



ANDRÉA LANZILLOTTI CARDOSO

A odontologia no Brasil e a demanda de políticas
regulatórias para o exercício profissional no âmbito
do MERCOSUL

Orientadora: Maria Helena Machado

Janeiro/ 2013



ANDRÉA LANZILLOTTI CARDOSO

A odontologia no Brasil e a demanda de políticas
regulatórias para o exercício profissional no âmbito
do MERCOSUL

Tese apresentada ao curso de doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito à obtenção do título de doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Maria Helena Machado

Janeiro/ 2013

EXAME DE TESE DE DOUTORADO

A odontologia no Brasil e a demanda de políticas regulatórias para o exercício
profissional no âmbito do MERCOSUL

Andréa Lanzillotti Cardoso

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Maria Helena Machado (ENSP/FIOCRUZ)
Orientadora

Professora Doutora Ana Luiza Stiebler Vieira (ENSP/FIOCRUZ)

Professora Doutora Mônica C. M. Werner Wermelinger (ENSP/FIOCRUZ)

Professor Doutor Urubatan Vieira de Medeiros (UFRJ/UERJ)

Professora Doutora Luciana Freitas Bastos (UERJ)

Suplentes:

Professora Doutora Maria de Fátima Lobato Tavares (ENSP/FIOCRUZ)

Professora Doutora Renata Rocha Jorge (UERJ/UNIGRANRIO)

*À Vítor e Bruno,
os melhores capítulos
que Deus está escrevendo na minha história.*

*“Deus nos concede, a cada dia,
uma página de vida nova no livro do tempo.*

*Aquilo que colocamos nela,
corre por nossa conta.”*

Chico Xavier

AGRADECIMENTOS

Talvez seja um dos momentos mais esperados pelo autor: os agradecimentos, pela sensação de desafio alcançado e lembrança de muitas pessoas que interferiram de maneira positiva para tal desfecho.

À Iara, minha querida mãe, amiga e companheira; por todo amor e atenção a mim e aos meus filhos.

À Luíz, meu marido, por seu amor, atenção, companheirismo e pelo cuidado com nossos filhos. Acima de tudo, pela sua presença em minha vida...

Aos meus filhos Vítor e Bruno, fontes de amor e inspiração; cujo encantamento é imensurável.

À Luciana, minha irmã amada pelo apoio, cumplicidade e amizade em todos os momentos, principalmente neste em que nos encontramos no mesmo programa de doutoramento e, portanto, envolvidas com as mesmas inquietações.

Aos meus sogros por cuidarem dos meus filhos enquanto eu me desdubro em trabalho e estudo. Aos primos e cunhados, pela torcida. Em especial, ao Cláudio pelo suporte às agruras advindas dos computadores no momento em que mais precisamos deles.

À estimada professora Maria Helena Machado, minha orientadora, pela orientação precisa, generosidade e competência com que me conduziu à concretização deste estudo. Estou certa que continuarei utilizando muitos de seus ensinamentos na minha vida acadêmica.

À estimada professora Ana Luiza Stiebler Vieira, pelo incentivo e riquíssimas contribuições para a pesquisa.

Ao querido professor Urubatan Vieira de Medeiros, pelo contínuo incentivo e amizade ao longo de todos esses anos, o que muito me envaidece.

Aos queridos Luciana Freitas Bastos e Marcelo Daniel Brito Faria, pela amizade, apoio e tranquilidade para desenvolvermos juntos um trabalho ímpar na Policlínica Piquet Carneiro/UERJ, em meio à construção da tese.

À Mônica Carvalho de Mesquita Werner Wermellinger e Tereza Guimarães Fonseca que para além das esferas profissionais, foram muito solidárias comigo na matéria e na alma.

À Eliane de Oliveira que contribuiu para que eu pudesse perceber a vida a partir de novas perspectivas, facilitando o caminho percorrido.

À Cintia Maria Barbosa, Rosana Moura, Roberta Caetano e Luzimar Caetano pelo carinho por toda esta trajetória.

À Maria Rita dos Santos Rito e Nanci da Silva, pelo incentivo na concretização deste desafio e por me sustentarem em oração.

À bibliotecária Gizele Ribeiro e ao Mário, chefe da reprografia; pela presteza e atenção aos serviços solicitados.

À Sandra Becker, pelos comentários e sugestões por ocasião do meu encontro com a análise de conteúdo.

Aos meus entrevistados por enriquecerem este estudo.

Aos ilustres colegas que muito me auxiliaram na busca de dados: Raul Lugo, Álvaro Roda, Roque Avelaneda e Pablo Villamizar.

SUMÁRIO

RESUMO	x
ABSTRACT	Xi
LISTA DE FIGURAS	Xii
LISTA DE GRÁFICOS	Xiii
LISTA DE QUADROS	Xiv
LISTA DE TABELAS	Xv
LISTA DE SIGLAS	Xvi
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I – AS PROFISSÕES E SEUS ASPECTOS REGULATÓRIOS	24
1 – Definindo Profissão	24
2 – Definindo Regulação	31
3 – Mecanismos de Regulação das Profissões de Saúde	33
3.1- Fontes de Regulação Profissional	34
3.2- Modos de Regulação Profissional	39
3.3- Demais Fontes que influenciam a Regulação	44
CAPÍTULO II – ODONTOLOGIA NO BRASIL: Entrada no Mercado de Trabalho e Práticas de Concorrência	46
1 – Regulamentação da Profissão e Entrada no Mercado de Trabalho	46
2 – A Formação em Odontologia	48
3 – Práticas de Concorrência	54
4 – Instituições Regulatórias no Brasil	58
CAPÍTULO III – ODONTOLOGIA NO BRASIL: A Estrutura do Mercado de Trabalho e Mecanismos de Remuneração	62
1 – As Mudanças Ocorridas na Profissão	62
2 – Estrutura do Setor Público	69
3 – Estrutura do Setor Privado	75
CAPÍTULO IV – INTEGRAÇÃO REGIONAL NA UNIÃO EUROPÉIA	80
1- União Européia: Histórico e Estrutura Organizacional	81
2 – O Livre Trânsito de Profissionais	82
2.1 – O Reconhecimento Automático: A Odontologia em seu Contexto	86

CAPÍTULO V – INTEGRAÇÃO REGIONAL NOS PAÍSES DO CONESUL	91
1 – As Tentativas de Integração Regional e o MERCOSUL	92
2 – Assimetrias Sociais, Econômicas, Demográficas e de Saúde entre Brasil e os demais Estados Partes	98
3 – A Saúde e o Livre Trânsito dos Trabalhadores de Saúde no MERCOSUL	102
4 – Implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no MERCOSUL	106
5 – Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde	118
6 – Contextualizando a Profissão de odontologia nos demais Estados Partes	123
CAPÍTULO VI – ASPECTOS METODOLÓGICOS	136
1 – Descrição da Metodologia Utilizada	136
2 – Fases, Instrumentos e Tratamento dos Dados	136
3 – Aspectos Éticos	142
CAPÍTULO VII – Integração dos Serviços de Saúde Bucal no Âmbito do MERCOSUL: O BRASIL EM FOCO	144
Tema 1 – Regulação do Exercício Profissional	144
Tema 2 – Mercado de Trabalho	149
Tema 3 – Livre Trânsito dos Profissionais de Odontologia	156
Tema 4 – Ações do SGT no. 11	158
CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
REFERÊNCIAS	173
ANEXO I	185
ANEXO II	187

RESUMO

O MERCOSUL é, na América Latina, a atual proposta de integração dos países do Cone Sul, e dentre seus objetivos finais está a livre circulação de serviços e pessoas, previstos para o ano de 2015. Este estudo analisou os marcos regulatórios da profissão de odontologia no Brasil, com vistas a este processo de integração regional. Trata-se de um estudo qualitativo, que reuniu a Revisão de Literatura, a Análise Documental, a Observação Participante e a Análise de Conteúdo como estratégias de investigação e tratamento dos dados, a fim de atingir o objetivo final. A partir da revisão de literatura, verificamos as quatro fontes de regulação que incidem sobre esta profissão, bem como as ações do Subgrupo de Trabalho no. 11 “Saúde” voltadas para facilitar tal processo. Ademais, foram realizadas entrevistas com representantes desta categoria profissional, a fim de conhecer suas percepções sobre a integração em curso. Concluímos que existe uma assimetria entre os processos de regulação do exercício profissional dos odontólogos no Brasil frente aos demais Estados Partes, havendo o risco dessa liberalização gerar efeitos adversos ao mercado de trabalho odontológico brasileiro, quando da ausência de políticas regulatórias para o livre trânsito desta categoria. Atuando no sentido de colaborar com propostas voltadas a este processo, foi constituído o Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde que, apesar de ser reconhecido como uma instância pioneira conformada pelo Brasil, tem recebido críticas relacionadas à morosidade com que são travadas as questões em seu âmbito. Por outro lado, tem entre as suas contribuições a construção da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL, que permitirá maior controle e fiscalização dos profissionais que estiverem em trânsito e trabalhando no Bloco. Às considerações finais evidenciamos nós críticos que emergiram no decorrer do estudo e elencamos sugestões para o deslindar destes, considerando que o aprofundamento do processo de integração é desejável aos olhos governamentais e que se faz premente a harmonização de legislações e a eleição de marcos regulatórios direcionados ao tema.

ABSTRACT

MERCOSUL is the current integration layout in Latin America for the countries of the Southern Cone. Amongst its future objectives are the free circulation of people and services by the year 2015. This study analyzed the regulations that shape the Odontology profession in Brazil, within the context of this regional integration process. This is a qualitative study, that used the Literature Revised, Analysis Document, Participant Observation and Content Analysis as research strategies and data treatment in order to achieve the ultimate goal. Based on the literature revised, four sources of regulations on the practice of dentistry were identified, as well as the actions of the “Health” Practice Subgroup no. 11, (Subgrupo de Trabalho no. 11 “Saúde”) aimed towards facilitating the abovementioned integration process. Moreover, interviews were conceded by professionals of the field in order to understand their views regarding the integration in course. The conclusion is that there is an asymmetry between the processes of regulation for the practice of dentistry professionals in Brazil and those of Member States; which poses a threat to the Brazilian odontology labor market, insofar as the professional liberation within the region is lacking in policies that regulate the free transit of this professional class. In an effort to collaborate in promoting the integration process, the “Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde” was constituted. Despite being acknowledged as a pioneer initiative proposed by Brazil, it has been the target of criticism regarding the delays in handling matters in discussion. By contrast, a significant contribution was the approval of a document providing the minimum guidelines for the registration of health professionals in the bloc (Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde), which will enable greater control and supervision over professionals who are in transit or working within the region. Final considerations bring to light complex issues that emerged throughout the study, for which suggestions of possible solutions are offered, inasmuch as a tight integration process is desirable in the eyes of the Government and therefore establishing a regulatory framework is not only paramount but urgent, as is the harmonization of legislations with respect to the theme.

LISTA DE FIGURAS

Figura I – MERCOSUL – Fronteiras Físicas	98
Figura II - Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL	108
Figura III – Protótipo de Certificado de Exercício Profissional	115

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I – Comportamento de empregos de Odontólogos segundo Grandes Regiões – Brasil, 1992-2009	68
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Vantagens e Desvantagens da Auto-regulação concedida pelo Estado	40
Quadro II- Distribuição dos Sindicatos de Odontologia no Brasil	60
Quadro III - Indicadores Sociais, Econômicos, Demográficos e de Saúde no MERCOSUL – 2009	100
Quadro IV - Emissão de Certificado Assinado via Plataforma Arouca pelo Conselho Regional de Odontologia	113
Quadro V – Profissões de grau universitário comum e priorizado nos Estados Partes para exigibilidade do preenchimento da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL	117
Quadro VI – Quadro Resumo da Regulação da Profissão de Odontologia no MERCOSUL	131
Quadro VII – Sanções Preliminares nos Estados Partes	134
Quadro VIII – Temas e Categorias de Análise do Estudo	142

LISTA DE TABELAS

Tabela I – Número de habitantes, odontólogos e relação odontólogo/10.000 habitantes por Estado, no Brasil – 2012	65
Tabela II – Comportamento de Empregos de Odontólogos segundo Grandes Regiões – Brasil, 1992-2009 (série histórica)	68
Tabela III – Empregos de Odontólogos por esfera administrativa segundo Grandes Regiões – Brasil, 2002 – 2009 (série histórica)	70
Tabela IV – Formas de contratação utilizadas por categoria segundo o agente contratante (em percentual)	71

LISTA DE SIGLAS

- ABO - Associação Brasileira de Odontologia
- AFORA - *Asociación de Facultades de La Republica Argentina*
- ALADI - Associação Latino-Americana de Integração
- ALALC - Associação Latino-Americana de Livre Comércio
- AMS - Assistência Médico-Sanitária
- AOA - *Asociación Odontológica Argentina*
- AOU - *Asociación Odontológica Uruguay*
- CCM - Comissão de Comércio
- CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
- CT - Comitê Técnico
- CECA - Comunidade Européia do Carvão e do Aço
- CED - *Council of European Dentists*
- CEE - Comunidade Econômica Européia
- CEO – Centro de Especialidade Odontológica
- CFO – Conselho Federal de Odontologia
- CIVIGSAL - Comissão de Vigilância da Saúde
- CMC - Conselho do Mercado Comum
- CMDB - *Conjunto Mínimo Básico de Datos*
- CoNEUAU - *Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria*
- COP - *Círculo de Odontólogos del Paraguay*
- COPROSAL - Comissão de Produtos para a Saúde
- CORA - *Confederación Odontológica De La República Argentina*
- COSERATS - Comissão de Serviços de Atenção à Saúde
- COV - Colégio de Odontólogos da Venezuela
- CRO - Conselho Regional de Odontologia

DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais

DEGERTS - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

EEE - Espaço Econômico Europeu

EFTA - Associação Europeia de Livre Comércio

ESB - Equipe de Saúde Bucal

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

EUD - *European Union of Dentists*

EURATOM - Comunidade Européia de Energia Atomica

FACO - *Federacion Argentina de Colegios de Odontologos*

FCCP - Foro de Consulta e Conservação Política

FCES - Foro Consultivo Econômico e Social

FIO – Federação Interestadual dos Odontologistas

FNO - Federação Nacional dos Odontologistas

FOCEM - Fundo para Convergência Estrutural do MERCOSUL

GMC - Grupo Mercado Comum

GT - Grupo de Trabalho

GS - Grupo de Serviços

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INEP - Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação

LRPD - laboratórios regionais de prótese dentária

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

MPPS - *Ministério Del Poder Popular para La Salud*

MSP - *Ministerio de Salud Pública*

MSPyBS - *Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social*

NARIC - *National Academic Recognition Information Centre*

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PICE - Programa de Integração e Cooperação Econômica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

REFES - *Registro Federal de Establecimientos de Salud*

REFEPS - *Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud*

RMS - Reunião de Ministros da Saúde

SHARPS - *Sistema de Habilitación y Registros de Profesionales de La Salud*

SICPESSS - *Sistema Integrado de Control de Profesiones, Establecimientos de Salud, Protección Radiológica y Superintendencia de Salud*

SISA - *Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino*

SM - Secretaria do MERCOSUL

SGT - Subgrupo de Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

TEC - Tarifa Externa Comum

UE - União Europeia

UNA - *Universidad Nacional de Asunción*

UNA/ SUS - Universidade Aberta do SUS

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas uma nova dinâmica na economia mundial tem sido provocada pelo processo de globalização, que sob vários aspectos tem levado a uma interdependência das nações, dando novo significado aos limites territoriais das mesmas. Assiste-se ao declínio do Estado-nação e a emergência de organizações supranacionais, centros de poder. Ianni¹ afirma que esta nova “economia-mundo” não se refere apenas aos aspectos econômicos, mas também repercute em outras áreas como a social, política e cultural. Neste contexto reforça-se a necessidade de integração regional, que apresenta como principais objetivos o fortalecimento econômico, a ampliação dos mercados e conseqüentemente a melhora da performance dos países no cenário internacional.

Na América Latina, principalmente nos países do Cone Sul, várias foram as tentativas de integração regional, que obtiveram pouco êxito. A baixa adesão do setor privado e o panorama político dos referidos países foram fatores primordiais para tal desfecho. No entanto, na década de 1980, buscando uma reinserção na economia mundial, se institucionalizou o Mercado Comum do Sul – MERCOSUL, que hoje representa um conjunto de interesses que ultrapassa um milhão de dólares e uma população que supera os 263 milhões de habitantes².

Não obstante ter indicadores tão expressivos e contar com Brasil, Argentina, Uruguai, Paraguai e Venezuela como Estados Partes, este Bloco tem como objetivo final a conformação de um Mercado Comum, no qual pressupõe a liberdade de circulação de bens, pessoas, serviços e capitais. Indo ao encontro dos pressupostos das teorias de integração regional, o aprofundamento do processo integratório demanda o envolvimento de outras áreas. Em que pese ainda encontrar-se em “estágio embrionário” a inserção das políticas sociais neste processo³, que se alonga por mais de duas décadas; o setor de saúde tem recebido atenção diferenciada pelo seu conteúdo complexo, que perpassa desde questões ligadas ao comércio de produtos – diretamente relacionados à economia, à vigilância sanitária e epidemiológica - até as ligadas à mobilidade de profissionais da área. O protocolo de Montevideu sobre o Comércio de

Serviços do MERCOSUL prevê a liberalização completa do comércio intra-regional de serviços para o ano de 2015, pois incide diretamente sobre esta mobilidade. Entretanto, passados alguns anos da constituição do MERCOSUL, ainda há lacuna de conhecimento na área de odontologia no Brasil, com vistas ao processo integratório.

Em se tratando do livre trânsito dos profissionais liberais uma harmonização na regulação do exercício profissional também é requerida, considerando a **hipótese de que há uma assimetria entre os processos regulatórios que regem o exercício profissional dos odontólogos¹ no Brasil e demais Estados Partes. A liberalização destes serviços pode levar a descompassos no mercado de trabalho odontológico brasileiro, quando da ausência de políticas regulatórias para o livre trânsito desta categoria.**

Particularmente, o Brasil é o único Estado Parte que possui um órgão específico da profissão de odontologia com autonomia para regular o exercício profissional desta categoria. O país também tem experimentado uma considerável expansão do mercado de trabalho, desde o início da década de 2000, fruto das políticas públicas praticadas a partir de então. Somando-se a isso, há entre o Brasil e os demais Estados Partes grandes diferenças: sejam populacionais, em extensões territoriais e, até mesmo, sobre as condições sócio-econômicas, que devem ser consideradas neste processo de integração regional.

Meu interesse no objeto deste estudo – a profissão de odontologia no Brasil – foi o de buscar elementos que contribuam para deslindar alguns dos nós que envolvem o problema da liberalização do comércio de serviços de odontologia no âmbito do MERCOSUL. Isto conforma uma inquietação e motivo de reflexão acerca de questões que norteiam a força de trabalho e a regulação do exercício profissional da odontologia.

¹ Neste estudo utilizaremos o termo “odontólogo” por ser esta a denominação de referência para os graduados em odontologia no âmbito do MERCOSUL, pactuada na XXXVIII Reunião do SGT N° 11 – Buenos Aires, 17 de abril de 2012.

O mercado de trabalho dos odontólogos tem sido alvo de meu interesse por vários anos. Isto aliado à minha experiência como odontóloga e professora do curso de odontologia, motivou o interesse por aprofundar a investigação de um fenômeno inédito (a integração dos serviços de odontologia no MERCOSUL) que se mostra com forte tendência a consolidar-se. Da conjugação desses fatores e do cruzamento entre o “eu-profissional” e o “eu-acadêmico”, nos quais se misturam observações, preocupações, análises teóricas e expectativas, nasceu a vontade de trilhar por este caminho no processo de doutoramento. Vale ressaltar que este estudo também faz parte da linha de investigação da orientadora e integra um estudo mais amplo, envolvendo as profissões de saúde no âmbito do MERCOSUL.

Nesse panorama, apresentamos como questão norteadora: Quais são os marcos regulatórios do exercício profissional da profissão de odontologia no Brasil, voltados ao processo integratório em vigência no MERCOSUL? É sobre este tema que centra este estudo que ora apresentamos.

Ademais, se faz premente produzir conhecimento que subsidie futuras negociações concernentes às políticas regulatórias de livre circulação dos odontólogos no Brasil e nos demais Estados Partes no Mercado Comum do Cone Sul.

O objetivo geral deste estudo é analisar os marcos regulatórios da profissão de odontologia no Brasil, com vistas aos desfechos que a integração regional no MERCOSUL acarretará ao mercado de trabalho de odontologia no Brasil.

Tem, ainda, como objetivos específicos:

- 1) Analisar a conformação da profissão dos odontólogos no Brasil, nos aspectos regulatórios que envolvem a entrada no mercado de trabalho, as práticas de concorrência, a estrutura do mercado de trabalho, os mecanismos de remuneração e os requisitos para o livre trânsito entre os Estados Partes, visando a integração regional;

- 2) Analisar o processo de implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais da Saúde do MERCOSUL, já aprovada no MERCOSUL;
- 3) Descrever a atuação dos atuais fóruns e proposições de regulação do exercício profissional dos odontólogos no MERCOSUL;
- 4) Conhecer a percepção das lideranças da categoria profissional dos odontólogos no Brasil, quanto à integração dos serviços de odontologia no MERCOSUL.

O presente trabalho inicia com uma breve introdução e conta com sete capítulos. O primeiro capítulo traz as referências teóricas que norteiam toda a tese. Assim, apresentamos o conceito de profissão buscando justificar o entendimento da odontologia como tal. Tão importante quanto, foi a conceituação de regulação e a adoção do modelo teórico proposto por Moran & Wood⁴ para o estudo da profissão médica, na qual entendemos que seu aproveitamento para o estudo da profissão de odontologia é perfeitamente pertinente em vista das similaridades que apresentam ambas as profissões. Deste modo, são estudados: a natureza da regulação, os modos de regulação, as fontes de regulação e as instituições regulatórias. Considerando que este complexo está inserido num contexto maior próprio de cada local, ou mesmo país, no que tange a cultura regulatória, a economia, a política vigente e a maneira como é estruturado o sistema de saúde.

No segundo capítulo, de acordo com as fontes de regulação propostas por Moran & Wood⁴, apresentamos os mecanismos de entrada no mercado de trabalho odontológico brasileiro, bem como as práticas de concorrência utilizadas no país e suas instituições regulatórias.

No terceiro capítulo descrevemos a estrutura deste mercado de trabalho, identificando as mudanças ocorridas nele, nas últimas décadas; correlacionando a mudança de paradigma da profissão com a abertura de novos postos de trabalho e mecanismos de remuneração.

O quarto capítulo tem o objetivo de apresentar o “estado da arte” do mais antigo e bem sucedido processo de integração regional – a União

Européia, no que concerne à sua institucionalização e à regulação voltada para o trânsito de profissionais. A odontologia é, especificamente, abordada à sua regulação e ao reconhecimento automático da formação acadêmica no âmbito do Bloco.

O quinto capítulo demonstra o desafio conferido aos países do Cone Sul na conformação e institucionalização do MERCOSUL com vistas ao alcance de um Mercado Comum, e suas consequências para o exercício profissional de odontólogos que exercem sua profissão no Brasil, considerando as assimetrias sociais, econômicas, demográficas e de saúde entre o Brasil e demais Estados Partes. Neste âmbito, o processo regulatório do exercício profissional dos odontólogos na Argentina, Paraguai, Uruguai e Venezuela também são contextualizados, a fim de subsidiar posterior discussão. Ademais, é apresentado e analisado o Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde que tem entre suas contribuições a construção da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL, cuja implementação também é avaliada neste capítulo.

O sexto capítulo apresenta o caminho metodológico percorrido, quando são explicados os passos seguidos, tanto em termos de pesquisa bibliográfica, quanto aqueles da pesquisa empírica.

O sétimo capítulo é dedicado à discussão quanto aos resultados que emergiram na exposição dos capítulos anteriores, frente à análise das entrevistas que procuraram conhecer a percepção das lideranças brasileiras da categoria profissional dos odontólogos, no que diz respeito à integração em curso.

Na finalização do estudo, são expostas as considerações finais.

CAPÍTULO I

AS PROFISSÕES E SEUS ASPECTOS REGULATÓRIOS

1 - Definindo profissão

No mundo do trabalho, qualquer atividade pode ser considerada uma atividade profissional. No entanto, a sociologia das profissões, mesmo apresentando discordâncias de como reconhecer uma profissão, ao longo de todo século XX, procurou estabelecer diferenças entre o que seria “ocupação” e “profissão”. Carr-Saunders & Wilson⁵ foram considerados os primeiros autores a fazerem uma análise sociológica das profissões, e estes já distinguiam certos atributos presentes nas profissões, que não se identificavam nas ditas “ocupações comuns”. Machado⁶ relata que estes e outros autores como Parsons⁷ e Greenwood⁸, postulavam que profissão seria um grupo profissional com características traço. Nesta linha de pensamento uma profissão se conformaria a partir de um treinamento formal, sob observância de um código de ética e com o propósito de prestar serviço altruísta para os clientes. A autora acrescenta que as críticas lançadas a esta abordagem se formaram na ausência de uma base teórica e da não observância de articulação entre estes atributos.

Enquanto este enfoque enfatizava os “elementos essenciais” a abordagem funcionalista se preocupou com a “relevância funcional” do profissional para a sociedade como um todo. Deste modo, esta se preocupava em definir profissão, e identificar qual seria a função social destas, ou seja, quais atributos as distinguiriam das ocupações comuns e que contribuições estas poderiam oferecer para a manutenção das sociedades capitalistas⁹. Em suma, o reconhecimento da legitimidade social das profissões seria a garantia de que estas seriam indispensáveis à manutenção das sociedades. Barber¹⁰ e Goode¹¹ foram alguns dos autores que se destacaram nesta linha de pensamento.

Barber¹⁰ conferiu quatro atributos para a profissão: (i) um elevado grau de conhecimento sistemático e teórico; (ii) altruísmo; (iii) auto-regulação por meio de um código de ética; (iv) um sistema de remuneração estabelecido pela corporação. De acordo com Machado⁶, Barber ressaltava a importância da base cognitiva das profissões, o ideal de serviço, a representação de seus honorários – este prevalentemente como um reconhecimento da sua perícia profissional em detrimento da obtenção de objetivos sócio-econômicos; bem como a relevância do código de ética, à medida que padroniza o comportamento dos profissionais e observa sanções aos que dele declinam. A autora acrescenta que, na visão de Barber, a profissão se auto-regula tanto ética como tecnicamente, uma vez que o padrão de comportamento esperado atinge tanto a relação com a comunidade quanto com seus pares – manter a qualidade dos serviços prestados.

Para Abbott¹², a corrente de pensamento funcionalista entendia profissão como um meio para controlar a relação assimétrica cliente-especialista, sendo a profissionalização simplesmente a evolução das garantias estruturais deste controle.

Aceitando profissionalização como um processo natural pelo qual devem percorrer as profissões, Wilensky¹³ publicou o artigo “*The Professionalization of Everyone*”, onde fez um estudo sobre a evolução de dezoito ocupações nos Estados Unidos. Assim, descreveu como elementos fundamentais, na diferenciação entre uma profissão e ocupação, o domínio sobre determinada área do conhecimento e a necessidade de observância de um código de ética. Identificou cinco etapas a serem alcançadas pelas ocupações para serem consideradas profissões, ou seja, um processo de profissionalização: (I) a ocupação passa a ser em tempo integral; (II) criam-se escolas de alto padrão, objetivando maior tempo de treinamento, compromisso com a profissão mais cedo, e um grupo de professores em tempo integral; (III) formação de uma associação profissional; (IV) a profissão é regulamentada. Este período também contém os esforços para garantir a proteção por meio de barreiras judiciais impostas pelo Estado da atuação de indivíduos não habilitados, ou seja, o Estado concede à profissão direitos exclusivos de desempenhar

determinadas tarefas; (V) adota-se um código de ética. Sob observância de um código de ética tenta-se manter um perfil padrão de condutas dos profissionais, sob pena de sanções, nas suas relações com a sociedade e seus pares, a fim de manter o prestígio daquela junto à sociedade.

Para Abbott¹², no estudo de Wilensky¹³ as etapas iniciais da profissão como um todo não existem, não explicitando o que impulsionaria as ocupações a aspirarem a passagem de uma etapa a outra. Machado⁶, ressalta que apesar dos problemas dessa teoria, a mesma ainda apresenta um avanço sobre a abordagem de atributos. E acrescenta que o modelo postulado por Wilensky¹³ procura demonstrar que certas ocupações não conseguem ultrapassar determinada(s) etapa(s) do processo de profissionalização, permanecendo como semi-profissões. Deste modo, Wilensky postulou que a profissionalização era uma questão de poder e que embora muitas ocupações quisessem controlar sua formação e exercício profissional, somente as profissões alcançaram esse patamar devido a sua capacidade de controlar áreas específicas e se organizar para uma validação coletiva.

Wilensky¹³ foi um dos autores da corrente estruturalista, onde a idéia principal, segundo Abbott^{12:15}, era a de que “as funções desapareceram e permaneceram só a estrutura”. Neste entendimento, profissão era apenas uma forma institucionalizada de controle. O conteúdo do trabalho e a relação cliente-profissional eram menos importantes. Esse processo de profissionalização postulado por Wilensky foi posteriormente adotado por Moore¹⁴ com algumas modificações. Na visão de Machado⁶ a maior contribuição deste último autor refere-se ao fato de que apresentou argumentos explicando os diversos graus de profissionalismo alcançado pelas mais variadas ocupações, considerando o volume de demanda pelos serviços oferecidos pela profissão. Nesta linha de pensamento as ocupações conseguem ao longo do tempo ganhar o controle de um mercado, alcançando a responsabilidade para conceder a licença para o exercício profissional por meio de um órgão auto-regulador, e ainda, o reforço da fronteira profissional por meio do credencialismo¹².

Em meados da década de 1970, autores como Freidson¹⁵ e Larson¹⁶ criticaram a abordagem estruturalista e argumentaram que a auto-preservação era um reflexo de como o seu poder e autoridade foi utilizado. Essa linha de pensamento percebeu os mesmos desenvolvimentos estruturais das profissões, mas acreditou que os fatos se davam por um desejo de domínio ou autoridade e não por um "crescimento natural". Assim, o estudo das profissões voltou-se para as questões de controle e dominação, onde a sequência real de estruturas (associação, escola, etc.) perdeu importância no reconhecimento pelo Estado para conceder tal domínio, em detrimento da sequência de funções que serviam (exclusão, identificação, etc). Os defensores desta teoria acreditam que os profissionais eram grupos de status - como grupos empresariais com projetos de mobilidade que visavam o controle do trabalho e não ganharam status adquirindo determinadas características, mas convencendo à população de que somente eles estavam aptos a resolver determinadas demandas. Assim, a partir do reconhecimento do Estado e da delegação de poderes atribuídos a estas profissões firmou-se um elevado grau de autonomia e status¹⁷.

Larson¹⁶ trouxe o tema da profissão para a arena política, analisando-a num contexto sócio-econômico, enfatizando seu papel em relação ao mercado, o sistema de classes, a comunidade e sua conexão com o Estado. Para Larson, a capacidade das profissões em obter reconhecimento pelo Estado varia muito em função do tempo, das condições, das estruturas, tipos e importância das mesmas. Importante registrar que os temas centrais da discussão de Larson são as profissões de elite que procuram recompensas pessoais e status elevado, por meio da mobilidade coletiva.

Na obra de Freidson os elementos fundamentais para a detenção do poder de uma profissão são: autonomia técnica, que flui do controle sobre a natureza e a forma como é executado o trabalho, tendo sustentação no monopólio de uma área de conhecimento especializado e institucionalizado; e o acesso à profissão somente dos que detêm credenciais ocupacionais – *gatekeeping*. Neste sentido, a profissão controla seu próprio trabalho e ninguém fora desse espectro pode ditar o que legitimamente os profissionais

devem fazer e como fazê-lo. Destacamos em *Profession of Medicine*, de Freidson¹⁵, a importância que este dá a autonomia profissional como um atributo relevante para o poder da profissão, e ainda, articula esta com outros aspectos de sua preservação e eficácia. A perda do controle sobre a organização do trabalho, ou podemos entender aqui, como a perda da autonomia econômica, não ameaça o controle sobre a natureza do trabalho, garantido pelo monopólio profissional. Segundo o autor, existe ainda uma hierarquização dentro das próprias profissões. No caso da medicina, a alopatia sobressaindo-se à homeopatia; na odontologia, a ortodontia impondo-se à ortopedia dos maxilares. O autor também debruça sobre a questão da ética profissional e a avalia como uma ferramenta para manter o prestígio da profissão. Assim, mesmo que um profissional reconheça uma conduta imprópria em um colega, ele vai hesitar em lhe aplicar sanções.

Num texto mais recente, Freidson^{17:24} relata que “o problema da definição de profissões é criado pela tentativa de tratá-las como se fossem um conceito genérico, em vez de um conceito histórico, mutável, com raízes específicas nas nações industriais fortemente influenciadas pelas instituições anglo-saxãs”. Adotando, então critérios para defini-las:

- 1 – exposição à educação superior e aquisição de conhecimento esotérico^{II};
- 2 – monopólio profissional e remuneração suficiente para o sustento;
- 3 – educação é pré-requisito para obter posições específicas no mercado de trabalho, excluindo os que não possuem qualificação.

Abbott¹² afirma que no cerne da corrente de pensamento que defende o monopólio do exercício profissional, reside o desejo de domínio ou de autoridade. Existiam, então, projetos de mobilidade com o objetivo de controlar o trabalho. Na visão do autor, a obra de Larson demonstrava que este controle era interessante para a sua influência sobre o status e o poder das profissões. Já Freidson, estava mais voltado para seu efeito sobre tais funções sociais

^{II} Conhecimento específico, restrito e fechado a indivíduos de determinada área do saber.

como a cura ou a justiça. Assim, esta corrente de pensamento direcionou o padrão de profissionalização para os processos sociais externos.

Assim, durante os anos de 1980, houve o início de uma releitura das profissões nas sociedades capitalistas, sendo ainda influenciadas pela intensificação dos processos de globalização econômica e financeira. E é nesse contexto que se evidencia o estudo de Abbott¹² que se preocupa com a natureza do trabalho dos profissionais, percebendo as práticas destes, a competição inter e intra-profissional e o controle de suas jurisdições. Para o autor, jurisdição é a relação entre uma determinada profissão e o seu trabalho.

De acordo com Abbott¹², o conjunto das profissões compõe “sistemas de profissões”, onde os espaços são disputados e mais ou menos legitimados, dependendo do poder que cada uma exerce. Desta forma, elas se interdependem, pois o movimento de uma afeta as outras, sendo que o controle de cada profissão é determinado pelo conhecimento formal, abstrato, dominado somente por aquela profissão. O autor também indica que o poder da profissão é primordial para manter a jurisdição conquistada, uma vez em que estão permanentemente em disputa, e provém da capacidade de monopólio frente a outros grupos profissionais, à sociedade e ao Estado.

Freidson^{15:104} completa dizendo que “O conhecimento em si não dá um poder especial. Somente o conhecimento exclusivo dá poder aos seus detentores. E tal poder é obtido precisamente no princípio ocupacional da organização, pelo qual o recrutamento, o treinamento e o desempenho do trabalho de criar, disseminar e aplicar conhecimento específico são controlados.” Deve-se considerar, então, o poder do conhecimento esotérico de uma profissão na manutenção de suas conquistas no sistema profissional. Deste modo, a força e o sucesso de uma profissão são reconhecidos quando o Estado reconhece suas atividades como importantes e legitima seu campo de atuação por meio de barreiras jurisdicionais.

No Brasil, destacam-se os estudos de Edmundo Campos Coelho e Maria Helena Machado. O primeiro analisa as profissões imperiais, identificando os aspectos convergentes pelos quais passam as profissões de medicina,

engenharia e advocacia num contexto de grandes transformações sócio-econômicas das sociedades ocidentais do final do séc. XIX e início do século XX. Machado, com inúmeros estudos^{III} voltados ao tema das profissões, traz significativas contribuições para o assunto. Destaque para sua tese de doutorado, onde investiga as mudanças ocorridas na profissão médica no Brasil, discute a racionalização e a proletarização da profissão médica e defende a tese de desprofissionalização desta profissão.

Como pôde ser observado, existe uma variedade de definições e estas mantêm bases comuns. Deste modo, Machado⁶ sintetizou as características comuns elencadas pelos autores principais da sociologia das profissões: domínio de um corpo esotérico de conhecimentos, adquiridos por um longo processo de formação; oferecimento de serviços especializados ao público; presença de um código de ética e regras para controle do exercício profissional elaboradas pelo grupo através de entidades que os representem na sociedade; desenvolvimento da atividade profissional em tempo integral, e que esta possibilite remuneração para sua sobrevivência; e autonomia profissional. Estas características, segundo Freidson¹⁵ devem ser relativizadas em vista das grandes diferenças entre países, culturas, sistemas educacionais e sistemas de saúde. Sendo essas definições também influenciadas pelo período histórico em que são formuladas. Entretanto, segundo o autor, dois aspectos são fundamentais sobre as profissões: a auto-regulação e a autonomia.

Com base no exposto acima, é possível afirmar que a odontologia se estabelece como profissão, uma vez que apresenta barreiras jurisdicionais e bases estruturais que a afirma como tal, quais sejam: detém uma profunda base de conhecimentos gerais e sistematizados, apreendidos por meio de ensino universitário; possui Lei que regulamenta o exercício profissional; a dedicação se faz em tempo integral; a categoria fomenta a pesquisa; goza de autonomia; se organiza em associações profissionais e possui um código de ética.

^{III} Destacamos os mais relevantes: Machado MH. (org.) Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

Machado MH. (coord.) Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

Para Gonçalves^{9:190}, mais importante do que procurar exaustivamente o que separa as ocupações de profissões, é se preocupar com os processos de “(re) configuração das ocupações em geral (incluindo nestas as profissões) – em termos de organização, de estruturação interna, de relações de poder com o Estado, os clientes e outros agentes sociais – e às articulações das ocupações com as transformações sociais mais amplas”. Mas o que entendemos por regulação? Como esta tem orquestrado o exercício profissional da odontologia?

2 - Definindo Regulação

Regulação, conforme definição aplicada em dicionários^{IV}, no sentido de ação, significa sujeitar a regras, encaminhar conforme a lei para obter determinadas finalidades, conformando comportamentos coletivos e individuais.

No campo da economia política, a crise instaurada na década de 1970, tem levado à desestruturação de antigos paradigmas das ciências sociais e a novas estruturas e perspectivas no capitalismo, dando margem ao surgimento de novas correntes de pensamento, com destaque para a escola regulacionista e a obra de Robert Boyer¹⁸. Este afirma que um dos principais ensinamentos dos regulacionistas é que cada sociedade tem as crises e a conjuntura de sua estrutura.

Deste modo, este autor inaugura uma nova escola de pensamento econômico, procurando explicar em longo prazo o desequilíbrio entre as normas de produção e consumo nos países capitalistas industrializados e enfatizando o trabalho humano como o centro de interesse. Neste contexto, Boyer^{18:10} define regulação como “a forma que se adota a dinâmica econômica, como resultado de estratégias individuais e dos comportamentos coletivos, que se expressam num marco de formas bem precisas da relação salarial, mas

^{IV} Ferreira ABH. Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo, 2010.

também da competência, do Estado e da inserção do sistema produtivo nacional dentro da divisão internacional do trabalho”.

Neste aspecto, três níveis de estudo são elencados para compreender o processo de regulação: a noção de regime de acumulação, as formas institucionais e o modo de regulação. Os mesmos interagem entre si, ao passo que, nas palavras de Boyer^{18:59} regime de acumulação vem a ser “o conjunto de regularidades que asseguram uma progressão geral e relativamente coerente da acumulação do capital, ou seja, que permita reabsorver ou repartir as distorções e desequilíbrios que nascem permanentemente do mesmo processo”. Já “modo de regulação” é o conjunto de normas, coletivas ou individuais que têm as seguintes propriedades:

- reproduzir as relações sociais fundamentais, por meio da conjunção de formas institucionais historicamente determinadas;
- sustentar e gerir o regime de acumulação em vigor;
- assegurar a compatibilidade de um conjunto de decisões descentralizadas sem que seja necessária a internalização dos princípios de ajustamento do sistema como um todo por parte dos atores econômicos.

