocionais, estão disponíveis planos odontológicos próprios para a contratação. Possui quatro consultórios e a jornada de trabalho diária fica em média entre cinco e oito horas, com casos exceções.

A Clínica “C”, assim como a Clínica “A”, só tem uma unidade. Nesta unidade, localizada no Centro de Porto Alegre, trabalham cerca de dez profissionais, remunerados por hora de trabalho. São três consultórios, porém não há fachada no estabelecimento, sendo a comunicação somente por panfletos. A jornada média está entre cinco e oito horas diárias e a qualidade dos materiais é vista como muito baixa.

Na Clínica “D”, trabalham três dentistas, com remuneração através de comissão por procedimento. É uma clínica com espaço pequeno e com dois consultórios. Além do estabelecimento no bairro Partenon, possui mais duas unidades em Porto Alegre, e unidades em Alvorada, Viamão, Novo Hamburgo e Rio

¹ Nas clínicas B, C e E, não há um número fixo de profissionais, havendo dentistas que não trabalham diariamente nas clínicas, cobrindo somente folgas de alguns profissionais.

Grande. Como proposta comercial, a clínica vende seu modelo como franquias.

Por sua vez, a Clínica “E” possui unidades em Porto Alegre, Cachoeirinha, Canoas e São Leopoldo e, além de oferecer o seu modelo para franquias, oferece aos pacientes planos odontológicos próprios. Trabalha com cerca de cinco profissionais em um espaço pequeno. Destaca-se nesta empresa, o pagamento por hora de trabalho e a jornada média de trabalho entre nove e dez horas diárias.

6.2. O perfil dos profissionais dentistas entrevistados.

Foram entrevistados oito profissionais entre 28 de novembro e 1º de dezembro (25% do universo de pesquisa), com idades entre 23 e 35 anos.

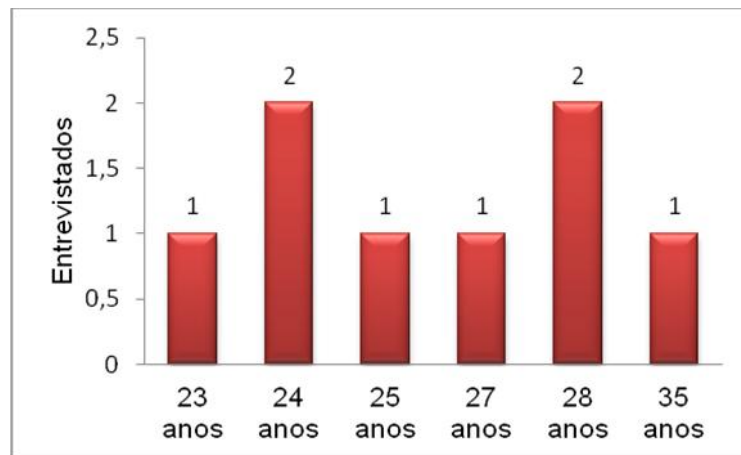


Gráfico 1 – Idade dos entrevistados

Dos entrevistados, 75% eram do sexo feminino e 62,5% concluíram o curso até 24 meses atrás, conforme distribuição abaixo:

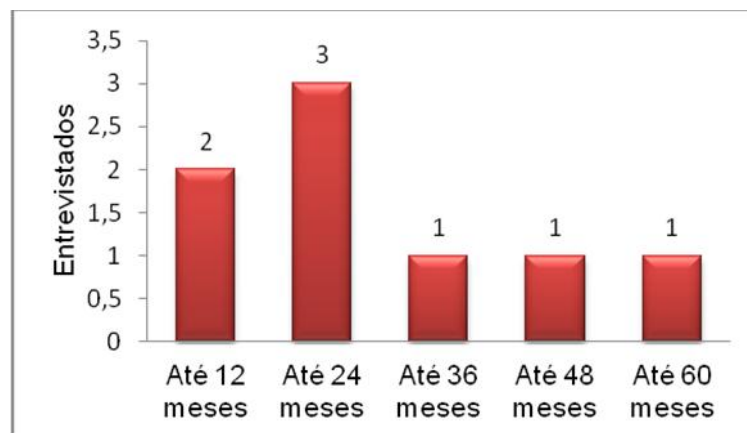


Gráfico 2 – Tempo de formação

Cabe destacar que o tempo de trabalho na clínica é bastante diversificado, conforme descrito abaixo, todavia pode-se perceber que metade dos profissionais possui um ano ou mais de trabalho na clínica.

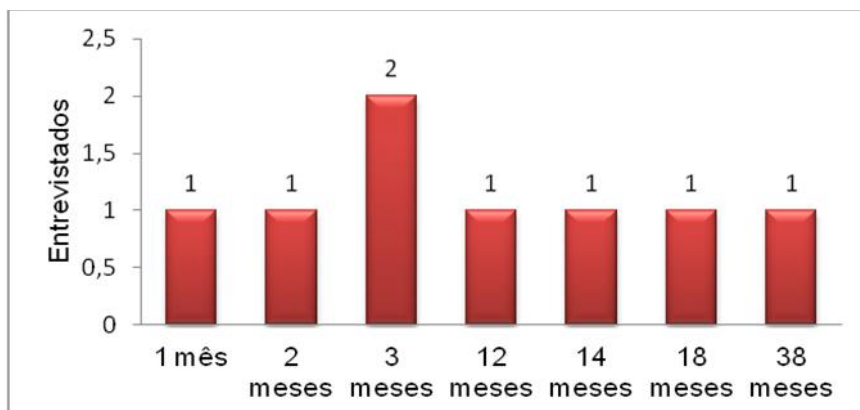


Gráfico 3 - Tempo de Clínica

Complementando o perfil da amostra, cabe identificar características dos cirurgiões-dentistas entrevistados, no que se refere à experiência, à capacitação e à motivação pessoal.

