



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE SAÚDE E BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

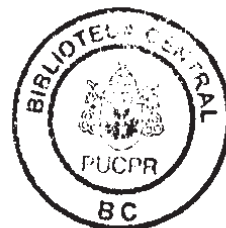
MARIA DA GRAÇA KFOURI LOPES

**A FEMINIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA: IMPACTOS NA FORMAÇÃO E NO
EXERCÍCIO PROFISSIONAL**

CURITIBA

2012

MARIA DA GRAÇA KFOURI LOPES



**A FEMINIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA: IMPACTOS NA FORMAÇÃO E NO
EXERCÍCIO PROFISSIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de concentração: Saúde Coletiva, da Escola de Saúde e Biociências, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Odontologia

Orientador: Prof. Samuel Jorge Moysés, Ph.D.

CURITIBA

2012

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

L854f
2012

Lopes, Maria da Graça Kfouri
A feminização da odontologia : impactos na formação e no exercício profissional / Maria da Graça Kfouri Lopes ; orientador: Samuel Jorge Moysés. – 2012.
138 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2012
Bibliografia: f. 112-119

1. Odontologia – Estudo e ensino. 2. Odontologia – Orientação profissional. 3. Cirurgiões-dentistas. 4. Ética profissional. I. Moysés, Samuel Jorge. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDD 20. ed. – 617.6

Biblioteca Central

A feminização da odontologia : impactos na

Ac. 310555 - R. 953993 Ex. 1

Doação - PPGO

Nf.: 08/04/2014

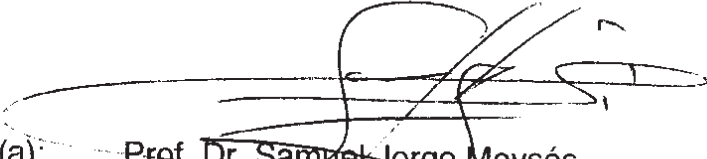


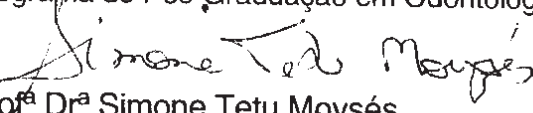
TERMO DE APROVAÇÃO


MARIA DA GRAÇA KFOURI LOPES

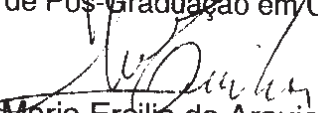
A FEMINIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA: IMPACTOS NA FORMAÇÃO E NO EXERCÍCIO
PROFISSIONAL


Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia
Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do
Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

Orientador (a): 
Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Beatriz Helena Sottile França
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR


Prof.ª Dr.ª Maria Ercília de Araujo
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, USP


Prof.ª Dr.ª Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFRGS

Curitiba, 01 de outubro de 2012.

Dedico este trabalho às mulheres
que conquistam espaços
importantes na vida produtiva
deste país, sem perder de vista
sua missão de cuidar das novas
gerações.

AGRADECIMENTOS

A todos, amigos e familiares que contribuíram para a realização deste curso e para a obtenção deste título tão almejado.

Aos queridos companheiros de curso Antonio, Izabel, Roberto, Marilisa, Herbert, Maria Lucia, Lucimara, Rafael, Solena, e Mariângela, pelo acolhimento carinhoso e parceria nas tarefas do curso.

Ao colega e amigo Antonio Carlos Nascimento, por sua ajuda indispensável na confecção desta tese que, em parte, só foi possível pela facilitação que ele proporcionou.

À Universidade Positivo, em especial aos Professores Oriovisto Guimarães e Arno Gnoatto por acreditarem que meu doutoramento engrandeceria o curso de Odontologia da Instituição que dirigem.

Agradeço aos mestres Samuel, Simone e Beatriz por sua delicadeza e elegância na condução das atividades do curso.

Meu agradecimento especial à orientação competente prestada pelo Dr. Samuel Jorge Moysés, que me acolheu com confiança e com a generosidade que só os privilegiados de espírito são capazes de demonstrar. Com certeza, em cada decisão que eu tomar daqui em diante, seja na academia ou em minha vida pessoal, haverá manifestações das lições que ele me permitiu aprender.

RESUMO

Este estudo refere-se ao tema da feminização da odontologia e seus impactos na formação e no exercício profissional. O fenômeno da feminização da profissão vem se confirmando e consolidando ao longo das últimas duas décadas, tanto no Brasil quanto em vários países do mundo entre eles Inglaterra, Bulgária, África do Sul, Holanda, Austrália, Suécia entre outros. A literatura relata que mulheres demonstram mecanismos próprios de escolha da profissão e conduzem suas carreiras de forma diferente da dos homens. A ética do cuidado, segundo estudos das ciências sociais e humanas, parece conferir ao gênero feminino uma preocupação acentuada com o bem-estar do outro. O objetivo deste trabalho é realizar uma análise crítica do papel da mulher como profissional de Odontologia em relação às características do gênero, além de investigar futuras implicações da feminização da odontologia no exercício da profissão. Foram aplicadas abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa com grupos amostrais compostos por alunos de graduação de odontologia e usuários de serviços de saúde bucal. Por meio de revisão integrativa da literatura, o primeiro artigo permitiu uma reflexão sobre os mecanismos masculinos e femininos de escolha da profissão e as diferenças de condução da carreira entre os gêneros. Ainda, discutiu em que medida a ética do cuidado, como atributo feminino, pode interferir no modo de agir de mulheres profissionais. O segundo artigo tratou de investigação qualitativa junto a estudantes de odontologia, ingressantes e concluintes, de universidades pública e privada, em relação às suas motivações para cursar odontologia e suas pretensões e perspectivas para o exercício profissional. A metodologia utilizada neste artigo foi a de entrevista qualitativa coletiva, por meio de grupos focais dos quais 2 com integrantes masculinos e 2 com integrantes femininos. Foi utilizado o método de análise do discurso na interpretação dos dados. O terceiro artigo foi uma análise das eventuais diferenças de conduta de profissionais de ambos os gêneros, segundo percepção de usuários que avaliam a Atenção Primária à Saúde (APS) do Serviço Público de Saúde Bucal de Curitiba, Brasil. Foi um estudo quantitativo que utilizou a regressão logística para estabelecer relações entre a avaliação dos fatores e atributos da APS

e o gênero dos profissionais que prestam atendimento nas Unidades de Saúde pesquisadas. Concluiu-se que as mulheres escolhem odontologia, principalmente, por gostarem do trabalho com pessoas e têm como objetivo o emprego formal. Os homens fazem a escolha por desejarem *status* profissional, desenvolvimento de bons negócios e flexibilidade da prática autônoma. Enquanto homens desejam mais aprendizagem técnica e conhecimentos de administração de negócios na universidade, as mulheres reclamam das relações pessoais com os docentes e colegas, além da discriminação da qual seriam alvo. Para usuários, a preferência por profissionais homens gera melhor avaliação nos atributos de “Orientação Comunitária” e “Integralidade Clínica”. Os usuários que indicam sua preferência por mulher, avaliam melhor a escuta atenciosa. De modo geral, apesar da maioria de usuários manifestar preferência por dentistas do gênero feminino, este fato não interferiu significativamente na avaliação da APS por este universo amostral, mesmo em aspectos relacionados ao cuidado.

Palavras-chave: Odontologia, educação, exercício profissional, gênero feminino, gênero masculino, ética do cuidado.

ABSTRACT

This study refers to the issue of feminization of dentistry and its impact on training and professional practice. This phenomenon has been confirming and consolidating over the past two decades in Brazil and in countries around the world including England, Bulgaria, South Africa, Holland, Australia, Sweden and others. The literature reports that women show their own mechanisms to choose a profession and conduct their careers differently from men. The ethics of care, according to studies of social sciences and humanities, seems to give the female a strong concern about the welfare of the other. The aim of this paper is to promote a critical analysis about gender characteristics in the career development and to investigate the future implications of the feminization of Dentistry. Qualitative and quantitative studies were made. The sample groups were composed by undergraduates from public and private universities and patients of Oral Health Services. Through systematic literature review, the first article provides reflection about differences between the genders on choosing their careers and their behavior on carrer-driven. Also, this paper explores how the ethics of care interferes with the behavior of female dentists. The second article is a qualitative research with dental students of both genders, of public and private universities, aiming their motivations to choice Dentistry as career and their aspirations for professional practice. The method was a qualitative interview conference, through the development of focus groups with male and female members. The method for data analysis used was the discourse analysis. The third article proposes an analysis of any differences in the behavior of male and female professionals from the viewpoint of patients to assess the Primary Health Care (PHC) of the Public Dental Health of Curitiba, Brazil. It was a quantitative study used logistic regression to establish relationship between the evaluation of factors and attributes of the Primary Care in Public Health and the gender of professionals who provide care in health units surveyed. It was concluded that women choose dentistry, mainly because they enjoy working with people and aim to formal employment. Men make the choice for professional status, development of business and flexibility of independent practice. While men want more technical learning and knowledge of

business administration at the university, women complain of personal relationship with teachers and colleagues, and discrimination which would be targeted. For patients, the preference for male professionals, assessed better the APS attributes of "Community Orientation" and "Completeness Clinic". Patients who prefer to be assisted by women, emphasize attentive listening. Overall, although the majority of users to express preferences for female dentists, this fact did not affect significantly the evaluation of the APS for this sample universe, even in aspects related to care.

Key-words: Dentistry; dental education; career; female gender; male gender; ethics of care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Frequências relativas das díades criadas a partir da preferência de usuários pelo gênero do dentista.....	98
A- igual gênero (mulher / prefere dentista mulher e homem /prefere dentista homem.....	98
B- diferentes gêneros entre usuários e dentistas mulher/ prefere dentista homem e homem/prefere dentista mulher).....	98
Figura 2 –Frequências relativas às preferências dos usuários de ambos os gêneros diferentes gêneros dos dentistas.....	99
Figure 1-Paper 3.....	115
Figure 2-Paper 3.....	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –artigo 1– Passos da revisão sistemática da literatura.....	25
Tabela 1 -artigo 1- Steps followed during the systematic revision of the literature..	43
Tabela 1 -artigo 3. Estatísticas resultantes da comparação dos atributos e escores entre os grupos de usuários que preferem ser atendidos por dentistas do gênero masculino ou feminino.....	83
Tabela 2 -artigo 3. Síntese das comparações dos modelos ajustados por meio de regressão logística, para as díades gênero do usuários/gênero do dentista e da natureza das USs.....	84
Tabela 3 -artigo 3 Estatísticas das regressões logísticas realizadas para as díades de usuários em relação às preferências de gênero dos profissionais dentistas.....	86
Table 1- Paper 3.....	116
Table 2-Paper 3.....	118
Table 3-Paper 3.....	120

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	16
1.1 Objetivo Geral.....	17
1.2 Objetivos Específicos.....	17
2 ARTIGO 1-IMPACTOS DA FEMINIZAÇÃO PROFISSIONAL NA ODONTOLOGIA NA PERSPECTIVA DA ÉTICA DO CUIDADO.....	19
3 PAPER 1-IMPACTS OF PROFESSIONAL FEMINIZATION ON DENTISTRY FROM THE PERSPECTIVE OF THE ETHICS OF CARE.....	37
4 ARTIGO 2-DIFERENÇAS ENTRE OS GÊNEROS QUANTO ÀS EXPECTATIVAS PROFISSIONAIS DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA....	54
5 PAPER 2- GENDER DIFFERENCES IN DENTAL STUDENTS' PROFESSIONAL EXPECTATIONS.....	71
6 ARTIGO 3 A FEMINIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA E AS PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS PÚBLICOS SOBRE A QUESTÃO DE GÊNERO NOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL.....	91
7 PAPER 3 THE FEMINIZATION OF DENTISTRY AND THE PERCEPTIONS OF PUBLIC SERVICE USERS ABOUT GENDER ISSUES IN ORAL HEALTH.....	108
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	136
ANEXO 2- PCATool USUÁRIOS	137

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo refere-se ao tema da feminização da Odontologia e seus impactos na formação e no exercício profissional.

O fenômeno da feminização da profissão vem se confirmando e consolidando ao longo dos últimos 20 anos tanto no Brasil quanto em vários países do mundo entre eles Inglaterra, Bulgária, África do Sul, Holanda, Austrália, Suécia entre outros. Com base em dados obtidos de bases oficiais brasileiras, tem-se que o número de alunas nas universidades, em cursos de Odontologia, é aproximadamente três vezes maior que o de homens. Os registros do Conselho Federal de Odontologia mostram que o número de profissionais do gênero feminino ultrapassa o do gênero masculino, sendo que cerca de 60% são mulheres.

A literatura relata que mulheres demonstram mecanismos próprios de escolha da profissão e conduzem suas carreiras de forma diferente da dos homens. Os motivos podem estar relacionados ao papel historicamente determinado para a mulher, incluindo questões ligadas ao casamento, criação de filhos além de características que são próprias do gênero feminino e que determinam seu comportamento e seu papel social. A ética do cuidado, segundo estudos sociológicos e antropológicos, confere ao gênero feminino a preocupação acentuada com o bem-estar do outro. Esta pode imprimir ao modo de agir feminino a priorização da relação com as pessoas em detrimento da valorização das questões materiais. Tais fatores provocam condutas e perspectivas diferentes nas mulheres quando comparadas aos homens, especialmente no exercício profissional o que justifica a escolha do tema desenvolvido nesta tese.

A Odontologia é uma profissão que, historicamente, tem sido praticada com tendência ao biologicismo e ao aspecto curativo e atraiu, por muito tempo, a maioria de profissionais do gênero masculino. Neste novo cenário, feminizado, pode-se esperar que o exercício da odontologia apresente mudanças em relação ao que vem sendo observado até então. A presença majoritária da mulher na profissão é assunto que merece reflexão e pode se converter em tema de diversos estudos. Este trabalho introduz a discussão do comportamento da mulher enquanto profissional de odontologia sob a ótica da ética do cuidado. Pretende-se aprofundar a compreensão

das razões que levam a mulher a escolher a odontologia como profissão e se as características femininas podem alterar o perfil profissional.

1.1. Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho foi promover uma análise crítica do papel da mulher como profissional de Odontologia em relação às características do gênero. Além do que, investigar as possíveis futuras implicações da feminização no exercício da profissão.

1.2. Objetivos específicos

- 1) Promover uma revisão crítica da literatura acerca das questões de gênero entre profissionais da Odontologia e a influência da ética do cuidado nas diferenças de comportamento entre homens e mulheres;
- 2) Estudar o comportamento dos estudantes dos cursos de Odontologia, comparar os mecanismos de escolha pela profissão e as expectativas com o exercício profissional de ambos os gêneros;
- 3) Investigar a percepção do usuário quanto às diferenças de atendimento exercido por profissionais de ambos os gêneros.

A tese foi estruturada sob a forma de três artigos de pesquisa.

O primeiro realiza a discussão do referencial teórico utilizado para o desenvolvimento do trabalho como um todo. Por meio de revisão crítica e integrativa da literatura, este artigo permite reflexão sobre os mecanismos masculinos e femininos de escolha da profissão e as diferenças de condução da carreira entre os gêneros. Além disto, discute-se em que medida a ética do cuidado, como atributo feminino, interfere no modo de agir de profissionais do gênero feminino.

O segundo trata de investigação qualitativa junto a estudantes de Odontologia, ingressantes e concluintes de ambos os gêneros, de universidades pública e privada, em relação às suas motivações para escolha do curso e suas pretensões e perspectivas para o exercício profissional. A metodologia utilizada neste artigo foi a de entrevista qualitativa coletiva, por meio do desenvolvimento de grupos focais com integrantes masculinos e femininos. O método de análise de dados utilizado foi o de análise do discurso, defendido na literatura como estratégia para a compreensão de opiniões contextualizadas dos sujeitos de pesquisa.

O terceiro propõe uma análise das diferenças de conduta de profissionais, de

ambos os gêneros, segundo a percepção de usuários e a partir da avaliação da Atenção Primária do Serviço Público de Saúde Bucal de Curitiba, Paraná. Trata-se de um estudo quantitativo que utiliza o instrumento PCATool para a coleta de dados os quais são tratados por meio da regressão logística. Este método permitiu estabelecer relações entre a avaliação dos fatores e atributos da atenção primária e o gênero dos profissionais que prestam atendimento nas Unidades de Saúde pesquisadas.

2 ARTIGO 1

IMPACTOS DA FEMINIZAÇÃO PROFISSIONAL NA ODONTOLOGIA NA PERSPECTIVA DA ÉTICA DO CUIDADO

***aceito para publicação no Journal of Dental Education, em março de 2012.

2.1 RESUMO

O aumento de mulheres na Odontologia é marcante e o fenômeno se repete em vários países. Os mecanismos comportamentais para a escolha da carreira diferem entre homens e mulheres. Nestas, a inclinação para o cuidado com o outro se mostra mais presente do que no gênero masculino. O objetivo deste artigo foi discutir as razões que levam as mulheres a escolher a Odontologia como profissão e o impacto da feminização no perfil atual e futuro da profissão, fundamentando a discussão na ética do cuidado, atribuída ao gênero feminino. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura no período de publicação de 2000-11. Enquanto os homens escolhem a Odontologia pela oportunidade de bons negócios, as mulheres pautam-se no relacionamento com pessoas e na flexibilidade da prática profissional. O número de horas trabalhadas pelas mulheres é menor, apresentam mais interrupções na prática e preferem se dedicar menos à clínica privada. Para os usuários e auxiliares as mulheres investem mais tempo com os pacientes, são mais gentis, delicadas e amigáveis na comunicação. Conclui-se que as características femininas podem imprimir à profissão uma maior preocupação com a promoção de saúde e o bem estar do outro em lugar da tradicional Odontologia baseada em procedimentos curativos.

Palavras-chave: odontologia; carreira; gênero feminino; gênero masculino; ética do cuidado

2.2 INTRODUÇÃO

O aumento do percentual de mulheres no ensino superior brasileiro é um fenômeno documentado. Pelos dados do Censo da Educação Superior, em 2008 as mulheres detinham o percentual de 55% do número total de matrículas¹ e, em 2009,

o número de mulheres era de 58% e 76,2% do número total de concluintes nos cursos presenciais e à distância, respectivamente². No segmento profissional da saúde, as mulheres despontam como maioria há alguns anos^{3,4}. As ocupações na área da saúde – assim como no magistério, nas artes e nas ciências sociais – constituem o que alguns estudiosos denominam de “guetos” profissionais femininos^{1, 5}. O fenômeno da feminização na saúde vem se confirmando e consolidando em praticamente todas as profissões da área. No caso da Odontologia, utilizando como referência dados de matrículas de 2010 obtidos de levantamento realizado em quatro universidades de Curitiba, Paraná, e no Censo da Educação Superior 2009², evidenciou-se uma proporção de 1 aluno do gênero masculino para 3 do gênero feminino.

Contudo, é igualmente reconhecido que, apesar das mulheres representarem, atualmente, um alto contingente nas universidades e constituírem mais da metade da população economicamente ativa, sua participação no mundo do trabalho ainda é marcada por desigualdades e desafios na condução de suas carreiras⁶⁻¹⁰.

No exercício da Odontologia, queixas de desigualdades são encontradas na literatura. As dentistas suecas relatam que não gozam de influência em grandes decisões e que lhes falta interação com a chefia e com os demais colegas, enfatizando que o componente mais importante do trabalho é de ordem moral e não de negócios¹¹. Na Inglaterra, quando as mulheres exercem atividades em emprego formal, apesar de serem em maior número, ocupam posições inferiores na hierarquia no *National Health Service* (NHS) e no Hospital de Serviços Odontológicos¹². Na Austrália, elas são maioria no serviço público mas se queixam que seus salários são menores¹³. A hegemonia e prestígio masculino na profissão se confirmam quando se analisa o perfil demográfico dos docentes em cursos de Odontologia. Na Irlanda, 64% do contingente de docentes universitários na área é masculino, caracterizando um regime dominado por homens¹⁴. Na Espanha, nos cursos de Medicina e Odontologia da Universidade de Córdoba, apesar da maioria de estudantes do gênero feminino, esta proporção não se refletiu no corpo docente. Em 2003, as proporções de professores homens e mulheres eram de 58% e 42%, respectivamente. Além do que, os cargos de direção são, na maioria ocupados por homens. As mulheres estão mais restritas a postos de auxiliares docentes¹⁵

Atualmente as mulheres constituem 28% dos docentes das escolas de Odontologia nos EUA, 22% dos diretores, e 31% do total de administradores acadêmicos ¹⁶.

Essas desigualdades devem ser consideradas para o melhor entendimento das repercussões do crescimento do número de profissionais do gênero feminino na Odontologia. Tais podem ter origem nos mecanismos comportamentais de escolha e exercício da profissão e das representações sociais que permeiam o modo de agir de homens e mulheres.

2.2.1 A escolha da profissão: diferenças entre os gêneros

A literatura sugere haver diferenças entre os gêneros na escolha das carreiras profissionais, seja em aspectos mais conhecidos em estudos da sociologia das profissões, como os relativos ao prestígio social profissionalmente auferido, ou as expectativas de rendimentos, seja em aspectos que podem ser relacionados à maturidade vocacional. Parece haver um mecanismo psicológico de escolha da profissão, determinante para explicar o número maior de mulheres em algumas áreas e menor em outras, como é o caso das ciências exatas. As mulheres sinalizaram maior tendência do que os homens em retratar dificuldades de inserção no mercado de trabalho e, por isto, buscam mais informações sobre o mundo ocupacional, enquanto os homens planejam melhor suas carreiras^{5,17}.

O planejamento da carreira ainda se concretiza mediante a conformação social dos papéis masculino e feminino e há diferenças entre eles. O gênero masculino manifesta maior clareza de seu lugar na sociedade, talvez como reminiscência histórica, tendendo a escolher as profissões de acordo com regras socialmente construídas. Em contrapartida, a mulher que avança no mundo do trabalho, ocupando funções tradicionalmente masculinas, tem maior dificuldade em decidir seu futuro com base apenas na vocação ¹⁸. A mulher decide apoiada em aspectos que transcendem a carreira e o trabalho. A empreitada de escolha da profissão está tradicionalmente vinculada a um plano de vida maior, que inclui constituir família e ter filhos, o que pode se contrapor à tarefa de planejar uma carreira. Há uma dificuldade na seleção de um lugar no mercado de trabalho que pressuponha a exclusão da escolha da maternidade¹⁹, por isto parece haver uma identidade maior com características profissionais estereotipadas, relativas ao gênero

feminino. São mais influenciadas pelas constantes discriminações e possuem, desde a infância, uma educação voltada à satisfação de determinadas necessidades sociais. Alguns dos valores, historicamente e ainda hoje, reforçados na educação das mulheres incluem: cuidado, apego, interdependência e relacionamento; para os homens, as características definidoras da maturidade são, em essência: separação, autonomia e diferenciação²⁰.

A incorporação de valores socialmente aceitos como femininos foi historicamente estimulada pela família, sobretudo pelos pais. Este paradigma vem sendo desconstruído, haja vista o número crescente de matrículas femininas nas universidades que sugere uma mudança de atitude da família em relação às expectativas com o futuro das filhas¹⁹. Contudo, as representações longamente construídas pelo coletivo não podem ser desconsideradas, subitamente, quando se analisa a situação da mulher no mundo do trabalho. O aumento do número de mulheres em profissões tipicamente masculinas têm sido relativamente lento. O gênero feminino tende a se afastar de atividades que exijam certos pré-requisitos historicamente atribuídos aos homens. As carreiras mais atrativas para as mulheres são aquelas que estão associadas ao cuidado com o outro. Dentre elas, o magistério, a prestação de serviços de saúde, as artes, a moda, a biologia e outras¹. Tais atividades têm relação com características socialmente atribuídas às mulheres, que são o cuidado e a sensibilidade humana e estética²¹.

Características evidenciadas por testes de personalidade e de autoconceito auxiliam na explicação das relações de trabalho quanto ao gênero, que se revelam altamente contraditórias quando se trata do exercício do poder e das satisfações pessoais, especialmente nas organizações. Em análise do discurso de homens e mulheres, constata-se que a ideologia dos entrevistados reforça a diferença de tratamento pelas instituições, satisfação com o trabalho e exercício do poder decisório entre homens e mulheres. Enquanto os homens se pronunciam assumindo um autoconceito de superioridade, atribuído às diferenças biológicas, as mulheres se confessam discriminadas, insatisfeitas e sem grandes ilusões de crescimento profissional já que ocupam, em sua maioria, cargos de menor hierarquia²². Os estereótipos muitas vezes são reforçados pelas próprias mulheres, num eco ao discurso dos homens. Tanto homens quanto mulheres, ocupantes de cargos médios diretivos em empresas americanas, expressam a crença de que as qualidades para

o exercício de cargos de direção são masculinas e que o sucesso de homens nestas atividades se deve a características inerentes ao gênero²³. Todo o processo de construção desta crença parece emergir da importância socialmente atribuída à força física e superioridade intelectual, que dá suporte ao ideal de homem provedor enquanto responsável pela subsistência da família. Ora, tais atributos, na era da informação, já deixam de ser decisivos para a sobrevivência e para uma vida com qualidade. Mas o que se percebe no imaginário tanto de homens quanto de mulheres, é que as representações de gênero não se alteraram significativamente com o passar dos anos, apontando para um atavismo que parece decorrer de questões muito mais biológicas e físicas do que psicossociais e cognitivas. Na escolha de suas carreiras, as mulheres priorizam o altruísmo e a qualidade de vida como motivações enquanto homens valorizam o empreendedorismo e a autonomia²⁴. Não obstante, há fatos indicando que as diferenças entre os gêneros não se prendem às aptidões demonstradas por homens e mulheres²⁵. Ainda assim, com os dados de investigações demonstrando similar distribuição de aptidões entre os gêneros, isto não se reflete numa semelhante distribuição na escolha de carreiras por homens e mulheres.

De acordo com a Fundação Carlos Chagas, em relatório sobre Mulheres no Mercado de Trabalho²⁶, encontra-se uma proporção de maioria absoluta de mulheres em ocupações socialmente classificadas como femininas. Nas profissões da saúde, confirma-se o peso das características femininas socialmente construídas tais como cuidado e sensibilidade. Com exceção da medicina, as demais profissões da saúde apresentam um número de mulheres atuantes, notadamente maior do que o número de homens. Os exemplos mais representativos estão na Farmácia, na Fisioterapia, na Psicologia e na Nutrição com 63%, 95%, 89%, 95% de mulheres, respectivamente.

2.2.2 O cuidado como atributo feminino

A escolha por estas ocupações que pressupõem o cuidado com o outro, entre elas a Odontologia, pode estar relacionada com o atributo do cuidado cuja a essência é relacionada ao gênero feminino, de acordo com Carol Gilligan, uma psicóloga americana dedicada ao estudo da ética²⁷. Investigações sobre

desenvolvimento moral das mulheres, com instrumentos de coleta de dados construídos para o gênero feminino, mostram que em situações dilemáticas as mulheres demonstram uma moralidade menos atenta ao direito e mais ao cuidado. Em sua obra considerada como um marco da noção contemporânea de cuidado, Gilligan²⁷ contrasta a orientação moral primária de meninos e homens com a de meninas e mulheres, assinalando que há tendências de empregar estratégias diferentes de raciocínio e de aplicar conceitos morais distintos na formulação e resolução de problemas éticos²⁸. Os posicionamentos femininos são mais complexos, pois se apoiam em argumentações elaboradas que levam em conta a interação entre os seres e não somente a individualidade. Assim, a ética feminina não é construída sobre direitos individuais, mas apoiada numa visão ampliada do ser humano²⁹.

No campo do trabalho, a história tem demonstrado que a mulher vem ocupando a contento funções antes consideradas masculinas, mas no exercício dessas funções, a condição feminina faz com que a marca do cuidado se manifeste no modo de agir, de decidir e de se relacionar com o outro²⁸.

Neste contexto, salienta-se que a ética feminina não se explica apenas pelo papel definido socialmente, mas também na fisiologia que coloca a mulher como mãe e cuidadora. Este traço se inicia no corpo e define os caminhos e tarefas aos quais a mulher se propõe, não sendo possível isolar os fatores sociais e biológicos²⁹. Eles se completam num amálgama que determina o modo de agir das mulheres e que se reflete nas escolhas que ela faz em sua vida pessoal e profissional. A mulher não abandonou seus traços éticos, porque são inerentes à sua natureza, mas os adaptou para o novo papel que ora desempenha. A maternidade desenvolve na mulher, por exemplo, a capacidade de negociar com as razões do outro, o que pode ser usada na causa da paz³⁰, pois o pensamento maternal é avesso ao belicismo e à competição agressiva. Há uma força pacificadora no modo de ser da mulher que contribui para o reforço da tolerância e da argumentação²⁹. Tais características, se extrapoladas para o domínio público, podem contribuir para ambientes de trabalho mais harmônicos e menos competitivos.

Nesta introdução, demonstrou-se o aumento do número de mulheres na área da saúde, as quais pressupõem o exercício do cuidado, e os mecanismos comportamentais das mulheres na escolha e no exercício de suas profissões. Este

trabalho tem o objetivo de aprofundar a análise das razões que levam as mulheres a escolher a Odontologia como profissão bem como dos prováveis efeitos da feminização da Odontologia na atualidade e no perfil futuro da profissão, tendo em vista a ética do cuidado.

2.3 MÉTODOS

O presente trabalho foi construído em forma de metassíntese qualitativa da literatura³¹⁻³⁴ visando a análise e compreensão do fenômeno da feminização da Odontologia. A revisão integrativa baseou-se em fundamentos teóricos, dados qualitativos e quantitativos. Os procedimentos de pesquisa da literatura seguiram critérios que culminaram com um artigo baseado em 60 referências incluindo artigos de revistas científicas, textos de livros e bases de dados oficiais do Brasil.

A contextualização das características femininas na escolha da profissão e sobre a ética do cuidado foi feita com artigos encontrados com os unitermos “escolha da carreira e gênero” e “ética do cuidado como atributo feminino”. No Google Scholar foram encontrados 4307 artigos. Foram excluídos aqueles cujo ano de publicação não estivesse no período de 2000 a 2011 e não evidenciassem as diferenças de comportamento entre os gêneros na escolha e exercício da profissão.

Para o tema do papel da mulher como profissional de Odontologia, as bases SCIELO e PUBMED/Medline foram consultadas. Os unitermos: “*Motivation and dental career choice; female and male and dental workforce or dental practitioners or dentists*” fundamentaram a busca. Dos 382 artigos encontrados, foram selecionados, pelo título e pela leitura dos resumos, 165 de interesse para o objetivo final do trabalho. Os artigos publicados fora do período compreendido entre 2000 e 2011 ou inadequados para o desenvolvimento do tema por não focar as diferenças entre homens e mulheres na relação com a Odontologia foram excluídos (Tabela 1). Bases de informações brasileiras serviram para contextualizar a posição da mulher no mercado de trabalho do Brasil.

Tabela 1 – Passos seguidos na revisão sistemática.

<i>Unitermos</i>	<i>Bases de dados</i>	<i>Ano de publicação</i>	<i>Idioma</i>	<i>Encontrados</i>	<i>Delimitação do assunto</i>	<i>Resumos lidos</i>
Escolha da carreira e gênero	Google Scholar/SCIELO	2000-2011	Inglês Português	3990	Diferenças entre os comportamentos masculino e feminino	214
Ética do cuidado e gênero feminino	Google Scholar	2000-2011	Inglês Português	317	Comportamento feminino nas profissões de saúde	57
Motivações para escolha da Odontologia; dentistas gênero masculino e gênero feminino	Google Scholar/SCIELO Medline/PUB MED	2000-2011	Inglês Português	382	Diferenças de comportamento entre dentistas de ambos os gêneros	165

2.4 DISCUSSÃO

2.4.1 A profissional de Odontologia

Nas profissões da área de saúde, o caso da Odontologia é emblemático, pois de profissão tradicionalmente ocupada pelo gênero masculino, apresenta hoje maioria de jovens do gênero feminino. O fato de a sociedade estabelecer novos códigos e práticas, fez com que ocorresse uma crescente opção das mulheres por carreiras de maior prestígio social. No Reino Unido, em 1895 a primeira mulher se formou na Faculdade de Odontologia de Edimburgo. A partir deste ano, transcorreram mais 17 anos até que uma mulher obtivesse a qualificação em Odontologia do *Royal College of Surgeons of England*. Nesta época, começaram a aparecer charges retratando mulheres exercendo a profissão considerada por muitos como masculina. Nos anos seguintes dentistas mulheres tornaram-se mais aceitas, embora só a partir da década de 1960 as mulheres foram motivadas a trabalhar em certas profissões, dentre elas a Odontologia. Publicações do governo da época incentivavam as dentistas a se juntarem ao Serviço de Bem-Estar Infantil e ao Serviço de Saúde Escolar. Considerava-se que este trabalho seria particularmente adequado para elas e que as crianças iriam reagir de modo mais favorável às profissionais do gênero feminino³⁵. A vocação para a maternidade foi a propulsora deste fenômeno.

Nos EUA, na década de 1970, a porcentagem de mulheres que ingressavam nos cursos de Odontologia não ultrapassava a marca de 2%. O crescimento foi gradativo para os anos de 1980 (20%), 1990 (38%) e alcançando 44,9% em 2006¹⁶. Em três décadas, a diferença entre os gêneros, no que diz respeito ao acesso desapareceu. Em países do leste europeu, como na Bulgária, 73% dos profissionais são do gênero feminino³⁶. Pesquisa na Nova Zelândia demonstrou que o número de profissionais mulheres vem aumentando e, paralelamente, o mercado interno tem atraído profissionais formados em outros países³⁷. Na África do Sul, o fenômeno se repete³⁸, o que sugere que a feminização da profissão é um fenômeno mundial. Na Inglaterra, constatou-se que as dentistas são em maior número no *National Health Service* (NHS) e no Hospital de Serviços Odontológicos¹².

