UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA DE FÁTIMA NUNES

Perfil profissional de cirurgiões-dentistas e seu desempenho acadêmico durante a graduação: um estudo com egressos da Universidade Federal de Goiás

Goiânia

2009

MARIA DE FÁTIMA NUNES

Perfil profissional de cirurgiões-dentistas e seu desempenho acadêmico durante a graduação: um estudo com egressos da Universidade Federal de Goiás

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles

Goiânia

2009

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Perfil profissional de cirurgiões-dentistas e seu desempenho acadêmico durante a graduação: um estudo com egressos da Universidade Federal de Goiás

Aluna: Maria de Fátima Nunes

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles

Membros:

1. Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles

2. Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira

3. Prof. Dr. Mauro Machado do Prado

4. Profa. Dra. Rejane Faria Ribeiro-Rotta

5. Prof. Dr. Sicknan Soares da Rocha

OU

1. Profa. Dra. Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa

2. Profa. Dra. Maria Goretti Queiroz

Data:17/08/2009

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

... à minha mãe, exemplo de força, perseverança e serenidade diante dos fatos da vida;

... a meu pai (in memorian), que não mediu esforços para me propiciar estudos;

... aos amigos e familiares, que são meus suportes;

... ao meu orientador "Leles" , que tão prontamente me recebeu como orientada, exercitando momentos de muita paciência com minha pessoa;

... aos cirurgiões-dentistas que fazem parte da amostra deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

... a Deus, que me deu o dom da vida e o desejo de aprender sempre, sem os quais não poderia estar vivenciando esse momento ímpar;

... à minha irmã Ana, que assumiu algumas das minhas responsabilidades para que eu tivesse tempo disponível para a realização deste trabalho;

... à amiga Maria do Carmo Matias Freire, que iluminou muito dos rumos dessa tese e da minha vida profissional;

... ao Professor Cláudio Rodrigues Leles, com quem espero ter aprendido um pouco;

... ao Dr Anselmo Calixto (então presidente do Conselho Regional de Odontologia-CRO) e Profa Valquiria da Rocha Santos Veloso (diretora do Departamento de Assuntos Acadêmicos-D.A.A./UFG), que nos disponibilizou dados importantíssimos para a execução deste estudo;

... a todos que, de alguma forma, empenharam-se em nos auxiliar na coleta de informações sobre os egressos da FO-UFG. Foram muitos e totalmente indispensáveis. Que Deus retribua o benefício que me prestaram e a esse estudo, já que eu não conseguiria retribuir à altura do merecimento de cada um;

... à querida aluna Laura Barbosa Santos, que muito me auxiliou na etapa de coleta de dados com sua dedicação e energia jovem;

... ao amigo Antônio Hélio Vieira, por sua disponibilidade e apoio;

... à banca examinadora (de qualificação e defesa), que despendeu precioso tempo na revisão deste trabalho.

SUMÁRIO

	FIGURAS E TABELAS	xi
	SIGLAS E ABREVIATURAS	xiv
	RESUMO	xv
	ABSTRACT	xvii
1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	26
3	MÉTODOS	27
4	RESULTADOS	37
5	DISCUSSÃO	57
6	CONCLUSÕES	77
7	REFERÊNCIAS	79
8.	ANEXO E APÊNDICES	87

APÊNDICE A. ARTIGO 1: IDENTIFYING BRAZILIAN DENTISTS'

PROFILE USING CLUSTER ANALYSIS BASED ON JOB-RELATED VARIABLES AND PERCEPTION ABOUT PROFESSION

APÊNDICE B. ARTIGO 2: FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS COM A PROFISSÃO

APÊNDICE C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE D. OFÍCIO AO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE GOIÁS

APÊNDICE E. OFÍCIO AO DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS ACADÊMICOS DA UFG

APÊNDICE F. APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

APÊNDICE G. QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

ANEXO 1. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FIGURAS E TABELAS

Figura 1 Esquema com a descrição dos instrumentos de coleta de dados no estudo com egressos da FO/UFG - 1988 a 2007.

Figura 2 Esquema com a descrição da população de estudo, amostra e taxa de resposta de egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás - 1988 a 2007.

Figura 3 Esquema das questões do questionário, variáveis e variáveis agrupadas relativas ao perfil e características do exercício profissional de cirurgiões-dentistas graduados na FO/UFG entre 1988 e 2007.

Figura 4 Esquema das questões do questionário, variáveis e variáveis agrupadas relativas às percepções do exercício profissional de cirurgiões-dentistas graduados na FO/UFG entre 1988 e 2007.

Figura 5 Esquema das análises realizadas no estudo com egressos da FO/UFG-1988 a 2007.

Figura 6 Esquema dos agrupamentos nas soluções 3 *clusters*, 4 *clusters* e 5 *clusters*-perfil de cirurgiões-dentistas egressos da FO/UFG de 1988 a 2007 (n=322).

Tabela 1 Variáveis demográficas e relativas ao exercício profissional de egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (1988 e 2007)- n=340.

Tabela 2 Percepções sobre o exercício profissional e sobre saúde entre cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (1988 e 2007) - n=340.

Tabela 3 Distribuição dos egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (n=340) por período de conclusão do curso- 1988 a 2007.

Tabela 4 Distribuição dos agrupamentos de acordo com o perfil profissional de egressos da FO/UFG entre 1988 e 2007 (n= 322).

Tabela 5 Distribuição dos agrupamentos de acordo com as percepções sobre o exercício profissional entre cirurgiões-dentistas graduados na FO/UFG entre 1988 e 2007 (n= 322).

Tabela 6 Importância relativa das variáveis com significância estatística na formação dos *clusters* entre cirurgiões-dentistas graduados na FO/UFG entre 1988 e 2007 (n= 322).

Tabela 7 Comparação entre os *clusters* em relação às três variáveis numéricas (tempo de formado, idade atual e desempenho acadêmico) de cirurgiões-dentistas egressos da FO/UFG entre 1988 e 2007 (n=322).

Tabela 8 Análise de regressão logística entre satisfação profissional (satisfeito=280; insatisfeito=57) e as demais variáveis investigadas. Cirurgiões-dentistas graduados entre1988 e 2007 na FO/UFG. n=340.

Tabela 9 Relação entre desempenho acadêmico (média global e ranqueamento da média) e satisfação e desempenho profissional de cirurgiões dentistas egressos da FO/UFG- 1988 a 2007 (n=340).

SIGLAS E ABREVIATURAS

CRO/GO	CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE GOIÁS
DAA/UFG	DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS ACADÊMICOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FO/ UFG	FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INBRAPE	INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTUDOS E PESQUISAS SÓCIO-ECONÔMICAS
OPAS	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
SENAI	SERVIÇO NACIONAL DE APRENDIZAGEM INDUSTRIAL
SESI	SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA
SGAD	SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE AVALIAÇÕES À DISTÂNCIA
SPSS	*STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES*
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFG	UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

Estudos com egressos são importantes para as instituições de ensino estruturarem o processo de formação e avaliação curricular e para entidades representativas orientarem as propostas políticas para os profissionais da área. Este estudo teve como objetivo identificar perfis profissionais de cirurgiões-dentistas com base em variáveis relacionadas ao exercício profissional e percepção do trabalho, bem como relacionar este perfil com o desempenho acadêmico durante a graduação. Foi realizado um estudo transversal tendo como população os cirurgiões-dentistas graduados no período entre 1988 e 2007 na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG). Os dados foram obtidos a partir de análise documental de registros acadêmicos e aplicação de questionário eletrônico com informações sobre o exercício profissional e percepções sobre o trabalho na odontologia. Foi realizada análise descritiva, análise de *cluster (Two-step),* análise de comparação de grupos e regressão logística múltipla. A taxa de resposta foi de (53,0%), com maioria de mulheres (64,9%) e idade média de 34 anos (DP=6,0). A seleção automática de *cluster* gerou 3 grupos que incluiu 289 casos (89,8%), assim caracterizados: *Cluster* 1 – especialistas com alta renda e visão positiva da profissão; *Cluster* 2 – clínicos gerais que trabalham em cidades menores; *Cluster* 3 – dentistas com baixa motivação e baixa renda e com visão negativa da profissão. Homens foram predominantes no *Cluster* 1 e mulheres no *Cluster* 3. A idade e tempo de formado foi significativamente menor no *Cluster* 2 ($p<0,001$). Soluções alternativas com 4 e 5 *Clusters* particionaram o *cluster* 1 de acordo com o sexo (1a e 1c) e profissionais relacionados com docência (1b). O desempenho acadêmico foi

significativamente menor no *cluster* 1a (homens especialistas). A associação de variáveis na análise de regressão logística múltipla, ajustadas pela idade e gênero (R^2=0,56) mostrou que a insatisfação com a profissão está relacionada aos cirurgiões-dentistas com baixa carga horária de trabalho (OR=4,06; p=0,012), que não têm a odontologia como principal fonte de renda (OR=3,99; p=0,006), com arrependimento profissional (OR=8,87; p≤0,001), que apresentaram auto-avaliação negativa do seu desempenho (OR=6,04; p≤0,016) e sucesso profissional (OR=8,18; p≤0,001). Quanto à relação entre desempenho acadêmico e desempenho e satisfação profissional, a variável auto-avaliação do desempenho profissional apresentou relação com média global (*p*=0,018). Conclui-se desse estudo que, a característica dos egressos da FO/UFG acompanha a tendência brasileira, especialmente na predominância do gênero feminino, tendência à especialização, carga horária de trabalho alta e município de grande porte para atuação profissional. Concluiu-se que a análise de cluster foi um valioso método para a identificação de agrupamentos naturais com relativa homogeneidade dos casos, fornecendo informações potencialmente significativas para a orientação profissional em odontologia em uma variedade de situações ambientais e profissionais. Além disso, a insatisfação profissional está relacionada à auto-avaliação negativa e os cirurgiões-dentistas que tiveram pior desempenho na graduação também avaliaram negativamente seu desempenho profissional, o que pode reduzir o envolvimento com o trabalho e consequente baixa eficácia e eficiência do cirurgião-dentista.

ABSTRACT

Implementation of follow-up studies of former students is an efficient way to supervise the entire process of professional training and curriculum evaluation and guide representative councils on policies for the dental profession. The aim of this study was to identify professional profiles subgroups based on job-related variables and perception about profession in a sample of former students of a Brazilian public dental school – the School of Dentistry of the Federal University of Goias, who graduated between 1988 and 2007. Academic and professional data were gathered from obtained from the University Registrar's Office and the Federal Council of Dentistry, respectively. A web-based password protected questionnaire about job-related variables and perception about profession was sent individually by e-mail to the former students using a software manager. Descriptive and cluster analysis (Two-step cluster), between-groups comparison and multiple logistic regression were used for data analysis. Answer rate was 53.0, predominantly female (64.9%) and mean age was 34-years (SD=6.0). Automatic selection of optimal number of clusters included 289 cases (89.8%) in 3 natural clusters. Clusters 1, 2 and 3 included 52.2, 30.8 and 17.0% of the sample, respectively. Interpretation of within-group rank of variable importance for cluster segmentation make the following characterization of clusters: Cluster 1 – specialty dentists with higher profits and positive views of profession; Cluster 2 – general dental practitioners in small cities; Cluster 3 – underpaid and less motivated dentists with

negative views of profession. Male dentists were predominant in cluster 1 and female in cluster 3. One-way Anova showed that age and time since graduation were significantly lower in Cluster 2 ($p<0.001$) and academic performance was lower in cluster 1a. Alternative solution with 4 and 5 clusters showed specific discrimination of cluster 1 by gender and dental education professionals. Logistic regression showed that dissatisfaction with profession was associated to lower workload (OR= 4.06; p=0.012) and lower profits (OR=3.99; p=0.006) and overall negative views of professional performance (OR=6.04; p=0.016) and success (OR=8.18; $p\leq0.001$). It was concluded that characteristics of this sample are similar to others in Brazil: predominance of women, tendency towards specialization, concentration in larger cities and high weekly workload. Cluster analysis was a valuable method for identifying natural grouping with relative homogeneous cases, providing information potentially meaningful for professional orientation in Dentistry in a variety of professional situations and environments. Dissatisfaction with profession was associated to negative views of profession, which may decrease job engagement and affect working efficacy and efficiency.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho na odontologia surgiu de forma rudimentar através das mãos de barbeiros, homens sem instrução e em relação à sua natureza,

> "pode-se dizer que, diferentemente do observado na medicina, na atividade da odontologia predominaram, desde o início do seu desenvolvimento, as tarefas manuais, voltadas para a extração e reposição dos dentes, associando-a a uma função mais cosmética do que terapêutica, portanto, a uma imagem de trabalho 'artesanal' e 'comercial' e, por isso mesmo, de baixa estima social." (CARVALHO, 2006; p.56).

O fato de inicialmente a atividade odontológica ser essencialmente manual e distante da ciência parece ter contribuído, no entanto, para que a ocupação ficasse desvinculada da medicina em vários países, transformando-a posteriormente em profissão independente.

É a partir do século XVIII que se diferencia através da publicação "Tratado dos dentes para os cirurgiões dentistas" realizada pelo médico e cirurgião francês Pierre Fauchard (1678-1761) que se tornou o precursor da odontologia como ciência e como profissão. Embora a odontologia tenha dado na França seus primeiros passos rumo à profissionalização, a primeira escola de odontologia surgiu em Baltimore, nos Estados Unidos da América ("Baltimore College of Dental Surgery") no ano de 1839 do século XIX (CARVALHO, 2006; (CARVALHO, 2008).

No Brasil, a odontologia também teve seu processo evolutivo iniciada por barbeiros, sangradores e escravos. "O exercício da arte dentária no Brasil foi regularizado somente em 09 de novembro de 1629, com a Carta Régia de Portugal" (CARVALHO, 2008). No entanto, continuava rudimentar porque era apenas a formalização da atividade para aqueles que a executavam primariamente.

Posteriormente a odontologia brasileira percorreu várias etapas. Dentre elas, após a criação da escola em Baltimore começam a chegar no Brasil, dentistas dos Estados Unidos influenciando o exercício dos que exerciam a função. Em 1884, é criado no Rio de Janeiro, o primeiro curso de odontologia.

"O século XIX foi marcado por profundas transformações na divisão social do trabalho nas sociedades ocidentais, especialmente em relação ao trabalho especializado" (CARVALHO, 2006. Consequentemente o Brasil também passa pelas transformações proporcionadas pelo capitalismo emergente e consequente corporativismo das profissões. Par a par com essas mudanças, a doença cárie que antes era praticamente restrita às populações abastadas, com o aumento do consumo de açúcar expandiu para o restante da população, ampliando o mercado que se tornava lucrativo, se tornando "uma prática com preocupações mais universais e essenciais ou, em outros termos, de utilidade pública" (CARVALHO, 2006). A concorrência determinou, então, a necessidade de qualificar, organizar e regularizar o exercício odontológico, visando legitimar a profissão.

Segundo Carvalho (2006) outros fatores contribuíram para o crescimento e valorização da profissão. Dentre estes fatores temos

> "a transformação da imagem pública da odontologia, partindo de um trabalho de caráter predominantemente mecânico para uma arte cientificamente fundamentada, e a modificação de sua condição social, de um produto de luxo e 'supérfluo' para uma atividade pública 'indispensável' – dedicada, principalmente, ao alívio da 'dor de dente excruciante' e do 'sofrimento humano'... permitiu que a odontologia mudasse sua posição social, de atividade exclusivamente comercial para uma prática voltada para o serviço." (CARVALHO, 2006; p.60).

Outro aspecto foi o avanço científico como, por exemplo, o "uso da anestesia, desenvolvimento de materiais mais acessíveis na fabricação de 'dentes postiços', teorias sobre a causalidade da cárie dentária e teoria da infecção focal" (CARVALHO, 2006).

As mesmas pressões externas que contribuíram para que a odontologia deixasse de ser um exercício rudimentar e se estruturasse enquanto profissão liberal tem obrigado-a a novas

conformações. No Brasil, a partir da década de 80, vários aspectos contribuíram para iniciar um processo onde a profissão passa a perder gradativamente o "*status*" de profissão liberal exclusiva, com a cobertura ampliada de medidas preventivas como a fluoretação das águas de abastecimento pública e fluoretação das pastas dentais, a criação e efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), e a abertura indiscriminada de faculdades de odontologia. Essas medidas também contribuíram para reduzir, mesmo que insuficientemente, o caráter de atenção exclusivamente individual e curativa da odontologia.

A partir da década de 90 há a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), numa tentativa de reorganização da atenção básica em saúde. A odontologia é absorvida na ESF a partir de 2000 quando há o crescimento da odontologia no sistema público de saúde.

Segundo Zanetti (1999), "a Odontologia brasileira está em franca, acelerada e irreversível reorganização." O autor faz uma análise da odontologia no setor privado, situando as razões históricas das crises e esgotamento do que chama "Odontologia Curativa de Mercado de Massa". Contudo, esse processo de transformação, forjado especialmente pelo modelo econômico, não ocorre apenas no âmbito da odontologia, mas de todo setor saúde, indo para além dele e atingindo todo setor de serviços.

Outras conformações têm sido apresentadas atualmente pela profissão como o aumento da participação feminina, rejuvenescimento do profissional, a grande concentração de profissionais nas capitais, aumento do assalariamento da categoria e ênfase na especialização (SILVA e ROSA, 1996; SERRA e HENRIQUES, 2000; BALDWIN *et al.*, 1999; SERRA e SALIBA, 2001). Ao lado dessa tendência surge para o cirurgião-dentista, o multiemprego, o excesso de horas trabalhadas, a intensificação da participação de empresas através de convênios, credenciamentos,

seguros-saúde e planos de saúde, trazendo sérias repercussões no exercício da profissão (NARVAI, 1994; GARRAFA e MOYSÉS, 1996; CÓRDON, 1999; ZANETTI, 1999).

Diante das mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho da saúde, decisões importantes têm ocorrido desde 1994 com a cooperação técnica da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) no campo dos recursos humanos visando a reforma do setor de saúde nas Américas. Em 1998 são instalados os Observatórios de Recursos Humanos buscando reformular as políticas para o setor, através da coleta, análise e difusão de informações. Segundo o documento, essa necessidade se deve ao

> "reconhecimento das características específicas dos recursos humanos em saúde: extensa força de trabalho (de aproximadamente 7 milhões de pessoas na América Latina e Caribe), majoritariamente feminina, em intensas atividades de mão de obra e de conhecimento; setor público como empregador mais importante; grandes gastos com pessoal; alta dinâmica tecnológica com repercussão na estrutura de trabalho; complexas relações trabalhistas com elevado número de conflitos; enfraquecimento na formulação e no planejamento de políticas; distinção entre os objetivos dos organismos de educação e os serviços de saúde."(BRASIL, 2003, p.17)

Na sétima reunião Regional dos Observatórios em Recursos Humanos em Saúde[a] promovida pela OPAS, realizada em Toronto, Canadá, de 4 a 7 de outubro de 2005, foi declarada o *Chamado à Ação de Toronto* para uma década dos recursos humanos em saúde, de 2006 a 2015. Este documento estabelece a necessidade de realizar esforços de longo prazo direcionados e coordenados para a promoção, fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde em todas as regiões das Américas (BRASIL, 2006). Portanto, o estudo sobre recursos humanos na área da saúde além de atual, é de relevada importância.

Por outro lado, toda instituição de ensino superior tem a obrigação, intrínseca ao seu papel formador, de acompanhar as transformações por que passa a sociedade, e as exigências advindas deste mundo em constante mudança, especialmente no âmbito do trabalho.

[a] Recursos Humanos em Saúde: pessoas envolvidas em atividades no campo da saúde de um país, cuja função/papel é parte do sistema de saúde, envolvendo tanto o setor público quanto o setor privado. (BRASIL, 2003)

O acompanhamento de egressos propicia subsídios importantíssimos e indispensáveis para redimensionar e/ou redirecionar as diretrizes da instituição, tornando seu ensino coerente com as demandas da sociedade e dos profissionais que forma.

Por outro lado, as instituições de ensino superior possuem um arsenal de documentos/dados que na maioria das vezes são subutilizados. Contudo, esse material pode ser extensamente explorado, permitindo conhecer informações que se mostram invisíveis pela inexistência de seu manuseio.

Um desses aspectos está relacionado ao desempenho acadêmico. Este conhecimento pode se tornar verdadeiramente útil no que se refere à própria graduação, assim como se podem estabelecer relações com os egressos da instituição. O egresso torna-se, assim, uma importante fonte de informação para a contextualização da aprendizagem em consonância com o mundo do trabalho.

> "A base comum entre conhecimento e trabalho ou entre universidade e setor produtivo decorre da centralidade do ser humano nessa relação, em vista da produção das condições de sustentabilidade de vida e de convivência produzidas em espaços sociais."(PAZETO, 2005, p.488)

As análises propostas nestes estudos buscam contemplar essa lacuna do conhecimento e dar respostas que possam ser relevantes para a categoria odontológica.

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

A instituição de origem dos egressos pesquisados é a FO/UFG, que foi criada como entidade privada, em outubro de 1945 com a denominação de Faculdade de Farmácia e Odontologia de

Goyas. Esta surgiu da necessidade de suprir a falta de profissionais das duas categorias na capital do Estado de Goiás- Goiânia que tinha sido fundada em 1933. Quinze anos depois, em 14 de dezembro de 1960 ela é incorporada à UFG (Lei nº 3834-C), tornando-se pública e desvinculada da Faculdade de Farmácia (FO/UFG, 2005).

No ano de 1984 a FO/UFG deixa de ter currículo semestral e passa a fornecer as sessenta vagas em regime anual. O ano de 1988 é o primeiro ano em que os acadêmicos do regime anual integralizam o curso. As séries seguintes continuaram seguindo as mesmas diretrizes. Assim, o grupo pesquisado contempla apenas um sistema curricular que era anual.

De forma geral, os estudantes do período de vinte anos pesquisados, de períodos anteriores e atualmente, ingressavam e ingressam à faculdade de odontologia da UFG, por meio de processo seletivo chamado vestibular (FO/UFG, 2005).

A FO/UFG atualmente participa do Movimento Nacional de Reestruturação Curricular (Pró-Saúde), que é um suporte para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde. "O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pela Instituição de Ensino Superior, que antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS." (BRASIL, 2009, p.1). As mudanças propostas pelo Pró-Saúde são três eixos: orientação teórica, cenário de práticas e orientação pedagógica.

Em 2006, iniciou na instituição a reforma curricular dentro dos parâmetros das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Odontologia. O objetivo é formar um cirurgião-dentista generalista, humanista, com visão crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à

saúde, com base no rigor técnico e científico. Deve ser capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2002).

Em 2009, a instituição passa a incorporar o sistema de cotas (Programa UFG Inclui), "medida governamental que cria reservas de vagas tanto em instituições públicas como privadas em favorecimento de determinados grupos sociais. É considerada uma forma de ação afirmativa, segundo conceito surgido nos Estados Unidos na década de 1960. Ações afirmativas são medidas especiais e temporárias, tomadas ou determinadas pelo estado, espontânea ou compulsoriamente, com o objetivo de eliminar desigualdades historicamente acumuladas, garantindo a igualdade de oportunidades e tratamento, bem como de compensar perdas provocadas pela discriminação e marginalização" (WIKIPÉDIA, 2009, p.1). O Programa UFG Inclui, prevê uma série de medidas que contemplam ações referentes ao processo seletivo e à permanência dos estudantes que ingressarem por meio do programa em seus cursos de graduação. A UFG prevê 10% das vagas do vestibular para candidatos da escola pública e 10% para negros (auto-declarados) provenientes da rede pública.

O momento é oportuno para se discutir o perfil do profissional formado na instituição e desempenho acadêmico, além de buscar subsídios para futuras investigações a respeito das modificações implementadas.