Primeiramente cabe destacar a baixa idade dos profissionais entrevistados. Considerando que a amostra equivale a 25% da população de pesquisa, percebe-se que 87,5% da amostra é composta por profissionais com menos de 30 anos de idade. Em composição com esta informação, outra importante variável é o tempo de formação dos profissionais quando entraram nas clínicas. Conforme Gráfico 4, 75% dos dentistas entrevistados tinham até um ano de formatura, quando foram contratados.

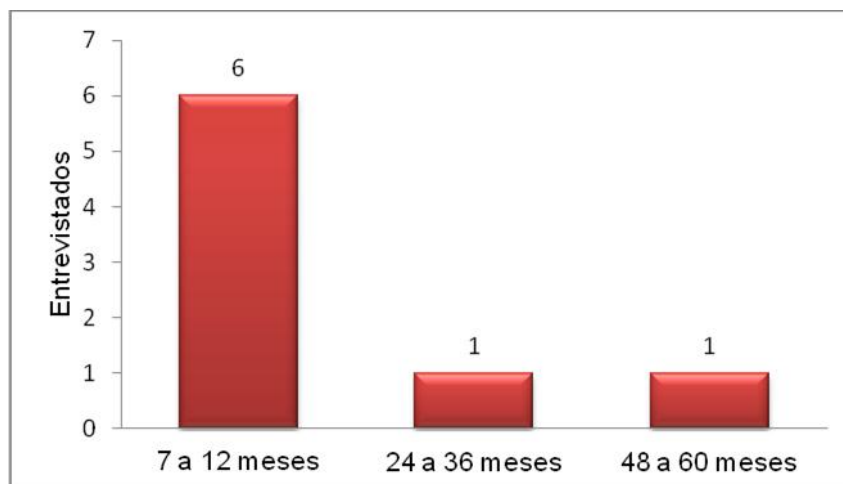


Gráfico 4 - Tempo de formação ao entrar na clínica

Outro aspecto relevante está relacionado à capacitação dos profissionais. Como característica importante, foi definida existência de profissionais especialistas (pós-graduados). Dos entrevistados, somente dois profissionais possuem curso de pós-graduação, dentre estes dois, somente um deles trabalha como especialista.

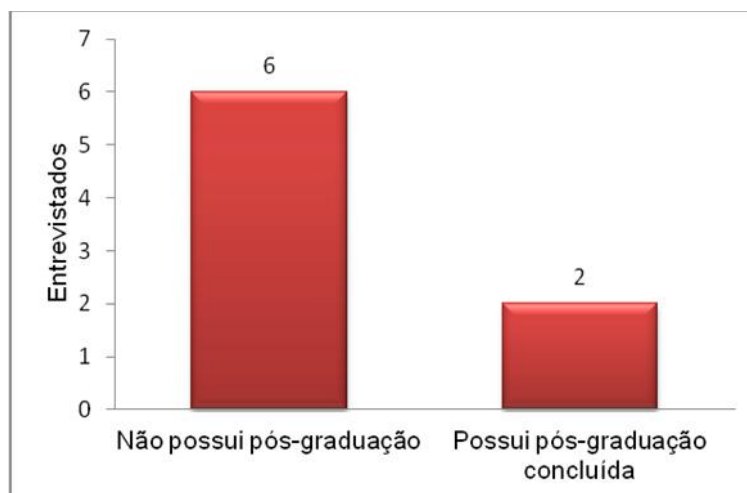


Gráfico 5 – Nível de Titulação Superior

As motivações dos entrevistados são importantes para o entendimento da relação trabalhista entre o profissional e a empresa. Neste sentido, foram feitas três perguntas. A primeira foi sobre o motivo pelo qual o entrevistado decidiu atuar na clínica em questão. Os motivos mais frequentes nos discursos foram abaixo representados.



Gráfico 6 - Motivos para trabalhar na clínica.

O discurso de um dos entrevistados demonstra com clareza a situação mais percebida. Este entrevistado entrou na clínica com cinco meses de formação, e já está na clínica à cerca de um ano e meio.

Procurei esse tipo de clínica para adquirir experiência como CD e colocar em prática meus conhecimentos odontológicos, somente. Em nenhum momento tive por objetivo ganhos financeiros ou crescimento profissional dentro da empresa, já que o salário é baixo, não somos valorizados e sim explorados. Mas vejo essas clínicas como uma oportunidade para começar na área para após abrir meu próprio consultório, sendo assim se torna conivente para ambos os lados, emprego e empregador já que também tiro certo proveito dessa oportunidade. (Entrevistado A).

Perguntados sobre satisfação, nenhum dos entrevistados se considera satisfeito financeiramente com a clínica e somente um está satisfeito profissionalmente.

A segunda questão está relacionada à motivação, na qual se perguntou ao profissional de que forma ele pretende atuar na profissão daqui há cinco anos, podendo ser citada mais de uma forma por entrevistado. As respostas ocorrentes estão relacionadas abaixo.



Gráfico 7 - Pretensões profissionais futuras.

Complementando a questão anterior, foi perguntada qual a forma que o entrevistado acredita proporcionar maior satisfação profissional, podendo escolher somente uma. As respostas dadas estão expostas abaixo no gráfico 8. A explicação para a escolha pelo magistério é relacionada a um sonho de vida do entrevistado. Como explicações para a escolha pelo setor público foram destacadas pelos dois entrevistados a segurança, a estabilidade e os benefícios fornecidos (13º, férias, fundo de garantia, etc.).

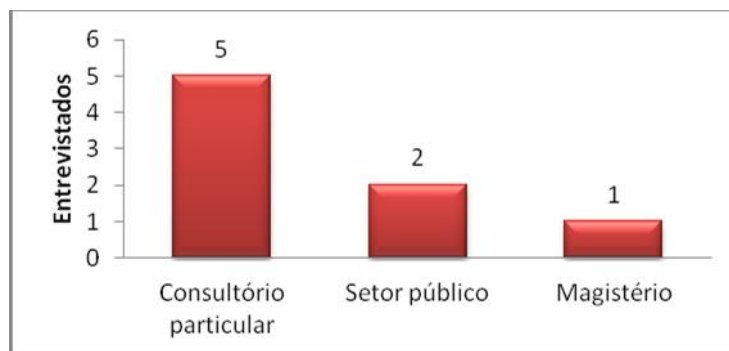


Gráfico 8 - Atuação mais satisfatória.