A noção de formas institucionais objetiva encontrar a origem das regularidades que afetam e conformam o regime de acumulação econômica durante um período histórico determinado. Deste modo, é necessária uma instância capaz de apreender e traduzir as relações sociais de cada país, para o comportamento coletivo¹⁹. Segundo Boyer¹⁸, no capitalismo são três as formas institucionais fundamentais: a moeda, a mais geral, porque é um modo de conexão entre unidades econômicas; a relação salarial, que caracteriza um tipo particular de apropriação do excedente; e a concorrência, no sentido em que define as modalidades de relacionamento entre os centros geradores de acumulação. Médici²⁰ inclui mais duas formas institucionais: o Estado e a adesão ao regime internacional. Concordamos com a proposta de Médici²⁰, pois tanto o Estado em si, como o processo de globalização e suas

consequências no desempenho econômico dos países, são fatores que hoje influenciam o regime de acumulação de uma nação.

Girardi²¹ adota a noção de que a regulação diz respeito ao conjunto de regras e regulamentações fora do mercado, que se impõem sobre determinadas atividades sociais e econômicas, de preparação e implementação das normas, no âmbito político e econômico. Para o autor quatro atores-chaves fazem parte do desenvolvimento das regulações: o legislativo que promulga as leis constituindo em nome do Estado um 'agente instituído' para designar regulações sobre um determinado campo; o executivo o qual compete definir as formas e a extensão das regulações; os agentes regulados, que além de poder ter maior ou menor participação na definição e implementação das regulações, podem questioná-las ao judiciário quando se sentirem prejudicados; e o judiciário que julgará as regulações instituídas de acordo com a constitucionalidade das mesmas e com interesse público.

Deste modo, no entendimento de que regulações são disposições observadas por sanções que são estruturadas para padronizar o comportamento de uma coletividade em um dado espaço de tempo, procuraremos compreender quais os mecanismos de regulação das profissões de saúde. Para tanto utilizaremos como referência teórica os pressupostos de Moran & Wood⁴ que desenvolveram um estudo comparativo da regulação da profissão médica nos Estados Unidos da América - EUA, Reino Unido e Alemanha.

3 - Mecanismos de Regulação das Profissões de Saúde

Moran & Wood⁴ definem regulação como a atividade pela qual as regras que regem o intercâmbio de bens e serviços são definidas e implementadas. Para os autores, em consonância com a proposta de Girardi²¹, o estudo da regulação analisa como as regras impostas pelo mercado são implementadas e como as instituições responsáveis pela formulação e implementação de regras entram em existência e funcionamento. É, ainda, determinada por muitos

fatores, dos quais se destacam o local onde a regulação é efetuada, o momento (tempo) em que é conduzido, e a natureza do trabalho que será regulado.

O “local”, na visão de Moran & Wood⁴ é entendido como o sistema político nacional adotado pelo país sobre o qual se está analisando a regulação. O Brasil, sob regime de uma República Federativa, concedeu à odontologia o poder de se auto-regular, mas mantém influência sobre a mesma, uma vez que é atualmente o maior empregador desta categoria. Quanto a natureza do trabalho, a regulação, na visão de Moran & Wood⁴, é o produto da concorrência entre grupos que mantêm interesse sobre esta profissão, quais sejam: indústria responsável pela fabricação e manutenção de equipamentos odontológicos, indústria farmacêutica, comércio de materiais odontológicos, clientes e companhias de seguros de saúde dental. Girardi²² acrescenta que as regulações podem ser de ordem exógena (a partir do Estado, das organizações de serviços públicas ou privadas, da sociedade, etc) ou endógenas à categoria profissional (a partir dos sindicatos, associações profissionais, etc).

3.1 - Fontes de Regulação Profissional

Apesar da odontologia e medicina, por exemplo, apresentarem interesses e características distintos, estas fazem parte de um amplo processo de regulação. Moran & Wood⁴, propõem que fontes de regulação sejam observadas por todas as profissões. São elas: (i) regulação da entrada e saída no mercado de trabalho (abrangendo licenciamento e certificação); (ii) práticas de concorrência (competência profissional); (iii) organização do mercado de trabalho e (iv) mecanismos de remuneração.

Regulação da entrada no mercado de trabalho inclui-se o licenciamento e a certificação. Sobre a certificação é válido considerar que a formação em odontologia, como em medicina, para além dos saberes e práticas estipulados pelo curso de formação, se constrói no profissional uma identidade. Identidade,

esta, sedimentada pelo longo período de treinamento e padronização, onde todos os membros compartilham uma experiência comum de socialização e são estimulados a desenvolver uma carreira vitalícia¹⁷.

É este profissional, que tendo concluído o curso e apresentado requisitos que variam de país para país (como a filiação em associações profissionais) que se candidatará à validação/licenciamento de sua prática profissional. Esta é, na atualidade, a estratégia mais comum para validar a entrada no mercado. O principal mecanismo utilizado para a entrada no mercado de trabalho no Brasil é a obrigatoriedade de registro em um Conselho Regional de Odontologia e cuja jurisdição o profissional fica sujeito à obrigatoriedade de obter carteira profissional e efetuar pagamento de anuidades. A autorização para o início do exercício profissional exige a apresentação de diploma de conclusão de curso expedido por instituição reconhecida pelo sistema educacional.

Moran & Wood⁴ relatam que cada profissão tem o interesse em controlar a entrada de novos profissionais no mercado, uma vez que a oferta afeta o abastecimento do mercado e pode levar uma pleora profissional. Observam, ainda, que o número de faculdades e a regulação da imigração são fatores cruciais.

Freidson¹⁷ defende que uma profissão estaria mais segura quando detivesse o controle sobre o número de profissionais e as características destes. No entanto, o autor vê no aumento do número de profissionais, um sinal das transformações pelas quais as profissões estão passando. O estado da economia que está fora do controle das profissões pode afetar seriamente a posição de seus membros no mercado, assim como, é uma ingenuidade pensar que políticas de Estado são feitas exclusivamente por comissões e organismos formais, se nos debruçarmos sobre a questão da abertura de novas instituições formadoras.

Na visão de Larson¹⁶ a produção excessiva de profissionais pode levar à queda da remuneração, desemprego ou subemprego de profissionais, uma vez que os profissionais passam a não ter a mesma oportunidade no mercado de

trabalho. Tais desfechos podem levar a uma mudança na percepção do valor da profissão tanto pela sociedade como pelos próprios profissionais.

Na proposta de Moran & Wood⁴, as práticas de concorrência podem ser entendidas como a regulação das condições competitivas. Na defesa do monopólio profissional, frente a outras ocupações e à população, deve-se estabelecer o entendimento, como postula Moore¹⁴, que somente os profissionais têm capacidade para solucionar suas demandas.

Com relação à concorrência entre os próprios membros da profissão, existe a noção ideológica de que os colegas não devem interferir na relação profissional-paciente, a não ser que sejam acionados para emitir uma segunda opinião. Mecanismos legais sobre este tipo de concorrência estão presentes no caso da propaganda de serviços profissionais, que variam de país para país e em alguns casos existem diversas regulações sobre este quesito dentro de um mesmo país.

Pardell²³ aborda o elemento “confiança”, em seu estudo sobre a profissão médica, e relata que pesquisadores da área tem defendido a necessidade desta, como elemento fundamental na sociedade, intervindo na relação cliente-profissional e, por conseguinte na regulação; uma vez que, procedimentos médicos são muito complexos. Acreditamos que os procedimentos odontológicos também se incluam nesta categoria. Devido a complexidade, a confiança passa a ser mais relevante do que em outras atividades e pode ser resumida em três níveis: a confiança na integridade do profissional, confiança na competência profissional e a confiança de que o profissional dará o melhor de si em todos os momentos. Em entrevista ao jornal do CFO^V, presidentes de entidades nacionais da categoria odontológica também ressaltaram a importância de investir na relação com o paciente, se possível fidelizando-o.

No que tange às estruturas de mercado, Moran & Wood⁴ abordam a liberdade de profissionais médicos em conformar sua prática profissional, com relação à distribuição geográfica. Alegam que nos EUA, o mercado percebido

^V Conselho Federal de Odontologia (CFO). Jornal do CFO, 2009, (88), Jan-Fev.

por estes profissionais continua a determinar a localização da prática, ou seja, os grandes centros urbanos. Entendemos que é uma tendência mundial em toda e qualquer profissão. Os odontólogos, assim como os médicos participam do mercado de trabalho por meio de varias modalidades: sejam vinculados ao setor público, instituições privadas, de forma autônoma, ou combinando assalariamento e prática liberal. Podendo, ainda, não produzir serviços; ao realizar atividades de gestão, por exemplo. As características do processo de trabalho também fazem parte desta forma de regulação. Segundo Freidson^{17:218} o controle absoluto do trabalho “pressupõe o controle das metas, dos termos e da condições de trabalho, bem como os critérios pelos quais ele pode se avaliado legitimamente”. Deve ser considerado que nos dias atuais temos vivenciado uma redefinição neste processo regulatório.

É cada vez maior a participação de outros agentes no processo regulatório, que, segundo Nigenda et al.²⁴ tem interferido na capacidade dos profissionais de tomarem decisões. Ainda, na visão dos autores, afetados pela economia e novos conceitos de planejamento e administração, em anos recentes, as instituições têm implementado vários mecanismos para aumentar a eficiência e a produção de serviços, reduzindo custos, e por conseguinte, confomando um entrave na capacidade dessas instituições em de empregar médicos. Este novo direcionamento adotado por instituições públicas e particulares se propala por todas as profissões de saúde. Ademais, elencam alterações específicas na área médica. Apresentamos aqui algumas alterações no processo de trabalho também sofridas pelos odontólogos, quando do credenciamento a operadoras de saúde bucal, quais sejam: a redução do número de procedimentos e exames complementares que podem ser solicitados, a definição de protocolos para cuidados de saúde bucal e a implementação de auditorias técnicas.

Já o mecanismo de remuneração, na visão de Moran & Wood⁴, pode ser a mais importante e controversa fonte de regulação da profissão médica. Deste modo, todo sistema regulatório tem que decidir sobre qual deverá ser a relação financeira, se houver – no caso do setor privado, entre o paciente e o profissional. Neste âmbito o profissional pode definir o quanto vale as suas

atividades e o cliente efetuar pagamento direto - “*out of pocket*”, ou o pagamento pode ser financiado por um terceiro – o Estado ou companhias de seguro saúde.

Receber diretamente pagamento de seus clientes foi por muito tempo o modo mais comum de remuneração de um odontólogo, quando em consultório privado. Entretanto as mudanças econômicas e novas frentes para o mercado de trabalho tem levado a uma mudança drástica desta prática, sendo o assalariamento (direto ou indireto) um mecanismo de remuneração bastante presente atualmente.

Nigenda et al.²⁴, aborda a prática de correlacionar mecanismo de pagamento com o aumento da produtividade e qualidade da atenção médica. No Brasil, muitas foram as iniciativas em torno do tema. A exemplo, no município do Rio de Janeiro vigora a Lei municipal no. 4.814 de 18 de abril de 2008, que incorporou a gratificação por desempenho e produtividade de servidores, contemplando também a área de saúde.

Além de Moran & Wood⁴, Dussault²⁵ também agrupa as fontes de regulação em quatro formas básicas: regulações jurídicas, que dizem respeito às leis do exercício profissional e que a nosso ver podem ser incluídos a regulação de entrada no mercado de trabalho; regulações administrativas, consideradas pelos autores como as normas de trabalho, e que incluímos como as práticas de concorrência; regulações econômicas, que seriam mecanismos de remuneração, mas que acreditamos que além destes possa-se considerar as estruturas de mercado. Dussault defende, ainda, uma regulação social, advinda da comunidade, de outros profissionais e de poderes compensatórios. Enquanto este autor acredita que a participação da sociedade pode apenas influenciar na regulação das profissões; Girardi²² adota a regulação societal como um modelo, onde os grupos da sociedade civil e de interesse público, participam da regulação de forma acentuada. Na visão do autor, este seria um novo modelo que, sem desconsiderar os modelos “clássicos”, parece vir à tona pela necessidade de convergência entre as instituições da democracia e do

mercado, com o objetivo de sugerir caminhos alternativos às soluções indicadas pelos modelos existentes.

3.2 - Modos de Regulação Profissional

No que concerne aos modos de regulação profissional, importante é compreender como estas quatro fontes de regulação podem ser gerenciadas pelo Estado, ou seja, como se pretende regular. Na visão de Moran & Wood⁴ existem três formas gerais de organizar a regulação, ou seja, o papel do Estado. São eles: auto-regulação sem interferência do mesmo, onde a própria categoria profissional define os mecanismos de entrada no mercado e as práticas de concorrência; o Estado concede às corporações profissionais a aplicação da regulação; e a regulação administrada diretamente pelo Estado.

Os autores apostam que os melhores exemplos de auto-regulação pura estão nas áreas de laser, cultura e religião, organizando seus negócios como associações estritamente privadas. Na auto-regulação concedida pelo Estado, as normas e instituições reponsáveis pela regulação do exercício profissional existem porque o Estado as reconhece como importantes para a sociedade e apoia a sua existência. A regulação exercida diretamente pelo Estado pode ser aplicada por uma instituição pública especializada ou por um departamento central do governo. Assim, com base na legislação do país, os servidores públicos são encarregados de implementá-las.

Desse modo, cada país adota um modo de regulação, de acordo com o contexto político vigente. No Brasil, adota-se a auto-regulação concedida pelo Estado. A área de saúde deste país conta com 14 profissões de nível superior, cujas leis do exercício profissional são sancionadas pelo Estado. Este também autoriza o funcionamento dos Conselhos Profissionais das categorias, que são autarquias dotadas de personalidade jurídica de direito público, vinculadas ao Ministério do Trabalho. A esses Conselhos cabe a tarefa de disciplinar, fiscalizar o exercício da profissão e zelar pelas observâncias do princípio da ética profissional. Cabe dizer que a fiscalização visa primeiramente que pessoas não habilitadas exerçam a atividade.

Pardell²³ esboça vantagens e desvantagens deste modo de regulação, que podem ser visualizadas na Quadro I:

Quadro I – Vantagens e Desvantagens da Auto-regulação concedida pelo Estado

Vantagens	Incentiva o envolvimento dos profissionais;
	Favorece melhor aceitação das normas regulação, por parte dos profissionais;
	Geralmente, é menos dispendioso para o governo;
	É mais sensível e adaptável as situações de mudança;
	É mais suscetível detectar possíveis violações;
	É mais efetiva para emitir as queixas.
Desvantagens	Pode levar a uma autoproteção da corporação profissional e uma perda da legitimidade;
	Pode levar a uma desproteção da população;
	Nem sempre as normas são plenamente aceitas pelos profissionais auto-regulados;
	Não elimina os custos que têm impacto sobre a população.

Fonte: Pardell^{23:20}.

A nosso ver, o incentivo ao envolvimento dos profissionais no processo regulatório parece ser a maior vantagem deste modelo de regulação. No entanto, a possibilidade autoproteção da corporação profissional e a perda da legitimidade perante a sociedade despontam como a maior desvantagem possível para este modelo, uma vez que o prestígio profissional pode ser afetado.

Sobre o controle da prática profissional, Freidson¹⁷ já ressaltava a diferença entre o proletariado, totalmente destituído de organização e poder, uma vez que não possui um conhecimento esotérico; e os profissionais, por sua vez, que detendo o controle de seu próprio trabalho, organizam-se em associações, sem que sua autonomia seja afetada. Deste modo, a regulação

do comportamento de médicos têm sido a tônica de debates nos mais diversos países. Para tanto, pautados na história de cada nação e no papel do Estado, estes têm instituído organizações especializadas com a finalidade de regular tais profissionais. A regulação da profissão de odontologia em muito se assemelha à da medicina. Desta forma, as corporações profissionais também se fazem presentes nesta profissão.

As corporações profissionais, na visão de Moran & Wood⁴, são importantes determinantes da extensão e natureza da regulação. A historicidade e organização das mesmas refletem a cultura de determinado país. Ademais, o objetivo de manter uma imagem ideal e a “qualidade esotérica” incentiva as profissões a se organizarem²⁶. Hovekamp²⁷ relata que o interesse individual dos membros da profissão esta voltado para riqueza, poder e prestígio, que os motiva a conformar instituições que objetivem manter um perfil padrão de seus profissionais, puna os divergentes com sanções e afastem os que não são habilitados a exercer a profissão. Deste modo, as corporações profissionais vão buscar a mobilidade ascendente de seus membros, melhores salários e melhoria das condições de trabalho. Conforme já expusemos, Moore¹⁴ também deflagrou a importância da profissão ser reconhecida pela sociedade como única a resolver determinadas demandas pelo seu conhecimento e capacidade específicos.

Assim, segundo Moran & Wood⁴, as corporações profissionais determinam aspectos da prática profissional, como o controle de critérios pelos quais serão avaliados seus membros. Outro papel importante destas é a capacidade de negociar coletivamente enquanto entidade, seja com o Estado ou com a sociedade. Deste modo, os membros, num todo, aceitam e ratificam os acordos firmados por seus representantes, pois formam uma identidade comum.

Freidson¹⁷ expõe que os membros de uma profissão não constituem um agregado homogêneo, e sim, se diferenciam por especialidades, por circunstâncias diferentes de prática ou ainda, por suas atuações; seja como profissionais comuns, professores, pesquisadores e gestores, seja por estarem

representando a profissão em cargos políticos ou não. Toda esta sorte de situações pode gerar associações cujos membros têm em comum a especialidade, o local de prática ou assuntos de interesse.

Hovekamp²⁷ relata que as corporações profissionais têm desenvolvido e operado estes sistemas de auto-regulação para que os profissionais desfrutem de segurança, autonomia e recompensas elevadas a partir de sua prática. No entanto, existe uma grande diversidade de corporações profissionais, desde aquelas responsáveis pelo registro e questões regulatórias, outras com características técnico-científicas, culturais, filantrópicas e sociais, até aquelas cujo escopo é defender diretamente o interesse dos afiliados. Esta grande variedade está presente não só entre países como no interior de cada nação e vai, como já dissemos, comungar dos aspectos culturais, da história econômica da nação e de diferenças no papel do Estado.

Os sindicatos atuam no sentido de consolidar a profissão voltando-se para os assuntos políticos. No mundo, de uma maneira geral, ganharam importância jurídica e histórica a partir da Primeira Revolução Industrial. No Brasil, a partir da Carta Magna de 1891, os sindicatos puderam se constituir como associações de classe para fins de coalizão profissional, sendo seu caráter político reconhecido apenas na Constituição de 1937, quando o Estado passou a vinculá-lo ao Ministério do Trabalho submetendo-os ao seu controle, (como a proibição ao direito de greve, por exemplo)²⁸.

Nas décadas de 1970 e 1980, enquanto os países da América Latina passavam por um processo de redemocratização, o sindicato ganhou espaço dentro de cada país, uns com maior força reivindicatória que outros, porém sempre procurando romper com o atrelamento ao Estado e associando reivindicações econômicas a questões políticas²⁹. Especificamente no Brasil, a Constituição de 1988 legitimou diversas conquistas na esfera dos direitos trabalhistas relacionados à organização sindical. Dentre elas a proibição da intervenção estatal na criação e funcionamento dos sindicatos, a instituição da

plena liberdade sindical, porém conservando a unicidade sindical^{VI} e a contribuição sindical²⁸. No entanto, esta não é uma questão equânime entre os autores, pois enquanto alguns consideram a unicidade sindical um obstáculo ao exercício efetivo da liberdade sindical outros acreditam na legitimidade desta opção.

Ainda na década de 1990, o acirramento do processo de globalização resultou em novas formas de gestão do trabalho, sobretudo na flexibilização das relações de trabalho que colocaram questões inéditas para os sindicatos e, conseqüentemente, novas posturas foram exigidas, desafiando a força de barganha acumulada por estes, anteriormente^{30,31}. No entanto, há divergências quanto ao modo de interpretar os efeitos que a flexibilização da produção do trabalho tem trazido ao movimento sindical³². Enquanto alguns apontam para um declínio vertiginoso do sindicato, outros acreditam que a “crise” não é da instituição propriamente dita, mas de um tipo de sindicato existente atualmente. No Brasil, estudo realizado por Cardoso³³ a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD demonstra que a regularidade na filiação sindical no Brasil ainda perdura. Entretanto, há que se expor que o poder sindical não se mede só pelo número de filiados, mas também pela capacidade deste em defender a categoria. A título de exemplo, na categoria dos odontólogos no Brasil, a FIO tem demonstrado maior força sindical do que a FNO, que detém maior número de membros afiliados.

Na visão de Ramalho³², as mudanças advindas desta reestruturação plantam a incerteza se os sindicatos serão ou não capazes de representar os interesses de todos os trabalhadores. O autor afirma que se deve entender o sindicato enfatizando que o mesmo se diferencia de acordo com o país ou a região, o ramo da indústria ou o ramo econômico, etc.

Estes problemas de representação são particularmente agravados quando nos deparamos com processos integratórios e tentativas de construção de organizações transacionais, devido às enormes diferenças de perspectivas de cada sindicato. Assim, ante as conseqüências da reestruturação do sistema

^{VI} O princípio da unicidade sindical tem a finalidade de impedir que mais de um sindicato represente o mesmo grupo profissional, numa mesma base territorial.

produtivo, por qual passaram todas as nações, os sindicatos tem assumido novas funções e vem se debruçando sobre a questão de como representar seus afiliados. No Brasil, isto reflete diretamente nos sindicatos dos odontólogos ante à mudança de perfil da profissão, que atualmente apresenta muitos de seus membros em condição de assalariamento (direto ou indireto).

3.3 - Demais Fatores que Influenciam a Regulação

Ainda outros fatores influenciam a regulação e entender o processo desta, na concepção de Moran & Wood⁴, pressupõe conhecer não só o conteúdo das regras, mas como elas são feitas e colocadas em prática. Deste modo, existe uma variedade entre os países e mesmo dentro deles. Os autores alegam que esta variedade se estende a duas áreas principais: a natureza do processo regulatório e as influências que moldam este processo. Quando à natureza, pode-se identificar regras formais e não formais, e como estas estão presentes nos modelos de regulação expostos neste estudo. Já, sobre o processo de regulação, esse sofrerá variação de acordo com a estrutura do governo, o sistema econômico, o sistema de saúde e a "cultura regulatória" de cada país.

Entende-se por regulação formal, as regras estabelecidas, regulamentadas por força de Lei ou elaboradas e aprovadas por corporações, onde fica claro que todos os profissionais estão submetidos a estas regras. Deve-se considerar também os códigos de ética ou diretrizes que indiquem o pensamento geral da profissão. Por outro lado, a regulação também pode se realizada de maneira informal, sem a observância de regras ou orientações. No entanto, no caso da odontologia uma regulação informal seria inviável ao exercício profissional, bem como a manutenção do prestígio da profissão.

Para Moran & Wood⁴ não há como dissociar a regulação de uma estrutura mais ampla do sistema político adotado por uma nação e o modo como é conduzido o seu sistema de saúde. Grande parte do processo regulatório é resultado de como um país delega as funções de regulação

dentro da máquina estatal. A nosso ver o exemplo mais contundente repousa na estrutura de mercado dos diversos países e sua conformação a partir das políticas públicas de saúde.

Para os autores, o processo regulatório também sofre grande influência do sistema econômico vigente em cada país. Os autores exemplificam tal influência com as diferentes práticas de concorrência existentes entre Reino Unido, Alemanha e EUA. Nos dois primeiros países a regulação tem limitado a quantidade de competição dentro da profissão de medicina. Enquanto, nos EUA os médicos têm uma abertura por concorrência muito maior. Em igual teor, a cultura regulatória própria de cada país, se traduz em processos de regulação diferentes.

A partir do exposto podemos considerar que o controle da regulação como um todo é o resultado de soluções individuais para os modelos, as fontes e a natureza da regulação, inseridas num contexto maior da economia, política, estrutura do sistema de saúde e da cultura regulatória. Não existe, então, um único modo de regulação, a julgar que estas soluções se mostram ímpares entre os países e ao longo do tempo. Neste momento, nos aproximando dos objetivos do estudo, cabe analisar a regulação da profissão de odontologia no Brasil.

CAPÍTULO II

ODONTOLOGIA NO BRASIL:

Entrada no Mercado de Trabalho e Práticas de Concorrência

Com vistas à integração regional a qual participa este país e ante as demandas impostas na atualidade, pretendemos neste e no próximo capítulo analisarmos os mecanismos utilizados para regular a profissão de odontologia no Brasil. Para tanto, nos apoiaremos nos pressupostos utilizados por Moran & Wood⁴, já descritos no capítulo anterior.

1 – Regulamentação da profissão e entrada no mercado de trabalho

No Brasil, a primeira regulamentação da odontologia ocorreu em 14 de maio de 1856, por meio do Decreto no. 1.764. Até então, eram realizados "exames" para os dentistas e sangradores que quisessem se habilitar a exercer tais atividades. No entanto, foi na década de 1930 que a odontologia alcançou maior organização enquanto profissão. O odontólogo, então diplomado, a partir de um treinamento formal de nível superior, detinha o monopólio de suas atividades de maneira exclusiva e se via obrigado a se registrar no Departamento Nacional de Saúde Pública. Passaram-se três décadas até que o Estado concedesse à corporação profissional o direito de fiscalizar o próprio exercício. Instituíram-se, assim, o Conselho Federal de Odontologia e suas Regionais, por meio da Lei no. 4.324, de 14 de abril de 1964^{VII}. Tendo a odontologia alcançado a regulamentação de seu exercício profissional em 24 de agosto de 1966, por meio da Lei no. 5.081.

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) enquanto órgão normativo da profissão, emite resoluções com o propósito de orientar a atuação dos Conselhos Regionais (existe um conselho em cada Estado da Federação), aos quais estão subordinados todos os profissionais da categoria e demais

^{VII} Regulamentada pelo Decreto no. 68.704/71.

membros da equipe. A esses conselhos cabe a tarefa de disciplinar, zelando pelas observâncias do princípio da ética profissional; e fiscalizar o exercício da profissão, tendo como objetivo primordial que indivíduos não habilitados exerçam a atividade.

O principal mecanismo regulatório utilizado para a entrada no mercado de trabalho de profissionais de odontologia é o registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e cuja jurisdição o profissional fica sujeito à obrigatoriedade de obter carteira profissional e efetuar pagamento de anuidades. A autorização para o início do exercício profissional exige a apresentação de diploma de conclusão de curso expedido por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação³⁴. Estes e outros aspectos demonstram o monopólio na área de saúde bucal conquistada pela profissão. O fortalecimento deste monopólio está calcado, na visão de Pinto³⁵, no processo de industrialização, urbanização e a emergência de doenças bucais, por meio de suas consequências para a sociedade. Assim, em função da alta prevalência de cárie e da possibilidade de agregar cientificidade aos conhecimentos até então disponíveis na sociedade, solucionando (ou tentando solucionar) as demandas da população, a odontologia se fortaleceu conformando um monopólio nesta área de conhecimento. Como já abordado anteriormente, Freidson¹⁷ argumenta que o que prevalece, na sociedade atual, é o fato de uma profissão ter acesso exclusivo a determinados conhecimentos, em detrimento do potencial prático que este conhecimento possa fornecer a ela.

Deste modo, se fazem importantes os abrigos de mercado, que com o objetivo de manutenção do monopólio profissional encontram no recrutamento, treinamento e identificação dos membros de uma determinada profissão, seus maiores exemplos. Outra dimensão decisiva para o estabelecimento de um abrigo de mercado, segundo Freidson¹⁷ é a relação da profissão com outras “ocupações” na divisão de trabalho. A odontologia no Brasil controla o mercado de trabalho para seus serviços. Ademais, exerce um poder de supervisão sobre trabalhadores técnicos que conformam a equipe de odontologia, quais sejam:

os auxiliares e técnicos em prótese dentária, auxiliares e técnicos em saúde bucal^{VIII}.

2 - A Formação em Odontologia

No que diz respeito ao ensino formal da odontologia no Brasil, este iniciou em 1879^{IX}, constituindo o curso de Cirurgia Dentária, sob a égide da Faculdade de Medicina. Somente na década de 1930^X os cursos de odontologia se desligaram da tutela das escolas médicas, o que proporcionou a algumas delas a criação de disciplinas eletivas. Já na década de 1960, foi fixado um currículo mínimo, contendo dois ciclos – básico e profissional.

Muitas alterações ocorreram naquele currículo até 1982, quando o Conselho Federal de Educação, estabeleceu um novo currículo mínimo^{XI}. A partir de então o curso deveria ter duração mínima de 3.600 horas, compreendidas entre oito e dezoito semestres letivos. Nas matérias básicas deveriam ser ministrados conhecimentos de: Ciências Morfológicas, Ciências Fisiológicas, Ciências Patológicas e Ciências Sociais. Enquanto nas matérias profissionalizantes os conhecimentos a serem transmitidos deveriam ser de: Propedêutica Clínica, Clínica Odontológica, Clínica Odontopediátrica, Odontologia Social e Clínica Integrada³⁶. Na visão de Lombardo³⁷, houve um avanço na formação com a implementação desta resolução, uma vez que incorporou a docência das Ciências Sociais e concedeu um novo enfoque à prevenção, num contexto de aproximação com o setor público e com as atividades multiprofissionais. Pode ter sido este um dos primeiros passos para uma formação integral.

Pelissari et al.³⁸ ressaltam que floresciam os questionamentos acerca da atuação do odontólogo no nível de saúde da população, da consideração da

^{VIII} Técnicos em Saúde Bucal e Auxiliares em Saúde Bucal alcançaram regulamentação de suas profissões no ano de 2008, porém suas atribuições sofrem supervisão da profissão de odontologia.

^{IX} Decreto no. 7.247 de 19 de abril de 1879

^X Com destaque para o ano de 1931 quando foi publicado o Decreto no. 19.851 de 11 de abril de 1931, que estabeleceu a reforma do ensino superior no Brasil, fixou oficialmente o curso em três anos de duração, exigindo o curso ginasial na escola superior.

^{XI} Resolução no. 04/82, de 03 de setembro de 1982, do Conselho Federal de Educação.

inter-relação de fatores sócio-econômico-culturais e ambientais para o alcance do equilíbrio do binômio saúde-doença, e da compreensão de que esses fatores aliados a uma filosofia de promoção da saúde poderiam impactar positivamente na saúde da população. Ademais, que estes aspectos refletiam na necessidade de mudanças no tratamento odontológico, bem como no perfil de seus profissionais.

Diversos estudos como o de Botazzo & Freitas³⁹, Pretto & Franco⁴⁰ e Morita & Kriger⁴¹ enaltecem a interseção indivíduo – contexto social. Na visão de Lombardo³⁷, por exemplo, a prevenção, a cidadania, a consciência social e a ética são aspectos que devem estar presentes nas realidades sociais envolvidas na aprendizagem. Tais indagações e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) que, além de outras atribuições, tem a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, assim como o desenvolvimento científico e tecnológico; corroboraram para a promulgação da Lei no. 9.394, em 20 de dezembro de 1996, que estabeleceu as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)^{XII}. E com o objetivo de completar a LDB, foram definidas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) individualmente para cada curso de graduação. As DCNs dos Cursos de Graduação em Odontologia, instituídas por meio do parecer^{XIII} CNE/CES 1.300/2001, definem competências e habilidades gerais necessárias para o exercício da profissão, traçando novamente um perfil desejável para os egressos, quais sejam: ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, dentro de um rigor técnico e científico, a fim de atuar em todos os níveis de atenção à saúde da população e em prol desta, compreendendo sua realidade social, cultural e econômica; observando princípios éticos e legais.

A grande diferença deste perfil traçado para os anteriores é a noção de que a população está inserida num contexto social e que a saúde bucal interfere diretamente na qualidade de vida das pessoas. O documento também institui a intersetorialidade entre o Ministério da Saúde (por meio da Secretaria

^{XII} A LDB foi alterada ou atualizada pela (o)s: Lei n.º 9.475, Lei n.º 10.287, Lei n.º 10.328, Lei n.º 10.639, Lei n.º 10.709, Lei n.º 10.793, ADIN 3324-7, Lei n.º 11.114, Lei n.º 11.183, Lei n.º 11.274, Lei n.º 11.301, Lei n.º 11.330, Lei n.º 11.331, Lei n.º 11.525.

^{XIII} Este parecer foi transformado em Resolução CNE/CES 3 em 19 de fevereiro de 2002.

de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) e do Ministério da Educação para orientar programas conjuntos e decisões relacionadas à formação dos profissionais de odontologia.

Autores como Cardoso⁴², Lascalla⁴³ e Teixeira & Valença⁴⁴, relatam que antes dessas diretrizes, os cursos de graduação em odontologia, ainda sob influência do paradigma flexneriano^{XIV}, primavam em “formar técnicos”, sem uma visão social e com forte tendência à especialização precoce. As medidas preventivas eram de cunho focal na saúde pública e no trabalho de campo, em detrimento da prevenção clínica. As faculdades de odontologia não exerciam o seu papel de agentes transformadores de mão-de-obra que formavam. Ao contrário, reforçavam o modelo individualista, sofisticado e cirúrgico-restaurador. Oliveira et al.⁴⁵ corroboram, acrescentando que o profissional era formado obtendo uma compreensão limitada de sua inserção na sociedade, portanto, de sua responsabilidade de contribuir para a melhoria das condições de saúde bucal da coletividade.

Neste âmbito, a proposta das DCNs, que traz maior flexibilidade aos currículos, pode ser considerada um avanço quando aliada à noção de que além da reorganização de duração dos cursos, e das próprias disciplinas; os cenários de prática que possam vir a ser agregados à formação se traduzem num espaço privilegiado e aproximam o graduando tanto de uma equipe multiprofissional quanto das demandas reais do processo de trabalho.

Têm sido identificado por estudiosos da área, como Lemos⁴⁶ e Aquilante & Tomita⁴⁷ obstáculos a este processo de reforma curricular no Brasil. Tais obstáculos estão presentes em vários setores: desde algumas universidades que ainda não formam profissionais com compreensão crítica das necessidades sociais em saúde bucal da população, até ao próprio processo de ensino-aprendizado, onde os docentes habituados a compartimentalização do ensino (uma vez que foram formados nessa perspectiva) tendem a

^{XIV} O Relatório Flexner, publicado em 1910 difundiu a noção de que a ciência poderia resolver qualquer problema, negando a causalidade da doença. Os aspectos preventivos e de promoção de saúde eram relegados a segundo plano. O paciente, separado da coletividade e do contexto social ao qual estava inserido, era considerado máquina e como tal tratado por partes.

reproduzir esta lógica^{XV}. Estudo mais recente realizado pelo Ministério da Saúde abrangendo os cursos de odontologia, medicina e enfermagem, conclui que os entraves semelhantes encontrados nos processos de implantação das DCNs pelas universidades foram: “dificuldade de desenvolvimento do ensino na rede SUS, dificuldade de integração/modificação curricular e dificuldade em desenvolver projetos inovadores, diferentes do modelo tradicional de ensino”^{48:150}. Deste modo, a maior parte dos projetos pedagógicos centra a formação no diagnóstico e tratamento de acometimentos, e embora, imprescindíveis à formação não contemplam as necessidades de conhecimento para a produção de saúde, conforme percebida atualmente.

E no entendimento de que nem todas as áreas de regulação têm observado o mesmo dinamismo no desenvolvimento, embora o SUS constitua, hoje, o maior empregador para os odontólogos, ainda não houve o impacto esperado sobre o ensino de graduação. Assim, acreditamos que se faz mister a existência de um currículo integrado, com um olhar mais abrangente da formação em saúde coletiva; a imersão precoce do graduando em seu contexto profissional; a diversificação dos cenários de aprendizagem e a integralidade da atenção.

Experiências inovadoras têm sido assistidas por diversas instituições de ensino que tem submetido projetos pedagógicos ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde^{XVI} (Pró-Saúde) cujo escopo é a integração ensino-serviço. Para tanto, promove uma reorientação da formação profissional, num contexto de abordagem integral do processo saúde-doença, dando relevância à atenção básica. A título de exemplo, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujos projetos têm sido contemplados neste programa^{XVII}, tem realizado esta interseção ensino-serviço desde o início da formação do graduando: num primeiro momento atuando em

^{XV} Ver mais detalhes em: Brasil. Ministério da Saúde. 3ª Conferência Nacional da Saúde Bucal. Relatório Final. Brasília-DF, 2004.

^{XVI} Este programa instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC no. 2.101 de 03 de novembro de 2005, contemplou num primeiro momento apenas as graduações que integravam a Estratégia de Saúde da Família: medicina, odontologia e enfermagem. Posteriormente, este foi ampliado para os demais cursos de graduação em saúde - Portaria Interministerial no. 3.019, de 27 de novembro de 2007. Ver mais detalhes em: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>

^{XVII} Última proposta da instituição aprovada no Pró-Saúde data de 03 de abril de 2012 (DOU 04/04/2012).

educação em saúde; posteriormente de uma maneira interventiva, na promoção e recuperação da saúde bucal. Também, seu currículo a partir de uma nova proposta a ser implementada neste ano, passa a ter o “paciente” como centro de interesse na formação acadêmica.

No que diz respeito à carga horária, a mínima exigida para o Curso de Odontologia no Brasil é de 4.000 horas. Esta carga horária foi inicialmente aprovada pelo Parecer CNE/CSE n.º 329/2004, de 11 de Novembro de 2004, não homologado. A mesma foi mantida pelos Pareceres CNE/CSE n.º 184/2006 (07 de Julho de 2006) e CNE/CES n.º 8/2007 (31 de Janeiro de 2007), sendo este último homologado e publicado no Diário Oficial da União em 13 de Junho de 2007^{XVIII}.

Quando deixamos de examinar a conformação dos cursos e nos voltamos para estudar as instituições formadoras no país, percebemos que tem havido um incremento no sistema de ensino no país, desde a década de 1990. Atualmente o Brasil detém 203 cursos de odontologia, cuja dependência administrativa é majoritariamente privada (73%). Apesar do número elevado de instituições formadoras, não se traduziu num recurso suficiente para melhorar os níveis de saúde bucal de uma forma homogênea. Estando estes diretamente relacionados à distribuição econômica do país, assim como os odontólogos e demais profissionais de saúde.

A discussão no âmbito da odontologia sobre a abertura de novas vagas tem sido abordada não só em estudos acadêmicos, como o de Medeiros & Gandarão⁴⁹ e o de Secco & Pereira⁵⁰, bem como em diversos espaços de discussão da categoria. Entretanto, a regulação também é política e, particularmente, neste assunto, grandes tensões emergem por parte de empresários do ramo da educação que têm representantes nas casas legislativas deste país. Também vale ressaltar, que por dez anos a categoria aspirou pela aprovação do Projeto de Lei no. 3.340/00, que determinaria que a criação de novos cursos superiores de Odontologia, Medicina, Psicologia, Direito e Medicina Veterinária estivessem condicionadas a pareceres dos

^{XVIII} Disponível em: http://home.furb.br/ivens/PPP_01/ppp_leis.htm

respectivos Conselhos Profissionais. No entanto, o mesmo foi rejeitado no ano de 2010 ao tramitar na Câmara dos Deputados. Atualmente, cabe ao Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior, a análise e emissão de parecer sobre a abertura (ou não) de novos cursos. Considerando que a autorização da abertura de cursos de graduação de Odontologia, recorre às recomendações do Conselho Nacional de Saúde.