2. OBJETIVOS

Investigar o perfil profissional de cirurgiões-dentistas e a relação com seu desempenho acadêmico durante a graduação.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1.1. Caracterizar o perfil profissional dos egressos segundo o exercício da profissão e percepção da atuação profissional

2.1.2. Identificar agrupamentos naturais dentre os egressos

2.1.3. Analisar a associação entre o perfil profissional e a satisfação com a profissão

2.1.4. Investigar a relação entre desempenho acadêmico na graduação e satisfação e desempenho profissional.

3. MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal tendo como população de estudo os cirurgiões-dentistas formados no período entre 1988 e 2007 na FO/UFG, totalizando 1188 egressos.

Para obtenção dos dados foram realizadas:

1. análise documental de históricos escolares sob a guarda do Departamento de Assuntos Acadêmicos da Universidade Federal de Goiás (DAA/UFG) - dados demográficos e referentes ao desempenho acadêmico dos egressos;
2. busca de informações de instâncias da FO/UFG, informações de cirurgiões-dentistas e busca eletrônica – para obter e-mails e telefones dos egressos;
3. checagem do registro profissional dos 1188 indivíduos no Conselho Regional de Odontologia de Goiás e no Conselho Federal de Odontologia.
4. Aplicação dos questionários via *on line*, telefonemas e impressos.

Os instrumentos para coletas de dados estão descritos na Figura 1.

3.1. Questionário auto-aplicável

Os indivíduos selecionados receberam por meio eletrônico um questionário com 15 questões fechadas de múltipla escolha (Apêndice G). Foram também aplicados por telefone ou sob forma impressa para profissionais que solicitaram (n=14). As questões eram relativas ao exercício da profissão, percepção da atividade profissional e condições de saúde.

O questionário foi construído, submetido e re-submetido a 6 professores de odontologia com experiência em elaboração e utilização de questionários, sendo reformulado conforme sugestões.

A aplicação do questionário por meio eletrônico foi realizada pelo *software* denominado SGAD[b], desenvolvido para realizar a captação de dados pela internet. O questionário gerado pelo gestor do software era recebido no endereço eletrônico do respondente com informações a respeito da pesquisa (Apêndice F), podendo ser acessado através de um código de questionário que abria uma página individualizada com o termo de aceitação para participação (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Apêndice C). As respostas aos questionários geraram um banco de dados com as respostas individualizadas por respondente e estas foram exportadas para um arquivo de dados do *software SPSS for Windows* versão 16.0.

3.2. Análise documental

Os dados coletados na análise documental referem-se ao gênero, data de nascimento para cálculo da idade, notas e médias para obtenção do desempenho acadêmico (média global e ranqueamento).

No sistema escolar brasileiro, incluindo as instituições de ensino superior, a avaliação padrão na graduação, somativa ou formativa geralmente é traduzida sob a forma de notas, ocorrendo aprovação do acadêmico através da média final nas disciplinas. Portanto, no desempenho acadêmico na graduação para este estudo foram considerados a média global e o ranqueamento da média global. A média global é a média de todas as médias finais por disciplinas. A média para aprovação no período pesquisado era 7,5 sem prova final e 5,0 com

[b] SGAD (Sistema de Gerenciamento de Avaliações à Distância). http://www.cenatech.com.br/

prova final, segundo normas estabelecidas pelo Regulamento Geral de Cursos de Graduação da Universidade Federal de Goiás (UFG).

O ranqueamento da média global é a posição ocupada pelo indivíduo em relação aos demais, por meio da média global. Quanto menor é o *rank*, melhor sua classificação.

3.3. Análise dos dados

A população de estudo e amostra estão discriminadas na Figura 2.

A exclusão de profissionais dos 1188 egressos deu-se por falecimentos, cancelamento ou não localização dos registros profissionais e não localização dos contatos pessoais (e-mail ou telefone).

Para a realização de várias das análises foi necessário agrupar as categorias de respostas. Em outros momentos, estas foram dicotomizadas (Figuras 3 e 4). Alguns itens foram excluídos pela quantidade insuficiente de respostas.

Para a realização da análise de segmentação, o n=322 foi diferente do restante das análises. As amostras são diferentes porque as análises foram realizadas em dois momentos distintos do levantamento de dados.

Na figura 5 estão discriminadas as análises realizadas de acordo com os objetivos específicos.

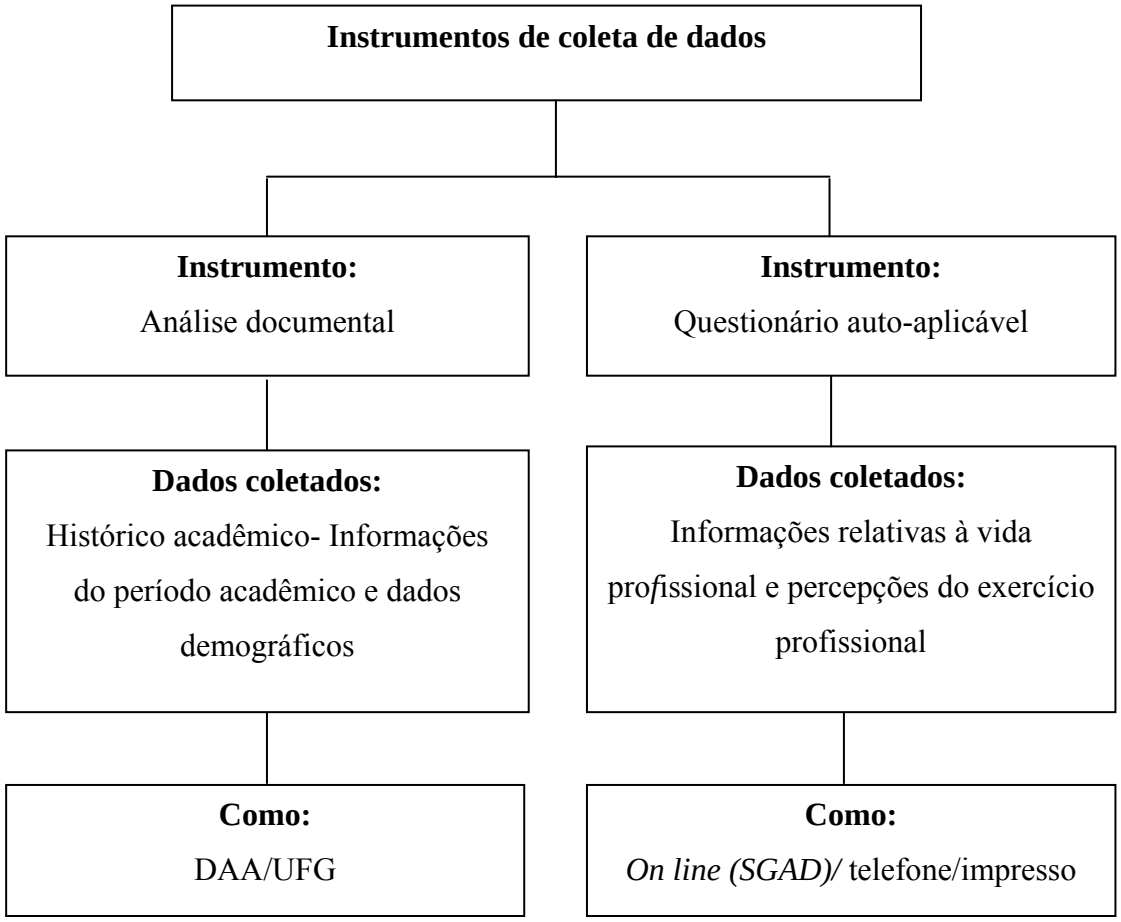
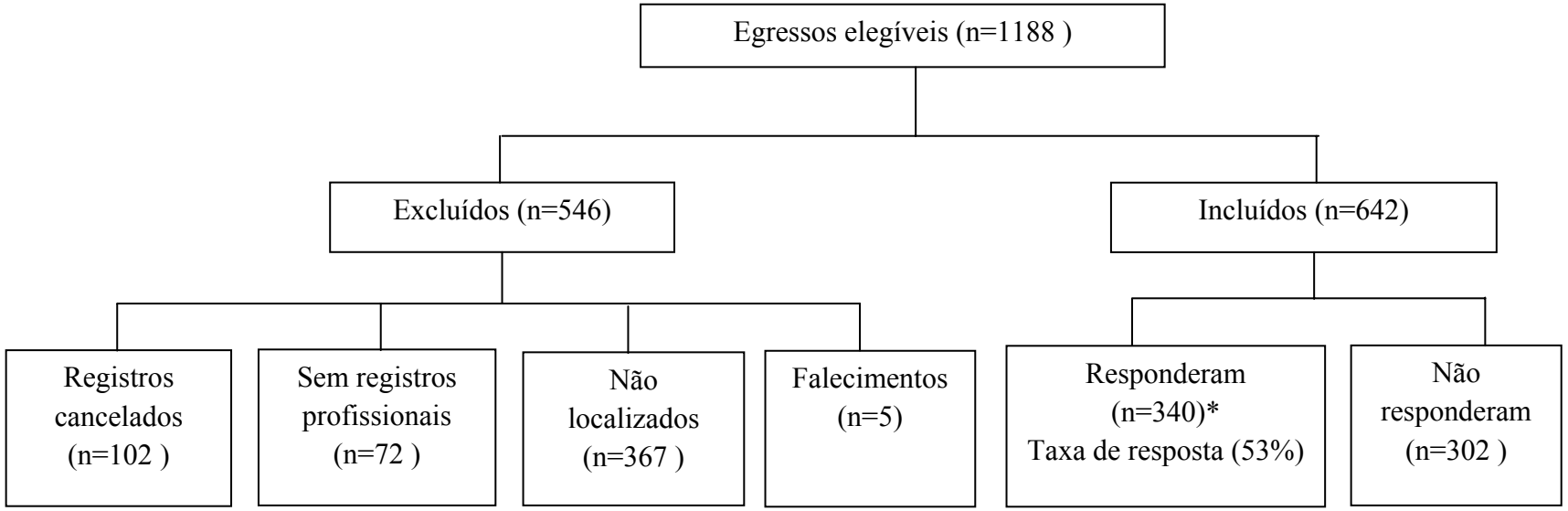


Figura 1. Esquema com a descrição dos instrumentos de coleta de dados no estudo com egressos da FO/UFG – 1988 a 2007



* Na análise de segmentação o número de respondentes é 322 porque a análise foi realizada em momento anterior à coleta total dos dados.

Figura 2. Esquema com a descrição da população de estudo, amostra e taxa de resposta de egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás -1988 a 2007.

No tratamento e interpretação dos dados foi realizada inicialmente análise de freqüências (absolutas e relativas) para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

Para a análise de agrupamento e análise estatística foi também utilizado o *software SPSS for Windows* versão 16.0.

Outra importante medida, que tem a vantagem de colocar os dois tipos de variáveis na mesma escala baseia-se na significância estatística utilizando: log10 de P-valor (valores de significância estatística). Esta escala transforma trechos da escala original de 0 a infinito (em vez de uma pequena faixa de 0 a 1), de modo que maiores valores de log10 de P-valor significa maior importância.

A análise de *cluster* é uma técnica de análise exploratória dos dados que tem o objetivo de revelar agrupamentos naturais quando nenhuma variável-resposta (variável dependente) está presente. Foi utilizado o método não-hierárquico *Two-Step Cluster* que seleciona automaticamente o número de *cluster*s ideal através de critérios estatísticos, incorporando tanto variáveis categóricas quanto contínuas no algoritmo[c] de agrupamento. O método T*wo-Step Cluster* permite trabalhar com conjuntos de dados extremamente grandes e requer apenas um passo no procedimento. Na primeira fase do procedimento, há o pré-agrupamento dos registros em vários pequenos sub-agrupamentos. Em seguida, os sub-agrupamentos são reagrupados no número desejado de agrupamentos. Através do uso da *Two-Step Cluster* pode-se agrupar os dados de modo que os registros dentro de um grupo sejam similares (HAIR e TATHAM, 2005).

[c] Conjunto de regras ou procedimentos; é semelhante a uma equação (HAIR e TATHAM, 2005).

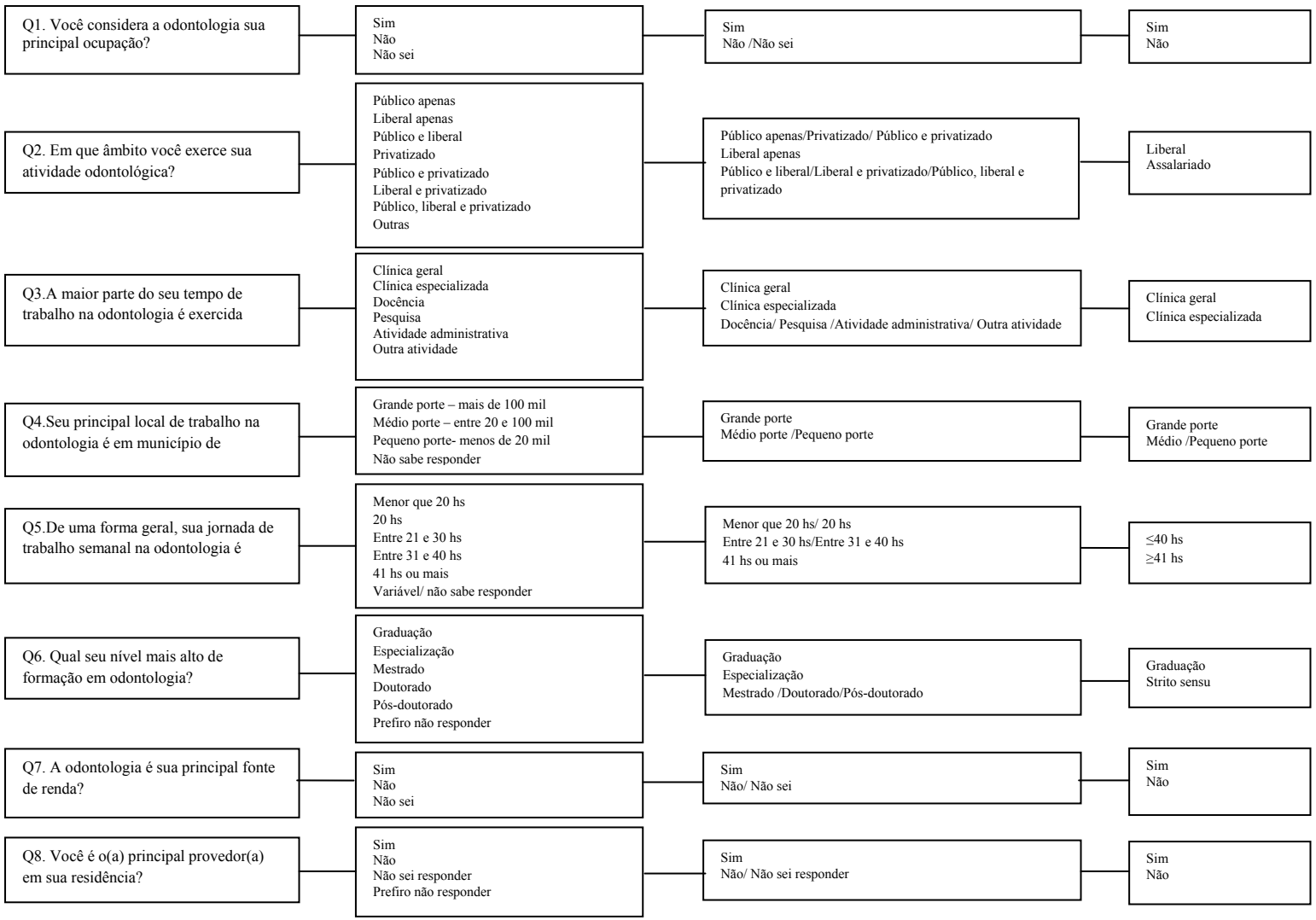


Figura 3. Esquema das questões do questionário, variáveis e variáveis agrupadas relativas ao perfil e características do exercício profissional de cirurgiões-dentistas graduados na FO/UFG entre 1988 e 2007.

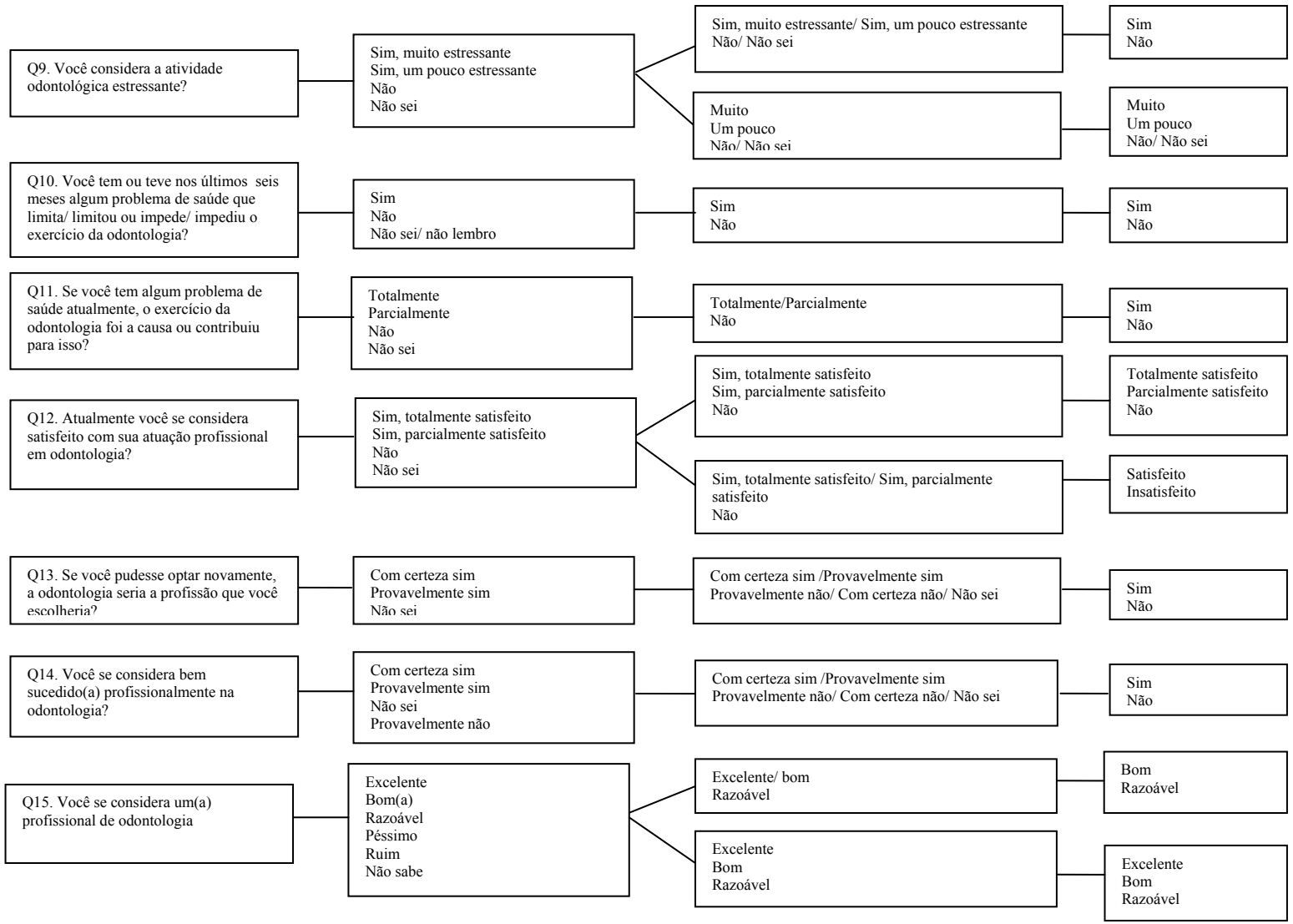


Figura 4. Esquema das questões do questionário, variáveis e variáveis agrupadas relativas às percepções do exercício profissional de cirurgiões-dentistas graduados na FO/UFG entre 1988 e 2007.

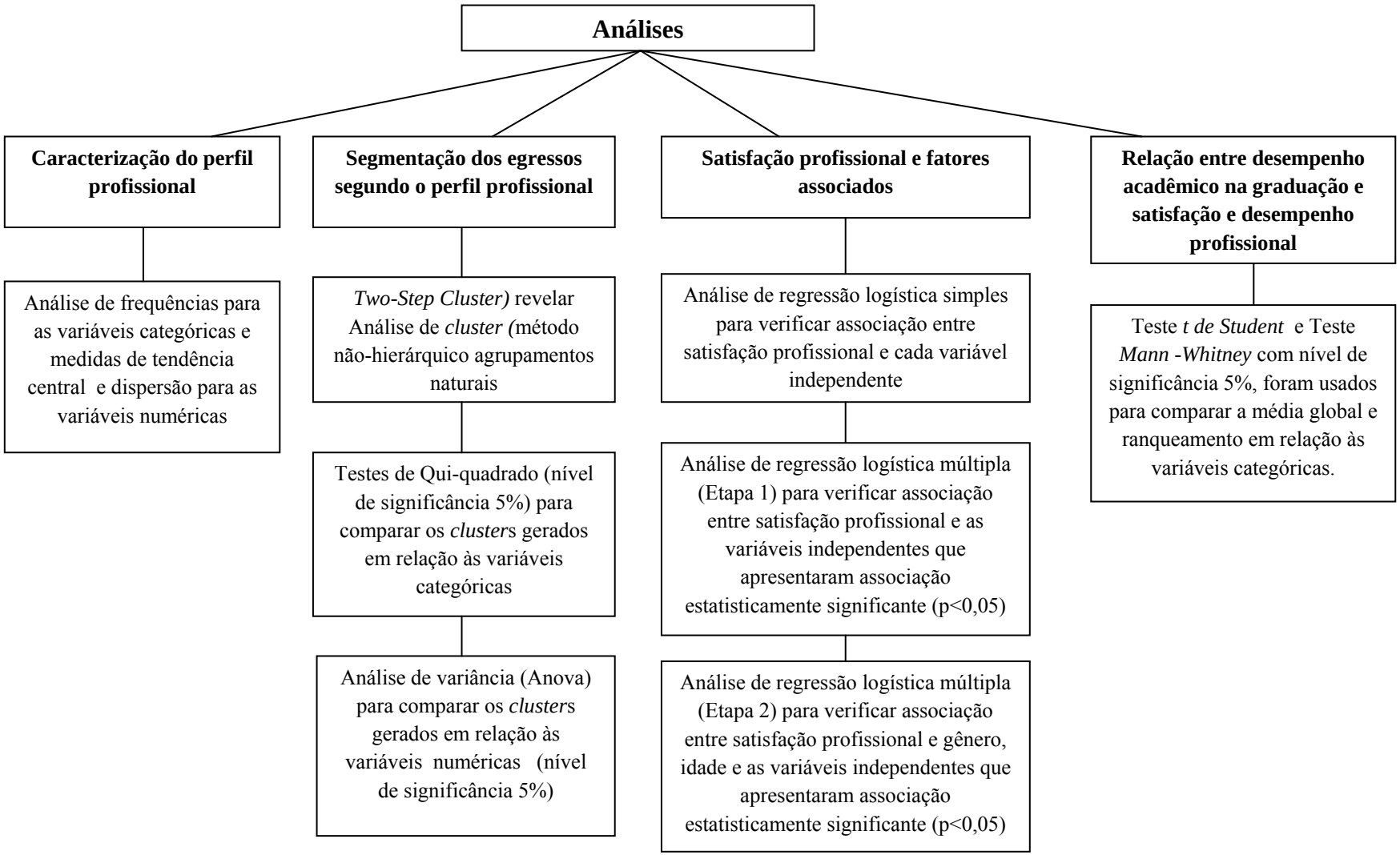


Figura 5. Esquema das análises realizadas no estudo com egressos da FO/UFG- 1988 a 2007.

Além da análise de clusters, a regressão logística, que é uma técnica de dependência, foi utilizada com o objetivo de verificar a influência das variáveis pesquisadas, gênero e idade (preditoras) sobre a variável dependente satisfação profissional dos cirurgiões-dentistas. Na regressão logística, esta associação foi realizada em três momentos: Não ajustado (influência de cada variável pesquisada separadamente sobre a satisfação profissional); Etapa 1- ajustada (influência de todas variáveis pesquisadas que tiveram significância estatística na primeira análise de associação com a satisfação profissional); Etapa 2- ajustada (influência na satisfação profissional de todas variáveis pesquisadas que tiveram significância estatística na primeira análise, acrescidas da variável idade).