Por sua vez, a escolha pelo consultório particular foi relacionada à autonomia de trabalho (quanto ao tempo, aos materiais e à decisão por procedimentos), aos ganhos financeiros, ao tipo de público atendido.

6.3. Características empresariais e estratégicas.

Na segunda etapa da entrevista foram realizados questionamentos a fim de confirmar a existência dos traços empresariais da clínica. Das cinco clínicas pesquisadas, três são de propriedades de não-dentistas, uma é sociedade entre dentistas e uma é sociedade entre dentistas e não-dentistas.

Clínica	Qual o tipo de propriedade da clínica?
A	Sociedade entre não-dentistas
B	Sociedade entre dentistas
C	Sociedade entre não-dentistas
D	Sociedade entre dentistas e não dentistas
E	Sociedade entre não-dentistas

Tabela 1: Tipos de propriedade das cinco clínicas

Em todas as clínicas os dentistas são assalariados e são dirigidos através do controle de sua produção, o qual é feito por outras pessoas não-dentistas. As formas encontradas estão demonstradas abaixo.

Clínica	De que forma seu trabalho é controlado?
A	Satisfação do paciente pós-atendimento, Qualidade dos procedimentos realizados
B	Satisfação do paciente pós-atendimento, Número de pacientes atendidos, Qualidade dos procedimentos realizados, Tempo de atendimento de pacientes
C	Tempo de atendimento de pacientes
D	Número de pacientes atendidos, Valor das consultas
E	Número de pacientes atendidos, Tempo de atendimento de pacientes

Tabela 2: Tipos de controle

Cabe destacar que, dentre as clínicas pesquisadas, somente na clínica “A” o paciente é atendido por um único profissional, do início ao fim do atendimento, enquanto nas demais o paciente é avaliado (diagnosticado) por um dentista e recebe o atendimento por outro profissional. Todos afirmaram ter autonomia de decisão.

No que se refere à existência de um público-alvo da empresa, ao serem questionados pelas suas percepções, em todas as clínicas a percepção foi de que o foco é para pacientes de classes baixas.

As formas de comunicação utilizadas pelas clínicas estão descritas abaixo.

Clínica	De quais meios de comunicação a clínica se utiliza?
A	Fachada do estabelecimento, Panfletos
B	Fachada do estabelecimento, Cartazes, Panfletos, Site, Outdoors
C	Panfletos
D	Fachada do estabelecimento, Panfletos, Outdoors
E	Fachada do estabelecimento, Cartazes, Panfletos

Tabela 3: Meios de comunicação

Perguntados pela variável determinante na decisão do paciente pela empresa, foram dadas as seguintes respostas:

Clínica	Considerando sua experiência na instituição, qual a variável determinante na escolha do paciente pela clínica?
A	Menor preço
B	Menor preço; serviço diferenciado; beleza da clínica
C	Menor preço
D	Menor preço
E	Menor preço

Tabela 4: Variável determinante para a escolha pela clínica

Abaixo estão relacionadas as médias de pacientes atendidos por dentista.

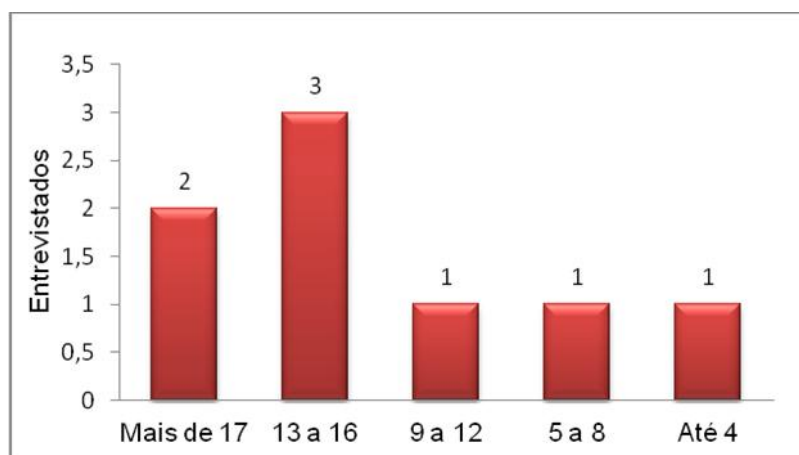


Gráfico 9: Média de pacientes atendidos

Cabe destacar que somente em uma clínica há cobrança pela avaliação (diagnóstico) do paciente, sendo nas demais um serviço gratuito.

Para a verificação da capacidade produtiva das clínicas, foram realizadas questões, com a seguinte escala: muito abaixo do necessário; abaixo do necessário; Suficiente; acima do necessário e muito acima do necessário. Assim, pôde-se estimar, através da percepção dos profissionais, de que forma as estruturas estão organizadas. A tabela 5 demonstra os resultados.

Clínica	Como você considera a capacidade de atendimento da clínica? [Quantidade de consultórios]	Como você considera a qualidade dos materiais utilizados na clínica? [Qualidade]	Como você considera a capacidade de atendimento da clínica? [Quantidade de materiais]	Como você considera a capacidade de atendimento da clínica? [Quantidade de equipamentos/instrumentos]	Como você considera a capacidade de atendimento da clínica? [Espaço da sala de espera]	Como você considera a capacidade de atendimento da clínica? [Almoxarifado/estoque]	Como você considera a capacidade de atendimento da clínica? [Área não produtiva (não ligada ao atendimento do paciente)]
A	Suficiente	Muito baixa	Abaixo do necessário	Muito abaixo do necessário	Suficiente	Abaixo do necessário	Abaixo do necessário
B	Suficiente	Boa	Abaixo do necessário, Suficiente	Abaixo do necessário, Suficiente	Suficiente, Acima do necessário	Abaixo do necessário	Muito abaixo do necessário, Abaixo do necessário, Suficiente
C	Suficiente	Muito baixa	Suficiente	Abaixo do necessário	Abaixo do necessário	Abaixo do necessário	Abaixo do necessário
D	Muito abaixo do necessário	Baixa	Suficiente	Abaixo do necessário	Suficiente	Abaixo do necessário	Suficiente
E	Abaixo do necessário	Boa, Suficiente	Abaixo do necessário, Suficiente	Abaixo do necessário, Suficiente	Suficiente	Abaixo do necessário	Abaixo do necessário