No que diz respeito à procura pelo curso de odontologia, há indícios de que o mesmo já não apresente tanto prestígio frente aos egressos do ensino médio. Secco & Pereira⁵⁰ relatam pesquisa realizada por Secco em 2003, com 13 faculdades de odontologia^{XIX} em São Paulo; onde conclui que apenas 61% das vagas oferecidas para o 1º. ano dos cursos, por esses estabelecimentos, foram preenchidas, sinalizando, para a autora, um panorama de crise para as faculdades de odontologia, queda de prestígio da profissão e saturação do mercado de trabalho.

Em acréscimo, censo realizado pelo Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais⁵¹ – INEP, no período entre 2000 e 2007, também demonstra que o número de graduandos e egressos vem sofrendo uma redução. O número de candidatos inscritos para o vestibular de odontologia reduziu em 62% no período estudado e uma queda de 44% também foi percebida no número de ingressos neste curso. Na visão de Paranhos et al.⁵² a diminuição pelo interesse nos cursos de odontologia se traduz num somatório de problemas que vão além da diminuição do prestígio social da profissão, mas sobretudo perpassam na baixa remuneração, que reflete no perfil profissional. Soma-se a isto, as taxas de regulação da profissão, aos impostos para manutenção de um consultório e ao mercado profissional, que se encontra cada vez mais competitivo.

^{XIX} Das treze faculdades de odontologia, cinco eram da rede privada e oito da rede pública (uma municipal e sete estaduais).

3 – Práticas de concorrência

No que concerne às práticas competitivas inter profissionais deve-se considerar que no Brasil, um dos principais problemas enfrentados pela profissão de odontologia é a contestação do seu campo de prática por indivíduos que não estão autorizados a exercer a odontologia (empíricos), denominados de “dentistas práticos”.

Carvalho⁵³ em sua tese de doutorado, estudou o processo de profissionalização da odontologia no Brasil e assinala que, embora ilícito, o exercício da profissão por dentistas práticos é comum, especialmente nas cidades interioranas e periferias dos grandes centros urbanos; se conformando hoje numa das principais demandas a efetividade de fiscalização, na tentativa de prevenir ou eliminar essa concorrência. Considerando as argumentações teóricas, a autora concluiu que a profissão de odontologia no Brasil não preenche completamente os critérios necessários à profissionalização, tendo que enfrentar contestações em três arenas jurisdicionais da divisão do trabalho especializado, quais sejam: “do espaço do trabalho, onde os dentistas práticos oferecem seus serviços para um segmento do mercado do trabalho odontológico; na arena da opinião pública, em que a população aceita e consome os serviços de dentistas práticos e, portanto, reconhece-os; e do sistema legal, em que os dentistas práticos apresentam projetos de lei visando ao reconhecimento e à legalização da sua atividade, e no qual, suas ações ilegais são vistas com tolerância pelas autoridades públicas responsáveis pela sua fiscalização e punição”^{53:243}.

Quando analisamos a concorrência intraprofissional, percebemos que os odontólogos estão sob a observância de um código de ética que pode ser visto como um conjunto normativo que demonstra o resultado de um entendimento de uma coletividade; considerando que este se baseia na persuasão e coerção sobre a categoria, com o escopo de regular a conduta do profissional com seus clientes, com seus pares e com a sociedade em geral⁵⁴.

No caso da odontologia brasileira, o primeiro código de ética data de 1976. Após várias modificações, em novembro de 2011, com o objetivo de

revisá-lo novamente, realizou-se a 4ª. Conferência Nacional de Ética Odontológica, onde grupos de trabalho estiveram reunidos para apreciar, debater e votar 458 propostas de alteração deste código, originadas de pré-conferências promovidas pelos CROs. Após deliberações finais um novo código de ética substituirá o anterior, por meio da Resolução no. 118 de 11 de maio de 2012, e deverá entrar em vigor a partir de 1º de janeiro de 2013. Cabe ressaltar que é de suma importância que o código de ética esteja sendo periodicamente revisado em face às mudanças que tem ocorrido no mercado do trabalho. No entendimento que um código de ética destina-se a limitar a competição entre colegas, denota o quanto a profissão está organizada e de que maneira que estes profissionais querem que a sociedade os veja, sempre objetivando manter o prestígio da profissão. A observância de um código de ética que porventura não aprofunde questões-chave da profissão pode levar a uma exposição pública de diferenças entre colegas, dificultando a manutenção da imagem pública de solidariedade e de competência uniforme de seus membros.

Amorim & Souza⁵⁵ relatam que os principais problemas éticos identificados entre profissionais são: o aliciamento de pacientes, a capacitação técnico-científica inadequada ao exercício da atividade, o sobretratamento, comentários negativos sobre o trabalho realizado por outros colegas, a negligência no cuidado ao paciente e a omissão de informações técnicas necessárias à decisão por parte do paciente. Os autores também apontam como principal problema ético nas relações de trabalho: a submissão às condições inadequadas do mesmo. Concluem que o conhecimento dos direitos e deveres profissionais não são suficientes para solucionar os conflitos éticos que emergem na prática profissional e observam ainda, a ausência de reflexão crítica destes problemas por parte dos profissionais.

A propaganda também é apontada por Moran & Wood⁴ como uma prática de concorrência a ser considerada no âmbito da regulação das profissões. Fato é, que os protocolos existentes no que diz respeito a este tipo de regulação são em grande escala influenciados pela cultura do país e,

portanto, variam em demasia. No Brasil, de acordo com o código de ética odontológico, os odontólogos podem fazer propaganda de seus serviços em qualquer veículo de comunicação, desde que não exponham pacientes, não divulguem valores, não prometam tratamentos cuja especialidade não são chancelados, ou mesmo, divulguem mais que duas especialidades^{XX}.

Sobre as especialidades, que também constituem uma concorrência intra-profissional; no Brasil, existe a cultura de que é desejável que o profissional tenha uma especialidade. Isto gera um status para o mesmo. No entanto, não o obriga a desempenhar apenas as atividades para as quais especializou-se. Embora seja desejável que um cliente direcionado aos seus cuidados especializados, seja contra-referenciado ao odontólogo que esteja desempenhando o papel de “clínico geral”.

São reconhecidas 19 especialidades odontológicas no Brasil^{XXI}:

- 1) cirurgia e traumatologia buco maxilo facial;
- 2) estomatologia;
- 3) dentística;
- 4) endodontia;
- 5) implantodontia;
- 6) odontopediatria;
- 7) saúde coletiva;
- 8) Periodontia;
- 9) prótese bucomaxilofacial;

^{XX} Neste item, em se tratando de pessoa física.

^{XXI} Resolução CFO 22/2001 de 27 de dezembro de 2001. Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO-198/95.

- 10) prótese dentária;
- 11) imaginologia dentomaxilofacial;
- 12) ortodontia;
- 13) odontologia do trabalho;
- 14) odontologia legal;
- 15) disfunção temporo-mandibular e dor oro-facial;
- 16) patologia bucal;
- 17) ortopedia funcional dos maxilares;
- 18) odontologia para portadores de necessidades especiais;
- 19) Odontogeriatrics.

De acordo com a pesquisa Perfil Atual e Tendências do Cirurgião Dentista Brasileiro⁵⁶ houve uma expansão no número de especialistas desde a década de 1970, atingindo o número de 53.679 no ano de 2008, onde 56,3% se localiza no Sudeste. Ademais, o estudo revelou que dez especialidades concentram 95% dos especialistas, sendo a ortodontia, seguida da endodontia as especialidades que exibem o maior número de profissionais, 11.778 e 9.120, respectivamente. No entanto, de acordo com a tendência do mercado de trabalho, outras especialidades também vêm chamando a atenção de profissionais. De acordo com matéria publicada no Jornal do CFO^{XXII}, na primeira década do século XXI, as especialidades que mais registraram aumento no número de inscritos nos CROs de todo país foram: implatodontia, Dentística, Saúde Coletiva, Ortodontia e Odontologia do Trabalho. Percebe-se que as especialidades supracitadas vão ao encontro da aspiração contemporânea da sociedade pela estética – no caso da implantodontia, dentística e ortodontia, enquanto as demais especialidades fazem parte da

^{XXII} CFO. Conselho Federal de Odontologia. Jornal do CFO, 2010, n. 96, Jul-Ago-Set.

aspiração pelos odontólogos por uma colocação no mercado de trabalho, seja no setor público cujas políticas públicas de saúde abrem mercado para os especialistas em saúde coletiva, seja no setor privado com a odontologia do trabalho.

4 – Instituições Regulatórias no Brasil

No que tange às instituições regulatórias no Brasil, além do CFO e respectivos CROs, outras associações e sindicatos também contribuem com a regulação profissional da odontologia. Segundo Freidson¹⁷ a organização corporativa por parte da profissão, com o objetivo de negociar coletivamente enquanto entidade seja com os consumidores de trabalho, seja com o Estado, também se traduz num abrigo de mercado. As autarquias de envergadura nacional são: Associação Brasileira de Odontologia (ABO) nacional e suas regionais (uma em cada Estado da Federação), representando as associações^{XXIII}; a Federação Nacional dos Odontologistas (FNO) e a Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), representando os sindicatos.

As ABOs são entidades com características técnico-científicas, culturais, filantrópicas e sociais, dos quais podem se associar odontólogos, acadêmicos de odontologia e demais técnicos e auxiliares regularmente inscritos nos respectivos Conselhos. A mesma está representada nas 27 unidades federativas por meio de Seções Estaduais e em 294 municípios, por conta de Seções Regionais, no que é conhecida por REDE ABO. Foi fundada sob o nome de Federação Odontológica Brasileira na segunda década do século XX, adotando a atual identidade a partir de 1962. Esta associação é a de maior representatividade e tem promovido a odontologia dentro e fora do país, com a

^{XXIII} A título de curiosidade existem outras associações que representam especialidades profissionais, assuntos de interesse ou mesmo apenas a localização. Alguns exemplos são: Associação Brasileira de Ensino Odontológico; Associação Brasileira de Odontopediatria; Associação Brasileira de Ortodontia e Ortopedia Facial; Associação Mato-grossense de Odontologia para Pacientes Especiais; Associação Odontológica do Norte do Paraná.

missão de valorizar o profissional no contexto técnico-científico e sócio-cultural⁵⁷.

Pelo lado dos sindicatos, de uma maneira geral, estes têm como principais objetivos: a defesa dos interesses morais e materiais da categoria e o melhoramento por meios legais do exercício profissional. Ademais, pretendem proteger seus afiliados juridicamente, fomentar atividades sociais, culturais e desportivas, bem como estimular o desenvolvimento da atividade gremial entre os mesmos. Especificamente, a FNO fundada em 27 de fevereiro de 1948; representa atualmente 23 sindicatos de odontólogos (conforme demonstrado no Quadro II) e trabalha no sentido de consolidar a profissão. Tem atuado frente ao aumento do número de estabelecimentos de formação e, conseqüentemente, ao número de profissionais inseridos no mercado de trabalho⁵⁸.

Já a FIO⁵⁹ foi fundada em 26 de novembro de 1988, formada a partir de uma dissidência da FNO, congrega 12 sindicatos de odontólogos no país (conforme demonstrado no Quadro II); defende o interesse da categoria em questões de âmbito nacional, como: formação profissional, mercado de trabalho, convênio e credenciamentos, projetos de lei no Congresso Nacional e todas as outras questões que interessem diretamente aos odontólogos. É, neste sentido, a maior força sindical da categoria odontológica atualmente e tem representado esta nos espaços democráticos do Ministério da Saúde, a saber: na Comissão Intersetorial de Recursos Humanos, no Fórum Nacional de trabalhadores de saúde, no Conselho Nacional de Saúde, no Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde e ainda, na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; tendo, deste modo, a oportunidade de discutir não só as políticas de saúde bucal, mas atuar diretamente na defesa da categoria, no que tange às vagas ocupacionais, jornada de trabalho e remuneração.

Quadro II- Distribuição dos Sindicatos de Odontologia no Brasil

FNO	FIO
Sudeste	
SP (ABC Paulista), SP (Campinas) SP (Piracicaba), SP (Taubaté) SP (São José do Rio Preto), RJ (Niterói) SP (Ribeirão Preto), MG (Juíz de Fora) SP (Região centro e nordeste de SP)	ES, MG
Sul	
SC (Lages e Planalto Serrano) RS (Caxias do Sul), RS (Pelotas) RS, SC, PR	
Centro-Oeste	
	DF, GO, MT, MS
Nordeste	
AL, BA, MA, PB, PE, PI	CE, RN, SE
Norte	
PA, TO	AC, AM, RO
Brasil	
23 sindicatos	12 sindicatos

Fonte: FIO⁵⁹; FNO⁵⁸.

De acordo com a exposição acima, a odontologia no Brasil nos dias atuais, mostra-se altamente organizada, no que tange à sua rede formadora, atuação de seus conselhos profissionais, associações e sindicatos. A profissão tem sido reconhecida pelo Estado como necessária ao alcance de qualidade de vida da população. Em decorrência, políticas públicas têm sido implementadas para que se aumente a cobertura assistencial e que esta seja de qualidade, em prol das reais necessidades da população, inserida no seu contexto social. Para tanto, o binômio ensino-serviço tem tomado relevância dentro das instituições formadoras.

Diante dos aspectos supracitados nos incita saber como está estruturado o mercado de trabalho desta profissão no Brasil. Cabe ressaltar que a forma com que os profissionais estão integrados ao mercado de trabalho para produzir serviços, assim como o modo como podem ser remunerados são funções de regulação que na prática estão intimamente relacionadas. Portanto, serão expostas de maneira contígua no texto que se segue.

CAPÍTULO III

ODONTOLOGIA NO BRASIL:

A Estrutura do Mercado de Trabalho e Mecanismos de Remuneração

1 – As Mudanças Ocorridas na Profissão

A atual estrutura do mercado de trabalho da odontologia no Brasil é, em parte, influenciada por uma nova filosofia de saúde e pelo contexto econômico vigente. A odontologia curativa viveu seu apogeu dos anos 1960 até início dos anos 1980. Vinculados ao milagre econômico, os serviços de odontologia valorizaram à medida que havia uma busca crescente pelos serviços. Acreditava-se que a boa saúde bucal, se baseava num tratamento odontológico basicamente restaurador, em detrimento de ações preventivas. O profissional fazia parte de uma elite e, portanto, a odontologia se fazia almejada⁶⁰. Ao longo da década de 1990 estabeleceu-se um novo momento na profissão. Sendo afetada pelas mudanças econômicas e sofrendo as consequências de um inchaço no número de profissionais, um quadro de plethora profissional foi instalado na região Sul e Sudeste. Simultaneamente, nas últimas décadas, inaugurou-se no setor de saúde, a concepção de um novo paradigma, onde a saúde passou a ser vista como necessária para obter/manter qualidade de vida. Assim, a odontologia chega ao século XXI com a preocupação da manutenção dos elementos dentários e a idéia de que a saúde oral está diretamente envolvida com o bem estar e qualidade de vida da população.

Na visão de Pelissari et al.³⁸ com o fim do milagre econômico, marcado pela crise de 1981, dois fatos importantes aconteceram concomitantemente: (i) odontólogos reduziram a ânsia por incorporar tecnologia nos atos clínicos de maneira indiscriminada, agregando altos valores a tais procedimentos; (ii) o aumento do acesso às tecnologias de flúor e de auto-cuidado, melhorando o perfil epidemiológico da população, especialmente daquela parcela da população consumidora de serviços particulares, frequentemente a mais bem informada e exigente quanto às possibilidades de cuidados precoces. Nesse

contexto, as necessidades e objetivos da população, potencialmente do setor privado, reduziram-se drasticamente.

O último levantamento epidemiológico realizado no Brasil deflagra que a média nacional do Índice CPO-D baixou de 2,8 (em 2003) para 2,1 (em 2010) em crianças de 12 anos de idade^{XXIV}, colocando o Brasil no grupo de países com baixa prevalência de cárie, uma vez que este índice deve estar situado entre 1,2 e 2,6. Apesar do índice do Brasil ser melhor que a média dos países das Américas^{XXV} (2,8), as diferenças regionais quanto a prevalência e a gravidade da carie ainda são marcantes. Assiste-se, então, a uma polarização da cárie, reafirmada não só pela diversidade ao acesso à água fluoretada e às tecnologias de auto-cuidado, mas também pelo acesso aos serviços de saúde. Devemos considerar que esta parte da população a que nos referimos, é em sua maioria consumidora de serviços odontológicos particulares e residem nos principais centros econômicos do país. Em que pese o estudo ter demonstrado que de uma maneira geral, houve um aumento no acesso da população adulta ao tratamento das lesões de cárie. A título de exemplo, os índices demonstrados no Sudeste e Norte mostram uma diferença de quase 90%⁶¹.

Estas observações apontam para uma realidade nociva para o país que, paradoxalmente, concentra um número elevado de odontólogos por habitante. Segundo Pinto^{62:322}, já em 1980, o Brasil contava com 61.628 odontólogos inscritos no CFO. Em 1989 este número subiu para 101.880 profissionais. Assim, no intervalo de uma década (1980-1989) “o estoque de profissionais cresceu extraordinariamente na ordem de 65,3% ao passo que a população brasileira aumentava em 20%”. O mesmo autor indica que em 1960 a relação odontólogo por 10.000 habitantes era igual a 3,28. Em 1970, essa proporção passou para 3,65; em 1980 ela foi a 5,13; em 1990 passou para 7,07. Havia ainda uma previsão de que este índice chegaria a 10,48 para o ano de 2010.

^{XXIV} O índice CPO-D foi proposto por Klein & Palmer, em 1937, e representa a média do número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados em um grupo populacional.

^{XXV} No que concerne aos Estados Partes do MERCOSUL, o Projeto SB Brasil 2010 também apresenta os índices da Venezuela (2,1), do Paraguai (2,8) e da Argentina (3,4).

Podemos afirmar que a relação de odontólogos para cada 10.000 habitantes nos dias atuais, extrapola as estimativas concebidas por Pinto na década de 1980. O Brasil chega ao ano de 2012 com uma proporção de 13,01 odontólogo para cada por 10.000 habitantes, ou seja, o número de odontólogos registrados no CFO em outubro de 2012 era de 248.250, enquanto a população brasileira estimada à época era de 190.755.799 habitantes. Podemos afirmar que aproximadamente quadruplicou o número de odontólogos no período de 1980-2011. Entretanto, deve-se considerar que a inscrição nos CROs é de caráter cumulativo, podendo assim, haver inscrições secundárias ou mesmo trancamento da habilitação. Há que se observar, também, a má distribuição de profissionais, seja pela oferta da rede formadora, seja pelo poder econômico da população dos grandes centros urbanos; constituindo estes os maiores mercados de trabalho no país. Segundo o CFO, 56,8% dos odontólogos estão no Sudeste, 16% no Sul, 14,4% no Nordeste, 8,5% no Centro-Oeste e 4,3% no Norte⁶³.

Para melhor elucidação apresentamos a Tabela I que mostra, por estado da Federação, o número de habitantes, o número de odontólogos registrados no CFO, bem como a relação odontólogo/ 10.000 habitantes. Neste Quadro observamos que enquanto o Maranhão apresenta a proporção de 4,01 odontólogos por 10.000 habitantes, no outro extremo o Distrito Federal apresenta uma proporção de 23,40; ultrapassando São Paulo, que apesar de deter o maior número de instituições formadoras, evidencia uma relação de 18,75 odontólogos por 10.000 habitantes. Ademais, que o Sudeste continua a concentrar a maior relação odontólogo/ 10.000 habitantes, enquanto o Centro-Oeste, impulsionado pelo Distrito Federal, ultrapassa a Região Sul demonstrando um novo panorama na alocação de odontólogos.

Tabela I – Num. de habitantes, odontólogos e relação odt/10.000 hab. por estado, Brasil - 2012

Unidade da Federação	População	Odontólogos	Odont/10.000 Hab
BRASIL	190.755.799	244.931	12,84
Região Norte	15.864.454	10.524	6,63
Acre	733.559	467	6,36
Amapá	669.526	399	5,95
Amazonas	3.483.985	2.584	7,41
Pará	7.581.051	3.733	4,92
Rondônia	1.562.409	1.477	9,45
Roraima	450.479	379	8,41
Tocantins	1.383.445	1.485	10,73
Região Nordeste	53.081.950	35.083	6,60
Alagoas	3.120.494	2.230	7,14
Bahia	14.016.906	9.093	6,48
Ceará	8.452.381	5.142	6,08
Maranhão	6.574.789	2.637	4,01
Paraíba	3.766.528	3.244	8,61
Piauí	3.118.360	2.050	6,57
Pernambuco	8.796.448	6.363	7,23
Rio Grande do Norte	3.168.027	2.790	8,80
Sergipe	2.068.017	1.534	7,41
Região Sudeste	80.364.410	139.222	17,32
Espírito Santo	3.514.952	4.606	13,10
Minas Gerais	19.597.330	29.146	14,87
Rio de Janeiro	15.989.929	28.085	17,56
São Paulo	41.262.199	77.385	18,75
Região Sul	27.386.891	39.369	14,37
Paraná	10.444.526	15.434	14,77
Santa Catarina	6.248.436	9.179	14,69
Rio Grande do Sul	10.693.929	14.756	13,79
Região Centro-Oeste	14.058.094	20.733	14,74
Distrito Federal	2.570.160	6.016	23,40
Goiás	6.003.788	7.911	13,17
Mato Grosso	3.035.122	3.507	11,55
Mato Grosso do Sul	2.449.024	3.299	13,47

Fonte: IBGE⁶⁴, CFO⁶⁵.

A análise deste mercado ocupacional tem sido realizada primordialmente a partir de dados disponibilizados pela Assistência Médico-Sanitária – AMS/IBGE, com última edição em 2009, que atinge os postos de trabalho de todos os estabelecimentos que prestam assistência à saúde no país. No entanto, enfrentamos restrições de informação, uma vez que nem sempre os odontólogos se inserem no mercado de trabalho segundo os padrões típicos pelos quais é regido o regime fordista. Deste modo, estão à margem da pesquisa supracitada, as terceirizações e todas as outras relações de trabalho emergentes desde a década de 1990.

No entanto, pesquisas de perfis profissionais realizadas por Machado (1997)^{XXVI} e Morita et al. (2010)^{XXVII}, bem como a pesquisa em desenvolvimento por Machado & Vieira^{XXVIII}, têm permitido a captação de parte desses movimentos. Ademais, Girardi & Carvalho⁶⁵ reforçam que existem especificidades a serem contempladas quando da interpretação dos dados sobre a evolução e a composição do mercado de trabalho. Assim, o número de postos de trabalho, analisados a seguir, não podem ser lidos de uma forma linear, quando confrontados com o “estoque” de odontólogos.

Ao analisar o comportamento do emprego de odontólogos se deve considerar que estes são frutos da forma como o Estado respondeu às mudanças sociais, necessidades e problemas de saúde advindos da população. Assim, os postos de trabalho para odontólogos, no âmbito público, no Brasil, se vêem intimamente associados à evolução das políticas de saúde em geral. A Tabela II e Gráfico I mostram o comportamento dos empregos formais de odontólogos de 1992 a 2009 e evidencia um crescimento positivo neste setor. No período entre 1992 e 2002, os postos de trabalho formais cresceram 37%, e no período subsequente, referente há apenas três anos (2002-2005), sofreu um incremento de 25%. Já de 2005 a 2009 houve crescimento de aproximadamente 32%.

^{XXVI} Machado MH. (coord.) et al. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

^{XXVII} Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista Brasileiro. Maringá: Dental Press, 2010.

^{XXVIII} Machado MH & Vieira ALS. estão coordenando a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (em andamento). Ver maiores detalhes em: <http://www.perfildaenfermagemnobrasil.blogspot.com.br/>

Especificamente no setor privado, as indústrias e grandes empresas são o foco de odontólogos que percebem na “odontologia do trabalho”^{XXIX} a possibilidade de abertura de novos postos de trabalho. Pode-se observar que os odontólogos, por todo período estudado, têm se concentrado eminentemente na região Sudeste, pelos fatores anteriormente citados. Entretanto, discretamente começa a sofrer uma diluição. Esta diluição, até 2002, parece ter sido influenciada pela política da Estratégia Saúde da Família (ESF), e reforçada em 2005 e 2009, pelo Programa Brasil Sorridente, iniciado no ano de 2004. Acreditamos que o reflexo do incentivo destes programas também pode ter influenciado o crescimento positivo nas Regiões Norte e Nordeste em todo o período. Apesar da preponderância da informalidade das relações de trabalho nestes programas, isto não ocorre em sua totalidade. Ainda assim, a Região Norte continua, em 2009, a mais desfavorecida com menos de 6% da totalidade dos postos de trabalho.

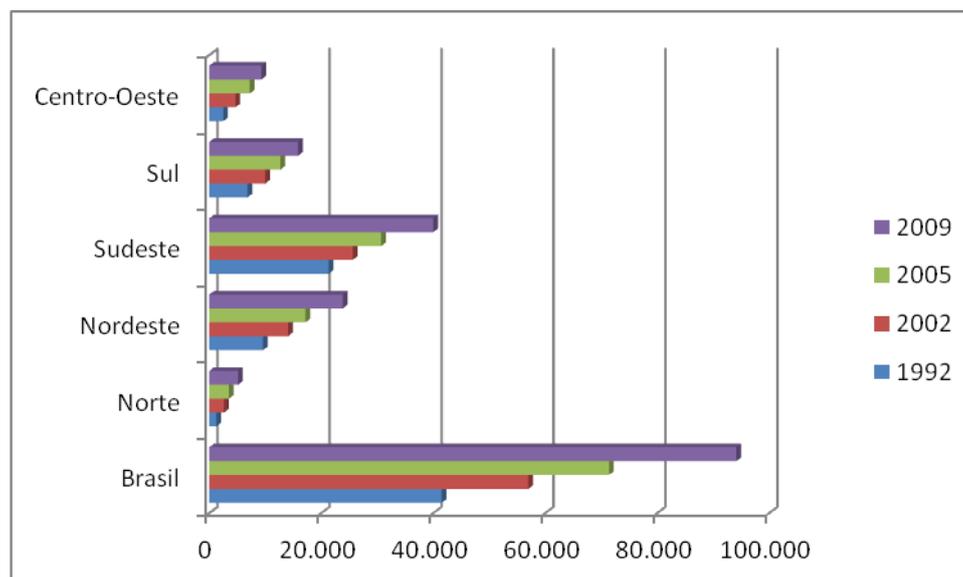
^{XXIX} Em 16 de maio de 2012 foi aprovado o Projeto de Lei 422 de 2007, na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados, que altera o artigo 162, Seção III, e o artigo 168, Seção V, do Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho, incluindo a especialidade Odontologia do Trabalho na composição destes serviços. Avança, então, para a Comissão de Constituição e Justiça, e posteriormente para o Senado.

**Tabela II – Comportamento de Empregos de Odontólogos segundo
Grandes Regiões – Brasil, 1992-2009 (série histórica)**

Brasil e Grandes Regiões	1992		2002		2005		2009	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Brasil	100	41.509	100	56.995	100	71.386	100	94.136
Norte	3,0	1.255	4,6	2.630	4,9	3.500	5,4	5.132
Nordeste	23,2	9.611	24,7	14.059	24,1	17.204	25,3	23.837
Sudeste	51,4	21.337	44,9	25.620	43,0	30.715	42,5	40.016
Sul	16,4	6.815	17,6	10.003	17,8	12.714	16,8	15.849
Centro-Oeste	6,0	2.491	8,2	4.683	10,2	7.253	10	9.302

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 1992, 2002, 2005 e 2009.

**Gráfico I – Comportamento de empregos de Odontólogos segundo
Grandes Regiões – Brasil, 1992-2009**



Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 1992, 2002, 2005 e 2009.

2 – Estrutura do Setor Público

Segundo Dedecca et al.⁶⁷, no setor público, o movimento de municipalização tem se mostrado um dos aspectos mais importantes da transformação da estrutura do emprego e veio atrelado por intenso rebaixamento dos níveis salariais dos profissionais. A esfera federal vem perdendo participação relativa na composição do emprego, mas se constitui, hoje, na melhor fonte pagadora. No âmbito municipal, se credita à reorganização da estratégia assistencial, o acréscimo de tais postos de trabalho.

A Tabela III mostra os dados da distribuição percentual do emprego entre as esferas administrativas do setor público, no período compreendido entre 2002 e 2009. Podemos observar, conforme defendido por Dedecca et al.⁶⁷, que a esfera municipal se apresenta como gestora da maioria dos serviços públicos. Os estabelecimentos do setor público municipal que já detinham 83,2% do emprego público de odontólogos em 2002 apresentaram um incremento, e em 2009 passaram a assegurar uma participação de 87,2%. Os estabelecimentos federais, com exceção do Centro-Oeste, sofreram reflexos do forte enxugamento que ocorreu na década de 1990, e passam por esse período também com um pequeno incremento. Desta vez, provavelmente, impulsionado pelos concursos que ocorreram para importantes agências do setor saúde, cujo vínculo é federal. O setor público estadual vem mantendo sua participação aproximadamente com as mesmas proporções.

Tabela III – Empregos de Odontólogos por esfera administrativa segundo Grandes Regiões – Brasil, 2002 – 2009 (série histórica)

Brasil e Grandes Regiões	Federal		Estadual		Municipal	
	2002	2009	2002	2009	2002	2009
Brasil	2.345	2.733	4.788	4.911	35.360	51.957
Norte	336	533	518	646	1.412	2.808
Nordeste	454	534	1.575	1.563	8.940	15.175
Sudeste	625	786	2.004	1.960	16.072	21.337
Sul	448	462	207	174	6.620	9.014
Centro-Oeste	482	418	484	568	2.316	3.623

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2002 e 2009.

É correto ressaltar que o acréscimo no número de postos de trabalho ocorreu de forma simultânea ao contingenciamento de recursos financeiros e novas formas de financiamento adotadas pelo Estado^{xxx}. De acordo com Varella⁶⁸, as contratações realizadas para contornar estes obstáculos têm sido motivos de polêmica, no que diz respeito aos aspectos legais envolvidos. Deste modo, gestores enfrentam hoje, problemas que se arrastam a partir da implantação do SUS, que consiste em: desde gerenciar trabalhadores e profissionais das diferentes entidades mantenedoras do governo, com contratos e salários diferenciados, cumprindo o mesmo tipo de atividade e integrados num mesmo processo de trabalho; até lidar com novas formas de inserção de trabalhadores com outras modalidades de vínculos, muitos de formas mais flexíveis ou com características de trabalho precário.

Já um inquérito nacional realizado em 2001 pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da UFMG⁶⁵, mostra que as formas de contratação temporária e por prestação de serviços na ESF predominam amplamente sobre todas as outras formas de contrato, como pode ser observado na Tabela IV. Nesse estudo, muitos gestores justificaram a utilização dessas formas precárias de contratação de profissionais devido à flexibilização dos contratos de trabalho assistida atualmente (57,8%), às restrições impostas pela Lei de

^{xxx} A exemplo o estabelecimento do Piso de Atenção Básica (Portaria no. 1882/97) e a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar no. 101, de 04 de maio de 2000).

Responsabilidade Fiscal (53,8%), menor custo (36,8%) e pela instabilidade no financiamento do programa (34,5%). Para os odontólogos destaca-se o escore de 71% para as contratações temporárias realizadas por intermédio das prefeituras, responsáveis pela contratação direta de pessoal na maior parte dos casos. Nas empresas do Terceiro Setor e organizações filantrópicas, que mantêm relacionamento de contratação ou parceria com o setor público, a Consolidação das Leis de Trabalho - CLT é a principal via de acesso para a maioria dos profissionais.

Tabela IV – Formas de contratação utilizadas por categoria segundo o agente contratante (em percentual)

Cargo	Agente Contratante													
	Prefeitura						Filantrópica				Outro Terceiro Setor			
	Temporário/ prestação de serviços	CLT	Estatutário	Servidor Público não efetivo	Outros	Total	Temporário/ prestação de serviços	CLT	Outros	Total	Temporário/ prestação de serviços	CLT	Outros	Total
Médico	74,8	9,4	11,2	3,1	1,5	100	24,3	64,9	10,8	100	30	65	5	100
Enfermeiro	69,7	10,1	15,9	2,9	1,4	100	18,8	68,7	12,5	100	22,9	71,4	5,7	100
Tec./Aux. Enfermagem	50,1	12,5	35,2	1,5	0,7	100	17,2	68,9	10,3	96,4	13,9	77,8	8,3	100
ACS	54,9	16,2	14,8	3,6	10,5	100	18,9	64,9	16,2	100	21	64,5	14,5	100
Odontólogo	70,9	6,3	19,3	1,6	1,9	100	20	80	0	100	12,5	56,3	31,3	100,1

Fonte: Pesquisa NESCON/UFMG⁶⁵.

Em que pese as dificuldades na contratação de profissionais na ESF, devemos ressaltar que esta tem sido responsável por uma expansão no mercado de trabalho odontológico. Tendo seu início em 1994, a ESF contou primeiramente com 328 equipes com a meta de cobrir cuidados básicos de saúde para cerca de 1 milhão de pessoas. Esta chega aos dias atuais com 32.809 equipes^{XXXI}, abrangendo 5.271 municípios e com uma cobertura

^{XXXI} A distribuição regional pode ser observada com mais detalhes em www.portalsaude.gov.br

ultrapassa os 100 milhões de brasileiros, ou seja, aproximadamente 54% da população⁶⁹.

A inclusão de Equipes de Saúde bucal (ESB) na ESF ocorreu seis anos mais tarde, pela Portaria Ministerial 1.444, de 28 e outubro de 2000. À princípio a relação deveria ser de 1 ESB para cada duas ESFs, cobrindo uma população mínima de 4.800 habitantes e máxima de 6.900 habitantes^{xxxii}. No entanto, o próprio Ministério da Saúde admitiu que a referência de uma ESB para cada duas ESFs representava uma limitação ao processo de implantação das ESBs e impunha aos profissionais de saúde bucal um volume de demanda de procedimentos clínicos curativos que comprometia a incorporação da filosofia da ESF no processo de trabalho desses profissionais⁶⁹. Assim, em 2003, a partir da Portaria no. 673/GM, o Ministério da Saúde passou a financiar as ESBs na proporção de 1:1 com relação às ESFs. Dessa maneira, cada ESB deveria passar a cobrir, em média, 3.450 pessoas. Atualmente as equipes se responsabilizam por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, sob forma de três tipos de equipe, quais sejam:

- **Modalidade I:** composta por Odontólogo e Auxiliar em Saúde Bucal;
- **Modalidade II:** composta por Odontólogo, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal;
- **Modalidade III:** profissionais das modalidades I ou II que operam em Unidade Odontológica Móvel.

Desde 2009, cada ESB implantada, na modalidade I ou II também recebe do Ministério da Saúde a doação de equipamento odontológico completo^{xxxiii}. Recentemente a ESF passou a assistir populações específicas: população residente de rua e população ribeirinha da Amazônia Legal e

^{xxxii} A portaria No. 267/GM do MS de 06 de março de 2001, que regulamenta a portaria No. 1.444/GM, apresenta a íntegra do plano de reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica e ainda, e lista os procedimentos odontológicos a serem praticados.

^{xxxiii} Portaria nº 2.372, de 7 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Estes equipamentos compreendem um equipo odontológico completo (composto por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho) e um kit de peças de mão (composto por um micromotor, uma peça reta, um contra-ângulo e uma caneta de alta rotação).

Pantanal Sul Mato Grossense; cujos profissionais de odontologia também estão incluídos.

Vale ressaltar que independente da modalidade adotada, os profissionais devem estar vinculados a uma ESF e compartilhar da gestão e do processo de trabalho da equipe, cumprindo uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para as modalidades I, II e III; e jornada de 30 horas para os profissionais que assistem a populações específicas. No que diz respeito aos incentivos financeiros, o Ministério da Saúde disponibiliza um recurso de implantação no valor de R\$ 7.000,00 para investimento nas Unidades Básicas de Saúde e realização de curso introdutório. O recurso de custeio é realizado da seguinte maneira: a modalidade I recebe R\$ 2.100,00 ao mês; a modalidade II recebe R\$ 2.800,00 e a modalidade III recebe R\$ 4.800,00 mensais.

Entre os anos de 2002 e 2010, aumentou aproximadamente cinco vezes o número de ESBs, passando de 4.261 para 20.300, cobrindo 85% dos municípios brasileiros⁶¹. Vale ressaltar que pouco tempo após o início da implantação das ESBs, a indefinição de um sistema de referência para atenção secundária e terciária foi revelada como uma das principais dificuldades encontradas nesta reorganização da estratégia de assistência à saúde bucal. Neste contexto, no ano de 2004, com o objetivo de responder a esta demanda e ampliar a assistência odontológica à população, desenvolveu-se uma Política Nacional de Saúde Bucal^{xxxiv}, cujas ações integralizadas se sobrepunham aos incentivos isolados existentes até então.

Na área da atenção básica, o programa oferece incentivos financeiros aos municípios para implantarem ESBs e a viabilização da fluoretação das águas de abastecimento, em número igual ao das ESFs. Na atenção especializada, tem sido responsável pela implantação de Centros de

^{xxxiv} A Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Brasil Sorridente, compreende um grupo de ações no campo individual e coletivo que abrange a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Esta é desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, dirigida às populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando o dinamismo existente no território em que vivem essas populações.

Especialidades Odontológicas^{xxxv} (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias⁶¹. Os CEOs estão preparados para disponibilizar à população serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e atendimento a pacientes com necessidades especiais.

Esta política que inicialmente tinha a meta de construir 354 CEOs em municípios estratégicos até 2006, chegou ao ano de 2010 com 853 CEOs implementados, contabilizou 25 milhões de atendimentos especializados e ainda, a doação de 5,5 mil cadeiras odontológicas para a rede de atendimento⁶¹. Ademais, no ano de 2010, os investimentos alcançaram 600 milhões de reais^{xxxvi}; 51 unidades odontológicas móveis foram entregues; contabilizou-se a existência de 644 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), com produção aproximada de 480 mil próteses e financiou-se a implantação de 600 sistemas de fluoretação de águas de abastecimento. No ano de 2011, foi lançado o Brasil Sorridente Indígena^{xxxvii} com o objetivo de ampliar o acesso ao atendimento odontológico nas aldeias indígenas, por meio de contratação de profissionais de odontologia e qualificação destes, aquisição de unidades móveis e implantação de CEOs e LRPDs nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Os dados supracitados revelam que o Brasil apresenta nos dias atuais, um mercado de trabalho aberto no setor público. O próprio Ministério da Saúde admite que 30% dos odontólogos do país trabalham no Programa Brasil Sorridente. Profícuo para este mercado é o fato de que, primeiramente idealizada como uma política do governo Lula (2002-2010), esta foi agora adotada como uma política de Estado, no país.

^{xxxv} Foram instituídos, pela Portaria no. 1.570/GM, de 29/07/2004, os critérios, normas e requisitos para a implantação e o credenciamento dos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. A Portaria no. 1.063/GM, de 4/07/2005, cessa os efeitos da anterior e define novos critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento dos CEOs.

^{xxxvi} Em 2002, os investimentos não ultrapassaram 56 milhões de reais.

^{xxxvii} Ver mais detalhes em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/outras_acoes.php

Outras políticas públicas de envergadura nacional têm sido lançadas com o objetivo de interiorizar profissionais de saúde. Uma recente iniciativa do Ministério da Saúde é o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB, que para odontólogos, médicos e enfermeiros, se traduz na oportunidade de inserção no mercado de trabalho aliada à qualificação destes profissionais, ou seja, a contratação destes profissionais pelas prefeituras, com o repasse de recursos pelo Ministério da Saúde, que também estaria responsável por oferecer cursos de especialização em Saúde da Família. No entanto, poucas foram as prefeituras que contrataram diretamente odontólogos (apenas um contingente de 107 profissionais). A solução para esta demanda encontrada pelo Ministério da Saúde foi de oferecer bolsas com duração de um ano, prorrogável por mais um ano, além da capacitação em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Por se tratar, então, de uma bolsa de trabalho com a possibilidade de qualificação, a carga horária semanal acordada foi de 30 horas de serviço e 10 horas dedicadas ao estudo semi-presencial.