A relação existente entre desempenho acadêmico e desempenho e satisfação profissional, foi verificada utilizando-se as variáveis: média global e *rank* da média global (na graduação) e duas variáveis de auto-avaliação do desempenho profissional (desempenho profissional e sucesso profissional) e duas variáveis da satisfação profissional (satisfação profissional e desejo de cursar novamente a odontologia). O Teste *t de Student* verificou a relação existente entre a média global e as variáveis de auto-avaliação. O teste não paramétrico *Mann- Whitney* verificou a relação entre o *rank* da média global e as variáveis de auto-avaliação.

O presente estudo obedece aos princípios éticos e foi aprovado (Anexo 1) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFG (protocolo nº 081/2007).

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS EGRESSOS

Dos 642 questionários enviados, foram respondidos 340 (53,0%). A amostra é descrita nas Tabelas 1 e 2.

As características demográficas e do exercício profissional dos indivíduos respondentes encontram-se na Tabela 1. Houve predomínio do gênero feminino (64,1%), trabalhando preferencialmente no Estado de Goiás (80,0%), em cidades de grande porte- mais de cem mil habitantes (77,9%) e em capital (77,4%). A especialização e formação *strito sensu* auto-referida foram respectivamente 50,6% e 19,1%.

O registro de especialidade odontológica é de 41,2%, sendo que 4,4% apresentavam duas especialidades registradas no Conselho Federal de Odontologia (dados não presentes na tabela).

É possível verificar que dos 340 cirurgiões-dentistas que responderam ao questionário, 89,7% consideravam a odontologia sua principal ocupação, 41,8% atuavam como profissionais liberais apenas e 28,8% atuavam como profissionais liberais e assalariados, 43,8% exerciam a clínica especializada e 40,6% a clínica geral. A jornada de trabalho semanal na odontologia acima de 40 horas era exercida por 41,2% dos profissionais. A maioria tem a odontologia como principal fonte de renda (87,9%), mas 62,1% não eram os principais provedores familiares (Tabela 1).

Em níveis variados de percepção, a odontologia é considerada um pouco ou muito estressante por 86,8% dos respondentes. Quanto à saúde, 23,5% apresentaram algum problema de saúde que os limitou ou impediu de exercer a profissão nos últimos seis meses. Destes, 72,1% dos problemas apresentados tinham parcial ou totalmente o exercício da odontologia como causa. Os profissionais tiveram uma auto-avaliação do desempenho boa em 62,6% e 70,6% se consideravam bem sucedidos. Dos 82,4% que estavam satisfeitos com a profissão, 55,6% estavam apenas parcialmente satisfeitos e menos da metade dos profissionais (47,4%) optariam com certeza ou provavelmente pela odontologia (Tabela 2).

É possível observar na Tabela 3 que houve uma distribuição equilibrada de gênero (p=0,176) e cidade de atuação (interior e capital) (p=0,769) entre os respondentes por ano de graduação. Registro de especialidade e idade apresentaram diferenças entre os respondentes por ano de graduação (p<0,001), assim como município (pequeno/médio ou grande porte) onde trabalha (p=0,013). Idade acompanha o tempo de formado e por isso apresenta diferença estatística significante.

4.2. ANÁLISE DE SEGMENTAÇÃO DOS EGRESSOS SEGUNDO O PERFIL PROFISSIONAL

Para esta análise a amostra foi composta por 322 indivíduos (50,87%). Houve uma distribuição equilibrada de gênero (p=0,218) e cidade de atuação (p=0,778) entre os respondentes por ano de graduação. Registro de especialidade, idade atual (em anos) e tempo de formado (em anos) apresentaram diferenças entre os respondentes por ano de graduação (p<0,001). A idade atual dos respondentes foi proporcional ao ano de formado (p<0,001) (dados não constam da tabela 3 devido n=322).

Após análise descritiva das freqüências das respostas dos questionários, as questões do questionário e a variável gênero do respondente foram incluídas na análise de *cluster*. A questão se odontologia é considerada como causa de adoecimento naqueles que apresentaram problemas com sua saúde, que limitaram ou impediram o exercício profissional, foi excluída dessa análise por não corresponder à amostra total.

O Two-step auto-*cluster*ing algoritmo selecionou uma solução com 5 *cluster*s (Figura 6). Estes foram reagrupados nas soluções com 3 *cluster*s para análise principal, sendo depois analisados na solução com 4 e 5 *cluster*s. Em todas as soluções de número de *cluster*s, apenas um dos *cluster*s foi reagrupado a partir de 3 *cluster*s para as soluções de 4 e 5 *cluster*s.

O tamanho dos 3 *cluster*s originais correspondeu a 151 (52,2%), 89 (30,8%) e 49 (17,0%) da amostra, não sendo nenhum deles com tamanho reduzido para agrupar *outliers*. Um total de 289 indivíduos (89,8%) foi agrupado para formação dos *cluster*s e 33 (10,2%) foram excluídos ou não classificados. Existiu o mesmo número de excluídos nas soluções 4 e 5 *cluster*s.

Para a caracterização dos *cluster*s, as freqüências relativas e absolutas das variáveis nominais que foram agrupadas para análise estão descritas nas Tabelas 4 e 5 de acordo com os 3 *cluster*s formados.

Na análise descritiva pode-se observar que a maioria dos profissionais era do gênero feminino (64,9%), tinham a odontologia como principal atividade profissional (90,4%) e principal fonte de renda (88,8%), sendo o exercício liberal exclusivo (41,6%) ou em conjunto com o serviço assalariado (34,5%), o predominante. Há um grande número de indivíduos que exerciam a clínica especializada (43,5%) sendo que cerca de 70% apresentavam qualificação além da graduação. A maioria trabalhava em cidade de grande porte (78,9%) e 43,2 trabalhavam acima de 40 horas semanais. (Tabela 4).

Percepções negativas da profissão foram relatadas com relativa freqüência (Tabela 5), como estresse (35,4%), insatisfação com a profissão (15,8%), não cursaria novamente odontologia (36,3%), insucesso profissional (18,0%) e limitações e impedimentos de saúde relacionadas à profissão (23,0%). Destes, 68,9% disseram que a doença estava totalmente ou parcialmente relacionada com o exercício profissional.

O particionamento da amostra nas Tabelas 4 e 5 revelou que, exceto a variável problemas de saúde ($p=0,605$), todas as outras variáveis apresentaram contribuição significativa para a formação dos *cluster*s ($p<0,001$).

As variáveis significantes para a formação dos *cluster*s foram ordenadas para cada *cluster* individualmente e as medidas da importância de cada variável foram expressas na Tabela 6 na forma das freqüências de cada categoria da variável e do teste de qui-quadrado e nível de significância ($-\log_{10}$ *P*-valor e *P*-valor). Quanto maior o valor de $-\log_{10}$ *P*-valor, maior significância teve a variável na formação do cluster.

A caracterização dos *cluster*s indica que o *cluster* 1 foi composto essencialmente pelos cirurgiões-dentistas do gênero masculino, que são especializados e exercem a especialização na maior parte do tempo. Trabalham em municípios de grande porte, são os principais provedores familiares, consideram-se bem sucedidos e estão satisfeitos com a profissão (Figura 6).

O *cluster* 2 contém especialmente os profissionais graduados apenas, que atuam essencialmente em clínica geral, trabalham em municípios de pequeno e médio portes e com baixo nível de estresse profissional (Figura 6).

Compõem o *cluster* 3, as mulheres, com menor carga de trabalho semanal. A odontologia não é a principal ocupação ou fonte de renda e não são provedores familiares. Aspectos negativos estão presentes, como estresse, baixa auto-avaliação profissional, insatisfação com a profissão e não possuem desejo de cursar novamente a odontologia (Figura 6).

Três variáveis independentes numéricas foram analisadas para comparação entre os *cluster*s 3, 4 e 5: tempo de formado, idade atual e desempenho acadêmico (Tabela 7).

Na solução 3 *clusters*, as variáveis tempo de formado e idade atual, apresentaram diferença significativa entre o *cluster* 2 e os demais, sendo os *cluster*s 1 e 3 semelhantes entre si. O *cluster* 2 apresentou menor tempo de formado e menor idade. A variável desempenho acadêmico, não apresentou diferença entre os *clusters*.

Na solução 4 *clusters*, as variáveis tempo de formado e idade atual, apresentaram diferença significativa entre o *cluster* 2 e os demais, sendo os *cluster*s 1a,1b e 3 semelhantes entre si. O *cluster* 2 apresentou menor tempo de formado e menor idade. A variável desempenho acadêmico apresentou diferença no *cluster* 1a, sendo este o menor desempenho.

Na solução 5 *clusters*, as variáveis tempo de formado e idade atual, apresentaram diferença significativa entre o *cluster* 2 e os demais. Quanto ao tempo de formado, os *cluster*s 1a, 1b, 1c e 3

são semelhantes entre si. Quanto à idade atual os clusters 1a e 1b são semelhantes entre si e diferentes dos *clusters* 1c e 3, que também são semelhantes entre si. O *cluster* 2 apresentou menor tempo de formado e menor idade. Na variável desempenho acadêmico houve diferença significante entre o *cluster* 1a e os demais, sendo que este apresentou o pior desempenho acadêmico na graduação. A variável desempenho acadêmico também apresentou diferença entre o *cluster* 1b e os demais, sendo que este é o que apresentou o melhor desempenho entre os cinco *clusters*. Os clusters 1c, 2 e 3 são semelhantes entre si.

No particionamento da amostra em mais de três *cluster*s, apenas o *cluster* 1 (n=151) foi segmentado em 2 (1a, 1b) e 3 (1a, 1b, 1c) novos *cluster*s (Figura 6). O cluster 2 e 3 mantiveram-se iguais.

Na Figura 6 pode-se observar também as características dos cirurgiões-dentistas pertencentes à solução com 5 *cluster*s. O grupo 1 da solução com 3 *cluster*s foi particionado em 3 grupos.

O primeiro grupo da solução 5 clusters (1a) caracteriza-se por ser do gênero masculino, trabalhar mais de 40 horas semanais, ser o principal provedor familiar, ser especialista e trabalhar na clínica privada e especializada, ter sucesso profissional e estar satisfeito com a profissão.

O segundo grupo (1b) caracteriza-se por ter formação strito sensu, trabalhar no serviço público e em atividades privadas, exercer suas atividades em docência, pesquisa ou atividades administrativas e considerar a odontologia estressante.

O terceiro *cluster* (1c) é composto essencialmente pelo gênero feminino, especialista, atuando na clínica especializada, trabalhando um período de 21 a 40 horas semanais e que optaria pela odontologia novamente.

Os clusters 4 e 5 da solução 5 clusters correspondem aos cluster 2 e 3 da solução 3 clusters.

4.3. FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO NO TRABALHO ENTRE CIRURGIÕES-DENTISTAS

Quanto à satisfação profissional, apenas 26,8% dos cirurgiões-dentistas se consideraram completamente satisfeitos e 17,1% estão insatisfeitos (Tabela 2).

A sequência da análise da regressão logística está descrita na Figura 5 (Métodos). Na regressão logística simples (Tabela 8) a influência de cada variável na insatisfação profissional foi realizada com todas as questões do formulário aplicado aos cirurgiões-dentistas, mais a variável gênero e idade.

A regressão logística simples (Tabela 8), mostrou associação estatisticamente significante entre insatisfação profissional e gênero (OR=0,47; p=0,026), ter a odontologia como principal ocupação (OR=11,10; p<0,001), jornada de trabalho semanal (OR=9,68; p<0,001), nível de formação (OR=1,95; p=0,026), odontologia como principal fonte de renda (OR=10,37; p<0,001), ser o(a) principal provedor(a) familiar (OR=2,33; p=0,015), odontologia como profissão a ser escolhida novamente (OR=16,59; p<0,001), auto-avaliação do sucesso profissional (OR= 21,59; p<0,001) e auto-avaliação do desempenho profissional (OR=11,51; p<0,001).

Após a regressão logística múltipla (Tabela 8), ajustando-se por todas estas variáveis (Etapa 1), permaneceram estatisticamente significantes jornada de trabalho semanal (OR=3,87; p=0,018), odontologia como principal fonte de renda (OR=4,33; p=0,015), escolha pela odontologia novamente (OR=8,84; p=0,001), auto-avaliação do sucesso profissional (OR= 9,36; p<0,001) e auto-avaliação do desempenho profissional (OR= 6,40; p=0,023).

Adicionando-se as variáveis gênero e idade ao modelo obtido na Etapa 1, as variáveis da análise bivariada mantiveram-se estatisticamente significantes (Etapa 2). Os cirurgiões-dentistas

que apresentaram maior chance de ter insatisfação profissional foram aqueles que tinham uma jornada semanal menor que 40 horas, que não tinham a odontologia como principal fonte de renda, que não escolheria novamente a odontologia, que não tinham auto-avaliação positiva do sucesso profissional e do desempenho profissional se comparados com os que trabalhavam mais de 41 horas semanais (OR=4,06; IC=1,36-12,15; p=0,012), tinham a odontologia como principal fonte de renda (OR=3,99; IC=1,47-10,80; p=0,006), escolheriam a odontologia novamente (OR=8,87; IC=2,61-30,10; p<0,001) e tinham auto-avaliação positiva do sucesso (OR=8,18; IC=3,54-18,93; p<0,001) e desempenho profissional (OR=6,04; IC=1,39-26,24; p=0,016).

4.4. DESEMPENHO ACADÊMICO NA GRADUAÇÃO E SATISFAÇÃO E DESEMPENHO PROFISSIONAL

Os resultados presentes na Tabela 9 revelaram que, apenas a variável auto-avaliação do desempenho profissional utilizando o Teste *t de student* (*P*=0,018) apresentou relação com desempenho acadêmico (média global). Nenhuma variável de satisfação profissional nem de desempenho profissional apresentou relação com desempenho acadêmico (rank da média global).

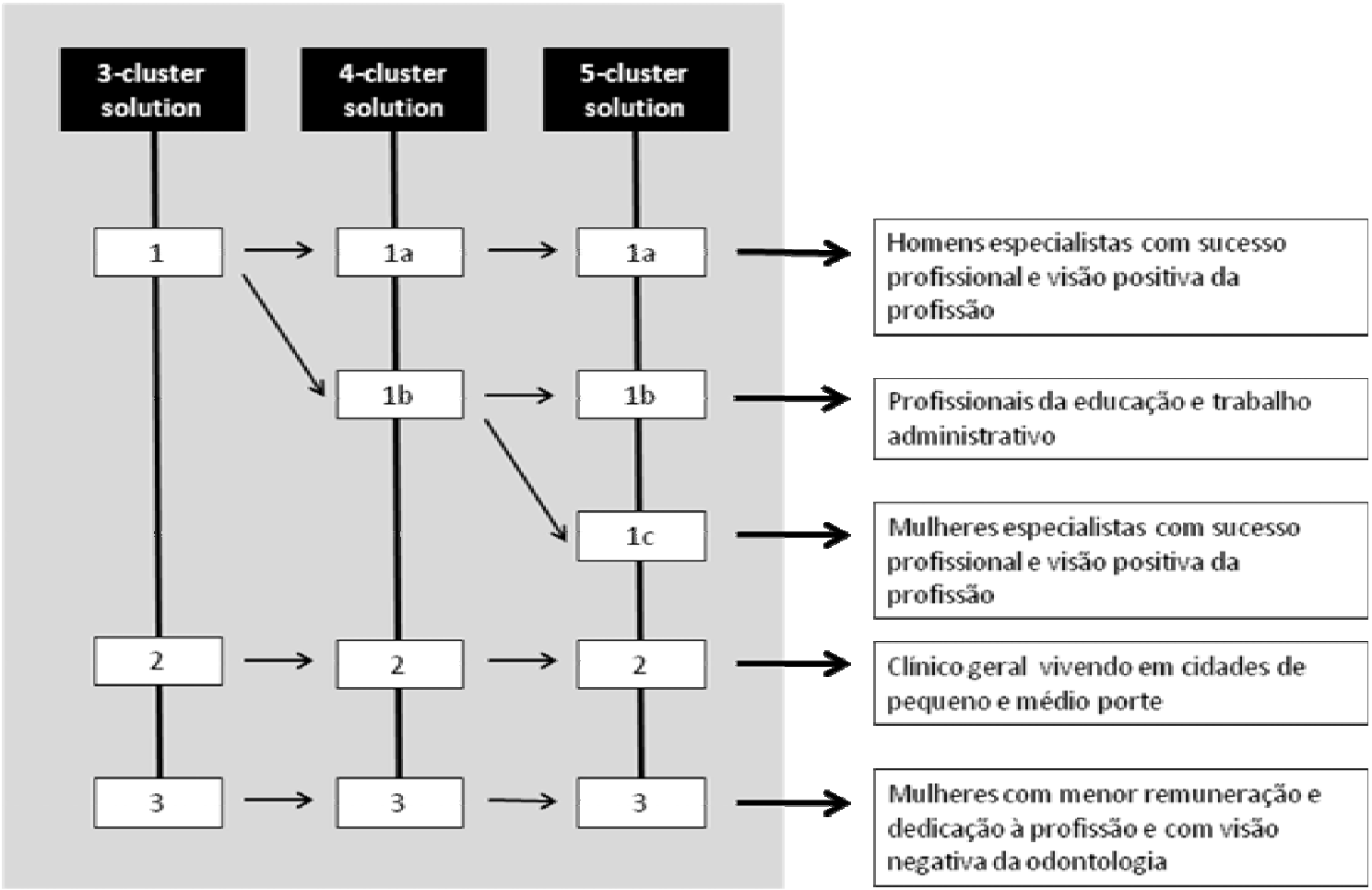


Figura 6. Esquema dos agrupamentos nas soluções de 3 *Clusters*, 4 *Clusters* e 5 *Clusters*- perfil dos cirurgiões-dentistas egressos da FO/UFG de 1988 a 2007 (n=322).

Tabela 1. Variáveis demográficas e relativas ao exercício profissional de egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (1988-2007). N=340.

Variáveis	Categorias	N(%)
Gênero	Feminino	218 (64,1)
	Masculino	122 (35,9)
Odontologia como principal ocupação	Sim	305 (89,7)
	Não	32 (9,4)
	Não sabe	3 (0,90
Âmbito do exercício odontológico	Público apenas	43(12,6)
	Liberal apenas	142 (41,8)
	Público e liberal	89 (26,2)
	Privatizado	6 (1,8)
	Público e privatizado	11 (3,2)
	Liberal e privatizado	20 (5,9)
	Público, liberal e privatizado	9 (2,6)
	Outra(s) atividade(s)	20 (5,9)
Principal tipo de atividade	Clínica geral	138 (40,6)
	Clínica especializada	149 (43,8)
	Docência	22(6,5)
	Pesquisa	7 (2,1)
	Atividades administrativas	12 (3,5)
	Outra(s) atividade(s)	12 (3,5)
Tipo de município do principal local de trabalho	Grande porte- mais de 100 mil habitantes	265 (77,9)
	Médio porte- entre 20 mil e 100 mil habitantes	40(11,8)
	Pequeno porte- menos que 20 mil habitantes	26 (7,6)
	Não sabe responder	9 (2,6)
Estado onde exerce a profissão	Goiás	272 (80,0)
	Outros estados	68 (20,0)
Principal cidade onde exerce a	Capital	263 (77,4)

profissão	Interior	56 (16,5)
Jornada de trabalho semanal	Menor ou igual a 20 hs	23 (6,8)
	20 hs	19 (5,6)
	Entre 21 e 30 hs	40(11,8)
	Entre 31 e 40 hs	110 (32,4)
	41 hs ou mais	140 (41,2)
	Variável	2 (0,6)
	Não sabe responder	6 (1,8)
Nível mais alto de formação	Graduação	102 (30,0)
	Especialização	172 (50,6)
	Mestrado	46 (13,5)
	Doutorado	15 (4,4)
	Pós-doutorado	4 (1,2)
	Prefere não responder	1 (0,3)
Odontologia como principal	Sim	299 (87,9)
fonte de renda	Não	40 (11,8)
	Não sabe	1 (0,3)
Principal provedor familiar	Sim	123 (36,2)
	Não	211 (62,1)
	Não sabe	4 (1,2)
	Prefere não responder	2 (0,6)

Tabela 2. Percepções sobre o exercício profissional e sobre saúde entre cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (1988-2007). N=340.

Variáveis	Categorias	n (%)
Satisfação com a profissão	Sim, completamente satisfeito	91 (26,8)
	Sim, parcialmente satisfeito	189 (55,6)
	Não	58 (17,1)
	Não sabe	2 (0,6)
Considera a odontologia estressante	Sim, muito estressante	119 (35,0)
	Sim, um pouco estressante	176 (51,8)
	Não	45 (13,2)
Teve nos últimos SEIS MESES algum problema de saúde que limitou ou impediu o exercício da odontologia	Sim	80 (23,5)
	Não	258 (75,9)
	Não sabe/ não lembra	2 (0,6)
* Se você tem algum problema de saúde atualmente, o exercício da odontologia foi a causa ou contribuiu para isso?	Sim	57(72,1)
	Não	25 (31,6)
Odontologia seria a profissão escolhida novamente	Com certeza sim	72 (21,2)
	Provavelmente sim	89 (26,2)
	Não sabe	50 (14,7)
	Provavelmente não	77 (22,6)
	Com certeza não	51 (15,0)
Se considera bem sucedido(a)	Com certeza sim	110 (32,4)
	Provavelmente sim	130 (38,2)
	Não sabe	29 (8,5)
	Provavelmente não	48 (14,1)
	Com certeza não	21 (6,2)
Competência profissional	Excelente	102 (30,0)
	Bom	213 (62,6)
	Razoável	16(4,7)
	Péssimo	1 (0,3)
	Não sabe	2 (0,6)

*n=80

Tabela 3- Distribuição dos egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (n=340) por período de conclusão do curso (1988 a 2007).

Variáveis	Categorias	1988-2007 N=340	1988-1997 N= 156	1998-2007 N=184	*P*
Gênero*	Feminino	218	94	124	0,176
	Masculino	122	62	60	
Município em que trabalha	Grande porte	264	131	133	
	Pequeno e médio porte	66	21	45	0,013
	N total***	330	152	178	
Cidade de atuação*	Capital	263	130	133	
	Interior	56	26	30	0,769
	N total***	319	156	163	
Registro de especialidade*	Sim	140	96	44	
	Não	200	60	140	<0,001
Idade atual (em anos) **				34,73(±6)/ 24 -49	<0,001

* Freqüência relativa
** Média (desvio-padrão) / Mínima-máxima
*** n< 340

Tabela 4. Distribuição dos agrupamentos de acordo com o perfil profissional de egressos da FO/UFG entre 1988 e 2007 (n= 322).

Tabela 5. Distribuição dos agrupamentos de acordo com as percepções sobre o exercício profissional entre cirurgiões-dentistas graduados na FO/UFG entre 1988 e 2007 (n = 322).