No Brasil a maioria feminina é confirmada em dados. Em 2002, o número de cirurgiãs-dentistas era de 50,9%. A julgar pelo número de ingressantes do sexo feminino nos cursos de Odontologia, que hoje já ultrapassa os 75% de acordo com o último Censo da Educação Superior de 2009², este número irá aumentar rapidamente em 10 anos. Os dados do CFO mostram que dos 228.000 Cirurgiões Dentistas registrados e atuantes no Brasil em 2009³⁹, 101.000 são do sexo masculino e 127.000 são do sexo feminino o que representa um percentual de 55% de mulheres na profissão⁴⁰.

Quanto às motivações, a literatura sugere que há diferenças entre homens e mulheres na escolha da Odontologia como profissão^{41 42} sendo que para os homens o fator financeiro se mostra mais importante⁴². Pesquisa de Swcarbecz e Ross revelou quatro grupos distintos de motivos para seguir uma carreira odontológica: motivo financeiro, possibilidade de bons negócios, trabalho com pessoas e afeto e flexibilidade⁴³. De maneira geral, na comparação com estudantes de Medicina, os de Odontologia são menos preocupados com o cuidado com o ser humano e o interesse pela ciência valorizando mais as oportunidades de segurança, horas regulares de trabalho e independência profissional^{44 45 46}. Entendem que esta visão pode prejudicar sua formação voltada aos cuidados com a saúde da coletividade³⁸.

Por sua vez, a mulher escolhe a carreira por motivos mais humanitários. Enquanto para os homens a maior motivação para cursar Odontologia está em trabalho seguro, perspectiva de bons negócios, *status* profissional e prática em horas regulares de trabalho, para as mulheres é a possibilidade de trabalhar com

peças⁴⁷. Além da vocação que é declarada por cerca de 50% das mulheres, a oportunidade de exercerem uma profissão autônoma se constitui em segundo motivo mais relatado⁴⁸. Este dado pode sugerir que o fato da Odontologia hipoteticamente permitir um exercício profissional independente, torna-se uma motivação frequente porque a mulher pensa em ter liberdade em seu horário de trabalho, já que não se desvincula do ideal de constituir família e criar filhos. As mulheres se mostraram muito mais inclinadas do que os homens ao citar o cuidado e afeto como motivadores para a escolha da profissão, enquanto o inverso era verdade sobre o fator de realização de negócios⁴³. Este traço ético pode imprimir um perfil diferente à Odontologia como profissão, tendo em vista o cuidado, enquanto mobilização ética vinculada mais ao gênero feminino²⁷.

Já na ocupação da carreira, parece haver uma tendência das mulheres ocuparem o lugar feminino no exercício da profissão, desenvolvendo atividades associadas aos aspectos do “cuidado” e do “materno”, percebidas como hierarquicamente inferiores no campo profissional⁴⁹. Na Inglaterra, as dentistas ocupam posições inferiores na hierarquia de emprego do *National Health Service* (NHS) e no Hospital de Serviços Odontológico e têm menor probabilidade de serem proprietárias de um consultório particular por se ocuparem mais com o cuidado à comunidade^{12 22 23}.

Na Holanda, dentre estudantes de odontologia, as mulheres já despontavam como maioria em 2005. Um menor número de mulheres, em comparação com homens, gostaria de exercer a prática privada ou chefiar equipes de saúde tendo em vista as aspirações da vida pessoal^{22 23 50}. A mesma tendência se confirma na Inglaterra, quando analisadas as expectativas dos egressos da Universidade de Dundee, quanto ao futuro profissional. Apesar da maioria, tanto homens quanto mulheres, pretender trabalhar tempo integral após a formatura, depois de cinco anos, um quarto (26%) do sexo feminino tem a intenção de trabalhar tempo parcial enquanto 98% dos homens pretendem continuar em tempo integral⁵¹. O objetivo de criar filhos e zelar pela família se deve às características sócio-biológicas e éticas da mulher, estas últimas permeadas pela preocupação com outro.

2.4.2 O cuidado no exercício profissional

Ao associar-se a questão do cuidado com o exercício da Odontologia, duas vertentes devem ser analisadas: a vocação biológica para a procriação ou o cuidado com os filhos e a vocação de carreira.

A teoria do cuidado nos leva a, inicialmente, considerar o cuidado com a família que, provavelmente, deverá interferir no exercício profissional. A literatura demonstra que o número de horas trabalhadas pelas mulheres é, invariavelmente, menor que o dos homens. A proporção da diferença é, em média, de 12% ³⁷. As razões para este cenário são relatadas pelas mulheres, e as tarefas inerentes à criação dos filhos despontam como as principais responsáveis pela diferença. Estudo na Inglaterra, numa amostra de 4500 mulheres pesquisadas, mostrou que 65% trabalhavam em tempo parcial e as tarefas de casa despontaram como principais responsáveis pela redução da jornada de trabalho⁵².

Além da diferença entre horas de atividade laboral, aparecem como característica do exercício profissional de mulheres as interrupções de continuidade da prática, devidas às questões relativas ao cuidado com seus filhos^{52 53}. Os números relativos à quantidade de pacientes atendidos e os procedimentos realizados por dia trabalhado, comparando-se a prática masculina e a feminina, não demonstram diferença significativa. Porém quanto ao número de dias trabalhados, as mulheres exercem atividades em 10% menos de dias do que os homens. Tendo em vista este dado, a mulher atende, proporcionalmente, menos pacientes e executa menos procedimentos clínicos ao ano, devido às obrigações de sua vida familiar⁵⁴.⁵⁵ Na África do Sul, as dentistas se queixam da falta de cursos de treinamento especializado em período que seja adequado para elas, pois de forma geral, seus afazeres domésticos limitam seu tempo para a profissão e para sua especialização. Reclamam por empregos de tempo parcial e cursos para reintegrá-las no trabalho após afastamentos prolongados devido a atribuições com a maternidade³⁸.

Sinais da prática do cuidado se apresentam no exercício profissional por meio do resultado das escolhas exercidas pelas dentistas. A atuação por especialidades demonstra franca maioria feminina na Odontopediatria, Saúde Coletiva, Dentística e Endodontia, todas relacionadas a uma prática menos invasiva, cujos procedimentos exigem maior delicadeza e atenção à saúde ⁴⁰. Ainda, a disposição das mulheres em atuar nos serviços públicos de saúde, por meio de vínculo empregatício, demonstra a tendência de não considerar a profissão como objetivo cujo alcance demande

muita competição no mercado. As dentistas são maioria em relação aos profissionais brasileiros com vínculo público e também maioria na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que exige oito horas de atividades⁴⁰. A porcentagem de homens e mulheres na ESF é de 42 e 58% respectivamente. Também neste caso, a situação brasileira coincide com a situação inglesa que demonstra que as dentistas estão mais aderidas aos cuidados com a comunidade do que em cargos de planejamento e chefia, e se mostram pouco interessadas em praticar uma odontologia privada e serem proprietárias de consultórios particulares⁵³.

Há ainda questões de ordem moral que interferem na satisfação das dentistas com a profissão. Num confronto entre a Odontologia ideal e real, dentistas da Suécia, ligadas ao serviço público de saúde, asseveram que a prática profissional não condiz com o que se espera dela em termos de valores morais e de desenvolvimento da carreira. Grande parte das profissionais afirma que não escolheriam a Odontologia, se pudessem ter nova oportunidade de decidir por uma profissão. Na prática, as dentistas se dizem frustradas já que a Odontologia que praticam não cumpre com o objetivo de ser profissão a serviço do ser humano^{56, 57}. Assim, a Odontologia competitiva, focada na obtenção do lucro, tecnicista e com ênfase na doença, não supre as necessidades mais amplas das mulheres^{27, 28, 29} cuja gama de preocupações e tarefas não favorece a busca na condução de uma carreira de “negócios”¹⁶.

A percepção dos pacientes e da equipe de trabalho mostra diferenças entre os gêneros. As mulheres investem mais tempo com os pacientes e são mais gentis e delicadas, na visão de usuários do sexo feminino que procuram o atendimento de profissionais do mesmo sexo⁵⁸. Já, sob o ponto de vista de auxiliares de consultório há diferenças na comunicação com dentistas de ambos os gêneros. As mulheres auxiliares consideram as mulheres dentistas mais amigáveis na comunicação e mais atenciosas, ao passo em que os homens dentistas reforçam as diferenças de gênero. Os dentistas demonstram-se conscientes de seus estilos de se comunicar com as auxiliares, o que demonstra a intencionalidade dos homens em reforçar as diferenças^{59 60}. Estas conclusões reafirmam as características femininas de preocupação com o outro, na medida em que a comunicação com o pessoal auxiliar se faz de forma afetuosa e que demonstra a atenção dispensada àquele com quem interage.^{27 29}

2.5 CONCLUSÃO

Os motivos que levam as mulheres a escolherem a Odontologia como profissão parecem ser inerentes à vocação feminina para o cuidado e o relacionamento com as pessoas.

As tendências sugerem que as futuras gerações de dentistas, compostas pela maioria de mulheres, podem ter um padrão de vida profissional que terá o efeito de reduzir a dedicação à clínica privada. Do ponto de vista estrito da característica de gênero, ainda não é possível determinar quão significativo será o efeito que isso terá sobre os trabalhadores e sobre o cenário da profissão. Com o estabelecimento de um objetivo maior que é a preocupação com a promoção de saúde, a profissão passa a atrair pessoas que não tenham como meta a competitividade histórica da Odontologia na prática privada, com vistas ao lucro. O foco passa ser a preocupação com o bem-estar daqueles que buscam serviços assistenciais, atenção, ou orientação para a vida saudável.

Nesta perspectiva, as características femininas do cuidado e a tendência a se ajustar melhor ao emprego formal do que o homem, podem ser determinantes para a adequação de um exercício profissional comprometido com as políticas públicas de saúde, que tenham como objetivo a promoção da saúde por linhas do cuidado. É legítimo pressupor que o convívio da dentista com equipes de trabalho e com pessoal auxiliar se constrói de forma a estreitar vínculos e valorizar o ser humano, o que pode trazer benefícios para o usuário do serviço de saúde.

A mulher pode se constituir, majoritariamente, em agente de mudanças que, enfim, farão da Odontologia uma profissão cuja essência não será a clínica de queixa/condução e de procedimentos curativos, mas a humanização das relações e o zelo com o ser humano e a sociedade.

2.6 REFERÊNCIAS

1. Bruschini C. Work and gender in Brazil in the last ten years. Cadernos de Pesquisa. 2007 set./dez.;37(132).
2. INEP. Technical brief - Census of higher education, 2009. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP; 2009 [16 de maio de

2011]; Available from:

http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2009/resumo_tecnico2009.pdf.

3. IBGE. Synthesis of social indicators - An analysis of living conditions of the population - 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2008.

4. Santos VM. A carreira científica é igualmente competitiva para mulheres e homens? 2008 [cited 2011 15/05/2011]; Available from:

<http://www.espacoacademico.com.br/080rea.htm>.

5. Graf LP, Diogo MF. Juvenile projections: occupational visions marked by gender. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2009;10(1):71-82.

6. Gibelman M. So how far have we come? Pestilent and persistent gender gap in pay. *Soc Work*. 2003 Jan;48(1):22-32.

7. Gregoire TK, Kilty K, Richardson V. Gender and racial inequities in retirement resources. *J Women Aging*. 2002;14(3-4):25-39.

8. Hojat M, Gonnella JS, Erdmann JB, Rattner SL, Veloski JJ, Glaser K, et al. Gender comparisons of income expectations in the USA at the beginning of medical school during the past 28 years. *Soc Sci Med*. 2000 Jun;50(11):1665-72.

9. Roberts R, Brunner E, White I, Marmot M. Gender differences in occupational mobility and structure of employment in the British Civil Service. *Soc Sci Med*. 1993 Dec;37(12):1415-25.

10. Taveira MC, Nogueira C. Vocational development throughout life: fundamentals, principles and guidelines. In: Taveira MC, Nogueira C, editors. *Gender studies and educational psychology: confrontation of theories and implications for vocational intervention*. Coimbra: Almedina; 2004.

11. Hjalms K. Good work for dentists--ideal and reality for female unpromoted general practice dentists in a region of Sweden. *Swed Dent J Suppl*. 2006(182):10-136.

12. Newton JT, Thorogood N, Gibbons DE. The work patterns of male and female dental practitioners in the United Kingdom. *Int Dent J*. 2000 Apr;50(2):61-8.

13. Hopcraft MS, Milford E, Yapp K, Lim Y, Tan V, Goh L, et al. Factors associated with the recruitment and retention of dentists in the public sector. *J Public Health Dent*. 2010 Spring;70(2):131-9.

- 14.O'Sullivan EM. A national study on the attitudes of Irish dental faculty members to faculty development. *Eur J Dent Educ.* 2010 Feb;14(1):43-9.
- 15.Sánchez-Dagum ML, Sánchez-de-Sica E, Hernando LM. Presencia femenina en la docencia de las carreras de odontología y medicina *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* 2006;63(2 Supl):43-9.
- 16.Dominic Saadi MA. The shifting of gender in dentistry. *Inside Dentistry.* 2008;4(2).
- 17.Bardagi M, Lassance MCP, Paradiso AC, Menezes I. Career choice and insertion in labor market: perceptions from college seniors. *Psicologia Escolar e Educacional.* 2006;10(1):69-82.
- 18.Lobato CRPS, Koller SH. Vocational maturity and gender: adaptation and use of the brazilian professional development inventory. *Revista Brasileira de Orientação Profissional.* 2003;4(1):57-69.
- 19.Losada BL, Rocha-Coutinho ML. Women who run small enterprises: redefining the importance of professional activity. *Psicologia em Estudo.* 2007;12(3):493-502.
- 20.Strey mN, Blanco DC, Wendling MI, Ruwer MP, Borges VR. Gender issues in career choice. In: Profissionais ABdO, editor. *Anais, III Simpósio Brasileiro de Orientadores Profissionais.* Canoas: Ulbra; 1987.
- 21.Giovani A, Tamayo A. Masculine inventory of the self-concept's gender squemas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2003;19(3):249-59.
- 22.Macêdo GSW, Macedo KB. Gender relations into organizacional context: male and female discourses rPOT. 2004;4(1):61-90.
- 23.Shein VE. A global look at psychological barriers to women's progress in management. *Journal of Social Issues.* 2001;57(4):675-88.
- 24.Lemos CG, Bueno JMH, Balão SMS, Silva LB, Silva PL. Professional career and relationships of gender: a comparative study in undergraduate students. *Boletim de Psicologia.* 2005;55(123):129-48.
- 25.Saavedra L. Gender, diversity and conflict in the career development. In: Taveira MC, editor. *Vocational development throughout life: fundamentals, principles and guidelines.* Coimbra: Almedina; 2004. p. 83-93.
- 26.IBGE. National Survey by Household Sampling: synthesis of the indicators. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2007 [18 de maio de 2011]; Available from:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm>.

27. Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Massachusetts: Harvard University Press; 1993.

28. Zoboli ELCP. The rediscovering of the ethics of care: focus and emphasis in the relationship. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2004;38(1):21-7.

29. Ferreira ML. The woman as "the other" – the philosophy and the female identity. *Revista da Faculdade de Letras, Filosofia*. 2006/2007;XXIII/XXIV:139-53.

30. Ruddick S. *Maternal thinking*. Boston: Beacon Press; 1989.

31. Jones K. Mission drift in qualitative research, or moving toward a systematic review of qualitative studies, moving back to a more systematic narrative review. *Qualit Report*. 2004;9(1):95-112.

32. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001 Aug 11;358(9280):483-8.

33. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC methods programme*. Lancaster: Institute for Health Research, Bowland Tower East Wing, Lancaster University; 2006; Available from:

<http://www.lancs.ac.uk/shm/research/nssr/research/dissemination/publications.php>.

34. Westbrook L. Qualitative research methods: A review of major stages, data analysis techniques, and quality controls. *Lib Inf Sci Res*. 2002;16(3):241-54.

35. Stewart FM, Drummond JR. Women and the world of dentistry. *Br Dent J*. 2000 Jan 8;188(1):7-8.

36. Katrova LG. Gender impact on the socioprofessional identification of women dentists in Bulgaria. *J Dent Educ*. 2004 Jul;68(7 Suppl):19-22.

37. Ayers KM, Thomson WM, Rich AM, Newton JT. Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. *J Dent*. 2008 May;36(5):343-50.

38. Naidoo S. Women in dentistry in South Africa: a survey of their experiences and opinions. *SADJ*. 2005 Aug;60(7):284, 6, 8 passim.

39. CFO. Conselho Federal de Odontologia - CFO; 2010 [25 de agosto de 2010]; Available from: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>.

40. Morita SAS, Haddad AE, Araujo ME. *Current profile and trends of Brazilian dentists*. Maringá: Dental Press International; 2010.

41. Al-Bitar ZB, Sonbol HN, Al-Omari IK. Reasons for choosing dentistry as a career by Arab dental students. *Eur J Dent Educ.* 2008 Nov;12(4):247-51.
42. Bernabe E, Icaza JL, Delgado-Angulo EK. Reasons for choosing dentistry as a career: a study involving male and female first-year students in Peru. *Eur J Dent Educ.* 2006 Nov;10(4):236-41.
43. Scarbecz M, Ross JA. Gender differences in first-year dental students' motivation to attend dental school. *J Dent Educ.* 2002 Aug;66(8):952-61.
44. Crossley ML, Mubarik A. A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. *Br Dent J.* 2002 Oct 26;193(8):471-3.
45. Gallagher J, Clarke W, Wilson N. Understanding the motivation: a qualitative study of dental students' choice of professional career. *Eur J Dent Educ.* 2008 May;12(2):89-98.
46. Gallagher JE, Clarke W, Eaton KA, Wilson NH. Dentistry - a professional contained career in healthcare. A qualitative study of Vocational Dental Practitioners' professional expectations. *BMC Oral Health.* 2007;7:16.
47. Gallagher JE, Patel R, Wilson NH. The emerging dental workforce: long-term career expectations and influences. A quantitative study of final year dental students' views on their long-term career from one London Dental School. *BMC Oral Health.* 2009;9:35.
48. Moimaz SAS, Saliba NA, Blanco MRB. The women workforce in dentistry in Araçatuba - SP. *J Appl Oral Sci* 2003;11(4):301-5.
49. Costa SM, Bonan PR, Abreu MHG, Durães SJA. Social representation of Dentistry: a qualitative study with dental students of Unimontes. *Rev Odonto Ciênc.* 2008;23(3):238-42.
50. Daalmans MT, Vissia MS, Kuijpers-Jagtman AM, Lagro-Janssen AL. What do dental students think about their future career practice? Differences between men and women. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2004;111(12):477-81.
51. Stewart FM, Drummond JR, Carson L, Theaker ED. Senior dental students' career intentions, work-life balance and retirement plans. *Br Dent J.* 2007 Sep 8;203(5):257-63.
52. Murray JJ. Better opportunities for women dentists: a review of the contribution of women dentists to the workforce. *Br Dent J.* 2002 Feb 23;192(4):191-6.

53. Newton JT, Thorogood N, Gibbons DE. A study of the career development of male and female dental practitioners. *Br Dent J.* 2000 Jan 22;188(2):90-4.
54. Atchison KA, Bibb CA, Lefever KH, Mito RS, Lin S, Engelhardt R. Gender differences in career and practice patterns of PGD-trained dentists. *J Dent Educ.* 2002 Dec;66(12):1358-67.
55. del Aguila MA, Leggott PJ, Robertson PB, Porterfield DL, Felber GD. Practice patterns among male and female general dentists in a Washington State population. *J Am Dent Assoc.* 2005 Jun;136(6):790-6.
56. Hjalms K, Soderfeldt B, Axtelius B. Moral values and career: factors shaping the image of healthy work for female dentists. *Acta Odontol Scand.* 2006 Oct;64(5):255-61.
57. Luzzi L, Spencer AJ, Jones K, Teusner D. Job satisfaction of registered dental practitioners. *Aust Dent J.* 2005 Sep;50(3):179-85.
58. Carlisle LD. Is there a difference in the way men and women practice dentistry? Part II. 2011 [16/05/2011]; Available from: <http://www.spiritofcaring.com/public/513.cfm>.
59. Gorter RC, Bleeker JC, Freeman R. Dental nurses on perceived gender differences in their dentist's communication and interaction style. *Br Dent J.* 2006 Aug 12;201(3):159-64; quiz 72.
60. Gorter RC, Freeman R. Dentist-assistant communication style: perceived gender differences in The Netherlands and Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Apr;33(2):131-40.

3 PAPER 1

IMPACTS OF PROFESSIONAL FEMINIZATION ON DENTISTRY FROM THE PERSPECTIVE OF THE ETHICS OF CARE

*** accepted for publication in the Journal of Dental Education on March,2012

3.1 ABSTRACT

The increase of women in dentistry is remarkable and the phenomenon is repeated in several countries. The behavioral mechanisms for career choice differ between men and women. Accordingly, the inclination to care for others seems more present than in males. The aim of this paper is to discuss the reasons why women choose dentistry as a profession and the impact of feminization in the current profile and future of the profession, basing the discussion on the ethics of care as female attribute. It was a systematic literature review published in the period 2000-11. While men choose dentistry for good business opportunity, women are guided in their relationship with people and flexibility of professional practice. Women work fewer hours than men, have more interruptions in practice and prefer to invest less on private practice. From the perspective of users and dental auxiliaries women spend more time with their patients, are more gentle, sensitive and friendly in communication. Female characteristics can print a major concern to the profession by promoting health and well being of others rather than traditional Dentistry based in clinical procedures.

Keywords: dentistry; career; female gender; male gender; ethics of care; dental education

3.2 INTRODUCTION

The increase in the percentage of women in Brazilian higher education is a documented phenomenon. According to the results of the Higher Education Census, in 2008 women accounted for 55% of the total number of enrolled students¹ and in 2009 women accounted for 58% and 76.2% of the total number of students

completing classroom and distance learning courses, respectively². Women have been the majority among health professionals for some years now^{3, 4}. Occupations in the health sector – as with the teaching, arts and social sciences sectors – constitute what some call the “ghettos” of female professionals^{1, 5}. The phenomenon of healthcare feminization is being confirmed and consolidated in practically all health-related professions. In the case of Dentistry, taking as a reference the 2010 enrolment data obtained from a survey in four universities in Curitiba, Paraná, and from the 2009 Higher Education Census², there is a ratio of 1 dental student of the male gender to 3 of the female gender.

However, it is equally recognized that although women are highly represented in universities and account for more than half of the economically active population, their participation in the world of work is still marked by inequalities and challenges to their career progression⁶⁻¹⁰.

The literature contains complaints regarding inequalities in exercising the profession of Dentistry. Swiss female dentists report not having influence in important decisions and a lack of interaction with management and other male colleagues, thus emphasizing that the most important component of their work is of a moral rather than a business nature¹¹. In the United Kingdom, although the number of women working in the National Health Service (NHS) and the Community Dental Service is higher than the number of men, women occupy lower positions in the hierarchy of these institutions¹². In Australia, women are the majority in the civil service but complain that their salaries are lower¹³. Male hegemony and prestige in the profession are confirmed when analyzing the demographic profile of Dentistry course educators. In Ireland, 64% of university teachers in this area are men, thus characterizing a male-dominated regime¹⁴. In Spain, although female students taking Medicine and Dentistry at the University of Cordoba are the majority, this proportion was not reflected among the course teachers. In 2003, the percentage of male and female teachers was 58% and 42%, respectively. Furthermore, the majority of management posts are held by men. Women are more restricted to assistant professor posts¹⁵. In the USA, women currently account for 20% of educators, 22% of management and 31% of the total of academic administrators in the country's Dentistry schools¹⁶.

Such inequalities need to be taken into consideration in order to gain a better understanding of the repercussions of the growth in the number of Dentistry professionals of the female gender. These inequalities may have their origin in the behavioral mechanisms in the choice and exercising of the profession and the social representations that permeate the way men and women act.

3.2.1 The choice of profession: differences between the genders

The literature suggests that there are differences between the genders in the choice of professional careers, whether this be in aspects better known in sociology studies of professions, such as those relating to the social prestige provided by the profession, or expectations as to income, or whether it be in aspects that can be related to vocational maturity. There appears to be a psychological mechanism in the choice of a profession, which is a determinant in explaining the higher number of women in some areas and not in others, such as the case of the exact sciences. Women indicate a higher tendency than men in portraying difficulties in placement in the labor market and, for this reason, seek more information about the employment world, whereas men plan their careers better^{5, 17}.

Career planning is also consolidated in the light of the social configuration of male and female roles and the differences between them. The male gender manifests greater clarity as to its place in society, perhaps as an historic reminiscence, tending to choose professions in accordance with socially built rules. On the other hand, women who are advancing in the world of work, occupying traditionally male positions, have greater difficulty in deciding their future based only on vocation¹⁸. Women decide on the basis of aspects that transcend the career and work. The task of choosing a profession is traditionally linked to a broader life plan, that includes forming a family and having children, and this may be in conflict with the task of planning a career. A difficulty exists in selecting a place in the labor market that presupposes the exclusion of the choice of motherhood¹⁹, and for this reason there appears to be greater identification with stereotyped professional characteristics relating to the female gender. Women are more influenced by constant discrimination and are educated, right from childhood, to satisfy certain social needs. Some of the values historically held dear and even today emphasized in women's education include: caring, affection, interdependence and relationships;

whereas for men the characteristics that define maturity are, in essence: separation, autonomy and differentiation²⁰.

The incorporation of values socially accepted as feminine has been encouraged historically by the family, in particular by parents. This paradigm is gradually being deconstructed, given the growing number of female university enrolments which suggest a change in family attitudes in relation to expectations for their daughters' future¹⁹. However, the representations collectively built over a long period of time cannot be abruptly ignored when analyzing the situation of women in the world of work. The increase in the number of women in typically male professions has been relatively slow. The female gender tends to distance itself from activities that demand certain prerequisites historically attributed to men. The most attractive careers for women are those associated with caring for others. These include teaching, providing health services, the arts, fashion, biology and so forth¹. These activities are related to characteristics socially attributed to women, namely caring and human sensitivity and esthetics²¹.

Characteristics evidenced by personality and self-concept tests help to explain work relations with regard to gender. These relations reveal themselves to be highly contradictory when it comes to exercising power and personal satisfactions, especially within organizations. When analyzing the discourse of men and women, it can be noted that the ideology of those interviewed emphasizes the difference in treatment given by institutions, job satisfaction and the exercising of decision-making power between men and women. Whereas men manifest themselves in a way that expresses self-concept of superiority, attributed to biological differences, women confess to being discriminated, dissatisfied and with few illusions as to professional growth in their jobs, which for the most part are lower down on the hierarchical scale²². Stereotypes are often reinforced by women themselves, echoing the discourse of men. Both men and women in middle management positions in American companies express the belief that the qualities needed for exercising management positions are male and that the success of men in these activities is due to characteristics inherent to their gender²³. The entire process of the construction of this belief appears to emerge from the importance attributed socially to physical strength and intellectual superiority, sustaining the ideal of the male provider responsible for the family's livelihood. However, in the era of information

such attributes are no longer decisive for survival or for a life of quality. Yet what can be perceived in the images that both men and women have, is that gender representations have not altered significantly with the passage of time, indicating a form of atavism that appears to spring from questions that are much more biological and physical than psychosocial and cognitive. In the choice of their careers, women prioritize altruism and quality of life as sources of motivation whereas men value enterprise and autonomy²⁴. Notwithstanding, there are factors indicating that the differences between the genders are not restricted to the aptitudes demonstrated by men and women²⁵. Even so, although research data demonstrates similar aptitude distribution between the genders, this is not reflected in a similar distribution in men and women's choices of careers.

According to the Carlos Chagas Foundation, in a report on Women in the Labor Market²⁶, the proportion of women in occupations socially classified as female represents an absolute majority. In health-related professions the strong influence of socially constructed female characteristics, such as caring and sensibility, is confirmed. With the exception of medicine, all the remaining health professions have a noticeably higher number of women than men working in them. The most representative examples can be found in Pharmacy, Physiotherapy, Psychology and Nutrition, with 63%, 95%, 89% and 95% of women respectively.

3.2.2 Care as female attribute

The choice of occupations involving care for others, including Dentistry, may be related to the attribute of care, which essence is related to the female gender, according to Carol Gilligan, an American psychologist dedicated to the study of ethics²⁷. Research into the moral development of women, using data collection instruments designed for the female gender, show that in situations of dilemma women demonstrate morality less concerned with rights and more concerned about care. In her work which is considered a landmark in the contemporary notion of care, Gilligan²⁷ contrasts the primary moral orientation of boys and men with that of girls and women, indicating that there are tendencies of employing different thinking strategies and of applying distinct moral themes and concepts when formulating and resolving ethical problems²⁸. The stances taken by females are more complex as

they are based on elaborate arguments that take into consideration the interactions between beings and not just individuality. As such, female ethics is not built on individual rights but rather supported by a broader vision of the human being²⁹.

With regard to the world of work, history has shown that women are satisfactorily doing jobs once considered to be the domain of men. However, when performing these jobs the female condition results in the trait of care manifesting itself in the way they act, take decisions and relate with other people²⁸.

Within this context, it must be emphasized that female ethics is not explained only by socially defined roles, but also by the physiology that places women as mothers and carers. This trait begins in the body and defines the paths and the tasks that women propose for themselves, so that it is not possible to isolate social factors from biological ones²⁹. These factors complete each other in an amalgam that determines the way women act and reflects itself in the choices they make in their personal and professional lives. Women have not abandoned their ethical traits because they are inherent to their nature, but rather adapted them to the new role they now perform. For example, motherhood develops in women the ability to negotiate with the reasonings of others, and this can be used in the cause of peace³⁰, as the maternal way of thinking is averse to bellicosity and aggressive competition. There is a pacifying force in women's way of being that contributes to strengthening tolerance and reasoning²⁹. When these characteristics are extrapolated into the public domain they can contribute to more harmonious and less competitive working environments.

This introduction has demonstrated the increase of women working in the area of health, a domain in which the exercising of care is presumed, as well as the behavioral mechanisms of women in choosing and performing their professions. The objective of this study is to analyze in greater depth the reasons that lead women to choose Dentistry as a profession and also the probable effects of the feminization of Dentistry on the current and future profile of the profession in the light of the ethics of care.

3.3 METHODS

This study was undertaken in the form of a qualitative meta-synthesis of the literature³¹⁻³⁴ with the aim of analyzing and gaining an understanding of the phenomenon of the feminization of Dentistry. The integrative review was based on theoretical elements and also on qualitative and quantitative data. The procedures used in searching the literature followed criteria that culminated in an article based on 60 references, including articles from scientific journals, texts from books and Brazilian official databases.

The contextualization of female characteristics in the choice of professions and regarding the ethics of care was done with articles found using the keywords "*male and female career choice*" and "*ethics of care as female attribute*". 4307 articles were found using Google Scholar, published between the years 2000 and 2011. Articles that did not approach differences in behavior between the genders in choosing and exercising a profession were excluded.

The SCIELO and PUBMED/Medline databases were consulted on the theme of the role of women as Dental professionals. The search was performed using the keywords: "*Motivation and dental career choice; female and male and dental workforce or dental practitioners or dentists*". 382 articles were found. Of these, 165 were selected as being of interest for the overall objective of the study, based on their titles and abstracts. Articles not published between 2000 and 2011 were excluded, as were those inadequate for the development of the theme owing to their not focusing on differences between men and women in relation to Dentistry. Brazilian information databases were used to contextualize the position of women in the Brazilian labor market (Table 1).

Table 1 – Steps followed during the systematic revision of the literature.

<i>keywords</i>	<i>database</i>	<i>Years of publication</i>	<i>Language</i>	<i>Found</i>	<i>Main subject</i>	<i>Reading the abstracts</i>
Male and female career choice	Google Scholar/SCIELO	2000-2011	English Portuguese	3990	differences between male and female behavior	214
ethics of care as female attribute	Google Scholar	2000-2011	English Portuguese	317	female behavior in health professions	57
Motivation and dental career choice; female and male and dental workforce or dental practitioners or dentists	Google Scholar/SCIELO Medline/PUB MED	2000-2011	English Portuguese	382	differences between male and female dentists	165

3.4 DISCUSSION

Women as Dental Professionals

In health-related professions the case of Dentistry is emblematic, since from once being a profession traditionally occupied by the male gender, today the majority of young people in this profession are of the female gender. The fact of society establishing new codes and practices has resulted in women increasingly opting for careers with greater social prestige. In the United Kingdom the first woman graduated from the Edinburgh Dental School in 1895. It took a further 17 years before a woman became qualified in Dentistry at the Royal College of Surgeons of England. At that time caricatures began to be published portraying women exercising this profession considered by many to be a male one. In the years that followed, women dentists became more accepted, although it was only with effect from the 1960s that women were supported in working in certain professions, including Dentistry. Government publications of that period encouraged women to join the Child Welfare Service and the School Health Service. It was considered that this work would be particularly adequate for them and that children would react better to professionals of the female gender³⁵. The vocation for maternity was the driving force behind this phenomenon.