Tabela 5: Capacidade percebida da clínica

6.4. Condições organizacionais de trabalho

Na terceira etapa, foram realizadas indagações que contemplaram as condições organizacionais de trabalho. Dentre os questionamentos, as quatro questões a seguir tiveram respostas unânimes dos entrevistados: o vínculo entre profissionais e clínicas é através de contrato verbal, ou seja, não há contrato escrito; a remuneração bruta mensal dos entrevistados é de até três salários mínimos; nenhum dos entrevistados recebe algum benefício não-pecuniário; todos decidem os meios de diagnóstico e tratamento.

Dentre as formas de remuneração possíveis, como pagamento fixo mensal, pagamento fixo semanal, pagamento por hora trabalhada, percentual por procedimento, entre outras, foram encontrados somente duas formas nas cinco clínicas. No primeiro modelo, os profissionais recebem um valor fixo por cada hora trabalhada na clínica, independentemente do número de pacientes atendidos. Nos

casos estudados, ao trabalhar mais horas do que o habitual, não há incremento do valor pago por hora trabalhada. Resumidamente, o valor afixado não se altera, nem se o trabalho for desempenhado em feriados ou finais de semana. São três clínicas que remuneram assim. O segundo modelo de remuneração encontrado é uma forma de comissão. O profissional recebe somente parcela variável, com base no valor do procedimento realizado no paciente. O percentual é sempre menor que 50% do valor cobrado ao paciente, variando entre as clínicas. São duas clínicas que assalariam assim. Cabe destacar, que em ambos os modelos não há uma forma de pagamento única e o prazo para recebimento pode variar de uma semana, para atendimentos particulares, até três meses, quando o atendimento for feito em pacientes com planos odontológicos.



Gráfico 10: Forma de remuneração

Quanto à jornada de trabalho, pode-se verificar que nenhum dos entrevistados cumpre carga horária menor que 5 horas diárias, em desacordo com Lei nº 3999/1961. De outro vista, verificou-se que grande parcela dos entrevistados cumpre jornada maior que nove horas diárias (gráfico 11).

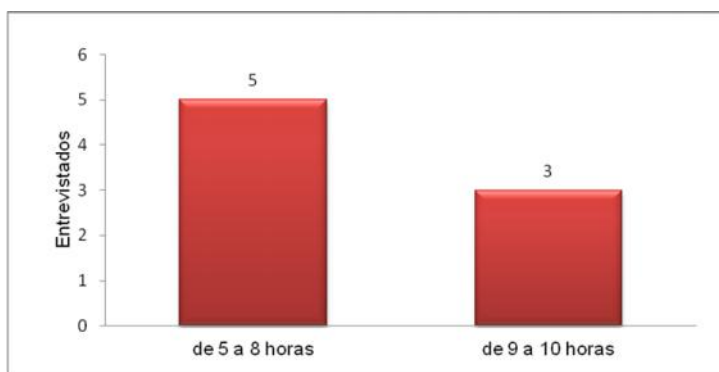


Gráfico 11: Carga horária diária média

Considerando ainda a jornada de trabalho, encontrou-se importante resultado relacionado aos intervalos intrajornada, uma vez que este período é extremamente necessário para o repouso do dentista. Dos oito entrevistados, somente um faz intervalos na sua jornada de trabalho. Os demais, ou não fazem intervalos ou dependem da demanda pelos serviços.

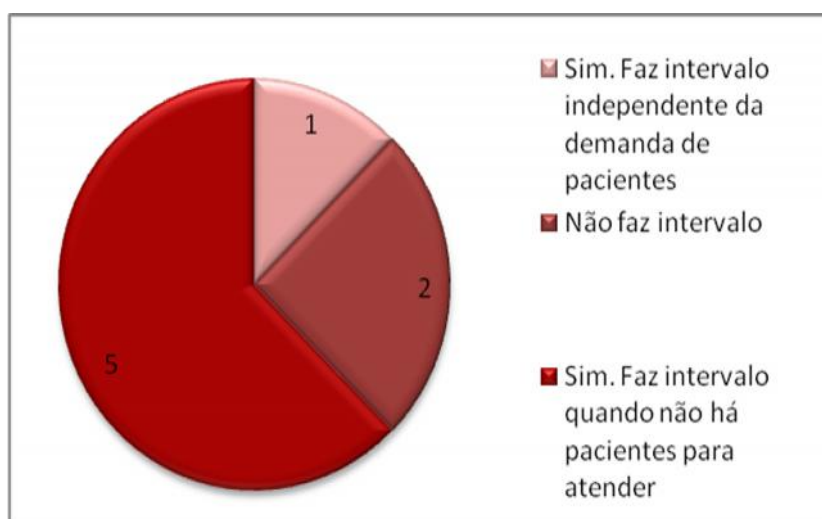


Gráfico 12: Intervalo intrajornada

Considerando o direito defendido no Código de Ética Odontológica de definição dos honorários profissionais pelo próprio dentista, buscou-se descobrir de que forma os preços são arbitrados nas clínicas em questão. Os resultados demonstram que 75% dos entrevistados não definem os preços dos procedimentos, sendo que, em metade destes casos, o preço nem é definido por um dentista.