Variáveis	Categorias	n (%)	*Clusters* (%) 2	3		*P**
Odontologia como principal ocupação profissional	Sim	291 (90,4)	98,7	94,4	73,5	<0,001
	Não	31 (9,6)	1,3	5,6	26,5	
Âmbito do exercício odontológico	Público	59 (18,3)	11,9	24,7	24,5	
	Liberal	134 (41,6)	45,0	48,3	34,7	0,019
	Público e Liberal	111 (34,5)	43,0	27,0	40,8	
Tipo de atividade predominante	Clínica geral	131 (40,7)	11,3	93,3	44,9	
	Clínica especializada	140 (43,5)	74,8	3,4	34,7	<0,001
	Docência/ Outros	51 (15,8)	13,9	3,4	20,4	
Município do principal local de trabalho	Grande porte	254 (78,9)	90,7	53,9	91,8	
	Médio porte	36 (11,2)	7,9	21,3	6,1	<0,001
	Pequeno porte	25 (7,8)	1,3	24,7	2,0	
Jornada de trabalho semanal	≤a 20 hs	39 (12,1)	5,3	1,1	49,0	
	Entre 21 e 40 hs	138 (42,9)	40,4	46,1	51,0	<0,001
	Acima de 40 hs	139 (43,2)	54,3	52,8	0	
Nível mais alto de formação	Graduação	94 (29,2)	1,3	74,2	24,5	
	Especialização	164 (50,9)	68,9	23,6	61,2	<0,001
	Strito Sensu	63 (19,6)	29,8	2,2	14,3	
Principal fonte de renda	Sim	286 (88,8)	97,4	94,4	69,4	<0,001
	Não	35(10,9)	2,6	5,6	30,6	
Principal provedor(a) familiar	Sim	114 (35,4)	51,0	27,0	4,1	<0,001
	Não	204 (63,4)	49,0	73,0	95,9	
Tem ou teve problemas com a saúde que impede(iu) o exercício da odontologia	Sim	74 (23,0)	22,5	21,3	28,6	
	Não	248 (77,0)	77,5	78,7	71,4	0,605
Gênero	Feminino	209 (64,9)	53,0	71,9	89,8	<0,001
	Masculino	113 (35,1)	47,0	28,1	10,2	

*Teste de Qui-quadrado

Variáveis	Categorias	n (%)	*Clusters* (%)			*P**
			1	2	3	
Considera o trabalho odontológico	Muito estressante	114 (35,4)	39,1	14,6	59,2	
estressante	Um pouco estressante	166 (51,6)	48,3	76,4	30,6	<0,001
	Não estressante	42 (13,0)	12,6	9,0	10,2	
Satisfação com a odontologia	Totalmente satisfeito	89 (27,6)	39,1	19,1	4,1	
	Parcialmente satisfeito	181 (56,2)	60,3	71,9	36,7	<0,001
	insatisfeito	51 (15,8)	0,7	9,0	59,2	
Cursaria odontologia novamente	Sim	155 (48,1)	57,0	56,2	10,2	
	Não sabe	59 (15,5)	15,9	20,2	12,2	<0,001
	Não	117 (36,3)	27,2	23,6	77,6	
Auto-avaliação do sucesso profissional	Sim	235 (73,0)	93,4	67,4	28,6	
	Não sabe	29 (9,0)	4,0	15,7	12,2	<0,001
	Não	58(18,0)	2,6	16,9	59,2	
Auto-avaliação do desempenho profissional	Bom	301 (93,5)	99,3	95,5	85,7	<0,001
	Razoável	16 (5,7)	0,7	4,5	14,3	

* Teste do Qui-quadrado

Tabela 6- Importância relativa das variáveis com significância estatística na formação dos *clusters* entre cirurgiões-dentistas graduados na FO/UFG entre 1988 e 2007 (n= 322).

Cluster	%	Qui-quadrado	Graus de liberdade	$-log_{10}$ *P-Valor**	*P*

1	Maior tempo do exercício profissional (clínica especializada)	85,0	62,1	2	13,49	< 0,001
	Formação (especialização)	82,5	54,4	2	11,82	< 0,001
	Sucesso profissional (sim)	65,6	29,3	2	6,36	< 0,001
	Satisfação profissional (sim)	75,6	26,1	2	5,66	< 0,001
	Principal provedor (sim)	74,8	15,5	1	4,09	< 0,001
	Cidade onde trabalha (grande porte)	59,6	13,6	2	2,95	< 0,01
	Gênero (masculino)	70,3	9,7	1	2,73	< 0,01
2	Formação (graduação)	83,3	97,3	2	21,17	< 0,001
	Maior tempo do exercício profissional (clínica geral)	68,0	95,4	2	20,7	< 0,001
	Cidade onde trabalha (pequeno/médio porte)	88,0	40,9	2	8,9	< 0,001
	Se a odontologia é estressante (um pouco)	43,6	19,2	2	4,2	< 0,001
3	Satisfação profissional (não)	76,3	92,9	2	20,17	< 0,001
	Jornada de trabalho (≤20 horas)	72,7	83,0	2	18,02	< 0,001
	Sucesso profissional (não)	60,4	67,9	2	14,74	< 0,001
	Cursaria odontologia novamente (não)	38,0	41,6	2	9,04	< 0,001
	Principal fonte de renda (não)	62,5	32,0	1	7,82	< 0,001
	Principal provedor (não)	25,3	29,3	1	7,2	< 0,001
	Odontologia como principal atividade (não/não sabe)	65,0	21,3	1	6,4	< 0,001
	Gênero (feminino)	23,4	13,2	1	3,5	< 0,001
	Desempenho profissional (razoável)	58,3	12,6	1	3,42	< 0,001
	Se a odontologia é estressante (muito)	28,7	13,2	2	2,87	< 0,01

* - Log $_{10}$(Probabilidade): Maior valor é mais significativo.

Tabela 7. Comparação entre os *clusters* em relação às três variáveis numéricas (tempo de formado, idade atual e desempenho acadêmico) de cirurgiões-dentistas egressos da FO/UFG (n=322).

Variáveis contínuas	Solução 3 *clusters*		Solução 4 *clusters*		Solução 5 *clusters*	
	Cluster	Média (DP)	*Cluster*	Média (DP)	*Cluster*	Média (DP)
Tempo de formado (anos)	1	11.07 (5.8)^{A}	1a	11.96 (5.4)^{A}	1a	12.04 (5.4)^{A}
	3	9.98 (5.6)^{A}	1b	10.02 (6.1)^{A}	1b	10.18 (6.0)^{A}

	2	**6.62 (5.8)^{B}**	3	8.70 (5.7)^{A}	3	9.98 (5.6)^{A}
			2	**6.38 (5.7)^{B}**	1c	9.94 (5.9)^{A}
					2	**5.95 (5.6)^{B}**
Idade atual (anos)	1	35.06 (5.9)^{A}	1a	36.05 (5.6)^{A}	1a	35.96 (5.5)^{A}
	3	34.14 (5.3)^{A}	3	33.94 (5.5)^{AB}	1b	34.39 (5.7)^{A}
	2	**31.51 (6.4)^{B}**	1b	33.83 (6.2)^{AB}	3	34.12 (5.6)^{AB}
			2	**31.40 (6.3)^{B}**	1c	33.86 (6.4)^{AB}
					2	**30.92 (6.3)^{B}**
Desempenho acadêmico (Nota de 0-10)	2	7.53 (1.0)^{A}	2	7.48 (1.0)^{A}	1b	7.61 (0.9)^{A}
	3	7.42 (0.9)^{A}	1b	7.47 (0.9)^{AB}	2	7.47 (1.0)^{AB}
	1	**7.22 (0.9)^{A}**	3	7.39 (0.9)^{AB}	1c	7.46 (0.8)^{AB}
			1a	**7.06 (0.9)^{B}**	3	7.33 (0.9)^{AB}
					1a	**7.03 (0.9)^{B}**

- Letras diferentes indicam diferenças estatísticas entre os *clusters* (*One-way Anova seguida pelo Tukey's test*) – $p<0.05$;
- *Clusters* com valores mais baixos são realçadas em negrito - *Cluster* 2 eram mais jovens e tinham menor tempo de graduação, e *Cluster* 1/1a tiveram menor desempenho acadêmico durante a graduação.

Tabela 8- Análise de regressão logística entre satisfação profissional (satisfeito=280; insatisfeito=57) e as demais variáveis investigadas. Cirurgiões-dentistas graduados entre1988 e 2007 na FO/UFG. N=340.

Variáveis	**Satisfação Profissional** Satisfação/ insatisfação	Não ajustado		Etapa 1 ajustado*		Etapa 2 ajustado**	
		OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p

Gênero							
Feminino	172 (79,6)/ 44 (20,4)	1					
Masculino	108 (89,3)/ 13 (10,7)	0,47 (0,24-0,91)	0,026				
Idade							
Mais jovem	143(82,2)/ 31(17,8)	1					
Mais velho	137(84,0)/ 26(16)	0,87 (0,49-1,55)	0,648				
Odontologia é a principal ocupação							
Sim	267(87,8)/ 37(12,2)	1					
Não	13(39,4)/ 20(60,6)	11,10 (5,09-24,17)	<0,001				
Jornada de trabalho semanal							
Maior que 41 horas	135(96,4)/ 5(3,6)	1		1		1	
Menor que 40 horas	145(75,5)/ 47(24,5)	9,68 (3,75-24,96)	<0,001	3,87 (1,25-11,98)	0,018	4,06 (1,36-12,15)	0,012
Formação							
Pós-graduação	204(86,5)/ 32(13,5)	1					
Graduação	76(76,0)/ 24(24)	1,95 (1,08-3,51)	0,026				
Odontologia é a principal fonte de renda							
Sim	264(88,3)/ 35(11,7)	1		1			
Não	16(42,1) / 22(57,9)	10,37 (4,97-21,61)	<0,001	4,33 (1,33-14,10)	0,015	3,99 (1,47-10,80)	0,006
É o principal provedor familiar							
Sim	109(90,1)/ 12(9,9)	1					
Não	167(79,5)/ 43(20,5)	2,33 (1,18-4,63)	0,015				
Escolheria odontologia novamente							
Sim	157(97,5)/ 4(2,5)	1		1		1	
Não	123(70,3)/ 52(29,7)	16,59(5,84-47,13)	<0,001	8,84 (2,56-30,47)	<0,001	8,87 (2,61-30,10)	<0,001
Auto-avaliação do sucesso profissional							
Sim	230(95,8)/ 10(4,2)	1		1		1	
Não	49(51,6)/ 46(48,4)	21,59 (10,19-45,71)	<0,001	9,36 (3,80-23,04)	<0,001	8,18 (3,54-18,93)	<0,001
Auto-avaliação do desempenho profissional							
Bom	270(88,2)/ 36(11,8)	1		1			
Razoável	6(37,5)/ 10(62,5)	11,51(4,04-32,74)	<0,001	6,40(1,28-31,79)	0,023	6,04 (1,39-26,24)	0,016

*Ajustado pelas variáveis estatisticamente significantes na regressão logística simples

**Ajustado pelas variáveis estatisticamente significantes na regressão logística simples e por idade

Tabela 9– Relação entre desempenho acadêmico (média global e ranqueamento da média) e satisfação e desempenho profissional de cirurgiões dentistas egressos da FO/UFG- 1988 a 2007 (n=340).

Desempenho acadêmico			N	Média (DP)	P*
Média global	Satisfação profissional	Satisfeito	263	7,67(0,5)	0,133
		Insatisfeito	56	7,53(0,6)	
	Cursaria odontologia novamente	Sim	148	7,67(0,5)	0,491
		Não	172	7,62(0,6)	
	Sucesso profissional	Sim	225	7,66(0,6)	0,568
		Não	94	7,61(0,63)	
	Desempenho profissional	Bom	297	7,66(0,5)	0,018
		Regular	16	7,29(0,8)	
			N	Rank médio	*P***
Rank da média global	Satisfação profissional	Satisfeito	275	163,03	0,148
		Insatisfeito	57	183,23	
	Cursaria odontologia novamente	Sim	156	163,72	0,560
		Não	177	169,89	
	Sucesso profissional	Sim	235	165,61	0,793
		Não	97	168,65	
	Desempenho profissional	Bom	309	161,39	0,085
		Regular	17	201,88	

* Teste t de Student
**Teste de Mann-Whitney

5. DISCUSSÃO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE CIRURGIÕES-DENTISTAS

A distribuição equilibrada dos egressos dicotomizando em dois períodos: os dez anos com mais tempo de formado e os dez anos com menos tempo de formados, demonstra não haver viés na distribuição da amostra pesquisada.

A idade média dos respondentes na época em que concluíram o curso denota que os cirurgiões-dentistas estão se graduando muito jovens. O "rejuvenescimento" da categoria entre profissionais do estado de Goiás é descrito por Pereira e Botelho em 1997.

Outro aspecto é o forte aumento da presença feminina na odontologia que está em consonância com a maior parte da literatura científica nacional e internacional (AYERS *et al.*, 2008; BASTOS *et al*., 2003; MOIMAZ *et al*., 2003; KATROVA, 2004), mesmo nos países onde as mulheres sofrem fortes discriminações como a Índia (TANDON *et al*., 2007) ou em locais onde os homens ainda são a maioria na profissão (AGUILLA *et al.*, 2005). O surgimento e posterior incremento da presença feminina na profissão trouxeram consigo várias reflexões e/ou conjecturas. Há questionamentos sobre se essa presença tem alterado a profissão (DOLAN, 1991; SOLOMON e HAYES, 1995). Estudos que discorrem sobre a questão do gênero na odontologia têm enfocado as questões relativas à feminilização da profissão buscando explicá-las por meio da conformação do mercado de trabalho (tempo de permanência no trabalho, dupla jornada); passando pela configuração da profissão (motivação para a escolha do curso, relação profissional-

paciente, diferenças de gênero no trabalho e na satisfação com a profissão); pelo papel social da mulher (ROSEMBERG, 2001), estereótipos de gênero (AYERS *et al.*, 2008; SMITH e DUNDES, 2008; SCARBECZ e ROSS, 2002; RUSSELL e LEGATTE, 2002), além de enfocar outros aspectos como o desempenho na vida profissional (KATROVA, 2004; ATCHISON *et al.,* 2002), e desempenho de estudantes de odontologia (STEWART *et al*., 2006; FIELDS *et al*., 2003).

O exercício liberal exclusivo ainda foi o predominante. Se somados àqueles que além do serviço liberal exerciam a profissão como assalariados, a maioria dos profissionais tinha atividades no serviço privado. No entanto, há um acréscimo considerável de cirurgiões-dentistas (mais de cinqüenta por cento) que exerciam atividades assalariadas. É possível então inferir que, embora ainda haja predominância do serviço privado, este tende a decrescer como atividade exclusiva. No Brasil, isso se deu pela ampliação da oferta de serviço na rede pública a partir da década de 1980 e especialmente com a inserção da Estratégia de Saúde da Família em 2002. Bravo-Péres narrou situação semelhante na Espanha em 2004 e Brown e Lazar descreveram que nos Estados Unidos o declínio da atividade privada se iniciou a partir de 1999.

O grande número de indivíduos que exerciam a clínica geral pode ser justificado pela existência de recém-formados compondo a amostra e pelos que atuavam em cidades de pequeno porte, onde a atuação generalista é fortemente requisitada. Os cirurgiões-dentistas brasileiros investigados pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-econômicos (INBRAPE, 2003) também relataram exercer a clínica geral em sua maioria. Esse achado também pode corroborar a necessidade de investir na formação generalista do cirurgião-dentista, já que, ao que tudo indica é desta forma que um grande número destes profissionais está exercendo a sua prática, podendo ser um forte indicativo de que é essa a necessidade atual da sociedade. Há

também o indício de que profissionais qualificados com especialização estavam exercendo atividades de clínica geral, já que apenas 30% informaram não ter pós-graduação. "A especialização aparece como componente para diferenciar e qualificar o desempenho profissional e é uma via para o profissional firmar-se e competir no mercado", afirma Freitas (2007, p.33). A autora ainda afirma que a especialização é uma forma de manter o monopólio sobre o saber e a prática, tendo como ganho social para o profissional o status, o prestígio, o poder e a autonomia mercantil, que será em graus diferentes conforme a especialização realizada.

A presença dos profissionais de saúde em cidades de grande porte e o aumento da carga horária trabalhada são reconhecidos neste levantamento. A pesquisa do INBRAPE, em 2003, também demonstrou que mais de 40% dos pesquisados trabalhavam mais de 40 horas.

A maioria da amostra pesquisada informou ter na odontologia sua principal ocupação e ter a profissão como principal fonte de renda, mas também relatou não ser o(a) principal provedor(a) familiar, o que pode indicar uma baixa rentabilidade profissional. Confirma com a necessidade de a categoria aumentar o rendimento, o fato de que a maioria tinha carga horária semanal de trabalho alta. Os baixos ganhos são relatados como uma das causas de insatisfação com a profissão (AERTS *et al.*, 2004; CRUZ *et al.*, 2006; GÓMEZ, 2007). Este aspecto deve ser melhor discutido no âmbito das organizações representativas da categoria, visto que a longo prazo o excesso de horas trabalhadas pode conduzir a problemas de saúde.

A odontologia foi considerada estressante, mas a maioria dos profissionais é saudável, ou seja, não apresentou nenhum problema de saúde limitante ou que impedisse o exercício profissional. Os que possuem doenças crônicas que não impedem as atividades odontológicas possivelmente não estão incluídos entre os que relataram problemas de saúde. Embora a maioria tenha relatado ser saudável, é necessário considerar que quase um quarto da amostra relatou ter

estado impedida de exercer plenamente suas atividades profissionais em algum momento nos últimos seis meses. A literatura é unânime em afirmar que a odontologia é geradora de muitos problemas de saúde (MOIMAZ et al, 2003; GORTER et al, 2006; PURIENE et al, 2008). Nunes e Freire (2006), em estudo realizado com cirurgiões-dentistas que atuam no serviço público de Goiânia-GO, encontraram relação entre problemas de saúde e três dos quatro domínios de qualidade de vida do WHOQOL-Bref. A chance dos profissionais terem baixa qualidade de vida foi maior entre aqueles que relataram problemas de saúde e estavam insatisfeitos com sua saúde, nos domínios físico, psicológico e meio ambiente.

A percepção da odontologia como uma profissão estressante é apoiada por outras análises (AL-KHATIB *et al*., 2006*;* MOORE e BRØDSGAARD, 2001; HUMPHRIS e COOPER, 1998; MYERS e MYERS, 2004; ADAMS, 2005; BRAVO-PÉREZ, 2004). Estudos brasileiros sobre estresse em cirurgiões-dentistas são raros (OLIVEIRA e SLAVUTZKY, 2001). Estes autores investigaram Síndrome de *Burnout* entre cirurgiões-dentistas de Porto Alegre. A médio ou longo prazo, o estresse e subutilização da qualificação podem se tornar relevantes para o aparecimento de doenças e insatisfação profissional merecendo, portanto, atenção esses aspectos.

Contrastes nas percepções sobre a profissão foram observados mas, em geral, as positivas foram mais prevalentes. A maioria dos cirurgiões-dentistas se considera bons profissionais, muitos estão satisfeitos com a profissão e considera ter sucesso profissional. No entanto, menos da metade dos profissionais pesquisados cursariam odontologia novamente. Chambers (2001) afirma que as evidências sobre a satisfação de cirurgiões-dentistas com a profissão são difíceis de interpretar, o que é confirmado pelo estudo realizado por Moimaz *et al*.(2003) em Bauru-SP.

A própria terminologia satisfação no trabalho é considerada, mesmo por quem estuda o tema, como algo subjetivo podendo ter significados diferentes de pessoa para pessoa e até mesmo

para determinada pessoa em diferentes momentos, podendo variar conforme as circunstâncias, o ambiente de trabalho, a cultura etc., o que pode justificar essa aparente contradição. Devido à relevância da temática, na odontologia existem instrumentos específicos para analisar satisfação profissional (GORTER *et al.*, 2006; SHUGARS *et al.*, 1999).

5.2. ANÁLISE DE SEGMENTAÇÃO DOS EGRESSOS SEGUNDO O PERFIL PROFISSIONAL

Uma possibilidade para transformar dados em conhecimento buscando o padrão entre eles é a análise de agrupamentos. Segundo Hair *et al*.(2005), o objetivo da análise de agrupamentos é "agregar objetos com base nas características que eles possuem", independente de uma variável resposta (desfecho). A finalidade é agregar indivíduos que tenham "elevada homogeneidade interna (dentro dos agrupamentos) e elevada heterogeneidade externa (entre agrupamentos)".

A Análise de *Clusters* é um método intuitivo que não utiliza parâmetros estatísticos comuns aos testes de hipóteses, é sensível à variação na ordenação e número de casos, não apresenta soluções únicas, o que torna o método dependente de interpretação dos *cluster*s e características dos perfis e exige uma grande interação do pesquisador com os dados durante a análise. Os parâmetros empregados durante a análise são, entre outros: plausibilidade, coerência e ser perceptível na realidade observada.

A análise de *cluster*s foi utilizada na determinação do perfil e percepção dos sujeitos baseando-se na similaridade entre eles. Esse é o primeiro trabalho utilizando a análise de agrupamentos para determinação de perfil e percepção de cirurgiões-dentistas. A análise de agrupamento é um método relativamente pouco utilizado na pesquisa odontológica, embora muito utilizado para fins de segmentação do mercado.

A formação dos agrupamentos "é totalmente dependente das variáveis usadas como base para a medida de similaridade." Ou seja, elas "representam as características usadas para comparar objetos na análise de agrupamentos" Hair *et al*.(2005). A análise de *cluster*s é muito sensível à entrada de novas variáveis, portanto, a melhor análise foi realizada utilizando as

variáveis categóricas separadamente. Nesta análise, as variáveis determinaram a separação dos cirurgiões-dentistas examinados em 5 *cluster*s (grupos). Visando uma caracterização mais compreensível da amostra estes foram reagrupados em 3 *cluster*s. Sendo uma análise exploratória, isso é passível de ser realizado.

Os *clusters* encontrados são bem separados entre si. O *cluster* 1 é composto por indivíduos do gênero masculino, mais estabilizados, especializados e satisfeitos com a profissão. Shugars *et al*. encontraram certa similaridade de resultados numa pesquisa realizada em 1999 com cirurgiões-dentistas californianos sobre satisfação no trabalho. Concluíram que eram mais satisfeitos os mais velhos, que relataram maiores rendimentos, que tinham melhor qualificação e trabalhavam com pessoal auxiliar. Inversamente, no presente estudo, este grupo foi o que apresentou menor desempenho acadêmico no curso de odontologia entre todos os outros grupos.

Compõem o *cluster* 2, os que são apenas graduados e que fazem essencialmente clínica geral. Embora a maior parte do tempo suas atividades é na clínica privada, há um número considerável que paralelamente também acumula ou tem sua atuação unicamente no trabalho assalariado. Dado também relevante é que profissionais que se encontram nesse grupo estão trabalhando em municípios de pequeno e médio porte (até cem mil habitantes). Isso pode significar uma tendência à interiorização do exercício profissional que ocorre essencialmente pelas oportunidades de trabalho.

No *cluster* 3 está o grupo mais insatisfeito com a odontologia a ponto de não querer cursá-la se fosse fazer nova opção profissional. Levando-se em consideração que este grupo é constituído essencialmente de mulheres, e que há um incremento das mesmas nos cursos de odontologia, faz-se necessário uma melhor investigação junto a essa população visando melhor qualidade de vida no trabalho. Ayers *et al.*(2008), estudando as diferenças de gênero na prática e

satisfação com a carreira na Nova Zelândia, verificaram que as mulheres eram mais insatisfeitas com a carreira, e mais que os homens não cursariam novamente odontologia. Baldwin *et al.,* analisando dentistas recém-formados na Inglaterra em 1999, relataram que os homens são mais auto-confiantes no exercício profissional e que as mulheres tem maior medo de ações litigiosas e referem mais experiência de assédio moral. E Moimaz *et al.*(2003, p.301), escrevendo sobre a força de trabalho feminino na odontologia em Araçatuba- São Paulo, concluíram que, "embora a maioria das entrevistadas afirmou estar satisfeita com a profissão, os problemas financeiros, de saúde, as queixas e a não recomendação da profissão para o filho, traduzem a insatisfação, às vezes inconsciente, das mulheres no exercício da odontologia."

Neste grupo estão também os que não consideram a odontologia como principal atividade, dedicam-se menos à profissão e não a têm como principal fonte de renda. Todos esses aspectos denotam o descontentamento com o exercício profissional, o que é comprovado pela presença dos que não cursariam novamente a odontologia e da exclusividade dos que estão totalmente insatisfeitos. Moimaz *et al.*(2003), em seu trabalho sobre mulheres na odontologia, observaram resultados que vem ao encontro dos aqui obtidos, isto é, 87% disseram que esta não era a principal fonte de renda de sua família e 44% afirmaram que a renda obtida com o exercício profissional não era suficiente. Entre profissionais de ambos os gêneros, Shugars *et al*.(1999), na Califórnia, e Bastos *et al*.(2003), em São Paulo, observaram que uma causa de descontentamento era o nível de renda. Outros aspectos levantados como insatisfação foram pouco tempo pessoal, alta competitividade e saturação do mercado (Shugars *et al*., 1999; Moimaz et al, 2003; Aerts et al., 2004).

As variáveis tempo de formado, desempenho global da média e idade atual foram incluídas visando verificar o quanto estas interferem na determinação dos *cluster*s. Tudo indica que

profissionais com menos tempo de exercício profissional tendem a escolher novamente a odontologia se houvesse a oportunidade. Baldwin *et al.*(1999), em pesquisa realizada, com recém-formados na Inglaterra, observaram que dentistas muito jovens, em geral, tem uma atitude muito positiva com seu trabalho e a carreira escolhida.

Na solução com 5 *clusters* (Figura 6), as mulheres pertencentes aos *clusters* 1b e 1c diferentemente daquelas do *cluster* 5, estão satisfeitas com a profissão. Conhecer os fatores favoráveis e desfavoráveis à satisfação, realização profissional e escolha adequada do curso podem favorecer a implementação de estratégias junto a esses grupos, de reforço de um e monitoramento e acompanhamento de outro. O fato da docência e dos que estão em atividades administrativas estarem compondo o *cluster* 1b pode apresentar aspectos fundamentais para essa investigação. Gorter *et al.*(2006), encontraram que o empreendedorismo foi motivo de satisfação entre dentistas holandenses, não havendo diferenças entre os gêneros. Tandon *et al.*(2007), na Índia, discorrem sobre o fato de que, embora as mulheres tenham aumentado na profissão odontológica, ultrapassando os homens em alguns países, o número de mulheres dentistas em posições de liderança não são tão evidentes.

Os aspectos negativos apontados pelo *cluster* 5 como insucesso profissional, baixa auto-avaliação do desempenho, descontentamento com a profissão demonstrado na recusa em cursá-la novamente, o pouco envolvimento no exercício profissional evidenciado pela quantidade de horas trabalhadas, podem ser fortes indicativos de insatisfação. Gorter *et al.*(2006), em 2006, encontraram entre dentistas holandenses, como recursos de satisfação o contato com os pacientes, os resultados visíveis e imediatos do desempenho profissional com conseqüente reconhecimento do paciente e o empreendedorismo.

Nesta análise não é possível inferir as causas dos achados. Há necessidade de aprofundar os questionamentos e juntamente a entidades de classe, ensino e gestões de serviços públicos/privatizados estabelecer rumos adequados à condução de planejamentos e ações.

Outros grupos de cirurgiões-dentistas podem mostrar resultados diferentes. Mais pesquisas são necessárias para validar as constatações do presente estudo.

5.3. FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO NO TRABALHO ENTRE CIRURGIÕES-DENTISTAS

A relação que o indivíduo estabelece com seu trabalho é de fundamental importância para o próprio trabalhador como também para o ambiente de trabalho. Assim, a satisfação ou insatisfação profissional influencia o comportamento profissional e social do indivíduo (Mialhe *et al.*, 2008).

Satisfação com a profissão ou com o exercício profissional é referenciada na literatura científica como satisfação no trabalho ou satisfação profissional. "Satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e de difícil definição, por se tratar de um estado subjetivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e ao longo do tempo para a mesma pessoa." (Martinez *et al.*, 2004). A insatisfação profissional é considerada como fenômeno oposto ou distinto de satisfação profissional (Martinez e Paraguay, 2003), não existindo instrumento específico para dimensioná-la.

Embora existam estudos sistematizados desde a década de 30, não há consenso em relação aos conceitos e modelos teóricos de satisfação no trabalho (Martinez e Paraguay, 2003) dependendo, então, do referencial adotado.

A abordagem mais referenciada na literatura existente é a de Locke (1976) (apud Martins e Santos, 2006, p.196), que definiu satisfação como "um estado emocional agradável ou positivo, que resulta de algum trabalho ou de experiências no trabalho".

Como há diferença no construto conceitual sobre satisfação no trabalho, há também diferenças entre os instrumentos existentes para avaliá-la. Uma das formas de mensurar a

satisfação no trabalho é a auto-percepção do indivíduo sobre a mesma, representativo de uma dimensão mais pessoal.

Na literatura encontram-se diversas publicações sobre satisfação profissional de cirurgiões-dentistas nos Estados Unidos (Shugars *et al.,*1990; Logan *et al.,*1997), no Canadá (Roth *et al*., 2003; 2004), em Portugal (Luzzi *et al.,* 2005; Puriene *et al.,* 2007; 2008), e em artigo de revisão da literatura (Chambers, 2001), entre outros. Esses estudos utilizaram instrumentos para avaliar diversos aspectos da satisfação. No Brasil existem poucas informações sobre a satisfação profissional de cirurgiões-dentistas (Nicolielo e Bastos, 2002; Moimaz *et al.*, 2003) e os estudos são apenas descritivos.

Diante das mudanças que têm ocorrido no mercado de trabalho odontológico em nível mundial, são relevantes as investigações referentes a esses aspectos. Níveis de satisfação profissional podem ser indicativos do que pode ser aperfeiçoado para melhor qualidade de vida no trabalho.

A insatisfação profissional foi pouco freqüente entre os cirurgiões-dentistas pesquisados e esteve relacionada à avaliação negativa da profissão, do sucesso e desempenho profissional, ao menor tempo de dedicação semanal à profissão e não ter na odontologia sua principal fonte de renda.

A influência da quantidade de horas semanais trabalhadas é um aspecto relevante, pois mais da metade dos profissionais afirmou trabalhar menos que 40 horas semanais. Contudo, não se pode afirmar que são mais insatisfeitos aqueles que trabalham menos horas, ou que trabalham menos aqueles que estão mais insatisfeitos. A literatura é divergente dos resultados obtidos neste estudo. Shugars *et al.* (1990), na Califórnia, e Logan *et al.* (1997), em Iowa, em seus estudos com cirurgiões-dentistas, e Roth *et al.* (2003), com ortodontistas canadenses, afirmaram que um dos

fatores de insatisfação profissional era o pouco tempo pessoal disponível. Luzzi *et al.* (2005) relataram que mulheres australianas eram mais satisfeitas com relação ao tempo disponível para si e para a vida familiar porque ficavam menos horas clinicando.

Outro aspecto a ser considerado com relação às horas trabalhadas é o citado por Haro-Garcia *et al.* (2006), que afirmaram ser a restrição do trabalho diário de no máximo 8 horas diárias, uma conquista do século 20 e que o exercício acima de 40 horas semanais reduz a capacidade fisiológica do indivíduo. Informaram ainda que há evidências de que a função laboral acima de 60 horas semanais diminui o desempenho e a eficácia no trabalho, aparecem sintomas de fadiga, e diminui o estado de alerta, levando à insegurança no ambiente de trabalho. Causa ainda redução do sono, que pode conduzir à infarto agudo do miocárdio e síndromes metabólicas.

Não ter a odontologia como principal fonte de renda apresentou associação com insatisfação profissional e possivelmente está bastante relacionado ao aspecto anterior de menores quantidades de horas dedicadas à odontologia. Shugars *et al* (1990) encontraram resultados semelhantes quanto à insatisfação relacionado ao nível de renda entre cirurgiões-dentistas californianos.

Sucesso profissional apresenta subjetividade de terminologia. Os resultados do presente estudo sugerem que os respondentes consideraram que este vai além das questões meramente financeiras, visto que quando questionados sobre se eram os principais provedores familiares, a maioria afirmou não sê-lo, o que pode ser um indicativo de baixa remuneração. Além dessa questão, a variável "ser o principal provedor" apresentou associação com insatisfação profissional apenas na regressão logística simples, enquanto que auto-avaliação do sucesso profissional foi significante na regressão logística múltipla. Este aspecto também foi observado por Bastos *et al* (2003), em Bauru-SP. Apesar de uma parcela considerável ter afirmado se sentir

realizada com o respeito que recebe por ser cirurgião-dentista, com suas relações com outros profissionais e pacientes, a taxa de insatisfação financeira foi alta.

Ter uma auto-avaliação negativa do desempenho profissional, do sucesso profissional e escolha pela odontologia novamente são aspectos que apresentaram associação com insatisfação profissional e que não são relatados na literatura. Este resultado era esperado, visto que tratam de conceitos muito próximos.

Gênero, ter a odontologia como principal ocupação, nível de formação e ser o(a) principal provedor(a) familiar, são variáveis que mostraram relação com insatisfação profissional na regressão logística simples, mas estas associações desaparecem nas etapas seguintes de ajustamento. São, portanto, sensíveis à presença de outras variáveis.

Sendo os dados referentes apenas aos profissionais que atualmente exercem a profissão, os resultados relativos à insatisfação profissional podem estar subestimados. Assim sendo, outros cirurgiões-dentistas podem apresentar resultados diferentes. Contudo, o tamanho da amostra é representativo da população investigada.

Outro aspecto limitante é estar baseado em apenas uma questão de auto-percepção para avaliar satisfação/insatisfação. Apesar da existência de instrumentos específicos (*Dentist Satisfaction Survey* e *Dentist Job Satisfaction Scale*) que utilizam várias questões para mensurar satisfação entre cirurgiões-dentistas, a auto-percepção tem seu papel importante porque está baseado na interpretação que as pessoas têm da questão que está sendo avaliada. A análise de regressão logística utilizada amplia a dimensão analisada a partir de uma única pergunta e aponta para a multidimensionalidade da temática insatisfação profissional.

Os achados deste estudo, que mostram a existência de profissionais insatisfeitos com a profissão e os fatores associados a essa insatisfação, sugerem dimensões do exercício profissional

como causa dessa auto-percepção negativa. Ampliar a investigação sobre os motivos para esses profissionais dedicarem menor tempo semanal à odontologia e não terem na odontologia sua principal fonte de renda pode conduzir a novos conhecimentos que melhorem a qualidade de vida no trabalho.

5.4. DESEMPENHO ACADÊMICO NA GRADUAÇÃO E SATISFAÇÃO E DESEMPENHO PROFISSIONAL

O ser humano tem certa necessidade intrínseca ao seu comportamento de quantificar, mensurar, devido à sua inerente dificuldade em lidar com a subjetividade. Assim, a tendência de avaliar desempenhos não foge a essa regra, especialmente no meio acadêmico.

> "Examinando a evolução das ciências pode-se verificar que o problema da medida tem sido objeto de atenção dos cientistas desde a Antigüidade, a ponto de se considerar que uma ciência é mais evoluída quanto mais cedo foi sua preocupação com a mensuração" (SILVA, 2004, p.255).

Mesmo nas instituições onde já se adota a avaliação somativa, onde o acadêmico tem a oportunidade de ser avaliado em diversas situações e dimensões, o resultado normalmente é um somatório que se traduz em nota.

No entanto, o desempenho é um conceito multidimensional e compreende várias interfaces. Dentre elas, Conceição e Ferrinho (2005) especificam como componente do desempenho: o conhecimento (o saber), a competência (o saber como fazer e o mostrar como fazer), as aptidões (nas quais os autores incluem além das motivações individuais, o estado de saúde), a habilidade de comunicação (com colegas e pacientes), a colaboração (trabalho de equipe), e outros fatores condicionados pela organização ou sistema de saúde.

Esses aspectos são largamente alardeados hoje como componentes importantes do perfil do profissional de saúde. O que se espera, então, é que as instituições de ensino superior na área de saúde sejam capazes de atender a essas novas exigências e que mesmo que notas sejam a forma de traduzir o desempenho, essa seja capaz de traduzir muito mais que apenas o aspecto cognitivo. Ao se pensar a avaliação de desempenho, esta não pode estar desconectada da concepção de

aquisição de competência inerente ao processo educacional, pois a avaliação é um eixo estruturante do currículo e estabelece um processo dialógico com a forma de estruturá-lo. Lima (2005) assegura que a avaliação de desempenho deve ser pensada como uma atividade educacional expressiva e estratégica, devendo haver coerência entre as avaliações de processo (formativas) e as que definem a progressão do acadêmico (somativas) e dessas duas com o perfil profissional desejado.

Embora o desempenho acadêmico seja de relevada importância a ponto de refletir o pensamento e construção curricular de uma instituição, não foram encontrados trabalhos que demonstrem a relação existente entre o desempenho durante a graduação e o desempenho e/ou satisfação profissional. Estabelece-se nas diretrizes curriculares o que se espera de um profissional. No entanto, não são estabelecidos indicadores de desempenho profissional e desconhece-se assim se os resultados foram alcançados.

Assim sendo, o objetivo desse trabalho foi estabelecer essa relação. Os resultados indicam que os cirurgiões-dentistas que tiveram pior desempenho na graduação também avaliam negativamente seu desempenho profissional, mas a posição que ocupou em relação aos colegas no ranqueamento, não interferiu no desempenho profissional.

Quanto à satisfação profissional, a relação é inexistente quanto à média global e quanto ao ranqueamento durante a graduação.

Pode-se concluir que, sobre a perspectiva da auto-avaliação, o desempenho que o indivíduo teve durante sua vida acadêmica teve muito pouca conseqüência em sua vida profissional, restringindo-se apenas ao aspecto de auto-avaliação do desempenho.

5.5. ... UM ESTUDO COM EGRESSOS DA FO/UFG

Esta pesquisa foi realizada com egressos que integralizaram o curso de odontologia no período anterior à reforma curricular implementada na FO/UFG. Portanto, contempla um grupo cuja graduação possuía algumas características próprias, diferentes das hoje existentes na instituição. Dentre as mudanças pode-se citar a forma de ingresso. Embora o processo seletivo ainda continue sendo o vestibular, a recente adesão ao sistema de cotas modifica a inclusão dos alunos ao curso. Assim, a instituição necessita se adequar a essa nova realidade. Outra mudança é a organização das disciplinas que anteriormente eram anuais e presentemente são semestrais e a sistematização interna dentro das áreas específicas sofreu transformações no sentido de atuação multidisciplinar. As metodologias ativas e as transformações nos processos avaliativos têm sido foco das propostas de mudanças pedagógicas. Estas e outras mudanças nas diretrizes curriculares da FO/UFG podem conduzir a resultados diferentes em caso de replicação dessa pesquisa. Seria inclusive importante que houvesse diferenças porque estaria comprovado o impacto das mudanças realizadas no âmbito da instituição sobre a profissão e profissionais.

Por outro lado, o mundo do trabalho tem sofrido muitas e importantes transformações e a formação histórica da odontologia como profissão liberal se esbarra em novas situações e necessidades. Na realidade, desde a década de 1980, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira apontou necessidades de mudanças. Portanto, há aí um atraso considerável por parte da odontologia em relação às leis de mercado e de necessidade populacional.

Por outro lado, a convergência entre formação e trabalho é inquestionável. O próprio movimento existente hoje (reforma curricular, Pró-saúde, sistema de cotas) aponta para uma nova realidade social, econômica e de mercado de trabalho. Não se pode mais formar profissionais despreparados para a realidade que encontrarão e vivenciarão. As mudanças curriculares são propostas em função de um novo perfil profissional. Mas como pensar concretamente um perfil quando se desconhece o já existente?

O conhecimento de aspectos encontrados nesse estudo, como a caracterização dos agrupamentos e os fatores associados à insatisfação profissional podem também ampliar as lutas a serem implementadas para favorecer a profissão e seus profissionais.

Os dados encontrados na amostra pesquisada foram relevantes e positivos em muitos aspectos. Porém, alguns problemas foram detectados e precisam de atenção. O número de profissionais não localizados poderiam contribuir para achados diferentes. Com base nos resultados encontrados neste estudo, algumas ações são propostas buscando dar uma contribuição efetiva às instituições de ensino, aos CROs, sindicatos, associações odontológicas e serviços de saúde.

Sugere-se:

- realizar novos estudos, com este mesmo caráter, na vigência do novo currículo e estabelecer comparações buscando compreender as possíveis diferenças e semelhanças entre os profissionais graduados na instituição em diferentes momentos e as possíveis consequências desses achados;
- utilizar com frequência os registros existentes na FO/UFG transformando dados em informações. Existem atualmente vários dados disponíveis, como dados sócio-econômicos do vestibular, avaliações de disciplinas e do curso, entre outras;

- realizar estudos longitudinais e qualitativos sobre o sistema pedagógico e de avaliação da FO/UFG, incluindo, o conhecimento das metodologias e sistemas avaliativos utilizados pelas áreas/ disciplinas. Para que isso aconteça, é necessário sistematizar um banco de dados;
- que a FO/UFG tenha um cadastro atualizado dos egressos da instituição;
- que o CRO crie um instrumento de pesquisa a ser preenchido pelos profissionais que cancelam o registro profissional, com o objetivo de conhecer as causas de abandono da profissão;
- criar indicadores de desempenho e satisfação acadêmica e profissional para avaliações freqüentes;
- sugere-se também que as instituições de ensino ofereçam respostas às dimensões da formação, preparando os futuros profissionais para a realidade do trabalho. Conhecer as expectativas de acadêmicos quanto ao mundo do trabalho pode ser um dos aspectos a ser considerado.

6. CONCLUSÕES

Conclui-se desse estudo que:

- A característica dos egressos da FO/UFG acompanhou a tendência brasileira, especialmente na predominância do gênero feminino, tendência à especialização, carga horária de trabalho alta e município de grande porte para atuação profissional;
- A maioria dos cirurgiões-dentistas tinha a odontologia como principal atividade, mas não são os principais provedores familiares;
- A maioria dos egressos considerava a odontologia um pouco estressante, tinha uma auto-avaliação do desempenho boa, considerava-se bem sucedido, estava satisfeita com a profissão, mas menos da metade optaria pela odontologia novamente;
- Quase um quarto dos profissionais já teve problemas de saúde limitantes ou que impediram o exercício profissional;
- Na análise de agrupamentos, o *Cluster* 1 é composto por especialistas com alta renda e visão positiva da profissão; o *Cluster* 2 é formado pelos clínicos gerais que trabalham em cidades menores; e *Cluster* 3 por dentistas com baixa motivação, baixa renda e com visão negativa da profissão. Homens foram predominantes no *cluster* 1 e mulheres no *cluster* 3. A idade e tempo de formado foi significativamente menor no *cluster* 2.
- Soluções alternativas com 4 e 5 *clusters* particionaram o *cluster* 1 de acordo com o sexo (1a e 1c) e profissionais relacionados com docência e atividades administrativas (1b). O

desempenho acadêmico foi significativamente menor no *cluster* 1a (homens especialistas).

- A insatisfação profissional está relacionada à auto-avaliação negativa da profissão, o que pode reduzir o envolvimento com o trabalho e consequente baixa eficácia e eficiência do cirurgião-dentista.
- Os cirurgiões-dentistas que tiveram pior desempenho na graduação também avaliam negativamente seu desempenho profissional;
- O desempenho acadêmico não teve relação com a satisfação profissional dos cirurgiões-dentistas, nem o impediria de optar novamente pela odontologia.

7. REFERÊNCIAS

1. ADAMS, T.L. Feminization of Professions: The case of women in Dentistry. **Can J Sociol**, [S.l], v.30, p.71-94, 2005.

2. AERTS D, ABEGG, C, CESA K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.131-38, 2004.

3. AGUILLA, M.A.; LEGGOTT, P.J.; ROBERTSON, P.B. *et al*. Practice patterns among male and female general dentists in a Washington state population. **J Am Dent Assoc**, [S.l], v. 136, n.6, p.790-796, 2005.

4. AL-KHATIB, I.A.; ISHTAYEH, M.; BARGHOUTY, H.*et al*. Dentists' perceptions of occupational hazards and preventive measures in East Jerusalem. **East Mediterr Health J**, Egypt, v.12, n.1/2,p.153-60, 2006.

5. ATCHISON, K.A.; BIBB, C.A.; LEFEVER, K.H.*et al*. Gender Differences In Career and Practice Patterns of PGD-Trained Dentists. **J Dent Educ**, [S.l], v.66, n.12, p.1358-67, 2002.

6. AYERS, K.M.S.; THOMSON, W.M.; RICH, A.M. *et al*. Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. **J Dent**, [S.l], v.36, n.5, p. 343-50, 2008.

7. BALDWIN, P.J.; DODD, M.; RENNIE, J.S. Young dentists- work, wealth, health and happiness. **Br Dental J**, [S.l], v.186, n.1, p.30-6, jan 1999.

8. BASTOS, J.R.M.; AQUILANTE, A.G.; ALMEIDA, B.S. *et al.* Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru– USP entre os anos de 1996 e 2000 . **J Appl Oral Sci**, Bauru, v.11, n.4, p.283-89, out./dez. 2003.

9. BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Disponível em: portal.mec.gov.br/**cne**/arquivos/pdf/**CES**0**32002**.pdf Acessado em 20 de abril de 2009.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**/ Barros, A.F.R. (Org.) *et al.* Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2003. p.1-460.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Chamado à ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas américas.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p.1-12.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde). Disponível em:** http://www.prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf Acesso em: 20 maio 2009.

13. BRAVO-PÉREZ, M. Desigualdades geográficas en las cargas de trabajo por dentista em España entre 1987 y 1997. Cargas de trabajo por dentista. **RCOE**, Madrid, v.9, n.3, p. 277-84, may/jun 2004.

14. BROWN, L.J.; LAZAR, V. Trends in the dental health work force. **JADA**, [S.l], v.130, n.12, p.1743- 49, 1999.

15. CHAMBERS, D.W. The role of dentists in dentistry. **J Dent Educ**, [S.l],v.65,n.12,p.1430-40, 2001.

16. CARVALHO, C. L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. **Hist. Cienc. Saude – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 55-76, jan./mar. 2006.

17. CARVALHO, N.F. Evolução da odontologia- odontologia mundial. Disponível em: <http://www.abcd-rj.org.br/paginas/historia.htm> Acesso em: 17 dez 2008.

18. CONCEIÇÃO, C.; FERRINHO, P. Texto de apoio: garantia de bom desempenho em obstetrícia e ginecologia- papel dos profissionais e dos gestores- Reunião para um Consenso; Covilhã - Portugal, 2005. Disponível em: <http://www.ago.pt/attachments/091_DOG_apoio_ccpf.pdf> Acesso em; 06 jun 2009.

19. CORDÓN, J.A. Um marco conceitual na questão das práticas em odontologia. **Rev Ação Coletiva**, [S.l], v.2, n.4, p.5-16, 1999.

20. CRUZ, K.S.; CRUZ, M.H.S.; CORREIA, A.C. *et al*. Construção Social da Prática Odontológica. **Rev da Fapese**, Sergipe, v.2, n.1, p.125-42, jan/jun 2006.

21. DOLAN, T.A. Gender trends in dental practice patterns. A review of current U.S. literature. **J Am Dent Assoc**, [S.l], v.58, n.3, p.12-8, Fall 1991.

22. FIELDS HW, FIELDS AM, BECK FM. The Impact of Gender on High-Stakes Dental Evaluations. **J Dent Educ**, [S.l], v.67, n.6, p.654-60, 2003.

23. FO/UFG. Faculdade de Odontologia da UFG-60 anos. **Rev comemorativa dos 60 anos da Fac de Odontol da UFG**, Goiânia: Editora Contato Comunicação, 2005.19p.

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

25. GARRAFA, V.; MOYSÉS, S.J. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável, cientificamente discutível, socialmente caótica. **Rev Divulgação em Saúde para Debate**, [S.l], v.13, p.6-17, 1996.

26. GÓMEZ, I.C. Occupational health: a review trought the New Working conditions. **Univ Psychol**, Bogotá, v.6, n.1, p.105-13, jan/abr 2007.