In the USA, in the 1970s, less than 2% of those taking Dentistry courses were women. The increase took place gradually, with 20% in 1980, 38% in 1990 and 44.9% in 2006¹⁶. In the space of three decades the difference between the genders with regard to access disappeared. In East European countries, such as Bulgaria, 73% of dental professionals are of the female gender³⁶. Research in New Zealand has shown that the number of women professionals is increasing and, at the same time, the domestic market has attracted professionals trained in other countries³⁷. This phenomenon repeats itself in South Africa³⁸, suggesting that the feminization of the profession is a worldwide phenomenon. In England, women dentists are the majority in the National Health Service (NHS) and in the Community Dental Service¹².

In Brazil the female majority has been confirmed by the statistics. In 2002, 50.9% of dental surgeons were female. Judging by the number of fresher students of the female sex taking Dentistry, currently in excess of 75% according to the most recent Higher Education Census (2009)², this number will increase rapidly in the next 10 years. Federal Council of Dentistry data shows that of the 228,000 registered and practicing dental surgeons in Brazil in 2009³⁹, 101,000 are of the male gender and 127,000 are of the female gender, meaning that 55% of the profession are women⁴⁰.

With regard to motivations, the literature suggests that there are differences between men and women in choosing Dentistry as a profession^{41, 42} whereby for men the financial factor is seen to be more important⁴². A study by Swcarbecz and Ross revealed four distinct groups of motives for following a dental career: financial motives, good business possibilities, working with people and affection and flexibility⁴³. As a general rule, when compared to medical students, dental students are less concerned about caring for people or interest in science and place more value on job security opportunities, regular working hours and professional independence^{44, 45, 46}.

For their part, women choose this career for more humanitarian reasons. Whereas for men the greatest motivation for taking a Dentistry course lies in job security, good business perspectives, professional status and regular working hours, for women it is the possibility of working with people⁴⁷. Apart from it being a vocation in the view of some 50% of women, the opportunity of having an independent profession is the second most reported motive⁴⁸. This data may suggest that the fact

of Dentistry hypothetically enabling independent professional practice may be a frequent motive for women choosing it because of the possibility of having flexible working hours, since they do not give up the ideal of forming a family and having children. Women showed themselves to be much more inclined than men to state that care and affection are reasons for choosing the profession, whilst the opposite was true with regard to the business factor⁴³. This ethical trait can result in Dentistry taking on a different profile as a profession, in view of care as a form of ethical mobilization being more linked with the female gender²⁷.

With regard to female participation in the dental career, there appears to be a tendency of women playing the female role when exercising the profession, undertaking activities associated with "care" and "maternal" aspects perceived as being hierarchically inferior in the professional field⁴⁹. In England women dentists occupy inferior employment positions in the hierarchy of the National Health Service (NHS) and the Community Dental Service. In addition, they have less probability of owning a private practice because they are more concerned about community care^{12, 22, 23}.

In Holland, women comprised the majority of dentistry students as long ago as 2005. A smaller number of these women, when compared to men, would like to have a private dental practice or be in charge of health teams given their aspirations for their personal lives^{22, 23, 50}. The same tendency is confirmed in the United Kingdom, when analyzing the expectations of graduates from the University of Dundee regarding their professional future. Despite the majority, both men and women, wanting to work full-time after graduation, after five years a quarter (26%) of the female sex intends to work part-time whilst 98% of men intend to continue working full-time⁵¹. The desire to bring up children and look after the family owes itself to women's social, biological and ethical characteristics, the latter being interspersed with concern for other people.

3.4.1 Care in Dental Practice

When associating the issue of care with the exercising of Dentistry, two elements need to be analyzed: the biological vocation for procreation or caring for children and career vocation.

The theory of care leads us, initially, to consider that caring for a family probably interferes with exercising a profession. The literature demonstrates that the number of hours worked by women is, invariably, less than those worked by men. The proportion of this difference is 12% on average³⁷. Women themselves explain the reasons for this scenario, and the tasks inherent to bringing up children are revealed as being responsible for the difference. A study conducted in England with a sample of 4500 women showed that 65% had part-time jobs and that housework was the principal reason for not having full-time jobs⁵².

In addition to the difference in hours spent at work, another characteristic appearing in women's professional lives are interruptions in the continuity of their work because of issues relating to caring for their children^{52, 53}. When comparing the statistics regarding the number of patients seen and the number of procedures performed per day worked by male and female dentistry professionals there is no significant difference. However, when considering the number of days worked, women carry out their activities in 10% fewer days than men. This data means that proportionately women see fewer patients and perform fewer clinical procedures per annum because of the obligations of their family life^{54, 55}. In South Africa women dentists complain of the lack of part-time specialized training courses, since as a general rule their household duties limit the time they have for their profession and for specialized training. They want part-time jobs and courses for them to be able to resume their professional activities after long periods off work because of motherhood-related attributions³⁸.

Signs of caring appear in professional practice as a result of the choices made by women dentists. In terms of dental specialties, there is an overwhelming female majority in Pediatric Dentistry, Public Health, Esthetic Dentistry and Endodontics, all of which involve less invasive practice, with procedures requiring greater delicacy and healthcare⁴⁰. Furthermore, women's disposition to work as employees in public health services demonstrates a tendency not to consider the profession as a goal that requires a considerable amount of market competition in order to be achieved. Female dentists are the majority among Brazilian dentists working in the public sector and are also the majority in the Family Health Strategy under which staff are required to work eight hours a day⁴⁰. In percentage terms, 42% of men and 58% of women work in this Strategy. In this case the Brazilian situation also coincides with the

English situation in which female dentists are more concerned with community healthcare than planning and leadership positions, and have little interest in private dental practice or being the owners of private dental clinics⁵³.

There are also moral issues that interfere with women dentist's satisfaction with the profession. A conflict between ideal and real Dentistry made Swiss female public health service dentists affirm that professional practice does not match what is expected of it in terms of moral values and career development. The majority of these professionals state that they would not choose Dentistry if they had a second opportunity to decide on a profession. In reality, these women dentists say they are frustrated because the Dentistry they practice does not fulfill the goal of being a profession at the service of the human being^{56, 57}. Therefore, Competitive Dentistry, focused on making profit, excessively technical and with emphasis on disease, does not provide for women's broader needs²⁷⁻²⁹, whereby the range of concerns and tasks they have does not favor seeking to lead a "business" career¹⁶.

The perceptions of patients and the work team show differences between the genders. Women invest more time in their patients and are more pleasant and attentive. This is the view of female clients who seek the services of professionals of the same sex as them⁵⁸. In the view of dental auxiliaries there are differences in communication with dentists of the two genders. Female auxiliaries consider that women dentists are friendlier in the way they communicate and more caring, whereas male dentists emphasize gender differences. Male dentists show themselves to be aware of their style of communication with female auxiliaries, thus demonstrating that they intentionally highlight gender differences^{59, 60}. These conclusions reaffirm the female characteristics of concern with others, given that their communication with auxiliaries takes place in a friendly way and demonstrates the attention given to those with whom they interact^{27, 29}.

3.5 CONCLUSION

The motives that lead women to choose Dentistry as a profession appear to be inherent to the female vocation for care and relating with other people.

The tendencies suggest that the future generations of dentists, comprised of a majority of women, may have a standard of professional life that will have the effect

of reducing the dedication to private clinical practice. Strictly from the point of view of gender characteristics it is not yet possible to determine just how significant the effect of this will be on those who work in the profession and on the scenario of the profession itself. Through the establishment of the overriding objective of concern with health promotion, the profession will attract people whose goal is not the historical competitiveness of private Dental practice aimed at profit. The focus will become concerned with the well-being of those who seek care services, attention or guidance on a healthy life.

From this perspective, the female characteristics of care and the tendency of adjusting better to formal employment than men, may be determinants for the adaptation to professional practice committed to public health policies aimed at promoting health through care. It is legitimate to suppose that women dentists' interaction with the work teams and auxiliaries takes place in such a way as to form strong ties and value the human being, thereby bringing benefits for health service users.

Women can be, in particular, agents of change that will, finally, make of Dentistry a profession the essence of which is not the clinical practice of just complaint/procedure and treatment, but rather the humanization of relations between people and care for individuals and society.

3.6 REFERENCES

1. Bruschini C. Work and gender in Brazil in the last ten years. *Cadernos de Pesquisa*. 2007 set./dez.;37(132).
2. INEP. Technical brief - Census of higher education, 2009. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP; 2009 [16 de maio de 2011]; Available from:
http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2009/resumo_tecnico2009.pdf.
3. IBGE. Synthesis of social indicators - An analysis of living conditions of the population - 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2008.
4. Santos VM. A carreira científica é igualmente competitiva para mulheres e homens? 2008 [cited 2011 15/05/2011]; Available from:
<http://www.espacoacademico.com.br/080rea.htm>.

5. Graf LP, Diogo MF. Juvenile projections: occupational visions marked by gender. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2009;10(1):71-82.
6. Gibelman M. So how far have we come? Pestilent and persistent gender gap in pay. *Soc Work*. 2003 Jan;48(1):22-32.
7. Gregoire TK, Kilty K, Richardson V. Gender and racial inequities in retirement resources. *J Women Aging*. 2002;14(3-4):25-39.
8. Hojat M, Gonnella JS, Erdmann JB, Rattner SL, Veloski JJ, Glaser K, et al. Gender comparisons of income expectations in the USA at the beginning of medical school during the past 28 years. *Soc Sci Med*. 2000 Jun;50(11):1665-72.
9. Roberts R, Brunner E, White I, Marmot M. Gender differences in occupational mobility and structure of employment in the British Civil Service. *Soc Sci Med*. 1993 Dec;37(12):1415-25.
10. Taveira MC, Nogueira C. Vocational development throughout life: fundamentals, principles and guidelines. In: Taveira MC, Nogueira C, editors. *Gender studies and educational psychology: confrontation of theories and implications for vocational intervention*. Coimbra: Almedina; 2004.
11. Hjalms K. Good work for dentists—ideal and reality for female unpromoted general practice dentists in a region of Sweden. *Swed Dent J Suppl*. 2006(182):10-136.
12. Newton JT, Thorogood N, Gibbons DE. The work patterns of male and female dental practitioners in the United Kingdom. *Int Dent J*. 2000 Apr;50(2):61-8.
13. Hopcraft MS, Milford E, Yapp K, Lim Y, Tan V, Goh L, et al. Factors associated with the recruitment and retention of dentists in the public sector. *J Public Health Dent*. 2010 Spring;70(2):131-9.
14. O'Sullivan EM. A national study on the attitudes of Irish dental faculty members to faculty development. *Eur J Dent Educ*. 2010 Feb;14(1):43-9.
15. Sánchez-Dagum ML, Sánchez-de-Sica E, Hernando LM. Presencia femenina en la docencia de las carreras de odontología y medicina *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2006;63(2 Supl):43-9.
16. Dominic Saadi MA. The shifting of gender in dentistry. *Inside Dentistry*. 2008;4(2).
17. Bardagi M, Lassance MCP, Paradiso AC, Menezes I. Career choice and insertion in labor market: perceptions from college seniors. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2006;10(1):69-82.

18. Lobato CRPS, Koller SH. Vocational maturity and gender: adaptation and use of the Brazilian professional development inventory. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2003;4(1):57-69.
19. Losada BL, Rocha-Coutinho ML. Women who run small enterprises: redefining the importance of professional activity. *Psicologia em Estudo*. 2007;12(3):493-502.
20. Strey mN, Blanco DC, Wendling MI, Ruwer MP, Borges VR. Gender issues in career choice. In: Profissionais ABdO, editor. *Anais, III Simpósio Brasileiro de Orientadores Profissionais*. Canoas: Ulbra; 1987.
21. Giovani A, Tamayo A. Masculine inventory of the self-concept's gender schemas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2003;19(3):249-59.
22. Macêdo GSW, Macedo KB. Gender relations into organizational context: male and female discourses rPOT. 2004;4(1):61-90.
23. Shein VE. A global look at psychological barriers to women's progress in management. *Journal of Social Issues*. 2001;57(4):675-88.
24. Lemos CG, Bueno JMH, Balão SMS, Silva LB, Silva PL. Professional career and relationships of gender: a comparative study in undergraduate students. *Boletim de Psicologia*. 2005;55(123):129-48.
25. Saavedra L. Gender, diversity and conflict in the career development. In: Taveira MC, editor. *Vocational development throughout life: fundamentals, principles and guidelines*. Coimbra: Almedina; 2004. p. 83-93.
26. IBGE. National Survey by Household Sampling: synthesis of the indicators. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2007 [18 de maio de 2011]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm>.
27. Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Massachusetts: Harvard University Press; 1993.
28. Zoboli ELCP. The rediscovering of the ethics of care: focus and emphasis in the relationship. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2004;38(1):21-7.
29. Ferreira ML. The woman as "the other" – the philosophy and the female identity. *Revista da Faculdade de Letras, Filosofia*. 2006/2007;XXIII/XXIV:139-53.
30. Ruddick S. *Maternal thinking*. Boston: Beacon Press; 1989.

31. Jones K. Mission drift in qualitative research, or moving toward a systematic review of qualitative studies, moving back to a more systematic narrative review. *Qualit Report*. 2004;9(1):95-112.
32. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001 Aug 11;358(9280):483-8.
33. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC methods programme. Lancaster: Institute for Health Research, Bowland Tower East Wing, Lancaster University; 2006; Available from: <http://www.lancs.ac.uk/shm/research/nssr/research/dissemination/publications.php>.
34. Westbrook L. Qualitative research methods: A review of major stages, data analysis techniques, and quality controls. *Lib Inf Sci Res*. 2002;16(3):241-54.
35. Stewart FM, Drummond JR. Women and the world of dentistry. *Br Dent J*. 2000 Jan 8;188(1):7-8.
36. Katrova LG. Gender impact on the socioprofessional identification of women dentists in Bulgaria. *J Dent Educ*. 2004 Jul;68(7 Suppl):19-22.
37. Ayers KM, Thomson WM, Rich AM, Newton JT. Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. *J Dent*. 2008 May;36(5):343-50.
38. Naidoo S. Women in dentistry in South Africa: a survey of their experiences and opinions. *SADJ*. 2005 Aug;60(7):284, 6, 8 passim.
39. CFO. Conselho Federal de Odontologia - CFO; 2010 [25 de agosto de 2010]; Available from: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>.
40. Morita SAS, Haddad AE, Araujo ME. Current profile and trends of Brazilian dentists. Maringá: Dental Press International; 2010.
41. Al-Bitar ZB, Sonbol HN, Al-Omari IK. Reasons for choosing dentistry as a career by Arab dental students. *Eur J Dent Educ*. 2008 Nov;12(4):247-51.
42. Bernabe E, Icaza JL, Delgado-Angulo EK. Reasons for choosing dentistry as a career: a study involving male and female first-year students in Peru. *Eur J Dent Educ*. 2006 Nov;10(4):236-41.
43. Scarbecz M, Ross JA. Gender differences in first-year dental students' motivation to attend dental school. *J Dent Educ*. 2002 Aug;66(8):952-61.
44. Crossley ML, Mubarik A. A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. *Br Dent J*. 2002 Oct 26;193(8):471-3.

45. Gallagher J, Clarke W, Wilson N. Understanding the motivation: a qualitative study of dental students' choice of professional career. *Eur J Dent Educ.* 2008 May;12(2):89-98.
46. Gallagher JE, Clarke W, Eaton KA, Wilson NH. Dentistry - a professional contained career in healthcare. A qualitative study of Vocational Dental Practitioners' professional expectations. *BMC Oral Health.* 2007;7:16.
47. Gallagher JE, Patel R, Wilson NH. The emerging dental workforce: long-term career expectations and influences. A quantitative study of final year dental students' views on their long-term career from one London Dental School. *BMC Oral Health.* 2009;9:35.
48. Moimaz SAS, Saliba NA, Blanco MRB. The women workforce in dentistry in Araçatuba - SP. *J Appl Oral Sci* 2003;11(4):301-5.
49. Costa SM, Bonan PR, Abreu MHG, Durães SJA. Social representation of Dentistry: a qualitative study with dental students of Unimontes. *Rev Odonto Ciênc.* 2008;23(3):238-42.
50. Daalmans MT, Vissia MS, Kuijpers-Jagtman AM, Lagro-Janssen AL. What do dental students think about their future career practice? Differences between men and women. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2004;111(12):477-81.
51. Stewart FM, Drummond JR, Carson L, Theaker ED. Senior dental students' career intentions, work-life balance and retirement plans. *Br Dent J.* 2007 Sep 8;203(5):257-63.
52. Murray JJ. Better opportunities for women dentists: a review of the contribution of women dentists to the workforce. *Br Dent J.* 2002 Feb 23;192(4):191-6.
53. Newton JT, Thorogood N, Gibbons DE. A study of the career development of male and female dental practitioners. *Br Dent J.* 2000 Jan 22;188(2):90-4.
54. Atchison KA, Bibb CA, Lefever KH, Mito RS, Lin S, Engelhardt R. Gender differences in career and practice patterns of PGD-trained dentists. *J Dent Educ.* 2002 Dec;66(12):1358-67.
55. del Aguila MA, Leggott PJ, Robertson PB, Porterfield DL, Felber GD. Practice patterns among male and female general dentists in a Washington State population. *J Am Dent Assoc.* 2005 Jun;136(6):790-6.

- 56.Hjalmer K, Soderfeldt B, Axtelius B. Moral values and career: factors shaping the image of healthy work for female dentists. *Acta Odontol Scand*. 2006 Oct;64(5):255-61.
- 57.Luzzi L, Spencer AJ, Jones K, Teusner D. Job satisfaction of registered dental practitioners. *Aust Dent J*. 2005 Sep;50(3):179-85.
- 58.Carlisle LD. Is there a difference in the way men and women practice dentistry? Part II. 2011 [16/05/2011]; Available from: <http://www.spiritofcaring.com/public/513.cfm>.
- 59.Gorter RC, Bleeker JC, Freeman R. Dental nurses on perceived gender differences in their dentist's communication and interaction style. *Br Dent J*. 2006 Aug 12;201(3):159-64; quiz 72.
- 60.Gorter RC, Freeman R. Dentist-assistant communication style: perceived gender differences in The Netherlands and Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Apr;33(2):131-40.

4 ARTIGO 2

DIFERENÇAS ENTRE OS GÊNEROS QUANTO ÀS EXPECTATIVAS PROFISSIONAIS DE ESTUDANTES DE ODONTOLOGIA

Artigo a ser submetido ao *European Journal of Dental Education- Eur J Dent Educ.*

4.1 RESUMO

Com aumento significativo de mulheres na Odontologia, pode-se esperar que o perfil futuro da profissão sejam alterado. No Brasil, EUA, África do Sul, Nova Zelândia e Bulgária, a profissão já conta com a maioria de profissionais do gênero feminino. Enquanto para os homens a maior motivação para cursar Odontologia está em trabalho seguro, perspectiva de bons negócios, *status* profissional e prática em horas regulares de trabalho, para as mulheres o que mais influencia na escolha da Odontologia é a possibilidade de trabalhar com pessoas. O propósito deste trabalho é investigar os discursos de futuros cirurgiões-dentistas, de ambos os gêneros, para detectar se as diferenças no perfil de gênero podem influenciar a formação a prática profissional pretendida no futuro. A pesquisa, qualitativa, utilizou a estratégia de entrevistas coletivas em grupos focais. Os dados foram categorizados e avaliados pela estratégia da análise do discurso. Os resultados demonstram que mulheres escolhem Odontologia, principalmente, por gostarem do trabalho com pessoas e têm como objetivo o emprego formal. Os homens desejam *status* profissional, desenvolvimento de bons negócios e flexibilidade da prática autônoma. Na análise do processo de educação na universidade, enquanto homens desejam mais aprendizagem técnica e conhecimentos de administração de negócios, as mulheres reclamam das relações pessoais que se estabelecem com os docentes e colegas, além da discriminação que percebem na rotina acadêmica. Esta constatação sugere que o processo de ensino, pautado no tecnicismo do modelo biomédico, não tem alcançado o ideal de formação do gênero feminino que é o relacionamento com pessoas.

Palavras-chave: estudantes de odontologia; dentista; gênero feminino; gênero masculino e exercício profissional

4.2 INTRODUÇÃO

Pesquisas e dados oficiais recentes comprovam um fenômeno que não obedece fronteiras, caracterizado pela ascensão do número de mulheres trabalhadoras em vários países, destacando-se a busca feminina de inclusão qualificada no mundo do trabalho^{1 2}. O número de filhos por mulher diminuiu, sobretudo nas regiões e cidades mais desenvolvidas, no Brasil e na maioria dos países do mundo. Simultaneamente ao aumento da presença da mulher no universo do trabalho, manteve-se, em muitos contextos, a pressão com responsabilidades familiares e domésticas². A expansão da escolaridade e o acesso das mulheres às universidades, notáveis nas últimas décadas, contribuíram para esta transformação³.

Na Odontologia, o fenômeno tem sido marcante. Em vários países do mundo como EUA, África do Sul, Nova Zelândia e Bulgária, a profissão já conta com a maioria de profissionais do gênero feminino^{4 5 6 7}. No Brasil, a progressiva feminização do trabalho é incontestável⁸. O número de ingressantes do gênero feminino nos cursos de Odontologia já ultrapassa 75% de acordo com o último Censo da Educação Superior de 2009⁹ e os dados do CFO mostram que um percentual acima de 55% dos profissionais registrados são mulheres¹⁰.

A literatura mostra que, enquanto para os homens a maior motivação para cursar odontologia está em trabalho seguro, perspectiva de bons negócios, *status* profissional e prática em horas regulares de trabalho, para as mulheres o que mais influencia na escolha da odontologia é a possibilidade de trabalhar com pessoas^{11 12}.

Quatro grupos de motivos para seguir a odontologia são citados na literatura: financeiro, possibilidade de bons negócios, trabalho com pessoas e afeto e flexibilidade. As mulheres citam mais o cuidado e afeto como motivadores para a escolha da profissão, enquanto os homens citam o fator de realização de negócios. Estudantes de ambos os gêneros relataram igualmente o fator financeiro e a flexibilidade que a profissão permite como estímulos para estudar Odontologia (11-14).

O exercício profissional da mulher ainda precisa ser confrontado contemporaneamente com a possível persistência de um modelo de família influenciando papéis sociais e escolhas na vida privada. Há que se refletir criticamente sobre reminiscências do passado, em vários contextos e culturas, no qual cabia à mulher as responsabilidades domésticas e socializadoras. Se isto ainda se faz presente no cotidiano feminino é ponto controverso, mas parece ainda ser necessário pensar uma constante articulação entre papéis familiares e profissionais(15-17) .

Um menor número de dentistas holandesas, em comparação aos homens, gostaria de exercer a prática privada ou chefiar equipes de saúde apesar de constituírem a maioria de profissionais de Odontologia (13). Assim como na Holanda, na Inglaterra, tanto os homens quanto as mulheres, recém-formados em cursos de odontologia, declaram que pretendem trabalhar tempo integral. Depois de cinco anos, um quarto do contingente feminino tem a intenção de trabalhar tempo parcial enquanto 98% dos homens pretendem continuar em tempo integral (14) . O número de horas trabalhadas pelas mulheres dentistas é, invariavelmente, menor que o dos homens. Das 4500 dentistas inglesas pesquisadas no estudo de Murray (2002), 65% trabalhavam em tempo parcial e as tarefas de casa despontaram como principais responsáveis pela redução da jornada (18). Pelo mesmo motivo, dentistas da Nova Zelândia trabalham 12% menos do que o número horas trabalhadas pelos homens (6).

As mulheres trabalham em número menor de dias do que os homens, numa diferença de 10%. Tendo em vista este dado, a mulher atende, proporcionalmente, menos pacientes e executa menos procedimentos clínicos ao ano devido às obrigações de sua vida familiar (19,20). Há dados de pesquisas apontando maior proporção de mulheres com emprego formal e a maioria de homens exercendo a prática privada, sendo que os homens se mostraram mais ativos na condução de sua educação continuada e se mostraram mais satisfeitos com a carreira (19, 20) .

As dentistas sul-africanas se queixam da falta de cursos de treinamento especializado em tempo parcial que se ajustem aos seus afazeres domésticos. Estes limitam seu tempo para a profissão e para sua especialização. Requistam empregos de tempo parcial e cursos para reintegrá-las ao trabalho, após afastamentos prolongados devido a atribuições com a maternidade (5) .

Há indícios de diferenças no grau de satisfação com o trabalho entre cirurgiões-dentistas do gênero masculino e feminino, relacionadas com a dimensão de tempo pessoal e com questões de ordem moral com a profissão. Dentistas da Suécia, ligadas ao serviço público de saúde, asseveram que a prática profissional não condiz com os valores morais que acreditam. Na prática, as dentistas se dizem frustradas, já que a Odontologia que praticam não cumpre com o objetivo de ser profissão a serviço do ser humano (21-23) e consideram que o componente mais importante do trabalho é de ordem moral e não de negócios (22, 23). Relatam que não gozam de influência em grandes decisões e que lhes falta interação com a chefia e com os demais colegas. Assim como na Suécia, quando dentistas inglesas exercem atividades em emprego formal, apesar de serem em maior número, ocupam posições inferiores na hierarquia no *National Health Service* (NHS) e no Hospital de Serviços Odontológicos (24). Na Austrália elas são maioria no serviço público, mas se queixam que seus salários são menores (25).

Em contrapartida, a hegemonia e prestígio masculinos na profissão se confirmam. O perfil demográfico dos docentes em cursos de Odontologia irlandeses evidencia que 64% do contingente de docentes universitários na área é masculino, caracterizando um regime dominado por homens (26). Nos cursos de medicina e odontologia da Universidade de Córdoba, apesar da maioria de estudantes serem do gênero feminino, esta proporção não se refletiu no corpo docente. Em 2003, a proporção de professores, homens e mulheres, era de 58% para 42% respectivamente. Além do que, os cargos de direção são, na maioria, ocupados por homens. As mulheres estão mais restritas a postos de auxiliares docentes (27). Atualmente as mulheres constituem 28% dos docentes das escolas de Odontologia nos EUA, 22% dos diretores, e 31% do total de administradores acadêmicos (4).

As mulheres preferem as atividades que exijam habilidades como a delicadeza, paciência e o cuidado, além de destreza manual para um trabalho artístico (28). No Brasil, constata-se na literatura recente que as mulheres dentistas que fazem cursos de pós-graduação *lato sensu*, o fazem na área de odontopediatria seguida, pela saúde coletiva, endodontia e dentística, todas relacionadas a uma prática mais preventiva e menos invasiva (29,30).

A disposição das dentistas brasileiras em atuar nos serviços públicos de saúde sugere que preferem não optar pela competitividade da prática privada. As

dentistas são maioria em relação aos profissionais brasileiros com vínculo público e também maioria na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que exige oito horas de atividades (29). A porcentagem de homens e mulheres no ESF é de 42% e 58%, respectivamente. Também neste caso, a situação brasileira coincide com a situação inglesa que demonstra que as dentistas estão mais aderidas aos cuidados com a comunidade do que em cargos de planejamento e chefia, e se mostram pouco interessadas em praticar uma odontologia privada e serem proprietárias de consultórios particulares (31).

A estereotipagem que, por vezes, se apresenta nas áreas cirúrgicas, vinculando-as ao mundo masculino, e a relativa ausência de exemplos modelares femininos na cirurgia, parece afetar negativamente a escolha das mulheres para a dedicação à cirurgia bucomaxilofacial. Além disto, a demanda de tempo para a formação e falta de tempo para atividades culturais e vida social são citados como empecilhos (32,33). Quanto à presença das mulheres profissionais em hospitais, há casos relatados de médicos e residentes que nutrem preconceito em relação a mulheres e, de acordo com depoimentos das próprias, não é incomum vivenciarem casos de assédio sexual por parte dos colegas (34).

Para usuários, além da habilidade técnica, a interação pessoal desenvolvida entre paciente e dentista é valorizada. A satisfação do paciente e a qualidade do atendimento são fortemente associadas quando o profissional demonstra atitudes positivas, habilidades de comunicação e tratam o paciente respeitando sua individualidade (35,36). A comunicação qualificada, que denote ética e dê conta de informações indispensáveis para a tomada de decisão segura sobre o tratamento, diminui a ansiedade dos pacientes.

Nas qualidades de um bom cirurgião-dentista destacadas por universitários, a competência profissional e a qualidade nos tratamentos executados aparecem em primeiro lugar. A explicação relativa ao custo foi considerada a mais importante no aspecto orçamento, confirmando a valorização da qualidade da comunicação (37-40). No estudo de Garbin et al (41), a maioria dos usuários entrevistados considera que os aspectos relativos à humanização são os mais relevantes na hora do atendimento odontológico. Quanto ao gênero, as preferências de usuários se dividem, metade optando por profissionais do gênero masculino e metade pelo gênero feminino. O gênero masculino foi relacionado com os adjetivos "segurança",

“cauteloso”, “forte” e o feminino com “atenciosa”, “cuidadosa”, “delicada”, “paciente”⁴⁰. Mais importantes que as características físicas do profissional são a paciência, capacidade de comunicação e diálogo, que favorecem o bom relacionamento profissional-paciente(40).

Idosos relatam que as dentistas apresentam atitudes mais favoráveis com relação ao envelhecimento do que os do gênero masculino (42). Crianças e mulheres, muitas vezes, são a favor de dentistas do sexo feminino. Uma das razões para isso é a percepção de que as mulheres são mais gentis e carinhosas. Mulheres investem mais tempo com os pacientes. Os estudos mostram que a promoção da saúde é mais efetiva quando o vínculo entre profissional e paciente é fortalecido (43).

Ao se considerar a satisfação de estudantes de Odontologia com o sistema de ensino, poucos estudos se referem às diferenças encontradas entre os gêneros. Entre dentistas que se formaram na Creighton University, entre 1985 e 2005, a satisfação com a preparação acadêmica e as experiências práticas de pós-graduação não se mostram diferentes sob os olhares masculino e feminino (44). Tais achados indicam que o gênero parece não estar associado com o nível de satisfação com a preparação acadêmica.

Estudos revelam características de experiências de aprendizagem eficazes identificadas por alunos de escola de Odontologia americana (45). Apesar destas conclusões não envolverem questões de gênero, há que se destacar que as qualidades pessoais de docentes e a interação com os alunos foram as mais valorizadas. Em outra pesquisa para avaliar a eficácia do ensino clínico sob o ponto de vista do aluno, constata-se que o professor é considerado muitas vezes incoerente e insensível, paternalista e rude e são citadas falhas éticas na condução do processo de orientação clínica. Um dos aspectos mais fortes do aprendizado da clínica foi, portanto, a relação com o corpo docente (46).

Há ainda, considerações acerca das características do gênero feminino e sua posição como aluna na universidade. A condição feminina faz com que a marca do cuidado se manifeste no modo de agir, de decidir e de se relacionar com o outro (47). De acordo com Gilligan (48) (1982), a ética do cuidado como atributo feminino, permeia as atitudes que determinam o modo de ser da mulher; por consequência, o modo de ser da profissional mulher. Para a Odontologia, profissão marcada pelo

estabelecer limites aos que queiram monopolizar a palavra e estimular os mais tímidos a se pronunciarem ⁵³.

Foram utilizados dados de 4 grupos focais, constituídos de modo intencional para expressarem a diversidade das experiências formativas dos estudantes de odontologia, sujeitos desta pesquisa. A constituição dos grupos foi a seguinte: 2 grupos de estudantes de universidade pública, um com integrantes do gênero feminino e outro masculino; e 2 grupos focais com as mesmas características, com estudantes de universidade privada. Todos os grupos foram formados por estudantes de Universidades de Curitiba, Paraná. Para cada grupo foram convidados 6 participantes, 3 ingressantes e 3 concluintes, nos seus respectivos cursos de graduação. Todos os sujeitos da pesquisa foram instruídos a respeito dos objetivos das entrevistas e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes do início dos trabalhos; o estudo foi aprovado pelo CEP-PUCPR pelo parecer nº 5957-2ª versão de 05 de abril de 2011.

O roteiro de entrevistas foi delineado com poucas e indispensáveis questões, capazes de ativar as falas nos grupos, abordando o objeto do estudo: a) os motivos que influenciaram a escolha da profissão; b) os planos futuros e as perspectivas com a profissão; c) as estratégias a serem adotadas para a relação profissional com futuros pacientes; e d) as sugestões quanto ao ensino da odontologia, que possam trazer maior aproveitamento na formação universitária.

Os discursos nos grupos focais foram gravados em equipamento digital, transcritos e importados para o *software* ATLAS.ti 5.0 (Visual Qualitative Data Analysis). Esta ferramenta é utilizada para armazenamento, manipulação e análise de dados qualitativos. Com o auxílio do *software*, os dados foram organizados em categorias de análise para facilitar a compreensão das ideias e a discussão posterior, com base no referencial teórico.

Foi utilizada a estratégia de análise do discurso ^{54 55}, numa abordagem pragmática, já que se interpretou a fala de grupos muito homogêneos, tanto no aspecto de idade quanto sociocultural, o que propicia uma forte influência do contexto na formação do discurso. A metodologia para tratamento das falas foi a análise do discurso. Pretendia-se saber algo mais do que se fala pois o discurso pode ter inúmeras funções e significados. A análise do discurso possibilita compreender a materialidade de enunciados no interior de uma determinada

linguagem e a formação de práticas discursivas, já percebida como ação no mundo, além de reconhecer qual é o seu sentido, ou seja, o seu valor e sua dependência com um determinado contexto⁵⁴. Com a análise de discurso foi possível criar um repertório interpretativo sobre as questões de pesquisa, convergindo para a construção social^{55 54} do sentido da formação odontológica a partir da perspectiva estudantil de gênero.

4.4 RESULTADOS

A organização dos discursos seguiu o roteiro previamente traçado para os grupos, ou seja, em quatro repertórios interpretativos.