3 – Estrutura do Setor Privado

Quando analisamos a estrutura do setor privado, pode ser este o que tenha sofrido maiores e mais marcantes mudanças nas últimas décadas. Primeiramente, conforme exposto neste estudo, a odontologia se consolidando como um modelo assistencial baseado em consultórios particulares, favorecido pela escassez de profissionais no mercado. Este contexto determinava que a parcela majoritária da população, desprovida de recursos financeiros para pagar honorários profissionais, ficasse praticamente desassistida, enquanto as classes sociais média e alta usufruíam de assistência odontológica. Àquela época, de um modo geral, não havia aspiração dos profissionais para exercer a profissão no setor público, uma vez que no consultório particular se poderia colocar em prática novas tecnologias e ter bons retornos financeiros, ou seja, existia a possibilidade de aliar realização profissional à estabilidade financeira. Na visão da clientela, em parte devido à pouca informação, quanto mais tecnologia incorporada ao tratamento maior era a valorização dada por estes.

As mudanças na sociedade como um todo ocorridas nas últimas décadas, sobretudo o perda de poder aquisitivo do público-avo desta categoria dificultando seu acesso à clínica particular, bem como do grande número de egressos, mal distribuídos, foram determinantes para uma mudança no perfil da profissão. No setor privado, este contexto oportunizou a incorporação de terceiros para mediar a relação paciente/profissional. Por conseguinte, aqueles profissionais que desenvolviam seu *labor* à margem do sistema produtivo, se vêem num movimento crescente de assalariamento. Na visão de Cardoso⁷¹, a retração da clientela particular está atrelada a diversos fatores como: a inadequada distribuição dos profissionais; as dificuldades financeiras conjunturais e o período recessivo do país nas últimas décadas. Soma-se a isso, o crescimento exacerbado da participação de convênios e credenciamentos^{xxxviii}, intermediando as relações entre profissionais e pacientes.

Para Mendes⁷² a saúde passou a ser vista como um bem de consumo e grande parte dos clientes, antes particulares, agora têm seu tratamento intermediado por terceiros, ou seja, buscam uma maior cobertura do tratamento conjugado a valores atraentes. Desse modo, ainda que sejam estes os consumidores finais, sua condição de fazer escolhas individuais diretas do que crêem ser sua necessidade é precária, conformando as companhias de saúde em poderosos consumidores nos dias atuais. Segundo o autor, o sistema capitalista impõe a existência de “mercados” diversos e, no Brasil constituiu-se uma situação em que haviam muitos odontólogos com número reduzido de “clientes” de um lado, e uma grande massa de “pacientes” carentes de serviços odontológicos do outro, sendo o complicador a ausência de algo que os ligasse. Ludicamente, Bahia⁷³ afirma que o que uniria aquelas margens começou a ser construída com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a institucionalização do SUS, porém enquanto isso, diversos tipos de

^{xxxviii} A necessidade de criar mecanismos para ordenar o mercado de prestação de serviços privados de saúde, por meio de planos e seguros de saúde, levou à promulgação da Lei Federal no. 9.656/98 e à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei 9.961/00, que conformam o primeiro documento de regulação da saúde suplementar no Brasil.

embarcações surgiram para levar pessoas de um lado para o outro. Estas embarcações são entidades públicas ou privadas, que começaram a atuar como intermediários na relação paciente/profissional, impondo condições para os odontólogos em troca de possibilitar um fluxo de pacientes.

É nesse contexto que a atenção médica supletiva surgiu no país, ainda na década de 80, proveniente da insatisfação da classe média da população, do operariado de melhor nível salarial e das empresas, com a queda da qualidade da assistência médica proporcionada pela Previdência Social. No subsetor de planos de saúde bucal no Brasil, chegou-se ao ano de 2012 contabilizando 369 operadoras e ultrapassando os dezessete milhões de clientes^{xxxix}. No Brasil, as modalidades assistenciais supletivas em odontologia são: Odontologia de Grupo; Cooperativa Odontológica; Planos Próprios de Empresas e Seguros-saúde. No entanto, é a Odontologia de Grupo^{xl} que prevalece sobre as outras. Estas são, em sua maioria, contratadoras de serviços, e quanto à estrutura de atendimento pode compor-se de serviços próprios e credenciados, combinando ou não, as duas formas de oferta. A abrangência dessas operadoras de odontologia de grupo em sua maioria é regional, e os maiores grupos atuam em grandes cidades.

De acordo com Mendes⁷², a má remuneração é a principal crítica dos profissionais, mas os planos são apontados pelos próprios como uma forma de levar pacientes para o consultório, aumentando a clientela, e especialmente para os recém-formados, como alternativa para iniciar a carreira. Moysés⁷⁴ afirma que um número expressivo de profissionais, exercendo a prática privada, também reconhece ser dependente dos chamados “convênios”, que a esta altura poderiam ser percebidos como uma forma de assalariamento

^{xxxix} ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos. Operadoras em atividade exclusivamente odontológicas. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>

^{xl} A título de exemplo, no ano de 2011 a receita total das operadoras de saúde exclusivamente odontológicas foi na ordem de 2 bilhões de reais. Destes, a Odontologia de Grupo foi responsável por mais de 1 bilhão e quinhentos mil reais.

indireto exercido no próprio consultório privado, dada a grande dependência desta modalidade de vínculo na geração da receita.

Nesse âmbito, o trabalho “*part time*”, a incorporação do trabalho assalariado direto ou indireto e a dependência às operadoras de saúde demonstram uma perda de prestígio da profissão. Traçando um paralelo com a categoria médica, enquanto esta é pressionada a solicitar o mínimo possível de pedidos de exames complementares e tem seu tempo de consulta tolido por conta das baixas remunerações, a odontologia também se submete às operadoras de saúde por outra lógica, donde podemos destacar o fato de que somente os procedimentos finalizados podem ser submetidos a pagamento. Assim, caso o profissional entenda que para um correto desenvolvimento do seu trabalho o mesmo não possa ser finalizado imediatamente, ele não é reembolsado pelo procedimento realizado naquele momento. Percebe-se, então, que operadoras de saúde verdadeiramente intervêm na definição dos serviços; portanto, também constituem uma forma de regulação profissional⁷¹.

Nos estudos internacionais realizados por Nigenda et al.²⁴, contextualizando o trabalho médico, os autores relatam que “nem todas as áreas de regulação têm tido o mesmo dinamismo no desenvolvimento. Uma área importante em que as mudanças podem ser vistas em todos os países nos últimos anos é a área de processo de trabalho. As alterações específicas nesta área são: a definição de protocolos para cuidados de saúde, a redução do número de procedimentos e medicamentos que podem ser prescritos por médicos, a implementação de auditorias financeiras e técnicas, a sobrecarga de trabalho sobre o papel dos médicos, e a redução do tempo real para consulta dos pacientes”. Nesse contexto, a medida em que os odontólogos permitem a intercessão de terceiros ou se submetem ao trabalho assalariado direto ou indireto, vêem seu processo de trabalho invadido por protocolos.

Existem, ainda, os profissionais com perfil empresarial, que montam clínicas, mas não atuam diretamente. Preocupam-se com a gestão do “negócio” atuando como intermediadores entre clientes e colegas. Estes últimos, primordialmente trabalhando por percentagem sobre o que produzem e

sem vínculo empregatício⁷¹. A mais comum estratégia de gestão para este segmento é a preocupação em oferecer as mais tradicionais especialidades com o objetivo de o cliente ser totalmente assistido no próprio estabelecimento, diminuindo o risco de “perdê-lo” para outro profissional.

Ainda na exploração do excedente de mão-de-obra, perduram as clínicas chamadas “populares”, ou seja, clínicas que oferecem tratamentos a preços baixos, levando o profissional a atender um número maior de pessoas. Alguns desses empresários de odontologia conseguem oferecer preços muito inferiores aos demais, por também serem donos de lojas de materiais odontológicos^{XLI}, os quais conseguem adquirir material de consumo odontológico a preços inferiores ao comercializado no varejo.

Diante do exposto podemos afirmar que, no setor privado, a profissão vem enfrentando as consequências desencadeadas pela má distribuição de profissionais e pela perda do poder de “*out of pocket*”^{XLII} de seu público-alvo, levando a profissão às condições de assalariamento indireto, baixas remunerações e, em muitos casos, dependência a operadoras de saúde. Por outro lado, conforme expusemos, tem ganhado cada vez mais espaço no setor público.

Várias são as indagações que surgem diante de um futuro livre trânsito de profissionais no âmbito do MERCOSUL, que se impõe devido ao aprofundamento da integração regional neste Bloco. Pretendemos no capítulo que segue, apreender as experiências exitosas na União Européia, a qual se submete a este processo por mais de meio século e constitui a mais bem sucedida tentativa de integração entre países.

^{XLI} Também chamadas “dentais” ou “dentárias”, são as lojas onde os odontólogos compram materiais necessários para o seu trabalho.

^{XLII} Desembolso direto.

CAPÍTULO IV

INTEGRAÇÃO REGIONAL NA UNIÃO EUROPÉIA

A intensificação dos movimentos de integração regional entre países a partir das três últimas décadas do século XX, tem sido reflexo do processo de globalização. Diversos estudos como o de Ianni¹, Coutinho et al.⁷⁵, Silva⁷⁶ e Pinto⁷⁷ apontam para este movimento de construção de nova estrutura organizacional adotado pelos Estados-nação, com vistas a um melhor posicionamento na arena internacional e à dinamização de seus desenvolvimentos econômicos.

Em que pese cada processo integratório ter suas peculiaridades, muitas demandas são comuns e vários são os estágios de integração aos quais os países podem estar submetidos a medida que se aprofundam neste processo, quais sejam: Área de Livre Comércio^{XLIII}, União Aduaneira^{XLIV}, Mercado Comum^{XLV}, União Econômica e Monetária^{XLVI}. Deste modo, é proveitoso conhecermos as experiências vivenciadas pela União Européia (UE), que já alcançou o último estágio de integração regional. Deste modo, neste capítulo procuramos entender quais caminhos foram enveredados por este Bloco, a fim de que sirva de arquétipo para a integração nos países do MERCOSUL, especificamente, no que concerne às soluções encontradas para a profissão de odontologia.

^{XLIII} Pressupõe a extinção completa de tarifas alfandegárias entre os membros da integração. É o estabelecimento da livre circulação de mercadorias entre os Estados Partes.

^{XLIV} É a ampliação da zona de livre-comércio, com a eliminação de outras medidas consideradas como barreiras ao comércio. Pressupõe o estabelecimento de uma tarifa externa comum entre os participantes, frente aos demais países.

^{XLV} Acrescenta-se a livre circulação de bens de capital e de fatores de produção, ou seja, a inclusão de outras liberdades de circulação: de pessoas, serviços e capitais. Do ponto de vista econômico-comercial, praticamente tem-se um único universo.

^{XLVI} Combina as características do Mercado Comum com a harmonização das políticas econômicas nacionais.

1 – União Européia: Histórico e Estrutura Organizacional

A União Europeia abrange atualmente 27 nações, possui um Produto Interno Bruto per capita estimado em \$32,700 e uma população que ultrapassa os 500 milhões de habitantes^{XLVII}. No entanto, na busca por unidade regional, muito enfrentamento de ordem política, econômica e social tem sido necessário para dirimir divergências e percalços produzidos por alguns Estados Partes, uma vez que motivações e interesses no processo integratório diferem de um país para outro.

O início da UE ocorreu na década de 1950, a partir de iniciativas de países, anteriormente antagônicos, com a idéia de que somente a integração política e econômica poderia evitar que novas guerras assolassem a Europa. Assim, em busca de uma paz duradoura novas estruturas foram criadas na Europa Ocidental. E foi com a instituição da Comunidade Européia do Carvão e do Aço (CECA), em 1951, que a UE deu seus primeiros passos para a integração econômica. O então Tratado CECA, denominado Tratado de Paris, foi assinado por França, Alemanha Ocidental, Itália, Bélgica, Luxemburgo e Holanda. Estas mesmas nações assinaram em 1957 o Tratado de Roma que estabeleceu uma União Aduaneira entre os mesmos e instituiu a Comunidade Econômica Européia (CEE) e a Comunidade Européia de Energia Atômica (Euratom). Enquanto a CEE se debruçava sobre a extinção de barreiras comerciais, a Euratom tratava de questões relacionadas a energia nuclear.

Já em 1967, CECA, CEE e Euratom se uniram e passaram a constituir apenas uma organização: a Comunidade Européia. Também se instituiu um único Conselho de Ministros, um só Parlamento Europeu e uma só Comissão Européia. Na década de 1970, a UE aceitou a adesão de Reino Unido, Irlanda e Dinamarca como novos Estados Partes. Já nos anos seguintes conferiu abertura a nações com padrões sócio-econômicos inferiores aqueles Estados Partes. Foram eles: Grécia (1981), Espanha e Portugal - ambos em 1986⁷⁸.

O Tratado de Maastricht (também conhecido como Tratado da União Européia) com o qual a Comunidade Européia passou a denominar-se União

^{XLVII} Maiores detalhes em : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

Européia, foi assinado em 1992 e um aprofundamento na integração desta região pôde ser percebida pela previsão de uma união monetária. Instituiu-se um Banco Central, um sistema financeiro^{XLVIII} e bancário comum e a cidadania européia. Em 1995, Áustria, Finlândia e Suécia aderiram à União Européia. Destaca-se também o Tratado de Copenhague, em 2002, onde a UE convidou formalmente dez novos países para fazerem parte do referido Bloco, que concretizou-se em 2004, e estabelecia regras gerais para inclusão de novos membros. Aquele ano os países ingressantes foram: Chipre, Eslováquia, Eslovênia, Estônia, Hungria, Lituânia, Malta, Polônia e República Tcheca.

No que concerne aos organismos supranacionais, destacamos o Conselho Europeu, instância maior da UE, que define a direção e as prioridades políticas gerais. Com relação ao processo legislativo, as decisões são tomadas pelo triângulo institucional constituído pelo Conselho da UE (que representa os Estados Partes), pelo Parlamento Europeu (que representa os cidadãos) e pela Comissão Européia (que representa os interesses do Bloco como um todo)⁷⁸.

2 - O Livre Trânsito de Profissionais

Sobre o trânsito de profissionais entre os Estados Partes, a legislação da UE tem sido abundante. Já no seu início, estiveram afixados no Tratado de Roma o objetivo de se concretizar o formação de um Mercado Comum, que engloba as quatro liberdades: bens, pessoas, serviços e capitais. Esse objetivo foi reforçado com o Ato Único Europeu^{XLIX} e com o Tratado de Maastricht.

O processo de reconhecimento de diplomas na UE, dependendo da profissão do indivíduo, pode ser complexo e dispendioso. Há uma distinção entre o reconhecimento acadêmico e o profissional. O propósito do reconhecimento acadêmico é, na maioria das vezes, o prosseguimento de

^{XLVIII} O Euro, a moeda única comum, passou a circular em 2002 em doze dos quinze Estados Partes. Atualmente é adotado em 17 Estados Partes.

^{XLIX} Um dos principais objectivos do Ato Único era o de eliminar as fronteiras internas técnicas e físicas, que se colocavam à livre circulação dos cidadãos e das mercadorias. Mais detalhes em: http://europa.eu/legislation_summaries/institutional_affairs/treaties/treaties_singleact_pt.htm

estudos, embora possa também servir para efeitos profissionais. As universidades da EU se responsabilizam pelas grades curriculares, bem como pela imputação de certificados de seus cursos, que são legitimados a nível nacional pelos órgãos competentes de cada Estado Parte. No entanto, os indivíduos de outros países, caso pretendam prosseguir estudos deverão se submeter à legislação do país de acolhimento. As informações acadêmicas são disponibilizadas pelos centros nacionais de informação para o reconhecimento acadêmico - *National Academic Recognition Information Centre* (NARIC).

No entanto, ao estudar o reconhecimento das qualificações acadêmicas e profissionais, Silva⁷⁹ concluiu que as informações disponibilizadas nos sítios da internet ocasionalmente estão desatualizadas e/ou inacessíveis. Quando ocorre contato por correio ou e-mail, o prazo de resposta pode variar ou até inexistir. Desta forma, a maioria dos reconhecimentos acadêmicos acaba ocorrendo de forma similar a já praticada no Brasil, ou seja, é conferido às universidades públicas o poder de analisar e atribuir, ou não, o reconhecimento e equivalências acadêmicas.

Já o reconhecimento profissional é a autorização para o exercício de uma profissão em um país de acolhimento por um órgão competente, que regula o exercício desta neste país. Este processo tem por base o princípio da confiança mútua entre os Estados Partes, que pressupõe que a formação acadêmica e profissional possa variar entre os países, mas não é impeditiva do exercício dessa profissão em outro Estado Parte, que não aquele onde o indivíduo obteve a sua formação. Para tanto, diretivas^L têm sido estabelecidas com o propósito harmonizar as formações e estabelecer um conjunto mínimo de condições que a formação deva satisfazer para que haja o reconhecimento profissional de formações concluídas nos Estados Partes da UE.

Autores como Silva⁷⁹ e Peixoto⁸⁰ analisam que inicialmente, procurou-se organizar uma abordagem “geral” entre as profissões. Deste modo, qualquer profissão regulamentada poderia encontrar mecanismos de reconhecimento,

^L Resoluções a serem acatadas no âmbito da União Européia.

por meio da diretiva 89/48/CEE que se aplicava a todos os cidadãos da UE que fossem titulares de um diploma de nível superior, obtidos após uma formação com duração mínima de três anos e que pretendessem exercer a sua profissão em outro Estado Parte. De modo especial, ainda entre as décadas de 1970 e 1980, a CEE adotou, no âmbito do reconhecimento profissional de títulos e diplomas, as chamadas “Diretivas Setoriais” com o intuito de facilitar a mobilidade de certos profissionais. As sete profissões denominadas “setoriais” e contempladas por essas diretivas foram: odontologia, medicina, medicina veterinária, enfermagem, farmácia, parteiras (enfermagem voltada para saúde materna e obstétrica) e arquitetura.

Ao longo dos anos, outras diretivas também foram adotadas no sentido de facilitar o reconhecimento das qualificações profissionais, mas foi a consolidação num único ato legislativo, por meio da diretiva 2005/36/CE^{L1}; que efetivamente simplificou os procedimentos administrativos. Esta passou a vigorar no ano de 2007 substituindo quinze diretivas voltadas para as profissões regulamentadas⁸¹. Esta diretiva apresenta três sistemas para o reconhecimento das qualificações:

(i) um sistema de reconhecimento automático, aplicado às profissões setoriais, cuja odontologia, como vimos, está incluída. Para o emprego desta diretiva foi imprescindível a harmonização da formação dos cursos que formam esses profissionais. Assim, os profissionais dessas profissões, que possuem registro profissional no órgão competente de um país da EU, podem cadastrar-se para a prática em qualquer outro país do Bloco, tendo reconhecimento automático garantido;

(ii) um sistema geral para outras profissões regulamentadas, onde o país de acolhimento pode indeferir ou mesmo estabelecer que o profissional que pleiteia determinado reconhecimento se submeta a medidas de compensação, que podem consistir em formação adicional e exames, para que o diploma

^{L1} Algumas profissões não são abrangidas por esta Diretiva. A diretiva não se aplica às profissões para as quais o reconhecimento das qualificações profissionais é regido por disposições legais específicas. São exemplos: os marinheiros, mediadores de seguros e controladores aéreos.

seja reconhecido para efeitos profissionais e nestes casos, o processo pode perdurar por mais de dois anos;

(iii) um sistema de reconhecimento com base na experiência profissional para determinadas atividades profissionais^{LII}.

Existe, além disso, a possibilidade de um reconhecimento das qualificações profissionais com vistas à estada temporária em outro Estado Parte da UE, também regulado por esta diretiva. Esta autorização temporária é avaliada pelo país de acolhimento individualmente, levando em consideração, duração da atividade, a sua frequência, regularidade e continuidade.

Não obstante a legislação ser abrangente e detalhada, a mobilidade de profissionais tem encontrado barreiras, mesmo para as profissões setoriais. Autores como Silva⁷⁹ e Leão et al.⁸² apontam a obrigatoriedade do domínio da língua nacional em cada Estado Parte de acolhimento, como um entrave à livre circulação de profissionais, uma vez que não se firmou uma maneira de aferir tal controle. Os Estados Partes, de um modo geral, também fomentam discussões sobre a competência clínica desses profissionais e a necessidade de suficiência, principalmente na língua inglesa.

Esta diretiva desde a sua implantação tem sofrido alterações e a revisão mais recente aconteceu em dezembro de 2011, quando a Comissão Européia anunciou novas propostas com a finalidade facilitar a mobilidade dos profissionais na UE. No entanto, segundo reportagem da NHS Employers^{LIII} existe, em grande parte do Bloco, uma ampla preocupação em destinar certo rigor aos profissionais de saúde em função de proteger os pacientes.

^{LII} Mais comum em comércio e indústria.

^{LIII} NHS Employers. Mobility of Health Professionals Across Europe. Disponível em: <http://www.nhsemployers.org/EmploymentPolicyAndPractice/European> Acessado em 08/01/2012.

2.1 - O Reconhecimento Automático: A Odontologia em seu contexto

O reconhecimento automático das profissões setoriais tem seu fundamento na harmonização da formação das mesmas e estão discriminadas na diretiva 36/2005/CE. No que concerne à odontologia, esta é reconhecida em todos os Estados Partes, cuja formação pressupõe que o curso tenha pelo menos cinco anos de estudo em tempo integral (incluindo teoria e prática) e englobe conhecimentos e competências comuns à formação do odontólogo generalista, bem como pressupõe a existência de disciplinas mínimas a serem cursadas. A estrutura curricular foi dividida em três blocos: disciplinas de base; disciplinas médico-biológicas e médicas gerais; e disciplinas especificamente odontológicas. Assim, 76% dos países adotam o intervalo de tempo de cinco anos para a graduação em odontologia, qual seja o tempo mínimo pactuado no âmbito do Bloco. Ao todo a UE forma 80,42% de seus ingressos e sua dependência administrativa é majoritariamente pública (89%). Com relação ao número de faculdades, destaque deve ser dado à Itália, com 34 instituições de ensino. Por outro lado, Estônia, Letônia, Malta e Eslovênia detêm uma instituição formadora, cada; cuja dependência administrativa é pública.

Associações profissionais na UE apontam que, apesar do aumento contínuo no número de odontólogos em todo Bloco, a distribuição geográfica continua a ser desigual, com pouca assistência em áreas rurais, provocando o deslocamento de indivíduos residentes nessas regiões para zonas urbanas, a fim de ter acesso ao tratamento dentário. Políticas de incentivos formais são raras, e mais comumente, comunidades rurais promovem de forma isolada, oportunidades para atrair profissionais.

Uma tendência observada na pesquisa de Wismar et al.⁸³ é o fato de que profissionais de saúde são impulsionados a transitarem entre os Estados Partes da Europa em busca de mais altos salários, melhores condições de trabalho, treinamento e oportunidades de carreira, ou ainda, novas experiências profissionais e pessoais. No entanto, consideramos que a má distribuição geográfica dos odontólogos e demais profissionais de saúde seja uma tendência mundial. Assim como os grandes centros urbanos concentram

profissionais, os países que oferecem maior desenvolvimento sócio-econômico, maior mercado de trabalho e melhor remuneração são pólos de atração para os profissionais. Com relação à mobilidade profissional, destaca-se a tese de doutorado de Vieira⁸⁴ que estudou o tema no âmbito do MERCOSUL, abordando a profissão de enfermagem. A partir de perspectivas teóricas considerou fatores que determinariam a migração ou não destes profissionais dentro do Bloco e concluiu que os mesmos se anulavam, levando a uma imobilidade daqueles profissionais.

Atualmente, a UE tem assistido a um contingente muito pequeno de odontólogos que tentam se estabelecer em outro Estado Parte. No entanto, o odontólogo interessado em se estabelecer em outro Estado Parte que não aquele em que se credenciou deve fazer a solicitação à autoridade do Estado Parte de acolhimento. Este pode exigir uma série de documentos ao profissional (emitidos há no máximo três meses), quais sejam: título de formação; certificado das autoridades competentes do Estado Parte de origem, confirmando a existência do referido título; prova de nacionalidade; provas de honorabilidade; de boa conduta, ou que suspenda a proibição do exercício da profissão em caso de falta profissional grave ou de infração penal. Ademais, no caso da prestação de serviços temporária é necessário que o profissional também esteja estabelecido legalmente no Estado Parte de origem.

De acordo com Kravitz, A. & Treasure⁸⁵ os Estados Partes da UE que detêm a menor relação de odontólogos por 10.000 habitantes são Malta (3,38), Irlanda (4,50) e Hungria (4,95). Enquanto a maior relação entre estes profissionais e o contingente populacional se encontra na Grécia (12,59), Liechtenstein (11,59) e Bulgária (10,45). Consideramos os dados inusitados, uma vez que o maior número de instituições formadoras estão na Itália e Alemanha; respectivamente, 34 e 31 instituições formadoras. Sendo que esta última também apresenta a maior população de todo o Bloco. A Grécia, além de deter apenas duas universidades, apresenta graves problemas de ordem econômica, além de PIB inferior ao da Alemanha e Itália.

Na UE não existem entidades assemelhadas aos conselhos profissionais do Brasil. Na maioria dos países a regulação do exercício profissional está a cargo das associações profissionais ou dos sindicatos, sendo que algumas associações também tomam para si o papel de sindicato. Em outros, a regulação da profissão é exercida por departamentos específicos dos Ministérios da Saúde^{LIV}. Em cerca de um terço dos países a adesão a uma associação odontológica é obrigatória, muitas vezes porque além dos atos de associação também são as autoridades de registro. De acordo com Kravitz & Treasure⁸⁵ nos países onde a adesão é voluntária, há uma grande variação na filiação. Assim, enquanto na Finlândia, 98% dos odontólogos são associados; na Itália, menos da metade destes são membros das duas principais associações do país. Embora todos os países tenham uma associação nacional principal, alguns detêm duas ou mais. Já no âmbito da UE existem muitas associações, sociedades de especialistas e comitês representando os odontólogos, no entanto, as de maior relevância são o *Council of European Dentists* (CED) e o *European Union of Dentists* (EUD).

A diretiva 36/2005/CE deixa o reconhecimento das especialidades odontológicas à livre negociação entre Estados Partes, sendo que em todo o Bloco são reconhecidas as especialidades de cirurgia Oral e ortodontia, com exceção da Áustria, Luxemburgo e Espanha. As especialidades profissionais, conforme demonstrado no primeiro capítulo, também conformam a regulação do exercício profissional, no entendimento de que são consideradas práticas de concorrência. Pode-se observar, neste momento, como a cultura influencia a regulação do exercício profissional. Nos países europeus, por exemplo, a lógica é de que quanto maior o número de especialistas, mais segmentado se tornará o mercado de trabalho e maior será a concorrência por clientes. Deste modo, o número de especialistas na UE é muito baixo em relação ao número de odontólogos ativos. Já nos países que compõem o MERCOSUL, nas últimas décadas tem havido um movimento de super-especialização. No Brasil, especificamente, os odontólogos estão sob a observância da Resolução

^{LIV} A título de exemplo: Na Áustria o órgão regulador é o *Austrian Dental Chamber*; na Bélgica, o próprio Ministério da Saúde; na França a *Ordre National*; na Alemanha o *Kassenzahnärztliche Vereinigungen*; já na Itália, está a cargo da *Federazione Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri*.

22/2001^{LV} do CFO, que restringe ao limite de duas especializações por profissional reconhecidas por este órgão.

Numa visão sociológica, Freison¹⁷ sustenta que a tendência à especialização contribui para a desprofissionalização e a proletarização, uma vez que pode-se esperar que profissionais cada vez mais limitados – pelo trabalho repetitivo, possam perder o controle de todo um processo cuja especialidade é apenas um fragmento. Entendemos que há sim uma segmentação do mercado quando do aumento de profissionais especializados. No entanto, acreditamos que a *expertise* é necessária, pois são tantos os conhecimentos requeridos consequentes de novas tecnologias, novas descobertas e novos protocolos advindos de pesquisas certificadas, que inviabilizam que um profissional os detenham “com excelência” em todos os campos.

Ainda com relação às práticas de concorrência entre membros da própria profissão, é relevante destacar que não há um código de ética único na União Européia. A orientação ética é em grande parte observada pelas associações nacionais ou, em determinados países pelo órgão regulador da profissão. No entanto, a aplicação de sanções é diversa e realizada por comissões em nível local.

Conforme o exposto, a UE conseguiu reunir em uma só legislação, a diretiva 36/2005/CE, normas que regulam o trânsito de todo o tipo de profissionais. Excetuando-se a questão de domínio da língua, que diante de tantas nações, passa a se constituir um entrave à circulação; a harmonização da formação das profissões setoriais, dentre elas a odontologia, a nosso ver, foi a mais acertada decisão neste processo de integração dos serviços. Como vimos, a diretiva atual é fruto de um amadurecimento de proposições anteriores experimentadas por este Bloco. Nesta perspectiva, a UE manda recados para o MERCOSUL, e interessante é a absorção por parte deste das experiências exitosas e desfechos já encontrados pela UE, considerando as peculiaridades que o conformam. No próximo capítulo pretendemos conhecer o processo de

^{LV} Baixa normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização.

integração regional em andamento no MERCOSUL, seu histórico, estrutura e principalmente as proposições e discussões em torno da livre circulação de profissionais de saúde, em especial dos odontólogos. Ademais, procuramos identificar as características das profissões de odontologia nos demais Estados Partes.

CAPÍTULO V

INTEGRAÇÃO REGIONAL NOS PAÍSES DO CONE SUL

Na América Latina, a instituição do Mercado Comum do Sul – MERCOSUL foi a tentativa mais assertiva de integração regional dos países do Cone Sul. Institucionalizado na década de 1990 e contando com Brasil, Argentina, Paraguai, Uruguai e Venezuela como Estados Partes, tem como objetivo final a formação de um Mercado Comum. Etapa, esta, que pressupõe a liberdade de circulação de bens, serviços e capitais e pessoas. Esta livre circulação de pessoas, mais precisamente de profissionais, é, a nosso ver, um dos seus objetivos mais complexos e que demanda esforços no sentido de harmonizar legislações.

A integração regional é uma tendência mundial, que partindo de um contexto econômico acaba por atingir a sociedade como um todo. Assim, no aprofundamento deste processo, a integração passa a ser requerida também em outros aspectos, além dos econômicos. Referimo-nos às políticas sociais, que têm na saúde e educação seu núcleo estratégico. Neste contexto, a saúde vem ganhando evidência por também se relacionar com políticas intersetoriais como das áreas de indústria, serviços e agricultura, atraindo interesses de ordem econômica, científica e tecnológica². No que diz respeito à assistência, a titularidade formal do direito à saúde, garantida no Brasil pela Constituição Federal de 1988 e a ausência desta nos demais Estados Partes, pode gerar entraves ao processo integratório. Em outros aspectos, como o do processo regulatório do exercício profissional, em muito difere a legislação brasileira da argentina, uruguaia ou venezuelana. Não obstante, o Paraguai, muitas vezes, sequer ter regulamentação.

Assim, quando consideramos o livre trânsito dos profissionais de odontologia, se faz necessário conhecer a forma com que esta profissão é regulada nos demais Estados Partes; a atuação dos atuais fóruns e proposições de regulação do exercício profissional dos odontólogos no

MERCOSUL e o processo de implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais da Saúde do MERCOSUL. Este é o nosso propósito neste capítulo.

1 - As Tentativas de Integração Regional e o MERCOSUL

Acordos comerciais entre os países da América Latina, especialmente entre os países do Cone Sul, foram intensificados com o fim da Segunda Guerra Mundial. Dentre eles, se destaca a Associação Latino-Americana de Livre Comércio^{LVI} (ALALC), constituída a partir da assinatura do Tratado de Montevideu em 1960, com o propósito de implantar uma zona de livre-comércio. No entanto, não houve êxito devido à baixa adesão do setor privado e pouca flexibilidade do Tratado. Na visão de Sodré⁸⁶, apoiado nos pressupostos da integração regional, o autoritarismo político emergente corroborou para o fracasso da proposta. Para o autor, a assimetria econômica também poderia levar a uma semelhança do modelo de comércio que havia sendo praticado entre os países mais avançados e os que estavam em fase de desenvolvimento.

No início dos anos 1980, a maioria dos países sofria com o aumento do preço do petróleo e das taxas de juros, especificamente a América Latina viu-se endividada e atingida por grandes inflações, o que colaborou para o retardamento da integração regional. Ainda nesta década presenciou-se um processo de redemocratização nos países do Cone Sul após vários anos de regime militar. Com exceção do Paraguai que sofreu um golpe militar em 1989, os demais países que deram origem ao MERCOSUL - Brasil, Argentina e Uruguai - romperam com a política de substituição de importações, ou seja, o modelo de desenvolvimento que vinha sendo empregado pelos regimes autoritários; e passaram a buscar sua reinserção na economia mundial, adotando estratégias de crescimento voltadas para o panorama internacional⁷⁶.

LVI Os países que assinaram o tratado foram Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguai, Peru e Uruguai. A Colômbia aderiu em setembro de 1961 e o Equador em novembro do mesmo ano.

Apesar de historicamente rivais, Brasil e Argentina passavam por experiências semelhantes e voltaram a estabelecer acordos com a criação da Associação Latino-Americana de Integração (ALADI), assinado entre os mesmos países da ALALC. Este foi chamado de “Tratado de Montevideu de 1980” para se diferenciar do de 1960, tendo sido idealizado com um propósito mais audacioso, ou seja, se com a ALALC o objetivo era de se estabelecer uma zona de livre comércio, a ALADI se propunha a formar gradualmente um mercado comum latino-americano⁸⁶. O Tratado também admitiu a formação de acordos bilaterais^{LVII} ou multilaterais sub-regionais, mas sempre com o objetivo de sua posterior aplicação para o conjunto dos membros da ALADI. Não obstante, no final dos anos 1980 já não cumpria papel relevante, mas os acordos bilaterais entre Brasil e Argentina mantiveram-se constantes. A própria Declaração de Iguazu (1985), deflagrando uma política de aproximação entre Brasil e Argentina e a Ata Brasileiro - Argentina (1986), que estabeleceu os princípios fundamentais do Programa de Integração e Cooperação Econômica (PICE), já sinalizavam o interesse de ambos os países em estabelecer uma integração regional. Silva⁷⁶ atribui o estabelecimento do PICE como uma fase de gestação^{LVIII} para o estabelecimento do MERCOSUL.

Já no ano de 1990, Brasil e Argentina, assinaram a Ata de Buenos Aires, em que firmaram a decisão de “estabelecer um mercado comum entre a República Argentina e a República Federativa do Brasil”. Criara-se o Grupo Mercado Comum (GMC), ainda em caráter binacional. Essas relações bilaterais experimentaram períodos de aproximação e distanciamento, mas a lógica das alianças sempre foi pautada pelo interesse comum em diluir a velha rivalidade. Deve-se considerar que o MERCOSUL foi concebido na esfera político-estratégica tanto quanto a União Européia. Assim, à medida que essa integração se tornara atraente, Paraguai e Uruguai formalizaram seu interesse em participar deste movimento de integração regional. Deste modo, em 26 de

^{LVII} Foram firmados dois acordos bilaterais de complementação econômica que são importantes antecedentes do Mercosul: o Protocolo de Expansão do Comércio (PEC), entre Brasil e Uruguai, e o Convênio Argentino-Uruaio de Complementação Econômica (CAUCE).

^{LVIII} Neste momento, todo o desenho institucional foi iniciado com a criação da comissão de execução, tendo subordinada a ela as comissões técnicas e a comissão parlamentar conjunta. Ver mais detalhes em: Mariano MP. A Estrutura Institucional do MERCOSUL. São Paulo: Aduaneiras, 2000.

março de 1991, foi assinado o Tratado de Assunção, no Paraguai, criando o MERCOSUL, que estabeleceu como prazo o ano de 1994 para a constituição plena de um mercado comum entre os países signatários⁸⁷.

No período de transição requerido para a formação de um mercado comum, os Estados Partes comprometeram-se a estabelecer uma Tarifa Externa Comum (TEC) para terceiros países e, com isso, criar uma União Aduaneira. Também foi elaborada uma estrutura institucional e criaram-se protocolos correspondentes à estruturação dos órgãos, voltados para os mecanismos de governo e para a administração do MERCOSUL. Os mesmos incorporaram-se definitivamente ao Tratado de Assunção. São eles: Protocolo de Brasília^{LIX} (1991) e Protocolo de Ouro Preto (1994). O Protocolo de Ouro Preto definiu a estrutura institucional do MERCOSUL e o dotou de personalidade jurídica de direito, permitindo sua relação como Bloco com outros países e blocos econômicos, passando a vigorar em janeiro de 1995. Atualmente, a estrutura institucional do MERCOSUL está assim disposta²:

Conselho do Mercado Comum (CMC): órgão máximo do MERCOSUL, responsável por negociar e assinar acordos em nome do Bloco, com vistas ao cumprimento dos objetivos e prazos estabelecidos pelo Tratado de Assunção, para o estabelecimento do mercado comum. É formado pelos Ministros das Relações Exteriores e da Economia, que se reúnem pelo menos uma vez ao ano e deliberam por decisões, devendo ser internalizadas pelos Estados Partes. A presidência deste Conselho é exercida de forma rotativa entre os Estados Partes, em ordem alfabética e por um período de seis meses. As decisões são tomadas por consenso e exigem a presença de todos os participantes. Ao CMC estão subordinados:

^{LIX} Sistema de Solução de Controvérsias que possuíam intervenções em órgãos institucionais do MERCOSUL. Também previa a possibilidade de adoção de medidas cautelares para evitar danos irreparáveis. Com o objetivo de tornar mais completas e sistematizadas as disposições deste Protocolo, posteriormente, o mesmo foi aprimorado pelo Protocolo de Olivos. Ver mais detalhes em: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Tratado de Assunção e seus protocolos. Disponível em: <http://www.desenvolvimento.gov.br/sitio/interna/interna.php?area=5&menu=538>

Grupo Mercado Comum (GMC): órgão executivo do MERCOSUL. É integrado por quatro membros titulares e outros quatro alternados por país: Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Economia, um Ministério das áreas de indústria, Comércio Exterior e/ou Coordenação Econômica e Banco Central. Ademais, possui uma secretaria administrativa. Ao GMC estão subordinados:

(a) Comissão de Comércio (CCM): órgão assessor do GMC, com a tarefa de zelar pela aplicação dos instrumentos de política comercial acordados pelos Estados Partes. Reúne-se mensalmente e manifesta-se por Diretrizes. À CCM estão subordinados os Comitês Técnicos (CT): (CT-1) Tarifas, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias; (CT-2) Assuntos Aduaneiros; (CT-3) Normas e Disciplinas Comerciais; (CT-4) Políticas Públicas que Distorcem a Competitividade; (CT-5) Defesa da Concorrência; (CDCS) Comitê de Defesa Comercial e Salvaguardas; e (CT-7) Defesa do Consumidor;

(b) Foro de Consulta e Conservação Política (FCCP): órgão auxiliar do CMC, com o objetivo de ampliar e sistematizar a cooperação política entre os Estados Partes;

(c) Reuniões de Ministros de todos os setores governamentais dos Estados Partes. No caso da Saúde os ministros, tanto dos Estados Partes quanto dos Estados Associados, se reúnem uma vez por presidência pro tempore (uma vez ao semestre). A Reunião de Ministros da Saúde (RMS) tem competência institucional para definir planos, programas, estratégias e diretrizes de promoção, prevenção e proteção à saúde regionais, com vistas ao processo de integração.

(d) Secretaria do MERCOSUL (SM): órgão com sede em Montevideu, tem entre suas principais funções a tradução e guarda de documentos, bem como o apoio ao GMC.