27. GORTER, R.C.; BRAKE, J.H.M.; EIJKMAN, M.A.J. *et al*. Job resources in Dutch dental practice. **Int Dent J**, [S.l], v.56, p.22-8, feb 2006.

28. HAIR Jr, J.F.; TATHAM R.L. **Análise de agrupamentos.** In: HAIR Jr, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM R.L. *et al.* Análise multivariada de dados. 5. Ed., Porto Alegre: Editora Bookman, 2005. p. 381-7.

29. HARO- GARCIA, L.; SÁNCHEZ-ROMÁN, R.; ARTURO, C. *et al*. Justificaciones médicas de la jornada laboral máxima de ocho horas. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc**, [S.l], v.45, n.2, p.191-197, abr 2007.

30. HUMPHRIS, G.M.; COOPER, C.L. New stressors for GDPs in the past ten years: a qualitative study. **Br Dent J**,[S.l], v.185,n.8, p.404-6, oct 1998.

31. INBRAPE. Brazilian Institute of Socioeconomic Studies and Research. Profile of the dentist in Brazil. 2003. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/pdf/perfil_CD.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2008.

32. KATROVA, L.G. Gender impact on the socioprofessional identification of women dentists in Bulgaria. **J Dent Educ**, Bulgaria, v. 68, n. 7supll, p.19-22, jul. 2004.

33. LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.

34. LOGAN, H.L.; MULLER, P.J.; BERST, M.R. *et al*. Contributors to dentists job satisfaction and quality of life. **J Am Coll Dent**, [S.l], v.64, n.4, p.39-43, winter 1997

35. LUZZI, L,; SPENCER, A.J.; JONES, K.*et al*. Job satisfaction of registered dental practitioners. **Australian Dent J**, Australia, v.50, n.3, p.179-185, 2005.

36. MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA, N.A.; BLANCO, M.R.B. A força do trabalho feminino na Odontologia, em Araçatuba - SP. **J Appl Oral Sci**, Bauru, v. 11, n. 4, p. 301-5, out./dez. 2003.

37. MOORE, R.; BRØDSGAARD, I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. **Community Dent Oral Epidemiol**, [S.l], v.29, n.1, p.73-80, feb 2001.

38. MYERS, H.L.; MYERS, L.B. 'It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner. **Br Dent J**, [S.l], v.197, n.2, p.89-93, jul 2004.

39. Narvai PC. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.p.1-113.

40. NUNES, M.F.; FREIRE, M.C.M. Quality of life among dentists of a local public health service. **Rev Saude Publica**, São Paulo,v.40,n.6,p.1019-26,2006.

41. OLIVEIRA, J.R.; SLAVUTZKY, S. M. B. A síndrome de burnout nos cirurgiões-dentistas de Porto Alegre, RS. **Rev Fac Odontol**,Porto Alegre, v.43, n.2, p.45-50, dez 2001.

42. PAZETO, A.E. Universidade, formação e mundo do trabalho: superando a visão corporativa. **Ensaio: aval Pol Públ Educ**, Rio de Janeiro, v. 13, n.49, p. 487-96, out./dez. 2005.

43. PEREIRA, M.F.; BOTELHO, T.L. Perfil do cirurgião-dentista do Estado de Goiás- Part 1. **Rev da Fac de Odontol da UFG**, Goiânia, v. 1, n.1, p. 37-40, 1997.

44. PURIENE, A.; ALEKSEJUNIENE, J.; PETRAUSKINE, J. *et al*. Self-Reported Occupational Health Issues among Lithuanian Dentists. **Ind Health**, Lithuanian, v.46, p.369–74, aug 2008.

45. RABELO, N.S.; MACEDO, L.A.; MARRA, E.M.O. Percepção dos cirurgiões-dentistas sobre o mercado de trabalho atual. Disponível em: http://www.propp.ufu.br/revistaeletronica/edicao2002/D/PERCEPCAO%20.PDF Acesso em: 06 abril 2009.

46. ROSEMBERG, F. Caminhos cruzados: educação e gênero na produção acadêmica. **Educ e Pesq**, São Paulo, v.27, n.1, p.47-68, jan/jun 2001.

47. ROTH, S.F.; HEO, G.; VARNHAGEN, C. *et al.* Job satisfaction among Canadian orthodontists. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.123, n.6, p.695-700, jun 2003.

48. ROTH, S.F.; HEO, G.; VARNHAGEN, C. *et al.* The relationship between occupational stress and job satisfaction in orthodontics. **Am J Orthod Dentofacial Orthop**, v.126, n.1, p.106-9, jul 2004.

49. RUSSELL, E.M.; LEGGATE, M. Dentists in general and community practice: a Scottish survey. **BDJ**, [S.l], v.193, n.6, p. 333 -7, 2002.

50. SCARBECZ, M.; ROSS, J.A. Gender differences in first-year dental students' motivation to attend dental school. **J Dent Educ**, [S.l], v.66, n.8, p.952-61, 2002.

51. SERRA, M.C.; HENRIQUES, C. Participação de cirurgiões dentistas em empresas de odontologia de grupo. **Rev ABO Nacional**,v.8,n.2,p.80-5,2000.

52. SHUGARS, D.A.; DIMATTEO, M.R.; HAYS, R.D. *et al.* Professional satisfaction among California general dentists. **J Dent Educ**, California,v.54,n.11,p.661-9,1999.

53. SILVA, J.A. O uso da avaliação e a avaliação de seu uso (acerca da avaliação da qualidade do ensino). **Paidéia**, Ribeirão Preto,v.14, n.29,p.255-264,sept./dec 2004.

54. SILVA, S.R.C.; ROSA, A.G.F. Características dos cirurgiões dentistas com vínculo empregatício em empresas públicas e/ou privadas no município de Araraquara- SP. **Rev Odontol UNESP**, São Paulo,v.25,p.9-18,1996.

55. SMITH, M.K.; DUNDES, L. The Implications of Gender Stereotypes for the Dentist-Patient Relationship. **Dent Educ**, [S.l],v.72,n.5,p.562-70,2008.

56. SOLOMON, E.S.; HAYES, M.J. Gender and the transition into practice. **J Dent Educ**, [S.l],v.59, n.8, p.836-40, aug 1995.

57. STEWART, C.M.; BATES JR, R.E.; SMITH, G.E. *et al*. Impact of gender on dental state licensure examination performance. **J Dent Educ**, [S.l],v.70,n.5,p.525-30,2006.

58. TANDON, S.; KOHLI, A.; BHALLA, S. Barriers to leadership positions for Indian women in academic dentistry. **Int Dent J**, Karnataka,v.57,p.331-7,oct 2007.

59. UNFER, B.; SALIBA, O. O cirurgião dentista do serviço público: formação, pensamento e ação. **Rev Bras Saúde Coletiva**, [S.l],v.2,n.2,p. 45-51,2001.

60. WIKIPÉDIA. **Sistema de cotas**. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_cotas#No_Brasil Acesso: 20 abril 2009.

61. ZAINKO, M.A.S. Avaliação da educação superior no Brasil: processo de construção histórica. **Avaliação**; [S.l],v.13,n.3,p. 827-831,2008.

62. 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. **Rev Ação Coletiva**, [S.1.],v.2,n.3,p.11-24,1999.

ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A. ARTIGO 1: IDENTIFYING BRAZILIAN DENTISTS' PROFILE USING CLUSTER ANALYSIS BASED ON JOB-RELATED VARIABLES AND PERCEPTION ABOUT PROFESSION

APÊNDICE B. ARTIGO 2: FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS COM A PROFISSÃO

APÊNDICE C. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE D. OFÍCIO AO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE GOIÁS

APÊNDICE E. OFÍCIO AO DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS ACADÊMICOS DA UFG

APÊNDICE F. APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

APÊNDICE G. QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

ANEXO 1. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APÊNDICE A. ARTIGO 1: IDENTIFYING BRAZILIAN DENTISTS' PROFILE USING CLUSTER ANALYSIS BASED ON JOB-RELATED VARIABLES AND PERCEPTION ABOUT PROFESSION

APÊNDICE B. ARTIGO 2: FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS COM A PROFISSÃO

Identifying Brazilian Dentists' Profile using Cluster Analysis based on job-related Variables and Perception about Profession

Abstract

Follow-up studies of former students are an efficient way to organize the entire process of professional training and curriculum evaluation. The aim of this study was to identify professional profile subgroups based on job-related variables in a sample of former students of a Brazilian public dental school. A web-based password-protected questionnaire was sent to 633 registered dentists who graduated from the Federal University of Goias between 1988 and 2007. Job-related information was retrieved from 14 closed questions, including gender, occupational routine, training, profits, income status, and self-perception of professional career, generating an automatic database for analysis. The Two-Step Cluster method was used for dividing dentists into groups on the basis of minimal within-group and maximal between-group variation, using job-related variables to represent attributes upon which the clustering was based. There were 322 respondents (50.9%), predominantly female (64.9%) and the mean age was 34 years (SD=6.0). The automatic selection of an optimal number of clusters included 289 cases (89.8%) in 3 natural clusters. Clusters 1, 2 and 3 included 52.2, 30.8 and 17.0 percent of the sample respectively. Interpretation of within-group rank of variable importance for cluster segmentation resulted in the following characterization of clusters: Cluster 1 – specialist dentists with higher profits and positive views of the profession; Cluster 2 – general dental practitioners in small cities; Cluster 3 – underpaid and less motivated dentists with negative views of the profession. Male dentists were predominant in cluster 1 and females in cluster 3. One-way Anova showed that age and time since graduation were significantly lower in Cluster 2 ($p<0.001$). Alternative solutions with 4 and 5 clusters revealed specific discrimination of Cluster 1 by gender and dental education professionals. It was concluded that cluster analysis was a valuable method for identifying natural grouping with relatively homogeneous cases, providing potentially meaningful information for professional orientation in Dentistry in a variety of professional situations and environments.

Keywords: Human Resources in Health, Dentistry, Cluster analysis.

Introduction

Identifying professional profiles in follow-up studies of former students is an efficient way to organize the entire process of professional training and curriculum evaluation of an educational institution. Therefore, universities should continually revise the profiles of the professions for which they offer training.

Dental education may be planned to match societal demands and curriculum guidelines should address these regional needs. The dental profession in Brazil was especially influenced by changes in epidemiological traits of caries, growing demand for dental assistance, the reformulation of the public health care system and overall socioeconomic and cultural changes in recent years. These trends occur mainly in large cities, but inequalities in disease prevalence and access to dental care are still remarkable [1,2,3], despite the fast-growing adhesion of newcomers to the profession in Brazil.

Recent studies underlined recommendations for a strategic national oral health care plan for countries with both developed [4] and emerging economies [5]. The recent Brazilian national curriculum guidelines for university dental courses are consistent with public health policies, which emphasize the need for general dental practitioners focused on primary oral health care, with the ability to cooperate across different professional disciplines.

In Brazil, dental care assistance is provided in two ways: (1) a public health system focused on primary health attention, and (2) private dental care based on professional cooperatives and dental insurance companies, or fee-for-service health care. Both have serious shortcomings. Availability and accessibility are historical problems that affect the quality of public health services, owing to the high demand and the growing need of high complexity treatments. Private dental care is affected by cost and supplier factors. Treatment fees have great impact on access to dental care, and the utilization of dental services and supplier-induced demand – i.e. overconsumption of services generated by the economic self-interest of dental professionals, – are common barriers to the need-demand-utilization process [6,7,8].

In this complex scenario, information about dental professionals' characteristics is lacking, including their practice context and personal views of the profession. Thus, the aim of this study was to identify professional profile subgroups based on job-related variables, combined with their perception of professional practice in a sample of former students from a Brazilian public dental school.

Materials and Method

A cross-sectional study was planned to include former students of the School of Dentistry of the Federal University of Goias, who graduated in the period between 1988 and 2007. Academic and professional data was obtained from the University Registrar's Office and the Federal Council of Dentistry, respectively. The research project had been previously examined and approved by the Local Ethical Committee.

A web-based password-protected questionnaire about job-related variables and perception about profession was sent individually by e-mail to the former students using a software manager (SGAD, Cenatech, Goiania, Brazil). As the respondent accessed the e-mail message, a link with a numeric code redirected the respondent to a webpage with the informed consent and acceptance for participation. The questionnaire consisted of 14 closed-questions, including occupational routine, training, professional profits, income status, and self-perception of professional career. Respondents' status was monitored online throughout the process.

From 1,188 eligible former students, 546 were excluded from the sample because of: their failure to provide professional records, home address, telephone number or e-mail address (n=367); cancellation or nonexistence of professional register (n=174); or death (n=5). The questionnaire was sent to the remaining 642 subjects, corresponding to 54.0% of the former students' population.

Descriptive statistics were obtained for nominal (frequency and percentage) and numerical (mean and standard deviation) data. The non-hierarchical Two-step

cluster analysis was used to divide samples into *n* number of clusters based on gender, and job-related and professional perception variables (14-item questionnaire), using an auto-clustering algorithm.

Alternative solutions with different number of clusters were tried to disclose natural groupings other than the default auto-clustering option of the software. All proposed clustering solutions were selected according to interpretability and plausibility.

Cluster analysis was used as an exploratory data analysis technique to reveal natural grouping from latent patterns in a large data set on the basis of a minimal within-group and a maximal between-group variation, without prejudgment. There are three stages to cluster analysis; partitioning/similarity (what defines the groups); interpretation of clusters (how to use groups); and profiling the characteristics of similar/partitioned groups (what explains the groups).

The two-step algorithm analysis allows subjects to be divided into an optimal number of clusters according to continuous and categorical variables. The variable importance for cluster segmentation was ranked by a Chi-square test in which each cluster group was tested against the overall group. Since multiple tests were performed, Bonferroni adjustments were applied to control the false-positive error rate. An alternative importance measure, which has the advantage of placing both types of variables on the same scale, is based on statistical significance values using $-\log^{10}$ of the statistical significance (–log10 P-value). This transformation stretches the original scale from 0 to infinity (instead of a small band from 0 to 1), so that larger values of –log10 of P-value equate to greater significance.

One-way Anova followed by the Tukey post-hoc test were used to test differences among clusters according to three numerical variables: time since graduation degree; present age in years; and overall academic performance during degree.

The database of answers was exported to a data file of SPSS 16.0 software, which was used for clustering and all descriptive and hypothesis testing analyses.

Results

The response rate was 50.9% (n=322), 43.2% of them graduated before the year 1998 (1988–1997 group) and 56.8% graduated after 1997 (1998–2007 group). Respondents were predominantly female (64.9%), working in Goiania, the capital of the State of Goias (76.7%), and had a graduation degree as their highest professional training level (58.4%). Their age ranged from 23 to 49 years (mean=34; SD=6). No differences in gender (p=0.218) and job localization (p=0.778) were observed between the 1988–1997 and the 1998–2007 groups. On the other hand, the 1998-2007 group had significantly more professionals with a graduation degree only when compared to the 1988–1997 group (36.7 versus 74.9%; p<0.001), as well as a lower age and time since graduation (p<0.001).

By comparing the values of a model-choice criteria across different clustering solutions and automatically determining the optimal number of clusters, the Two-step exploratory cluster analysis revealed natural groupings of three separate groups with 52.2 (n=151), 30.8 (n=89) and 17.0 (n=49) percent of the respondents (clusters 1, 2 and 3) respectively. The auto-clustering algorithm combined 289 cases (89.8%) in this three-cluster solution and 33 (10.2%) were excluded or unclassified.

Answers to the questionnaire are detailed in Tables 1 and 2, for job-related variables and perception about profession respectively. All variables used for clustering had a significant association with frequency distribution among groups (p<0.001), except for the variables type of health care insurance and reported job-related health problems (Table 1). The relative importance of significant variables for the difference of each cluster is shown in Table 3, where within-group rank of variable importance for cluster segmentation is depicted for each cluster. The variables, which were significant for the cluster formation,

were ordered individually for each cluster and the importance measures of each variable were expressed in Table 3 in the form of the frequencies of each category of the variable, and the Chi-square test and significance level (–log10 P-value and P-value). The greater the –log10P-value, the greater the significance of the variable for the cluster formation. In each cluster, significant variables are in descending order of relevance for the clustering process based on statistical significance.

The interpretation of within-group rank of variable importance for cluster segmentation makes possible the individual characterization of clusters, as follows: Cluster 1, specialist dentists with higher profits and positive views of the profession; Cluster 2, general dental practitioners in small cities; Cluster 3, underpaid and less motivated dentists with negative views of the profession. Male dentists were predominant in cluster 1 and females in cluster 3.

A detailed description of clusters indicates that Cluster 1 basically contains predominantly male dentists, who are specialists and practice specialized oral health care for most of their work time. They work in large municipalities, are the principal family breadwinners, consider themselves successful and are satisfied with their profession. Cluster 2 is predominantly made up of females, with a lighter weekly workload. Dentistry is not their main profession or source of income and they are not the main family breadwinners. Negative aspects such as stress, low professional self-esteem, dissatisfaction and feelings of regret are present. Cluster 3 is made up of those who only have a graduate degree, work mainly in general practice, in small and medium-sized municipalities and are under low levels of professional stress.

Alternative solutions with Clusters 4 and 5 showed specific discrimination of cluster 1 by gender and dental education professionals. Consequently, Cluster 1 was divided into two or three other subgroups: 1a/1c, gender-related subgroups of specialist dentists with higher profits and a positive views of the dental profession; and 1b, dental education professionals. The number of excluded cases was the same for the 4 and 5 cluster solutions. Figure 1 summarizes all clustering solutions and group characterization.

Between-group comparison of clusters according to numerical variables (Table 4) showed that age and time since graduation were significantly lower in Cluster 2 ($p<0.001$). There was a significant difference for the lower values of Cluster 1a (4 and 5-clusters solutions) for academic performance in graduation degree courses.

Discussion

This study revealed natural groupings among former students of a Brazilian public university according to job-related issues and perception about profession. Diversity in professional profiles shows the dynamic nature of dentistry as a profession and reveals important underlying factors influencing dental careers. The skills, motivation and commitment of the health care workforce in general are increasingly recognized as being intimately linked with the performance of health systems, and thus important for research [9]. Recent technical advances, changes in the public and private health systems, an increasing number of professionals, and changes in educational guidelines are major challenges facing dentistry today in Brazil.

Previous studies aimed at identifying dentists' professional profiles from different perspectives [4,10,11]. Gender-related studies observed that women are more inclined to have a lower weekly workload owing to family commitments [10,11]. Nunes and Freire [12] studied quality of life profiles in Brazilian public health dentists and reported a low quality of life in physical and psychological domains and a high quality of life in social relationships and environmental domains, which were associated to self-rated quality of life, current health status and job satisfaction.

Our data was collected using a web-based questionnaire builder and analyzer, which can provide functions for researchers to create questionnaires in a fast and easy manner, and increase the response time and rate. The risk of non-response bias was judged as low, since no answer rates were distributed similarly among different years since graduation and between genders. Failure to locate former students and identify a valid e-mail address reduced

significantly the number of eligible subjects from the final sample. Almost half of the sent questionnaires were unanswered, most of them probably due to a failure to access an e-mail account. This is definitely a major problem with web-based questionnaires, since it's estimated that only 34.4% of the Brazilian population are internet users and only 3.5% are broadband subscribers [13].

Cluster analysis is a relatively uncommon method used in dental research, although commonly used for market segmentation purposes. To summarize, cluster analysis is a way of grouping cases of data based on the similarity of responses to several variables, and is useful mainly in situations where there are hundreds of people and lots of variables, which would become very cumbersome and almost impossible to interpret. However, there some things to be aware of when conducting cluster analysis, mainly that solutions cannot be unique since they are based on algorithms rather than formal mathematics. Limitations of cluster analysis include the proper selection of method, since different methods of clustering usually give very different results, also the results will be affected by the way in which the variables are ordered and the analysis is not stable when cases are dropped. Running different alternative clustering solutions with careful interpretation of clusters and profiling characteristics, according to the study interest, is essential in determining the number of clusters in the final solutions, since no method for validation is available for an optimal solution. Considering that cluster analysis is very sensitive to the entry of new variables, we opted to perform clustering using the categorical variables separately and subsequently performed between-group comparison of clusters with the numerical variables.

Descriptive analysis showed some universal characteristics of dentists' population elsewhere: predominance of women, high levels of professional involvement (dentistry as main occupation and high weekly workload), predominance of workers in private dental service, and a tendency toward specialization and concentration in large cities (REF). Bravo-Péres [1] found a similar situation in Spain in 2004 and Brown and Lazar [14] described how, in the United States, the decline in private practice started at the beginning of the 1990s. In Brazil, a similar situation occurred at the same time when there was an increased demand and utilization of public dental services. Even though private practice still predominates, there is a decreased tendency, because of

the number of professionals in the public sector as a result of public health policies.

Only a minority considered dentistry as a low-stress profession (13.0%) and the majority reported they were in a healthy state with no health problem that could hinder their professional practice (77.0%). On the other hand, it's important to observe that almost a quarter of the sample (23.0%) reported have been unable to exercise their professional activities fully at some time during the previous six months. Of these, 68.9% said that their illness was totally or partly related, to their professional practice. Dentistry is recognized as a source of stress for professionals and is described frequently as a cause of many health problems [12,15-17].

Contrasts in perceptions about the profession were observed but, in general, positive views were more prevalent. Job satisfaction is considered to be a subjective variable which could differ in significance from one person to the next, and even for a certain person at different times. It can vary according to circumstances, work atmosphere and culture. Chambers [18] reported that half of the dentists would not choose dentistry again if they had the opportunity. However, the number of those who abandon their profession voluntarily is lower than that in the overall population who change careers, by a ratio of 1 to 15. This apparent contradiction was confirmed in Brazil by Moimaz et al [15], where the majority of women said they were satisfied, but more than 50% would not encourage their children to choose dentistry as a profession.

Clustering identified three major groups with other alternative partitions (4 and 5 cluster solutions). Cluster 1a was characterized as male specialists with higher profits and positive views of the profession. They were basically those who had graduated earlier and are undoubtedly better established in the profession. Shugars et al [19] found similar characteristics among Californian dentists where the most satisfied were the oldest, who reported higher incomes, were better qualified and worked with auxiliary personnel. In New Zealand in 2008, Ayers et al [11] also concluded that males were more satisfied professionally than females. Conversely, in our study this group was found to have the lowest academic performance in graduation courses among all other groups.

Subsequent division of cluster 1 into 1b and 1c revealed dental education professionals and female specialists, who differ from cluster 1a in respect to academic performance (significantly higher in cluster 1b) and gender.

Cluster 2 comprised younger more recently graduated dentists (Table 4), and consequently includes the majority of those who only have a graduate degree (74.2%) and general practitioners (93.3%). Another relevant fact is that professionals in this group work in small or medium-sized municipalities (46.0%), suggesting a tendency towards moving to a country town to exercise the profession, which occurs principally because of work opportunities. The positive views of the profession of this group were also observed by Baldwin et al [20], who concluded that very young dentists tend to have a very positive attitude towards their work and career.

Cluster 3 was the least satisfied with dentistry, characterized predominantly by females (89.8%). The recent tendency towards the feminization of dentistry reinforces the need for a better investigation into this segment of the population to improve their quality of work life. Ayers et al [11] investigated gender differences in the practice and satisfaction with dental careers and found that females were more dissatisfied with their careers, and a large number of them would not choose dentistry again if they had the opportunity. Baldwin et al [20] studied an English sample of recent graduates and reported that males were more self-confident in their professional practice and that females had a greater fear of litigation, and reported more experience of discrimination. In Brazil, Moimaz et al [15] concluded that, although the majority reported satisfaction with the profession, the number or financial and health problems, complaints and disappointment would suggest dissatisfaction, sometimes unconscious, of females in dental practice.

This group also contains the great proportion of those who did not consider dentistry as their main occupation (26.5%), nor their main source of income (30.6%), and were not the main family breadwinner (95.9%). All these aspects denote discontent with the profession, corroborating the study of Moimaz et al [15]. Other studies found that one major cause of dissatisfaction with the dental profession was low income [19,21], the lack of personal time, intense

competition and market saturation [15,19,22]. Profiling characteristics were defined as underpaid and less motivated dentists with negative views of the profession.