1) os motivos que influenciaram a escolha da profissão:

No primeiro repertório interpretativo observou-se que a maioria dos homens se pronunciou sobre motivação para a escolha da odontologia, por se tratar de profissão que confere retorno financeiro, que angaria respeito e confiança de todos e que permite flexibilidade de horário.

Muitos relataram que preferiam medicina, e a odontologia foi a segunda opção pela facilidade de ingresso e de condução da carreira: “ *meu pai já é dentista...achei um caminho mais fácil*”.

Outros trechos de discursos, tais como “ *o que conta hoje em dia é trabalhar por conta.... o respeito que o profissional tem...acho que é isto aí...*” ou “*... já trabalho como técnico em prótese, mas quero adquirir mais respeito profissional...*”, ilustram as demais falas dos integrantes do gênero masculino.

Há que se destacar que os ingressantes relatam também que escolheram a Odontologia por ser profissão ligada à saúde, que ajuda a restabelecer o sorriso e a melhorar a qualidade de vida das pessoas, demonstrando idealismo e altruísmo mais evidente do que os concluintes.

Com base na interpretação do significado mais geral dos discursos, pode-se resumir que jovens do gênero masculino se pautam primeiramente em expectativas financeiras e de status profissional e, em segundo lugar, em dimensões pessoais e técnicas: “ *eu acho que a remuneração, você fazer o seu salário, poder ajudar alguém...fazer um trabalho bem feito*”. A ordem explícita nesta fala ilustra a maioria dos pronunciamentos advindos do gênero masculino.

A flexibilidade valorizada pelos homens tem a ver com a liberdade que a profissão pode proporcionar e que permite a administração do tempo dedicado às atividades profissionais e a outras atividades que podem ser de lazer ou estudo de pós-graduação. Há depoimentos que afirmam, inclusive, ser importante “...fazer seu próprio horário, poder cancelar um dia de trabalho...”

Para o gênero feminino, o conteúdo das falas revela que a área de saúde sempre foi a primeira escolha : “...eu nunca me vi fora da área de saúde”.

Mesmo quando influenciadas pelos pais para fazer medicina, mulheres optaram por odontologia e pensavam nesta possibilidade desde crianças. A vocação, nas mulheres, ficou mais evidente. A fala “ eu desde pequena queria ser dentista... meu pai querendo que eu fizesse medicina... agora eu não troco por nada...” ilustra a interpretação anterior.

A ética do cuidado aparece no relato das motivações pela escolha da carreira: “... fui motivada pelo contato com profissionais da odontologia [como paciente]...da maneira como fui tratada...”; ou ainda “... a maneira e o cuidado que tive de minha profissional” e “...quando era pequena ouvia falar bem de dentista...”.

Na mesma linha do cuidado, o trabalho com pessoas foi muito valorizado entre as mulheres. Disseram elas: “.... gosto muito de trabalhar com pessoas” ou “...para mim é lidar com as pessoas... conversar...interagir com eles...dar toda a atenção...não é só cuidar do dente.”

A flexibilidade que o exercício profissional pode proporcionar também teve destaque para as mulheres, o que ficou assim impresso nos discursos: “.... O fato de não ter que dar satisfação... de eu mesma fazer meu horário” ou “...o fato de depender só da gente...o médico depende da equipe.”

2) os planos futuros e as perspectivas com a profissão:

Neste segundo repertório, as expectativas com o futuro profissional, para os estudantes do gênero masculino, incluem mais tempo de estudo. Esta afirmação é ilustrada pela fala: “....pretendo continuar estudando e mais tarde montar consultório.”

A opção pela iniciativa privada é marcante, mas não é descartada a possibilidade de emprego no Serviço Público de Saúde, porém como alavancador para a prática privada. Um dos integrantes diz: “....acho que no serviço publico são procedimentos mais simples e vou ter respaldo financeiro [para montar consultório]”.

A escolha por sair dos grandes centros também é citada com frequência. Na maioria dos depoimentos, o fator financeiro e alcance de ganhos significativos estão presentes na prática discursiva dos homens entrevistados. As falas que ilustram esta observação são: *"...tem uma expectativa meio tensa em relação aos ganhos": "....você tem que ter paciência para formar uma clientela para você ser conhecido no local.... para ganhar um dinheiro legal, depende de você, da desenvoltura"; "...se quiser crescer rápido e ganhar dinheiro rápido... tem que ir para o interior"; "...não recomendo trabalhar com planos de saúde....você vai ser totalmente explorado".*

O gênero feminino se mostra dividido. As alunas de universidade pública inclinam-se mais para o emprego formal, no Serviço Público de Saúde: *"um concurso público já é uma estabilidade.... trabalhar em consultório, não meu, [é melhor] como empregada e fazer uma especialização".*

As oriundas de universidade particular até demonstram intenção de escolher a prática privada mas não descartam o vínculo público. Porém, pensam em decidir os rumos profissionais após cursarem pós-graduação ou adquirirem maior habilidade: *"... no momento não quero consultório ... quero fazer curso de especialização...ortodontia"* ou ainda: *"... fazer mestrado e doutorado".*

3) as estratégias a serem adotadas para a relação profissional com futuros pacientes:

No terceiro repertório, os enunciados sobre a relação futura com pacientes revelou que é questão tratada como negócio pelos homens. Falou-se em recursos de marketing como mala direta, apresentação pessoal e do ambiente de trabalho, em instruções técnicas detalhadas sobre o tratamento.

O relacionamento pessoal, com conotação afetiva, não se mostrou evidente: *"... além do bom relacionamento com o paciente, você [deve] ser um bom profissional... não adianta você ser o queridão assim, super-atencioso, e ser um profissional irresponsável ou não tem capacidade técnica suficiente para executar os procedimentos... então acho que a técnica e o conhecimento é muito importante para o paciente confiar em você.... aceitar seu tratamento... seu orçamentose você quer ganhar dinheiro...mas você não sabe explicar, passar as informações... ele não vai confiar em entregar o dinheiro dele para você".* Este depoimento é emblemático e resume muito bem os demais depoimentos masculinos.

Para as alunas, fidelizar pacientes é sinônimo de afeto e relacionamento pessoal. Mesmo quando citam uma relação pautada na informação técnica, o fazem complementando com a necessidade de acolhimento.

As falas mais ilustrativas são: “... em primeiro lugar é o respeito... atender a necessidade dele [paciente] mesmo”; ou “... honestidade, ser muito clara com o paciente”; e ainda “...a conversa acalma o paciente... é o principal mesmo”; culminando com “... não é um simples paciente... tem toda uma explicação...tem todo um convívio”. Ao contrário dos homens, as mulheres não citaram o ganho financeiro como motivador desta abordagem mais afetiva.

4) as sugestões quanto ao ensino da Odontologia, que possam trazer maior aproveitamento na formação universitária:

Quando indagados sobre suas sugestões para melhorar sua formação em Odontologia, os homens citaram mais horas em prática clínica, conhecimentos de administração de consultório, maior ênfase na politização por meio de participação em congregações estudantis e em movimentos de defesa da classe odontológica, integração entre saberes da Odontologia e com outras ciências da saúde, e maior socialização no ambiente universitário.

Depoimentos como: “.... Quem sair daqui, vai montar consultório e precisa de uma disciplina que melhor explique como funciona o consultório... falta de prática... tivemos muito pouco contato com determinadas situações... vai chegar lá fora não vai ter o professor”; ou “....mais enfoque na defesa dos direitos da Odontologia... formar profissionais mais responsáveis para passar uma boa imagem da profissão”; e: “... a Odontologia é muita pressão... gostaria de relaxar com a galera”; “....mais aproximação com os veteranos”.

Para as mulheres, o ponto mais importante para a melhoria da formação do profissional foi o comprometimento, a atenção, interesse em ensinar, educação e respeito com os alunos por parte dos professores. A figura do docente foi a mais citada nos depoimentos femininos.

Pode-se exemplificar tal afirmação com as seguintes falas: “....os professores poderiam ser mais educados”; “... o professor [deve] respeitar a quantidade de mulher na sala e ver que elas vão ser futuras dentistas”; “...se a gente não tratar eles [os professores] bem, não vai ter um sorriso”; “... atenção do professor é

importante, principalmente no primeiro ano... eles explicam meio por cima”; ou “...tem professor que não dá abertura”.

Destacam-se dois depoimentos, um masculino e outro feminino, que dão pistas do lugar que a mulher ocupa no imaginário dos estudantes. Diz um estudante: *“...as professoras falam que só tem mulheres mas os homens que tem são os melhores”.* E uma estudante reflete : *“...é, mas no congresso de implantodontia tinha mais homem que mulher...ué! não tem mais mulher que homem”?*

Além destes depoimentos, foi flagrante a disposição das mulheres em constituir família enquanto que para os homens este aspecto não foi relevante.

De modo geral, os discursos não mostraram diferenças importantes entre estudantes de escolas públicas e privadas, porém alunos ingressantes do gênero masculino se mostraram bastante comprometidos com objetivos humanitários. Os depoimentos “ *o prazer de devolver um sorriso....*” e “ *ajudar as pessoas....*” ilustram esta constatação.

4.5 DISCUSSÃO

Em relação às escolhas para a prática profissional, as mulheres demonstram maior inclinação ao emprego formal do que os homens, o que coincide com a literatura(25,29,31). A minoria se sente atraída pela área cirúrgica e várias citam a estética e a ortodontia como especialidades a serem praticadas, o que está de acordo com outros achados na literatura (29,30,34).

Na vida pessoal, as mulheres foram unânimes em se declarar decididas a constituir família enquanto os homens não enfatizaram este aspecto. Esta constatação sugere que a divisão de tarefas pode confirmar a tendência do gênero feminino trabalhar um número menor de horas ao dia, e dias ao ano, conforme constatado na literatura (6,15,18,19,20).

Os homens, por sua vez, ressaltam uma profissão voltada ao ganho financeiro e não descartam o exercício da prática fora dos grandes centros num enunciado claro de que valorizam o lucr (41). Os relatos das estudantes demonstram que elas valorizam o trabalho com as pessoas e a conversa com os pacientes como as características mais importantes do exercício profissional, o que converge com a literatura(11). As dentistas mulheres acham que a interação pessoal é o que, seguramente, pode fidelizar o paciente ao profissional. Este fato pode ser favorável

a uma prestação de serviços mais humanizada, que venha ao encontro das expectativas dos pacientes os quais, segundo a literatura, valorizam prioritariamente as características pessoais dos profissionais (23,35,36,41,42).

Os homens demonstraram maior preocupação com a qualidade técnica do exercício profissional, com o estudo das especialidades e quando se referem à interação pessoal com o paciente, sempre o fazem relacionando com as informações sobre o tratamento e os rendimentos financeiros. A necessidade de se comunicar é sempre acompanhada pela preocupação em ser um bom técnico, o que não foi evidenciado no discurso feminino, no presente estudo e em outros achados na literatura(37-40).

Do discurso de alunos e alunas relacionados com a qualidade da formação universitária, emergem diferenças na percepção dos pesquisados. Enquanto os estudantes se preocupam com a melhoria da técnica e com a especialização, as estudantes consideram as características pessoais dos docentes determinantes em sua formação. Esta constatação, a partir dos discursos masculinos e femininos, contrariam os resultados obtidos por Kelsey et al. (44) (2009), que demonstram não haver diferenças na percepção de estudantes de odontologia de ambos os gêneros em relação à formação universitária. Há relatos na literatura que dão conta da valorização da relação com os professores por parte dos alunos, em pesquisas sobre satisfação com o ensino universitário, sem, contudo, especificar o gênero dos entrevistados (45,46). As mulheres pesquisadas sempre se reportam às interações interpessoais, em especial com docentes, demonstrando que a forma como o processo vem sendo conduzido não condiz com as expectativas femininas⁴⁵. As alunas, por unanimidade, se pronunciaram descontentes com o tipo de relações que são construídas na universidade (50) e se sentem até discriminadas, mesmo por professoras.

Os pilares do processo de formação e do exercício profissional continuam sendo o tecnicismo e empreendedorismo (8), cujos conteúdos, na visão dos estudantes do gênero masculino, ainda são insuficientes. Tais características dos cursos de odontologia têm sido reforçadas historicamente, sem importante redefinição de metas. Algumas reformas nos currículos, o crescimento de uma consciência de promoção de saúde e de necessidades e interesses de uma população diversificada podem ser sentidos atualmente no ensino, mas ainda

prioriza-se o paradigma biomédico (43). Apesar das recomendações da Diretrizes Curriculares para Cursos de Graduação em Odontologia (43) que apontam para a formação mais humanizada, os currículos e os docentes tem reproduzido o modelo biologicista e conteudista (50). As mulheres, que são maioria do corpo discente, têm algumas vantagens no relacionamento social, mas o processo de formação em cursos de odontologia tende a negar essas vantagens, favorecendo as pessoas com habilidades para execução de técnicas (43). Alunas sentem o preconceito implícito na atitude de professores do gênero masculino em relação a elas e os consideram pouco acolhedores, cenário este que parece se reproduzir na prática profissional em vários contextos (4,21,22,34). Este preconceito pode explicar achados na literatura, sobre as dificuldades que as mulheres encontram para ingressar e evoluir na carreira acadêmica, mesmo sendo em maior número no exercício profissional (26,27).

Se a vocação para o trabalho com pessoas leva as mulheres a buscarem a odontologia como profissão, esta vocação pode ser sufocada na universidade desde que a relação com as pessoas não se concretize da forma como elas idealizam e desejam. Nesta perspectiva, talvez as necessidades e aspirações masculinas sejam mais valorizadas e as mulheres acabam por se ajustar a elas, sublimando os atributos inerentes à natureza feminina(43,48).

Os discursos de estudantes dos gêneros masculino e feminino, ingressantes e concluintes, de universidades públicas e privadas de Curitiba, demonstram que há uma convergência com achados da literatura consultada. As práticas discursivas dos estudantes, em acordo com o marco teórico adotado neste estudo, já são uma forma de ação no mundo. Portanto, suas escolhas pela carreira odontológica e suas enunciações sobre o futuro profissional e a relação com os pacientes, ou seja, com a própria sociedade, são demarcadas por traços distintos que poderão se materializar futuramente. Tais distinções parecem depender da condição de gênero, mas não do tipo de instituição em que estudam ou do momento do curso que estão experimentando.

As mulheres escolhem Odontologia, principalmente, por gostarem do trabalho com pessoas e têm como objetivo o emprego formal. Os homens fazem a escolha por desejarem *status* profissional, desenvolvimento de bons negócios e flexibilidade da prática autônoma, a qual desejam desenvolver. Os homens ainda praticam

discursivamente uma Odontologia marcada pela tradição passada, de profissão liberal e lucrativa; e as mulheres parecem se voltar mais para a humanização da prática, inclusive com componentes discursivos que reforçam as diretrizes do Serviço Público de Saúde, com destaque para os cuidados com a comunidade.

O desejo de constituir família é prioridade para as mulheres, o que mostra que, a despeito da melhoria das condições da mulher na escolaridade e no mercado de trabalho, o objetivo de eventualmente criar filhos não perdeu importância.

Na análise do processo de educação na universidade, enquanto homens desejam mais aprendizagem técnica e conhecimentos de administração de negócios, as mulheres reclamam das relações pessoais que se estabelecem com os docentes e colegas, além da discriminação que percebem na rotina acadêmica. Esta constatação sugere que o processo de ensino, pautado no tecnicismo do modelo biomédico, não tem alcançado o ideal de formação do gênero feminino que é o relacionamento com pessoas. A formação universitária parece aprisionada nos ideais historicamente consolidados na profissão, que no passado era eminentemente masculina, desconsiderando o fato de que as mulheres, que constituem a maioria de alunos dos cursos de odontologia, valorizam o relacionamento interpessoal mais qualificado e podem ser mais comprometidas com práticas humanizadas.

5 PAPER 2

GENDER DIFFERENCES IN DENTAL STUDENTS' PROFESSIONAL EXPECTATIONS

Article to be submitted to the European Journal of Dental Education-
Eur J Dent Educ.

5.1 ABSTRACT

With the significant increase of women in Dentistry, it can be expected that the future profile of the dental professional will alter. In Brazil, USA, South Africa, New Zealand and Bulgaria, the majority of dental professionals are already of the female gender. Whereas for men the biggest motivation for studying Dentistry is job security, good business perspectives, professional status and regular working hours, what most influences women in the choice of Dentistry is the possibility of working with people. The purpose of this study is to investigate the discourses of future dental surgeons, of both genders, to detect whether gender profile differences can influence training and intended future practice. This qualitative study used the strategy of collective interviews in focus groups. The data were organized into categories and assessed using the strategy of discourse analysis. The results show that women choose Dentistry principally because they like working with people and want to have formal employment. Men desire professional status, good business prospects and the flexibility of being self-employed. The analysis of the university education process revealed that whereas men desire more technical learning and knowledge of business management, women complain of the personal relationships that exist with teaching staff and colleagues, apart from the discrimination they perceive in the academic routine. This finding suggests that the teaching process, based on the technicism of the biomedical model, has not reached the ideal for the training of the female gender, which would be a model based on relationships with people.

Keywords: dental students; dentist; female gender; male gender and professional practice

5.2 INTRODUCTION

Recent studies and official data prove a phenomenon that knows no frontiers, characterized by the rise in the number of women workers in several countries, in particular the female quest for qualified inclusion in the world of work(1, 2). The number of children per woman has decreased, especially in the more developed regions and cities both in Brazil and in the majority of countries in the world. Simultaneously to the increase in the presence of women in the universe of work, in many contexts the pressure of family and domestic responsibilities on women has been maintained (2). The expansion of schooling and women's access to universities, notable in recent decades, have contributed to this transformation (3).

In Dentistry this phenomenon has been outstanding. In various countries in the world, such as the USA, South Africa, New Zealand and Bulgaria, the majority of dentistry professionals are of the female gender (4-7). In Brazil progressive feminization in the workplace is undeniable (8). The number of students of the female gender starting Dentistry courses already exceeds 75% according to the most recent Higher Education Census of 2009 (9) and Federal Dentistry Council data show that more than 55% of registered dental professionals are women (10).

The literature shows that whereas for men the biggest motivation for studying dentistry is job security, good business perspectives, professional status and regular working hours, what most influences women in the choice of dentistry is the possibility of working with people (11,12).

Four groups of motives for following a career in Dentistry are mentioned in the literature: financial, good business possibilities, working with people and flexibility. Women make more mention of caring and affection as motives for choosing the profession, whereas men mention the factor of business opportunities. Students of both genders equally reported the financial factor and the flexibility that the profession enables as incentives for studying Dentistry (11-14).

In the contemporary world, women's professional practice still needs to be compared with the possible persistence of a family model that influences social roles

and choices in their personal lives. The need exists to reflect critically on reminiscences of the past, in various contexts and cultures, in which domestic and socializing responsibilities were attributed to women. Whether this is still present in everyday female life is a controversial point, nevertheless it still appears to be necessary to bear in mind a constant articulation between family and professional roles(15-17).

A smaller number of Dutch female dentists, when compared to their male counterparts, would like to have a private practice or be in charge of health teams even though they are the majority of Dental professionals (13). Similarly to Holland, in the United Kingdom both men and women newly graduated from dentistry courses state they intend to work full-time. After five years, a quarter of the female contingent intends to work part-time whilst 98% of men intend to continue working full-time (14). The number of hours worked by women dentists is, invariably, less than those worked by men. Of the 4500 United Kingdom woman dentists studied by Murray (18) (2002), 65% worked part-time and household duties were indicated as the principal reason for the reduced number of working hours. For the same reason, women dentists in New Zealand work 12% fewer hours than men dentists (6).

Women work 10% fewer days than men. In view of this statistic, women care proportionately for fewer patients and undertake fewer clinical procedures per annum owing to the obligations of their family lives (19). Research data exists indicating a higher proportion of women in formal employment and the majority of men working in private practice. Men also showed themselves to be more active in undertaking continuing education and more satisfied with their career (20).

South African women dentists complain of the lack of part-time specialized training courses that fit in with their domestic chores. These limit the time they have for the profession and for specialized training. They require part-time jobs and courses in order for them to return after prolonged periods off work because of maternity-related attributions (5).

There is evidence of differences in the degree of job satisfaction among dental surgeons of the male and female genders, regarding to the amount of personal time and moral issues relating to the profession. Swedish dentists in public health services stated that professional practice is not in keeping with the moral values in which they believe. In practice, women dentists say they are frustrated as the Dentistry they

undertake does not fulfil the objective of being a profession at the service of the human being (21- 23) and consider that the most important component of working is moral and not commercial (22,23). They report that they do not have influence in important decisions and interaction is lacking with their superiors and other colleagues. As in Sweden, when United Kingdom women dentists work in formal jobs, despite there being more of them, they hold lower positions on the hierarchy in the National Health Service (NHS) and in the Community Dental Service (24). In Australia women dentists are the majority in the public health service but complain that their salaries are lower (25).

In contrast, male hegemony and prestige in the profession are confirmed. The demographic profile of the teachers on Irish Dentistry courses shows that 64% of university teachers in this area are male, characterizing a system dominated by men (26). At the University of Córdoba medicine and dentistry courses, despite the majority of students being of the female gender, this proportion was not reflected among teaching staff. In 2003, the proportion of male and female teachers was 58% to 42%, respectively. Furthermore, the majority of management positions are held by men. Women are more restricted to positions of auxiliary teachers (27). Women currently comprise 28% of teachers, 22% of directors and 31% of the total of academic administrators in Dental schools in the USA (4).

Women prefer activities that require skills such as sensitivity, patience and caring, apart from manual dexterity for artistic work (28). In Brazil recent literature shows that women dentists taking postgraduate specialization courses do so in the area of paediatric dentistry followed by public health, aesthetic dentistry and endodontics, all of which are related to a more preventive and less invasive practice (29,30).

Brazilian women dentists' disposition to work in public health services suggests that they prefer not to opt for the competitiveness of private practice. Women dentists are the majority in relation to Brazilian professionals working in public services and are also the majority in the Family Health Strategy (FHS), which requires eight hours of activities per day (29). The percentage of men and women in the FHS is 42% and 58%, respectively. Also in this case, the Brazilian situation coincides with the United Kingdom situation which demonstrates that women dentists are more involved with caring for the community than with holding planning and

management jobs and show themselves to have little interest in having being private dentists and being owners of private dental practices (31).

The stereotyping which, at times, appears in the surgical areas, linking women dentists to the male world, as well as the relative absence of examples of female models in surgery, appear to negatively affect women's choice of dedicating themselves to oral and maxillofacial surgery. In addition, the time required for becoming qualified and the lack of time for cultural activities and social life are stated as obstacles (31,32). With regard to the presence of women professionals in hospitals, cases have been reported of male physicians and resident doctors being prejudiced against women and, according to the testimonies of the latter, it is not uncommon for them to experience cases of sexual harassment from their male colleagues (34).

Apart from technical skills, service users value the personal interaction between the patient and the dentist. Patient satisfaction and quality of care are strongly associated when the professional shows positive attitudes, communication skills and respects the patient's individuality (35,36). Good communication, denoting ethical conduct and providing essential information for making the right decision about treatment, reduces patient anxiety.

Among the qualities of a good dental surgeon highlighted by university students, professional competence and the quality of treatment come in first place. The explanation of the cost of treatment was considered to be most important aspect of the price quotation, confirming that the quality of communication is valued (37-40). In the study undertaken by Garbin *et al.* (41), the majority of service users interviewed consider that the aspects relating to humanization are the most relevant during dental care. With regard to gender, service user preferences are divided, with half opting for professionals of the male gender and half for the female gender. The male gender has been associated with the adjectives "secure", "careful", "strong" whilst the female gender has been associated with "attentive", "caring", "delicate", "patient"⁴⁰. More important than the physical characteristics of the dental professional are patience, ability to communicate and dialogue, favouring the good relationship between the professional and the patient (40).

The elderly report that women dentists have more favourable attitudes towards aging than male dentists (42). Children and women often prefer dentists of the

female sex. One of the reasons for this is that women are more caring and affectionate. Women invest more time with patients. Studies show that health promotion is more effective when the bond between professional and patient is strengthened (43).

When considering dental students' satisfaction with the teaching system, few refer to the differences found between the genders. Among women dentists who graduated from Creighton University between 1985 and 2005, satisfaction with academic preparation and practical experience after graduation are not different from the male and female points of view. These findings indicate that gender appears not to be associated with the level of satisfaction with academic preparation (44).

Studies reveal characteristics of effective learning experiences on the part of American dental school students (45). Despite the conclusions of these studies not involving gender issues, it must be highlighted that the personal qualities of teachers and their interaction with students were the most valued characteristics. In another study to assess the effectiveness of clinical teaching from the student's point of view, it was found that the teacher is often considered to be incoherent and insensitive, condescending and rude and ethical shortcomings are mentioned regarding how they undertake the clinical guidance process. One of the strongest aspects of clinical learning was, therefore, the relationship with the teaching staff (46).

There are also considerations about the characteristics of females and their position as university students. The female condition results in the characteristic of caring manifesting itself in their way of acting, deciding and relating with others (47). According to Gilligan (48) (1982), the care ethic as a female attitude permeates the attitudes that determine a woman's way of being and, consequently, the professional women's way of being. For Dentistry, a profession marked by sensitivity in the performance of procedures and by concern for health, these characteristics are capable of transforming the profile of the profession, making it more directed towards patients' well-being and less towards business and technicism.

On the other hand, the profile of Dentistry courses also has to be considered. In biomedical teaching, following the successive reforms of a Flexnerian nature, the curricula and disciplines have resulted in the prevalence of the dominion of cognitive and instrumental aspects, the emphasis of which is on mechanicism, biologicism and individual welfare (8). Interpersonal relationships and concern with collectivity,

despite many movements aimed at the humanization of health practices (49), have not found fertile terrain in the universities where the traditional biomedical model is still the most valued one. There are shortcomings, reinforced by the teaching staff, in the association between the ethical-humanistic aspect and technical and movement skills in the relationship with patients (50).

Based on these premises, this study is justified by its relevance in deepening the knowledge on students' expectations as to exercising the profession of Dentistry. The principal purpose is to investigate the discourses of future dental surgeons, seeking to detect whether the differences in gender profile can influence aspects of the way they intend to practice the profession in the future.

5.3 METHODS

This is a qualitative study using the strategy of interviews in focus groups.

Focus groups have been indicated in the specialized literature as being extremely useful when the intention is to explore the opinions and values of the respondents, who form a small and homogenous group whose ideas, suppositions, judgements and experiences are of interest to what is being studied⁵¹. Group processes can help people to explore individual perceptions and to shed light on the understanding of feelings. As such, the richness of the qualitative information that a focus group may provide comes from group interaction (52). This technique also enables the observation of the reciprocal influence between the group's participants and this is in keeping with the central object of this study. The role of the researcher in moderating the groups is, above all, to demonstrate attention and sensitivity, set limits for those who tend to dominate the discussion and encourage the more timid to express themselves(53).

Data were used from four focus groups, formed intentionally in order for them to express the diversity of the educational experiences of the dental students who were the subjects of this study. The groups were formed as follows: 2 groups of public university students, one comprised of females and the other of males; and 2 focus groups with the same characteristics, but with students from private universities. All the groups were comprised of students from universities in Curitiba, Paraná, Brazil. Six (6) participants were invited to take part in each group, divided

between 3 first year students and 3 final year students, in their respective graduation courses. All the subjects of the study were informed as to the objectives of the interviews and signed a term of free and informed consent before the groups were held. The study was approved by the Pontifical Catholic University of Paraná's Research Ethics Committee under number 5957 (2nd version) dated April 5th 2011.

The interview script was drawn up containing only a few essential questions capable of encouraging the groups to speak and directed towards the object being studied: a) the motives that influenced the choice of the profession; b) future plans and perspectives in relation to the profession; c) the strategies to be adopted regarding the professional relationship with future patients; and d) suggestions as to the teaching of dentistry capable of achieving improved university training.

The focus group discourses were digitally recorded, transcribed and imported into the ATLAS.ti 5.0 program (Visual Qualitative Data Analysis). This tool is used to store, handle and analyse qualitative data. With the help of this program, the data were organized into categories of analysis in order to facilitate the comprehension of the ideas, as well as posterior discussion based on the theoretical references.

The discourse analysis strategy was used (54,55), taking a pragmatic approach, given that the speech of very homogenous groups was interpreted, both in terms of age and socio-cultural aspects, as this provides a strong influence of the context on the formation of the discourse. Discourse analysis was the method used in examining what was said. The intention was to learn more than just what was said since discourse can have countless functions and meanings. Discourse analysis enables the understanding of the materiality of statements within a given language and the understanding the formation of discursive practices, already perceived as action in the world, in addition to recognizing what its meaning is, i.e., its value and its dependence on a given context (54). Through the analysis of the discourse, it was possible to create an interpretative repertoire on the issues being studied, converging on the social construction (54,55) of the meaning of dental training based on the student perspective of gender.

5.4 RESULTS

The organization of the discourses followed the plan previously designed for the groups, i.e., four interpretative repertoires.

1) the motives that influenced the choice of the profession:

In this first interpretative repertoire it was observed that the majority of the men spoke about their motivation in choosing dentistry as it is a profession that provides financial return, confers respect and trust in general and allows flexible working hours.

Many reported that they would have preferred medicine and that dentistry was a second option because of the facility in getting on the course and conducting the career: *"my father's a dentist...I thought it would be easier this way"*.

Other excerpts of discourses, such as *"what matters today is working for yourself... the respect for professionals... I think that's what it comes down to..."* or *"... I already work as a prosthesis technician, but I want to gain more professional respect..."*, illustrate the remainder of what the male focus group members said.

It must be emphasized that the first year students also reported choosing Dentistry because of its being a health-related profession, which helps people to regain their smile and improve their quality of life, thus demonstrating a degree of idealism and altruism more evident than among the final year students.

Based on the interpretation of the most general meaning of the discourses, it can be summarized that young men are primarily concerned with financial expectations and professional status and, secondly, with personal and technical dimensions: *"I think that what you earn, you being able to decide your own salary, being able to help someone... to provide a good service"*. The explicit order of this speech is illustrative of the majority of what the male gender participants said.

The flexibility valued by the men has to do with the freedom the profession can provide and enables a person's time to be dedicated to professional and other activities which can include leisure and postgraduate studies. There are also testimonies stating that it is important *"...to be able to determine your own working hours, to cancel a day's work ..."*

With regard to the female gender, the contents of the speeches reveal that working in the area of health was always their first choice: *"...I've never imagined myself outside the area of health"*.

Even when influenced by their parents to study medicine, women opted for dentistry and had thought of this possibility ever since they were children. In the women vocation was more evident. The statement *"ever since I was little I wanted to be a dentist... my father wanted me to study medicine... but I wouldn't change it for anything..."* illustrates this interpretation.

The care ethic appears in the statements on the motivation behind the choice of the career: *"... I was motivated by contact with dentistry professionals [as a patient]...the way I was treated...";* or *"... the way I was treated and the care I had from my dental professional"* and *"...when I was little I heard people speaking well of dentists..."*.

Even within the area of care, working with people was much valued among the women. They said: *".... I really like working with people"* or *"...what matters to me is dealing with people ... chatting... interacting with them ... giving full attention ... not just taking care of teeth."*

The flexibility which exercising this profession can provide was also highlighted by the women and was stamped on their discourses in the following way: *".... The fact of being my own boss... of me being able to decide my working hours"* or *"... the fact of depending only on yourself ... a doctor depends on the team."*

2) future plans and perspectives regarding the profession:

In this second repertoire, the expectations of the students of the male gender as to their professional future include studying more. This affirmation is illustrated by this statement: *"...I intend to carry on studying and afterwards set up my dental practice."*

The option for private practice stands out, although the possibility of working in the Public Health Service is not discarded, albeit as a way in to private practice. One of the focus group integrants said: *"...I think that in public services the procedures are simpler and I'll manage to get the financial means [to set up a private practice]"*.

The choice of leaving the large urban centres is also mentioned frequently. In the majority of the testimonies, the financial factor and earning a significant amount of income are present in the discursive practice of the men interviewed. Examples that illustrate this observation are: *"...there's a sort of uncertain expectation about what you'll earn":* *"... you need to be patient to built up a client base and become known where you are ... earning decent money depends on you, on your agility";* *"...*

if you want to grow quickly and to make money quickly... you have to go to the inner regions of the states”; “...I don't recommend working with health plans ... you're going to be totally exploited”.

The female gender shows itself to be divided. The public university students are more inclined to formal employment in the Public Health Service: *“working in the public service provides stability ... working in private practice doesn't, [it's better] to be employed and to take a postgraduation specialization course”.*

Although the female students from private universities demonstrate the intention to choose private practice, they do not discard working in the public service. However, they are thinking of deciding the direction of their professional careers after taking postgraduation courses or acquiring greater skills: *“... at the moment I don't want to work as a dentist ... I want to take a specialization course ...orthodontics”* or: *“... take a master's degree and a Ph.D.”.*

3) the strategies to be adopted for the professional relationship with future patients:

In the third repertoire the discourses about the future relationship with patients revealed that this matter is dealt with as a business matter by the men. They spoke of marketing resources such as mailing lists, personal appearance and the appearance of the workplace, as well as detailed technical instructions regarding treatment.

The question of personal relationships with connotations of affection was not evident: *“... in addition to having a good relationship with the patient, you [need] to be a good professional... there's no point in your being someone highly considerate that everyone likes, if you're an irresponsible professional or if you haven't got sufficient technical capacity to carry out the procedures ... so I think that having technical ability and knowledge is very important for the patient to trust in you ... to accept your treatment ... your price ... if you want to make money... but if you don't know how to explain, to provide information ... the patient won't trust you enough to use his money to pay you”.* This testimony is emblematic and is a very good summary of the other male testimonies.