(e) Foro Consultivo Econômico e Social (FCES): órgão de caráter consultivo, representante dos setores econômicos e sociais dos quatro Estados Partes;

(f) Reuniões Especializadas: Autoridades de Aplicação em Matéria de Drogas (RED); Ciência e Tecnologia (RECYT); Comunicação Social (RECS);

Cooperativas (REC); Infraestrutura da integração (REII); Municípios e Intendências do MERCOSUL (REM I); Mulher (REM); Promoção Comercial (REPC); e Turismo (RET);

(g) Comitês: Automotivo (CAM); Cooperação Técnica (CCT); Diretores de Aduanas (CDA); e Sanidade Animal e Vegetal (CSAV);

(h) Reunião Técnica sobre Incorporação da Normativa MERCOSUL;

(i) Subgrupos de Trabalho: (SGT-1) Comunicações; (SGT-2) Aspectos Institucionais; (SGT-3) Regulamentos Técnicos e Avaliação da Conformidade; (SGT-4) Assuntos Financeiros; (SGT-5) Transportes; (SGT-6) Meio Ambiente; (SGT-7) Indústria; (SGT-8) Agricultura; (SGT-9) Energia e mineração; (SGT-10) Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social; (SGT-11) Saúde; (SGT-12) Investimentos; (SGT-13) Comércio Eletrônico; e (SGT-14) Acompanhamento da Conjuntura Econômica e Comercial;

(j) Grupo de Serviços (GS): entre outras atribuições, é responsável pela negociação da liberalização do comércio de serviços;

(k) Grupos Ad-Hoc: Comércio de Cigarros; Compras Governamentais (GAHCG); Concessões (GAHCON); Integração Fronteiriça (GAHIF); Relacionamento Externo (GAHRE); Setor Açucareiro (GAHSA); Grupo de Alto Nível para o Aperfeiçoamento do Sistema de Solução de Controvérsias (GANPSSC); e Grupo de Alto Nível para Examinar a Consistência e Dispersão da TEC (GANTEC);

(l) O Parlamento do MERCOSUL – radicado em Montevidéu, este órgão de representação do poder legislativo dos Estados Partes foi constituído em 06 de dezembro de 2006, em substituição a Comissão Parlamentar Conjunta. Com o objetivo de fortalecer os processos de integração, representando os interesses dos cidadãos do Bloco, o Parlamento do MERCOSUL atua em diferentes áreas, segundo a competência de cada uma de suas Comissões Permanentes. É integrado por 18 parlamentares de cada país e se reúne em sessão ordinária ao menos uma vez ao mês.

Como pode ser observado na Figura I, o MERCOSUL é formado, pelos seguintes Estados Partes: Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e Venezuela. A Venezuela, admitida no Bloco como Estado Parte em 04 de julho de 2006, conforme o ‘Protocolo de Adesão da República Bolivariana da Venezuela ao MERCOSUL’, foi classificada como um Estado Parte em processo de adesão até 31 de julho de 2012; quando adquiriu status de membro pleno durante a Cúpula Extraordinária do MERCOSUL, realizada naquela data, no Brasil. O fato ocorreu um mês após o Paraguai, único dos Estados Partes a vetar a adesão plena da Venezuela, ter sido suspenso do Bloco até abril de 2013^{LX}, pelo entendimento por parte do Brasil, Argentina e Uruguai de que houve uma ruptura democrática naquele país.

Os Estados Associados são: Chile, Bolívia, Equador, Peru e Colômbia^{LXI}. A decisão CMC N° 18/04, dispõe sobre a admissão de novos Estados Associados no MERCOSUL e exige a assinatura prévia de Acordos de Complementação Econômica, e instrumentos bilaterais firmados entre o MERCOSUL e outros membros da ALADI. Nesses acordos se estabelece um cronograma para a criação de uma zona de livre comércio com os Estados Partes do MERCOSUL. Os Estados Associados podem participar como convidados, das reuniões institucionais do MERCOSUL que tratam de direitos comuns, mas não têm direito a voto. O México tem status de Estado Observador, isto é, não tem caráter de participante oficial do MERCOSUL.

^{LX} Previsão para a eleição de um novo presidente naquele país.

^{LXI} Bolívia, Equador, Peru e Colômbia integram, ainda, a Comunidade Andina.

Figura I – MERCOSUL – Fronteiras Físicas



Fonte: BRASIL².

2 - Assimetrias Sociais, Econômicas, Demográficas e de Saúde entre o Brasil e demais Estados Partes

O MERCOSUL não é homogêneo, existem importantes assimetrias quando comparamos o Brasil aos demais Estados Partes. A análise de alguns itens do Quadro III ratifica essa heterogeneidade, a começar pela extensão territorial do Brasil. Este ocupa aproximadamente 70% de todo o território do MERCOSUL, além de deter 71% da população. Ademais, o Brasil possui a maior densidade demográfica (22,1 hab/ Km²) e o maior crescimento demográfico (13%). Em todos os países a população é predominantemente urbana, com destaque para a discrepância entre a Venezuela (92,8%) e o Paraguai (58,5%).

Quanto aos indicadores sócio-econômicos, em que pese o Brasil ter o maior Produto Interno Bruto (PIB) bruto, o PIB “*per capita*” na Argentina (9.400 USS) e no Uruguai (7.254 USS) supera, e muito, o brasileiro (4.183 USS), talvez por ser este um país de dimensões continentais. Enquanto a Venezuela

apresenta um PIB superior ao do Brasil (5.789 USS), o paraguaio demonstra o menor PIB “*per capita*” (1.453 USS) do Bloco. Vale ressaltar que o PIB “*per capita*” tem o objetivo de mensurar a atividade econômica de uma região e foi o primeiro indicador utilizado para analisar a qualidade de vida em um país.

O Brasil apresenta, ainda, a maior mortalidade materna (55,8) e a segunda maior mortalidade infantil do MERCOSUL (23,6). Vale ressaltar que estes índices, embora devam ser comparados com a estrutura da população, estão relacionados à qualidade de vida e à assistência à saúde. A esperança de vida é de 72,4 anos, sendo superior apenas ao Paraguai, cuja esperança é de 71,8 anos. A taxa de mortalidade infantil do Brasil é alta (23,6 crianças por mil nascidos vivos) quando comparada a do Uruguai (13,1), Argentina (13,4) e Venezuela (17,0), da mesma forma, a taxa de mortalidade (6,4 - média anual/ 1.000 hab.) supera apenas a apresentada pelo Paraguai (5,6) e pela Venezuela (5,2).

A Argentina evidencia uma alta taxa de alfabetização (97,2) e mantém a menor taxa média de desemprego urbano, assim como o maior IDH do Bloco. Com relação aos indicadores de saúde, a esperança de vida é de 75,2 anos, perdendo apenas para o Uruguai, cuja esperança é de 76,1 anos. A mortalidade infantil neste país é de 13,4 crianças por mil nascidos vivos, da mesma forma, a taxa só supera a apresentada pelo Uruguai que é de 13,1. O Paraguai, por sua vez, conta com 406.752 Km², com mais de 6,0 milhões de habitantes, distribuídos, 58,5% em áreas urbanas e 41,5% em áreas rurais. Possui o menor PIB, o menor IDH, a mais alta taxa de mortalidade infantil. O Uruguai é o Estado Parte que apresenta a maior taxa de alfabetização (98,0), a maior esperança de vida, a menor taxa de mortalidade infantil e, também, a menor taxa de mortalidade materna; possui 176.215 Km² e 91,9% da população se encontra na zona urbana. A Venezuela detém a maior percentagem de população urbana (92,8%) e ainda o segundo maior crescimento demográfico (1,7). Seus índices sócio-econômicos e de saúde estão na média dos dados apresentados pelos outros Estados Partes.

**Quadro III – Indicadores Sociais, Econômicos, Demográficos e de Saúde
no MERCOSUL - 2009**

Indicadores	Estados Partes				
	Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai	Venezuela
1. Demográficos					
Área (Km ²)	2.766.889	8.514.215	406.752	176.215	916.445
População (em milhões de hab)	39,4	186,6	6,2	3,5	27,5
População urbana (% total)	91,8	83,4	58,5	91,9	92,8
Densidade demográfica (hab/ Km ²)	14,0	22,1	13,9	19,0
Crescimento demográfico (%)	1,0	13	1,8	0,2	1,7
2. Sócio-econômicos					
PIB (em milhões de dólares)	369.958	805.838	8.894	24.169	158.956
PIB per capita (em dólares)	9.400	4.183	1.453	7.254	5.789
Taxa de alfabetização	97,2	88,9	94,4	98,0	94,0
Taxa média de emprego urbano	8,4	9,4	-	9,7	8,7
IDH	0,863	0,800	0,757	0,851	0,784
3. Saúde					
Taxa global de fecundidade	2,4	2,2	3,8	2,3	2,6
Expectativa de vida (anos)	75,2	72,4	71,8	76,1	73,8
Natalidade (taxa média anual/1.000 hab)	17,5	19,2	24,8	15,1	21,5
Mortalidade infantil (por 1.000 NV)	13,4	23,6	32,0	13,1	17,0
Mortalidade (taxa média anual/1.000 hab)	7,8	6,4	5,6	9,4	5,2
Mortalidade materna	35,0	55,8	14,4	11,1

Fonte: BRASIL².

Na tentativa de diminuir a iniquidade supracitada entre os Estados Partes, foi instituído o Fundo para Convergência Estrutural do MERCOSUL (FOCEM), primeiro instrumento financeiro destinado a “financiar projetos em benefício das economias menores e regiões menos desenvolvidas do MERCOSUL, impulsionar a produtividade econômica dos Estados Partes, promover o desenvolvimento social, especialmente nas fronteiras, e apoiar o funcionamento da estrutura institucional do bloco”. Em atividade desde 2006^{LXII}, o FOCEM é integrado por contribuições financeiras em forma de doação pelos Estados Partes, no montante anual de US\$ 100 milhões por ano, além de possíveis contribuições voluntárias⁸⁸. De acordo com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Brasil^{LXIII}, os aportes são realizados semestralmente pelos Estados Partes do MERCOSUL, na proporção histórica do PIB (bruto) de cada um deles. Assim, a Argentina é responsável por 27% dos recursos; o Brasil, por 70%; o Paraguai, por 1%; e o Uruguai, por 2%. Na lógica de que a destinação dos recursos obedece a uma ordem inversa à dos aportes, ou seja, têm direito a maiores vultos as economias menores do MERCOSUL, o Paraguai tem direito a 48%, o Uruguai, a 32%, enquanto a Argentina e o Brasil podem utilizar cada um 10% do montante aportado anualmente. A Venezuela ainda não foi contemplada por tal fundo.

A partir dos dados apresentamos, verificamos que existe uma iniciativa para promover uma integração econômica e melhorar os indicadores sociais no Bloco. No entanto, na área da saúde, demandas emergem também no campo da regulação do exercício profissional. Deste modo, em seguida examinaremos as ações integratórias voltadas ao tema do exercício profissional na saúde. Em acréscimo, contextualizaremos a profissão de odontologia nos demais Estados Partes.

^{LXII} O FOCEM foi criado pela Decisão CMC N° 45/04. Mais tarde, o Decreto no 5.969/06 promulgou a decisão CMC/DEC 18/05, que dispõe sobre a Integração e o Funcionamento do FOCEM.

^{LXIII} BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. FOCEM – Apresentação. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretaria.asp?cat=156&sub=279&sec=10> Acessado em 23/04/2011

3 - A Saúde e o livre trânsito dos trabalhadores no MERCOSUL

No entendimento de que diretrizes são necessárias para o alcance da livre circulação de serviços entre os Estados Partes do MERCOSUL, foi aprovado o Protocolo de Montevideu sobre o Comércio de Serviços do MERCOSUL, com a finalidade de eliminar as restrições ao livre trânsito de serviços dos países do MERCOSUL. Embora aprovado em 1998, pela Decisão CMC no. 9/98, somente em 07 de dezembro de 2005, o mesmo entrou em vigor, colocando aos Estados Partes o compromisso de completar, no prazo máximo de dez anos a partir daquela data, o Programa de Liberalização do Comércio de Serviços do MERCOSUL, prevendo rodadas anuais de negociação⁸⁹. Até o presente momento foram concluídas sete rodadas negociadoras de liberalização do comércio de serviços. Além das rodadas não estarem acontecendo com a frequência pactuada. A discussão sobre o livre trânsito de profissionais ainda está no âmbito do SGT-11.

Mesmo que os Estados Partes tenham avançado no processo de liberalização do comércio de serviços, o prazo estipulado para 2015 se avizinha e ainda não se estabeleceram acordos concretos sobre o exercício profissional de odontólogos. Atualmente, o próprio Grupo de Serviços, reconhece que para continuar avançando de modo adequado e dentro do prazo fixado pelo referido protocolo, há necessidade de um impulso político. Há uma visão compartilhada de que não seriam suficientes os esforços enveredados apenas na esfera técnica dos órgãos nacionais para aprofundar, a níveis desejados, os compromissos de liberalização, dada a dimensão do desafio⁸⁹.

Presente na 25ª. Reunião do Fórum MERCOSUL, em 31 de janeiro de 2012, Luiz Cesar Gasser, ministro-chefe da Divisão de Negociações de Serviços do Ministério das Relações Exteriores, relatou que a tarefa mais complexa que existe no Grupo de Serviços é identificar além do que está listado no produto das Rodadas de negociação, ou seja, quais são as condições existentes regulamentares para que o profissional, seja pessoa física ou jurídica, se habilite a prestar aquele serviço, ou seja, para que o processo efetivamente aconteça.

Quando vem à tona, por exemplo, a questão do direito à saúde e como vem sendo desenvolvido esse assunto, especificamente nas fronteiras, observamos a emergência com que devemos tratá-lo. Giovanella et al.⁹⁰ em seu estudo sobre saúde nas fronteiras no MERCOSUL, aponta para a necessidade de estabelecimento de novas institucionalidades e métodos de regulação válidos para todo o Bloco, com a participação de atores com governabilidade, que possam realmente contribuir com a construção e legitimidade de instrumentos de decisão, a fim de reduzir as desigualdades sociais e assimetrias entre os Estados Partes. Não obstante, sejam foco de discussão e conformação de grupos de interesse desde a década de 1990, ainda são consideradas por autores como Draibe³ e Dal Prá et al.⁹¹, como incipientes. Gallo⁹² reafirma que a saúde tem se evidenciado uma das políticas imprescindíveis ao desenvolvimento social nas sociedades modernas, inclusive na lógica de organização em Blocos Econômicos.

Vale ressaltar que a institucionalidade no MERCOSUL foi se redesenhando a partir das demandas que foram emergindo e da necessidade de aprofundamento do processo integratório. Inicialmente o setor saúde não detinha institucionalidade própria, ou seja, não compunha o rol de subgrupos prescritos no Tratado de Assunção. Os temas de saúde faziam parte do SGT 3. Neste subgrupo a tarefa básica era a eliminação de obstáculos técnicos à livre circulação de bens e à integração regional entre os Estados Partes nas áreas de alimentos, produtos para saúde, indústria automotora, metrologia, avaliação de conformidade e segurança de produtos elétricos⁹³.

A necessidade de ações conjuntas na área da saúde levou à conformação de dois fóruns específicos: a Reunião de Ministros da Saúde (RMS) – criado em 1995, e o Subgrupo de Trabalho 11 (SGT 11), criado por meio da Resolução GMC no. 151/96. Este Subgrupo de Trabalho tem por objetivo “harmonizar as legislações dos Estados Partes referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, os critérios para a vigilância epidemiológica e controle sanitário com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo dessa maneira ao processo de integração”^{2:13}. Com a

Resolução do GMC No. 11/2007 a estrutura institucional do SGT 11, passou a ter uma organização em áreas de trabalho voltadas para os produtos para a saúde; vigilância em saúde e serviços de atenção à saúde. Estas áreas de trabalho estão sob responsabilidade das respectivas Comissões:

- Comissão de Produtos para a Saúde (COPROSAL) - abrange a área farmacêutica, grupo *Ad-hoc* de Cosméticos, grupo *Ad-hoc* de Produtos higienizantes de uso domiciliar, grupo *Ad-hoc* de sangue e hemoderivados, grupo *Ad-hoc* de Produtos médicos, grupo *Ad-hoc* de Psicotrópicos e drogas;
- Comissão de Vigilância da Saúde (CIVIGSAL) - é responsável pela Subcomissão de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Estações e pontos de fronteira;
- Comissão de Serviços de Atenção à Saúde (COSERATS) - busca ampliar o acesso e a qualidade dos serviços à população do MERCOSUL. Esta Comissão detém a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional e a Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologias em Serviços de Saúde.

Dissertação defendida por Welz⁹³ a respeito das Resoluções das Comissões e Subcomissões do SGT-11 compreendidas entre os anos de 1992 a 2009 constatou que a COPROSAL apresentou o maior número de Resoluções no período, totalizando 149 Resoluções. A CIVIGSAL apresentou 36 resoluções, enquanto a COSERATS, apenas 16. Entende-se que a justificativa possa se dar pelo valor econômico-comercial da área abrangida pela COPROSAL, e também, por esta compreender o maior número de subcomissões (possui 6 das 9 subcomissões existentes). A autora ainda divide a questão da saúde no MERCOSUL em dois momentos. O primeiro abrangeria toda a década de 1990, cuja ênfase foi dada à comercialização dos produtos relacionados à saúde. A segunda fase, com início no ano de 2000, quando surgiram as primeiras resoluções sobre Serviços de Atenção à Saúde e uma ampliação das preocupações no MERCOSUL referente às questões de Vigilância em Saúde. No estudo é defendido que se a atenção em saúde tivesse maior proximidade com as leis do capital como tem os produtos para a saúde, o número de acordos e resoluções talvez fosse mais expressivo.

Deste modo, o estudo supracitado demonstra que no campo da saúde avanços importantes foram conquistados em questões primordiais para a comercialização de produtos sanitários, assim como temas importantes para as políticas de saúde foram introduzidas na agenda. No entanto, poucos avanços foram identificados em questões essenciais para o desfecho da integração neste bloco, como a padronização da assistência e dos serviços oferecidos à população, a harmonização dos currículos entre os profissionais de saúde, o livre trânsito dos mesmos e a incorporação de tecnologias. A nosso ver, o estudo denota um atraso significativo em matérias primordiais à formação do Mercado Comum.

No que concerne ao exercício profissional do setor saúde, a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional tem enveredado esforços para avançar no processo de integração. Para tanto, construiu uma agenda de trabalho voltada para formulação de políticas de gestão, regulação e de educação na saúde, entendendo a necessidade de compatibilizar os cursos de formação profissional, padronizar a legislação do exercício profissional, conformar uma base de dados comum e implementar a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL ².

Dentre as principais resoluções vinculadas diretamente ao exercício profissional estão: a Resolução no. 73/2000, que lista as 29 especialidades médicas comuns no MERCOSUL, com o propósito de estabelecer “normas básicas para o exercício profissional do médico” e uma “formação equivalente e conduta de atenção adequada”, a Resolução no. 58/01 que define os princípios éticos médicos no MERCOSUL e a Resolução no. 27/04 que aprova a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL.

4 - Implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL

No tocante à regulação do exercício profissional no âmbito do MERCOSUL, pode-se considerar a implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL uma das ações mais relevantes da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. Esta tem intenção de habilitar os profissionais do setor saúde no exercício de suas atividades laborais em outros Estados Partes do MERCOSUL, senão aquele em que se formou; e os profissionais que trabalham em municípios ou jurisdições de fronteira.

A implementação desta Matriz também oportuniza a planificação das informações sobre estes profissionais, uma vez constatado que os Estados Partes não dispõem de informações mínimas semelhantes. Estes dados, uma vez reunidos numa base única poderá favorecer a integração entre os Estados Partes e contribuir para o planejamento de políticas de gestão e regulação do exercício profissional dentro de cada país; considerando que, ao implementar a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL os países se comprometerão a trocar informações com os órgãos responsáveis pela base de dados dos profissionais de saúde, permitindo que se tenha maior controle e fiscalização dos profissionais que estão em trânsito e trabalhando no bloco.

Conforme já exposto, foi aprovada pelo GMC por meio da Resolução GMC nº. 27/04, o que implica a obrigatoriedade de incorporação aos ordenamentos jurídicos nacionais dos Estados Partes^{LXIV}. De acordo com o art. 4º da Resolução GMC nº 27/04, existia o prazo de 1º de setembro de 2011, para que a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do

^{LXIV} A Matriz Mínima foi incorporada pelos Estados Partes por meio das respectivas normas: Brasil: Portaria/GM nº. 552/05 – Ministério da Saúde; Argentina: Resolução nº. 604/05 – Ministério da Saúde; Paraguai: Decreto nº. 10.209/06 – Presidência da República e Uruguai: Decreto nº. 282/07 - Presidência da República. A Venezuela ainda não a incorporou.

MERCOSUL entrasse em vigor. No entanto, devido às dificuldades encontradas no interior de cada país, o prazo foi estendido até 1º. de outubro de 2012, por meio da Decisão do SGT N° 11/P.RES. N° 06/10 Rev. 2. Cabe ressaltar que este prazo foi prorrogado, ainda sem data definida, na XXXIX Reunião Ordinária do SGT 11, ocorrida em setembro de 2012.

A mesma contém dados pessoais do profissional, título e instituição formadora, bem como número do registro profissional, formação de pós-graduação, revalidação do diploma e registro de título em outro país do MERCOSUL. Em acréscimo, constarão dados reservados, tais como sanções a que o profissional está submetido. Podemos visualizá-la por meio da Figura II:

**Figura II - Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do
MERCOSUL**

**MATRIZ MÍNIMA DE REGISTRO DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE DO MERCOSUL**

Código | | | | - | | | - | | | | | | | | | |

Nome Sobrenomes
Tipo e Nº do Documento de Identidade.....Data de Nascimento / /
Cidade e País de Nascimento.....
Nacionalidade..... Sexo
Profissão
Título/Diploma/Certificado.....
Instituição formadora.....
Data/...../..... CidadePaís.....
Nº Registro Profissional...../Jurisdição.....
Data de registro / /

Observações.....

Formação de Pós-Graduação

Título/Diploma/Certificado
Instituição formadora
Data/...../..... CidadePaís
Nº do Registro Profissional...../Jurisdição.....
Data de registro / /

Revalidação de Título/Diploma/Certificado.....

Instituição
Data/...../..... País

Registro de Título/Diploma/Certificado em outro País do MERCOSUL

PaísData/...../.....

DADOS RESERVADOS

Domicílio Particular

Rua.....Nº.....
CidadeEstado.....País.....
CEP.....Telefones
E-mail.....

Sanções

Tipo..... Data/...../.....
Motivo
Instituição que impõe a sanção.....

Fonte: MERCOSUL/GMC/RES no. 27/04. Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL, p. 17.

O processo de implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL tem acontecido de maneira diversificada nos Estados Partes. A Argentina, por exemplo, está implementando o *Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino* (SISA), que é um projeto de tecnologia da informação do Ministério da Saúde Nacional e das Províncias daquele país para a gestão dos dados de seus estabelecimentos profissionais, programas ou serviços para a comunidade. Este tem o objetivo de integrar e reduzir a fragmentação das informações já disponíveis no *Registro Federal de Establecimientos de Salud* (REFES); na *Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud* (REFEPS) e no *Conjunto Mínimo Básico de Datos* (CMDDB), com o escopo de construir um Registro Federal do Conjunto Mínimo de Dados Básicos.

Dos cadastros supracitados, o de maior relevância é o REFEPS que articula os diferentes registros que um profissional possa apresentar (ou por ter se registrado em mais de uma província, ou por possuir mais de uma profissão), dados estes, disponibilizados de modo eletrônico por cada Ministério de Saúde Provincial. O esperado é que este sistema de informação forneça um código único para cada profissional no REFEPS, a partir do preenchimento de uma ficha com varias seções, onde detalham sua formação educacional e profissional. Vale ressaltar que em 2008 o REFEPS fez um convênio com as 24 administrações provinciais para a internalização desta Matriz no país, e contabiliza atualmente, 508.579 profissionais registrados com os dados da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL.

De acordo com Aguir Filho^{94:70} “os Ministérios da Saúde do Paraguai e do Uruguai também utilizaram a Matriz Mínima para realizarem o cadastramento e atualizarem a base de dados nacional de seus profissionais de saúde, uma vez que, apesar da obrigatoriedade de registro nos referidos Ministérios para exercerem a profissão, os mesmos não possuíam informações atualizadas sobre os profissionais de saúde existentes”.

O Paraguai está em fase de implementação do *Sistema Integrado de Control de Profesionales, Establecimientos de Salud, Protección Radiológica y Superintendencia de Salud* (SICPESSS), que terá um campo para registrar as solicitações para revalidação de títulos, feitas pelos profissionais que desejarem trabalhar em outro Estado Parte. O SICPESSS/MSPBS é uma base de dados centralizada e alimentada pela *Dirección General de Información Estratégica en Salud* (DIGIES/MSPBS), órgão do *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social* (MSPBS). A unidade constitutiva do Sistema é a “Ficha do Profissional” que é um registro único do profissional em forma digital, contendo dados pessoais, acadêmicos e profissionais, onde estão sendo registrados dados de mais de 60 mil profissionais, técnicos e auxiliares de saúde daquele país. Todos os profissionais podem ter acesso ao SICPESSS, criar e até mesmo atualizar suas fichas digitais, respeitando os aspectos da validação, confidencialidade, integridade e consistência nos registros digitais, porém é a *Dirección de Registros y Control de Profesionales en Salud* que tem acesso a todas as fichas digitais de profissionais existentes. Os Colégios Profissionais do Paraguai, mantendo apenas seu perfil gremial, não têm acesso ao sistema. Já a população tem acesso a alguns campos da ficha digital, como: nome, número de registro, profissão e situação disciplinar.

No Uruguai, por sua vez, o registro de profissionais e títulos realiza-se unicamente de forma eletrônica desde o ano de 2006, o que facilitou a internalização da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL por este país, desde 2007. Em 2011 foi criado o *Sistema de Habilitación y Registros de Profesionales de La Salud* (SHARPS) que concentrou todas as informações. Este sistema visa registrar, habilitar e controlar a formação dos recursos humanos em saúde; melhorar em termos de qualidade e quantidade de informação coletada historicamente e disponibilizar a informação básica para posterior análise estatística. As fichas cadastrais compreendem dados pessoais do profissional, dados pertinentes ao título, formação, sanções e há um campo para registro das solicitações para revalidação de títulos para apresentação no exterior. O próprio *Ministerio de Salud Pública* (MSP) admite algumas limitações neste sistema de informação,

quais sejam: (i) as informações da base de dados corresponde à data em que a pessoa se inscreveu no MSP, não havendo um procedimento de atualização periódica das informações; (ii) não fornece nenhuma recertificação do profissional; há dificuldades em diferenciar pessoas ativas de inativas, identificar as já falecidas e os que residem no exterior^{LXV}.

No que tange à Venezuela, seus representantes estiveram ausentes à XXXIX Reunião Ordinária do SGT 11, ocorrida em setembro de 2012, quando seria a primeira oportunidade de discussão sobre o tema na condição de Estado Parte Pleno no MERCOSUL.

Já no Brasil existe um impasse jurídico entre os conselhos profissionais e o Ministério da Saúde. Isto porque neste país a regulação do exercício profissional está a cargo dos Conselhos Profissionais, que além de autarquias do Governo Federal com plenos poderes para resguardar todas as informações profissionais, as mesmas estão dispersas dentro de cada Conselho Profissional Regional. Por outro lado, está disposto na Resolução GMC nº 27/04 que é o Ministério da Saúde que fará a tramitação dos dados dos profissionais de saúde que queiram se habilitar ao trabalho em outro Estado Parte. No entanto, até o momento, não existe nenhum documento firmado entre estas instituições para que os conselhos profissionais repassem seus dados para o Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar, também, que o país nunca experimentou um banco de dados nacional de todos os profissionais, a não ser aqueles que estão exercendo atividades laborais no setor público^{LXVI}. A nosso ver essas conformam algumas das razões pelas quais os debates se aprofundaram e o país tenha tardado em internalizar a referida Matriz. Neste contexto, surgiu outro desafio: como operacionalizar a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL? No entendimento de que a adequação dos sistemas de informações é uma questão complexa, o Ministério da Saúde apresentou no segundo semestre de 2011 a proposta de utilização da

^{LXV} Existe no Uruguai a *Ley de Protección de Datos Personales y Habeas Data* que dificulta o cruzamento com outras bases de dados.

^{LXVI} Estes profissionais estão cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

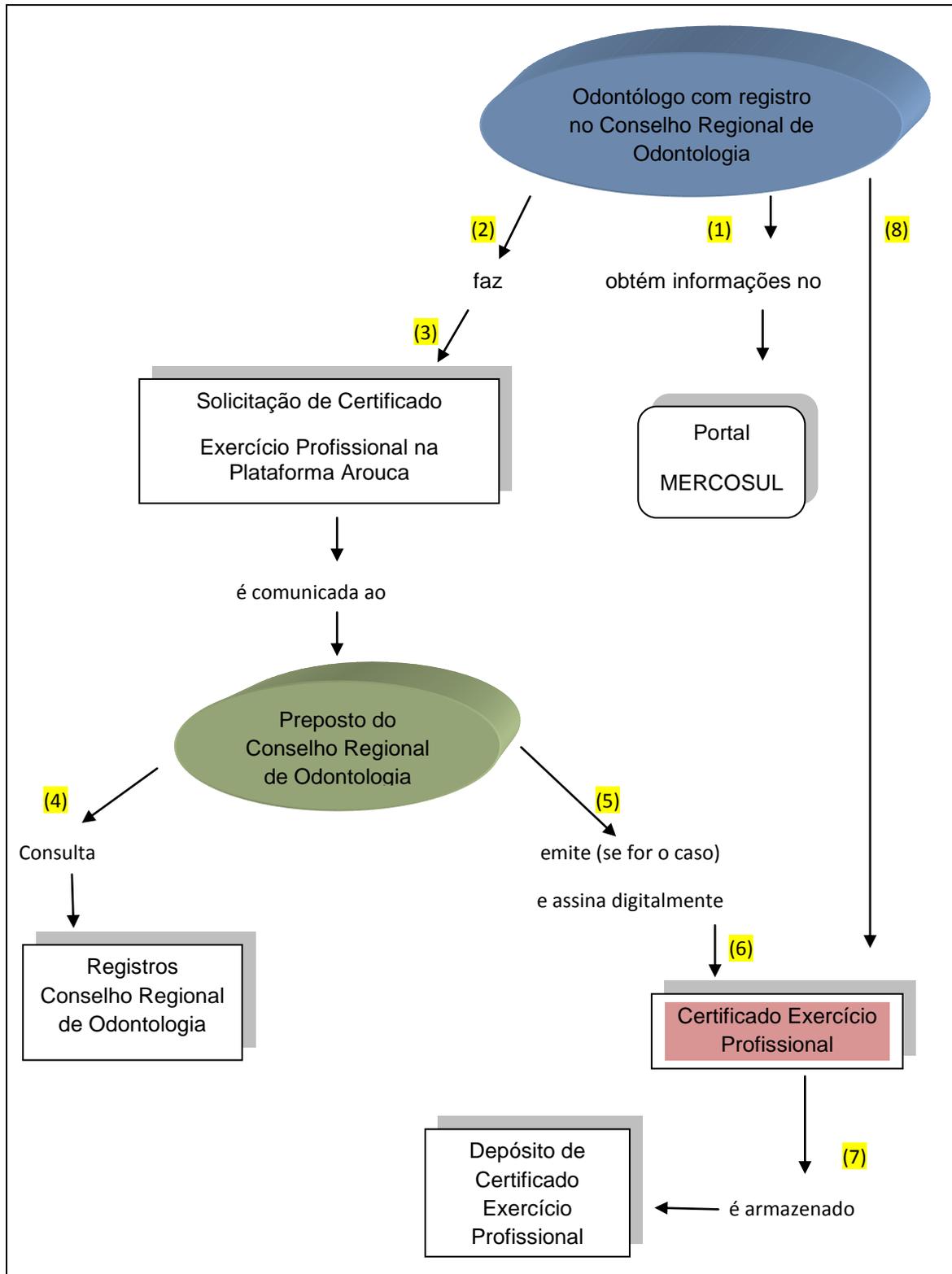
Plataforma Arouca como base para viabilizar a implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL, ainda em discussão e aperfeiçoamento.

A Plataforma Arouca^{LXVII} idealizada inicialmente para ser um banco de dados que reunisse o histórico educacional e profissional de profissionais de saúde atuantes no SUS, tem, na visão do Ministério da Saúde, se evidenciado uma ferramenta eficaz para a implantação desta Matriz, uma vez que visa permitir a troca de informações entre este e os Conselhos Profissionais, desencadeando um impacto mínimo sobre a área de tecnologia da informação dos próprios Conselhos Profissionais. Mostrando-se, deste modo; simples, seguro e confiável, onde a validade das informações se apoiará em certificações digitais de representantes dos Conselhos Profissionais. Destacamos os passos a serem seguidos pelos profissionais de saúde, que já exercem atividade profissional^{LXVIII}, para requererem a certificação dos dados dos profissionais na Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL. Para melhor visualização exibimos o Quadro IV, utilizando como exemplo o profissional de odontologia:

^{LXVII} Esta Plataforma foi concebida a partir da demanda efetivada pela Portaria GM 1.996/2007 - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) - prevendo a criação de um “Sistema Nacional de Informação com atualização permanente, com dados referentes à formação (técnica/ graduação /especialização).

^{LXVIII} No caso de profissionais recém-formados que queiram exercer suas atividades em outro Estado Parte do MERCOSUL, deverão registrar seus respectivos diplomas nas autoridades competentes antes de se deslocarem para o país no qual querem efetivamente trabalhar.

Quadro IV - Emissão de Certificado Assinado via Plataforma Arouca pelo Conselho Regional de Odontologia



Fonte: Proposta de funcionamento da Plataforma Arouca, exposta da 27ª. Reunião Ordinária do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde.

- (1) Profissional: odontólogo com registro em um Conselho Regional de Odontologia que pretende trabalhar em outro Estado Parte deverá obter informações no Portal MERCOSUL;
- (2) Profissional: acede à página da Plataforma e solicita o Certificado de Habilitação de Exercício Profissional Pleno ao Conselho Regional de Odontologia;
- (3) Profissional: pode acompanhar o andamento de sua solicitação;
- (4) Preposto: visualiza as solicitações de emissão de certificados feitas ao seu Conselho Regional e consulta os registros do mesmo;
- (5) Preposto: Aprova/Reprova estas solicitações;
- (6) Preposto: Assina o certificado;
- (7) Emissão de Certificado Assinado via Plataforma Arouca pelo Conselho Regional e armazenado no Depósito de Certificado de Habilitação de Exercício Profissional Pleno;
- (8) Profissional de Saúde: Visualiza o item no próprio histórico.

Ademais, na Figura III apresentamos um exemplo hipotético de um Certificado de Exercício Profissional.

Figura III – Protótipo de Certificado de Exercício Profissional

CERTIFICADO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Certifico que, na data de hoje, 29/06/2012, XXXXXXXX XXXXXX está inscrito no Conselho Regional de Odontologia do Estado do Rio de Janeiro, estando apto ao exercício da profissão no Brasil, e que não há restrições de ordem ético-profissional para sua atuação.

Rio de Janeiro, 29 de junho de 2012

Axxxxx Jxxxx

Conselho Regional de Odontologia do Estado do Rio de Janeiro

Certificado emitido pela Plataforma Arouca. Para validar o certificado acesse a Plataforma e digite o código JXXXX-TXXXX

Fonte: 27^a. Reunião Ordinária do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde.

De posse do certificado, o profissional brasileiro deverá se dirigir ao país que lhe interessa exercer a profissão e solicitar a permissão de trabalho. Este país, por meio de um web service^{LXIX}, que está sendo pactuado, vai conseguir a informação no Brasil a respeito do profissional. Da mesma forma, o profissional estrangeiro ao chegar ao Brasil deverá solicitar ao conselho regional responsável a permissão do trabalho. O conselho terá que consultar as informações desse profissional, utilizando o mesmo web service. Assim, todos os países deverão desenvolver os serviços de perguntas e respostas e suas plataformas estarão disponíveis e interligadas na Plataforma Arouca.

^{LXIX} Termo técnico para definir um padrão de serviços que todos os Estados Partes devem desenvolver, seguindo um modelo para esse intercâmbio de informações. No Brasil, o web service também será disponibilizado aos conselhos profissionais com tecnologia necessária para o trâmite de informações.

No que tange à tramitação das informações, existe ainda um nó crítico, envolvendo o valor jurídico das informações, uma vez que nos dias atuais somente o Brasil tem condições de emitir certificados com valor jurídico pela certificação digital. Os demais países não fornecerão, a princípio, essa informação com validade jurídica.

Por enquanto, apenas as profissões de saúde de grau universitário comuns aos Estados Partes, observadas no Quadro V, foram selecionadas para que se desse início a implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL. Nesse processo de integração a profissão médica está à frente das outras profissões, pois já possui uma lista de especialidades comuns no MERCOSUL (Res. GMC Nº 73/00). Foram definidas como prioritárias as seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família ou Comunitária ou Geral. Aquém da situação da medicina, que há mais de uma década conseguiu dar início à maior organização do exercício profissional, a odontologia ainda não foi abordada de maneira específica em nenhuma das Resoluções no âmbito do Bloco, o que se faz necessário para avançar no processo de integração.

Quadro V – Profissões de grau universitário comum e priorizado nos Estados Partes para exigibilidade do preenchimento da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL

Argentina	Brasil	Paraguai	Uruguai	Venezuela*	Denominação de referência
médico	médico	Médico	doutor em medicina	Médico	médico
farmacêutico	farmacêutico	farmacêutico e equivalentes (**)	químico farmacêutico	Farmacêutico	farmacêutico
bioquímico	farmacêutico-bioquímico	bioquímico	bioquímico	bioanalista	bioquímico
odontólogo	odontólogo	odontólogo	doutor em odontologia	odontólogo	odontólogo
licenciado em enfermagem	enfermeiro	licenciado em enfermagem	licenciado em enfermagem	licenciado em enfermería	enfermeiro de grau universitário
licenciado em nutrição	nutricionista	licenciado em nutrição	licenciado em nutrição	licenciado em Nutrición	nutricionista
psicólogo	psicólogo	licenciado em psicologia	licenciado em psicologia	Psicólogo	psicólogo
kinesiólogo	fisioterapeuta	licenciado em kinesiologia ou kinesiólogo	licenciado em fisioterapia	fisioterapeuta
fonoaudiólogo	fonoaudiólogo	Licenciado em fonoaudiología	licenciado em fonoaudiologia ou fonouólogo	fonoaudiólogo

Fonte: XXXVIII Reunião do SGT N° 11 – Buenos Aires, 17/IV/12.

Notas: (*) Os dados da Venezuela foram aprovados na reunião do SGT 11 em outubro de 2006, como as outras profissões foram reconhecidas no âmbito do Bloco recentemente, ainda não há dados disponíveis deste país. (**) doutor em farmácia, químico-farmacêutico.

Vale ressaltar que o preenchimento da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL não é condição suficiente para realizar atividades laborais em outro Estado Parte, que não o país em que o profissional se formou. Há que se respeitar as exigências legais do respectivo país ao qual o profissional deseje emigrar. No Brasil, é necessário que o

profissional revalide o diploma^{LXX} obtido em instituição estrangeira, e registre-se, obrigatoriamente, no respectivo Conselho Profissional.