In our study, it was not possible to infer the causes of professional dissatisfaction. These questions need to be studied at greater depth and may result in the formulation of specific academic and professional policies at the local and national perspective. Our results certainly have remarkable relevance for the local and regional scenario, but other dental population may show different results since laws and regulations regarding education and health insurance vary considerably worldwide.

Acknowledgements

The authors wish to acknowledge all dentists who participated in the study and the support of Valquíria da Rocha Santos Veloso, Graduate Dean of the Federal University of Goias and the Regional Council of Dentistry in Goias.

References

1. Bravo-Perez M. Inequalities in the workload per dentist in Spain from 1987 to 1997: Workload per dentist. RCOE 2004; 9:227-284.

2. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Geographic and social inequalities in the access to health. Cienc Saude Coletiva 2006; 11: 975-986.

3. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Dental caries in Brazil: decline, polarization, inequality and social exclusion. Rev Panam Salud Publica 2006; 19:385-393.

4. Sanz M, Treasure E, Van Dijk W, Feldman C, Groeneveld H, Kellett M, Pazdera J, Rouse L, Sae-Lim V, Seth-Smith A, Yen E, Zarkowski P. Profile of the dentist in the oral healthcare team in countries with developed economies. Eur J Dent Educ 2008; 12:101-110.

5. Nash D, Ruotoistenma J, Argentieri A, Barna S, Behbehani J, Berthold P et al. Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. Eur J Dent Educ 2008; 12(Suppl.1):111–119.

6. Narby B, Kronström M, Söderfeldt B, Palmqvist S. Prosthodontics and the patient. Part 2: Need becoming demand, demand becoming utilization. Int J Prosthodont 2007; 20:183-189.

7. Vieira C, Costa NR. Professional strategy and institutional isomorphism: the dental health insurance industry in Brazil. Cienc Saude Coletiva 2008; 13:1579-1588

8. Pietrobon L, Silva CM, Batista LRV, Caetano JC. Health care plans: interfaces between the public and private system in the dental sector. Cienc Saude Coletiva 2008; 13:1589-1599.

9. Gallagher JE, Patel R, Donaldson N, Wilson N. The emerging dental workforce: why dentistry? A quantitative study of final year dental students' views on their professional career. BMC Oral Health 2007, 7:7.

10. Aguila MA, Leggott PJ, Robertson PB, Porterfield DL, Felber GD. Practice patterns among male and female general dentists in a Washington state population. J Am Dent Assoc 2005; 136:790-796.

11. Ayers KMS, Thomson WM, Rich AM, Newton T. Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. J Dent 2008; 36:343-350.

12. Nunes MF, Freire MCM. Quality of life among dentists of a local public health service. Rev Saude Publica 2006; 40:1019-1026.

13. Internet World Stats. Usage and Population Statistics – South America. http://www.internetworldstats.com/south.htm#br

14. Brown LJ, Lazar V. Trends in the dental health work force. J Am Dent Assoc 1999; 130:1743- 1749.

15. Moimaz SAS, Saliba NA, Blanco MRB. The women workforce in Dentistry in Araçatuba - SP. J Appl Oral Sci 2003; 11:301-305.

16. Meghashyam B, Nagesh L, Ankola A. Life-style of dentists in South India. Indian Med J 2007; 56:99-100.

17. Puriene A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J, Balciuniene I, Janulyte V. Self-reported occupational health issues among Lithuanian dentists. Ind Health 2008; 46: 369–374.

18. Chambers DW. The role of dentists in dentistry. J Dent Educ 2001; 65:1430-1440.

19. Shugars DA, Dimatteo MR, Hays RD, Cretin S, Johnson JD. Professional satisfaction among California general dentists. J Dent Educ 1999; 54:661-669.

20. Baldwin PJ, Dodd M, Rennie JS. Young dentists - work, wealth, health and happiness. Br Dent J 1999; 186:30-36

21. Bastos JRM, Aquilante AG, Almeida BS, Lauris JRP, Bijella VT. Professional profile analysis of dentists graduated at Bauru dental School – University of São Paulo between 1996 and 2000. J Appl Oral Sci 2003; 11:283-289.

22. Gorter RC, Brake JHM, Eijkman MAJ, Hoogstraten J. Job resources in Dutch dental practice. Int Dent J 2006; 56: 22-28.

Table 1. Distribution of cases according job-related variables and gender in the 3-cluster solution

Variables	Categories	n (%)	Clusters (%)			*P**
			1	2	3	
Considers dentistry as main professional occupation	Yes	291(90.4)	98.7	94.4	73.5	<0.001
	No/ don't know	31 (9.6)	1.3	5.6	26.5	
Dental practice environment	Public/ Private	59 (18.3)	11.9	24.7	24.5	0.019
	Private	134 (41.6)	45.0	48.3	34.7	
	Public/ Privatized/ Private	111 (34.5)	43.0	27.0	40.8	
Main professional activity	General dental care	131 (40.7)	11.3	93.3	44.9	<0.001
	Specialized dental care	140 (43.5)	74.8	3.4	34.7	
	Academic/administrative	51 (15.8)	13.9	3.4	20.4	
Main location of dental practice	Large city	254 (78.9)	90.7	53.9	91.8	<0.001
	Medium city	36 (11.2)	7.9	21.3	6.1	
	Small city	25 (7.8)	1.3	24.7	2.0	
Ordinary weekly workload	≤ 20 hours	39 (12.1)	5.3	1.1	49.0	<0.001
	≥ 21 and < 40 hours	138 (42.9)	40.4	46.1	51.0	
	≥ 40 hours	139 (43.2)	54.3	52.8	0	
Highest qualification level	Graduation degree	94 (29.2)	1.3	74.2	24.5	<0.001
	Specialization degree	164 (50.9)	68.9	23.6	61.2	
	MSC and/or PhD	63 (19.6)	29.8	2.2	14.3	
Dentistry as the main source of income	Yes	286 (88.8)	97.4	94.4	69.4	<0.001
	No	35(10.9)	2.6	5.6	30.6	
Main family breadwinner	Yes	114 (35.4)	51.0	27.0	4.1	<0.001
	No	204 (63.4)	49.0	73.0	95.9	
Has or has had health problems which hinder dental practice	Yes	74 (23.0)	22.5	21.3	28.6	0.605
	No	248 (77.0)	77.5	78.7	71.4	
Gender	Female	209 (64.9)	53.0	71.9	89.8	<0.001
	Male	113 (35,1)	47.0	28.1	10.2	

*Chi-square test

Table 2. Distribution of cases according to perceptions of profession in the 3-cluster solution

Variables	Categories	n (%)	Clusters (%)			*P**
			1	2	3	
Consider dentistry stressful	Very stressful	114 (35.4)	39.1	14.6	59.2	<0.001
	Somewhat stressful	166 (51.6)	48.3	76.4	30.6	
	Not stressful	42 (13.0)	12.6	9.0	10.2	
Satisfied with dentistry	Completely satisfied	89 (27.6)	39.1	19.1	4.1	<0.001
	Partially satisfied	181 (56.2)	60.3	71.9	36.7	
	Dissatisfied	51 (15.8)	0.7	9.0	59.2	
Would take dentistry again	Certainly or probably yes	155 (48.1)	57.0	56.2	10.2	<0.001
	Don't know	59 (15.5)	15.9	20.2	12.2	
	Probably or certainly not	117 (36.3)	27.2	23.6	77.6	
Self-rated professional success	Higher	235 (73.0)	93.4	67.4	28.6	<0.001
	Don't know	29 (9.0)	4.0	15.7	12.2	
	Lower	58(18.0)	2.6	16.9	59.2	
Self-rated professional performance	Higher	301 (93.5)	99.3	95.5	85.7	<0.001
	Lower	16 (5.7)	0.7	4.5	14.3	

* Chi-square test

Table 3. Relative importance of variables with statistical significance in the formation of clusters

Cluster	Variable	%	Chi-square	DF	-log$_{10}$ P-Value*	*P*
1	Specialized dental care	85.0	62,1	2	13.5	< 0.001
	Specialization degree	82.5	54,4	2	11.8	< 0.001
	Professional Success (yes)	65.6	29,3	2	6.4	< 0.001
	Professional Satisfaction (yes)	75.6	26,1	2	5.7	< 0.001
	Main breadwinner (yes)	74.8	15,5	1	4.1	< 0.001
	Large cities	59.6	13,6	2	2.9	< 0.001
	Gender (male)	70.3	9,7	1	2.7	< 0.001
2	Graduate degree	83.3	97,3	2	21.1	< 0.001
	General dental care	68.0	95,4	2	20.7	< 0.001
	Small and medium cities	88.0	40,9	2	8.9	< 0.001
3	Professional satisfaction (no)	76.3	92,9	2	20.2	< 0.001
	Weekly workload ≤20 hours	72.7	83,0	2	18.0	< 0.001
	Professional Success (no)	60.4	67,9	2	14.7	< 0.001
	Would take dentistry again (no)	38.0	41,6	2	9.0	< 0.001
	Dentistry as main source of income (no)	62.5	32,0	1	7.8	< 0.001
	Main family breadwinner (no)	25.3	29,3	1	7.2	< 0.001
	Dentistry as main occupation (no)	65.0	21,3	1	6.4	< 0.001
	Gender (female)	23.4	13,2	1	3.6	< 0.001
	Lower self-rated professional performance	58.3	12,6	1	3.4	< 0.001
	Consider dentistry very stressful	28.7	13,2	2	2.9	< 0.001

* - Log $_{10}$ (Probability): greater value is more significant.

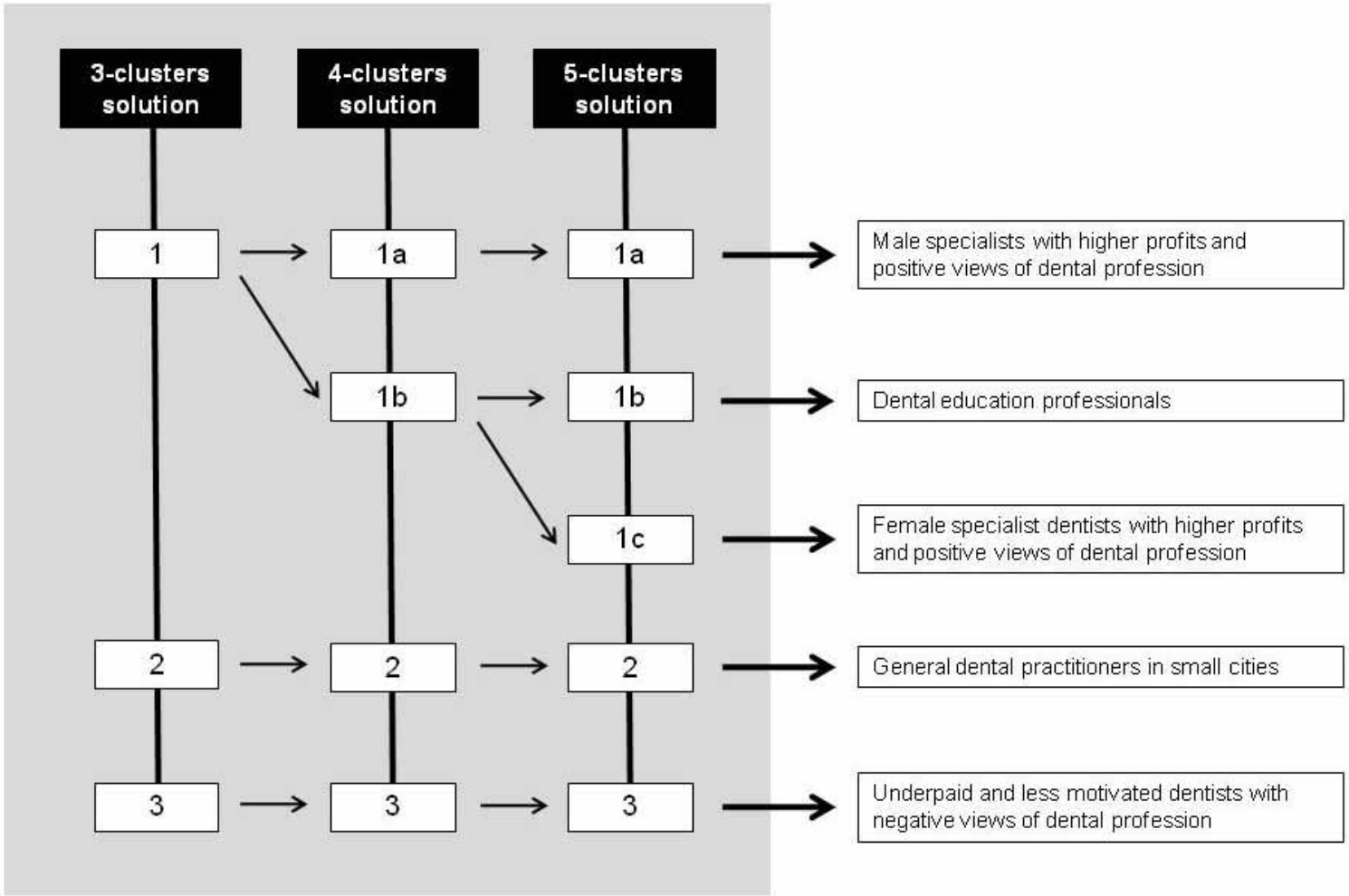


Figure 1. Characterization of Clusters.

Table 4. Between-group comparison of cluster according to three numerical variables (time since graduation, age and overall academic performance in graduation courses).

Continuous variables	3-cluster solution		4-cluster solution		5-cluster solution	
	Cluster	Mean (SD)	Cluster	Mean (SD)	Cluster	Mean (SD)
Time since graduation (years)	1	11.07 (5.8)^{A}	1a	11.96 (5.4)^{A}	1a	12.04 (5.4)^{A}
	3	9.98 (5.6)^{A}	1b	10.02 (6.1)^{A}	1b	10.18 (6.0)^{A}
	2	**6.62 (5.8)^{B}**	3	8.70 (5.7)^{A}	3	9.98 (5.6)^{A}
			2	**6.38 (5.7)^{B}**	1c	9.94 (5.9)^{A}
					2	**5.95 (5.6)^{B}**
Present age (years)	1	35.06 (5.9)^{A}	1a	36.05 (5.6)^{A}	1a	35.96 (5.5)^{A}
	3	34.14 (5.3)^{A}	3	33.94 (5.5)^{AB}	1b	34.39 (5.7)^{A}
	2	**31.51 (6.4)^{B}**	1b	33.83 (6.2)^{AB}	3	34.12 (5.6)^{AB}
			2	**31.40 (6.3)^{B}**	1c	33.86 (6.4)^{AB}
					2	**30.92 (6.3)^{B}**
Overall academic performance (0-10 scale)	2	7.53 (1.0)^{A}	2	7.48 (1.0)^{A}	1b	7.61 (0.9)^{A}
	3	7.42 (0.9)^{A}	1b	7.47 (0.9)^{AB}	2	7.47 (1.0)^{AB}
	1	**7.22 (0.9)^{A}**	3	7.39 (0.9)^{AB}	1c	7.46 (0.8)^{AB}
			1a	**7.06 (0.9)^{B}**	3	7.33 (0.9)^{AB}
					1a	**7.03 (0.9)^{B}**

- Different letters indicate statistically different clusters (One-way Anova followed by Tukey's test) – $p<0.05$;
- Clusters with lower values are highlighted in bold – Cluster 2 were younger and have shorter time since graduation, and Cluster 1/1a had lower academic performance during degree course.

Fatores associados à satisfação de cirurgiões-dentistas com a profissão

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a satisfação profissional e fatores associados em cirurgiões-dentistas.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo transversal. A amostra era composta por 340 egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás num período de 20 anos (1988 a 2007). O instrumento de coleta de dados foi um questionário eletrônico contendo 15 questões sobre exercício profissional; percepção da profissão, incluindo auto-avaliação da satisfação profissional; e condição de saúde auto-referida. Para a análise dos dados foi utilizada regressão logística simples e múltipla.

RESULTADOS: Aproximadamente 27% dos respondentes estavam completamente satisfeitos, 55,6% parcialmente satisfeitos e 17,1% insatisfeitos com a profissão. Na análise de regressão logística múltipla, uma maior chance de relatar insatisfação profissional foi encontrada em cirurgiões-dentistas com carga horária de trabalho semanal menor que 40 horas (OR=4,06; IC 1,36-12,15; p<0,01), que tinham a odontologia como principal fonte de renda (OR=3,99; IC 1,47-10,80; p<0,01), que não optariam novamente pela odontologia como profissão (OR=8,87; IC 2,61-30,10; p<0,001), e que relataram não ter sucesso

profissional (OR=8,18; IC 3,54-18,93; p<0,001), nem bom desempenho profissional (OR=6,04; IC 1,39-26,24; p<0,01).

CONCLUSÕES: Conclui-se que a insatisfação profissional foi pouco freqüente entre os cirurgiões-dentistas pesquisados e foi relacionada à avaliação negativa da profissão e do seu sucesso e desempenho profissional, ao menor tempo de dedicação semanal à profissão, e o fato de não ter na odontologia sua principal fonte de renda.

Descritores: satisfação profissional, odontólogos, recursos humanos

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess professional satisfaction and associated factors among dentists.

METHODS: A cross-sectional study was carried out. The sample was composed of 340 dentists graduated format the Dental School of the Federal University of Goias, Brazil, in a 20 years period between 1988 and 2007. Data was collected using an electronic questionnaire with 15 questions about professional activities; perception on the profession, including self-assessment of professional satisfaction; and self-reported health status. Simple and multiple logistic regression was used for statistical analysis.

RESULTS: Nearly 27% of the respondents judged themselves completely satisfied, 55.6% were partially satisfied and 16.8% dissatisfied. Multiple logistic regression showed a higher chance to report dissatisfaction with the profession

among dentists working less than 40 hours per week (OR=4.06; CI 1.36-12.15; p<0.01), those who said dentistry was their main income source (OR=3.99; CI 1.47-10.80; p<0.01), those who would not choose dentistry again as a profession (OR=8.87; CI 2.61-30.10; p<0.001), and those with negative self-assessment on their professional success (OR=8.18; CI 3.54-18.93; p<0.001) and professional performance (OR=6.04; CI 1.39-26.24; p<0.01).

CONCLUSIONS: It was concluded that professional dissatisfaction was not common among the dentists investigated and that it was related to negative self-assessment of the profession, their professional success and performance, less working hours per week, and not having dentistry as their main income source.

Keywords: dentists, professional satisfaction, human resources

INTRODUÇÃO

O trabalho ocupa um espaço primordial na vida produtiva do indivíduo, garantindo-lhe atender várias de suas necessidades e contribuindo para o desenvolvimento da sociedade, mesmo no contexto atual onde há várias transformações do mundo do trabalho como a globalização, a flexibilização, a competitividade e as inovações tecnológicas dentre outras (Tolfo e Piccinini, 2007).

A relação que o indivíduo estabelece com seu trabalho é de fundamental importância para o próprio trabalhador como também para o ambiente de trabalho. Assim, a satisfação ou insatisfação profissional influencia o comportamento profissional e social do indivíduo (Mialhe *et al.*, 2008).

Satisfação com a profissão ou com o exercício profissional é referenciada na literatura científica como satisfação no trabalho ou satisfação profissional. “Satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e de difícil definição, por se tratar de um estado subjetivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e ao longo do tempo para a mesma pessoa.” (Martinez *et al.*, 2004). A insatisfação profissional é considerada como fenômeno oposto ou distinto de satisfação profissional (Martinez e Paraguay, 2003), não existindo instrumento específico para dimensioná-la.

Embora existam estudos sistematizados desde a década de 30, não há consenso em relação aos conceitos e modelos teóricos de satisfação no trabalho (Martinez e Paraguay, 2003) dependendo, então, do referencial adotado.

A abordagem mais referenciada na literatura existente é a de Locke (1976) (apud Martins e Santos, 2006, p.196) que definiu satisfação como “um estado emocional agradável ou positivo, que resulta de algum trabalho ou de experiências no trabalho”.

Como há diferença no construto conceitual sobre satisfação no trabalho, há também diferenças entre os instrumentos existentes para avaliá-la. Uma das formas de mensurar a satisfação no trabalho é a auto-percepção do indivíduo sobre a mesma, representativo de uma dimensão mais pessoal.

Na literatura encontram-se diversas publicações sobre satisfação profissional de cirurgiões-dentistas nos Estados Unidos (Shugars *et al.,*1990; Logan *et al.,*1997), no Canadá (Roth *et al*., 2003; 2004), em Portugal (Luzzi *et al.,* 2005; Puriene *et al.,* 2007; 2008), e em artigo de revisão da literatura (Chambers,

2001), entre outros. Esses estudos utilizaram instrumentos para avaliar diversos aspectos da satisfação. No Brasil existem poucas informações sobre a satisfação profissional de cirurgiões-dentistas (Nicolielo e Bastos, 2002; Moimaz *et al.*, 2003) e os estudos são apenas descritivos.

Diante das mudanças que têm ocorrido no mercado de trabalho odontológico em nível mundial, são relevantes as investigações referentes a esses aspectos. Níveis de satisfação profissional podem ser indicativos do que pode ser aperfeiçoado para melhor qualidade de vida no trabalho. Além disso, o acompanhamento de egressos propicia subsídios importantíssimos para redimensionar e/ou redirecionar as diretrizes das instituições de ensino, tornando a formação coerente com as demandas da sociedade e dos profissionais que forma.

Este estudo visa contribuir com a discussão, investigando a auto-percepção da satisfação no trabalho e fatores associados entre cirurgiões-dentistas.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal tendo como população de estudo os cirurgiões-dentistas formados no período entre 1988 e 2007 na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG), totalizando 1188 indivíduos.

A lista dos nomes e dados demográficos dos egressos foi obtida junto ao Departamento de Assuntos Acadêmicos da Universidade Federal de Goiás. Os

endereços eletrônicos e telefones foram obtidos no Conselho Regional de Odontologia de Goiás, Conselho Federal de Odontologia, FO/UFG e ainda por meio de informações de cirurgiões-dentistas.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser egresso da FO/UFG no período de 1988 a 2007, estar registrado no Conselho Regional de Odontologia de Goiás ou Conselho Federal de Odontologia e possuir e-mail e/ou telefone (residencial e/ou comercial) disponível.

A exclusão de 546 profissionais deu-se por falecimento, cancelamento ou não existência dos registros profissionais nos Conselhos e não localização dos contatos pessoais (e-mail ou telefone) no período de coleta dos dados.

A população de estudo e amostra estão descriminadas na Figura 1.

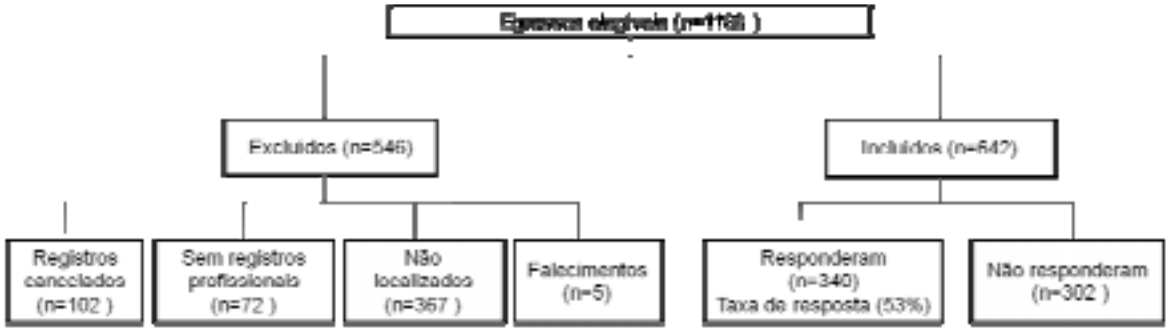


Figura 1. Esquema com a descrição da população de estudo, amostra e taxa de resposta de egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás -1988 a 2007.

Os 642 indivíduos receberam por meio eletrônico um questionário com 15 questões fechadas de múltipla escolha sobre exercício da profissão; percepção do exercício profissional, incluindo a satisfação com a mesma, e condição de saúde. Os questionários foram reenviados duas vezes para aqueles que não responderam no primeiro envio.

O questionário foi construído pelos pesquisadores e submetido à avaliação por seis professores de curso de odontologia com experiência em elaboração e utilização de questionários, sendo reformulado conforme sugestões. A questão "Atualmente você se considera satisfeito(a) com o exercício profissional em odontologia?" foi construída visando ter uma dimensão global e auto-referida da satisfação/ insatisfação com a profissão, após a análise dos instrumentos já existentes.

A aplicação do questionário por meio eletrônico foi realizada pelo *software* SGAD (Sistema de Gerenciamento à Distância)[d], desenvolvido para realizar a captação de dados pela *internet*. O questionário gerado pelo gestor do software foi recebido no endereço eletrônico do respondente com informações a respeito da pesquisa, e podia ser acessado através de um código de questionário, que abria uma página individualizada com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As respostas aos questionários geraram um banco de dados com as respostas individualizadas por respondente e estas foram exportadas para um arquivo de dados do *software SPSS for Windows* versão 16.0.

Os questionários foram também aplicados por telefone ou sob forma impressa a alguns profissionais que solicitaram (n=14).

No tratamento e interpretação dos dados foi realizada inicialmente análise de freqüências (absolutas e relativas) para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para a variável idade atual. Para a análise estatística, as categorias geradas pelas respostas às questões foram agrupadas.

[d] http://www.cenatech.com.br/

A variável dependente auto-avaliação da satisfação profissional foi dicotomizada em satisfação (completamente satisfeito/parcialmente satisfeito) e insatisfeito.

Com a finalidade de investigar a associação entre a insatisfação profissional e cada uma das demais variáveis investigadas (variáveis independentes), foi realizada análise de regressão logística simples. A regressão múltipla, para analisar a influência das variáveis quando consideradas em conjunto, foi realizada em duas etapas. Na etapa 1 foram incluídas as variáveis independentes que apresentaram associação estatisticamente significante ($p<0,05$) com insatisfação profissional na regressão simples. Na etapa 2 foram incluídas as variáveis gênero e idade, mesmo não apresentando associação bivariada estatisticamente significante, com a finalidade de analisar a sua possível influência quando considerada em conjunto com as demais.

O projeto de pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (protocolo nº 081/2007).

RESULTADOS

Dos 642 questionários enviados, foram respondidos 340 (taxa de resposta= 53,0%). A descrição das características demográficas e relativas ao exercício da profissão dos respondentes encontra-se na Tabela 1. Houve predomínio do gênero feminino (64,1%), dos que trabalhavam preferencialmente no Estado de Goiás (80,0%), em cidades de grande porte (77,9%) e em capital (77,4%).

A maioria dos cirurgiões-dentistas da amostra considerou a odontologia sua principal ocupação (89,7%), exercia atividades clínicas (84,4%) e atuava como

profissional liberal somente ou era também assalariada. A jornada de trabalho semanal acima de 41 horas na odontologia era exercida por 41,2% dos profissionais. A maioria tinha a odontologia como principal fonte de renda (87,9%), mas não era o principal provedor familiar (62,1%). Grande parte dos respondentes relatou ter cursado pós-graduação (Tabela 1).

Informações complementares obtidas no Conselho Federal de Odontologia mostraram que 42,3% dos respondentes possuíam registro de especialidade odontológica e 4,4% destes apresentavam duas especialidades registradas.

Na Tabela 2 encontram-se os resultados das questões relacionadas à auto-percepção do exercício da profissão. A odontologia foi considerada estressante pela maioria dos respondentes (86,8%). Quanto à saúde, 23,5% apresentaram algum problema que os limitou ou impediu de exercer a profissão nos últimos seis meses. Destes, 72,1% relataram que os problemas apresentados eram causados parcial ou totalmente pelo exercício da odontologia (Dado não apresentado na Tabela).

A grande maioria dos profissionais teve uma boa auto-avaliação do desempenho profissional (92,6%) e se consideraram bem sucedidos (70,6%). Menos da metade (47,4%) optariam, com certeza ou provavelmente, pela odontologia (Tabela 2).

Quanto à satisfação profissional, mais da metade dos respondentes (55,6%) se consideraram parcialmente satisfeitos, enquanto 26,8% se consideraram completamente satisfeitos e 17,1% insatisfeitos (Tabela 2).

A regressão logística simples (Tabela 3) mostrou associação estatisticamente significante entre insatisfação profissional e gênero (OR=0,47;

p=0,026), ter a odontologia como principal ocupação (OR=11,10; *p*<0,001), jornada de trabalho semanal (OR=9,68; *p*<0,001), nível de formação (OR=1,95; *p*=0,026), odontologia como principal fonte de renda (OR=10,37; *p*<0,001), ser o principal provedor familiar (OR=2,33; *p*=0,015), odontologia como profissão a ser escolhida novamente (OR=16,59; *p*<0,001), auto-avaliação do sucesso profissional (OR= 21,59; *p*<0,001) e auto-avaliação do desempenho profissional (OR=11,51; *p*<0,001).

Após a regressão logística múltipla (Tabela 3), ajustando-se por todas estas variáveis (Etapa 1), permaneceram estatisticamente significantes jornada de trabalho semanal (OR=3,87; *p*=0,018), odontologia como principal fonte de renda (OR=4,33; *p*=0,015), escolha pela odontologia novamente (OR=8,84; *p*=0,001), auto-avaliação do sucesso profissional (OR= 9,36; *p*<0,001) e auto-avaliação do desempenho profissional (OR= 6,40; *p*=0,023).

Adicionando-se as variáveis gênero e idade ao modelo obtido na Etapa 1, as variáveis da mantiveram-se estatisticamente significantes (Etapa 2). No modelo final (Etapa 2), os cirurgiões-dentistas que apresentaram maior chance de ter insatisfação profissional foram aqueles que tinham uma jornada semanal de trabalho menor que 40 horas, que não tinham a odontologia como principal fonte de renda, não escolheriam novamente a odontologia, e que não tinham avaliação positiva do sucesso profissional e do desempenho profissional, quando comparados com os que trabalhavam mais de 41 horas semanais (OR=4,06; IC=1,36-12,15; p=0,012), tinham a odontologia como principal fonte de renda (OR=3,99; IC=1,47-10,80; p=0,006), escolheriam a odontologia novamente (OR=8,87; IC=2,61-30,10; p<0,001) e tinham auto-avaliação positiva do sucesso

(OR=8,18; IC=3,54-18,93; p<0,001) e do desempenho profissional (OR=6,04; IC=1,39-26,24; p=0,016) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A insatisfação profissional foi pouco freqüente entre os cirurgiões-dentistas pesquisados e esteve relacionada à avaliação negativa da profissão, do sucesso e desempenho profissional, ao menor tempo de dedicação semanal à profissão e não ter na odontologia sua principal fonte de renda.

A influência da quantidade de horas semanais trabalhadas é um aspecto relevante, pois mais da metade dos profissionais afirmou trabalhar menos que 40 horas semanais. Contudo, não se pode afirmar que são mais insatisfeitos aqueles que trabalham menos horas, ou que trabalham menos aqueles que estão mais insatisfeitos. A literatura é divergente dos resultados obtidos neste estudo. Shugars *et al.* (1990) na Califórnia e Logan *et al.* (1997) em Iowa, em seus estudos com cirurgiões-dentistas e Roth *et al.* (2003) com ortodontistas canadenses afirmaram que um dos fatores de insatisfação profissional era o pouco tempo pessoal disponível. Luzzi *et al.* (2005) relataram que mulheres australianas eram mais satisfeitas com relação ao tempo disponível para si e para a vida familiar porque ficavam menos horas clinicando.

Outro aspecto a ser considerado com relação às horas trabalhadas é o citado por Haro-Garcia *et al.* (2006), que afirmaram ser a restrição do trabalho diário de no máximo 8 horas diárias, uma conquista do século 20 e que o exercício acima de 40 horas semanais reduz a capacidade fisiológica do indivíduo.

Informaram ainda que há evidências de que a função laboral acima de 60 horas semanais diminui o desempenho e a eficácia no trabalho, aparecem sintomas de fadiga, e diminui o estado de alerta, levando à insegurança no ambiente de trabalho. Causa ainda redução do sono, que pode conduzir à infarto agudo do miocárdio e síndromes metabólicas.

Não ter a odontologia como principal fonte de renda apresentou associação com insatisfação profissional e possivelmente está bastante relacionado ao aspecto anterior de menores quantidades de horas dedicadas à odontologia. Shugars *et al* (1990) encontraram resultados semelhantes quanto à insatisfação relacionado ao nível de renda entre cirurgiões-dentistas californianos.

Sucesso profissional apresenta subjetividade de terminologia. Os resultados do presente estudo sugerem que os respondentes consideraram que este vai além das questões meramente financeiras, visto que quando questionados sobre se eram os principais provedores familiares, a maioria afirmou não sê-lo, o que pode ser um indicativo de baixa remuneração. Além dessa questão, a variável "ser o principal provedor" apresentou associação com insatisfação profissional apenas na regressão logística simples, enquanto que auto-avaliação do sucesso profissional foi significante na regressão logística múltipla. Este aspecto também foi observado por Bastos *et al* (2003), em Bauru-SP. Apesar de uma parcela considerável ter afirmado se sentir realizada com o respeito que recebe por ser cirurgião-dentista, com suas relações com outros profissionais e pacientes, a taxa de insatisfação financeira foi alta.

Ter uma auto-avaliação negativa do desempenho profissional, do sucesso profissional e escolha pela odontologia novamente são aspectos que

apresentaram associação com insatisfação profissional e que não são relatados na literatura. Este resultado era esperado, visto que tratam de conceitos muito próximos.

Gênero, ter a odontologia como principal ocupação, nível de formação e ser o(a) principal provedor(a) familiar, são variáveis que mostraram relação com insatisfação profissional na regressão logística simples, mas estas associações desaparecem nas etapas seguintes de ajustamento. São, portanto, sensíveis à presença de outras variáveis.

Quanto às características do perfil profissional dessa amostra, algumas podem ser legitimadas pela literatura existente, como predominância do gênero feminino, o trabalho em cidades de grande porte, maior número de profissionais liberais, mas com redução no exercício exclusivo em clínica privada, grande número de especialistas, e carga horária semanal alta (Mialhe *et al.*, 2008; Nicolielo e Bastos 2002; Bastos *et al.,* 2003; Nunes e Freire, 2006). A odontologia foi citada pela maioria como principal fonte de renda sem, contudo, ser o principal provedor familiar, indicando ganhos financeiros baixos.

A percepção da odontologia como uma profissão estressante é corroborada em outros estudos (Al-Khatib *et al., 2006;* Moore e Brodsgaard, 2001; Humphris e Cooper, 1998; Myers e Myers, 2004). Doenças ocupacionais são outros aspectos considerados na literatura (Al-Khatib *et al., 2006;* Nunes e Freire, 2006; Puriene *et al.,* 2008; Brezina e Baranchuk, 2000) que foram relatados por quase um quarto dos profissionais.

Não obstante a excelente auto-avaliação do desempenho e o fato de se considerarem bem sucedidos e satisfeitos com a odontologia, menos da metade da amostra com certeza ou provavelmente optaria novamente pela odontologia. O fato de que apenas cerca de um quarto se consideraram totalmente satisfeitos pode justificar esse achado. Essa controvérsia também está presente na revista da literatura realizada por Chambers (2001) e na investigação de Moimaz *et al*. (2003). Chambers (2001) afirma que satisfação profissional entre cirurgiões-dentistas é de difícil interpretação, porque embora relatem que não escolheriam essa profissão novamente se tivessem oportunidade, a quantidade de profissionais que desistiram da profissão voluntariamente é inferior à dos que abandonaram a carreira na população em geral. Moimaz *et al.* (2003), investigando a força de trabalho feminino na cidade de Araçatuba-SP, concluíram que embora a maioria das entrevistadas tenha afirmado estar satisfeita com a profissão, os problemas financeiros, de saúde, as queixas e a não recomendação da profissão para o filho, traduzem insatisfação.

Como limitação deste estudo, há ausência na amostra de profissionais que abandonaram a profissão. Sendo os dados referentes apenas aos profissionais que atualmente exercem a profissão, os resultados relativos à insatisfação profissional podem estar subestimados. Assim sendo, outros cirurgiões-dentistas podem apresentar resultados diferentes. Contudo, o tamanho da amostra é representativo da população investigada.

Outro aspecto limitante deste estudo é estar baseado em apenas uma questão de auto-percepção para avaliar satisfação/insatisfação. Apesar da existência de instrumentos específicos (*Dentist Satisfaction Survey* e *Dentist Job*

Satisfaction Scale) que utilizam várias questões para mensurar satisfação entre cirurgiões-dentistas, a auto-percepção tem seu papel importante porque está baseado na interpretação que as pessoas têm da questão que está sendo avaliada. A análise de regressão logística utilizada amplia a dimensão analisada a partir de uma única pergunta e aponta para a multidimensionalidade do temática insatisfação profissional.

Os achados deste estudo, que mostram a existência de profissionais insatisfeitos com a profissão e os fatores associados a essa insatisfação, sugerem dimensões do exercício profissional como causa dessa auto-percepção negativa. Ampliar a investigação sobre os motivos para esses profissionais dedicarem menor tempo semanal à odontologia e não terem na odontologia sua principal fonte de renda pode conduzir a novos conhecimentos que melhorem a qualidade de vida no trabalho. Assim, sugere-se novos estudos que possam aprofundar esses achados.

Sugere-se também que as instituições de ensino ofereçam respostas às dimensões da formação preparando os futuros profissionais para a realidade do trabalho. Conhecer as expectativas de acadêmicos quanto ao mundo do trabalho pode ser um dos aspectos a ser considerado. O conhecimento dos aspectos da insatisfação profissional pode também ampliar as lutas a serem implementadas para favorecer a profissão e seus profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Al-Khatib IA, Ishtayeh M, Barghouty H, Akkawi B. Dentists' perceptions of occupational hazards and preventive measures in East Jerusalem. *East Mediterr Health J* 2006;12(1/2):153-60.

2. Bastos JRM, Aquilante AG, Almeida BS, Lauris JRP, Bijella VT. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de odontologia de Bauru-USP entre os anos de 1996 e 2000. *J Appl Oral Sci* 2003;11(4): 283-9.

3. Brezina AJ e Baranchuk LN. Riesgos Del ejercicio profesional: estrés. *Rev Asoc Odontol Argent* 2000;88(6):599-608.

4. Chambers DW. The Role of Dentists in Dentistry. *J Dent Educ* 2001;65(12):1430-140.

5. Haro- Garcia L, Sánchez-Román R, Arturo C, Pérez J, Larios-Díaz E. Justificaciones médicas de la jornada laboral máxima de ocho horas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(2):191-7.

6. Humphris GM, Cooper CL. New stressors for GDPs in the past ten years: a qualitative study. *Br Dent J* 1998;185(8):404-6.

7. Logan HL, Muller PJ, Berst MR, Yeaney DW. Contributors to dentists job satisfaction and quality of life. *J Am Coll Dent* 1997;64(4):39-43.

8. Luzzi L, Spencer AJ, Jones K, Teusner D. Job satisfaction of registered dental practitioners. *Aust Dent J* 2005;50:(3):179-85.

9. Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho - aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Psicol Soc Trab* 2003;6:59-78.

10. Martinez MC, Paraguay AIBB, Latorre MRDO. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):55-61.
11. Martins MCF, Santos GE. Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. *Psico-USF* 2006;11(2):195-205.
12. Mialhe FL, Gonçalo CS, Furuse R. Satisfação profissional de uma amostra de cirurgiões-dentistas. *Odontologia Clín.-Científ* 2008;7(2):139-43.
13. Moimaz SAS, Saliba NA; Blanco MRB. A força do trabalho feminino na odontologia, em Araçatuba-SP. *J Appl Oral Sci* 2003;11(4):301-5.
14. Myers HL, Myers LB. 'It's difficult being a dentist': stress and health in the general dental practitioner. *Br Dent J* 2004;197(2):89-93.
15. Moore R.; Brødsgaard, I. Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29(1):73-80.
16. Nicolielo J, Bastos JRM. Satisfação profissional do cirurgião dentista conforme tempo de formado. *Rev Fac Odontol Bauru* 2002;10(2):69-74.
17. Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev Saúde Pública* 2006;40(6):1019-2.
18. Puriene A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J, Balciuniene I, Janulyte V. Self-perceived Mental Health and Job Satisfaction among Lithuanian Dentists. *Ind Health* 2008;46,247–52.

19. Puriene A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J, Janulyte V, Balciuniene I. Factors related to job satisfaction among Lithuanian dentists. *Stomatologija* 2007;9:109-13.
20. Roth SF, Heo G, Varnhagen C, Glover KE, Major PW. Job satisfaction among Canadian orthodontists. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003;123(6):695-700.
21. Roth SF, Heo G, Varnhagen C, Glover KE, Major PW. The relationship between occupational stress and job satisfaction in orthodontics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004;126(1):106-9.
22. Shugars DA, Dimatteo MR, Hays RD, Cretin S, Johnson JD. Professional satisfaction among California general dentists. *J Dent Educ* 1990;54:661-9.
23. Tolfo SR, Piccinini V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicol Soc* 2007;19(1):38-46.

Tabela 1. Variáveis demográficas e relativas ao exercício profissional de egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (1988-2007). N=340.

Variáveis	Categorias	N(%)
Gênero	Feminino	218 (64,1)
	Masculino	122 (35,9)
Odontologia como principal ocupação	Sim	305 (89,7)
	Não	32 (9,4)
	Não sabe	3 (0,90
Âmbito do exercício odontológico	Público apenas	43(12,6)
	Liberal apenas	142 (41,8)
	Público e liberal	89 (26,2)
	Privatizado	6 (1,8)
	Público e privatizado	11 (3,2)
	Liberal e privatizado	20 (5,9)
	Público, liberal e privatizado	9 (2,6)
	Outra(s) atividade(s)	20 (5,9)
Principal tipo de atividade	Clínica geral	138 (40,6)
	Clínica especializada	149 (43,8)
	Docência	22(6,5)
	Pesquisa	7 (2,1)
	Atividades administrativas	12 (3,5)
	Outra(s) atividade(s)	12 (3,5)
Tipo de município do principal local de trabalho	Grande porte- mais de 100 mil habitantes	265 (77,9)
	Médio porte- entre 20 mil e 100 mil habitantes	40(11,8)
	Pequeno porte- menos que 20 mil habitantes	26 (7,6)
	Não sabe responder	9 (2,6)
Estado onde exerce a profissão	Goiás	272 (80,0)
	Outros estados	68 (20,0)
Principal cidade onde exerce a profissão	Capital	263 (77,4)
	Interior	56 (16,5)
Jornada de trabalho semanal	Menor ou igual a 20 hs	23 (6,8)
	20 hs	19 (5,6)
	Entre 21 e 30 hs	40(11,8)
	Entre 31 e 40 hs	110 (32,4)
	41 hs ou mais	140 (41,2)
	Variável	2 (0,6)

	Não sabe responder	6 (1,8)
Nível mais alto de formação	Graduação	102 (30,0)
	Especialização	172 (50,6)
	Mestrado	46 (13,5)
	Doutorado	15 (4,4)
	Pós-doutorado	4 (1,2)
	Prefere não responder	1 (0,3)
Odontologia como principal fonte de renda	Sim	299 (87,9)
	Não	40 (11,8)
	Não sabe	1 (0,3)
Principal provedor familiar	Sim	123 (36,2)
	Não	211 (62,1)
	Não sabe	4 (1,2)
	Prefere não responder	2 (0,6)

Tabela 2. Percepções sobre o exercício profissional entre egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (1988-2007). N=340.

Variáveis	Categorias	n (%)
Satisfação com a profissão	Sim, completamente satisfeito	91 (26,8)
	Sim, parcialmente satisfeito	189 (55,6)
	Não	58 (17,1)
	Não sabe	2 (0,6)
Considera a odontologia estressante	Sim, muito estressante	119 (35,0)
	Sim, um pouco estressante	176 (51,8)
	Não	45 (13,2)
Teve nos últimos seis meses algum problema de saúde que limitou ou impediu o exercício da odontologia	Sim	80 (23,5)
	Não	258 (75,9)
	Não sabe/ não lembra	2 (0,6)
Odontologia seria a profissão escolhida novamente	Com certeza sim	72 (21,2)
	Provavelmente sim	89 (26,2)
	Não sabe	50 (14,7)
	Provavelmente não	77 (22,6)
	Com certeza não	51 (15,0)
Se considera bem sucedido(a)	Com certeza sim	110 (32,4)
	Provavelmente sim	130 (38,2)
	Não sabe	29 (8,5)
	Provavelmente não	48 (14,1)
	Com certeza não	21 (6,2)
Competência profissional	Excelente	102 (30,0)
	Bom	213 (62,6)
	Razoável	16(4,7)
	Péssimo	1 (0,3)
	Não sabe	2 (0,6)

Tabela 3- Análise de regressão logística entre insatisfação profissional (satisfeito=280; insatisfeito=58) e as demais variáveis investigadas. Egressos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (1988-2007). N=340.

Variáveis	**Satisfação Profissional** Satisfeitos/ Insatisfeitos	Não ajustado		Etapa 1 ajustado*		Etapa 2 ajustado**	
		OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Gênero							
Feminino	172 (79,6)/ 44 (20,4)	1					
Masculino	108 (89,3)/ 13 (10,7)	0,47 (0,24-0,91)	0,026				
Idade							
Mais jovem	143(82,2)/ 31(17,8)	1					
Mais velho	137(84,0)/ 26(16)	0,87 (0,49-1,55)	0,648				
Odontologia é a principal ocupação							
Sim	267(87,8)/ 37(12,2)	1					
Não	13(39,4)/ 20(60,6)	11,10 (5,09-24,17)	<0,001				
Jornada de trabalho semanal							
Maior que 41 horas	135(96,4)/ 5(3,6)	1		1		1	
Menor que 40 horas	145(75,5)/ 47(24,5)	9,68 (3,75-24,96)	<0,001	3,87 (1,25-11,98)	0,018	4,06 (1,36-12,15)	0,012
Formação							
Pós-graduação	204(86,5)/ 32(13,5)	1					
Graduação	76(76,0)/ 24(24)	1,95 (1,08-3,51)	0,026				
Odontologia é a principal fonte de renda							
Sim	264(88,3)/ 35(11,7)	1		1			
Não	16(42,1) / 22(57,9)	10,37 (4,97-21,61)	<0,001	4,33 (1,33-14,10)	0,015	3,99 (1,47-10,80)	0,006
É o principal provedor familiar							
Sim	109(90,1)/ 12(9,9)	1					
Não	167(79,5)/ 43(20,5)	2,33 (1,18-4,63)	0,015				
Escolheria odontologia novamente							
Sim	157(97,5)/ 4(2,5)	1		1		1	
Não	123(70,3)/ 52(29,7)	16,59(5,84-47,13)	<0,001	8,84 (2,56-30,47)	<0,001	8,87 (2,61-30,10)	<0,001
Auto-avaliação do sucesso profissional							
Sim	230(95,8)/ 10(4,2)	1		1		1	
Não	49(51,6)/ 46(48,4)	21,59 (10,19-45,71)	<0,001	9,36 (3,80-23,04)	<0,001	8,18 (3,54-18,93)	<0,001
Auto-avaliação do desempenho profissional							
Bom	270(88,2)/ 36(11,8)	1		1			
Razoável	6(37,5)/ 10(62,5)	11,51(4,04-32,74)	<0,001	6,40(1,28-31,79)	0,023	6,04 (1,39-26,24)	0,016

*Ajustado pelas variáveis estatisticamente significantes na regressão logística simples

**Ajustado pelas variáveis estatisticamente significantes na regressão logística simples e por idade