With regard to the female students, gaining patient fidelity is a synonym of affection and personal relationships. Even when they mention a relationship based on technical information, they add that a welcoming approach is necessary.

The most illustrative statements are: “... respect comes in first place ... meeting his [the patient’s] needs”; or “... honesty, being very clear with the patient”; and “...conversation puts the patient more at ease ... that’s the main thing”; culminating in “... he’s not merely a patient... there’s an entire explanation ... an entire life”. Contrary to the men, the women did not mention financial gains as motivating this more affectionate approach.

4) suggestions as to the teaching of Dentistry capable of achieving improved university training:

When asked about their suggestions to improve their training in Dentistry, the men stated having more hours spent on clinical practice, learning more about consulting room administration, greater emphasis on politicization through participation in student organizations and dental professional defence movements, integration between Dental knowledge and other health sciences, as well as more socializing in the university environment.

Testimonies such as: “... People who graduate from here are going to set up a private practice and need a discipline that explains better how a consulting room works ... lack of a practical approach ... we have had very little contact with certain situations ... when we got out there the teacher won’t be with us any more”; or “... more emphasis on the defence of Dentistry rights ... training professionals who are more responsible to put over a good image of the profession”; and: “... Dentistry is a lot of pressure ... I’d like to be able to relax with the gang”; “...having closer links with veterans”.

For the women, the most important point for improving professional training was teachers’ commitment, attention, interest in teaching, education and respect for the students. The figure of the teacher was the most mentioned among the female testimonies.

This affirmation can be exemplified by the following statements: “... the teachers could be more polite”; “... men teachers [should] respect the number of women in the room and see that they are going to be future dentists”; “...if we don’t treat them well [the teachers], there’ll be no smile”; “... the teacher’s attention is important, principally in the first year ... they explain things sort of superficially”; or “...some teachers keep themselves to themselves”.

Two testimonies stood out, a male one and a female one, that provide clues as to the place women occupy in the view of the students. One male student said: "...the women teachers say that the majority of students are women but that the men students there are are the best". And a female student reflects : "...yes, but at the dental implant congress there were more men than women ...how strange! Aren't there more women than men"?

Apart from these testimonies, the women were clearly disposed to having a family whereas for the men this aspect was not relevant.

In general, the discourses do not show important differences between students of public and private schools, although some first year students of the male gender did show themselves to be considerably committed to humanitarian objectives. The testimonies "*the pleasure of developing a smile...*" and "*helping people...*" illustrate this observation.

5.5 DISCUSSION

In relation to their choices of professional practice, the women showed themselves to be more inclined towards formal employment than the men. This coincides with the literature (25,26,31). The majority feel attracted by the surgical area and several mention aesthetics and orthodontics as specialities they would like to practice. This too is in accordance with other findings in the literature (29,30,34).

As to their personal life, the women were unanimous in stating that their mind was made up to have a family whereas the men did not emphasize this aspect. This finding suggests that the division of labour may confirm the tendency of the female gender working fewer hours a day and per annum, as is found in the literature (6,15,18-20).

The men in turn emphasize a profession aimed at financial gain and do not discard practicing the profession outside of the large urban centre in a clear statement that they value profit (41). The female students' answers show that they value working with people and conversing with patients as the most important characteristics of exercising the profession. This is also in agreement with the literature (11). Women dentists believe that personal interaction can, undoubtedly, create fidelity between the patient and the professional. This fact can be favourable

to the more humanized provision of services, thus meeting the expectations of patients who, according to the literature, value above all the personal characteristics of professionals (23,35,36,41,42).

The men demonstrated greater concern with the technical quality of their professional practice and with studying specialties. When they refer to personal interaction with the patient, this reference is always made in relation to information about treatment and financial returns. The need to communicate is always accompanied by the concern about being a good technical professional. This did not appear in the female discourse, either in this study or in other findings in the literature (37,38,39,40).

In the male and female students' discourses relating to the quality of university training, differences emerge in their perceptions. Whereas male students are concerned with improving technically and in becoming specialists, female students consider the personal characteristics of the teachers to be a determining factor in their education. This finding, obtained through the male and female discourses, is contrary to the results obtained by Kelsey *et al.*(44) (2009), who demonstrate that there is no difference in the perception of dental students of either gender in relation to university training. There are accounts in the literature regarding satisfaction with university teaching showing that students value their relationship with the teachers, however the gender of the respondents is not specified (45,46). The women interviewed in this study always refer to personal interactions, especially with teachers, demonstrating that the way in which the teaching process is being conducted is not in keeping with female expectations (45). The female students were unanimous in stating their discontent with the type of relationships that are built at university (50) and feel discrimination, even by teachers.

The mainstays of the education process and of professional practice continue to be technicism and entrepreneurialism (8), and in the view of the male students the contents taught on these questions are still insufficient. These characteristics of dentistry courses have been reinforced historically, without significant redefinition of goals. Some reforms in curricula, the growth of awareness of health promotion and of the needs of a diversified population can be felt in what is taught currently, but the biomedical paradigm is still prioritized (43). Despite the recommendations of the Curricular Guidelines for Dentistry Graduation Courses (43) indicating more

humanized training, the curricula and the teachers have reproduced the biologicistic and contents-based model (50). Women, who are the majority of students, have some advantages in their social relationships, but the teaching process in dentistry courses tends to deny these advantages, favouring people with skills in executing techniques (43). Female students feel the implicit prejudice in the attitude of teachers of the male gender in relation to them and consider them not to be very welcoming. This is a scenario that appears to reproduce itself in professional practice in several contexts (4,21,22,34). This prejudice may explain findings in the literature about the difficulties women find in entering and progressing in academic careers, even though they are the majority exercising the profession (26,27).

If the vocation for working with people leads women to seek dentistry as a profession, this vocation may be suffocated at university when their relationships with people do not turn out in the way they idealize and desire. From this perspectives, male needs and aspirations are perhaps more valued and women end up adjusting to them, sublimating the attributes inherent to the female nature (43,48).

5.6 CONCLUSION

Based on the theoretical foundations used in this study, as well as on the discourses obtained and on the repertoires created for analysis, some conclusions can be presented. The discourses of the students of the male and female gender, both first and final year students, from public and private universities in Curitiba, demonstrate that there is a convergence with the findings of the literature consulted. The discursive practices of the students, in accordance with the theoretical reference adopted in this study, are in themselves a form of action in the world. Their choice of a dental career and their statements as to their professional future and relationship with patients, i.e. with society itself, are therefore demarcated by distinct characteristics that may materialize in the future. These distinctions appear to depend on gender condition, but not on the type of institution where they study or the moment they are in on the course they are experiencing.

Women choose Dentistry principally because they like working with people and wish to have formal employment. Men make this choice because they desire professional status, good business opportunities and the flexibility of being self-employed which is also something they wish to develop. In their discourse men also

practice a form of Dentistry marked by a past tradition, that of being a qualified and profitable profession. Women appear to be more concerned with the humanization of practice and components of their discourse reinforce the guidelines of the Public Health Service, with emphasis on care for the community.

The desire to have a family is a priority for women, showing that in spite of the improvement in women's conditions in terms of schooling and the job market, the aim of bringing up children at some future time has not lost importance.

In the analysis of the process of education at university, whereas men wish to have more technical learning and knowledge regarding business administration, women complain of the personal relationships they have with teachers and male colleagues, in addition to the discrimination they perceive in the academic routine. This finding suggests that the teaching process, based on the technicism of the biometric model, has not reached the ideal for the training of the female gender, which would be a model based on relationships with people. University education appears to be imprisoned within the ideals historically consolidated in the profession, which in the past was predominately male, ignoring the fact that women, who are the majority of dental course students, value more qualified interpersonal relationships and can be more committed to humanized practices.

5.7 REFERÊNCIAS

- 1 Probst ER. A evolução da mulher no mercado de trabalho 2011. Available: < <http://www.icpq.com.br/artigos/rev02-05.pdf> >. Accessed in: Oct 18, 2011.
- 2 Hirata H. Globalization and the Sexual Division of Labour cadernos pagu (17/18) 2001/02: pp.139-156.
- 3 Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. Rev Saude Publica 2010; 44(3): 383-91..
- 4 Dominic Saadi MA. The shifting of gender in dentistry. Inside Dentistry. 2008;4(2).
- 5 Naidoo, S. Women in dentistry in South Africa: a survey of their experiences and opinions. SADJ 2005 Aug;60 (7): 284, 286.
- 6 Ayers KM, Thomson WM, Rich AM, Newton JT. Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. J Dent. 2008 May;36(5):343-50.

- 7 Katrova L. G. Gender impact on the socioprofessional identification of women dentists in Bulgaria. *J Dent Educ* Jul 2004; 68(7) Suppl:19-22.
- 8 Moyses S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia *Revista da ABENO* 2004; 4 (1):30-7.
- 9 Inep. Resumo técnico - Censo da educação superior de 2009. 2009. Available in: < http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2009/resumo_tecnico2009.pdf >. Accessed: May 16, 2011.
- 10 CFO. 2010. Available in: < <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/> >. Accessed in: august 25, 2011.
- 11 Scarbecz M, Ross J. A. Gender differences in first-year dental students' motivation to attend dental school. *J Dent Educ* 2002 Aug; 66 (8): 952-61.
- 12 Gallagher J. E, Patel R, Wilson N. H. The emerging dental workforce: long-term career expectations and influences. A quantitative study of final year dental students' views on their long-term career from one London Dental School *BMC Oral Health* 2009; 9:35 .
- 13 Daalmans M. T, Vissia MS, Kuijpers-Jagtman AM, Lagro-Janssen AL. What do dental students think about their future career practice? Differences between men and women. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2004; 111(12): 477-81.
- 14 Stewart FM, Drummond JR, Carson L, Theaker ED. Senior dental students' career intentions, work-life balance and retirement plans. *Br Dent J* 2007 Sep; 203(5): 257-63.
- 15 Bruschini C. O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes. *Estudos Feministas*, v. 2, n. Número especial, p. 179-99, 1994. Available in: < <http://www.journal.ufsc.br/index.php/ref/issue/view/297/showToc> >.
- 16 Narvaz M.G, Koller S.H. Families and patriarchy: from normative prescription to creative subversion. *Psicologia & Sociedade* 2006 jan/abr; 18 (1): 49-55.
- 17 Padavic I, Reskin B. *Women and men at work*. California: Sage Publications Inc.; 2002
- Murray J. J. Better opportunities for women dentists: a review of the contribution of women dentists to the workforce. *Br Dent J* 2002 Feb; 192 (4): 191-6.

- 19 Atchison KA, Bibb CA, Lefever KH, Mito RS, Lin S, Engelhardt R. Gender differences in career and practice patterns of PGD-trained dentists. *J Dent Educ*. 2002 Dec;66(12):1358-67.
- 20 del Aguila MA, Leggott PJ, Robertson PB, Porterfield DL, Felber GD. Practice patterns among male and female general dentists in a Washington State population. *J Am Dent Assoc* Jun 2005; 136(6): 790-6.
- 21 Luzzi L, Spencer AJ, Jones K, Teusner D.. Job satisfaction of registered dental practitioners. *Aust Dent J* 2005 Sep; 50 (3): 179-85.
- 22 Hjalms K. Good work for dentists--ideal and reality for female unpromoted general practice dentists in a region of Sweden. *Swed Dent J Suppl* 2006 a; 182: 10-136.
- 23 Hjalms K, Soderfeldt B, Axtelius B. Moral values and career: factors shaping the image of healthy work for female dentists. *Acta Odontol Scand* Oct 2006b; 64(5):255-61.
- 24 Newton J. T, Thorogood N, Gibbons D E. A study of the career development of male and female dental practitioners. *Br Dent J* 2000 Jan; 188 (2):90-4.
- 25 Hopcraft MS, Milford E, Yapp K, Lim Y, Tan V, Goh L, Low CC, Phan T. Factors associated with the recruitment and retention of dentists in the public sector. *J Public Health Dent* Spring 2010;70 (2):131-9.
- 26 O'Sullivan EM. A national study on the attitudes of Irish dental faculty members to faculty development. *Eur J Dent Educ*. 2010 Feb;14(1):43-9.
- 27 Sánchez-Dagum M L, Sánchez-de-sica E, Hernando L M. Presencia femenina en la docencia de las carreras de odontología y medicina *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2006; 63 (2 Supl): 43-9.
- 28 Moimaz SAS, Saliba NA, Blanco MRB. Women workforce in dentistry in Araçatuba - SP - SP. *J Appl Oral Sci* 2003; 11 (4):301-5.
- 29 Morita S A S, Haddad A E, Araujo M E. Perfil atual e tendências do cirurgião dentista brasileiro. Maringá: Dental Press International, 2010.
- 30 Nunes M F, Leles C R, Gonçalves M M. Gender and choice for dental specialties: study of a public university students. *Rev Odontol Bras Central* 2010; 19 (49) :142-5.
- 31 Newton JT, Thorogood N, Gibbons DE. A study of the career development of male and female dental practitioners. *Br Dent J* 2000 Jan; 188 (2):90-4.
- 32 Laskin D M. Closing the gender gap. *J Oral Maxillofac Surg* 2001 Feb; 59(2):127.

- 33 Gurgel-Juarez N C, Sardinha SCS, Ambrosano GMB, Moreira RWF, Moraes M. Women in oral and maxillofacial surgery in Brazil: reasons for the choices, difficulties encountered and practices characterists. RGO 2007; 55 (1):11-6.
- 34 Rostami F, Ahmed AE, Best AM, Laskin DM. The changing personal professional characteristics of women in oral and maxillofacial surgery. J Oralmaxillofac Surg 2010 Feb; 68 (2): 381-5.
- 35 Gürdal P, Cankaya H, Onem E, Dinçer S, Yılmaz T. Factors of patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in Turkey. Community Dent Oral Epidemiol Dec 2000; 28(6): 461-9.
- 36 Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care communication. Int Dent J 2005 Aug; 55(4): 254-6.
- 37 Schouten BC, Eijkman MA, Hoogstraten J. Dentists' and patients' communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter. Community Dent Health 2003 Mar; 20 (1): 11-5.
- 38 Abrahamsson KH, Ohrn K, Hakeberg M.. Dental beliefs: factor structure of the revised dental beliefs survey in a group of regular dental patients. Eur J Oral Sci, v. 117, n. 6, p. 720-7, Dec 2009.
- 39 Garcia PPNS, Campos JADB, Oliveira TG. Critérios para escolha de cirurgião-dentista entre graduandos do Campus de Araraquara – UNESP. Rev Odontol UNESP 2009; 38(6): 347-55.
- 40 Nash DA. Ethics, empathy, and the education of dentists. J Dent Educ 2010 Jun; 74(6):567-78.
- 41 Garbin AJI, Garbin CAS, Tiano AVP, Carvalho ML, Fagundes ACG. Marketing on dentistry: the perception of client about dental service of privative clinic. . Rev Odontol UNESP 2008; 37(2): 197-202.
- 42 Rocha ES. Conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte em relação ao idoso. 2006. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Odontologia da UFMG, Belo Horizonte.
- 43 Carlisle LD. Is there a difference in the way men and women practice dentistry? Part II. 2011. Disponível em: < <http://www.spiritofcaring.com/public/513.cfm> > . Acesso em: 16/05/2011.

- 44 Kelsey WP , Kimmes NS, Williams DE, Ogunleye AO, Ault JT, Barkmeier WW. Gender-based differences in satisfaction with academic preparation and practice experiences J Dent Educ 2009 Apr; 73(4): 464-70.
- 45 Victoroff KZ, Hogan S. Students' perceptions of effective learning experiences in dental school: a qualitative study using a critical incident technique. J Dent Educ 2006 Feb;70(2): 24-32.
- 46 Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, Hendricson W. North American dental students' perspectives about their clinical education. J Dent Educ Apr 2006; 70(4): 361-77.
- 47 Zoboli ELCP. The rediscovering of the ethics of care: focus and emphasis in the relationship. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2004; 38 (1): 21-7.
- 48 Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Massacheseetts: Harvard University Press; 1993.
- 49 MEC. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília: Conselho Nacional de Educação - Câmara de Educação Superior 2002.
- 50 Kovalik AC, Martins AS, Germiniani IS, Schmidt L M. Publ. Humanistic education in dentistry courses. Biol. Saúde 2010 jan/jun; 16 (1): 43-47.
- 51 Minayo MCS. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 1999.
- 52 Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- 53 Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS.; Assis SG *et al* (Ed.). Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 5.
- 54 Gergen KJ & Gergen MM. Social construction and psychological inquiry. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Orgs.), Handbook of constructionist research p. 171-188. New York: The Guilford Press; 2008
- 55 Spink MJP. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2004

6 ARTIGO 3

A FEMINIZAÇÃO DA ODONTOLOGIA E AS PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS PÚBLICOS SOBRE A QUESTÃO DE GÊNERO NOS CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL.

Artigo a ser submetido à Revista Community Dentistry and Oral Epidemiology - *CDOE*

6.1 RESUMO

Objetivos: Diante aumento significativo do número de mulheres na Odontologia, este artigo tem o objetivo de investigar a percepção dos usuários em relação à atuação de dentistas, com base nas diferenças de gênero. Método: Foi aplicado o Primary Care Assesment Tool (PCATool) a 900 usuários de 60 unidades de saúde (US) do Serviço Público de Saúde Bucal de Curitiba, Brasil, onde atuam 53 dentistas do gênero masculino e 150 do feminino. Foram avaliados os 10 atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). No PCATool foi adicionada a pergunta sobre a preferência dos usuários pelo gênero do profissional que gerou 4 díades: gênero usuário/gênero do dentista (*mm, mh, hh, hm*). Os atributos da APS foram relacionados com as 4 díades por meio da aplicação do teste *t* para amostras independentes. Por meio de regressão logística (modelo *logit*, método *stepwise forward*), as díades foram relacionadas com 23 fatores relativos ao cuidado ampliado em APS. Resultados: mostram que 2/3 dos usuários preferem ser atendidos por mulheres. A preferência por profissionais homens gera melhor avaliação nos atributos de “*orientação comunitária*” e “*integração de cuidados*”. A análise dos fatores revela que os usuários que preferem ser atendidos por mulheres avaliam melhor a escuta atenciosa. De modo geral, apesar da maioria de usuários deste estudo preferir o atendimento prestado por dentistas do gênero feminino, esta preferência não interferiu significativamente na avaliação da APS por este universo amostral, mesmo em aspectos relacionados ao cuidado.

Palavras-chave: dentista; gênero feminino; gênero masculino; usuário, atenção primária à saúde

6.2 INTRODUÇÃO

A ascensão do número de mulheres no mundo do trabalho é um fenômeno que ocorre em vários países de maneira semelhante. Mulheres têm ocupado profissões e cargos de acesso impensável para o gênero feminino há algumas décadas atrás (1), como é o caso da Odontologia.

Odontologia No Reino Unido, a primeira mulher se formou na Faculdade de Odontologia de Edimburgo em 1895. Odontologia Nesta época, começaram a aparecer charges retratando mulheres exercendo a profissão considerada por muitos como masculina (2) Publicações do governo do Reino Unido, na década de 1960, incentivavam as dentistas a se juntarem ao Serviço de Bem-Estar Infantil e ao Serviço de Saúde Escolar. Considerava-se que este trabalho seria particularmente adequado para elas e que as crianças iriam reagir de modo mais favorável às profissionais do gênero feminino (2).

Mais de um século depois, em 2006 nos EUA, já havia 44,9% de ingressantes femininas nos cursos de Odontologia (3). A maioria feminina tem se mostrado realidade em outros países como Holanda e Bulgária (4,5). Na África do Sul, o fenômeno se repete⁶, o que confirma a generalização da feminização desta profissão, em vários contextos. No Brasil, o número de ingressantes do gênero feminino nos cursos de odontologia, atualmente, já ultrapassa os 75% de acordo com o último Censo da Educação Superior de 2009 (7). Dos 228.000 Cirurgiões Dentistas registrados e atuantes no Brasil em 2009 (8), 101.000 eram do gênero masculino e 127.000 do gênero feminino o que representa um percentual de 55% de mulheres regularmente inscritas na profissão (9).

As mulheres são maioria em relação aos cirurgiões dentistas brasileiros com vínculo público e também maioria na Estratégia de Saúde da Família (ES), que exige dedicação integral na jornada de trabalho (9). A porcentagem de homens e mulheres na ES é de 42 e 58% respectivamente. Sob este aspecto, a situação brasileira coincide com a situação inglesa. Na Inglaterra, as dentistas estão mais aderidas aos cuidados diretos com a comunidade do que em cargos de planejamento e chefia, e

se mostram menos interessadas em praticar uma odontologia privada e serem proprietárias de consultórios particulares (10).

De particular interesse para este artigo, há relatos na literatura sobre a opinião de usuários quanto aos cuidados profissionais prestados por cirurgiões dentistas. De modo geral, os pacientes valorizam a comunicação e a humanização no atendimento (11-14). Estes aspectos podem favorecer o gênero feminino, uma vez que pacientes relatam que as mulheres são mais delicadas e cuidadosas ao executar procedimentos (15). Idosos manifestam que as mulheres dentistas apresentam atitudes mais favoráveis com relação ao envelhecimento do que profissionais do gênero masculino (16).

Diante deste cenário, é importante investigar a percepção dos usuários de serviços públicos odontológicos, quanto ao fato de fazerem ou não distinção do gênero do profissional que os atende, frente à perspectiva de uma profissão cuja maioria de praticantes já é de mulheres, em uma tendência que parece se intensificar no futuro próximo.

A avaliação da Atenção Primária à Saúde reflete o quanto a estrutura do serviço e o profissional que presta o serviço demonstram acolhimento, humanização e competência técnica na resolução dos problemas de saúde de baixa complexidade (17). Na APS, porta de entrada do serviço, é que o usuário consegue perceber a efetividade das ações concretas de atenção e promoção de saúde (17). Foi neste ambiente que se buscou avaliar se o gênero do profissional interfere na qualidade da prestação de serviços em saúde bucal.

A proposta deste trabalho foi identificar se usuários manifestam preferência pelo gênero do cirurgião-dentista e estabelecer eventuais associações desta preferência com atributos e fatores da Atenção Primária em Saúde (APS) do Sistema Público de Saúde de Curitiba, Brasil.

5.3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo, integrante de um estudo mais amplo de natureza quanti-qualitativa, está focalizado na abordagem quantitativa, sendo caracterizado como transversal e descritivo-analítico.

Atualmente, a rede própria municipal da Secretaria de Saúde de Curitiba é composta por 136 Equipamentos de Saúde, sendo que, destas, 50 Unidades Básicas de Saúde, 55 Unidades Básicas com Estratégia da Saúde da Família, 4 Unidades de Saúde Complexas, 7 Unidades Especializadas, 10 Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS, 8 Centros Municipais de Urgências Médicas - CMUM's, 1 Hospital geral e maternidade (Centro Médico Comunitário Bairro Novo) e 1 Laboratório de Análises Clínicas. A rede de serviços conta atualmente com 108 Unidades Básicas de Saúde com clínicas odontológicas, em que as equipes de saúde bucal – cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal, e auxiliares em saúde bucal – realizam ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. As ações coletivas visam educação em saúde, inclusão, empoderamento comunitário e autonomia e são realizadas principalmente nos equipamentos sociais da comunidade (18).

Para investigar a questão das preferências de usuários do sistema público de Curitiba, em relação ao gênero do profissional de Odontologia, lançou-se mão de um instrumento de coleta de dados, o *Primary Care Assessment Tool*, (PCATool) (19), convertido para a saúde bucal a partir da versão "Usuários", validada da língua inglesa para o português (20). Além dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS), o PCATool investiga também o "Grau de Afiliação" dos usuários ao serviço de saúde(17-21), critério que denota o reconhecimento do usuário por um profissional ou serviço de saúde que o mesmo julga servir como referência sempre que necessário(22) .

O PCATool-Usuários é constituído por 93 questões, sendo estas agrupadas de forma a compor 10 atributos que qualificam a APS . Os atributos denominados de "Atributos Essenciais" incluem: 1)Acesso de primeiro contato, 2)Primeiro contato, 3)Longitudinalidade, 4)Sistema de informação, 5)Integração de Cuidados, 6)Integralidade Clínica e 7)Integralidade Ampliada; e os "Atributos Derivados" incluem: 8)Orientação Familiar, 9)Competência Cultural e 10)Orientação Comunitária.

A amostra foi definida a partir das 102 Unidades de Saúde (US) que constituíam a rede de Atenção Primária em Saúde (APS) em Curitiba, no Estado do Paraná- Brasil, no ano de 2010, e que ofereciam serviços de saúde bucal. Do conjunto das US foram selecionadas 60 (58.8%), por meio de amostragem aleatória

que mantivesse a relação de 30 US convencionais (USC) e 30 US da Estratégia Saúde da Família (USES). Os usuários foram selecionados a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - sistema informatizado que cadastra todas as famílias usuárias dos serviços de saúde. A partir do SIAB foram selecionados 900 domicílios cadastrados junto às US amostrais, nas quais atuam cirurgiões-dentistas homens e mulheres, numa proporção de 1 para 3, ou seja, 53 homens e 150 mulheres (23).

Os domicílios selecionados foram visitados por entrevistadores previamente treinados e orientados por Agentes Comunitários de Saúde, e as entrevistas foram realizadas imediatamente, ou então agendadas para data e horário mais adequados à necessidade dos respondentes. Estes deveriam ser maiores de 18 anos e não possuir qualquer incapacidade física ou mental que comprometesse a entrevista, além de serem cadastrados na US há dois anos ou mais, pois assim aportariam informações fidedignas como usuários regulares de tais serviços.

Foram entrevistados, após assinarem Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, usuários de ambos os gêneros, compondo blocos de 15 indivíduos para cada uma das 60 US amostrais. A taxa de resposta dos usuários foi de 100% (n=900), devido à estratégia adotada de agendamento e retornos de acordo com a conveniência dos entrevistados. Estes procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa pelo termo nº 5957 - 2ª versão de 05 de abril de 2011.

Para coletar dados em relação à preferência do usuário pelo gênero do profissional, foi incluída no questionário do PCATool-Usuários a indagação: "o Sr (a) prefere ser atendido por dentista do mesmo sexo que o seu?", cujas opções de resposta foram "sim", "não" e "indiferente". A pergunta foi classificada com o código K10 no instrumento original.

Para as demais questões, o respondente dispunha de um rol de cinco assertivas organizadas numa Escala Lickert, devendo optar por uma delas: "Com certeza, sim" (valor = 4); "Provavelmente, sim" (valor = 3); "Provavelmente, não" (valor = 2); "Com certeza, não" (valor = 1); e "Não sei ou não lembro" (valor = 0). Primeiramente foram obtidos valores entre 0 (zero) e 100 (cem) pontos para cada um dos atributos, estes foram dados pela média aritmética simples das respostas dos fatores que compõem cada atributo ou componente.

Depois de realizados os cálculos das médias de cada um dos atributos e de

seus componentes, partiu-se para a obtenção dos escores propriamente ditos quais sejam: escore essencial e escore geral.

O cálculo dos escores dos atributos da APS foi realizado pela soma dos valores dos fatores, dividido pelo número total de fatores de cada atributo, de forma a oferecer um escore médio final do atributo. Todos os escores, de cada um dos atributos, foram posteriormente transformados numa escala entre 0 (zero) e 10 (dez) pontos, de maneira que pudessem ser feitos os cálculos do “Escore Essencial” e “Escore Geral” da APS. O “Escore Essencial” foi medido pela soma dos escores médios dos componentes pertencentes aos sete “Atributos Essenciais”, acrescido do valor atribuído ao “Grau de Afiliação” e dividido pelo número de componentes. O cálculo do “Escore Geral”, por sua vez, seguiu o mesmo princípio, tendo acrescido, entretanto, os escores médios dos três “Atributos Derivados” da APS.

A presença da questão sobre gênero do profissional no instrumento de coleta dá suporte a este estudo descritivo e analítico, utilizando-se agrupamentos dos dados obtidos com as respostas a esta indagação e demais informações sobre atributos da APS fornecidas pelo instrumento.

Primeiramente, os dados foram agrupados em díades com base no gênero do respondente e de sua escolha quanto ao gênero do profissional. Assim, são quatro díades resultantes:

1-paciente homem / preferência por dentista homem (HH)

2-paciente homem/ preferência por dentista mulher (HM)

3-paciente mulher / preferência por dentista homem (MH)

4-paciente mulher / preferência por dentista mulher (MM)

Estes dados foram tabulados em planilhas Excel™ (Microsoft© Corporation) e posteriormente foram submetidos ao *software Statistica 7.0™* (Starsoft, Inc.© Tulsa, USA).

As análises foram divididas nas seguintes etapas:

- a) Avaliação das frequências das díades: As frequências das díades foram comparadas por meio do teste de qui quadrado de bondade de ajuste. As combinações comparadas foram as seguintes: 1) HH, HM, MH e MM; 2) Díades de igual gênero x Díades de diferente gênero; 3) Díades de dentistas do gênero feminino x Díades de dentistas do gênero masculino.
- b) Comparação dos atributos (essenciais e derivados) e escores (geral e essencial)

da APS entre os grupos de usuários que preferem ser atendidos por dentistas do gênero masculino ou feminino. A análise entre os grupos de usuários, tanto para atributos quanto para escores, foi realizada aplicando-se o teste t para amostras independentes, testando-se a hipótese nula de que as médias dos dois grupos eram equivalentes.

- c) Desenvolvimento do modelo de fatores que estão relacionados à escolha do gênero do dentista por parte do usuário. Esta etapa foi realizada por meio da aplicação da análise de regressão logística, com base em 23 questões (A2, A3, D1-14, H1-5, H9, I3, I6) constantes do instrumento PCTool-Usuário utilizado, cujo teor se relaciona com características relativas ao atendimento personalizado, atributo do cuidado ampliado, reconhecimento do usuário como ser individual e humanização do atendimento, escuta qualificada e alguns fatores que compreendem cuidados extensivos à sua família.

Todas as questões foram analisadas em relação às respostas categóricas, organizadas sob três possibilidades: considerando apenas Sim, para as alternativas “Com certeza sim” e “Provavelmente sim” e considerando Não, para as alternativas “Com certeza não” e “Provavelmente não”; finalmente foram também consideradas as respostas “Não sei, não lembro” como terceira categoria.

Na análise de regressão logística foi utilizado o modelo *Logit*, método *stepwise forward*, com tipo de resposta binária. Para tal, algumas etapas foram cumpridas:

- a) Seleção das variáveis usando critério de $p < 0,20$ da razão de chance (odds ratio) ser estatisticamente equivalente a 1,00;
- b) Obtenção de um modelo com número reduzido de variáveis, selecionadas a partir da aplicação do critério de $p < 0,10$ da razão de chance ajustada ser estatisticamente equivalente a 1,00;
- c) Obtenção de um modelo final após teste para todas as interações múltiplas possíveis, usando a maximização da função de verossimilhança com o algoritmo de *Newton-Raphson*.

Uma vez decidido o modelo final de regressão logística, as probabilidades foram calculadas a partir da fórmula $Pr = 1 / [1 + e^{-(\alpha + \sum (\beta_i x_i))}]$, sendo α a constante do modelo. A análise foi finalizada com o cálculo da probabilidade de chance, pela estimativa da probabilidade de ocorrência do evento de uma das díades do gênero

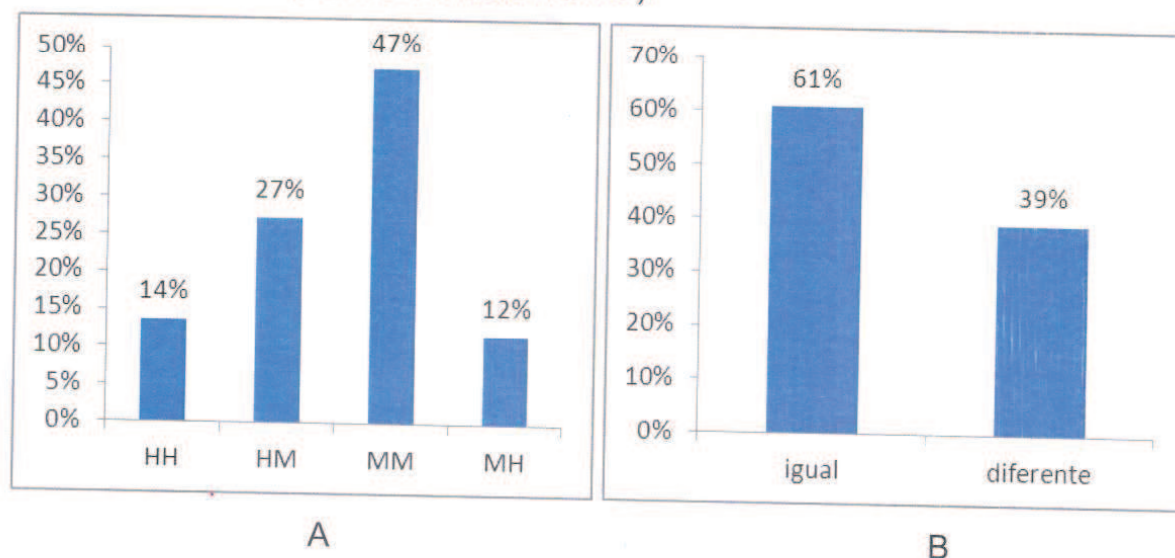
analisado para cada tipo de Unidade de Saúde, dada a combinação das variáveis expostas no modelo preditivo.