5 - Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde

Com intuito de um aprofundamento na discussão da liberalização dos serviços de saúde e ampliação no processo de negociação de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde, foi criado o Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde em 13/04/2004, e institucionalizado em 02/05/2006, pela Portaria no. 929/GM, estando vinculado ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde - DEGERTS/ Ministério da Saúde. Trata-se de uma instância aberta e de caráter consultivo que reúne trabalhadores e gestores no âmbito da saúde, com as mais diversas perspectivas e interesses, o que conforma um espaço de diálogo e cooperação sobre as principais questões relacionadas com o exercício profissional na área da saúde, no âmbito do MERCOSUL². As questões debatidas no Fórum e suas recomendações subsidiam a coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional nas reuniões ordinárias do SGT 11. Vale evidenciar que o Brasil é o único Estado Parte a oportunizar este diálogo social com as entidades representativas dos profissionais de saúde; sejam as entidades sindicais, sejam as associações e os conselhos profissionais.

São principais objetivos do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde:

(i) debater os itens da pauta de trabalho da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, conformando uma postura comum do Brasil;

^{LXX} Três Projetos de Lei que tratam sobre revalidação de diplomas estão em andamento. São eles: Projeto de Lei 3052/11- pretende permitir que universidades privadas possam revalidar diplomas de graduação obtidos no exterior; Projeto de Lei 399/2011 - propõe o reconhecimento automático de diplomas oriundos de instituições de ensino superior estrangeiras de reconhecida excelência acadêmica; e o Projeto de Lei 15/2012 - pretende simplificar o reconhecimento de diplomas de cursos de graduação em medicina expedidos por instituições de ensino superior estrangeiras.

(ii) apresentar proposições que auxiliem na formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde, objetivando maior e melhor assistência à saúde da população, principalmente nas regiões fronteiriças do MERCOSUL;

(iii) sugerir temas que possam compor a agenda de trabalho da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional².

Ao todo, são convidados a compor este Fórum: o Ministério da Saúde, representado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Secretaria de Vigilância a Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, SGT 11, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz e Fundação Nacional de Saúde; o Ministério da Educação; o Ministério do Trabalho e Emprego; a Organização Panamericana da Saúde; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde; o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; e ainda, integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área de Saúde (Conselhos Federais de Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Técnicos de Radiologia); as entidades científicas, sindicais e de estudantes de procedência nacional da área de saúde².

A despeito do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde ter sido formulado e até desenvolvido suas reuniões durante um período com as representações supracitadas, nas últimas reuniões nota-se a presença efetiva, além de sua coordenação, representada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde; apenas representantes da maioria dos Conselhos Profissionais de Saúde, entidades sindicais e estudantes de procedência nacional da área de saúde. Isto anuncia que o referido Fórum possa já não ser relevante nas agendas das instituições frequentemente ausentes. Paradoxalmente, as discussões ocorridas nas reuniões^{LXXI} vêm despertando interesse entre os representantes dos conselhos

^{LXXI} As reuniões ocorrem bimestralmente com um calendário proposto pela coordenação.

profissionais e entidades sindicais, à medida que os prazos para o livre trânsito de profissionais se avizinham. É de interesse de todos, a construção coletiva de sugestões ao SGT 11 para possíveis harmonizações, a fim de que este trânsito não cause efeitos deletérios ao mercado de trabalho das profissões em saúde.

O Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde foi primeiramente estruturado da seguinte maneira: Coordenação Geral a cargo da Diretora do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde, Secretaria Executiva, Grupo de Relatoria, Grupo de assessoria Técnica Permanente Especializada e três Grupos de Trabalho (GT): GT Formação Profissional – com o escopo de debater os critérios para compatibilizar a formação profissional dos trabalhadores de saúde nos Estados Partes; GT Regulação do Trabalho – voltado para o processo de regulação e de regulamentação do exercício profissional e GT Organização Política do Setor Saúde – direcionado para a consideração o papel das corporações e outras instâncias representativas das entidades profissionais no sistema de saúde das profissões de saúde no MERCOSUL. Cada grupo de trabalho era formado por representantes das entidades que compõem o Fórum, por um coordenador e um relator. As propostas elaboradas pelos GTs precisariam ser encaminhadas à Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, para serem apresentadas nas reuniões ordinárias do SGT 11. Se acordadas por meio de consenso pelos Estados Partes, deveriam ser incorporadas e implementadas por estes.

O processo de divisão em grupos de trabalho, realizada em gestão anterior, não está nítida aos participantes do Fórum nesta nova gestão. Mesmo uma iniciativa incipiente da coordenação para formação de grupos de trabalho a fim de compor um quadro comparativo das competências de cada profissão superior reconhecida no âmbito do Bloco, não aconteceu na perspectiva executada anteriormente pelo Fórum. Acreditamos que este Fórum teria melhor aproveitamento se retomasse os trabalhos em grupos de atuação na lógica praticada anteriormente.

Vale ressaltar que “estão entre as principais realizações do Fórum, no âmbito do Brasil, o levantamento de dados sobre: instituições formadoras das quatorze profissões de saúde regulamentadas em Lei; especialidades médicas e as áreas de atuação; especialidades por profissão no Brasil e representações regionais das entidades profissionais. No âmbito do MERCOSUL, os dados coletados tratam dos códigos de ética das profissões de saúde; das especialidades médicas comuns no MERCOSUL (forma de titulação, tempo de formação, título obtido etc.), das profissões de saúde e das especialidades das profissões comuns no MERCOSUL; do conteúdo programático das 29 especialidades médicas compatibilizadas^{LXXII}; da modalidade de regulação do exercício e da formação profissional (graduação e pós-graduação); das organizações oficiais e não oficiais das profissões de saúde, etc.”^{95:299}. Outra contribuição relevante foi a organização do Manual para orientação do preenchimento da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL.

Durante o ano de 2010 e primeiro semestre de 2011, em função da troca de gestores, o Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde não se reuniu. O retorno das atividades aconteceu no segundo semestre de 2011 com o objetivo primordial de viabilizar a implantação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL. Para tanto foi apresentada e bem recebida pelos integrantes do Fórum, a Plataforma Arouca, já descrita. A despeito da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL se traduzir num grande avanço para a integração, a morosidade com que esta implementação está acontecendo no Brasil e o não aprofundamento em outras questões primordiais, como uma possível harmonização na formação, ou mesmo, a validade temporal da Matriz preenchida pelo profissional, se somam aspectos negativos para este Fórum.

Já apontada por autores como Machado & Aguiar Filho⁹⁵ a educação é um nó crítico no âmbito do Bloco por suas diferenças substanciais entre os sistemas de formação profissional nos Estados Partes. Neste sentido, é

^{LXXII} Acordo estabelecido na XXXVIII reunião ordinária do SGT 1, em março de 2012, já reconhece 38 especialidades médicas comuns.

necessário que as discussões sobre formação não fiquem só a cargo do Setor Educacional do MERCOSUL, mas que também sejam contempladas nas reuniões do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde. No entanto, as atenções da coordenação deste Fórum estão todas voltadas para a habilitação do exercício profissional. Entendemos, assim como os representantes dos conselhos profissionais e sindicatos que a devida atenção à questão da formação deve ser dada simultaneamente a estas discussões.

Preocupamo-nos com o nível de profissional que é formado nos demais Estados Partes e que em pouco tempo poderá concorrer a um espaço no mercado de trabalho com profissionais formados neste país. Este Fórum ainda tem muito a contribuir com o processo de integração dos serviços de saúde, mas poderá ter mais êxito se tomar as experiências positivas da União Européia como exemplo. Naquele Bloco, a harmonização da formação das profissões setoriais, respeitando a autonomia das universidades, foi imprescindível para o consenso na liberalização dos serviços essenciais em saúde. Não obstante, eles enfrentarem o entrave da língua, que o MERCOSUL tem isso a seu favor - apresenta apenas duas línguas oficiais (português e espanhol). Interessante é que o MERCOSUL, por apresentar poucos Estados Partes, poderá ter maior facilidade na harmonização dos currículos. Da mesma maneira que seria oportuno avançar esta harmonização para todas as profissões de saúde reconhecidas no Bloco. A harmonização da formação, homogeniza os profissionais; de certa forma, mantém a qualidade da assistência à saúde e facilita também a aceitação de profissionais em trânsito, pela população.

No tocante à liberalização dos serviços de odontologia, no Brasil, ainda pouco se discutiu sobre o assunto. Os debates, quando acontecem, se limitam à cúpula dos conselhos e sindicatos. De modo geral, toda a categoria está à parte dessa integração de serviços. Ademais, odontologia não constituiu um espaço de discussão exclusivo da categoria no âmbito do MERCOSUL como detém a enfermagem e a nutrição, por exemplo. No Brasil, a histórica desunião da categoria prevalece e até o momento apenas dois encontros sobre o exercício da odontologia no MERCOSUL foram realizados. O primeiro no ano

de 2010, no Paraná (Foz do Iguaçu), fomentado pelo CFO e CROs de fronteira. Apresentando o perfil de fórum, teve um caráter amplo e visou discutir e esclarecer dúvidas em relação ao trânsito de profissionais entre os Estados Partes. Apesar da promessa de novos encontros, outro seminário ocorreu no ano seguinte, dando ênfase às questões fronteiriças do exercício profissional dos odontólogos. No entanto, o referido seminário foi alvo de crítica, uma vez que não contemplou as próprias associações, entidades sindicais e/ou estudiosos da área, se traduzindo num debate com pouca ou nenhuma repercussão no âmbito da categoria.

6 - Contextualizando a profissão de odontologia nos demais Estados Partes

- Argentina

O início da educação odontológica em universidades neste país ocorreu no século XIX, ainda considerada entre os chamados “ramos menores” da medicina. Somente a partir da década de 1930 que a profissão consolidou-se como liberal e alcançou regulamentação junto à medicina e outros “ramos da medicina”^{LXXIII} em 1967, por meio da Lei no. 17132⁹⁶.

Nos dias atuais, esforços têm sido enveredados para que haja uma planificação da formação dos odontólogos por ações desenvolvidas no âmbito privado pela *Asociación de Facultades de La Republica Argentina* (AFORA). Esta associação agrupa as faculdades de odontologia do país e trabalha no sentido de unificar a carga horária dos cursos, aumentando a semelhança entre os currículos, de maneira que se preserve a autonomia das universidades. Ainda, sob a tutela do Ministério da Educação da Argentina, existe a *Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria*^{LXXIV} (CoNEAU), que

LXXIII Para os fins desta lei, são consideradas atividades de colaboração da medicina e da odontologia: obstétricas, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, técnicos ópticos, técnicos em prótese, dietistas, auxiliares de radiologia, auxiliares de psiquiatria, auxiliares de laboratório, auxiliares de anestesia, fonoaudiólogos, ortópticos, visitadoras de higiene, técnicos de próteses e órteses, além de técnicos de calçado ortopédico. Os decretos 74/1974, 1423/1980 e 760/1982 incorporam a esta lista, respectivamente, os agentes de propaganda médica, técnicos industriais em alimentos, e citotécnicos.

^{LXXIV} Este órgão foi instituído por meio da Lei no. 24.521 – Lei da Educação Superior, na Argentina. Ver mais detalhes em: www.coneau.gov.ar

responde pela avaliação e acreditação de cursos ligados à saúde, segurança, direitos, bens ou formação dos habitantes de todas as universidades, públicas e privadas. Assim, a acreditação fornecida pela CoNEAU, que também vem estabelecendo padrões, tais como o conteúdo mínimo e a carga horária de cada curso, tem sido considerada um selo de qualidade institucional no país.

No tocante à regulação do exercício profissional, a Argentina difere do Brasil, a medida que é formada por províncias, que constituem governos autônomos. Desta maneira, o Ministério da Saúde delega a muitas das províncias, o controle e o registro profissional aos Colégios de Odontólogos (Colégios Provinciais), que são entidades criadas por lei, também responsáveis pela ética profissional^{LXXV}. Nas províncias onde o controle do exercício profissional não é delegado aos Colégios, o registro profissional é realizado pela *Dirección Nacional de Control del Ejercicio Profesional y de las Especialidades Médicas*, órgão do Ministério da Saúde. Os Colégios Provinciais estão unidos, por sua vez, na *Federacion Argentina de Colegios de Odontologos (FACO)*.

O registro profissional, chamada “matrícula profissional”, mediante apresentação de diploma de conclusão de curso, é o suficiente para exercer a profissão definitivamente, porém está em discussão a possibilidade de recertificação do título, uma vez que já ocorre em algumas especialidades médicas.

Quanto ao mercado de trabalho de odontologia, Abramzón⁹⁷ afirma que, no início da década de 1990, a despeito da predominância da ocupação de odontólogos na prática privada, já era substancial o número de odontólogos em atividades empresariais e outros na condição de assalariados. Em um estudo mais recente, Abramzón⁹⁸ deflagra que no período de 1998-2004 a odontologia foi a única, dentre as 11 entidades formadoras de profissionais de saúde^{LXXVI}, que não aumentou seu quadro de instituições desse gênero, mantendo 11 instituições formadoras no período (07 públicas e 04 privadas). Ainda nesse

^{LXXV} Os Colégios Provinciais em sua maioria, prevêm em seus estatutos um tribunal de ética, ou seja, cada colégio detém um código de ética próprio.

^{LXXVI} As profissões estudadas foram: Bioquímica, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Kinesiologia e Fisiatria, Medicina, Nutrição, Obstetrícia, Odontologia, Psicologia e Veterinária.

estudo, evidenciando uma queda no prestígio da profissão, esta foi a única que no período entre 1998 e 2003, registrou uma diminuição no número de novos inscritos nas universidades. Assim, em 1998 haviam 4.813 novos inscritos, já em 2003 o número de novos inscritos retraiu para 3.431, ou seja, um decréscimo de 28%. No entanto, não houve reflexo no número de egressos, que cresceu 31% no período de 1998-2002. Em 2009, já se somavam 16 instituições formadoras de odontologia na Argentina^{LXXVII}, sendo 08 públicas e 08 privadas. Percebe-se por meio desses dados uma tendência de maior investimento do setor privado na formação profissional, em detrimento do setor público.

Investimentos em novas instituições formadoras se contrapõe à realidade o mercado de trabalho dos odontólogos e ao modelo de atenção à saúde argentino, como relata Abramzón⁹⁸. A autora supõe que a odontologia esteja perdendo seu caráter autônomo, e que esteja havendo um forte impacto sobre o retorno financeiro e sobre as condições da própria prática profissional. Soma-se a isto, a maneira incipiente como se inserem os odontólogos no setor público, quando se compara ao Brasil. Ademais, existe por parte dos odontólogos argentinos uma preocupação com a formação demasiada de novos profissionais e a inserção destes no mercado de trabalho, sob o risco de haver uma pletora profissional naquele país, e ainda assim não corresponder a uma melhora nos níveis de saúde bucal da população.

Com relação à livre circulação entre os Estados Partes, de um modo geral, parece ser vontade dos odontólogos daquele país que a graduação tivesse um currículo harmonizado para que se realizasse uma circulação de profissionais sem prejuízo da qualidade do desempenho profissional, com padrões claros e obrigatórios.

Não há estrutura sindical específica para a profissão de odontologia na Argentina, porém, no que diz respeito às associações da categoria, destacam-se duas: a *Asociación Odontológica Argentina* (AOA) e a *Confederación Odontológica De La República Argentina* (CORA). A *Asociación Odontológica*

^{LXXVII} Argentina - Anuário de estadísticas universitárias 2009. Disponível em: <http://www.me.gov.ar/spu/>
Acessado em: 25/04/11.

Argentina - AOA criada em 1896, desenvolve papel técnico-científico, disponibilizando também curso de graduação^{LXXVIII} e pós-graduação⁹⁹. A CORA, por sua vez, é uma organização que ultrapassa os 80 anos e representa a odontologia, nacional e internacionalmente. É integrada por mais de 150 entidades odontológicas (círculos, associações e federações)^{LXXIX}. Nesse sentido, qualquer profissional que seja sócio de uma dessas entidades automaticamente pertence à CORA. Esta confederação representa a profissão frente a entidades governamentais (*Ministerio de Salud y Acción Social, Superintendencia de Servicios de Salud, Departamento Nacional de Odontología, etc.*), Obras Sociais e entidades representativas de outras profissões (*Confederación General de Profesionales, Confederación Médica de la República Argentina, etc.*)¹⁰⁰.

-Uruguai

No Uruguai, a odontologia não tem lei de exercício profissional específica, sendo o *Ministerio de Salud Pública* a instituição com poder para regulamentar, registrar e controlar os profissionais de saúde, cumprindo a Lei Orgânica da Saúde Pública, no. 9.202 de 1934. Em seu artigo 13º. está disposto que “ninguém poderá exercer a profissão de médico-cirurgião, farmacêutico, odontólogo e obstétrico, sem inscrever previamente o título que o habilite a isso, nos escritórios do *Ministério de Salud Pública*”¹⁰¹. Após este procedimento lhe é outorgado uma carteira profissional com validade em todo território nacional. A referida Lei também previu uma *Comisión Honorária de Salud Pública* responsável pelo controle dos aspectos éticos do exercício profissional neste país.

No que diz respeito às instituições formadoras, o Uruguai detém duas faculdades de odontologia: uma pertence à *Universidad de la República* (pública), com carga horária de 5.090 horas e duração de 5,5 anos; e outra

^{LXXVIII} Por meio de um convênio com a *Universidad del Salvador*.

^{LXXIX} São exemplos de algumas entidades odontológicas ligadas à CORA: *Sociedad Argentina de Ortodoncia, Círculo Odontológico Córdoba, Fundación De La Asociación Odontológica Argentina, Sociedad Odontológica La Plata, Sociedad Argentina de Odontología Legal, Sociedad Argentina de Investigación Dental e Círculo Argentino de Odontología*.

pertencente à *Universidad Católica* (de caráter privado), com carga horária de 5.140 horas e duração de 5 anos. Não obstante, o país detém poucas instituições formadoras, apresentava até pouco tempo debilidades com relação ao registro de profissionais na área da saúde, que foi superado com o Primeiro Censo Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizado no ano de 2010 pelo *Ministerio de Salud Pública*. Neste censo contabilizou-se 2.476 profissionais, cuja faixa etária predominante é de 38 anos ou mais (72,2%), revelando a idade de 45 anos com maior frequência. A distribuição de odontólogos não fugiu à regra, estão predominantemente nos maiores centros urbanos: 61,1% (1.078 odontólogos) estão em Montevideo, 7,1% (125 odontólogos) em Canelones, seguido de frequências muito baixas, variando de 1,0% a 3,7%, nos demais Departamentos¹⁰¹.

De forma similar, as informações quanto ao mercado de trabalho praticamente inexistiam, uma vez que as atividades odontológicas eram geralmente excluídas das prestações de serviços do *Ministerio de Salud Pública*. Nos dias atuais, ainda sem publicações quanto aos postos de trabalho para odontólogos, a política nacional de saúde bucal segue incipiente, dando ênfase às gestantes e menores entre zero e 36 meses. Deste modo, prevalece o exercício profissional dos odontólogos de forma liberal, embora já se identifique a aparição de empresas privadas de atenção odontológica. Vale ressaltar que os odontólogos não se sentem incomodados com o número e distribuição dos profissionais que já estão no mercado de trabalho. No entanto, é motivo de apreensão a formação de profissionais excedentes e a precariedade no acesso aos serviços de Saúde bucal de grande parte da população.

A *Asociación Odontológica Uruguaya* (AOU) é uma associação que reúne dentistas de todo Uruguai. É de afiliação voluntária e representa a profissão perante diversos organismos públicos e privados como o *Ministerio de Salud Pública*, faculdades de odontologia e Caixa de Previdência e Pensões de Professores Universitários. Ademais, possui um código de ética para uso interno¹⁰². Vale ressaltar que neste país não há sindicato específico para a odontologia.

No que diz respeito à livre circulação destes profissionais pelos Estados Partes do MERCOSUL, a categoria uruguaia preconiza a necessidade de construção de um currículo comum, com cursos que obtenham a acreditação do âmbito do Bloco. E no tocante à regulação do exercício profissional almejam Colégios Profissionais atuantes. No entanto, acreditam que o livre trânsito não acarretará grande impacto no mercado de trabalho odontológico nos Estados Partes do MERCOSUL, e por isso não têm desenvolvido ações com relação a essa perspectiva.

- Paraguai

No Paraguai, a formação de odontólogos está primordialmente a cargo do setor privado. Atualmente, existem 14 instituições formadoras, sendo apenas duas sob dependência administrativa pública. O curso tem duração de cinco anos e, ao término, o egresso precisa dar entrada à habilitação do exercício profissional na *Universidad Nacional de Asunción* (UNA), responsável por tramitar tais documentos e registrar o profissional no *Ministério de Salud Publica y Bienestar Social* (MSPyBS), sendo este registro válido para todo o território nacional. A UNA é a principal instituição formadora e também responsável por revalidar os diplomas estrangeiros.

O MSPyBS é o órgão responsável pela regulação de todas as profissões de saúde, assim como por todos os serviços de saúde estabelecidos no país e tem como principal função garantir a saúde pública dos seus habitantes. Para executar essas funções, esse Ministério é regido por um marco regulatório, a Lei no. 836/80 do código sanitário paraguaio. Neste, a profissão de odontologia se enquadra nas profissões de ciências da saúde, pois não existe regulamentação destinada somente a ela¹⁰³.

Avaliações com vistas a melhorar o desempenho do setor saúde, tem sido realizadas dentro do MSPyBS. Entretanto, estudo realizado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)¹⁰⁴ deflagra que ainda no início da década de 2000 a função de regulação e fiscalização em saúde pública

atingiu o mais baixo desempenho dentre as “Funções Essenciais de Saúde Pública” daquele Ministério. A referida função abrange um conjunto de indicadores de desempenho muito desigual, com os piores desempenhos para as funções que medem basicamente a capacidade de cumprir os regulamentos.

No tocante ao mercado de trabalho, grande parte dos profissionais ainda trabalha de forma liberal, há pouca inserção no setor público. Ademais, a introdução de planos de saúde bucal neste país mostra-se incipiente. O *Círculo de Odontólogos del Paraguay* é a associação profissional que se destaca, cuja missão se aproxima das outras associações técnico-científicas¹⁰⁵. No entanto, não existe sindicato específico para a profissão de odontologia neste país.

- Venezuela

Ainda no final do século XIX e início do século XX, houveram tentativas de fundação de escolas de Odontologia, sem sucesso. Apenas no ano de 1922 inaugurou-se a *Escuela de Dentistería da Universidad Central*^{LXXX}, que deu origem à Faculdade de Odontologia da *Universidad Central de Venezuela*, atualmente a principal instituição formadora do país. Essa conquista também resultou de esforços de caráter gremial da *Unión Dental Venezolana* - primeira associação odontológica do país, que nos dias atuais conta com 15 associações profissionais¹⁰⁶. Duas décadas mais tarde a odontologia alcançou regulamentação própria, a Lei do Exercício da Odontologia, do dia 15/07/1943.

É o Colégio de Odontólogos da Venezuela (COV), uma associação profissional, que primordialmente tem a missão de regular o exercício profissional de odontólogos no país. É ainda, um órgão consultivo, técnico-científico, gremial e que representa a categoria ante as autoridades governamentais, empresas nacionais e estrangeiras. Este tem caráter nacional e todas as outras associações técnico-científicas estão adscritas a ele. A

^{LXXX} Ainda ligada à Faculdade de Medicina. O curso só alcançou autonomia em 1940 com a aprovação no Congresso da nova Lei de Educação.

regulação do exercício profissional na Venezuela é, portanto, a que mais se aproxima da praticada no Brasil, pois são os Colégios Profissionais Regionais ou delegações, sob observância do COV, que efetivamente regulam o exercício profissional e que fornecem informações ao Ministério da Saúde sobre quais profissionais estão habilitados a exercer a profissão, pois este também supervisiona a profissão. Para poder estabelecer um Colégio Regional é necessário o registro de no mínimo 30 profissionais. Em caso de jurisdições em que este número de profissionais inscritos for inferior a 30, mas superior a 05, podem-se estabelecer Delegações que sirvam de auxiliares dos respectivos Colégios Regionais. Existe ainda um código de ética único a ser observado pelos profissionais e, também, sob a égide dos Colégios Regionais¹⁰⁶.

Atualmente a Venezuela detém 08 faculdades de odontologia, sendo 03 privadas e 05 públicas, dispersas em 06 Estados dos 24 que compõem o território nacional. Todas as universidades são autônomas em sua política e programas, conformando, assim, os seus próprios currículos. Entretanto, todos os cursos têm duração de 05 anos. Para que os egressos do curso de odontologia se habilitem a exercer a profissão é necessário que registrem seu diploma no *Ministério Del Poder Popular para La Salud* (MPPS) e no Colégio de Odontólogos da Venezuela (COV).

O mercado de trabalho está coberto em grande parte pelo setor público, distribuídos amplamente por instituições estatais diferentes (Ministério da Saúde, Instituto da Previdência Social, Instituto do Ministério da Educação, municípios, etc). Por outro lado, o setor privado também abrange uma porção significativa. Não existem sindicatos específicos para odontologia, apenas sindicatos do setor da saúde que agrupam trabalhadores e profissionais da área.

Com a intenção de facilitar a visualização das convergências e diversidades na regulação da profissão de odontologia no âmbito do MERCOSUL, construiu-se o Quadro VI.

**Quadro VI – Quadro Resumo da Regulação da Profissão de Odontologia
no MERCOSUL**

Informações/ Estados Partes	Brasil	Argentina	Paraguai	Uruguai	Venezuela
FORMAÇÃO					
Número de Centros Formadores	(55) públicos (148) privados (203) total	(8) públicos (8) privados (16) total	(2) públicos (12) privados (14) total	(1) público (1) privado (2) total	(5) públicos (3) privados (8) total
Duração mínima do curso	4 anos	5 anos	5 anos	5 anos	5 anos
Carga horária mínima do curso	4.000	4.200	6.016	5.090
EXERCÍCIO PROFISSIONAL					
Proporção de profissionais Por 10.000 habitantes	9,5	9,3	3,8	12,4	5,7
Existência de legislação que regulamenta a profissão	Sim, Lei no. 5.081 de 1966	Sim Lei 17132	Sim, Lei no. 836 de 1980	Sim, Lei no. 9.202 de 1934	Sim, Lei do Exercício da Odontologia
Titulação outorgada ao concluinte	Cirurgião-dentista	Odontólogo	Odontólogo	Doutor em Odontologia	Odontólogo
Órgão fiscalizador da profissão	Conselho Federal e Odontologia e Conselhos Regionais de Odontologia	Ministérios da Saúde e Colégios Profissionais	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Colégio Federal e Odontologia e Colégios Regionais de Odontologia
Mecanismo de habilitação da profissão	Inscrição nos Conselhos Regionais	Inscrição nos Ministérios da Saúde ou nos Colégios Profissionais	Inscrição no Ministério da Saúde, via <i>Universidad Nacional de Asunción</i>	Inscrição no Ministério da Saúde	Inscrição no Ministério da Saúde e nos Colégios Regionais
Possui associações	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Possui Sindicato	Sim	Não	Não	Não	Não

Fonte: Abramzón⁹⁸, Brasil², COV¹⁰⁷, Paraguai¹⁰³, Uruguai¹⁰¹.

Percebemos por meio do Quadro VI que enquanto existe um equilíbrio no que tange as dependências administrativas na Argentina, Uruguai e Venezuela; no Brasil e Paraguai, o setor privado desponta como o principal formador da profissão. Não obstante haver uma substantiva disparidade no número de instituições formadoras no Brasil, quando comparado aos outros Estados Partes, o mercado de trabalho brasileiro, de uma forma geral, tem absorvido este contingente de profissionais. Em parte, devido ao aumento de postos de trabalho, como consequência da Política Nacional de Saúde Bucal neste país, conforme visto em capítulo anterior.

A duração mínima do curso no Brasil (4.000 horas) é menor do que nos outros países, que apesar de apresentarem a mesma duração (5 anos), tem cargas horárias diversas, variando de 4.200 na Argentina a 6.016 horas no Paraguai.

No que diz respeito à proporção de odontólogos por 10.000 habitantes, quando analisamos apenas o Brasil (9,5), a Argentina (9,3) e o Uruguai (12,4), essa distribuição mostra-se homogênea. Entretanto, há uma discrepância acentuada entre as proporções apresentadas por esses países e os apresentados por Venezuela (5,7) e Paraguai (3,8). Vale ressaltar que neste país tal ocorrência possa ser possível por conta de uma sub-notificação no número de odontólogos, se considerarmos os resultados de auto-avaliações do próprio MSPyBS.

Somente Brasil e Venezuela detêm lei específica para o exercício profissional de odontologia, embora a profissão esteja regulamentada em todos os países. A titulação outorgada dos profissionais difere pouco entre os países. Entretanto, foi consensuada no âmbito do MERCOSUL que o profissional de odontologia tenha como denominação “odontólogo”. Em todos os países existe a obrigação de inscrição no órgão regulador da profissão para a habilitação ao exercício profissional. A regulação do exercício profissional é realizada de maneira centralizada no Paraguai e Uruguai, pelos respectivos ministérios da saúde. No Brasil a regulação está a cargo do Conselho Federal de Odontologia e suas regionais. Os profissionais venezuelanos têm o exercício profissional

regulado pelos Colégios Profissionais Regionais, sob supervisão do Ministério da Saúde. Já, na Argentina, em grande parte das províncias a regulação é conferida pelo ministério da saúde aos colégios profissionais e nas províncias em que não existe colégio profissional representativo, a regulação é realizada pelo próprio ministério da saúde.

Todos os países possuem associações profissionais de caráter gremial e técnico-científico, que a nosso ver é fundamental para a atualização e/ou aprofundamento dos saberes específicos da profissão. Entretanto, o Brasil é o único que detém sindicatos específicos da categoria dentre esses países. Isto denota o quão organizada está a odontologia neste país, uma vez que o sindicato atua no sentido de valorização da profissão, tendo a função de representar legalmente a categoria profissional perante outras instâncias da sociedade e defendê-la, nos seus interesses trabalhistas, políticos e sociais.

Lopes Junior¹⁰⁸ ao realizar estudo comparativo entre vários códigos de ética de países ibero-americanos, inclusive Brasil, Argentina e Uruguai, ressalta a inexatidão e generalidade textual causada por expressões como: “moral”, “obrigação moral”, “consciência moral” entre outros. Fato que corrobora para a conformação de normas inexecutáveis dada a superficialidade das expressões. O código de ética brasileiro se sobrepõe aos outros pela quantidade de temas apreciados, a maneira como estes são abordados e a própria construção do texto. Mesmo pelo fato do Brasil ter aprovado recentemente um novo código de ética, que entrará em vigor neste ano de 2013, é lícito esclarecer que o novo código, de um modo geral, apenas acrescenta novas infrações éticas e novos valores de multas pecuniárias, o que permite considerar o estudo do autor supracitado como atual.

As sanções éticas praticadas nos Estados Partes estão dispostas no Quadro VII, e se pode observar certa semelhança nas aplicações estabelecidas. Brasil e Venezuela com a profissão mais organizada, oferecem um leque maior de sanções aos infratores, com vistas a proteger a profissão de maus profissionais, e manter o bom conceito da categoria perante a sociedade. Na Argentina, cada Colégio Profissional detém o seu código de ética, bem

como o Ministério da saúde possui o seu, no caso das províncias reguladas por este órgão. Quanto ao Paraguai, a ausência de informações traz à baila o receio da histórica insuficiente regulação no país. Já no Uruguai, o código de ética está em vias de aprovação pelo Ministério da saúde.

Quadro VII – Sanções Preliminares nos Estados Partes

País	Código de Ética	Sanção	Instituição Responsável
Argentina	Próprio de cada Província	Advertência verbal; intimação; multa; suspensão Temporária; suspensão Definitiva.	Ministério da Saúde ou Colégio Provincial
Brasil	Único em todo território nacional	Advertência confidencial, em aviso reservado; Censura confidencial, em aviso reservado; Censura pública, em publicação oficial; Suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias; Cassação do exercício profissional. Além das penas disciplinares previstas, também poderá ser aplicada pena pecuniária a ser fixada pelo CRO. Em caso de reincidência, a pena de multa será aplicada em dobro.	Conselhos Regionais de Odontologia
Paraguai	Único em todo território nacional	Sem informações	Ministério da Saúde
Uruguai	Em etapa de aprovação	Advertência; Observação; Multa; Suspensão.	Comissão Honorária de Saúde Pública
Venezuela	Único em todo território nacional	Advertência confidencial; Advertência pública perante o Colégio profissional; Multa; Detenção por conversão de multa; Suspensão do exercício profissional.	Colégios Regionais de Odontologia

Fonte: MERCOSUL / SGT Nº 11 – Comissão de Prestação de Serviços de Saúde/Subcomissão de Exercício Profissional/ ATA Nº 2/04

Exposto o processo de integração regional nos países do Cone Sul, suas disparidades sócio-econômicas e desigualdades no processo regulatório da profissão de odontologia, descrita a atuação do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde que vem debatendo os assuntos mais relevantes voltados ao exercício profissional na área da saúde e analisado o modo pelo qual os Estados Partes estão implementando a Matriz Mínima de Registro de Profissionais da Saúde; se faz necessário conhecer o caminho metodológico realizado neste estudo, bem como a percepção das lideranças desta categoria profissional no Brasil, no tocante à integração de serviços de odontologia no âmbito do MERCOSUL.

CAPÍTULO VI

ASPECTOS METODOLÓGICOS

1- Descrição da Metodologia Utilizada

Trata-se de um estudo qualitativo. Minayo^{109:57} relata que “a pesquisa qualitativa permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.” Além disso, segundo a autora, a abordagem qualitativa mostra-se importante para compreender as percepções, opiniões e interpretações de um determinado grupo com relação a temas específicos. Tal enfoque, de acordo com Lobiondo-Wood & Haber¹¹⁰, explora todas as dimensões da singularidade humana que pode ajudar a um pesquisador entender o sentido da experiência para o participante. O pesquisador começa coletando pequenas quantidades de informações e reunindo-as, conformando um mosaico sobre o tema estudado. Desta forma, foi de interesse particular, no nosso estudo, nos aprofundar no conhecimento do processo de regulação do exercício profissional dos odontólogos no Brasil, com vistas à integração regional no MERCOSUL. Assim, a pesquisa focou na profissão de odontologia no Brasil e os demais Estados Partes foram contextualizados a fim de que se pudesse compreender o processo integratório em curso no MERCOSUL.

2 - Fases, instrumentos e tratamento dos dados

A metodologia de investigação desta tese utilizou, para responder aos dois primeiros objetivos específicos, revisão bibliográfica pertinente ao tema e ao processo de integração regional, por meio de análise de documentos, decretos, leis, além da utilização de bibliografias (artigos, teses, livros) e *sites* de interesse existentes.

Com o intento de responder ao terceiro objetivo específico, foram analisados os documentos públicos do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde, bem como utilizamos a Observação Participante como estratégia de investigação, uma vez que a autora principal teve a oportunidade de participar das reuniões do referido Fórum desde o ano de 2010. Minayo^{109:273} define Observação Participante como “um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica.” Neste estudo foi empregada a modalidade “participante observador”, que Minayo¹⁰⁹, considerando a classificação de Gold^{LXXXI}, afirma que é uma observação em que o pesquisador revela a identidade para o grupo com os objetivos a que se presta e esclarece que sua relação de campo se restringirá ao tempo da pesquisa.

O Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde é uma instância aberta que reúne trabalhadores e gestores na área da saúde. Do ano de 2010 até a presente data ocorreram 6 reuniões ordinárias - sendo a última em dezembro de 2012, nas quais a autora ausentou-se apenas desta, uma vez que o estudo já estava em fase de conclusão. Durante as reuniões, na condição de ouvinte, a autora valeu-se de um diário de campo, utilizando a observação descritiva, ou seja, realizada de forma totalmente livre, embora estivesse sensibilizada pela teoria voltada ao objeto de estudo.

A entrevista semi-estruturada foi o instrumento utilizado para responder ao quarto objetivo específico. Esta foi eleita por oferecer aos respondentes um espaço de liberdade, favorecendo o enriquecimento da investigação. Triviños¹¹¹ afirma que a entrevista semi-estruturada permite que o informante participe da elaboração do conteúdo da pesquisa, à medida que responde as perguntas, com o seu olhar, dentro do foco principal colocado pelo investigador. E esse direcionamento atrelado à flexibilidade corrobora para o alcance do objetivo de investigar os aspectos da realidade. Para tanto, o roteiro de entrevista (Anexo I) foi elaborado e aprovado, por ocasião da qualificação do projeto de tese, obedecendo a uma linha de raciocínio coerente às questões decorrentes do estudo. A opção por realizá-las pessoalmente e com recurso da gravação

LXXXI Gold RL. Roles in sociological Field observations. *Social Forces*, 1958, 36(3).

permitiu uma rica transcrição de suas falas a partir da reflexão dos próprios entrevistados sobre a realidade que estão vivenciando. Marconi & Lakatos¹¹² asseguram que a conversação, efetuada face a face, verbalmente, proporciona ao investigador, a informação necessária para o tratamento dos dados.

A pesquisa contou com a aplicação de 6 entrevistas, pretendendo conhecer e analisar as percepções das lideranças da categoria profissional dos odontólogos no Brasil, quanto à integração dos serviços de odontologia no MERCOSUL. Tobar & Yalour¹¹³ consideram informantes-chave pessoas que possuam conhecimentos específicos inerentes ao objeto de estudo. Nessa lógica foram enviados convites às instituições regulatórias de âmbito nacional, abaixo citadas, e ao Ministério da Saúde, sendo que as referidas instituições indicaram representantes (cada uma indicou apenas um) para responderem à entrevista. Desta forma, foram selecionados um representante do Conselho Federal de Odontologia, um representante da Federação Nacional dos Odontologistas, um representante da Federação Interestadual dos Odontologistas, um representante da Associação Brasileira de Odontologia nacional, um representante do conselho Deliberativo Nacional da rede- ABO (também delegado do Brasil na Federação Odontológica Latino Americana) e um representante do Brasil no SGT 11/ Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde. No corpo dos capítulos II e III é possível visualizar a importância das entidades supracitadas para a odontologia brasileira. As entrevistas foram realizadas entre os meses de novembro de 2011 e janeiro de 2012, no Rio de Janeiro, Brasília, São Paulo e Belo Horizonte em datas apontadas pelos entrevistados.

No tocante à escolha dos entrevistados, Freidson¹⁷ afirma que membros diferentes da mesma profissão podem apresentar ideias substancialmente diferentes e ainda serem considerados membros legítimos, mesmo que de uma escola minoritária de pensamento. Por outro lado, ainda que se deva considerar as diferentes opiniões, percebemos no grupo selecionado uma identificação mútua do modo de pensar e agir, desenvolvendo um senso comum, conformando um perfil, que Bourdieu^{114:65} define como *habitus*. A noção de *habitus* é caracterizada como “...um sistema de disposições duráveis

e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas...” Assim, se cada agente social dispõe de uma estrutura mental, uma vivência com percepções e representações únicas, quando essas características conformam um modo comum de pensar e agir, formam um *habitus*. Desta forma, um *habitus* instituído em um grupo social, como o da categoria profissional dos odontólogos, constitui-se de um conjunto de características e atributos formados subjetivamente pela identificação e compartilhamento de crenças, valores, linguagens, etc.

Minayo¹⁰⁹ concorda com Bourdieu, quando afirma que a representatividade do grupo, na fala do indivíduo, ocorre porque tanto no comportamento social como no individual obedece a modelos culturais interiorizados, mesmo que as expressões pessoais exibam variações em conflito com as tradições. A autora ainda cita Lukács (1974)^{LXXXII}, este defende que nas consciências individuais se expressa a consciência coletiva, uma vez que o pensamento individual se integra no âmbito da vida social pela análise da função histórica das classes sociais.

Neste aspecto, vale lembrar que a autora também conforma este perfil (odontóloga), podendo ser atribuído por alguns autores como um viés na investigação, justificando que a interação entre o entrevistador e o entrevistado pode influir na condução da entrevista e em seu conteúdo. No entanto, acreditamos que estas limitações são da natureza da pesquisa qualitativa. Não obstante, a implementação de um rigor metodológico permita manejá-los a favor da investigação.