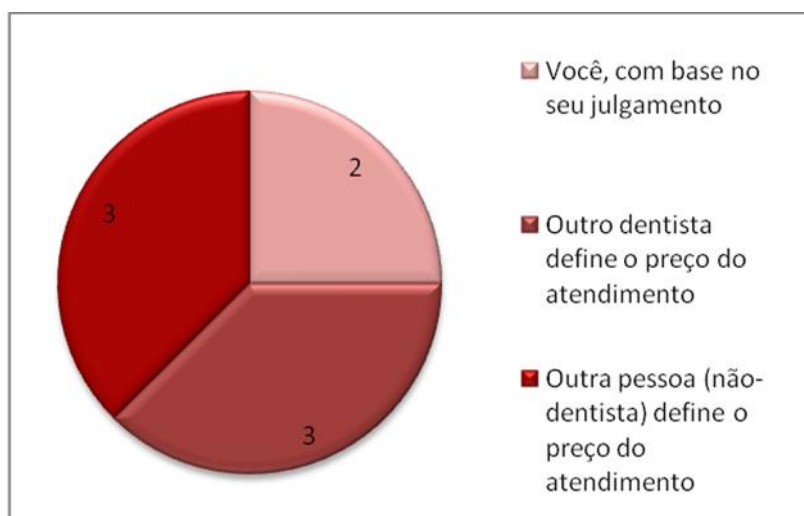


Gráfico 13: Definição de honorários

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1. O perfil de profissional encontrado

Nas cinco clínicas populares de Odontologia, pode-se perceber que há um padrão no tipo de profissional contratado: jovens profissionais, com pouco tempo de formação e geralmente sem curso de pós-graduação. Considerando que nesse tipo de clínica não há diferenciação por especialidade e sim uma atuação genérica, a mão de obra necessária não precisa necessariamente ser especialista, e não o é. Somente dois entrevistados possuem pós-graduação e somente um deles atua como especialista na área de formação.

Outro fator importante está ligado ao motivo pelo qual os profissionais atuam nas clínicas. Embora nenhum dos entrevistados esteja satisfeito financeiramente com a atuação na clínica e somente um esteja satisfeito profissionalmente, nota-se que o que motiva estes profissionais não é a sua autossatisfação. Para os recém-formados, maioria dos profissionais das clínicas, a oportunidade de primeiro emprego, a busca por experiência e a necessidade financeira e de trabalho são os principais fatores, o que se justifica, uma vez que nem todos conseguem uma fácil inserção no mercado de trabalho ou a possibilidade de abrir um consultório próprio, consoante afirmado por Amorim e Souza (2010). Para estas modalidades a experiência é fundamental. Os concursos públicos são limitados e não absorvem a quantidade de profissionais que se forma anualmente, uma vez que o modelo de políticas públicas é excludente (MATOS, 2006).

Quando perguntados sobre como pretendem trabalhar depois de cinco anos, nenhum afirmou que permaneceria na clínica popular e somente um afirmou trabalhar em uma clínica como assalariado. O resultado demonstra que o consultório particular permanece sendo o alvo principal desses dentistas. Complementando esta informação, ao serem questionados sobre a melhor forma de atuação, o consultório particular é ainda mais destacado, principalmente pela autonomia e pelos ganhos financeiros, percepção que vai ao encontro do exposto por Pinto (2000), em relação ao sistema liberal de atuação. O setor público permanece como secundário, sendo destacado pela estabilidade e por seus benefícios.

7.2. As características das clínicas

As características empresariais e estratégicas foram identificadas com facilidade, explicando a utilização do perfil de profissional acima descrito.

A propriedade da clínica não é dos dentistas que trabalham, sendo todos os entrevistados da amostra assalariados. Três clínicas nem sequer são de dentistas, o que demonstra a clara divisão entre propriedade e trabalho, já ressaltada por Zanetti (1999)

Tendo em vista ser um trabalho complexo, os dirigentes controlam as atividades exercidas em todos os casos, sendo as variáveis “número de atendimentos” e “tempo de atendimento” – que são quantitativas – as mais presentes. Somente na clínica “A” estes fatores não foram citados. A “qualidade do procedimento” e a “satisfação do cliente” são presentes em apenas duas clínicas, sendo que na clínica onde não há controle quantitativo (clínica “A”) só trabalham três dentistas, com média de até quatro pacientes por dia e com menor capacidade (e porte) que as demais. Por este motivo, também, é a única clínica onde o paciente é atendido por um único dentista. Nas demais, o paciente é avaliado por um dentista (geralmente chamado de avaliador) e recebe o procedimento de outro dentista, demonstrando, assim, a existência de divisão de trabalho entre os próprios profissionais dentistas – mais um traço empresarial.

Percebe-se, quanto a estes aspectos, um confronto com o Código de Ética Odontológica, o qual define como direito fundamental do dentista a decisão sobre tempo a ser dedicado ao paciente. Tal disposição é afetada quando há controle do número de pacientes atendidos e do tempo dedicado aos atendimentos pela clínica. De outra perspectiva, a restrição imposta pelo referido Código, no que tange a elaboração de planos de tratamento para a execução por terceiros, também é paradoxal quando se verifica que quatro das cinco clínicas realizam a divisão de trabalho, justamente estabelecendo que um profissional realize os diagnósticos para o procedimento ser realizado por seu colega.

Os fatores já descritos estão diretamente alinhados com a estratégia das

clínicas. O público-alvo é a população de classe mais baixas², e o preço baixo é visto em todas as clínicas como o principal motivo para a escolha do paciente pela clínica, conforme Zanetti (1999) já afirmava. De acordo com a pesquisa de Silva (2010), já mostrada anteriormente, para as classes C e D, o preço é fator fundamental, assim, para atingir este objetivo, é necessário um valor cobrado abaixo da média do mercado. Todavia, preço baixo significa volume de atendimento e necessidade de redução de custos para a obtenção de resultado financeiro, que é o foco de uma empresa.

Embora, conforme Porter (1986) e Johnson e Scholes (1997), a construção agressiva de instalações em escala suficiente seja um dos requisitos organizacionais para a estratégia de baixo custo, percebe-se que no tipo de clínica estudado não há grande investimento nas instalações. Conforme percepção dos próprios profissionais, a maioria das variáveis de capacidade está abaixo do nível médio (suficiente). Em contrapartida, é visível a minimização do custo em outras áreas – o que é outro requisito organizacional – incluindo a comunicação de baixo custo, sendo os panfletos o principal meio.