6.4 RESULTADOS

a) Avaliação das frequências das díades

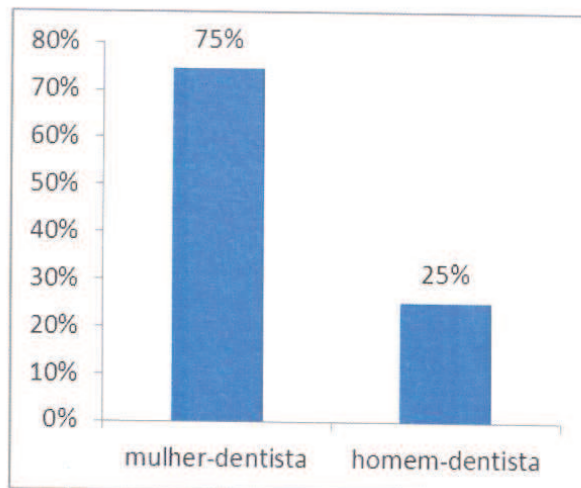
Foi possível verificar que houve diferenças estatísticas significativas quando comparadas as frequências de todas as díades usuário/dentista (HH, HM, MM, MH) ($p < 0,0001$), sendo que a díade MM é significativamente maior quando comparada às demais (fig. 1A). Quando comparadas díades de igual gênero, também foi observada a diferença significativa ($p < 0,0001$), sendo que as díades de igual gênero somam uma maior frequência quando comparadas às de diferentes gêneros (fig. 1B).

Figura 1 – Frequências relativas das díades criadas a partir da preferência de usuários pelo gênero do dentista (A) e (B) frequências de igual gênero entre usuários e dentistas (mulher/prefere dentista mulher e homem/prefere dentista homem) e diferentes gêneros entre usuários e dentistas (mulher/prefere dentista homem e homem/prefere dentista mulher).



Quando comparadas as díades que tenham como preferência, ou escolha, o gênero feminino ou masculino dos dentistas, também foi observada a diferença significativa ($p < 0,0001$), sendo que as díades cuja preferência é pelo gênero feminino somam uma maior frequência quando comparadas às de gênero masculino (fig. 2).

Figura 2 – Frequências relativas às preferências dos usuários de ambos os gêneros por diferentes gêneros dos dentistas.



Vale ressaltar aqui que as frequências das díades parecem coincidir com a rotina de atendimento efetivamente realizado nas US. Ou seja, analisando-se a relação dos profissionais lotados nas respectivas US dos sujeitos pesquisados, tem-se que a preferência declarada, em 98,5% dos casos, coincide com o gênero do profissional que realmente atende cotidianamente cada entrevistado da amostra utilizada para este estudo. Assim, a preferência pelo gênero sugere que o usuário confirma a real situação enfrentada no atendimento da US que frequenta.

b) Comparação dos atributos e escores entre os grupos de usuários que preferem ser atendidos por dentistas do gênero masculino ou feminino.

Ao comparar os valores das respostas ao questionário PCATool entre usuários que preferem ser atendidos por dentistas dos gênero masculino ou feminino, foi possível verificar que os atributos “Acesso de primeiro contato”, “Primeiro contato”, “Longitudinalidade”, “Sistema de Informação”, “Integralidade Clínica”, “Integralidade Ampliada”, “Orientação familiar” e “Competência cultural” não apresentam diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($p > 0,05$) (tab. 1). Contudo, os atributos “Integração de Cuidados” e “Orientação Comunitária” apresentaram diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$). Para ambos, as médias foram significativamente maiores quando o gênero do dentista preferido era masculino (Tabela 1).

Não houve diferença estatística entre os grupos quando comparado o 'Escore Essencial' ($p > 0,05$). Todavia, na comparação do 'Escore Geral' verificou-se que o grupo que prefere dentistas do gênero masculino obteve média maior do que a média do grupo que prefere dentistas do gênero feminino ($p < 0,05$) (Tabela 1)

Tabela 1 – Estatísticas resultantes da comparação dos atributos e escores entre os grupos de usuários que preferem ser atendidos por dentistas do gênero masculino ou feminino

Gênero do profissional de acordo com a preferência do usuário X Atributos e Escores da APS	n		Médias		Desvio Padrão		t*	GL**	P
	Homem	Mulher	Homem		Mulher				
			M	DP	M	DP			
Primeiro contato	190	557	6,89	1,50	6,94	1,66	-0,32	745	0,75
Acessibilidade	190	557	5,85	0,84	5,84	0,75	0,14	745	0,89
Longitudinalidade	190	557	7,29	0,70	7,30	0,70	-0,02	745	0,98
Integração de cuidados	40	113	8,13	0,80	7,85	0,57	2,35	151	0,02
Sistema de informação	190	557	8,24	1,41	8,14	1,40	0,81	745	0,42
Integralidade clínica	190	557	7,50	0,51	7,47	0,50	0,90	745	0,37
Integralidade ampliada	190	557	7,08	1,23	6,95	1,31	1,19	745	0,23
Orientação familiar	190	557	7,36	1,17	7,23	1,20	1,31	745	0,19
Competência cultural	190	557	7,76	0,92	7,70	0,95	0,80	745	0,43
Orientação Comunitária	190	557	7,59	1,42	7,30	1,61	2,21	745	0,03
Escore essencial	190	557	7,17	0,55	7,12	0,56	0,95	745	0,34
Escore geral	190	557	7,57	0,86	7,41	0,93	2,11	745	0,04

* t valor – estatística resultante do teste t para amostras independentes

** Grau de liberdade – estatística resultante do teste t para amostras independentes.

c) Desenvolvimento do modelo de fatores que estão relacionados à escolha do gênero do dentista por parte do usuário

Nesta fase do estudo, foram obtidas evidências resultantes da aplicação de regressões logísticas na combinação das respostas dadas às 23 questões selecionadas do PCATool-Usuários, com todas as variáveis. Alguns fatores demonstraram significância estatística entre as respostas, com as variáveis: natureza das Unidades de Saúde (Convencionais ou Estratégia Saúde da Família) e díades HH, HM, MM e MH. A síntese destas combinações está explicada na tabela 2, bem como o texto das 4 questões (D2, D5, D7 e D11) que apresentaram valor de

p significativo na combinação com as variáveis. Esta síntese é baseada na interpretação das significâncias resultantes do modelo final da regressão logística.

Tabela 2 – Síntese das comparações dos modelos ajustados por meio de regressão logística, para as díades gênero dos usuários/gênero do dentista e da natureza das US.

Variáveis	US	HH	HM	MM	MH
Acho que o dentista da US entende bem o que eu digo ou pergunto durante os atendimentos. (D2)	USC USESF	Não NS	Sim NS	Não NS	Sim NS
O dentista da US dá tempo suficiente para falar de minhas preocupações ou problemas. (D5)	USC USESF	NS NS	NS NS	NS Sim	NS Não
O dentista da US me conhece mais como pessoa do que como apenas um paciente. (D7)	USC USESF	NS NS	NS NS	Sim Não	Não Sim
O dentista da US conhece em detalhes todos os meus problemas de saúde, não só os da boca. (D11)	USC USESF	Sim Não	Não Sim	NS NS	NS NS

NS* - não significativo.

Nota-se que não há um padrão evidente para respostas às questões que apresentaram significância estatística, seja em relação às díades ou à natureza das US. No que diz respeito às díades, nota-se uma discreta preponderância nas respostas *sim* para usuários que preferem ser atendidos por mulher, nas questões relativas à escuta atenciosa e compreensão dos problemas relatados, o que pode ser entendido como tendência.

Ressalta-se, neste momento, que na análise da probabilidade de chance ou Odds Ratio (OR), cujos valores estão expostos na Tabela 3, considerou-se todos os resultados que apresentaram $p < 0,10$, conforme estabelecido por Hair et al. (24) (1998). Esta escolha foi feita porque os limites de *p* podem ser estabelecidos pelo pesquisador, em função da consistência dos resultados, desde que dentro dos limites expostos na literatura pertinente. A análise da regressão logística incluiu estas variáveis, mesmo elas não apresentando o $p < 0,05$ porque geraram o modelo mais parcimonioso, ou seja, que apresentaram o menor Critério de Akaike (AIC). Se forem retiradas estas variáveis que tem o $p > 0,05$, o modelo ficará com menor parcimônia e, portanto, como menor poder de explicabilidade.

Diante desta escolha metodológica, deve-se ressaltar que os resultados com $p > 0,05$ e intervalos de confiança que passem pelo 1, só podem ser considerados como tendências que não permitem generalizações categóricas.

De acordo com o modelo escolhido, verifica-se o ajustamento adequado do modelo multivariado, para as díades de usuários do gênero masculino das USESF ($p = 0,10$) com um poder preditivo de 91,2%. A partir desta análise foi possível observar que nas respostas à pergunta D11, os usuários homens que preferem dentistas do mesmo gênero (HH) afirmam que normalmente o dentista da USESF não conhece em detalhes os seus problemas de saúde, sendo tal fato 2,24 (OR) superior à díade HM (IC-95% 0,70-7,11) (Tabela 3). Este dado pode significar que os homens que preferem dentistas do gênero feminino consideram que elas são mais atentas aos problemas de saúde dos pacientes, mas cautela é necessária nesta interpretação tendo em vista que o intervalo de confiança inclui o valor 1, perdendo significância estatística.

Para as díades de usuários do gênero feminino das UESF, foi também possível realizar um ajuste significativo ($p = 0,03$), contudo com um poder preditivo de apenas 28,1%. Apesar da baixa explicabilidade, foi possível observar que as usuárias que preferem dentistas do mesmo gênero (MM) afirmam que normalmente a dentista da UESF a conhece mais como paciente do que como pessoa (questão D7), sendo tal fato 2,95 superior à díade MH (OR=2,95; IC-95% 1,09-7,93). Aqui o resultado sugere que as usuárias acham que as dentistas se mostram mais interessadas na relação estritamente profissional, em detrimento da questão humana (Tabela 3).

Ainda, para a díade MM das UESF, a chance de responder negativamente à questão D5 (o dentista que a atende na US dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações?) se mostrou não significativa ($p=0,22$ na Tabela 3). Porém, na relação contrária, a díade MH tem 2 vezes mais chances de responder não à mesma pergunta (OR=2,01; IC 95% 0,64-6,30). As mulheres que preferem dentistas do gênero masculino consideram que o profissional não dá tempo suficiente para que elas relatem seus problemas.

Para as díades de usuários do gênero masculino das USC, foi realizado um ajuste também significativo ($p=0,09$), com um poder de explicabilidade de 93,5%. Neste ajuste, os homens que apresentam preferência pelo profissional do mesmo

gênero (HH) afirmam que os dentistas da unidade não entendem o que mencionam ou perguntam durante os atendimentos quando comparada a díade HM (OR=6,50; IC 95% 0,72-58,00), embora aqui novamente o resultado deva ser visto com cautela devido ao intervalo de confiança conter o valor 1 (Tabela 3).

Em relação à avaliação das díades das usuárias das USC foi realizado um ajuste significativo ($p=0,04$), com explicabilidade de 41,5%. As mulheres que preferem dentistas do mesmo gênero (MM) têm mais chances de responder não à questão sobre o entendimento de perguntas realizadas por elas durante o atendimento em relação à díade MH (OR=2,79; IC 95% 1,02-7,57). Contudo, as usuárias da díade MM, em resposta à questão D7, tendem a considerar que as dentistas que as atendem conhecem em detalhes todos os seus problemas de saúde, não apenas o da boca (OR=1,03; IC-95% 0,50-2,13), mais uma vez com intervalos de confiança e p não significativos (Tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas das regressões logísticas realizadas para as díades de usuários em relação às preferências de gênero dos profissionais dentistas.

US	Díades gênero usuário/ gênero dentista	Fonte	Valor	X ² de Wald	p	OR	OR (IC:-95%+95%)
UESF	HH/HM	Intercepto	0,57	0,00	0,99		
		D11-Não	0,80	1,88	0,17	2,24	0,70-7,11
	MM/MH	Intercepto	1,26	1509,80	0,00	0,99	
		D5-Não	0,70	1,45	0,22	0,49	0,15-1,54
		D7-Não	-1,08	4,58	0,03	2,95	1,09-7,93
	MH/MM	D5-Não	0,70	1,45	0,22	2,01	0,64-6,30
USC	HH/HM	Intercepto	0,73	0,00	0,99		
		D2-Não	1,87	2,81	0,09	6,50	0,72-58,00
		D11-Não	-1,19	5,28	0,02	0,30	0,11-0,83
	MM/MH	Intercepto	1,67	0,00	0,98		
		D2-Não	-1,02	4,04	0,04	2,79	1,02-7,57
		D7-Sim	-0,03	0,00	0,92	1,03	0,50-2,13

* a interpretação sempre é realizada em função das díades opostas. Exemplo:HH/HM; MM/MH; MH/MM

6.5 DISCUSSÃO

A primeira constatação óbvia que os dados autorizam fazer é a maior prevalência de mulheres em relação a homens dentistas que atendem os usuários pesquisados. O número três vezes maior de mulheres aderidas ao serviço público, neste caso em particular, parece confirmar uma disposição das futuras dentistas em buscar o emprego formal e aderir a serviços que prestam cuidados à comunidade (9,10).

Diferenças na preferência pelo gênero do profissional, de acordo com a ótica de usuários de serviços públicos odontológicos, bem como a percepção das atitudes com o paciente por parte de dentistas de ambos os gêneros foram encontradas neste estudo. Tanto usuários do gênero masculino como usuários do gênero feminino mostram clara preferência por serem atendidos por dentistas mulheres numa proporção três vezes maior. Este resultado vai ao encontro de outro achado na literatura, em que se constata a crença social de que as mulheres têm características pessoais mais favoráveis ao exercício da Odontologia(2). O gênero feminino é relacionado com as expressões “atenciosa”, “cuidadosa”, “delicada”, “paciente” enquanto homens são associados com as expressões “segurança”, “cauteloso”, “forte (11). Mais importantes que as características físicas do profissional são a paciência, capacidade de comunicação e diálogo, que favorecem o bom relacionamento profissional/cliente (11).

Parece que, no caso do presente estudo em Curitiba, não se trataria de um simples artefato amostral, enviesando a análise em decorrência de haver uma maioria de dentistas mulheres na amostra, pois os usuários poderiam ser rotineiramente atendidos por mulheres e ainda assim demonstrar preferência por serem atendidos por dentistas homens. Por outro lado, a julgar pelo número de profissionais do gênero masculino e feminino que atendem o universo amostral de usuários do Serviço Público de Curitiba, objeto desta pesquisa, tem-se uma relação coincidente com a relação de usuários que preferem ser atendidos por homens ou por mulheres, numa proporção de 1 masculino para 3 femininos. Além disto, a julgar pela lotação dos profissionais da amostra e por sua distribuição nas USs pesquisadas, há fortes indícios de que as respostas dos usuários em relação à sua preferência coincidem com o gênero do dentista que os atende.

No que diz respeito ao comportamento dos profissionais, os resultados mostram que os usuários que preferem ser atendidos por mulheres não confirmam

em suas respostas que os fatores e atributos, na literatura relacionados ao cuidado feminino, estejam associados às dentistas.

Para os usuários, as características mais requeridas são referentes à comunicação. A par da habilidade técnica, a interação pessoal desenvolvida entre paciente e dentista é muito valorizada. A satisfação do paciente e a qualidade do atendimento são fortemente associadas quando o profissional demonstra atitudes positivas e habilidades de comunicação e tratam o paciente com individualismo (13,14). É verdade que, quando são analisadas separadamente as respostas às perguntas relativas ao cuidado na presente pesquisa, nota-se que os usuários que preferem ser atendidos por mulheres consideram a escuta qualificada e a atenção prestada ao paciente, pontos relevantes dos serviços prestados nas USs em Curitiba. Tal observação sugere relação com estudos que mostram que mulheres valorizam o trabalho com as pessoas e a conversa com os pacientes, elegendo essas características como muito importantes no exercício profissional (25).

Porém, em outros fatores e atributos pesquisados, a diferença não segue uma homogeneidade que confirme significância estatística para diferenças sistemáticas entre o atendimento prestado por homens ou mulheres, tanto em USC quanto em USESF. Este achado pode sugerir convergência com a literatura, em que os usuários não percebem diferenças marcantes na práxis que define o atendimento de profissionais de gêneros distintos (11).

Na análise dos atributos, representados no instrumento de coleta PCaTool-Usuário, o resultado é mais desfavorável ao gênero feminino. Na opinião dos usuários do Sistema Público de Saúde de Curitiba, aqueles que preferem ser atendidos por homens dão destaque à “Integração de Cuidados” e à “Orientação Comunitária” percebidas no trabalho profissional masculino. Este resultado reflete uma percepção localizada de que talvez os homens demonstrem mais habilidades nos cuidados clínicos, e que orientam a comunidade de forma mais eficiente. Embora achados similares já tenham sido relatados na literatura (11), cautela é necessária na sua interpretação pois, são dados de percepção restritos à amostra investigada.

Apesar dos usuários declararem superioridade dos serviços prestados em USESF, em comparação às USC (23), a preferência que demonstraram pelo gênero do dentista não teve influência nesta comparação. O processo de trabalho na

Estratégia Saúde da Família (ESF) se mostra mais eficaz, quando analisados os atributos da atenção primária(23) mas, de acordo com os resultados do presente estudo, este fato não está relacionado com a preferência por homens ou mulheres dentistas. Vale salientar, porém, que a atenção integral ao paciente e a humanização são as qualidades muito valorizadas a julgar pelo resultado obtido por Nascimento, em 2011 (23). A ESF, pela própria concepção e processo de trabalho, permite que a escuta e atenção ao paciente sejam ampliadas à família e seu meio social, convertendo o atendimento em promoção efetiva à saúde. Na literatura há vários exemplos da valorização do atendimento humanizado, de acordo com depoimentos de usuários (11,26,27).

Porém, além da escuta qualificada, nenhuma outra dimensão que envolva o cuidado se mostra mais saliente com a atuação feminina. Este resultado confirma pesquisas anteriormente realizadas, que discutem a percepção de usuários. Estes declaram que valorizam a delicadeza e o cuidado e os relacionam ao gênero feminino, mas isto não os faz manifestarem explicitamente preferência por gênero (11,15,16).

Esta constatação mostra pouca aderência com a teoria que atribui ao gênero feminino características diferenciadas quanto à preocupação com o outro, o que poderia significar uma associação com a preferência por cuidados profissionais de parte dos usuários (12,28). Elas não se mostraram relevantes no julgamento dos usuários pesquisados.

A explicação para a não associação da preferência pelo gênero do profissional com os atributos e aspectos da atenção primária pode vir da formação profissional na universidade. Os focos do processo de formação continuam sendo o tecnicismo e empreendedorismo (15). Tais características dos cursos de odontologia têm sido reforçadas historicamente, independentemente da mudança do perfil do corpo discente que é de maioria feminina, em décadas recentes. Apesar das recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais (29), que apontam para a formação mais humanizada e menos técnica, boa parte dos currículos e dos docentes têm reproduzido o modelo biomédico e conteudista, não dando espaço para a valorização de características pessoais de futuros profissionais e ênfase no cuidado humanizado (30-34).

6.6 CONCLUSÃO

Com base nas informações obtidas por meio do instrumento de pesquisa do presente trabalho, a primeira conclusão é inequívoca. As mulheres representam a maioria amostral de profissionais dentistas no Serviço Público de Saúde de Curitiba-Paraná, confirmando a tendência nacional exposta na literatura.

A despeito de 75% dos 900 usuários do referido serviço público de saúde, que compuseram a amostra, preferirem e serem atendidos por dentistas do gênero feminino, na avaliação de fatores e atributos da atenção básica nas USC e USESF não foram evidenciadas diferenças significativas na grande maioria dos fatores.

Os usuários que preferem ser atendidos por mulheres tendem a avaliar melhor a atenção básica nas questões relativas à escuta atenciosa enquanto os que preferem ser atendidos por homens destacam os atributos de *Integração de Cuidados e Orientação Comunitária*. Nos demais fatores há um equilíbrio na avaliação o que sugere que as características de gênero pouco influenciam o trabalho de dentistas no Serviço Público de Saúde de Curitiba.

7 PAPER 3

THE FEMINIZATION OF DENTISTRY AND THE PERCEPTIONS OF PUBLIC SERVICE USERS ABOUT GENDER ISSUES IN ORAL HEALTH.

Article to be submitted to the periodic *Community Dentistry and Oral Epidemiology* – **CDOE**

7.1 ABSTRACT

Objectives: In view of the significant increase in the number of women in Dentistry, the purpose of this article is to investigate the perception of service users in relation to the professional practice of dentists, based on gender differences. *Methods:* The Primary Care Assessment Tool (PCATool) was applied to 900 users of 60 health centres of the Public Oral Health Service in Curitiba, Brazil, in which 53 dentists of the male gender and 150 of the female gender work. The ten attributes of Primary Health Care (PHC) were analysed. A question was added to the PCATool about user preference regarding the gender of the dental professional, thus generating 4 dyads: user gender/dentist gender (*ff, fm, mm, mf*). The PHC attributes were linked to the 4 dyads by applying the independent sample t test. Using logistic regression (logit model, stepwise forward method), the dyads were linked to 23 factors relating to scaled-up care in PHC. *Results:* 2/3 of users prefer to be seen by women professionals. The preference for male professionals has better assessment in the attributes of “*community guidance*” and “*care integration*”. *Conclusion:* the analysis of the factors reveals that the users who prefer to be seen by women professionals have a better assessment of active listening. In general, despite the majority of the users studied preferring the care provided by female dentist, this preference did not interfere significantly in the evaluation of PHC by this sample’s universe, even in aspects relating to care.

Keywords: dentist; female gender; male gender; service user; primary health care

7.2 INTRODUCTION

The increase in the number of women in the world of work is a phenomenon that occurs in several countries in a similar way. Women have worked in professions and held posts that were considered unthinkable for the female gender a few decades ago (1), as is the case of Dentistry.

In the United Kingdom the first woman graduated from the Edinburgh Dental School in 1895. At that time caricatures began to be published portraying women exercising this profession considered by many to be a male one (2). In the years that followed, women dentists became more accepted, although it was only with effect from the 1960s that women were supported in working in certain professions, including Dentistry. United Kingdom Government publications in the 1960s encouraged women dentists to join the Child Welfare Service and the School Health Service. It was considered that this work would be particularly adequate for them and that children would react better to professionals of the female gender².

More than a century later, in 2006 in the USA, 44.9% of new students on Dentistry courses were female (3). The female majority has shown itself to be a reality in other countries like Holland and Bulgaria (4,5). The phenomenon repeats itself in South Africa (6), confirming the generalization of the feminization of this profession in several contexts. In Brazil the number of new students of the female gender starting dentistry courses is currently in excess of 75% according to the most recent Higher Education Census of 2009 (7). Of the 228,000 Dental Surgeons registered and working in Brazil in 2009 (8), 101,000 were of the male gender and 127,000 of the female gender, so that women are 55% of those registered in the profession(9).

Women are the majority with regard to Brazilian dental surgeons working in public services and are also the majority in the Family Health Strategy (FHS) which requires a full-time working day (9). The percentage of men and women in the FHS is 42% and 58%, respectively. In this aspect the Brazilian situation coincides with the United Kingdom one. In the United Kingdom, women dentists adhere more to direct care with the community than to holding planning and management positions and show themselves to be less interested in working privately or owning private dental practices (10).

Of particular interest for this article, there are reports in the literature about service user opinion as to the professional care provided by dental surgeons. In general, patients value communication and humanization in the care they receive (11-14). These aspects can favour the female gender, given that patients report that women are more delicate and careful when performing procedures (15). Elderly people state that women dentists have more favourable attitudes in relation to aging than professionals of the male gender (16).

In view of this scenario, it is important to investigate user perception of public dental services, regarding the fact of whether or not they make a distinction as to the gender of the professional who sees to them, given the perspective of a profession in which the majority who practice it are women and this appearing to be a tendency that will intensify in the near future.

Evaluation of Primary Health Care reflects the extent to which the structure of the service and the professionals who provides it demonstrate a welcoming approach, humanization and technical competence in solving low complexity health problems (17). It is in PHC, the entry point to the health service, that the user is able to perceive the effectiveness of concrete health care and promotion actions (17). It was in this environment that this study sought to evaluate whether the professional's gender interferes in the quality of oral health services provided.

The proposal of this study was to identify whether service users manifest preference for the dental surgeon's gender and to establish possible associations between this preference and attributes and factors of Primary Health Care in the Public Health System in Curitiba, Brazil.

7.3 MATERIALS AND METHODS

This article, which is part of a broader quantitative and qualitative study, is cross-sectional, descriptive/analytical and focuses on the quantitative approach.

Currently, Curitiba Health Department has its own municipal network of 136 Health Facilities comprising 50 Primary Health Care Units, 55 Primary Health Care Units incorporating the Family Health Strategy, 4 Complex Health Units, 7 Specialized Units, 10 Psychosocial Care Centres, 8 Municipal Medical Emergency Centres, 1 General and Maternity Hospital (Bairro Novo Community Medical Centre)

and 1 Clinical Analysis Laboratory. The service network currently has 108 Primary Health Care Units with dental clinics in which the oral health teams – dental surgeons, oral health technicians and auxiliaries – undertake oral health promotion, prevention and recuperation. The collective actions involve health education, inclusion, community empowerment and autonomy and take place principally in community social facilities (18).

In order to investigate the preferences of the users of Curitiba's public health system regarding the gender of Dentistry professionals, the Primary Care Assessment Tool (PCATool) (19) data collection instrument was used, adapted for oral health through the "Users" version, validated from English into Portuguese (20). In addition to the primary attributes derived from Primary Health Care (PHA), PCATool also investigates the "Degree of Affiliation" of users to the health service(17-21). This criterion denotes the recognition a user has for a health professional or health service which the user considers to be a reference whenever they need it (22).

PCATool-Users is comprised of 93 questions which are divided into groups so as to form 10 attributes which qualify PHC. The attributes denominated "Primary Attributes" include: 1)First contact access, 2)First contact, 3)Longitudinality, 4)Information system, 5)Care integration, 6)Clinical integrality and 7)Extended integrality; and the "Derived Attributes" include: 8)Family Guidance, 9)Cultural Competence and 10)Community Guidance.

The sample was defined based on the 102 Health Units (HU) that comprised the Primary Health Care (PHC) network in Curitiba, in the state of Paraná, Brazil, in the year 2010, and which offered oral health services. 60 (58.8% of the total) HU were selected using random sampling, divided between 30 conventional HU (CHU) and 30 Family Health Strategy HU (FHSU). The users were selected from the Primary Care Information System (PCIS) of Curitiba's Municipal Health Department – a computerized system that registers all families that use the health services. Using the PCIS 900 households registered with the HU in the sample were selected. In these HU men and women dental surgeons work in the proportion of 1 to 3, i.e. 53 men and 150 women (23).

The selected households were visited by interviewers who had been trained and guided beforehand by Community Health Workers. The interviews were either

performed immediately or scheduled for the date and time most convenient to the respondents' needs. The respondents had to be 18 years old or over and not have any physical or mental disability capable of compromising the interview, in addition to being registered with the HU for at least two years, since in this way they would provide reliable information as regular users of those services.

After signing a Term of Free and Informed Consent, users of both genders were interviewed, forming blocks of 15 individuals for each of the 60 HU in the sample. The users' response rate was 100% (n=900), owing to the strategy adopted of scheduling and return visits as convenient for the respondents. These procedures were approved by the Pontifical Catholic University of Paraná's Research Ethics Committee under number 5957 (2nd version) dated April 5th 2011.

In order to collect data regarding user preference as to the gender of the dental professional, the following question was included in the PCATool-Users questionnaire: "Do you prefer to be cared for by a dentist of the same sex as yours?" The reply options were "yes", "no" and "indifferent". The question was classified using the code K10 on the original instrument.

For the remaining questions respondents had to opt from one of five possible answers organized on a Lickert Scale: "Certainly, yes" (score = 4); "Probably, yes" (score = 3); "Probably not" (score = 2); "Certainly not" (score = 1); and "I don't know or can't remember" (score = 0). Scores between 0 (zero) and 100 (one hundred) were initially obtained for each of the attributes, being the simple arithmetic average of the answers to the factors that comprise each attribute or component.

Once the average of each attribute and its components had been calculated, the scores themselves were then calculated, namely the primary score and the overall score.

The scores of the PHC attributes were calculated by taking the total of the scores of the factors, divided by the total number of factors for each attribute, so as to provide that final average score of the attribute. All of the scores, for each of the attributes, were later transformed on a scale ranging from 0 (zero) to 10 (ten) points, so that the PHC "Primary Score" and the "Overall Score" could be calculated. The "Primary Score" was measured by taking the sum of the average scores of the seven "Primary Attributes", plus the score given to the "Degree of Affiliation" and dividing by the number of components. The "Overall Score" was calculated using the same

principle, although in this case the average scores of the three PHC “Derived Attributes” were included.

The presence of the question about the professional's gender on the collection instrument provides support to this descriptive and analytical study, using groups of data obtained from the answer to this question and other information provided by the instrument about the PHC attributes.

First of all the data were grouped together in dyads based on the gender of the respondent and their choice as to the gender of the dental professional. There are therefore four resulting dyads:

- 1-male patient / preference for male dentist (MM)
- 2-male patient / preference for female dentist (MF)
- 3-female patient / preference for male dentist (FM)
- 4-female patient / preference for female dentist (FF)

This data was tabulated using Excel™ (Microsoft© Corporation) spreadsheets and later transferred to the Statistica 7.0™ program (Starsoft, Inc.© Tulsa, USA).

The analyses were divided into the following stages:

- d) Evaluation of the dyad frequencies: The dyad frequencies were compared using the Chi square goodness of fit test. The following combinations were compared: 1) MM, MF, FM and FF; 2) Same gender dyads versus Different gender dyads; 3) Female gender dentist dyads versus Male gender dentist dyads.
- e) Comparison of the PHC attributes (primary and derived) and scores (overall and primary) among the groups of users who preferred to be cared for by dentists of the male or female gender. The analysis of the user groups, both for attributes and for scores, was applied using the independent sample t test, testing the null hypothesis that the average of the two groups was equivalent.
- f) Development of the model of factors that are related to the user's choice of the dentist's gender. This stage was undertaken by applying logistic regression analysis, based on 23 questions (A2, A3, D1-14, H1-5, H9, I3, I6) contained in the PCTool-Users instrument, the contents of which are related to characteristics regarding personalized care (an attribute of extended care), recognition of the user as an individual being and humanized care, active listening as well as certain factors that comprise care extended to the user's family.

All the questions were analysed in relation to the categorical answers, organized into three possibilities: considering only Yes for the alternatives “Certainly, yes” and “Probably, yes” and considering No for the alternatives “Certainly not” and “Probably not”; finally the “I don’t know, I can’t remember” answers were considered as a third category.

The stepwise forward method of the logit model was used for the logistic regression analysis, using the binary answer type. This involved the following stages:

- a) selecting the variables using the criterion of $p < 0.20$ of the odds ratio being statistically equivalent to 1.00;
- b) obtaining a model with a reduced number of variables, selected by applying the criterion of $p < 0.10$ of the adjusted odds ratio being statistically equivalent to 1.00;
- c) obtaining a final model after testing for all possible multiple interactions, using the Newton-Raphson algorithm for likelihood function optimization.

Once the final model of logistic regression had been decided, the probabilities were calculated using the formula $Pr = 1 / [1 + e^{-(\alpha + \sum (\beta_i x_i))}]$, where α is the model constant. The analysis was finalized by calculating the odds ratio, estimating the probability of the occurrence of the event of one of the gender dyads analysed for each type of Health Unit, given the combination of the variables exposed in the predictive model.

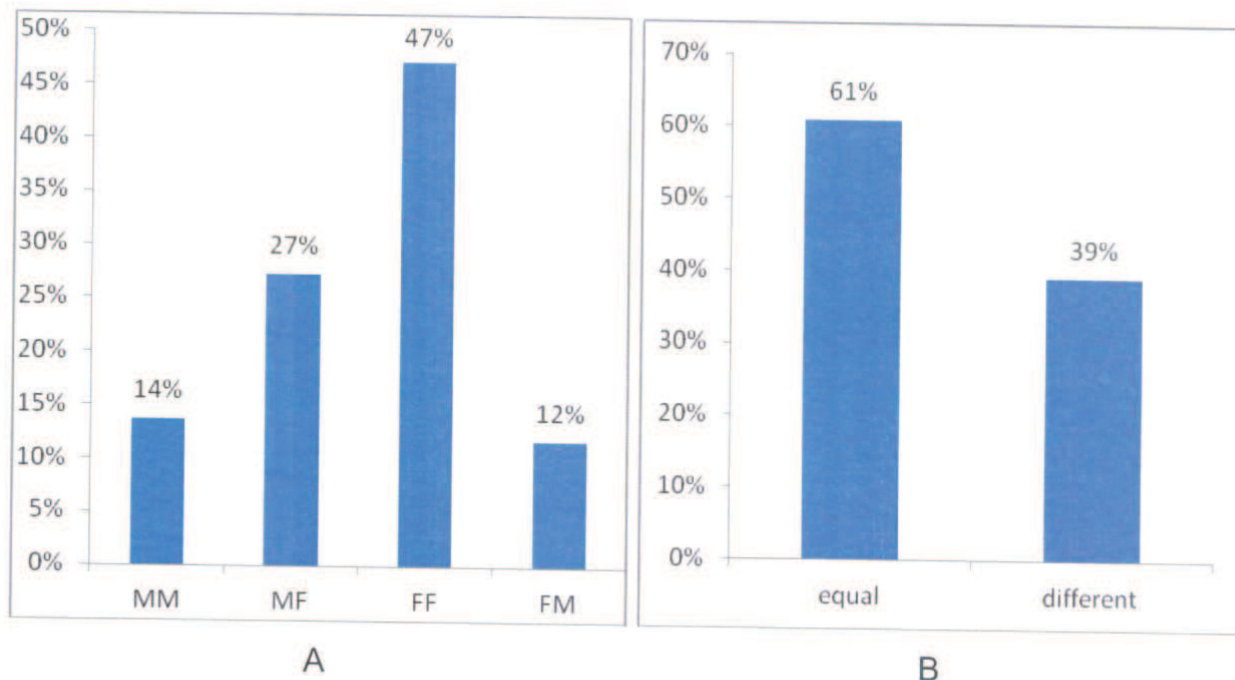
7.4 RESULTS

c) Evaluation of dyad frequency

It was found that there were significant statistical differences when comparing the frequencies of all the user/dentist dyads (MM, MF, FF, FM) ($p < 0.0001$), whereby the FF dyad is significantly greater compared to the rest (fig. 1A). When comparing same gender dyads significant difference was also observed ($p < 0.0001$), whereby same gender dyads have greater frequency when compared to different gender dyads (Fig. 1B).