Velho¹¹⁵ aceita a noção de que há um envolvimento inevitável com o objeto de estudo e que isto não constitui uma imperfeição ao mesmo; a despeito da corrente de estudo que valoriza os métodos quantitativos, na qual defende a imparcialidade como uma das premissas da pesquisa em ciências sociais, a fim de evitar implicações que possam deturpar possíveis julgamentos

^{LXXXII} Lukács, G. História e consciência de classe. Porto: Escorpião, 1974.

e conclusões. Neste âmbito, uma relativização do distanciamento do pesquisador é necessária, aprova o autor. Admitindo estudar o familiar sem “paranóias”, sobre a impossibilidade de resultados imparciais. Afirma, ainda, que há vantagens e desvantagens em pesquisar o familiar. Estudar a sua própria sociedade oportuniza confrontos com representantes do universo que foram investigados, e que podem discordar das interpretações do investigador. No entanto, isto se conformaria numa oportunidade de reavaliar e enriquecer os resultados. Nas palavras de Velho^{115:13}:

“De qualquer forma o familiar, com todas essas necessárias relativizações é cada vez mais objeto relevante de investigação para uma antropologia preocupada em perceber a mudança social não apenas ao nível das grandes transformações históricas, mas como resultado acumulado e progressivo de decisões e interações cotidianas.”

Por outro lado, o processo de descoberta e análise do que é familiar pode envolver dificuldades diferentes e até mais complexas do que em relação ao que é exótico. Nessa lógica, o pesquisador pode comprometer a análise a partir de seu entendimento e hábitos prévios.

A análise de conteúdo foi o método eleito para o tratamento dos dados que obtivemos com as entrevistas, em função do carácter e do objetivo apresentado. Para Bardin^{116:48}, a análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Assim, a análise de conteúdo se traduz em desmontar a estrutura de um texto e os elementos deste conteúdo visando identificar suas características e extrair sua significação. Nesta investigação, trabalhou-se com a análise de conteúdo do tipo temática. A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser representada por uma palavra, frase ou ainda, resumo. Deste modo, procuramos encontrar regularidades nas respostas e alocá-las dentro desses padrões, por meio do exame de porções do texto, relacionando-as com a revisão de literatura abordada na pesquisa. É

possível verificar na análise dos resultados que os entrevistados foram codificados como: E1, E2, E3, E4, E5 e E6, representando a letra “E”, a palavra entrevistado.

A seguir demonstramos a sistemática utilizada para processamento e análise das informações coletadas nas entrevistas:

1- Na pré-análise foram realizadas leituras exaustivas das entrevistas, destacando-se os principais achados em função das perguntas da investigação;

2 – Na sequência, houve a constituição do corpus de leitura intertextual: edição de enunciados que consideramos significativos, de acordo com normas de validade qualitativa, quais sejam: a pertinência, exaustividade, representatividade e homogeneidade para com os temas previstos no roteiro ou surgidos espontaneamente no decorrer das entrevistas;

3 – Em seguida, identificamos as unidades de contexto relacionando-as por tema e interpretando-as à luz da teoria.

Deste modo, no Quadro VIII apresentamos as unidades de contexto que emergiram das respostas dos entrevistados. No intuito de alcançar significado teórico, estas foram divididas em quatro temas de análise, que são desenvolvidas no capítulo VII.

Quadro VIII – Temas e Categorias de Análise do Estudo

Temas	Categorias de Análise (unidades de contexto)
(1) Regulação do Exercício Profissional	Diferença nos modos de regulação profissional nos Estados Partes
	Código de Ética dos Odontólogos
(2) Mercado de Trabalho	Disparidade Oferta-demanda
	Impacto no Mercado de Trabalho Brasileiro
(3) Livre Trânsito	Formação profissional como item que necessita de regulação
	Exercício profissional como item que necessita de regulação
	Fluxo de Profissionais entre os Estados Partes
(4) Ações do SGT11	O papel do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde
	Implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL

3 - Aspectos éticos

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz sob o parecer nº 146/2011 e autorizado por todas as instituições envolvidas. De acordo com as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, os participantes foram informados formalmente, dos objetivos da pesquisa e do caráter voluntário de sua participação, no qual o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) foi assinado por todos.

Os próprios permaneceram com uma cópia do Termo, possibilitando contato telefônico posterior com a pesquisadora em caso de possíveis dúvidas ou desistência na participação, o que não ocorreu. As entrevistas foram realizadas com agendamento prévio, em local escolhido pelos entrevistados, o que possibilitou a privacidade dos mesmos. O tempo das entrevistas foi em torno de cinquenta minutos, gravadas por meio de gravador de voz digital e posteriormente transcritas pela pesquisadora em local privativo. Os entrevistados foram advertidos que seriam codificados numericamente, porém na divulgação dos resultados não se poderia garantir o anonimato, uma vez que ocupam cargos de grande exposição^{LXXXIII}.

^{LXXXIII} Minúcia que está presente no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CAPÍTULO VII

Integração dos Serviços de Saúde Bucal no Âmbito do MERCOSUL:

O BRASIL EM FOCO

Buscamos com este capítulo, discutir a exposição teórica realizada nos capítulos anteriores, à luz da análise proveniente da observação participante realizada no Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde e das entrevistas semi-estruturadas, que permitiram a percepção das lideranças brasileiras da categoria profissional dos odontólogos e da representação do Ministério da Saúde do Brasil no MERCOSUL, no que tange a integração dos serviços de saúde bucal no âmbito do Bloco e seus desfechos para o mercado de trabalho brasileiro. Esta dinâmica de investigação integrou várias fontes de informação, considerando a visão a partir de diversas perspectivas, perpassando por todos os objetivos da tese contribuindo para a análise dos entraves próprios do processo de integração regional destes serviços.

Tema 1 - Regulação do Exercício Profissional

Com base na literatura, é possível reconhecer a odontologia como profissão, uma vez que detém propriedades que a caracterizam como tal, como por exemplo: lei que regulamenta o exercício profissional; código de ética que padroniza as ações dos profissionais; escola de formação que fornece um conhecimento esotérico; organização em associações profissionais que, seja com caráter regulatório, técnico-científico ou gremial, também a representa perante a sociedade; detém autonomia; há fomento de pesquisa por parte de seus membros e a dedicação se faz em tempo integral.

Concordamos com Gonçalves⁹ ao relatar que mais importante que procurar diferenciar ocupações de profissões é se voltar aos processos de organização e a maneira como esta se relaciona com o Estado, clientes e sociedade. É neste contexto que percebemos o consenso nos estudos de Boyer¹⁸, Médici²⁰ e Girardi²¹, quando tais autores apontam que a regulação se

dispõe a padronizar o comportamento de uma coletividade em um dado espaço de tempo. Tomando por base os pressupostos de Moran & Wood⁴ para fazer um recorte para a regulação das profissões de saúde, estes acrescentam que existem diversos fatores que influenciam diretamente “esta imposição de regras pelo mercado”, quais sejam: o sistema político e o momento em que acontece a regulação, além da natureza do trabalho que será regulado. Deste modo, além de propor fontes de regulação (entrada no mercado de trabalho; práticas de concorrência; organização do mercado de trabalho e meios de remuneração), os autores também se referem aos modos de regular a profissão (auto-regulação sem interferência do Estado, a regulação em que o Estado concede às corporações profissionais a aplicação da mesma e a regulação administrada diretamente pelo Estado).

Nesta perspectiva, a heterogeneidade no modo de regulação do exercício profissional praticada no Brasil, frente aos demais Estados Partes, exposto neste estudo, pode representar um entrave ao processo integratório. Neste ponto, ao solicitar uma avaliação por parte dos entrevistados deflagrou-se um dissenso. Na opinião do entrevistado E.6 o Estado deveria fiscalizar o exercício profissional no Brasil, como acontece nos demais Estados Partes, por entender que membros da própria profissão não devem fiscalizar um ao outro por motivos éticos. Nas suas palavras:

“...acho que alguém do governo é quem deveria tomar conta. Um colega não pode ficar fiscalizando outro, ele pode no mínimo escrever (registrar). Isso deveria ser o Estado a tomar conta dos conselhos. Eu acho que a coisa está errada a partir daí. Eu vou punir meu amigo que sofreu uma infração ética? Como seria isso? O povo brasileiro é muito emotivo. Não acontecem na odontologia, grandes punições.” [E.6]

O posicionamento do entrevistado se contrapõe ao defendido por Freidson¹⁵. Segundo o autor, a auto-regulação é um dos aspectos fundamentais de uma profissão. Pardell²³ vê na auto-regulação uma possibilidade de se constituir uma autoproteção da corporação profissional e uma perda da legitimidade. Ainda assim, este aspecto tem sido zelosamente mantido pelas categorias profissionais que já alcançaram este patamar,

tentando evitar intervenções do Estado²⁷. No Brasil, em especial, desde a década de 1960 o Estado concedeu à odontologia o poder de se auto-regular, e considerando o contexto político atual, se deve permanecer a mesma condição.

Na concepção de Moran & Wood⁴, a regulação é também determinada pelos aspectos políticos e econômicos vigentes e pela natureza do trabalho que será regulado. Ademais, grande parte do processo regulatório é fruto de como o Estado se encarrega das funções de regulação, ou seja, da cultura regulatória. É exatamente neste contexto que o entrevistado E.3 exalta a auto-regulação profissional da odontologia no Brasil e atribui aos diferentes momentos políticos vividos pelos Estados Partes como causa do tipo de regulação profissional praticada por estes. Para este entrevistado a democracia ainda não se aprofundou a ponto do Estado descentralizar algumas atribuições. Destacamos o seguinte trecho:

“Sou a favor do MERCOSUL, sou um democrata, agora tem que seguir determinadas normas que não estão fáceis, até porque os governos agora é que estão mais ou menos institucionalizados nesses países, ou seja, podemos dizer que estão num regime democrático. Eles estão em tempos diferentes. Os países vivem tempos diferentes de seus governos e isso tudo vai ter que ser ajustado.” [E.3]

O entrevistado E.2 admitiu não conhecer o tipo de regulação praticada nos demais países. Os entrevistados E.1, E.4 e E.5 demonstraram conhecimento dos tipos de regulação adotados, porém se restringiram a relatar que existe um conflito a ser discutido numa próxima etapa à implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL.

A nosso ver, o entrevistado E. 6 demonstra seu descontentamento com o tipo de regulação profissional em vigor no Brasil, bem como se mostra avesso ao processo integratório. Já o entrevistado E. 3, entende que os países estão vivendo processos políticos heterogêneos.

As repostas dos entrevistados, de maneira geral, comungam com a proposta de Moran & Wood⁴ sobre os diferentes modos de regulação profissional. Neste contexto, há que se considerar que o profissional que

desejar desenvolver seu *labor* em outro Estado Parte deverá estar atento às diferenças culturais regulatórias próprias de cada nação.

Outro nó crítico relacionado à regulação do exercício profissional a ser considerada por ocasião do livre trânsito de profissionais refere-se aos códigos de ética. Já na década de 1960, Wilensky¹³ descreveu a observância de um código de ética como um dos elementos fundamentais na diferenciação entre uma profissão e ocupação. Este e outros estudiosos como Barber¹⁰, Abbott¹² e Machado⁶ apontam que um código de ética é imprescindível para a manutenção do prestígio da profissão perante a sociedade, visto que padroniza condutas dos profissionais, sob pena de sanções aos que dele declinam. Assim, mesmo percebendo a relevância da adoção de um código de ética, de uma maneira geral, os entrevistados percebem esta demanda como um passo a ser discutido posteriormente, como se percebe na colocação do entrevistado E.4., que se furtou a responder sobre o assunto, alegando ser um tema que ainda deverá entrar em pauta de discussão no Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde. Entendemos que é imprescindível a consensualidade em torno do tema e que as discussões deveriam acontecer *pari passu* à implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL.

Na opinião do entrevistado E.6, é impossível consensuar códigos ou conformar um único, seja pela singularidade cultural de cada país, seja por falhas na fiscalização por parte dos governos de outros Estados Partes. O entrevistado E.5 acredita que a melhor opção seria a correlação do código de ética brasileiro com os demais, embora entenda que o consenso entre os mesmos seja difícil. A construção de um código de ética único é a proposta dos entrevistados E.1 e E.2. Este último completa que esta construção deveria acontecer nos moldes do código mais restritivo. Neste caso o do Brasil, como demonstrado no capítulo V, a partir de estudo comparativo entre códigos de ética de países ibero-americanos realizado por Lopes Junior¹⁰⁸.

Assim como o entrevistado E.6, o entrevistado E.3, defende que cada país tem costumes próprios e que devem ser considerados. Defende o seguinte:

“... um código de ética básico, que seria mais genérico e que englobaria o código de ética do país para onde o profissional está migrando....teria uma série de exigências mínimas e por baixo desse guarda-chuva de exigências mínimas você colocaria o código de ética do país.” [E.3]

A nosso ver, a adoção de um código de ética único prevendo a padronização do exercício profissional dos odontólogos e a unificação das sanções cabíveis aos que dele declinam, seria o ideal. Entretanto, considerando a diversidade cultural e os aspectos sociais em constante mudança no mundo contemporâneo, leva-nos a crer que um código de ética nos moldes do apontado pelo entrevistado E.3, onde itens primordiais conformariam um código genérico a ser adotado em conjunção ao código de ética do país destino, seria a opção mais próxima da realidade. Deste modo, os costumes de cada nação seriam respeitados e simultaneamente a profissão estaria resguardada, minimamente, por um código de ética básico. Deve-se considerar também que a compatibilização dos códigos ou não adoção de um código de ética único poderá motivar um “mau profissional” a transitar pelo Bloco.

Trata-se de uma discussão a ser realizada, mas que deve acima de tudo considerar que todos os acordos no âmbito do MERCOSUL são tomados por consenso e que podem existir nos outros países discussões internas sobre seu próprio código, assim como houve recentemente no Brasil, que resultou numa revisão do código atual, a entrar em vigor neste ano de 2013.

A oportunidade de correlacionar os códigos de ética neste momento, repousa no entendimento de que seja qual for o tipo de regulação do exercício profissional praticado por determinado país, os códigos de ética padronizam a conduta profissional e constituem mecanismos de controle do seu cumprimento; estando relacionados às práticas de concorrência de uma profissão, que se conforma em uma fonte de regulação, conforme vimos no

capítulo I. A título de exemplo, podemos considerar que a recente revisão do código de ética brasileiro ocorreu primordialmente em função do desconforto de grande parte dos profissionais frente às questões que envolvem a propaganda, defendendo maior rigor para tal.

Machado & Aguiar Filho⁹⁵ em estudo voltado ao trabalho em saúde no âmbito do MERCOSUL, veem a adoção de um “código de ética Marco do MERCOSUL” como prioritária para a resolução de várias questões relacionadas ao exercício profissional no âmbito do Bloco, uma vez que nos demais Estados Partes, a maioria das profissões de saúde não detêm um código de ética profissional podendo emergir problemas futuros relacionados a esta temática.

Percebemos, assim, que as demandas de cunho ético podem se mostrar um dos mais importantes nós críticos deste processo integratório, pois está relacionado diretamente à cultura regulatória e à organização da profissão de odontologia dentro de cada estado Parte.

Ainda no âmbito da regulação devemos ponderar a questão das associações profissionais. No Brasil, além dos conselhos profissionais e das associações de caráter técnico-científico e culturais, os sindicatos têm desempenhado um papel relevante na valorização da profissão e na defesa dos interesses desta nos espaços democráticos do Ministério da Saúde. Esta propriedade é exclusiva deste país quando comparado aos demais Estados Partes. Não obstante, os outros países apresentarem associações com perfil técnico-científico, e até conselhos, dependendo do modo de regulação profissional; nenhum detém sindicato próprio desta profissão.

Tema 2 - Mercado de Trabalho

Com vistas a discutir a estrutura do mercado de trabalho brasileiro dos odontólogos, existe a necessidade de evidenciar o contexto em que esta se insere na atualidade. A literatura evidencia a transição do modelo hegemônico da prática odontológica no Brasil, de cunho individualista e baixo impacto

social, para um modelo de promoção de saúde, entre outras expectativas, na tentativa de aumentar a capacidade de resposta às necessidades da população brasileira.

Devemos considerar que a formação destes profissionais tem acompanhado tais mudanças. O currículo vem sofrendo alterações no intuito de oferecer uma formação integral, com aproximação às atividades multiprofissionais. Vale ressaltar que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), definidas com o intuito de subsidiar a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, além de instituir a intersectorialidade dos Ministérios da Saúde e Educação, reforçam uma visão generalista e humanista neste graduando, ao mesmo tempo em que considera que a saúde bucal interfere diretamente na qualidade de vida da população. Não obstante estas DCNs terem sido instituídas no início da década de 2000, ainda não houve o impacto esperado sobre o ensino de graduação em odontologia, a despeito das universidades possuírem autonomia para efetuar tais mudanças.

O país também vem assistindo a um declínio da cárie dentária, cujos escores do último levantamento epidemiológico o introduziu no grupo de países com baixa prevalência de cárie. Há que se considerar, no entanto, que as disparidades quanto à prevalência desta são substanciais, constituindo uma polarização, sustentada primordialmente pela diversidade no acesso aos serviços de saúde e à água fluoretada. Em que pese o país concentrar um número elevado de odontólogos por habitante e uma proliferação de faculdades de odontologia, concentrados nos grandes centros urbanos; e ainda, do debate em torno da abertura de novas instituições formadoras, a literatura apontou para a diminuição da procura pelo curso de odontologia por egressos do ensino médio, evidenciada não só por pesquisas acadêmicas de Secco & Pereira⁵⁰ e Paranhos et al.⁵², como por censo realizado pelo INEP no intervalo entre 2000 e 2007. Consideramos que estes estudos dão pistas de que esteja havendo uma queda no prestígio da profissão, como afirma Secco & Pereira⁵⁰. A nosso ver, os outros motivos elencados por Paranhos et al.⁵², quais sejam: baixa remuneração, taxas relativas à regulação profissional e mercado competitivo; também corroboram para a diminuição pela procura do

curso que, embora, não sejam exclusivos desta categoria, a aproxima de outras profissões existentes no mercado de trabalho.

A literatura evidenciou que nas últimas décadas tem havido um crescimento positivo dos postos de trabalho formais para os odontólogos, e que estes estão concentrados na Região Sudeste. O número de postos de trabalho mais que dobrou no intervalo entre 1992 e 2009 e, embora no ano de 1992 mais da metade destes postos (51,4%) estejam concentrados na Região sudeste; no decorrer dos anos se percebe uma diluição destes postos para outras Regiões. Apesar de alcançarmos o ano de 2009 ainda com grandes assimetrias, como o Sudeste concentrando 42,5% dos postos, enquanto o Norte detém 5,4%. Consideramos, então, esta diluição incipiente, frente aos incentivos realizados pelo governo com relação à Estratégia de Saúde da família e ao Programa Brasil Sorridente. Apesar do predomínio da inserção de profissionais neste mercado ocupacional sob outras formas de contratação, conforme exibido na revisão de literatura.

A literatura ratificou o movimento do emprego público em direção ao município, em consonância com as diretrizes do SUS. Assim, no ano de 2009, o município já era responsável por 87,2% destes postos de trabalho. Em que pese o rebaixamento dos níveis salariais, a reboque, como afirma Dedecca et al.⁶⁷. Ainda no âmbito municipal, podemos destacar a região Nordeste que quase dobrou o número de postos de trabalho no período estudado (2002-2009).

Entre os anos de 2002 e 2010, aumentou cerca de cinco vezes o número de ESBs no PSF. Neste período foram implantadas 8.342 novas ESBs no PSF, chegando a um total de 20.300 ESBs. Se em 2002 o PSF representava 7,3% da demanda “institucional” de serviços de saúde para odontólogos, por sua vez, o Programa Brasil Sorridente, desde a implantação, em 2002, já absorveu aproximadamente 30% dos odontólogos do país, de acordo com o Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que boa parte do crescimento de ESBs é devido ao incentivo financeiro oferecido pelo Programa Brasil Sorridente, o que ajuda a neutralizar as pressões sofridas pelos gestores

no contingenciamento de recursos financeiros às novas formas de remuneração dos serviços com o estabelecimento do PAB.

Nosso propósito em analisar as políticas de saúde bucal vigentes está voltado para a compreensão de que estamos diante de um mercado de trabalho aberto e com tendência à ampliação. Ainda novas iniciativas por parte do Ministério da Saúde com vistas à qualificação e interiorização de profissionais de saúde são opções de trabalho interessantes a recém-formados. A própria pesquisadora, em estudo anterior com graduandos do estado do Rio de Janeiro, observou que 62% destes preferem trabalhar estabelecendo um vínculo empregatício no setor público, e que esta distribuição é regular entre as universidades públicas e privadas⁷¹.

Com relação à estrutura do setor privado, várias são as maneiras de ocupação para os odontólogos. Os postos de trabalho cujo vínculo empregatício é formal são incipientes em vista da natureza liberal da profissão. Foi justamente na atividade liberal que se pôde perceber, de maneira contundente, as mudanças na sociedade ocorridas nas últimas décadas. Os principais fatores percebidos foram: a conjuntura econômica do país; má distribuição de profissionais; a retração da clientela com poder de “out of pocket” dos serviços de saúde bucal e a reorientação desta, utilizando planos de saúde odontológicos. As operadoras de planos de saúde vêm, dessa maneira, crescendo vertiginosamente, na medida em que encontram um campo propício de atuação.

Nos dias atuais, um número expressivo de profissionais, que exerce a prática privada, com dificuldades em arcar com os custos individuais de um consultório particular, reconhece ser dependente dos chamados “convênios” e aceitam tal “parceria”, uma vez que vêm nestas, oportunidade de levar pacientes para o consultório, aumentando a clientela, apesar das críticas pela má remuneração. Tem-se percebido outras situações com odontólogos, cujo perfil é empresarial e constituem clínicas de várias especialidades e/ou clínicas “populares”, contratando colegas para exercerem a profissão e os remunerando por produção. A título de exemplo, ainda em estudo já referido,

realizado por Cardoso⁷¹, 73% é a percentagem de graduandos que tem a expectativa de trabalhar em “clínicas populares” ao colarem grau. Desta forma, um grande contingente de profissionais tem se assalariado indiretamente, seja no credenciamento às operadoras seja na ocupação em clínicas de especialidades e/ou populares.

No entanto, por mais que a primeira impressão nos leve a pensar que os odontólogos estão num processo de perda do controle do seu próprio trabalho, aproximando-se dos chamados “*blue collors*”; Freidson¹⁷ defende que é totalmente impreciso afirmar que as profissões enquanto corpos corporativos perderam sua capacidade de exercer controle sobre o trabalho de seus membros, ainda que individualmente possam tê-la perdido. Machado⁶ e Moysés⁷⁴ defendem que as evidências de crescente assalariamento de profissões de cunho liberal como a medicina e a odontologia, não constituem suporte adequado para a tese da “proletarização” dos profissionais, uma vez que o assalariamento se distingue da proletarização mesmo que a incorpore.

Percebemos que os odontólogos, expostos a essa nova relação com a economia, buscam a bipolarização do exercício profissional, que implica no entendimento de que a prática em consultório (abrangendo convênios e credenciamentos) se associa à de assalariamento direto (no setor público). No contexto europeu essa “bipolarização” se caracteriza como “multiexercício”, ou seja, a associação de uma atividade liberal à de assalariada, ambas parciais, portanto, complementares.

Não obstante o descontentamento dos profissionais frente aos valores comercializados pelas operadoras; aumentar rendimentos, ter um fluxo de pacientes maior e garantido, além de realizar uma propaganda indireta do consultório, parecem ser as supostas vantagens que fazem com que, nos dias de hoje, grande parte dos profissionais se credencie a convênios.

De um modo geral, em que pese esta mudança ímpar em sua estrutura, o mercado de trabalho brasileiro dos odontólogos tem absorvido este contingente de profissionais. Assim, dada a estrutura do mercado de trabalho

no Brasil, devemos nos preocupar com os fatores relacionados a ele no processo de integração regional.

A literatura demonstra que há uma disparidade na relação entre odontólogos e população entre os Estados partes. Quando os entrevistados foram questionados sobre este aspecto poder se constituir em um entrave ao processo de integração regional, os entrevistados E.2 e E.6 desconsideraram a existência desta disparidade, apesar de terem sido utilizados dados de pesquisas recentes desenvolvidas pelo Ministério da Saúde do Brasil no enunciado da questão. No entanto, E.1, E.4 e E.5 observam que o mercado se auto-regularizará, pois acreditam que a demanda por profissionais nos dias atuais é crescente. O entrevistado E.3, por sua vez, visualiza uma potencial ameaça ao mercado de trabalho. Este vai além, pressupondo que haverá no Brasil uma maior disputa profissional, levando a uma condição de pleura profissional. Especificamente, a seu ver no setor privado induzirá a um barateamento da mão-de-obra e uma diminuição na qualidade da assistência, pois acredita numa formação acadêmica insatisfatória nos outros Estados Partes. Vale ressaltar sua fala:

“vai haver no Brasil, uma absorção de mão-de-obra e não haverá um livre trânsito na verdade..... essa abertura de serviços do ponto de vista do dentista não interessa para o Brasil, nos termos que estão colocados atualmente....se este processo for imediato a odontologia brasileira pode entrar num caos sem precedente.” [E.3]

O entrevistado desenvolve em sua fala características do processo de desprofissionalização que, segundo Machado⁶ seriam o desemprego, subemprego, o rebaixamento dos valores de serviços especializados e a desvalorização do trabalho, fruto do excesso de profissionais. Não obstante, ser um processo emergente nas profissões no mundo contemporâneo, o entrevistado acredita que a integração de serviços poderá acirrar este processo na profissão de odontologia no Brasil.

No que tange ao impacto no mercado de trabalho, as percepções foram diversas. Assim, os entrevistados E.1 e E.2 consideram que o espaço fronteiro é mais crítico, e portanto, na concepção deles, será o mais afetado,

em detrimento dos grandes centros urbanos. O entrevistado E.2 ressalta, ainda, a incipiência de políticas de fixação de odontólogos nestas regiões e as de difícil acesso. Deste modo, vê oportunidade para que os odontólogos de outros Estados Partes se estabeleçam nestes espaços. Nas suas palavras:

“...nas regiões de fronteiras se dará de forma mais intensa, até porque no Brasil ainda não existe uma política de fixação destes profissionais nas regiões fronteiriças e de difícil acesso que compense estes profissionais da odontologia, a procurar por estas regiões. Então há um campo de trabalho grande nas fronteiras ... está aberto. ..as regiões fronteiriças são regiões que não dão condições de você fixar um profissional a não ser que seja por meio de uma política específica de remuneração, de condições de trabalho, de valorização profissional. Então, o profissional fica refém de técnicas e condições de trabalho nas fronteiras, com isto abre espaço para que os dentistas dos Estados Partes venham para estas regiões e ocupem esse espaço...” [E.2]

Nos dias atuais o Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB tem mantido, por tempo determinado, profissionais essenciais de saúde nas devidas regiões, com o propósito de motivar profissionais recém-formados também a uma qualificação (especialização em saúde da família), conforme relacionado anteriormente.

Visão mais pessimista tem os entrevistados E.3 e E.6, quando afirmam que um impacto negativo ocorrerá no mercado de trabalho dos odontólogos por todo território nacional. Por outro lado, os entrevistados E.4 e E.5 creem que não haverá nenhum impacto neste mercado, no contexto de que o mercado se auto-regularizará.

O entrevistado E.4, justifica a sua percepção de que não haverá impacto no mercado de trabalho brasileiro afirmando que o avanço nas políticas sociais neste país tem contribuído para uma demanda crescente por profissionais na área. Ainda, que os outros Estados Partes também estão sendo administrados por governos com preocupação na área social equivalente. A nosso ver, mesmo que os demais Estados Partes detenham determinado perfil, o que está disposto na atualidade, e que deve ser considerado, é uma incipiência na absorção de profissionais de odontologia no setor público dos referidos países, quando comparado ao Brasil, pois é o único Estado Parte que tem disposto em

Lei o direito à saúde de todos os cidadãos. Isto pode fazer com que o Brasil represente um mercado de trabalho atraente para aqueles profissionais.

Tema 3 - Livre Trânsito de Profissionais de Odontologia

Apesar do entendimento da formação acadêmica ser abrangente e envolver as estruturas das unidades formadoras, corpo docente, carga horária, entre outros elementos; quando os entrevistados foram questionados sobre os itens que necessitam de regulação na formação, os mesmos detiveram-se à questão dos currículos, por entenderem ser o ponto nevrálgico da formação de profissionais de saúde. A maioria dos entrevistados acredita ser possível a harmonização dos currículos. Os entrevistados E.1 e E.2 evocam a necessidade de um currículo único, enquanto os entrevistados E.3, E.4 e E.6 acreditam que devido a heterogeneidade dos currículos, apenas a similaridade dos mesmos seria alcançável. Os entrevistados E.3 e E.6 defendem que além de currículos similares e a realização de um teste de proficiência, na lógica de que a profissão é muito complexa e o nível desta em seus países é muito aquém da praticada no Brasil. Vale ressaltar que um preconceito cultural explícito é identificado na resposta deste entrevistado. Outrossim, de maneira velada, os outros representantes da categoria também demonstram o mesmo preconceito.

“...Enquanto não tiver uma uniformização dos currículos é impossível pensar numa odontologia onde você possa ter livre trânsito.”

[E.3]

Construir currículos similares, como é a proposta da maioria dos candidatos, ou ainda, recorrer à saída utilizada pela União Européia de constituir um currículo básico para as profissões setoriais, dentre elas a odontologia, parece ser a opção mais tangível para que o “receio” de concorrência não seja considerado pelos odontólogos no Brasil, quiçá nos outros Estados Partes. Deste modo, a despeito do Setor Educacional do MERCOSUL ter possibilitado a institucionalização de mecanismos de

acreditação, criando um padrão MERCOSUL; seus efeitos ainda não resultaram no reconhecimento de títulos para o exercício profissional^{LXXXIV}.

Destoa da percepção da maioria dos entrevistados a posição do entrevistado E.6, que acredita não ser possível a compatibilização da formação em razão do momento histórico vivido pela profissão nos diferentes países integrantes do MERCOSUL. Este defende unicamente a prova de proficiência, instituída para a habilitação profissional de estrangeiros^{LXXXV}, em vigor, como explicitada na seguinte fala:

“...Então seria uma revalidação através de uma prova, se passar fica, se não, vai depois fazer novamente. Um órgão aplicaria esta prova. Agora vir para cá sem nenhuma condição!? Deveria ser a mesma coisa que acontece quando se vai para qualquer outro país tem que revalidar o diploma.” [E.6]

No tocante ao mercado de trabalho, a preocupação da metade dos entrevistados E.1, E.4, E.5 foi com a uniformização de direitos sociais e trabalhistas, que a nosso ver, estará garantida pelo Estado, no caso de inserção do profissional no setor público. No tocante ao setor privado, caso não se efetue uma uniformização na formação, a tendência é de existir, por parte dos empregadores^{LXXXVI} uma depreciação sem precedentes à qualidade da assistência oferecida por profissionais de outros Estados Partes. Uma discrepância entre os países no que diz respeito à remuneração, jornada de trabalho e inserção no setor público, dificulta a integração dos serviços de odontologia, para os entrevistados E.2 e E.3. Na visão destes, estes fatores são primordiais para que não haja um movimento de profissionais somente em sentido brasileiro.

^{LXXXIV} As políticas de educação em saúde no Brasil e Argentina, como integrantes do MERCOSUL, é aprofundada no seguinte estudo: Paula AE. A integração social no MERCOSUL: as políticas de educação em saúde no Brasil e na Argentina (1991-2006).[Tese] Brasília: UNB, 2009.

^{LXXXV} Atualmente, três projetos de lei que tratam sobre revalidação de diplomas estão em andamento: o Projeto de Lei no. 3052/11 que pretende permitir que universidades privadas possam revalidar diplomas de graduação obtidos no exterior; o Projeto de Lei no. 399/2011 (mais conhecido como Arcu-sul) que propõe o reconhecimento automático de diplomas oriundos de instituições de ensino superior estrangeiras de reconhecida excelência acadêmica e o Projeto de Lei no.15/2012 que pretende simplificar o reconhecimento de diplomas de cursos de graduação em medicina expedidos por instituições de ensino superior estrangeiras.

^{LXXXVI} Considerando estes, em sua maioria, odontólogos com perfil empresarial.

Os entrevistados E.3, E.5 e E.6 acreditam que o trânsito de fato acontecerá. Especificamente, E.3 e E.6 prevêem um trânsito dos outros países para o Brasil, enquanto o entrevistado E.5 considera possível que profissionais brasileiros migrem para o Uruguai (apesar de considerar o Brasil melhor estruturado). Apesar dos entrevistados E.1 e E.4 considerarem que haverá resistências por parte dos profissionais brasileiros, na lógica em que este país poderá constituir um mercado aberto de trabalho; não chegaram a responder a questão. Apenas o entrevistado E.2 crê que à princípio não haverá deslocamentos.

A percepção do último entrevistado coincide com o resultado encontrado por Vieira⁸⁴ que concluiu que os fatores (sociais, econômicos, geográficos, culturais, entre outros) que levariam à mobilidade profissional, especificamente da profissão de enfermagem no âmbito do MERCOSUL, se anulam. Na União Européia, mesmo com uma integração mais consolidada, vários estudos como o de Silva⁷⁹, Leão⁸² e Peixoto⁸⁰ demonstram uma baixa mobilidade de profissionais de saúde.

Tema 4 - Ações do SGT 11

Considerando que a preocupação com as políticas sociais refletem um aprofundamento do processo integratório, pode-se afirmar que ao menos as políticas de saúde e de educação têm recebido especial atenção. Na saúde, avanços substanciais foram alcançados na comercialização de produtos, vigilância sanitária e epidemiológica. No entanto, concordamos com autores como Welz⁹³, Draibe³ e Dal Prá⁹¹ que sinalizam um atraso expressivo em questões relacionadas à formação de um mercado comum. Um destes aspectos é a questão do exercício profissional do setor saúde, que apesar do entendimento do entrevistado E.4 de que este subgrupo, por meio da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional tem se inclinado a resolver demandas concernentes à mobilidade de profissionais de saúde, a percepção dos demais entrevistados é de que, não desprezando as conquistas

alcançadas, de um modo geral, as discussões são morosas e não privilegiam a profissão de odontologia. Como relata os entrevistados abaixo:

“É difícil definir as ações concretas até porque nas discussões do Fórum Permanente MERCOSUL, pouco se falou em Odontologia, ou seja, não somos prioridade nas discussões ... nós gostaríamos de ver a odontologia sendo discutida de fato, as suas especialidades, o seu código de ética, os seus procedimentos, para que esse livre trânsito viesse a acontecer de uma forma legal, regulamentada e que desse respaldo ao profissional que tivesse essa vontade de se transferir de país para trabalhar.” [E.1]

“Lamentavelmente não existe, acredito, prioridade no avanço da discussão sobre a odontologia, momentaneamente.” [E.5]

Outro aspecto a ser considerado é o reconhecimento da necessidade de uma estrutura organizacional mais sólida voltada às demandas do MERCOSUL. As unidades de recursos humanos dos Estados Partes deste Bloco foram analisadas por Aguiar Filho^{94:99} e o mesmo concluiu que “nenhuma delas atingiu um estágio capaz de dar conta, satisfatoriamente, das exigências que o livre trânsito de profissionais irá acarretar.” Somam-se a isso outros fatores como a ausência de disponibilização de informações-chave por parte dos outros Estados Partes, ou pela ausência dos mesmos ou por incipiência dos seus recursos de informação; dificultando ou impossibilitando a conformação de políticas voltadas para a área. O estudo ainda, deflagra que a despeito da institucionalização da Coordenação Nacional de Saúde do MERCOSUL no âmbito dos Ministérios da Saúde, seus representantes acabam por responder por outras áreas dentro de seus Ministérios, ocasionando uma dedicação *part time* às demandas do MERCOSUL e, por conseguinte, afetando o processo integratório. Como relata o autor: “acaba prejudicando o desenvolvimento das tarefas das Subcomissões relacionadas”.

A literatura evidenciou que a constituição do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde foi imperativo no subsídio de propostas e recomendações à Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional com relação às demandas do processo integratório. Em que pese ser uma iniciativa ímpar do governo brasileiro e ter uma relevante produção,

que podemos afirmar, deve-se à gestão anterior; nos dias atuais, este fórum tem recebido duras críticas da maioria de seus integrantes, seja pela morosidade das discussões ou pela forma rasa com que os assuntos vêm sendo tratados.

A maioria dos entrevistados reconhece a importância do espaço para o debate, oportunizado de maneira singular pelo Ministério da Saúde, bem como a aprovação e iminente implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL no país. Ademais, o entrevistado E.4 enfatiza a gestão democrática, dando voz tanto aos conselhos profissionais, associações profissionais, como entidades sindicais.

Quando considerados os aspectos não satisfatórios suscitados pelos respondentes, E.1, E.2 e E.6 se incomodam com a morosidade com que os temas levantados são discutidos, não ficando explícito os objetivos do Fórum para o livre trânsito. Recorrente é o aspecto levantado por E.5 quando ressalta que as demandas específicas de cada profissão não estão sendo tratadas em profundidade. O respondente E.3 julga a contribuição do Fórum restrita, por não haver nos outros Estados Partes instâncias de discussão similares e, considerando que as decisões no âmbito do Bloco são tomadas por consenso, é possível que os produtos do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde, possam se tornar palavras mortas quando das reuniões do SGT11.

O Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde no âmbito da Subcomissão foi uma das propostas apresentadas pelo Brasil, mas não aprovada em nível de coordenação nacional, o que a nosso ver deixa a subcomissão de ganhar contribuições fundamentais para o processo integratório de serviços de saúde, especialmente os relacionados ao exercício profissional. O Brasil, por meio deste Fórum reúne os mais diversos grupos de cada categoria profissional para discutir os principais pontos concernentes ao exercício profissional. Isto, porque no Brasil, atualmente, se entende como primordial a articulação política com as bancadas que representam os trabalhadores (controle social) e as associações profissionais, onde se incluem

os conselhos. Entretanto, há que se respeitar e entender os modos de regulação do exercício profissional de cada país e os aspectos que os influenciam. Cabe ressaltar que apenas E.4 não identifica aspectos negativos no Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde.

Devemos destacar as colocações dos entrevistados E.1, E.2 e E.6, ao relatarem que as grandes questões a serem resolvidas são postergadas. Além de que, as reuniões não têm se mostrado produtivas e a divisão em grupos de trabalho não está nítida aos participantes do Fórum, nesta nova gestão. Mesmo uma iniciativa incipiente da coordenação para formação de grupos de trabalho para compor um quadro comparativo das competências de cada profissão regulamentada, correlacionando com os demais Estados Partes do MERCOSUL não aconteceu na lógica executada anteriormente pelo Fórum.

Ademais, podemos afirmar que se alcançou um nível de integração onde discussões isoladas não produzem efeitos satisfatórios, pelo contrário, se tornam impasses. A questão da harmonização dos currículos, que é um item a ser discutido pelo Setor Educacional do MERCOSUL e que tem efeito direto no exercício profissional e que portanto deveria estar sendo discutido no próprio Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde, e não o é. Os itens estão sendo pensados e trabalhados isoladamente, sem que as áreas relacionadas se apropriem ou possam contribuir nas tomadas de decisão. Faz-se premente, então, uma interrelação entre os Ministérios da Saúde, Educação e do Trabalho para que se possa conformar políticas voltadas para este processo integratório em andamento.

No tocante à implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL, os entrevistados E.2, E.3 e E.6 estão insatisfeitos com parte do seu conteúdo, especificamente com o segmento destinado às informações éticas, cujo teor na visão dos mesmos é insuficiente, podendo levar a um profissional com demandas desta ordem a poder migrar para outro Estado Parte, considerando a não uniformização nos códigos de ética. O entrevistado E.4 aponta que o maior alcance desta implantação, foi a

possibilidade de correlacionar os diversos modos de regulação do exercício profissional.