Com a necessidade de volume de atendimentos – alta parcela de mercado, segundo Porter (1986); sendo necessários custos baixos (requisito organizacional para a estratégia) e não havendo grande investimento na capacidade produtiva das instalações, as exigências empresariais sobre o trabalho surgem como importantes aspectos do desenho organizacional para o funcionamento da estratégia. Johnson e Scholes (1997) explicam o que até agora foi visto, quando relacionam os requisitos da estratégia de baixo preço, entre outros os sistemas de controle mais mecanicistas, com uma clara divisão de responsabilidades nos postos de trabalho, e informes detalhados e frequentes sobre a eficiência organizacional e de custos.

7.3. As Condições Organizacionais de Trabalho e o modelo das clínicas

A seguir serão analisadas as condições organizacionais de trabalho encontradas, levando em consideração as características empresariais e estratégicas encontradas, bem como as disposições éticas e legais relacionadas à profissão.

² Classes C, D e E, conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Primeiramente, quanto ao vínculo empregatício, não há contrato de trabalho formal. Mesmo sendo possível determinar o vínculo de trabalho entre os entrevistados e as clínicas, pela pessoalidade, pela continuidade, pela contraprestação mediante salário e pela subordinação, há somente um acordo informal de trabalho, no qual as partes concordam com a relação.

Tal situação, embora em desacordo com a legislação trabalhista (Decreto-Lei 5452, de 1943) e com o próprio Código de Ética (artigos 5º e 8º) – conforme definições presentes na revisão de literatura – possibilita a redução de custos, pelo não recolhimento de impostos e arrecadações trabalhistas e pelo não pagamento de benefícios e direitos trabalhistas, como 13º salário, férias, horas-extras, fundo de garantia, INSS, entre outros.

Quanto à forma de remuneração, duas clínicas (clínicas “A” e “D”) remuneraram através de comissão por paciente e três por hora trabalhada. Conforme Johnson e Scholes (1997), como já mencionado, o sistema de recompensa é um elemento estratégico chave e a natureza das remunerações deve ser considerada em termos dos objetivos a serem alcançados. É exatamente isso o que ocorre empiricamente.

No modelo de remuneração de comissão por paciente, o ganho do dentista se dá pelo valor dos procedimentos e pela quantidade de atendimentos realizados. Considerando que os preços são abaixo do mercado, a remuneração do trabalho também é abaixo do mercado, uma vez que uma parcela do recebido é utilizada para cobrir os custos do atendimento. O resultado deste tipo de remuneração é, então, um incentivo para a realização de mais procedimentos em um paciente e para a necessidade de um maior número de pacientes atendidos no dia. O tempo e a quantidade de atendimentos se tornam importantes aspectos, corroborando ao verificado anteriormente nos mecanismos de controle.

No segundo modelo, por hora trabalhada, independente do valor dos procedimentos, o profissional terá o mesmo valor pago ao final de cada dia. Considerando o grande volume de demanda, já percebido nos resultados anteriores, quanto mais pacientes atendidos, menor é a remuneração por procedimento paga ao trabalhador e, por conseguinte, a margem de lucro operacional aumenta diretamente com o aumento de pacientes atendidos. Logo, a empresa tem o incentivo para aumentar o número de atendimentos diários.

Embora de formas diferentes, os dois modelos de remuneração são exploratórios da mão de obra. O trabalho de um dentista é um trabalho especializado e, por isso, de alto valor agregado. Ao remunerar de forma exploratória, o empresário obtém ganhos suficientes desse trabalho, para que obtenha lucro em sua operação, assim como já demonstrava Veiga (1998).

Confirmando a afirmação de Amorim e Souza (2010) que os salários destas clínicas são baixos e a demanda é sufocante, todos os entrevistados, independente da forma de remuneração, recebem menos que o piso salarial da categoria, mesmo todos eles cumprindo jornadas maiores do que o determinado em lei (quatro horas diárias). Ou seja, o piso de três salários mínimos é para no máximo quatro horas diárias de trabalho. Nenhum dentista entrevistado recebe o valor mínimo estabelecido, mesmo todos cumprindo jornadas maiores que a máxima estabelecida.

Considerando a variável jornada de trabalho, ainda pode-se acrescentar que somente 12,5% dos entrevistados faz intervalo independente da demanda de pacientes, atendendo, em tese, a determinação da Lei nº 3999/1961. De outro lado, 25% afirmaram não fazer intervalo e o restante da amostra (62,5%) informaram depender da demanda. Sabendo do volume de atendimentos nas clínicas, disposto nos resultados aqui encontrados, e da necessidade de realização de atendimentos numerosos (por parte do dentista, quando comissionado, ou por parte da empresa, independente do modelo de remuneração), é provável que muitas das jornadas realizadas por esta última parcela da amostra não tenham intervalos. Conforme demonstrado, a média predominante (75%) de atendimentos por profissional é de nove ou mais pacientes, com jornadas de trabalho variando, em média, de cinco a 10 horas por dia.

Por fim, quanto à autonomia da atuação do profissional, pode-se dizer que é parcialmente mantida. Embora todos tenham afirmado que decidem sobre a forma pela qual o diagnóstico ou o procedimento é feito, somente em uma clínica o profissional realiza todo o procedimento, atendendo ao artigo 32 do Código de Ética Odontológica. Nas demais, o diagnóstico é realizado por um profissional e atendido por outro, o que constitui infração ética. Esta divisão de trabalho, para a empresa, possibilita maior agilidade no atendimento, reduzindo o tempo de espera inicial. Além disso, somente em uma empresa o diagnóstico é pago. Nas demais a avaliação,

como é chamada, é gratuita, em desacordo ao artigo 20 do Código de Ética Odontológica.

Ainda relacionando a autonomia com a remuneração, percebe-se que a definição dos honorários, direito do dentista, somente é realizada por dois entrevistados, sendo que na maioria das clínicas o preço é definido por outras pessoas, dentistas ou não.

Os resultados “eficientes” das clínicas são obtidos através do alto valor agregado do trabalho odontológico, aliado à exploração do profissional. A lógica do modelo empresarial sobrepõe-se à profissão e a seus princípios deontológicos, os quais, no caso estudado, são subvertidos com a aceitação desta prática por dentistas com necessidades profissionais.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Odontologia se consolidou como profissão moderna no século XIX, juntamente com a consolidação do capitalismo industrial, e tem como principal objetivo o benefício da saúde do ser humano. Na mesma época, o modelo empresarial surgiu como forma de organização baseada no desempenho e focada na eficiência. A atuação da Odontologia através de empresas é fato presente na atualidade (VEIGA, 1998; CANDELÁRIA 1984, *apud* NASCIMENTO, 1999; ZANETTI, 1999; MATOS, 2006; BLEICHER, 2012). Considerando estas afirmativas, este estudo teve como objetivo principal verificar o impacto da relação entre empresa e atuação profissional nas condições organizacionais de trabalho dos dentistas e, para isso, foram escolhidas as Clínicas Populares de Odontologia de Porto Alegre.

A fim de obter as informações necessárias, foi realizado um estudo de caso com cinco clínicas populares de Porto Alegre, sendo entrevistados pelo próprio autor oito cirurgiões-dentistas. Esta amostra de profissionais equivale a 25% dos profissionais das referidas clínicas e proporcionou as informações necessárias sobre as características empresariais e sobre as condições organizacionais de trabalho.

Com os resultados obtidos, pôde-se verificar que as estruturas organizacionais das clínicas em estudo são alinhadas aos objetivos estratégicos de baixo preço.

Inicialmente são contratados profissionais recém-formados, que buscam a inclusão no mercado de trabalho e se submetem, mesmo que temporariamente, a este tipo de empresa como forma de obter experiência, principalmente. A maior parte dos dentistas pretende ter consultório próprio e acredita que esta forma de atuação é a mais satisfatória.

Além de um perfil de funcionários estabelecido, percebe-se que a maioria das clínicas pertence a pessoas não-dentistas, e, como empresa, possui divisão de trabalho entre os profissionais e controle da produção, principalmente quantitativa. Além disso, a capacidade da estrutura é reduzida e a minimização dos custos é percebida, além da capacidade produtiva, na forma de comunicação.

De forma compatível com os resultados citados, as condições organizacionais de trabalho dessas clínicas são geridas de forma a obter o maior ganho possível com o trabalho de alto valor agregado do dentista. Não há contrato de trabalho, nem se quer pagamentos de benefícios legais. Além disso, a remuneração é feita por comissionamento ou por hora trabalho, sem valor fixo. De ambas as formas, nenhum dos profissionais consegue receber o piso da profissão, mesmo cumpridas as jornadas de trabalho maiores que o máximo permitido e com intervalos de trabalho comprometidos. A autonomia do profissional é mantida em parte, uma vez que decide a forma de atuar, entretanto é notório que a regra é divisão entre diagnóstico e tratamento, assim como a definição dos preços predominantemente não é definida pelo profissional.

Em suma, é saliente a existência de uma relação paradoxal entre o modelo empresarial e sua lógica e o exercício profissional pautado na ética odontológica. A empresa é uma construção com foco em desempenho e, para tal, utiliza-se de diversas estratégias e modos de organização. Em contrapartida, a Odontologia tem como principal objetivo o benefício da saúde humana e, para isso, seu exercício é regido por um Código de Ética que é construído para este fim. A afronta ao definido no Código de Ética Odontológica é evidenciada quando o desempenho buscado pelas empresas é fundado em uma estratégia na qual o custo é o fator crítico para o sucesso. Com a aceitação dos serviços pelos pacientes e com a sujeição dos profissionais ao trabalho oferecido— pelos motivos demonstrados — as Clínicas Populares de Odontologia se consolidam como formas de atuação eficientes no mercado, porém com meios éticos bastante discutíveis.

A lógica empresarial parece superar as normas deontológicas e os objetivos da profissão. A eficiência do modelo de produção é reflexo direto da exploração do trabalho do dentista, o qual, mesmo assim, se sujeita a tal situação. Sem utilizar de juízo de valor, avalia-se que a consolidação da prática odontológica em estabelecimentos do formato estudado é resultado de diversas variáveis externas, todavia o próprio dentista a fortalece ao aceitá-la, sendo assim, seu principal fator de sucesso.

Embora tenha sido possível explorar os objetivos iniciais, surgiram no decorrer da construção deste trabalho novas possibilidades de pesquisa. Os

resultados estão limitados às empresas estudadas, não podendo ser feitas generalizações. Esta limitação, entretanto permite que levantamentos possam ser feitos para a comprovação do que foi encontrado. De outro ponto, podem ser feitos novos estudos de caso em outros tipos de organização, como as cooperativas, a fim de comparar os resultados obtidos. Cabe ainda, verificação da relação entre modelo empresarial e demais profissões, como Medicina e Direito, por exemplo. Ainda como recomendação a posteriores estudos, acredita-se que a influência de dois atores, aqui pouco mencionados, deva ser pesquisada: a do Estado – mais especificamente o serviço odontológico oferecido em estabelecimentos públicos e as políticas públicas na área – e das operadoras de planos odontológicos, presentes como intermediadoras entre o serviço dos profissionais e os pacientes.

Por fim, cabe salientar que este trabalho possibilitou uma visão mais ampla das exigências sobre o trabalho do cirurgião-dentista em clínicas particulares, sendo expostas práticas que não estavam explícitas na literatura. Além disso, foi possível perceber que a gestão de uma organização é muito mais do que a definição de uma estratégia para a obtenção de resultados. Deve-se ter claro o conhecimento sobre os reflexos sociais das decisões tomadas. Neste caso, o impacto de um modelo organizacional é de sobremaneira importante para o campo profissional como um todo, podendo afetar desde a formação até os padrões técnicos e éticos da atuação profissional.

REFERÊNCIAS

- ACEVEDO, C. R.; NOHARA, J.J. Monografia no curso de administração: guia completo de conteúdo e forma. 3ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- ALMEIDA, E.C. de S, VENDÚSCULO D.M.S., MESTRINER-JUNIOR W. A conformação da Odontologia enquanto profissão: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Odontologia 2002; 59(6):370-3.
- AMORIM A.G., SOUZA, E.C.F. Problemas éticos evidenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. Ciência & Saúde Coletiva. V.15, n.3, p.869-78, 2010.
- ANUNCIAÇÃO, P., CARREIRA, F., GONÇALVES, C. A importância da ética no contexto profissional: um estudo de caso. In Conocimiento, innovación y emprendedores: camino al future. La Rioja/ES: Ayala Calvo, J.C., 2007.
- BLEICHER, L. Reconfigurações do trabalho do dentista: da autonomia ao assalariamento. VII Colóquio Internacional Marx e Engels. 2012.
- BRASIL. Decreto-Lei 5452, de 01 de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União, 1943.
- BRASIL. Lei 3999, de 15 de dezembro de 1961. Altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões-dentistas. Diário Oficial da União, 1961.
- CANDELÁRIA, L. F. A. Aspectos da Odontologia empresarial. Revista Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas, São Paulo, v.38, n.1, p.52, jan./fev. 1984.
- CARVALHO, C. L.: A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 13, n. 1, p. 55-76, jan.-mar. 2006.
- CHAUÍ, M. Convite à Filosofia. 13 ed. 2 impr. São Paulo: Ática, 2004.
- CHAVES, M. Odontologia social. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1986.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução nº 118/2012. Aprova o Código de Ética Odontológica. Diário Oficial da União, 2012.
- DE LA CUEVA, M. Derecho mexicano del trabajo. 4. ed. México: Porrúa, 1954.
- DEJOURS, C. A loucura do trabalho – estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.
- DURIEUX, A. O processo de empresarialização do voleibol catarinense. Dissertação de Mestrado em Administração - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ENRIQUEZ, E. Os desafios éticos nas organizações modernas. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 37, n 2, p. 6-17, 1997.

ESPÓSITO, 1979 apud MORANO M.T.A. Ensino da Ética para os profissionais de saúde e efeitos sociais. Ver. Humanidades, Fortaleza, v.18, n.1, p.28-32, jan/ jun, 2003.

ETZIONI, A. Organizações Modernas. São Paulo: Pioneira, 1967.

FERREIRA, A.A.;REIS, A.C.F.;PEREIRA, M.I. Gestão Empresarial:de Taylor aos nossos dias. Evolução e Tendências da Moderna Administração de Empresas. São Paulo: Thomson Learning, 2002.

FREITAS, C.H.S.M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. v.11, n.21, p.25-38, jan/abr 2007.

GARCIA S.J.; CAETANO J.C. O código de ética odontológica e suas infrações: um estudo sobre os processos ético - profissionais dos cirurgiões dentistas do estado de Santa Catarina. Odontologia Clín.-Científ., Recife, v.4, n.7, p.307-313, out/dez., 2008.

GIL, A.C. Estudo de caso. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, O.; GOTTSCHALK, E. Curso de Direito do Trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1990.

HALL, R. H. Organizações: estruturas e processos. 3 ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1984.

JOHNSON, G; SCHOLLES, K. Dirección estratégica. Análisis de la estrategia de las organizaciones. 3ª Ed. Madrid: Prentice Hall, 1997.

LIMA, A.F.A. Condições de trabalho do cirurgião-dentista na Assistência aos pacientes em consultórios de convênio e particular. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2006.

LIMA E.N.A.; SOUZA, E.C.F. Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v. 58, n. 2, p. 231-238, abr./jun. 2010.

MARANHÃO, D. Direito do Trabalho. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1974.

MATOS, M. S. Análise do perfil dos alunos e da dimensão ético-humanística na formação de cirurgiões-dentistas em dois cursos de Odontologia da Bahia. Tese (Doutorado em Educação)-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MERCIER, S. A ética nas empresas. Edições Afrontamento, 2003.

MICHAELIS ONLINE. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em 15.11.12.

MOTTA, F.C.P.; VASCONCELOS, I.F.G de. Teoria Geral da Administração. 3ª Ed. São Paulo: Pioneira, 2006.

NASCIMENTO, F.B.; NETO, B.B.C.; SILVA, C.R. Crise, investimentos e rendimentos no mercado de serviços odontológicos do Distrito Federal. Monografia de Especialização em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

OLIVEIRA F.T et al. Ética odontológica: conhecimento de acadêmicos e cirurgiões-dentistas sobre os aspectos éticos da profissão. Revista de Odontologia da UNESP. v.37, n.1, p.33-39, 2008.

PINTO, V. G. Saúde Bucal Coletiva. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000.

PORTER, M.E. Estratégia Competitiva. Rio de Janeiro : Elsevier/Campus, 2004.

ROSENTHAL E. A Odontologia no Brasil no século XX. São Paulo; Santos; 2001.

SALES-PERES A, et al. O novo código de ética odontológica e atuação clínica do cirurgião-dentista: Uma reflexão crítica das alterações promovidas. ROU, v.25, n.2, p. 9-13, 2004.

SANCHEZ VAZQUEZ, A. Ética. 13 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SOLÉ, Andreu. ¿Qué es una empresa? Construcción de un idealtipo transdisciplinario. Working Paper. Paris, 2004.

TIFFANY, P.; PETERSON, S.D. Planejamento estratégico: o melhor roteiro para um planejamento estratégico eficaz. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TOMAZ, P.A.R. Consultório-Empresa - Lições práticas de gestão e marketing para profissionais de saúde. In SILVA, R.H.A. Orientação profissional para cirurgião-dentista. São Paulo: Santos, 2010.

VIANA, A.L.D. A Saúde Bucal como Política de Saúde. Análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. Tese de mestrado em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

WISNER, A. Por Dentro do Trabalho: ergonomia método & técnica. São Paulo: FTD, 1987.

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, Brasília, v.2, n.3, p. 11-24, jul./set. 1999.