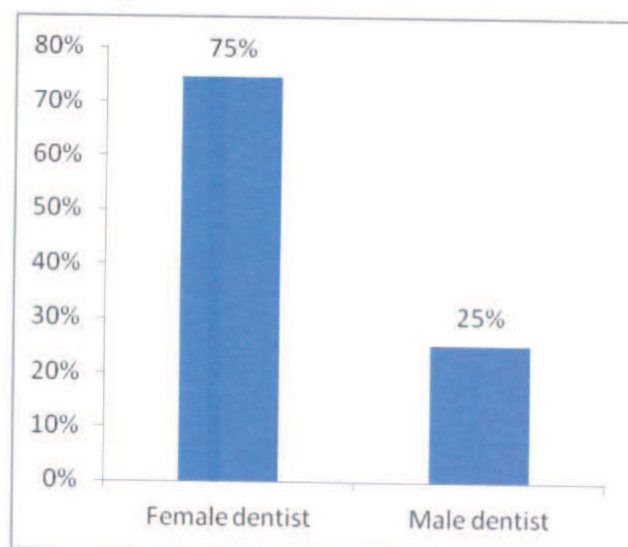
Figure 1 – Relative dyad frequencies created based on service user preference of dentist gender (A) and (B), frequencies of the same gender between service users

and dentists (women/prefer female dentists and men/prefer male dentists) and different genders between service users and dentists (women/prefer male dentists and men/prefer female dentists).



When comparing the dyads that have the female or male gender of dentists as their preference or choice, significant difference was also observed ($p < 0.0001$), whereby the dyads with preference for the female gender have greater frequency when compared to those of the male gender (Fig. 2).

Figure 2 – Frequencies relating to the preferences of the service users of both genders for different dentist genders.



It should be emphasized that the dyad frequencies appear to coincide with the care routine effectively provided in the HUs. When analysing the list of the professionals allocated in the respective HUs of the subjects studied, 98.5% of the stated preferences coincide with the gender of the professional who does in fact care on an everyday basis for each respondent of the sample used in this study. Thus, the preference for gender suggests that the service user confirms the situation that does in fact exist in their HU.

d) Comparison of the attributes and scores between the groups of users who prefer to be cared for by dentists of the male or female gender.

When comparing the scores of the PCATool questionnaire answers between service users who prefer to be cared for by dentists of the male or female gender, it was found that the attributes "First contact access", "First contact", "Longitudinality", "Information system", "Clinical integrality", "Extended integrality", "Family guidance" and "Cultural competence" do not present significant statistical differences between the groups ($p > 0.05$) (tab. 1). However, the attributes "Care integration" and "Community guidance" presented significant statistical differences ($p < 0.05$). In both cases the averages were significantly greater when the preferred gender of the dentist was male (Table 1).

There was no statistical difference between the groups when comparing the 'Primary Score' ($p > 0.05$). However, when comparing the 'Overall Score' it was found that the group that prefers dentists of the male gender obtained a higher average than the group that prefers dentists of the female gender ($p < 0.05$) (Table 1).

Table 1 – Statistics resulting from the comparison of the attributes and scores between the groups that prefer to be cared for by dentists of the male or female gender .

Professional's gender according to user preference X PHC Attributes and Scores	n		Averages		Standard Deviation		t*	GL**	P
	Man	Woman	Man Av	SD	Woman Av	SD			
First contact	190	557	6.89	1.50	6.94	1.66	-0.32	745	0.75
Accessibility	190	557	5.85	0.84	5.84	0.75	0.14	745	0.89
Longitudinality	190	557	7.29	0.70	7.30	0.70	-0.02	745	0.98
Care integration	40	113	8.13	0.80	7.85	0.57	2.35	151	0.02
Information System	190	557	8.24	1.41	8.14	1.40	0.81	745	0.42
Clinical integrality	190	557	7.50	0.51	7.47	0.50	0.90	745	0.37
Extended integrality	190	557	7.08	1.23	6.95	1.31	1.19	745	0.23
Family guidance	190	557	7.36	1.17	7.23	1.20	1.31	745	0.19
Cultural competence	190	557	7.76	0.92	7.70	0.95	0.80	745	0.43
Community guidance	190	557	7.59	1.42	7.30	1.61	2.21	745	0.03
Primary score	190	557	7.17	0.55	7.12	0.56	0.95	745	0.34
Overall score	190	557	7.57	0.86	7.41	0.93	2.11	745	0.04

* t value – statistic resulting from the independent sample t test

** Degree of freedom – statistic resulting from the independent sample t test.

c) Development of the model of factors that relate to the user's choice of the dentist's gender

In this phase of the study, evidence was obtained from the application of logistic regression to the combination of the answers given to the 23 PCATool-Users selected questions, including all the variables. Some factors demonstrated statistical significance between the answers relating to the variables: nature of the Health Units (Conventional or Family Health Strategy) and MM, MF, FF and FM dyads. A summary of these combinations is explained in Table 2, along with the wording of the 4 questions (D2, D5, D7 and D11) that presented a significant *p* value in the combination that included the variables. This summary is based on the interpretation of the significances resulting from the final logistic regression model.

Table 2 – Summary of the comparisons of the models adjusted using logistic regression, for the service user/dentist gender dyads and the nature of the HUs.

Variables	HU	MM	MF	FF	FM
I think the HU dentist has a good understanding of what I say or ask during the appointments. (D2)	CHU	No	Yes	No	Yes
	FHSHU	NS	NS	NS	NS
The HU dentist allows enough time for me to talk about my concerns or problems. (D5)	CHU	NS	NS	NS	NS
	FHSHU	NS	NS	Yes	No
The HU dentist knows me more as a person than just as a patient. (D7)	CHU	NS	NS	Yes	No
	FHSHU	NS	NS	No	Yes
The HU dentist has detailed knowledge of all my health problems, not just my oral health problems. (D11)	CHU	Yes	No	NS	NS
	FHSHU	No	Yes	NS	NS

NS* - not significant.

It can be seen that there is not an evident pattern in the answers to the questions that presented statistical significance, whether in relation to the dyads or in relation to the nature of the HUs. With regard to the dyads, a discrete preponderance of **yes** answers can be seen for service users who prefer to be cared for by women dentists, in the questions relating to active listening and understanding of the problems. This can be considered to be a trend.

It is emphasized at this point that in the odds ratio analysis, the values of which are presented in Table 3, all the results with $p < 0.10$ were taken into consideration, as established by Hair *et al.* (1998) (24). This choice was made because the p limits may be set by the researcher, as a result of the consistency of the results, as long as this is within the limits described in the pertinent literature. The logistic analysis regression included these variables, even if they did not present $p < 0.05$ because they generated the most parsimonious model, i.e. they presented the lowest Akaike Information Criterion (AIC). If the variables with $p > 0.05$ were removed, the model would be less parsimonious and would therefore have less explanatory power.

In view of the choice of this methodology, it must be emphasized that results with $p > 0.05$ and confidence intervals that include the value of 1, can only be considered as trends that do not allow categorical generalizations.

According to the model chosen, adequate adjustment of the multivariate model can be seen for the dyads of male FHSHU users ($p = 0.10$) with a predictive power of 91.2%. Based on this analysis it was possible to observe that in the answers to question D11, the male service users who preferred dentists of the same gender

(MM) stated that usually the FHSU dentist does not have detailed knowledge of their health problems, this fact being 2.24 (OR) greater than the MF dyad (95%CI 0.70-7.11) (Table 3). This data can mean that men who prefer dentists of the female gender consider that they pay more attention to patients' health problems. Caution is however necessary in this interpretation given that the confidence interval includes the value of 1 and thus loses statistical significance.

In the case of the female FHSU user dyads, it was also possible to make a significant adjustment ($p = 0.03$), although with predictive power of just 28.1%. Despite the low explanatory power, it was possible to observe that female service users who prefer dentists of the same gender (FF) state that the FHSU dentist usually knows them more as a patient than as a person (question D7), and this fact is 2.95 greater than the FM dyad (OR=2.95; 95%CI 1.09-7.93). Here the result suggests that the women service users think that women dentists show themselves to be more interested in the strictly professional relationship, in detriment to the human side (Table 3).

With regard to the FHSU FF dyad, the odds of replying negatively to question D5 (does the HU dentist allow enough time for you to talk about your concerns?) were not significant ($p=0.22$ in Table 3). However, in the opposite relationship, the FM dyad is 2 times more likely to answer No to the same question (OR=2.01; 95% CI 0.64-6.30). Women who prefer dentists of the male gender consider that they do not give them enough time to say what their problems are.

In the case of the male CHU users, a significant adjustment was also made ($p=0.09$), having an explanatory power of 93.5%. In this adjustment, the men who showed preference for a professional of the same gender (MM) stated that the CHU dentists do not understand what they mention or ask during appointments when compared to the MF dyad (OR=6.50; 95%CI 0.72-58.00), although once again here the result should be viewed with caution owing to the confidence interval containing the value of 1 (Table 3).

About the evaluation of the female CHU user dyads, a significant adjustment ($p=0.04$) was performed, with explanatory power of 41.5%. Women who prefer dentists of the same gender (FF) are more likely to answer No to the question about the understanding of the questions they make during appointments in relation to the FM dyad (OR=2.79; 95%CI 1.02-7.57). However, when answering question D7 the

FF dyad female service users tend to consider that the female dentists who care for them have detailed knowledge of all their health problems, and not just their oral health problems (OR=1.03; 95%CI 0.50-2.13), yet again with insignificant confidence intervals and p values (Table 3).

Table 3 – Statistics of the logistic regression performed on the service user dyads in relation to the preferences for the dentists' gender.

HU	User gender / Dentist gender dyads	Source	Value	Wald X ²	p	OR	OR (CI:-95%+95%)
FHSU	MM/MF	Intercept	0.57	0.00	0.99		
		D11-No	0.80	1.88	0.17	2.24	0.70-7.11
	FF/FM	Intercept	1.26	1509.80	0.00	0.99	
		D5-No	0.70	1.45	0.22	0.49	0.15-1.54
		D7-No	-1.08	4.58	0.03	2.95	1.09-7.93
	FM/FF	D5-No	0.70	1.45	0.22	2.01	0.64-6.30
	CHU	MM/MF	Intercept	0.73	0.00	0.99	
D2-No			1.87	2.81	0.09	6.50	0.72-58.00
D11-No			-1.19	5.28	0.02	0.30	0.11-0.83
FF/FM		Intercept	1.67	0.00	0.98		
		D2-No	-1.02	4.04	0.04	2.79	1.02-7.57
		D7-Yes	-0.03	0.00	0.92	1.03	0.50-2.13

* interpretation is always made using opposite dyads, e.g.:MM/MF; FF/FM; FM/FF

7.5 DISCUSSION

The first clear finding that the data allow to be made is the higher prevalence of female dentists in relation to male dentists who care for the service users interviewed. The fact that there are three times more women than men dentists in the public health service, in this particular case, appears to confirm the disposition of future women dentists to seek formal employment and adhere to services that provide care to the community (9,10).

Differences were found in this study regarding the preference for the gender of the dental professional, from the point of view of public dental service users, as well as differences in the perception of the attitudes of dentists of both genders towards patients. Service users of both the male and the female gender showed a clear preference, three times greater, for being cared for by female dentists. This result is

in keeping with another finding in the literature, in which the social belief was found that women have personal characteristics more favourable to practicing Dentistry². The female gender is related to the expressions "attentive", "caring", "delicate", "patient", whereas men are associated with the expressions "secure", "careful", "strong" (11). More important than the professional's physical characteristics are their patience, capacity to communicate and dialogue, as these favour a good relationship between the professional and the client (11).

It would appear that in the case of this study in Curitiba, this is not a mere sampling artefact, biasing the analysis as a result of the majority of the sample being comprised of women dentists, since the service users could be routinely cared for by women dentists and nevertheless demonstrate preference for being cared for by male dentists. On the other hand, judging by the number of professionals of the male and female gender who care for the sample universe of users of Curitiba's public health service studied here, there is a coincident relation between those users who prefer to be cared for by male or female dentists, in a proportion of 1 male to 3 females. Furthermore, to judge by the allocation of the professionals included in the sample and their distribution in the HUs studied, there are strong indications that the service users' replies regarding their preference coincide with the gender of the dentist who cares for them.

With regard to the dental professionals' behaviour, the results show that the service users who preferred to be cared for by women dentists do not confirm in their answers that the factors and attributes, which in the literature are related to care provided by the female gender, are associated with women dentists.

The characteristics most required by the service users refer to communication. On a par with technical skills, the personal interaction taking place between patient and dentist is highly valued. The patient's satisfaction and the quality of care are strongly associated when the professional shows positive attitudes and communication skills and treats the patient as an individual (13,14). It is true that when the answers to the questions relating to care in this study are analysed separately, it can be seen that those service users who prefer to be cared for by women dentists take into consideration active listening and care provided to the patient, these being relevant points of the services provided in Curitiba's HUs. This observation suggests a relationship with studies showing that women dentists value

working with people and conversing with patients, choosing these characteristics as being very important in their professional practice (25).

In other factors and attributes studied, however, the difference does not have homogeneity capable of confirming statistical significance between the care provided by men or women, whether in CHU or in FHSU. This finding may suggest convergence with the literature, in which service users do not perceive marked differences in the practice that defines the care provided by professionals of distinct genders (11).

In the analysis of the attributes, represented on the PCTool-Users data collection instrument, the result is more unfavourable to the female gender. In the opinion of the users of Curitiba's Public Health System, those who prefer to be cared for by male dentists emphasize "Care integration" and "Community guidance" perceived in the male professionals' work. This result reflects a localized perception that perhaps men demonstrate greater skill in clinical care and that they guide the community in a more efficient manner. Although similar findings have been reported in the literature (11), caution is necessary in interpreting this result since the data regarding this perception is restricted to the sample studied.

Despite the users stating in the aggregated answers that the services provided in FHSU are superior when compared to CHU (23), the preference they demonstrated for dentist gender had no influence in this comparison. The work process in the Family Health Strategy (FHS) shows itself to be more effective when analysing the primary care attributes (23), but this fact is not related to the preference for male or female dentists according to the present study results. It is important to emphasize, however, that integral patient care and care humanization are highly valued qualities, judging by the result obtained by Nascimento in 2011. The FHS, owing to the very conception of the work process, enables active listening to and care of the patient to be extended to their family and their social environment, thereby converting care into effective health promotion. The literature contains various examples of the valuing of humanized care according to service users' testimonies (11,26,27).

However, apart from active listening, no other dimension involving care stands out so much regarding the work of women dentists. This result confirms other previous studies that discuss service users' perceptions. Those users stated that

they value sensitivity and caring and relate them to the female gender, but this does not result in them manifesting explicit preference for gender (11,15,16).

This finding demonstrates little adhesion to the theory that attributes differentiated characteristics to the female gender regarding concern with others. This may signify an association with service users' preference for professional care (12,28). These characteristics did not show themselves to be relevant in the judgement of the service users studied.

The explanation of the non-association of preference for the gender of the dental professional may arise from professional training at university. The focus of the training process continues to be on technicism and entrepreneurialism (15). These characteristics of dentistry courses have been emphasized historically, regardless of the change in the profile of the students, the majority of whom in recent decades are female. Despite the recommendations of the Brazilian Curricular Guidelines (29), which indicate more humanized and less technical training, the majority of the curricula and the majority of teachers have reproduced the biomedical and contents-based model, not providing space for valuing the personal characteristics of future professionals or emphasis on humanized care (30-34).

7.6 CONCLUSION

Based on the information obtained through the research instrument used in this study, the first conclusion is unambiguous. Women are the majority of the sample of dentists in Curitiba's Public Health Service, confirming the national tendency described in the literature.

Despite 75% of the samples of 900 users of this health service preferring and being cared for by dentists of the female gender, the assessment of primary health care factors and attributes in the CHU and FHSU did not provide evidence of significant differences in the vast majority of the factors.

The service users who prefer to be cared for by women dentists tend to have a better evaluation of primary health care in issues relating to active listening, whilst those who prefer to be cared for by male dentists highlight the attributes of *Care Integration* and *Community Guidance*. With regard to the other factors the evaluation

is balanced, suggesting that gender characteristics have little influence on the work of dentists in Curitiba's Public Health Service.

7.7 REFERÊNCIAS

1. Probst ER. A evolução da mulher no mercado de trabalho Instituto Catarinense de Pós-Graduação – ICPG - Gestão Estratégica de Recursos Humanos; 2011 [cited 2011 18 de outubro de 2011]; Available from: <http://www.icpg.com.br/artigos/rev02-05.pdf>.
2. Stewart FM, Drummond JR. Women and the world of dentistry. *Br Dent J.* 2000 Jan 8;188(1):7-8.
3. Dominic Saadi MA. The shifting of gender in dentistry. *Inside Dentistry.* 2008;4(2).
4. Katrova LG. Gender impact on the socioprofessional identification of women dentists in Bulgaria. *J Dent Educ.* 2004 Jul;68(7 Suppl):19-22.
5. Ayers KM, Thomson WM, Rich AM, Newton JT. Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. *J Dent.* 2008 May;36(5):343-50.
6. Naidoo S. Women in dentistry in South Africa: a survey of their experiences and opinions. *SADJ.* 2005 Aug;60(7):284, 6, 8 passim.
7. INEP. Resumo técnico - Censo da educação superior de 2009. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP; 2009 [16 de maio de 2011]; Available from: http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2009/resumo_tecnico2009.pdf.
8. CFO. Conselho Federal de Odontologia - CFO; 2010 [25 de agosto de 2010]; Available from: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>.
9. Morita SAS, Haddad AE, Araujo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião dentista brasileiro. Maringá: Dental Press International; 2010.
10. Newton JT, Thorogood N, Gibbons DE. A study of the career development of male and female dental practitioners. *Br Dent J.* 2000 Jan 22;188(2):90-4.
11. Garbin AJI, Garbin CAS, Tiano AVP, Carvalho ML, Fagundes ACG. Marketing on dentistry: the perception of client about dental service of private clinic. *Rev Odontol UNESP.* 2008;37(2):197-202.
12. Gilligan C. Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à vida adulta. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1982.

13. Gurdal P, Cankaya H, Onem E, Dincer S, Yilmaz T. Factors of patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in Turkey. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000 Dec;28(6):461-9.
14. Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care 3. Communication. *Int Dent J*. 2005 Aug;55(4):254-6.
15. Carlisle LD. Is there a difference in the way men and women practice dentistry? Part II. 2011 [16/05/2011]; Available from: <http://www.spiritofcaring.com/public/513.cfm>.
16. Rocha ES. Conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte em relação ao idoso. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG; 2006.
17. Organization PAH. Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington: Pan American Health Organization; 2007.
18. Prefeitura Municipal de Curitiba, SMS. Saúde Curitiba. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/saude-bucal/rede-de-atencao> . Acesso em: 15 de junho de 2012
19. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
20. Harzheiml E, StarfieldII B, RajmilIII L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(8):1649-59.
21. Mahler H. Primary health care comes full circle. *Bull World Health Organ*. 2008;86(10):747-8.
22. Medina MG, Hartz ZM. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad Saude Publica*. 2009 May;25(5):1153-67.
23. Nascimento AC. Atributos da atenção primária na saúde bucal: Uma avaliação por meio do Primary Care Assessment Tool. Curitiba: PUC Paraná; 2011.
24. Hair J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. e Black W.C., 1998. *Multivariate data analysis*. 5 ed. New Jersey: Prentice Hall, 742 p.
25. Scarbecz M, Ross JA. Gender differences in first-year dental students' motivation to attend dental school. *J Dent Educ*. 2002 Aug;66(8):952-61.

- 26 Bottan ER, Oglio JD, Silveira EG, Araújo SM. Cirurgião-dentista ideal: perfil definido por crianças e adolescentes. Ideal dentist profile defined by children and adolescents. RSBO. 2009;6(4):381-6.
27. Garcia PPNS, Campos JADB, Oliveira TG. Critérios para escolha de cirurgião-dentista entre graduandos do Campus de Araraquara – UNESP. Rev Odontol UNESP. 2009;38(6):347-55.
28. Zoboli ELCP. A redescoberta da ética do cuidado: foco e ênfase nas relações. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2004;38(1):21-7.
29. MEC. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília: Conselho Nacional de Educação - Câmara de Educação Superior 2002.
30. Baltazar MMDM, Moysés SJ, Bastos CCBC. Profissão, docente de odontologia: o desafio da pós-graduação na formação de professores. . Trabalho, Educação e Saúde. 2010;8(2):285-303.
31. Lazzarin HC, Nakama I, Cordoni Júnior I. Percepção de professores de odontologia no processo de ensino-aprendizagem. Ciência & Saúde Coletiva . 2010;15(1):1801-10.
32. Moysés ST, Moysés SJ, Kriger L, Schmitt EJ. Humanizando a educação em Odontologia Revista da ABENO. 2003;3(1):58-64.
33. Saliba NA, Moimaz SA, Garbin CA, Diniz DG. Dentistry in Brazil: its history and current trends. J Dent Educ. 2009 Feb;73(2):225-31.
34. Zilbovicius C, de Araujo ME, Botazzo C, Frias AC, Junqueira SR, Junqueira CR. A paradigm shift in predoctoral dental curricula in Brazil: evaluating the process of change. J Dent Educ. 2011 Apr;75(4):557-64.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi decorrente do desejo de explicar e discutir o fenômeno da feminização da Odontologia que tem ocorrido, incontestavelmente, em vários países do mundo e de forma muito marcante no Brasil. Apesar da Odontologia ser, historicamente, considerada profissão lucrativa, marcada pelo empreendedorismo e com possibilidade de prática autônoma, ela tem sido eleita como carreira pela maioria de jovens do gênero feminino, que se pronunciam mais inclinadas ao emprego formal. Há que se considerar que o exercício profissional da mulher ainda precisa ser confrontado, contemporaneamente, com a possível persistência de um modelo de família que influencia seu papel social e escolhas no trabalho, o que pode explicar a preferência pelo vínculo de emprego.

Na busca por informações, encontrou-se na literatura uma série de trabalhos que confirmam a premissa de que a mulher como profissional de odontologia, prefere não desenvolver a prática na iniciativa privada. As interrupções na prática e o número menor de horas e dias trabalhados, em comparação com os homens, sempre é justificado pelos cuidados com a família. Neste contexto, a segurança que representam as relações laborais formalizadas, podem ser decisivas nas escolhas femininas.

Sob a ótica da vocação, a literatura mostra que as mulheres são motivadas a escolher a Odontologia pelo desejo de trabalharem com pessoas, contrariando a opinião dos homens que buscam bons negócios e status profissional. Com estes relatos, as conclusões desta tese são absolutamente concordantes. Na fala de estudantes de ambos os gêneros, fica claro que o relacionamento pessoal é mais importante para as mulheres do que para os homens. Mesmo no período de formação, para as mulheres, as relações que se estabelecem na universidade, tanto com colegas como com professores, tem um peso muito significativo na avaliação da graduação. Este fato vem ao encontro da teoria da ética do cuidado, que atribui ao gênero feminino características marcantes relativas à preocupação e atenção com o outro bem como a pacificação do meio em que vive.

Se o comportamento das mulheres é diferente do dos homens, é de se esperar que no exercício profissional de ambos, os pacientes detectem perfis distintos. Na relação com os pacientes, tão valorizada pelas estudantes e pelas profissionais,

procurou-se indícios do cuidado e da preocupação com o outro. Porém, os usuários do Serviço Público de Saúde de Curitiba, ao avaliarem os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) exercida na prestação de cuidados com a saúde bucal, não relacionaram o gênero do dentista com a qualidade do serviço. Não foi encontrada associação marcante entre as preferências dos usuários pelo gênero do dentista e os atributos e fatores da APS. Mesmo em aspectos relacionados ao cuidado, a preferência por profissionais do gênero feminino não foi decisiva na avaliação. Uma discreta tendência à melhor atitude quanto à escuta atenciosa foi encontrada para profissionais do gênero feminino. Relacionados aos profissionais do gênero masculino, os atributos de “Integralidade Clínica” e “Orientação Comunitária” foram mais relevantes. Estes dados podem sugerir que os procedimentos clínicos e a orientação para a saúde são melhor avaliados quando exercidos por homens. A julgar pelos relatos de estudantes do gênero masculino, que valorizam estes dois aspectos para o futuro exercício profissional, este resultado se justifica. Ao contrário, o discurso das estudantes em favor do relacionamento pessoal e cuidado com a saúde não se confirma na avaliação da APS.

A fragilidade da relação entre o gênero do profissional e a avaliação dos aspectos da APS, inclusive naqueles que enfatizam a humanização e o relacionamento pessoal, sugere que a prática profissional exercida por homens e mulheres não apresenta diferenças capazes de serem percebidas pelos pacientes que compuseram amostra da presente pesquisa.

Em resumo, apesar dos dados da literatura e dos discursos de estudantes de ambos os gêneros apontarem para a tendência das mulheres exercerem uma prática mais humanizada e mais comprometida com a promoção de saúde, não houve evidências relevantes desta associação neste universo de pesquisa.

A Odontologia é uma profissão que favorece o estreitamento da relação profissional/paciente. A proximidade que o fazer profissional impõe aos atores do cenário clínico, pode proporcionar vantagens ao gênero feminino, cujos atributos o qualificam para a preocupação ampliada com o paciente.

Sugere-se que estudos futuros possam revelar alternativas para a educação e formação universitária, que possam potencializar os atributos inerentes ao gênero feminino, em favor da prática odontológica humanizada, mais voltada à competência humanística, que vá além das habilidades clínicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahamsson, K. H.; Ohn, K.; Hakeberg, M. Dental beliefs: factor structure of the revised dental beliefs survey in a group of regular dental patients. *Eur J Oral Sci*, v. 117, n. 6, p. 720-7, Dec 2009.
- Al-Bitar ZB, Sonbol HN, Al-Omari IK. Reasons for choosing dentistry as a career by Arab dental students. *Eur J Dent Educ*. 2008 Nov;12(4):247-51.
- Atchison K.A., Bibb CA, Lefever KH, Mito RS, Lin S, Engelhardt R. Gender differences in career and practice patterns of PGD-trained dentists. *J Dent Educ*. 2002 Dec;66(12):1358-67.
- Ayers KM, Thomson WM, Rich AM, Newton JT. Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. *J Dent*. 2008 May;36(5):343-50.
- Bardagi M, Lassance MCP, Paradiso AC, Menezes I. Career choice and insertion in labor market: perceptions from college seniors. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2006;10(1):69-82.
- Bernabe E, Icaza JL, Delgado-Angulo EK. Reasons for choosing dentistry as a career: a study involving male and female first-year students in Peru. *Eur J Dent Educ*. 2006 Nov;10(4):236-41.
- Bruschini C. Work and gender in Brazil in the last ten years. *Cadernos de Pesquisa*. 2007 set./dez.;37(132). Disponível em: < <http://www.journal.ufsc.br/index.php/ref/issue/view/297/showToc> >.
- Carlisle, L. D. Is there a difference in the way men and women practice dentistry? Part II. 2011. Disponível em: < <http://www.spiritofcaring.com/public/513.cfm> >. Acesso em: 16/05/2011.
- CFO. 2010. Disponível em: < <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/> >. Acesso em: 25 de agosto de 2011.
- Costa SM, Bonan PR, Abreu MHG, Durães SJA. Social representation of Dentistry: a qualitative study with dental students of Unimontes. *Rev Odonto Ciênc*. 2008;23(3):238-42.
- Crossley ML, Mubarik A. A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. *Br Dent J*. 2002 Oct 26;193(8):471-3.

- Daalmans, M. T. et al. What do dental students think about their future career practice? Differences between men and women. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2004; 111(12): 477-81.
- Del Aguila, M. A. et al. Practice patterns among male and female general dentists in a Washington State population. *J Am Dent Assoc* Jun 2005; 136(6): 790-6.
- Deslandes, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: Minayo, M. C. S.; Assis, S. G., *et al* (Ed.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 5.
- Dominic Saadi MA. The shifting of gender in dentistry. *Inside Dentistry*. 2008;4(2).
- Ferreira ML. The woman as "the other" – the philosophy and the female identity. *Revista da Faculdade de Letras, Filosofia*. 2006/2007;XXIII/XXIV:139-53.
- Gallagher J, Clarke W, Wilson N. Understanding the motivation: a qualitative study of dental students' choice of professional career. *Eur J Dent Educ*. 2008 May;12(2):89-98.
- Gallagher JE, Clarke W, Eaton KA, Wilson NH. Dentistry - a professional contained career in healthcare. A qualitative study of Vocational Dental Practitioners' professional expectations. *BMC Oral Health*. 2007;7:16.
- Gallagher J. E. Patel R. Wilson N. H. The emerging dental workforce: long-term career expectations and influences. A quantitative study of final year dental students' views on their long-term career from one London Dental School *BMC Oral Health* 2009; 9:35 .
- Garbin AJI, Garbin CAS, Tiano AVP, Carvalho ML, Fagundes ACG. Marketing on dentistry: the perception of client about dental service of private clinic. *Rev Odontol UNESP* 2008; 37(2): 197-202.
- Garcia, P. P. N. S.; Campos, J. A. D. B.; Oliveira, T. G. Critérios para escolha de cirurgião-dentista entre graduandos do Campus de Araraquara – UNESP. *Rev Odontol UNESP* 2009; 38(6): 347-55.
- Gergen, K. J. & Gergen, M. M. Social construction and psychological inquiry. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Orgs.), *Handbook of constructionist research* p. 171-188. New York: The Guilford Press; 2008
- Gibelman M. So how far have we come? Pestilent and persistent gender gap in pay. *Soc Work*. 2003 Jan;48(1):22-32.

- Gilligan, C. Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à vida adulta. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.
- Giovani A, Tamayo A. Masculine inventory of the self-concept's gender schemas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2003;19(3):249-59.
- Gorter RC, Bleeker JC, Freeman R. Dental nurses on perceived gender differences in their dentist's communication and interaction style. *Br Dent J*. 2006 Aug 12;201(3):159-64; quiz 72.
- Gorter RC, Freeman R. Dentist-assistant communication style: perceived gender differences in The Netherlands and Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Apr;33(2):131-40
- Graf LP, Diogo MF. Juvenile projections: occupational visions marked by gender. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2009;10(1):71-82.
- Gregoire TK, Kilty K, Richardson V. Gender and racial inequities in retirement resources. *J Women Aging*. 2002;14(3-4):25-39.
- Gürdal P, Cankaya H, Onem E, Dinçer S, Yılmaz T. Factors of patient satisfaction/dissatisfaction in a dental faculty outpatient clinic in Turkey. *Community Dent Oral Epidemiol* Dec 2000; 28(6): 461-9.
- Gurgel-Juarez, N. C., Sardinha S.C.S, Ambrosano G.M.B., Moreira R.W.F, Moraes M. Mulheres na cirurgia buco-maxilo-facial no Brasil: motivos de escolha, dificuldades encontradas e características do exercício da especialidade. *RGO* 2007; 55 (1):11-6.
- Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE.. Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008. *Rev Saude Publica* 2010; 44(3): 383-91.
- Henzi D, Davis E, Jasinevicius R, Hendricson W. North American dental students' perspectives about their clinical education. *J Dent Educ* Apr 2006; 70(4): 361-77.
- Hirata, H. Globalization and the Sexual Division of Labour. *Cadernos Pagu* 2002;17/18 :139-156.
- Hjalmsers, K. Good work for dentists--ideal and reality for female unpromoted general practice dentists in a region of Sweden. *Swed Dent J Suppl* 2006 a; 182: 10-136.
- Hjalmsers K, Soderfeldt B, Axtelius B. Moral values and career: factors shaping the image of healthy work for female dentists. *Acta Odontol Scand* Oct 2006b; 64(5):255-61.

Hojat M, Gonnella JS, Erdmann JB, Rattner SL, Veloski JJ, Glaser K, et al. Gender comparisons of income expectations in the USA at the beginning of medical school during the past 28 years. *Soc Sci Med*. 2000 Jun;50(11):1665-72.

Hopcraft MS Milford E Yapp K, Lim Y Tan V, Goh L Low CC, Phan T. Factors associated with the recruitment and retention of dentists in the public sector. *J Public Health Dent Spring* 2010;70 (2):131-9.

Inep. Resumo técnico - Censo da educação superior de 2009. 2009. Disponível em:

< http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2009/resumo_tecnico2009.pdf

>. Acesso em: 16 de maio de 2011.

IBGE. Synthesis of social indicators - An analysis of living conditions of the population - 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2008.

IBGE. National Survey by Household Sampling: synthesis of the indicators. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2007 [18 de maio de 2011];

Available from:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm>.

Jones K. Mission drift in qualitative research, or moving toward a systematic review of qualitative studies, moving back to a more systematic narrative review. *Qualit Report*. 2004;9(1):95-112.

Katrova L. G. Gender impact on the socioprofessional identification of women dentists in Bulgaria. *J Dent Educ Jul* 2004; 68(7) Suppl:19-22.

Kelsey WP 3rd, Kimmes NS, Williams DE, Ogunleye AO, Ault JT, Barkmeier WW. Gender-based differences in satisfaction with academic preparation and practice experiences *J Dent Educ* 2009 Apr; 73(4): 464-70.

Kovalik A. C. Martins A. S. Germiniani I. S. Schmidt, L. M. Publ. Humanistic education in dentistry courses. *Biol. Saúde* 2010 jan/jun; 16 (1): 43-47.

Laskin, D. M. Closing the gender gap. *J Oral Maxillofac Surg* 2001 Feb; 59(2):127.

Lemos CG Bueno JMH Balão SMS Silva LB Silva PL. Professional career and relationships of gender: a comparative study in undergraduate students. *Boletim de Psicologia*. 2005;55(123):129-48.

- Lobato CRPS, Koller SH. Vocational maturity and gender: adaptation and use of the brazilian professional development inventory. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2003;4(1):57-69.
- Losada BL Rocha-Coutinho ML. Women who run small enterprises: redefining the importance of professional activity. *Psicologia em Estudo*. 2007;12(3):493-502.
- Luzzi L. Spencer A.J., Jones K., Teusner D.. Job satisfaction of registered dental practitioners. *Aust Dent J* 2005 Sep; 50 (3): 179-85.
- Macêdo GSW, Macedo KB. Gender relations into organizacional context: male and female discourses rPOT. 2004;4(1):61-90.
- Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001 Aug 11;358(9280):483-8.
- MEC. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília: Conselho Nacional de Educação - Câmara de Educação Superior 2002.
- Minayo M. C. S. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Moimaz SAS, Saliba NA, Blanco MRB. A força do trabalho feminino na odontologia, em Araçatuba - SP. *J Appl Oral Sci* 2003; 11 (4):301-5.
- Morita S. A. S.; Haddad, A. E.; Araujo, M. E. Perfil atual e tendências do cirurgião dentista brasileiro. Maringá: Dental Press International, 2010.
- Moyses S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia *Revista da ABENO* 2004; 4 (1):30-7.
- Murray J. J. Better opportunities for women dentists: a review of the contribution of women dentists to the workforce. *Br Dent J* 2002 Feb; 192 (4): 191-6.
- Naidoo S. Women in dentistry in South Africa: a survey of their experiences and opinions. *SADJ* 2005 Aug;60 (7): 284, 286.
- Narvaz M.G. Koller S.H. Families and patriarchy: from normative prescription to creative subversion. *Psicologia & Sociedade* 2006 jan/abr; 18 (1): 49-55.
- Nash, D. A. Ethics, empathy, and the education of dentists. *J Dent Educ* 2010 Jun; 74(6):567-78.
- Newton, J. T. Thorogood, N. Gibbons, D. E. A study of the career development of male and female dental practitioners. *Br Dent J* 2000 Jan; 188 (2):90-4.
- Newton J. T. Thorogood, N. Gibbons, D. E. The work patterns of male and female dental practitioners in the United Kingdom. *Int Dent J* 2000 Apr; 50 (2): 61-8.

- Nunes M. F. Leles, C. R. Gonçalves M. M. Gênero e escolha por especialidades odontológicas: estudo com egressos de uma Universidade Pública Federal. *Rev Odontol Bras Central* 2010; 19 (49) :142-5.
- O'Sullivan EM. A national study on the attitudes of Irish dental faculty members to faculty development. *Eur J Dent Educ.* 2010 Feb;14(1):43-9.
- Padavic I, Reski B. *Women and men at work.* California: Sage Publications Inc.; 2002
- Popay J, Roberts H, Sowden A Petticrew M Arai L Rodgers M et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC methods programme. Lancaster: Institute for Health Research, Bowland Tower East Wing, Lancaster University; 2006; Available from: <http://www.lancs.ac.uk/shm/research/nssr/research/dissemination/publications.php>.
- Pope C., Mays N. *Pequisa qualitativa na atenção à saúde.* 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Probst E. R. A evolução da mulher no mercado de trabalho 2011. Disponível em: < <http://www.icpg.com.br/artigos/rev02-05.pdf> >. Acesso em: 18 de outubro de 2011.
- Rocha E. S. *Conhecimento e atitudes dos cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte em relação ao idoso.* 2006. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Odontologia da UFMG, Belo Horizonte.
- Roberts R, Brunner E, White I, Marmot M. Gender differences in occupational mobility and structure of employment in the British Civil Service. *Soc Sci Med.* 1993 Dec;37(12):1415-25.
- Rostami FBS, Ahmed A. E., Best A.M., Laskin, D.M. The changing personal professional characteristics of women in oral and maxillofacial surgery. *J Oralmaxillofac Surg* 2010 Feb; 68 (2): 381-5.
- Ruddick S. *Maternal thinking.* Boston: Beacon Press; 1989.
- Saavedra L. Gender, diversity and conflict in the career development. In: Taveira MC, editor. *Vocational development throughout life: fundamentals, principles and guidelines.* Coimbra: Almedina; 2004. p. 83-93.
- Sánchez-Dagum M. L., Sánchez-de-sica, E. Hernando, L. M. Presencia femenina en la docencia de las carreras de odontología y medicina *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2006; 63 (2 Supl): 43-9.

- Santos VM. A carreira científica é igualmente competitiva para mulheres e homens? 2008 [cited 2011 15/05/2011]; Available from: <http://www.espacoacademico.com.br/080rea.htm>.
- Scarbecz M, Ross, J. A. Gender differences in first-year dental students' motivation to attend dental school. *J Dent Educ* 2002 Aug; 66 (8): 952-61.
- Schouten B. C., Eijkman, M. A., Hoogstraten J. Dentists' and patients' communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter. *Community Dent Health* 2003 Mar; 20 (1): 11-5.
- Shein VE. A global look at psychological barriers to women's progress in management. *Journal of Social Issues*. 2001;57(4):675-88.
- Spink MJP. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano, aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez; 2004
- Stewart FM, Drummond JR, Carson L, Theaker ED. Senior dental students' career intentions, work-life balance and retirement plans. *Br Dent J* 2007 Sep; 203(5): 257-63.
- Strey MN, Blanco DC, Wendling MI, Ruwer MP, Borges VR. Gender issues in career choice. In: Profissionais ABdO, editor. Anais, III Simpósio Brasileiro de Orientadores Profissionais. Canoas: Ulbra; 1987.
- Taveira MC, Nogueira C. Vocational development throughout life: fundamentals, principles and guidelines. In: Taveira MC, Nogueira C, editors. Gender studies and educational psychology: confrontation of theories and implications for vocational intervention. Coimbra: Almedina; 2004.
- Westbrook L. Qualitative research methods: A review of major stages, data analysis techniques, and quality controls. *Lib Inf Sci Res*. 2002;16(3):241-54. Victoroff, K Z; Hogan S. Students' perceptions of effective learning experiences in dental school: a qualitative study using a critical incident technique. *J Dent Educ* 2006 Feb;70(2): 24-32.
- Yamalík N. Dentist-patient relationship and quality care communication. *Int Dent J* 2005 Aug; 55(4): 254-6.
- Zoboli E. L. C. P. A redescoberta da ética do cuidado: foco e ênfase nas relações *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2004; 38 (1): 21-7 .

ANEXO 1- Parecer do CEP da PUCPR

ANEXO 2 – PCaTool

Instrumento de coleta de dados (PCATool – SB_usuario).

PCATool – USUÁRIOS**PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL-INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**NÚMERO DA ENTREVISTA: **QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS DA SAÚDE BUCAL NA APS**

ESTE QUESTIONÁRIO TEM POR OBJETIVO AVALIAR SUA EXPERIÊNCIA PRESENTE E/OU PASSADA NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL. OS DADOS COLETADOS PERMITIRÃO REALIZAR ESTUDOS PARA MELHORAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS AO(À) SR(A) E À POPULAÇÃO DA CIDADE. POR FAVOR, É EXTREMAMENTE IMPORTANTE QUE O QUESTIONÁRIO SEJA RESPONDIDO DA FORMA MAIS FIEL POSSÍVEL, EXPONDO SUA OPINIÃO ÀS QUESTÕES FORMULADAS SEM QUALQUER TEMOR. ALGUMAS QUESTÕES DIZEM RESPEITO AO (S) PROFISSIONAL (IS) DE ODONTOLOGIA QUE ATUALMENTE OU NO PASSADO ATENDERAM-NO; OUTRAS DIZEM RESPEITO NÃO SÓ AO PROFISSIONAL, MAS A TODA A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL, ISTO É, PROFISSIONAL, AUXILIARES, RECEPCIONISTAS, ENTRE OUTROS. AS QUESTÕES QUE PERGUNTAM SOBRE TODA A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL ESTARÃO IDENTIFICADAS COM A EXPRESSÃO “SEU SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL”. EM HIPÓTESE ALGUMA SUA IDENTIDADE SERÁ DIVULGADA, TANTO QUE NO FORMULÁRIO NÃO EXISTE QUALQUER FORMA DE IDENTIFICAÇÃO DO (A) SR (A).

FINALMENTE, ESCLARECEMOS QUE NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

ADAPTADO DE: STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, - THE JOHNS HOPKINS POPULATIONS CARE POLICY CENTER FOR THE UNDERSERVED POPULATIONS, NEW YORK, USA. CONTRIBUTION OF PRIMARY HEALTH CARE TO HEALTH SYSTEMS AND HEALTH. MILBANK Q, V. 83, N. 3, 2005. ORIGINALMENTE VALIDADO PARA MEDICINA, EM PORTUGUÊS, POR HARZHEIM, E. ET AL. CONSISTÊNCIA INTERNA E CONFIABILIDADE DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (PCATool-BRASIL) PARA SERVIÇOS DE SAÚDE INFANTIL. CAD. SAÚDE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, V. 22, N. 8, AUG.,

2006.

IA. INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

IA1. DATA DA APLICAÇÃO: // IA2. SETOR CENSITÁRIO: IA3. QUE TIPO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO NORMALMENTE UTILIZA: [1] PÚBLICO, POSTO DE SAÚDE; [2] OUTRO PÚBLICO; [3] CONSULTÓRIO PARTICULAR; [4] CONVÊNIO; [5] UNIVERSIDADE; [6] OUTROIA4. NOME DO POSTO DE SAÚDE QUE O(A) SR(A) NORMALMENTE USA: IA5. TIPO DE POSTO DE SAÚDE: [1] SAÚDE DA FAMÍLIA; [2] CONVENCIONAL, NÃO SAÚDE DA FAMÍLIAIA6. CIDADE: IA7. UF:

IA. CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

IA1. GÊNERO: [1] MASCULINO; [2] FEMININO IA2. ETNIA: [1] BRANCA; [2] NEGRA; [4] PARDA; [5] OUTRA.IA3. QUANTOS ANOS O(A) SR(A) ESTUDOU? IA4. QUANTAS PESSOAS VIVEM NA SUA CASA? IA5. QUAL A RENDA DA FAMÍLIA POR MÊS, EM MÉDIA? R\$..

Número da entrevista

7068624878

P. PRIMEIRO CONTATO – ACESSO

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / Não lembro
--	------------------	--------------------	--------------------	------------------	----------------------

POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.					
P1. SEU <i>SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL</i> ESTÁ ABERTO OU PODE ATENDÊ-LO AOS SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
P2. SEU <i>SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL</i> ESTÁ DISPONÍVEL PARA ATENDER TRABALHADORES QUE NÃO PODEM UTILIZÁ-LO ANTES DAS 19H00 ENTRE SEGUNDA E SEXTAS-FEIRAS?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
P3. QUANDO O SEU <i>SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL</i> ESTÁ ABERTO E O(A) SR(A) APRESENTA ALGUM PROBLEMA, AO PROCURÁ-LO É FÁCIL SER ATENDIDO NO MESMO DIA?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
P4. O(A) SR(A) VERIFICA ALGUM PROBLEMA PARA CHEGAR ATÉ O SEU <i>SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL</i> NO QUE SE REFERE A ALGUM DESTES ASPECTOS: DISTÂNCIA, DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO À PÉ OU PELO TRANSPORTE COLETIVO, RECEIO DE VIOLÊNCIA NO CAMINHO, ENTRE OUTRAS QUESTÕES?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
P5. A EQUIPE DO <i>SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL</i> ALGUMA VEZ INFORMOU O(A) SR(A) COMO PROCEDER QUANDO PRECISAR DE ATENDIMENTO E ELE ESTIVER FECHADO?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
P6. A EQUIPE DO <i>SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL</i> JÁ CONVERSOU COM O(A) SR(A) SOBRE A IMPORTÂNCIA DE PROCURÁ-LA EM PRIMEIRO LUGAR QUANDO PRECISAR, AO INVÉS DE BUSCAR OUTROS SERVIÇOS?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
P7. O(A) SR(A) PODERIA DIZER QUE SENTE QUE O <i>SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL</i> NORMALMENTE UTILIZADO É SEU, QUE ELE É UM DIREITO DE CIDADÃO(Ã) E QUE ESSE DIREITO É RESPEITADO?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
P8. ALGUMA VEZ O(A) SR(A) TEVE NECESSIDADE DE	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

PROCURAR O PRONTO-ATENDIMENTO NO SEU SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL (TRIAGEM, EMERGÊNCIA, ETC.)?					
P9. CASO A RESPOSTA ANTERIOR TENHA SIDO [4] OU [3], APÓS O ATENDIMENTO ELES SOLICITARAM QUE O(A) SR(A) RETORNASSE PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
P10. O SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL QUE O(A) SR(A) UTILIZA APRESENTA ADAPTAÇÕES PARA ATENDIMENTO A PESSOAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
P11. O(A) SR(A) CONSIDERA FÁCIL MARCAR CONSULTA COM O DENTISTA E TER ESTA CONSULTA AGENDADA NUM PERÍODO MENOR QUE 30 DIAS E SEM TER QUE RECORRER À TRIAGEM (EMERGÊNCIA, FILA, ETC.)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Número da entrevista:

L. ATENDIMENTO CONTINUADO / LONGITUDINALIDADE					
POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / Não lembro
L1. AO SER ATENDIDO EM SEU SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL O(A) SR(A) É TRATADO SEMPRE PELO MESMO DENTISTA?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
L2. AO TERMINAR O TRATAMENTO O DENTISTA QUE ATENDEU O(A) SR(A) MARCA SEU RETORNO PARA DEPOIS DE ALGUNS MESES E DIZ POR QUÊ É NECESSÁRIO RETORNAR NESSE	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<p>L3. O(A) SR(A) NORMALMENTE COMPREENDE AS EXPLICAÇÕES DO SEU DENTISTA SOBRE OS SEUS PROBLEMAS E POR QUÊ É NECESSÁRIO SEMPRE RETORNAR AO SERVIÇO?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>L4. A EQUIPE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL PERGUNTA E ANOTA NA SUA FICHA (PRONTUÁRIO) SE O(A) SR(A) TEM ALGUMA DIFICULDADE EM RETORNAR NO DIA E HORÁRIO MARCADO E QUAL A MELHOR OPÇÃO PARA O(A) SR(A)?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>L5. O(A) SR(A) ACHA QUE A EQUIPE DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL SE MOSTRA PREOCUPADA EM GARANTIR MAIOR FACILIDADE PARA O SEU RETORNO DE FORMA REGULAR?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>L6. O DENTISTA INSISTE QUE O(A) SR(A) RELATE PARA O AGENTE COMUNITÁRIO OU DIRETAMENTE PARA ELE SE HOUVER ALGUM PROBLEMA?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>L7. O(A) SR(A) ACREDITA QUE O DENTISTA E SUA EQUIPE CONHECEM "MUITO BEM" TODAS AS PESSOAS QUE VIVEM EM SUA CASA?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>L8. O(A) SR(A) JÁ FOI PERGUNTADO PELO DENTISTA OU PELA SUA EQUIPE QUANTAS PESSOAS VIVEM EM SUA CASA E QUEM SÃO ELAS?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>L9. O DENTISTA QUE NORMALMENTE ATENDE O(A) SR(A) PROCURA SABER QUAIS SÃO OS SEUS PRINCIPAIS PROBLEMAS, NÃO NECESSARIAMENTE DE SAÚDE?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>L10. ALGUMA VEZ O DENTISTA QUE NORMALMENTE ATENDE O(A) SR(A) DEDICOU TEMPO NECESSÁRIO PARA SABER SOBRE A SUA HISTÓRIA DE SAÚDE, GERAL E BUCAL, PRESENTE E PASSADA?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>L11. O DENTISTA QUE NORMALMENTE ATENDE O(A) SR(A) SABE QUAL O SEU TRABALHO OU</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>

EMPREGO, OU MESMO SE É APOSENTADO(A)?					
L12. SE O DENTISTA DA UNIDADE RECEITAR UM REMÉDIO QUE NÃO TENHA NA FARMÁCIA PÚBLICA, O(A) SR(A) FICARIA COM VERGONHA DE DIZER PARA ELE TROCAR O MESMO, POIS NÃO PODE COMPRÁ-LO?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
L13. O DENTISTA SE PREOCUPA EM SABER QUE PRODUTOS DE HIGIENE BUCAL/MEDICAMENTOS PARA PROBLEMAS DA BOCA E DENTES O(A) SR(A) POSSUI EM CASA E EXPLICA SE SÃO OU NÃO BENÉFICOS?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Número da entrevista: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
C. COORDENAÇÃO					
POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / Não lembro
C1. O DENTISTA PROCURA SABER SOBRE TODOS OS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS QUE O(A) SR(A) JÁ REALIZOU E, SE EM OUTROS LOCAIS, QUE LOCAL FOI ESSE E QUEM O(A) ATENDEU?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. SE O DENTISTA ENCAMINHOU O(A) SR(A) PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO ELE PROCUROU SABER, LOGO DEPOIS, COMO FOI O TRATAMENTO?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. CASO HAJA NECESSIDADE E O DENTISTA PRECISE ENCAMINHAR O(A) SR(A) PARA ESPECIALISTA EM TRATAMENTO DE CANAL DOS DENTES DE TRÁS (DENTES MOLARES) O(A) SR(A) TEM INTERESSE NESSE TIPO DE TRATAMENTO?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C4. CASO O DENTISTA TENHA ENCAMINHADO O(A) SR(A) PARA UM ESPECIALISTA, ELE ESCREVEU UMA CARTA, ALÉM DA FOLHA DE MARCAÇÃO DA CONSULTA, PARA SER ENTREGUE AO OUTRO PROFISSIONAL ESPECIALISTA?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5. CASO TENHA SIDO ATENDIDO POR ESPECIALISTA, ESTE PROFISSIONAL MANDOU ALGUMA CARTA COM INFORMAÇÕES SOBRE O SEU ATENDIMENTO PARA SER ENTREGUE AO DENTISTA QUE O(A) ENCAMINHOU PARA ELE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

3063624879

Número da entrevista:

I. INTEGRALIDADE					
POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / Não lembro
CLÍNICA SE O(A) SR(A) PRECISAR DE ALGUM DOS TRATAMENTOS ABAIXO ELES PODERÃO SER FEITOS NO SEU SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL?					

11. EXTRAÇÃO DENTÁRIA EM GERAL	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
12. EXTRAÇÃO DO DENTE DO SISO (3º MOLAR)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. TRATAMENTO DE DOENÇA PERIODONTAL (PIORRÉIA)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. TRATAMENTO DE QUALQUER CASO DE DOR NA REGIÃO DE BOCA OU FACE	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. RESTAURAÇÕES DENTÁRIA ("OBTURAÇÃO")	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. REMOÇÃO DE TÁRTARO	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
17. APLICAÇÃO DE FLÚOR E LIMPEZA DOS DENTES	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18. TRATAMENTO DE CANAL NOS DENTES DA FRENTE	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19. RADIOGRAFIAS DENTÁRIAS	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

I10. RETIRAR QUALQUER MEDICAMENTO RECEITADO PELO DENTISTA NA FARMÁCIA DO PRÓPRIO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL SEM QUALQUER CUSTO?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I11. O(A) SR(A) ACREDITA QUE SE TIVER UMA FORTE DOR DE DENTE SERÁ PRONTAMENTE ATENDIDO(A) QUANDO PROCURAR O SEU DENTISTA DA UNIDADE DE SAÚDE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I12. AO TÉRMINO DE SEU TRATAMENTO O(A) SR(A) RETORNA REGULARMENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL OU SOMENTE QUANDO SENTE ALGUMA NECESSIDADE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I13. AO TÉRMINO DO SEU TRATAMENTO O(A) SR(A) RETORNA AO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL APÓS UM PERÍODO QUE FOI ESTABELECIDO PELO DENTISTA DEVIDO À CONDIÇÃO DE SUA BOCA?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I14. O DENTISTA CONVERSA COM FREQUÊNCIA COM O(A) SR(A) SOBRE A IMPORTÂNCIA DO FLÚOR PARA A SAÚDE DOS DENTES DE ADULTOS E CRIANÇAS DA FAMÍLIA?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

7559624873

Número da entrevista: **I. INTEGRALIDADE - CONTINUAÇÃO**

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / Não lembro
POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.					

NÃO CLÍNICA					
NO SEU SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL O DENTISTA OU PESSOAS DA EQUIPE CONVERSAM <u>ROTINEIRAMENTE</u> COM O(A) SR(A) SOBRE AS QUESTÕES ABAIXO?					
I15. SOBRE A QUALIDADE DA ÁGUA CONSUMIDA NA RESIDÊNCIA (TORNEIRA, POÇO, FILTRADA, MINERAL, ETC.)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I16. SE O(A) SR(A) TEM EMPREGO, TRABALHO, SE É APOSENTADO(A) OU ESTÁ DESEMPREGADO(A)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I17. SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E A RELAÇÃO DA MESMA COM A SAÚDE	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I18. SOBRE QUANTOS ANOS DE ESTUDO O(A) SR(A) POSSUI	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I19. SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O CONSUMO DE ALCOOL E DOENÇAS RELACIONADAS AO MESMO	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I20. SOBRE O CONSUMO DE CIGARROS E DOENÇAS RELACIONADAS AO MESMO	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I21. SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PAZ E NÃO VIOLÊNCIA PARA UMA SOCIEDADE MELHOR E COM MAIS SEGURANÇA E SAÚDE	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I22. SOBRE A IMPORTÂNCIA DO USO DO CINTO DE SEGURANÇA PARA PREVENÇÃO DE TRAUMA E MORTE POR ACIDENTES	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

I23. SOBRE OS EXERCÍCIOS FÍSICOS E SUA RELAÇÃO COM UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I24. SOBRE A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE E PREVENÇÃO DA OBESIDADE PARA UMA SAÚDE MELHOR	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I25. SOBRE A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE REGULAR DA PRESSÃO ARTERIAL PARA PREVENIR DOENÇAS RELACIONADAS À MESMA	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I26. SOBRE A NECESSIDADE DE PROCURAR A EQUIPE DE SAÚDE NO CASO DE HAVER PESSOA DA FAMÍLIA QUE FAZ USO DE DROGAS ILÍCITAS COMO COCAÍNA, MACONHA, CRACK, ETC.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I27. SOBRE A NECESSIDADE DO(A) SR(A) FICAR ATENTO(A) À VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE, INFORMANDO COMO FAZER SE DESCONFIAR A MESMA ESTEJA OCORRENDO	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I28. SOBRE A EXISTÊNCIA DO CONSELHO DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA SUA PARTICIPAÇÃO NO MESMO	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

6446624877

Número da entrevista:

F. ENFOQUE FAMILIAR					
POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / Não lembro
F1. AS PESSOAS QUE RESIDEM NA MESMA CASA SÃO ACOMPANHADAS/TRATADAS PELO MESMO DENTISTA DO SERVIÇO DE SAÚDE	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

BUCAL?					
F2. O DENTISTA E A EQUIPE DE SAÚDE COSTUMAM PERGUNTAR SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE GERAL E BUCAL DE OUTRAS PESSOAS DA FAMÍLIA?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. O DENTISTA E A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL COSTUMAM CONVERSAR COM O(A) SR(A) SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE GENÉTICOS OU HEREDITÁRIOS QUE POSSAM AFETAR SUA SAÚDE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F4. O DENTISTA E A EQUIPE DE SAÚDE CONVERSAM OU JÁ CONVERSARAM COM O(A) SR(A) SOBRE A SITUAÇÃO ECONÔMICA DA FAMÍLIA E A RELAÇÃO DESTA COM A SAÚDE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5. O DENTISTA E A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL CONVERSAM OU JÁ CONVERSARAM COM O(A) SR(A) SOBRE O ESTILO DE VIDA DAS DIVERSAS PESSOAS DA FAMÍLIA E COMO ELE AFETA A SAÚDE DE CADA UM E DE TODA A FAMÍLIA? (ALIMENTAÇÃO, CIGARRO/ÁLCOOL, ESTRESSE, FALTA DE ATIVIDADE FÍSICA, ETC).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F6. O DENTISTA FAZ VISITAS À SUA RESIDÊNCIA PARA TRATAR DE ASSUNTOS RELACIONADOS À SAÚDE DA FAMÍLIA?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7. OUTRAS PESSOAS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL, ALÉM DO DENTISTA, FAZEM VISITA À SUA FAMÍLIA PARA TRATAR DE ASSUNTOS RELACIONADOS À SAÚDE DA FAMÍLIA?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8. O(A) SR(A) ACREDITA QUE O DENTISTA ENTENDE PROFUNDAMENTE SOBRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE DE TODAS AS PESSOAS DE SUA FAMÍLIA?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F9. A FAMÍLIA DO(A) SR(A) É CADASTRADA NA UNIDADE DE SAÚDE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F10. CASO POSITIVO PARA F10, O CADASTRO DA FAMÍLIA É ATUALIZADO PELO MENOS UMA VEZ AO ANO POR ALGUÉM DA EQUIPE DE SAÚDE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F11. DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO É COMUM O(A) SR(A) VERIFICAR QUE O DENTISTA OU A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL CONVERSAM COM A EQUIPE MÉDICA OU DE ENFERMAGEM SOBRE AS QUESTÕES DE SAÚDE DE SUA FAMÍLIA?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

9191621974

Número da entrevista:

F. ENFOQUE FAMILIAR - CONTINUAÇÃO

POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / Não lembro
F12. O(A) SR(A) CONHECE O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PELO NOME?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F13. O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE CONVERSA COM A FAMÍLIA, QUANDO COMPARECE À SUA RESIDÊNCIA, SOBRE QUESTÕES RELACIONADAS À SAÚDE BUCAL DO(A) SR(A) OU DOS FAMILIARES?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F14. O(A) SR(A) JÁ FOI CONVIDADO A COMPARECER À CLÍNICA ODONTOLÓGICA SEM TER SOLICITADO?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<p>F15. NA SUA FAMÍLIA EXISTE ALGUÉM QUE TENHA GRANDE NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DEVIDO ÀS CÁRIES, PROBLEMAS NA GENGIVA, FALTA DE DENTES, NECESSIDADE DE COLOCAR PRÓTESE, DOR DE DENTE, ETC.?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>F16. O(A) SR(A) ACREDITA QUE O DENTISTA DO POSTO DE SAÚDE OU A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL SAIBAM DO PROBLEMA DESSE(S) FAMILIAR(ES)?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>F17. O(A) SR(A) ACREDITA QUE SE COMPARECER NO POSTO DE SAÚDE SEU FAMILIAR TERÁ A CONSULTA MARCADA PARA FAZER O TRATAMENTO?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>F18. CASO ESSE FAMILIAR TENHA DOR O(A) SR(A) ACREDITA QUE O DENTISTA RECEITARÁ UM MEDICAMENTO E O ENCAMINHARÁ PARA ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA EM OUTRO LOCAL, POIS NA UNIDADE DE SAÚDE É MUITO DIFÍCIL AGENDAR TRATAMENTO?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>F19. O(A) SR(A) PODE DIZER QUE EXISTE UMA RELAÇÃO DE RESPEITO E CONFIANÇA ENTRE SUA FAMÍLIA E A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL DO POSTO DE SAÚDE?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>

7323624872I

Número da entrevista:

OC. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					
POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / Não lembro

OC1.O(A) SR(A) ACREDITA QUE A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL ATENDE ÀS NECESSIDADES DA MAIORIA DAS PESSOAS DA COMUNIDADE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
OC2. O(A) SR(A) ACREDITA QUE A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL NÃO ATENDE ÀS NECESSIDADES DA MAIORIA DAS PESSOAS DA COMUNIDADE, MAS SOMENTE DAQUELES QUE MAIS PRECISAM?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
OC3.É COMUM RECEBER FUNCIONÁRIOS DO POSTO DE SAÚDE PARA COLETAR INFORMAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE DE SUA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
OC4.O(A) SR(A) SABE SE EXISTE ALGUM GRUPO QUE SE REÚNE NO POSTO DE SAÚDE TODOS OS MESES PARA DISCUTIR A QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE E PROPOR MELHORIAS?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
OC5.CASO POSITIVO PARA O4, O(A) SR(A) PARTICIPA DAS REUNIÕES DESTE GRUPO?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
OC6.CASO POSITIVO PARA O5, O(A) SR(A) ACREDITA QUE SUAS SUGESTÕES SÃO DISCUTIDAS SERIAMENTE PELO GRUPO E ATÉ MESMO CONTRIBUEM PARA MELHORAR O SERVIÇO DE SAÚDE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
OC7.CASO NEGATIVO PARA O5, O(A) SR(A) ACREDITA QUE, SE PARTICIPASSE, SUAS OPINIÕES SERIAM BEM VISTAS PELOS FUNCIONÁRIOS E CHEFIA DA UNIDADE DE SAÚDE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
OC8.O(A) SR(A) COSTUMA ENCONTRAR OS	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

DENTISTAS E OUTRAS PESSOAS DA EQUIPE DE ODONTOLOGIA EM REUNIÕES, FESTAS, E OUTROS EVENTOS QUE ACONTECEM NA COMUNIDADE?	
OC9.O(A) SR(A) ACREDITA QUE O SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL ESTÁ ESTRUTURADO PARA RESOLVER A <u>MAIOR PARTE</u> DOS PROBLEMAS DE SAÚDE BUCAL DA COMUNIDADE (EM TORNO DE 8 A CADA 10 PROBLEMAS)?	4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>

8715624878

Número da entrevista:

K. COMPETÊNCIA CULTURAL					
POR FAVOR, INDIQUE A MELHOR OPÇÃO.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / Não lembro
K1. O(A) SR(A) ACREDITA QUE SUA COMUNIDADE POSSUI DIFERENTES GRUPOS CULTURAIS?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K2. CASO POSITIVO PARA K1, O(A) SR(A) ACREDITA QUE DIFERENTES GRUPOS NECESSITAM DE DIFERENTES FORMAS DE TRATAMENTO PELA EQUIPE DE SAÚDE?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K3. O(A) SR(A) ACHA QUE OS DENTISTAS E ESTÃO PREPARADOS PARA LIDAR COM ESTAS DIFERENÇAS?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K4. O(A) SR(A) ACREDITA EM MEIOS					
	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

<p>ALTERNATIVOS PARA TRATAR SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE (CHÁS, RAÍZES, SOLUÇÕES CASEIRAS, REZAS, BENZIMENTO, ENTRE OUTROS)?</p>	
<p>K5. CASO POSITIVO PARA K4, O(A) SR(A) ACHA QUE O DENTISTA DO POSTO DE SAÚDE ACEITARIA ESTAS FORMAS DE TRATAMENTO?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>K6. ALGUMA VEZ O(A) SR(A) PRESENCIOU OU OUVIU FALAR DE PESSOAS QUE SE SENTIRAM OFENDIDAS POR QUE O CONHECIMENTO QUE ELAS TINHAM SOBRE SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE E COMO TRATÁ-LOS NÃO FORAM RESPEITADOS PELO DENTISTA?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>K7. O(A) SR(A) JÁ PASSOU PELA SITUAÇÃO DO DENTISTA REPREENDÊ-LO(A) POR NÃO CUIDAR BEM DA SUA HIGIENE BUCAL, OU NÃO TOMAR O MEDICAMENTO CORRETAMENTE, OU NÃO RETORNAR À CONSULTA MARCADA, ETC.?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>K8. CASO [4] OU [3] PARA A RESPOSTA ANTERIOR É CORRETO DIZER QUE O DENTISTA NÃO ENTENDE BEM O QUE É OU NÃO IMPORTANTE PARA O(A) SR(A), ISTO É, QUAIS SÃO AS PRIORIDADES EM SUA VIDA?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>K9. O(A) SR(A) ACREDITA QUE O DENTISTA UTILIZA UMA LINGUAGEM ADEQUADA E QUE A COMUNICAÇÃO ENTRE VOCÊS SEJA BOA?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>K10. O(A) SR(A) PREFERE SER ATENDIDO POR DENTISTA DO MESMO SEXO QUE O SEU?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>
<p>K11. PARA IR AO DENTISTA É COMUM O(A) SR(A) UTILIZAR ROUPAS "MELHORES"?</p>	<p>4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">4887624874</p>