É consenso que a aprovação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL é um grande avanço no que diz respeito ao exercício profissional no MERCOSUL, considerada também a mais importante iniciativa debatida pela Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, desde a sua constituição. No entanto, há uma crítica por parte dos entrevistados E.1 e E.5 pela morosidade com que o processo está sendo realizado. De fato, a implementação desta Matriz pelos Estados Partes, que começou a ser estudada em 1999 e foi aprovada em 2004, ainda se encontra em processo de efetivação. Como ressalta o entrevistado E.5:

“Nós estamos discutindo a Matriz Mínima desde 2004/2005. Nós estamos discutindo algumas coisas eternamente, no mérito da discussão.” [E.5]

Ademais, devemos considerar que passado mais de um ano do prazo inicial para a sua efetivação (1º de setembro de 2011) a última prorrogação estabelecida em setembro deste ano, não define nova data. Esta última prorrogação se deu por solicitação da Argentina. E que ações podemos esperar, então, da Venezuela, que tão pouco encaminhou representantes para a primeira reunião do SGT11, respondendo ao status de Estado Parte Pleno?

Desde 2006, a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional incluiu em sua pauta as questões concernentes à criação de um Sistema de Informações dos Registros de Profissionais de Saúde do MERCOSUL, com vistas à troca de informações entre os Ministérios da Saúde por meio da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL. Um entrave a ser solucionado, uma vez que as informações referentes aos profissionais estão descentralizadas na Argentina, Brasil e Venezuela. Estando os dados, em sua maioria, a cargo das províncias na Argentina; nos conselhos regionais profissionais, no caso do Brasil; enquanto na Venezuela estão nos Colégios Regionais e suas delegações. Já no

Paraguai e Uruguai os dados são centralizados nos respectivos Ministérios da Saúde. Conforme exposto em capítulo anterior, cada país tem realizado ações no sentido de viabilizar a tramitação de dados. No caso específico do Brasil, a existência de conselhos profissionais, com autonomia concedida pelo Estado para a fiscalização do exercício profissional leva a necessidade de pactuação entre estes e o Ministério da Saúde. Foi proposto pelo Ministério da Saúde e aceito pelos conselhos profissionais a troca de informações por meio da Plataforma Arouca e o que parece ser interessante é que neste ambiente virtual um representante do conselho profissional é que emitirá o certificado de exercício profissional. Entretanto, nenhum acordo foi oficialmente firmado entre Ministério da Saúde e conselhos profissionais.

Por derradeiro, foi visto que com a implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL apesar de ser um grande avanço no processo integratório, os profissionais que pretendem transitar no Bloco terão que submeter-se às exigências legais do respectivo país almejado. No Brasil, a revalidação do diploma estrangeiro é necessária, bem como a inscrição no respectivo conselho profissional. Acontece que esta revalidação está condicionada a uma prova de proficiência, exame que começa a ser questionado por representantes do Ministério da Saúde. Na visão destes, o alto nível da prova reprovava, inclusive profissionais brasileiros, caso precisassem se submeter a esta. Desta forma, pensam numa flexibilização do referido exame. Questionamos a estratégia sugerida pelo Ministério da Saúde, representado pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, à medida que é, neste momento, a única ferramenta cuja governabilidade é exclusiva das categorias profissionais, podendo ser considerado um abrigo de mercado e, portanto, reservado a estas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível afirmar, com base no que analisamos, que há uma assimetria entre os processos regulatórios que regem o exercício profissional dos odontólogos no Brasil, frente aos demais Estados Partes. Isto, mediante a conformação de um Mercado Comum, poderá ocasionar efeitos negativos no mercado de trabalho odontológico brasileiro, caso não se constitua políticas regulatórias para o livre trânsito desta categoria.

Recorrer à sociologia das profissões possibilitou caracterizar a odontologia como uma profissão, portanto, detentora de um monopólio, possuidora de abrigos de mercado e todas as outras prerrogativas elencadas pelos estudiosos como necessárias a uma profissão. De igual forma, nos apropriarmos dos pressupostos de Moran & Wood para elucidar modos e fontes de regulação das profissões, bem como os fatores que as influenciam, foi determinante para que entendêssemos a natureza das disparidades regulatórias entre os países.

A revisão de literatura possibilitou verificar as quatro fontes de regulação que incidem sobre a mesma. A primeira fonte de regulação refere-se à entrada no mercado de trabalho de odontologia no Brasil, que tem como principal mecanismo a obrigatoriedade de registro no conselho profissional regional. Esta habilitação pressupõe a instituição de uma carteira profissional e lhe é exigido um certificado de conclusão de curso de odontologia, emitido por instituição formadora reconhecida pelo Ministério da Educação.

No que tange à segunda fonte de regulação desta profissão no Brasil, as práticas de concorrência, foi analisado que não obstante exista uma cultura de super-especialização, a profissão encontra na observância de um código de ética, a sua maior ferramenta regulatória, no que diz respeito a esta fonte.

A terceira fonte de regulação diz respeito ao mercado de trabalho, no qual visualizamos, no setor público, um expressivo aumento no número de postos de trabalho nos últimos anos; assim como, uma melhor distribuição dos

serviços de saúde bucal em todo o país tem se evidenciado como consequência, em grande parte, dos investimentos realizados pelo Programa Brasil Sorridente, representando para a categoria odontológica a absorção de aproximadamente 30% do contingente destes profissionais no país.

Já no setor privado, percebemos a diminuição da clientela que efetua pagamento direto, sofrendo esta, uma reorientação na busca por maior cobertura da assistência através de valores atraentes comercializados pelas operadoras de saúde. Podemos atribuir este panorama à inadequada distribuição dos profissionais; às dificuldades financeiras conjunturais; e ao crescimento da participação de convênios e credenciamentos, facilitando esse processo. Cabe ressaltar que esta participação tem aumentado de maneira vertiginosa. Neste âmbito, um número expressivo de profissionais se intitula dependente destas operadoras, em que pese a baixa remuneração proveniente das mesmas. É correto afirmar que a má distribuição de profissionais, gerando um excedente nos grandes centros urbanos, tem oportunizado outras formas de inclusão no mercado de trabalho, com destaque para a inserção nas chamadas “clínicas populares”.

A quarta fonte de regulação abrange o mecanismo de remuneração. Foi este o que mais sofreu mudanças no setor odontológico nos últimos anos. Seja pelo ingresso de um grande número de odontólogos no setor público, estabelecendo uma relação de assalariamento direto; seja pela perda de poder de pagamento direto de serviços profissionais pelo público-alvo, e consequente emergência de operadoras de planos de saúde, conformando um assalariamento indireto desses profissionais.

Estudos sobre o MERCOSUL demonstraram que várias foram as tentativas de integração regional na América Latina e, em especial nos países do Cone Sul. No entanto, reveses como a baixa adesão do setor privado, a insuficiente flexibilidade dos tratados, e em especial, o autoritarismo, presente na maioria dos países, contribuíram para o fracasso destas iniciativas. Por outro lado, o êxito na tentativa de integração regional se concretizou com o MERCOSUL, a partir da década de 1980, já com todos os Estados Partes

submetidos a uma democracia. Desde a conformação deste, 14 subgrupos de trabalho, entre outros órgãos, foram constituídos em cada Estado Parte, com o escopo de subsidiar o Grupo Mercado Comum e, conseqüentemente, facilitar o processo de integração. Em que pese aos Estados Partes apresentarem peculiaridades, nem sempre de fáceis ajustes, mas que devem ser consensuadas para o aprofundamento da integração. A saúde, representada pelo Subgrupo de Trabalho no.11(SGT11) e inserida no contexto das políticas sociais, num primeiro momento recebeu maior atenção nas questões ligadas à comercialização de produtos relacionados à saúde. Posteriormente, sofreu maior orientação às questões relacionadas à vigilância em saúde. No entanto, ações concretas para o remate da integração neste setor são pulverizadas, retardando a formação de um Mercado Comum.

Neste Subgrupo de Trabalho, o campo da gestão do trabalho e do exercício profissional está a cargo da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional que tem trabalhado na formulação de políticas para o setor e com vistas a pactuar soluções no sentido de encontrar consensos entre as nações. O Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde foi idealizado justamente para subsidiar esta subcomissão nas reuniões do SGT 11 e embora seja uma iniciativa vanguardista do Ministério da Saúde brasileiro, existem tanto aspectos positivos quanto negativos atribuídos a ele.

Os aspectos positivos giram em torno de sua produção, principalmente voltada para o levantamento de dados sobre as profissões de saúde, bem como a organização do Manual para orientação do preenchimento da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL. Além de ser um espaço democrático que congrega os principais atores das profissões de saúde, que junto ao Ministério da Saúde e outras agências ligadas ao mesmo, pode contribuir para desatar nós críticos voltados ao tema, assim como apontar fragilidades do processo. Consideramos um infortúnio os outros países não constituírem um espaço equivalente, sob pena destas contribuições virarem “palavras mortas” por ocasião das reuniões do SGT 11. Devemos considerar as críticas que são levantadas em torno do conteúdo das reuniões, uma vez que na visão dos participantes, não estão especificados os objetivos do Fórum, os

temas são tratados de maneira morosa, as demandas concernentes a cada profissão tem sido abordadas sem o aprofundamento devido, e talvez a maior crítica gire em torno da impressão de que as questões-chave estejam sendo postergadas. Incluída neste contexto, a nosso ver, está a questão dos currículos, cuja não harmonização poderá conformar um importante entrave ao processo de integração. Para tanto, sugerimos que o tema extrapole a discussão interna realizada pelo Setor Educacional do MERCOSUL e possa a coordenação do Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde visualizar que este tem efeito direto no exercício profissional e que, portanto, precisa ser discutido em conjunto. Uma proposta agrupada precisa ser pensada e trabalhada, sob pena de existir um divórcio entre o que pleiteiam os tomadores de decisão da gestão do trabalho frente aos da educação.

Foi possível verificar que a implantação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL é considerada, até o momento, o maior avanço no processo de integração, permitindo a planificação das informações entre os países e maior controle e fiscalização dos profissionais que desejam transitar no Bloco. Igualmente, oportunizando atualização de dados, bem como a integração de informações dispersas nas instituições regulatórias. No entanto, as críticas, de modo geral, perpassam não só pelo seu conteúdo, incipiente na visão dos entrevistados, mas pela indefinição de sua validade temporal e pela morosidade com que esta implantação está acontecendo. Atualmente, sem data para entrar em vigor, considerando que a Resolução que aprova a implementação desta, data de 2004.

No Brasil, especificamente, a nosso ver, existe um impasse jurídico entre os conselhos profissionais e o Ministério da Saúde, visto que são os conselhos que detêm as informações sobre os profissionais e é o Ministério da Saúde o designado, por meio da Resolução 27/04 a tramitar esses dados. Fato é que até o momento, a despeito do Ministério ter apresentado a Plataforma Arouca como a melhor e mais confiável ferramenta para a disponibilização desses dados pelos conselhos, nenhum acordo foi assinado.

O estudo demonstrou também que há disparidades entre os Estados Partes, tanto em índices demográficos (no campo populacional, em extensão territorial, etc.), quanto sócio-econômicos (PIB, IDH, etc.) e na área da saúde (taxa de fecundidade, taxa de mortalidade, expectativa de vida, etc.). No caso da odontologia, foco do nosso estudo, as disparidades entre esses países são acentuadas. Assim, enquanto o Brasil detém 203 instituições, o outro Estado Parte que possui mais estabelecimentos formadores é a Argentina, com apenas 16. Devemos considerar que, a grosso modo, o mercado de trabalho brasileiro, tem absorvido este contingente de profissionais, porém se a tendência à expansão maciça dos cursos de odontologia continuar poderemos assistir a uma dificuldade de manutenção na qualidade do ensino e consequências no mercado de trabalho, em vista do número exacerbado de egressos. Já na Argentina, uma menor procura pelo curso de odontologia pelos egressos do ensino médio, quando comparado a outros cursos da saúde, dá pistas de uma possível queda no prestígio da profissão. Com relação à dependência administrativa é o Paraguai que apresenta similaridade ao Brasil, cuja formação está primordialmente a cargo do setor privado.

Percebemos que a Argentina também passa pelo movimento de assalariamento de seus profissionais. Fato este arrolado a problemas conjunturais, cuja probabilidade de atingir os demais Estados Partes é muito grande, mas devido à falta de publicações não foi exposto neste estudo. Esta se constitui numa limitação do estudo, quando da escassa existência de estudos relativos à regulação profissional nos demais Estados Partes.

Foi demonstrado que enquanto na Argentina e Uruguai o mercado de trabalho no setor público é incipiente, Brasil e Venezuela têm neste mesmo setor seu grande empregador. Considerada a extensão territorial do Brasil, bem como as políticas públicas de saúde que nos últimos anos tem sido responsável pela inserção de muitos odontólogos, o caracterizando como um mercado aberto e em expansão; poderá este país se constituir num polo de atração para profissionais dos demais países?

Sobre o modo de regulação, enquanto no Paraguai e Uruguai se estabeleceu regulação administrativa direta pelo Estado; no Brasil e na Venezuela, o Estado concedeu à profissão o direito de se auto-regular. Já a Argentina apresenta estes dois modos de regulação: a regulação está primordialmente a cargo dos Colégios Profissionais das províncias e de uma maneira residual com o próprio Ministério da Saúde. Também devemos registrar que o Brasil é o único que detém sindicatos específicos da categoria dentre esses países.

Com relação à percepção dos entrevistados, apesar de conhecerem os diferentes modos de regulação profissional, eles têm dificuldade em avaliar se os mesmos se tornariam um entrave ao processo de integração. De um modo geral, eles apontam para a necessidade de correlação nos códigos de ética, uma vez que este contenha premissas básicas que evitem a circulação de “maus profissionais” pelo Bloco. Em que pese acharem que o mercado se auto-regulará, num primeiro momento visualizam impacto negativo neste mercado podendo resultar em um rebaixamento dos valores de serviços odontológicos, ou ainda levar a um receio de concorrência por parte da categoria no Brasil.

No que tange aos itens que necessitam de regulação para o livre trânsito de profissionais, os entrevistados analisaram apenas o aspecto dos currículos e apontam para a necessidade de uniformização destes, embora imaginem que sejam muito díspares, sobretudo por acreditarem que a formação nos outros Estados Partes esteja aquém da formação oferecida no Brasil. Sobre os itens do exercício profissional voltados diretamente ao mercado de trabalho que necessitam de regulação para o livre trânsito, quando se referem ao setor privado, acreditam que a ausência da uniformização nos direitos trabalhistas e a não equivalência nas oportunidades de trabalho em todos os Estados poderão levar a um preconceito da qualidade da assistência oferecida pelos odontólogos provenientes de outros Estados Partes. Acreditam, ainda, que haverá um trânsito para o Estado Parte que oferecer melhores oportunidades de trabalho ou que o país estiver vivendo um bom momento no seu sistema econômico.

No que diz respeito às ações do SGT 11, as respostas dos entrevistados reafirmam os resultados exibidos no capítulo V. Na visão destes, os pontos positivos do Fórum Permanente para o Trabalho em Saúde do MERCOSUL a serem destacados giram em torno da oportunidade de ampliação das discussões da implantação da Matriz Mínima e de outras decisões na área da saúde, bem como a possibilidade de gestão democrática deflagrada por este Fórum. Por outro lado, afirmam que as discussões são morosas e falta especificação dos objetivos do referido Fórum para o livre trânsito de profissionais. Já a implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no MERCOSUL, na visão dos entrevistados, apesar de ser importante como passaporte entre os Estados Partes, é discutida há muito tempo, sem conclusões. Além de considerarem que seu conteúdo é insuficiente no espaço destinado a informações éticas, e que isto poderá despertar receios de concorrência aos odontólogos brasileiros.

A nosso ver, um dos pontos mais importantes e que pouco se tem aventado sobre o assunto, é o fato de que ao invés de se discutir sobre uma uniformização na formação destes profissionais, o que se aproximaria da natureza da integração regional; as questões que começam a ser problematizadas pelo Ministério da Saúde, giram em torno do conteúdo da prova de proficiência, para a revalidação dos diplomas. Em que pese o fato de que implementada a Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL, ainda se fará obrigatória a revalidação do diploma no país destino para a circulação do profissional entre os países, a prova de proficiência é um abrigo de mercado para a odontologia no Brasil quando consideramos que importantes disparidades na regulação da profissão de odontologia entre o Brasil e os demais Estados Partes estão presentes em quase todos os aspectos. Neste contexto, indagações emergem: Será que os profissionais estão receptivos à integração destes serviços ou existe o “receio de concorrência”? Que consequências se avizinham a este processo de integração? Considerando a cultura dos países e a autonomia das universidades, como se dará a homogeneização da formação profissional? O

entendimento do que é uma assistência satisfatória, terá o mesmo significado em todos os Estados Partes?

Estas entre outras questões surgem quando nos deparamos com as demandas deste processo de integração em curso no MERCOSUL. Ademais, os debates no âmbito da odontologia têm se restringido à cúpula dos conselhos, sindicatos e associações e isto pode ser pernicioso para a categoria. Estanques são os informativos do CFO e apenas duas foram às vezes em que a categoria, em eventos fechados, se reuniu para se aprofundar no assunto. Entendemos ser necessário divulgar o processo e chamar a categoria como um todo para contribuir com o mesmo, para que não se sintam reféns dos próprios representantes. A categoria pode e deve estar atenta às alterações pertinentes ao seu mercado de trabalho.

Uma vez identificada a necessidade de se avançar na eleição de marcos regulatórios necessários para a livre circulação dos odontólogos, sugerimos algumas ações, como:

- 1 – a adoção de um código de ética que possa ser abrangente e simultaneamente capaz de respeitar as diferenças culturais próprias de cada Estado Parte;
- 2 – a constituição de um espaço de discussão similar ao Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde nos demais Estados Partes, que oportunize a participação de profissionais de saúde no debate;
- 3 – a redefinição de um prazo para implementação da Matriz Mínima de registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL, bem como a revisão de seu conteúdo e o estabelecimento de uma validade temporal para a mesma;
- 4 – a compatibilização dos currículos de formação, à luz da experiência da União Européia;
- 5 – a equivalência de direitos trabalhistas e oportunidades no mercado de trabalho para os odontólogos, no âmbito do MERCOSUL;

6 – o direcionamento das políticas de incentivo à fixação de odontólogos prioritariamente em cidades interioranas e de fronteira, em todos os Estados Partes, como forma de reorientar o excedente de profissionais concentrados nos grandes centros urbanos, colaborando para que um possível fluxo de profissionais possa ocorrer de forma favorável aos mercados de trabalho envolvidos.

Finalmente, interessante e necessário é a realização de novos estudos sobre os processos regulatórios e de mercado de trabalho das profissões de saúde, contemplando o processo de integração em andamento. Por igual, entendemos que a questão da formação é tema primordial na integração e devido à sua relevância e profundidade, requer um estudo à parte.

REFERÊNCIAS:

1. Ianni O. Teorias da Globalização. Rio de Janeiro: Civilização, 2002. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/23574498/IANNI-Otavio-Teorias-da-Globalizacao> Acessado em: 04/08/2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Fórum Permanente do MERCOSUL para o trabalho em Saúde. 2ª. Edição – Brasília, Ministério da Saúde, 2010.
3. Draibe SM. Coesão social e integração regional: a agenda social do MERCOSUL e os grandes desafios das políticas sociais integradas. Cad. Saúde Pública; 2007, 23 Sup 2:S174-S183.
4. Moran M, Wood B. States, Regulation and the Medical Profession. Buckingham: Open University Press, 1993.
5. Carr-Saunders AM, Wilson PA. The Professions. Oxford: Clarendon Press, 1933.
6. Machado MH. Os Médicos e sua Prática Profissional: As Metamorfoses de uma Profissão. [Tese]. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1996.
7. Parsons T. Essays in Sociological Theory. New York: Free Press, 1939.
8. Greenwood E. Attributes of a profession. Social Work, 1957, (2): 5-45.
9. Gonçalves CM. Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento. Revista da Faculdade de Letras: Sociologia; 2007/2008, (17/18): 177-224. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/9224> Acessado em: 18/02/2012.
10. Barber B. Some problems in the sociology of the professions. In: Lynn K.(org). The professions in America. Boston: Houghton Mifflin Company, 1965, p. 669-688.
11. Goode WJ. Community within a community: the professions. American Sociological Review, 1957, 22 (2): 194-200.

12. Abbott A. The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1988.
13. Wilensky HL. The Professionalization of Everyone? The American Journal of Sociology; 1964, LXX (2): 137 – 58. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2775206> Acessado em: 07/03/2012.
14. Moore W. The Professions: Roles and Rules. New York: Russel Sage Foundation, 1970.
15. Freidson E. Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge: with a new afterword. London & Chicago: The University of Chicago Press, 1988. Disponível em: <http://books.google.com.br/books> Acessado em: 27/02/2012.
16. Larson M. The Rise of Professionalism. A sociological analysis. London: University of California Press, 1977.
17. Freidson E. Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política. São Paulo: EDUSP, 2001.
18. Boyer R. La Teoria de La Regulacion: um analisis critico. Centro de Estudios e Investigaciones Laborales. Editorial humanitas, 1989.
19. Conceição OAC. Instituições, crescimento e mudança na ótica institucionalista. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser, 2001.
20. Médici AC. A regulação do trabalho no âmbito da saúde. Ensaio FEE, 1995, 16(1): 356-79.
21. Girardi SN. Dilemas da regulação profissional na área da Saúde: questões para um governo democrático e inclusionista. Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo; 2002, Ano 8, (15): 67-85.
22. Girardi SN. A regulação dos recursos humanos em saúde e a reforma do setor saúde em países da América Latina. OPAS, Perfil de los Sistemas de

Salud. Washington D. C., 2004. Disponível em: www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF47.pdf Acessado em 14/01/2012.

23. Pardell H. Sobre La regulación de La profesión médica. Situación actual y perspectivas de futuro em España. Revista Medicina Clínica (Barcelona); 2009, 132 (1): 18-23. Disponível em: www.essevier.es/medicinaclinica Acessado em 27/12/2011.

24. Nigenda G, Arroyo J, Machado MH, Castrillon MC. Changes in the regulation of the medical profession in the context of the health care reform in five Latin American countries. Soderlund N, Mendonza-Arana P. (orgs.).The new public-private mix in health: exploring the changing landscape. Geneva. Alliance for Health Policy and Systems Research, 2003.

25. Dussault G. Lições da reforma do sistema de saúde do Québec. In: Buss PM., Labra ME. Sistemas de saúde, continuidades e mudanças: Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec. São Paulo: HUCITEC; 1995, p. 245-59.

26. Marinho MJMC Profissionalização e credencialismo: a política das profissões. Rio de Janeiro: SENAI/DN/DPEA, 1986.

27. Hovekamp TM. Professional associations or unions? A comparative look. Library Trends; 1997, 46(2): 232-44.

28. Fernandes RF. A Legitimação para as Demandas Coletivas no Processo de Trabalho – A Legitimação Sindical Privilegiada. [Dissertação]. São Paulo: USP, 2010.

29. Comin AA, Oliveira CAB. O Mundo do Trabalho: crise e mudança no final do século. São Paulo: Clássica, 1994.

30. Delgado MG. Curso de Direito do Trabalho. 2ª. Ed. São Paulo: LTR, 2003.

31. Souza DB. Globalização: A Mão Invisível do Mercado Mundializada nos Bolsões da Desigualdade Social. Boletim Técnico do SENAC, 1996, 22 (2). Disponível em: <http://www.senac.br> Acessado em 12/09/2011.

32. Ramalho JR. trabalho e Sindicato: Posições em Debate na Sociologia Hoje. Dados[online]; 2000, 43(4).
33. Cardoso AM. A Filiação Sindical no Brasil. Dados[online], 2001, 44 (1).
34. Conselho Federal de Odontologia (CFO) – Histórico. Disponível em: <http://cfo.org.br/historico/> Acessado em: 23/04/2011.
35. Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos, 2000.
36. Fernandes Neto AJ. A evolução dos cursos de Odontologia no Brasil. Revista da ABENO; 2002, 2(1): 55-56.
37. Lombardo I. Reflexões sobre o Planejamento do Ensino de Odontologia. Revista da ABENO; 2001, 1(1): 17-24.
38. Pelissari LD, Basting RT, Florio FM. Vivência da realidade: o rumo da saúde para a odontologia. Revista da ABENO; 2005, 5(1): 32- 9.
39. Botazzo C, Freitas FT. Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas. São Paulo: UNESP, 1998.
40. Pretto SM, Franco F. Visitas domiciliares como estratégia de educação em saúde. Revista Ação Coletiva, 1999,11 (3): 54-61.
41. Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. Rev. da ABENO, 2004, 4 (1): 17-21.
42. Cardoso AL. Transformação da Prática Odontológica: educação em saúde em seu contexto. [Monografia]. Rio de Janeiro: UNIGRANRIO, 2003.
43. Lascalla NT. Prevenção na clínica odontológica: promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
44. Teixeira MCB, Valença AMG. A importância da educação em saúde no ensino universitário: o caso da odontologia. Rev. Fluminense de Saúde Coletiva, 1998, (3): 7-33.
45. Oliveira ES, Vieira ALS, Cardoso AL, Amâncio Filho A, Garcia ACP. Odontologia. In: Vieira ALS, Amâncio Filho A. (orgs.). Dinâmica das

Graduações em Saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz, 2006, p.89-112.

46. Lemos CLS. A implantação das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil: algumas reflexões. Rev. da ABENO, 2005, 5 (1): 80-85.

47. Aquilante AG, Tomita NE. O estudante de Odontologia e a educação. Rev. da ABENO, 2005, 5 (1): 6-11.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília-DF, 2006a.

49. Medeiros UV, Gandarão GC. Aspectos Atuais do Mercado de Trabalho Odontológico no Brasil. RBO Nacional, dez. 08/jan.09, 16(6): 351-55.

50. Secco LG, Pereira MLT. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. Ciência e Saúde coletiva; 2004, 9(1): 113-20. <http://www.scielo.br> Acessado em: 18/02/2006.

51. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa (INEP). Censo da Educação Superior. Evolução da Educação Superior – graduação. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/censo-da-educacao-superior/evolucao-1980-a-2007> Acessado em: 12/04/2012

52. Paranhos LR, Ricci ID, Bittar TO, Scanavini MA, Ramos AL. Análise do mercado de trabalho odontológico na região Centro-Oeste do Brasil. ROBRAC; 2009, 18(45): 48-55.

53. Carvalho CL. Dentistas Práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. [tese] Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003.

54. Pereira Neto AF, Rocha SLA. Além da norma: notas sobre dois códigos de ética médica brasileiros (1931-1988). Saúde em Debate; 1995, (460):23-7.

55. Amarin AG, Souza ECF. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010, 15 (3): 869-78.
56. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil Atual e Tendências do Cirurgião-Dentista Brasileiro. Maringá: Dental Press, 2010.
57. Associação Brasileira de Odontologia (ABO) – História. Disponível em: <http://www.abo.org.br/historia.php> Acessado em: 23/04/2011.
58. Federação Nacional dos Odontologistas (FNO) – História. Disponível em: <http://www.fno.org.br/index.php> Acessado em: 23/04/2011.
59. Federação Interestadual de Odontologistas (FIO) – Quem Somos. Disponível em: http://www.fio.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=62 Acessado em: 23/04/2011
60. Zanetti CHG. As Marcas do Mal-estar Social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de Saúde Bucal no Brasil dos anos 80. [Dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1993.
61. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Principais Resultados. Brasília-DF, 2011.
62. Pinto VG. A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnóstico e Caminhos a Seguir. Brasília: Santos, 1983.
63. Conselho Federal de Odontologia (CFO) – Dados Estatísticos. Disponível em: <http://cfo.org.br/dadosestatisticos/> Acessado em: 18/03/2012.
64. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa de população 2012. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012 Acessado em 19/09/2012.

65. Girardi SN, Carvalho CL. Mercado de Trabalho e Regulação das Profissões de Saúde. In: Negri B, Faria R, Viana ALD. (orgs.) Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. São Paulo: UNICAMP; 2002, p. 221-256.
66. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Assistência Médico-Sanitária. 1992, 2002, 2005 e 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acessado em: 25/03/2011.
67. Dedecca CS, Proni MW, Moretto A. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: Negri B, Giovanni G. (orgs.). Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: Unicamp/Instituto de Economia, 2001, p. 175-216.
68. Varella TC. Mercado de Trabalho do Enfermeiro no Brasil: configuração do emprego e tendências no campo do trabalho. [Tese]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006.
69. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Brasília-DF, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php Acessado em: 25/05/2012.
70. Brasil. Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal: registro de uma conquista histórica. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11. Brasília-DF, 2006b.
71. Cardoso AL. Mercado de trabalho dos odontólogos e expectativas dos graduandos. [Dissertação] Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007.
72. Mendes HJ. A relação entre cirurgiões-dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru-SP.[Dissertação]. São Paulo: F.O. USP, 2005.
73. Bahia L. Mudanças e Padrões das Relações Público- Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil. [Tese]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999.
74. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. Revista da ABENO; 2004, 4(1): 30-7.

75. Coutinho M, Hoffmann AR, Kfuri R. Rx da Integração Regional. Observatório Político Sul-Americano. Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro IUPERJ/UCAM. Estudos e Cenários, maio, 2007. Disponível em: <http://www.observatorio.iuperj.br> Acessado em: 25/06/2010.
76. Silva LT. Política Externa Brasileira para o MERCOSUL: interesses estratégicos e crise da integração regional. [Dissertação] São Paulo: USP, 2006.
77. Pinto HEMA Estratégia e Integração Econômica Regional na América Latina: o caso da Comunidade Andina. [tese]. São Paulo: USP, 2006.
78. União Européia. A Europa em 12 lições. Disponível em: http://europa.eu/abc/12lessons/lesson_2/index_pt.ht Acessado em 08/01/2012.
79. Silva LEFP. Reconhecimento das Qualificações Acadêmicas e Profissionais na UE – Entrave ou Motor à Mobilidade. [Dissertação]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010.
80. Peixoto J. Migrações e Políticas Migratórias na União Européia: livre circulação e reconhecimento de diplomas. *Análise Social*; 2001, XXXVI (158-159): 153-83.
81. European Commission. The EU Single Market. Directive 2005/36/EC_Policy Developments. Disponível em:
http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation_en.htm Acessado em 10/01/2012.
82. Leão C. Mobilidade do fisioterapeuta na União Européia. O caso português. [Dissertação] Lisboa: FCSH-UNL, 2008.
83. Wismar M, Maier CB, Glinos IA, Dussault G, Figueiras J. Health Professional Mobility and Health Systems: Evidence from 17 European Countries. *World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies*; 2011, 13 (2): 1-12.

84. Vieira ALS. Os Enfermeiros nos países do MERCOSUL: um estudo comparado da (i)mobilidade no mercado de trabalho em saúde. [tese] Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Néri/UFRJ, 1998.
85. Kravitz A, Treasure E. Manual of Dental Practice. The Council of European Dentists, 2008.
86. Sodré F. Políticas Globais de Saúde: A Constituição de Novas Lutas Sociais no Campo da Saúde Coletiva. [tese]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007.
87. Mariano KLP. A Atuação da Comissão Parlamentar Conjunta e do Subgrupo de Trabalho-10 no MERCOSUL. [Tese]. São Paulo: UNICAMP, 2001.
88. MERCOSUL. FOCEM. Disponível em: http://www.mercosur.int/t_generic.jsp?contentid=385&site=1&channel=secretaria&seccion=7 Acessado em: 31/03/2011.
89. MERCOSUL/CMC/DEC. No. 30/06. Orientações para o avanço da liberalização do comércio de serviços no MERCOSUL. Disponível em: <http://www.mercosur.int/show?contentid=1039> Acessado em: 31/03/2011.
90. Giovanella L. et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. Cad. Saúde Pública; 2007, 23 Sup 2: S251-S266.
91. Dal Prá KR, Mendes JMR, Miotto RCT. O desafio da integração social no MERCOSUL: uma discussão sobre a cidadania e o direito à saúde. Cad. Saúde Pública, 2007, 23. Sup 2:S164-S173.
92. Gallo E, Costa L. (org.) SIS-MERCOSUL: uma agenda para integração. Brasília: OPAS; 2004. (SérieTécnica – Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde 9).
93. Welz LA Saúde no Processo de Integração no Âmbito do MERCOSUL: um estudo de suas resoluções e acordos. [Dissertação] Paraná: UNIOESTE, 2009.

94. Aguiar Filho W. A gestão do trabalho em saúde no MERCOSUL. [Dissertação] Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2012.
95. Machado MH, Aguiar Filho W. MERCOSUL: Avanços e Perspectivas do Exercício Profissional no Setor Saúde. In: Pierantoni CR. et al. Trabalho e educação em saúde no MERCOSUL. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, 2008, p. 203-26.
96. Schapira MV. La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*; 2003, 10(3): 955-77.
97. Abramzón MC. Argentina: Situação dos Recursos Humanos em Saúde. In: OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUL/ Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, p. 47-74.
98. Abramzón MC. La dotación de Recursos Humanos em Salud: Argentina em 2004. In: Pierantoni C. R. et al. Trabalho e educação em saúde no MERCOSUL. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Europa, 2008, p. 27-62.
99. Asociación Odontológica Argentina (AOA). Disponível em: <http://www2.aoa.org.ar/Section.aspx?Id=3730> Acessado em: 23/04/11.
100. Confederación Odontológica De La República Argentina (CORA). Disponível em: http://cora.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=92&Itemid=159 Acessado em: 23/04/2011.
101. Uruguai. Ministerio de Salud Pública. Primer censo nacional de salud de recursos humanos em salud. Departamento de Habilidad y Control de Profesionales de la Salud, 2010.
102. Asociación Odontológica Uruguay (AOU). Disponível em: <http://www.aou.org.uy/> Acessado em: 23/04/11

103. Paraguai. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Ley no. 836/80 Del Código Sanitário. Disponível em: <http://www.mspbs.gov.py> Acessado em: 01/03/2011.
104. OPAS. Perfil de los Sistemas de Salud de Paraguay: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington D. C., 2008.
105. Círculo de Odontólogos del Paraguay (COP). Disponível em: <http://www.cop.org.py/> Acessado em: 23/04/2011.
106. Universidad Central de Venezuela (UCV) – Facultad de Odontología. Disponível em: <http://www.ucv.ve/organizacion/facultad/facultad-de-odontologia/acerca-de-la-facultad/resena-historica.html> Acessado em: 24/09/2012.
107. Colégio de Odontólogos de Venezuela (COV). Disponível em: <http://www.elcov.org/> Acessado em: 22/09/2012.
108. Lopes Júnior C. Comparação entre códigos de ética ou deontológicos da odontologia de países ibero-americanos e o código de ética odontológica brasileira. [Dissertação] Bauru:USP, 2010.
109. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2010.
110. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
111. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1987.
112. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo: Atlas, 2001.
113. Tobar F, Yalour M. R. Como fazer teses em saúde pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
114. Bordieu P. Sociologia. São Paulo: Ática, 1983.

115. Velho G. Observando o Familiar. In, Nunes EO. (Org.) *A Aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. Disponível em: www.scribd.com/doc/25078528/Observando-o-Familiar

Acessado em: 04/08/2012.

116. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

Anexo I

Roteiro de Entrevistas

1 – Em 2009 foram contabilizadas 195 escolas de formação no Brasil, 16 escolas na Argentina e apenas 2 escolas de formação no Uruguai e Paraguai. O Ministério da Saúde do Brasil publicou em 2010 a relação entre o número de odontólogos por 10.000 habitantes no Brasil e demais Estados Partes, com os seguintes resultados: Brasil (9,5), Argentina (9,3), Uruguai (12,4) e Paraguai (3,8). Como você analisa a disparidade de oferta/demanda de odontólogos no MERCOSUL?

2 – Quais os itens que considera mais importantes que necessitam de resolução para o livre trânsito dos odontólogos no MERCOSUL no que se refere a:

2.1) Formação:

Informações básicas: (currículos similares, currículo único, carga horária, outros).

2.2) Mercado de Trabalho:

Informações básicas: (formas de inserção no mercado de trabalho, autonomia, setor público e privado; remuneração financeira por tipo de inserção no mercado; jornada de trabalho; registro unificado entre os Estados Partes).

3) Qual a sua avaliação sobre a regulamentação, registro e controle do exercício profissional dos odontólogos no Brasil, frente aos demais Estados Partes em que o Estado é o detentor de tais atribuições?

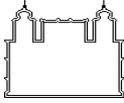
4) Na sua percepção, qual será o impacto no mercado de trabalho no Brasil quando da abertura do mercado de serviços odontológicos?

5) Em sua opinião o que seria necessário para regular o livre trânsito dos odontólogos nos mercados de trabalho dos países do Mercosul?

- 6) Que futuro vislumbra em relação ao livre trânsito de odontólogos no MERCOSUL?
- 7) Cite três prioridades que um Código de Ética Único para os odontólogos no MERCOSUL deveria conter.
- 8) Na sua percepção, que ações o Brasil tem desenvolvido em relação à perspectiva de livre trânsito dos odontólogos no MERCOSUL?
- 9) Qual a sua avaliação do processo de implementação da Matriz Mínima de registro de Profissionais de Saúde do MERCOSUL?
- 10) Na sua percepção, em que proporção o Fórum Permanente do MERCOSUL para o Trabalho em Saúde tem contribuído com a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional?

Anexo II

Ministério da Saúde



FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A odontologia no Brasil e a demanda de políticas regulatórias para o exercício profissional no âmbito do MERCOSUL”. Você foi selecionado por ser um ator fundamental na regulação do exercício profissional de odontologia no seu país, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo com a pesquisadora ou com a instituição a qual pertence. O objetivo geral deste estudo é analisar os marcos regulatórios da profissão de odontologia no Brasil, com vistas aos desfechos que a integração regional no MERCOSUL acarretará ao mercado de trabalho de odontologia no Brasil. Os objetivos específicos são: analisar a conformação da profissão dos odontólogos no Brasil, nos aspectos regulatórios que envolvem a entrada no mercado de trabalho, a estrutura do mercado de trabalho, os modos de remuneração e as práticas de concorrência e os requisitos para o livre trânsito entre os Estados Partes, visando a integração regional; analisar o processo de implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais da Saúde do MERCOSUL, já aprovada no MERCOSUL; descrever a atuação dos atuais fóruns e proposições de regulação do exercício profissional dos odontólogos no MERCOSUL; e conhecer a percepção das lideranças da categoria profissional dos odontólogos no Brasil, quanto à integração dos serviços de odontologia no MERCOSUL. Sua participação nesta pesquisa consistirá em se submeter a uma entrevista, que será aplicada pela pesquisadora, gravada, com a sua autorização e terá a duração média de cinquenta minutos, a qual contém perguntas relacionadas à formação, mercado de trabalho, regulação profissional em odontologia e, ainda, sobre integração regional no MERCOSUL, com vistas ao livre trânsito destes profissionais. O benefício da sua participação será por meio de sua contribuição para o conhecimento da sua percepção no processo de integração regional, no que tange o livre trânsito de odontólogos nos Estados Partes do MERCOSUL. Sua participação implica em risco de sua identificação, pois não há como garantir sigilo sobre sua participação, tendo em vista o cargo que ocupa e sua fala nas entrevistas. Entretanto, na busca de eliminar este risco não faremos a sua identificação nominal, pois sua participação será codificada numericamente (Entrevistado 1, 2...). O produto desta pesquisa será divulgado por meio de uma tese de doutorado e de artigos científicos. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora, ou a qualquer momento.

Pesquisador: Andréa Lanzillotti Cardoso

Assinatura:

Rua Leopoldo Bulhões 1480, sala 706. Tel.: 2598-2895. Manguinhos. CEP 21.041-210

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Leopoldo Bulhões 1480, térreo. Tel.: 2598-2863. Manguinhos. CEP 21.041-210

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura:

Local:

Data:

