

Perfil e precarização do trabalho do Cirurgião-Dentista: dinâmicas nos setores privado e público

Carvalho, Cristiana Leite¹, Schlotfeldt, Pedro Guilherme Fortes², Girardi, Sábado Nicolau³, Warmling, Cristine Maria⁴

¹ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais- avenida dom José Gaspar 500, Coração Eucarístico Belo Horizonte/MG , +5531999551423. cristianalcarvalho@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia - Campus Saúde, Rua Ramiro Barcelos, 2492 - Porto Alegre/RS, Brasil, CEP 90035004, Telefone +55 51 99757-2728, pedrofschlotfeldt@gmail.com

³ Universidade Federal de Minas Gerais - Avenida Alfredo Balena 109, Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. +5531999971438. - sabadogirardi@gmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde Faculdade de Medicina – Campus Saúde, Rua Ramiro Barcelos, 2400 2º andar Porto Alegre/RS CEP: 90035003, Telefone: +55 51 3308-5599 e +55 51 991994058, crismwarm@gmail.com

Resumo

O objetivo principal do estudo é problematizar sobre a precarização do trabalho de cirurgiões-dentistas nos serviços privados e no Sistema Único de Saúde. São analisadas informações sobre monitoramento de emprego, remuneração e formação da força de trabalho produzidas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (ObservaRH/NESCON/UFMG). Os dados apresentados pelo estudo permitem distinguir que o perfil do mercado de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil apresenta-se hoje com as seguintes características: 1) aumento no fluxo de egressos de processos de formação de CDs; 2) estagnação do fluxo de emprego; 3) precarização dos vínculos de trabalho, 4) crescimento dos vínculos de trabalho temporário e autônomos, inclusive nos serviços públicos; 5) redução salarial.

Palavras Chaves Agrupamento de recursos humanos; Trabalho; Precarização; Saúde Bucal

1. Introdução

No contexto mundial de expansão da globalização, do neoliberalismo e das tecnologias da informatização, o trabalho vem se tornando cada vez mais flexibilizado e precário. As reformas ultraliberais têm sido acompanhadas de privatizações e de desregulação do trabalho. Na crise da sociedade moderna do pleno emprego, a centralidade da relação salarial perdeu força e disseminou o trabalho temporário, inseguro. A informalidade nas relações de trabalho, invadindo esferas e setores antes relativamente protegidos, inclusive o setor público e no campo das profissões liberais, um cenário que ainda se exacerbou com a pandemia da Covid-19 (ANTUNES, 2023).

No setor da saúde o trabalho também foi afetado por esse panorama, que vem ampliando vínculos informais de trabalho especialmente a partir dos anos 1990 (GIRARDI, 1996). A precarização do trabalho na saúde se constituiu como problema relevante, inicialmente no âmbito da contratação de profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF). O avanço nas contratações das equipes das ESFs nos municípios ocorreu de modo terceirizado, associado a contratos temporários e a diminuição ou estabilização de vínculos estatutários, ampliando situações de desproteção social do trabalhador (GIRARDI *et al.*, 2010). O trabalho precário na saúde está relacionado às formas de contratação terceirizada, modalidade de gestão de atividades secundárias realizadas por terceiros, que geram alta rotatividade, insatisfação profissional e comprometem a qualidade dos serviços de saúde (DRUCK, 2016).

Tratando-se do trabalho do cirurgião-dentista (CD), objeto de estudo do presente artigo, observa-se que o processo de precarização também vem se intensificando nos últimos anos, mas com características

singulares relacionadas a organização da profissão (BLEICHER, 2011; OLIVEIRA, 2016). A precarização do trabalho do CD ainda é um fenômeno pouco estudado e se estabelece também no escopo de como as relações de trabalho configuram historicamente a própria atividade do CD ou em quais estratégias a profissão tem adotado para buscar saídas para o cenário atual.

Como objetivo principal pretende-se problematizar a precarização do trabalho do CD nos serviços privados e no SUS por meio de informações sobre monitoramento de emprego, remuneração e formação da força de trabalho produzidas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (ObservaRH/NESCON/UFMG).

2. Metodologia

Trata-se de um estudo que aborda os sinais de mercado de trabalho de CDs brasileiros.

As seguintes fontes das informações foram usadas: Conselho Federal de Odontologia (CFO), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/MS) e Relação Anual de Informações Sociais (RAIS/MTE), CENSO/IBGE, INEP/MEC.

Analisaram-se: 1) dados de oferta de trabalhadores, analisando números de profissionais ativos, ocupados ou não e que potencialmente podem se (re)ocupar nos serviços de saúde bucal e 2) dados de demanda: números de postos de trabalho ocupados ou vagos oferecidos por empresas, instituições e governos. O período histórico das análises realizadas compreendeu entre as décadas de 2010 e 2020

Os dados empíricos foram analisados e fundamentaram a escrita na forma de ensaio, não meramente para um papel informacional, como uma experiência de repensar o presente no trabalho da profissão odontológica e seus caminhos possíveis (BONDÍA, 2004).

3. RESULTADOS

Informações obtidas no Censo do ano de 2010 permitem observar o panorama do perfil sociodemográfico que os CDs brasileiros apresentam: 57,7% de CDs são mulheres e 52,2% delas, com até 39 anos. Em relação ao grau de ocupação dos CDs na profissão, 77,4% afirmam estarem ocupados atuando na odontologia e apenas 10,1% relatam atuarem em outra profissão. Dos que estão ocupados com a odontologia, 69,4% a consideram como a atividade principal. No que se refere a jornada semanal de trabalho, 66,3% referem realizar 40 horas ou mais semanalmente. A análise das faixas de rendimentos profissionais confirma a extrema segmentação do perfil salarial dos CDs, 38,8% afirmam ganhar até cinco salários-mínimos, 40% entre cinco e dez salários-mínimos e apenas 20,2%, acima de dez salários-mínimos.

No ano de 2021, a população de CDs não cadastrados no CNES representou aproximadamente 62% dos CDs com registro ativo no CFO, em outras áreas de profissionais da saúde esse número diminuiu.

Um panorama de quantitativos de CDs brasileiros segundo diferentes bases de fontes de informação está descrito no Quadro 1. Observa-se CDs que não se encontram registrados no CNES ou que possuem vínculos informais, totalizam 53,61% da força de trabalho de CDs.

Quadro 1 –Perfil do mercado de trabalho segundo número de Cirurgiões-dentistas em estabelecimentos de saúde

Indicadores/Fonte	Nº Cirurgiões-Dentistas
CD em atividade CFO 2022	372.613

CD em Atividade 2022 (Censo/2010)	291.905
CD em Atividade 2022 (PNADC 3º/Trimestre 2022)	317.975
CD em estabelecimento de saúde (CNES 2022)	147.507
CD em estabelecimento de saúde SUS (CNES 2022)	74.204
CD empregados mercado de trabalho formal (RAIS 2021)	63.899
CD sem registro no CNES 2022 (PNADC 2022)	170.468

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG

Nas séries históricas de fluxos de formação, o número de egressos informa sobre a oferta de CDs. Até 2010 a curva de egressos permaneceu estável com um crescimento mais significativo começando a ocorrer a partir dos anos de 2013 e 2014.

Quanto às iniquidades de distribuição territoriais de CDs, apesar de os dados de oferta obtidos pelas informações do CFO afirmarem tendências já reconhecidas de crescimento de número de CDs em todas as regiões geográficas, mantém-se o parâmetro de diferenças macro-regionais, observando-se a concentração de maior de número de CDs na Região Sudeste. Segundo o Censo de 2010, a região sudeste possuía a concentração de 53,7% dos CDs brasileiros. Porém, nas análises quantitativas de distribuição regional de demanda de postos de trabalho, verificando números de CDs vinculados a serviços de saúde, os dados do CNES destacam maior variação de iniquidades considerando análises micro-regionais. Alguns estados possuem concentrações mais baixas de CDs por 1000 habitantes em relação a outros.

Sobre iniquidade de gênero pontua-se que essa desigualdade é presente no mercado de trabalho de modo similar ao encontrado no conjunto da economia brasileira e ela também se apresenta em relação aos CDs.

A distribuição da participação feminina na força de trabalho de CDs é de acima de 80% em quase todo o país, apesar da média nacional ser de 63%. Com exceção dos médicos que possuem uma participação maior de homens, todas as outras profissões são de maioria feminina.

Como resultados da implementação das políticas afirmativas no ensino superior pode-se observar que houve uma pequena redução da participação de brancos e amarelos nas categorias profissionais de saúde de maneira geral.

Quanto ao perfil de vínculos de trabalho de cirurgiões dentistas no SUS a comparação das taxas de incrementos dos vínculos de trabalho de CDs observadas independente das bases de trabalhadores analisadas (Tabela 1) segundo CNES, confirma a tendência de crescimento dos vínculos celetistas, temporários e autônomos em relação aos vínculos estatutários.

Tabela 1 - Distribuição do nº dos Cirurgiões-Dentistas em estabelecimentos de saúde segundo CNES, tipo de vínculo e incremento no período.

Tipo de Vínculo	jun. 2016		jun. 2022		Incremento
	N	%	N	%	
Estatutário	41.862	23,5	42.924	20,2	2,5
Empregado Público	8.599	4,8	7.486	3,5	-12,9
Celtista	6.546	3,7	11.279	6,3	72,3
Temporário	26.405	14,8	38.057	17,9	44,1
Autônomo*	86.118	48,4	107.249	50,5	24,5
Outros**	8.558	4,8	5.289	2,5	-38,2
Total	178.088	100	212.284	100	19,2

Fonte: EPSM/NESCON/FM/UFMG

*Autônomos: Pessoa Física; Pessoa Jurídica e Autônomos sem descrição.

**Outros: Comissionado; Cooperado; Bolsista; Residente; Estagiário; Informal e Outros vínculos empregatícios sem descrição.

3. DISCUSSÃO

Conforme demonstram os resultados dos estudos de monitoramento apresentados, a demanda por vínculos formais de trabalho para CDs ainda é baixa em relação à oferta, aproximadamente 39.5 % dos CDs com registro ativo no CFO aparecem no CNES. Os CDs não cadastrados no CNES são profissionais mais sujeitos a vivenciar situações de informalidade no trabalho.

Tradicionalmente no perfil da profissão de odontologia, a maior parte dos serviços acontecem no setor privado, com CDs trabalhando na informalidade e com alta segmentação de faixas salariais. O que se verifica é que o alto nível de informalidade dos vínculos da força de trabalho de CDs torna difícil a captação de informações sobre o trabalho tendo em vista a escassez de registros oficiais.

A economia liberal pressupõe que o vínculo autônomo de trabalho se caracteriza pela posse dos meios de produção, da clientela e da liberdade na fixação de honorários. Na sociologia das profissões, a autonomia é uma categoria inerente ao processo da profissionalização e constitui-se como um dos elementos centrais que define a capacidade do monopólio da profissão (MACHADO, 1995; CARVALHO, 2006). A odontologia, assim como na teoria liberal, pressupõe que o ideal profissional do CD é sinônimo do trabalho autônomo e esse ideal de certa forma foi fortalecido no modelo e percurso da história da profissão (WARMLING, 2009).

O CD liberal, privatista e autônomo caracteriza-se por possuir consultório próprio para exercer atividades como profissional sem vínculo empregatício associado à subordinação ao trabalho e, dessa forma, é considerado independente para se organizar, exercer suas funções e ser responsável pelos seus resultados financeiros (PAIXÃO, 1979). O modelo privado de prática odontológica é simbólico para o CD e caracteriza-se como um trabalho em que o controle sobre a prática, conhecimentos e habilidades é do próprio CD, porém a prática liberal cotidiana do CD apresenta-se a cada dia com mais restrições e limitações desse modelo ideal de autonomia do trabalho odontológico (FREITAS, 2007). A prática liberal enquanto modelo de inserção do trabalho do CD no mercado privado tem se modificado e flexibilizado, evidenciando-se no exercício da profissão situações de perda da autonomia. Na atualidade o perfil de trabalho privado do CD se caracteriza por práticas e relações de trabalho extremamente segmentadas, apresentando desde CDs bem remunerados que atuam de modo liberal privatista clássico nos próprios consultórios isolados, passando por CDs vinculados a convênios e planos de saúde, até CDs que trabalham como diaristas ou por porcentagem nas clínicas populares, que sequer conhecem quem os contrata, que necessariamente não será um outro CD (BLEICHER, 2011).

O modelo liberal de prática odontológica se caracteriza pela articulação entre a informalidade e a precarização no trabalho: 1) nas subcontratações das clínicas odontológicas privadas, que oferecem pagamentos ao CD de acordo com períodos de trabalho ou de acordo com valores percentuais pré-fixados de faturamento da produção na clínica odontológica; 2) na denominada *pejotização*, ou a contratação de serviços de pessoas físicas realizada por meio de pessoa jurídica, na tentativa de disfarçar eventuais relações de emprego que evidentemente seriam existentes e burlando direitos trabalhistas (BLEICHER, 2011); 3) no trabalho para planos privados odontológicos como alternativa para aumentar a renda e atrair clientela, em que o CD assume as regras impostas das operadoras para o trabalho a ser executado, com perda na liberdade da decisão e limitação aos procedimentos menos onerosos e mais lucrativos para as operadoras (NEUMANN, FINKLER, CAETANO, 2017; MORAES *et al.*, 2019). As operadoras de planos de saúde fazem “a intermediação entre profissional e paciente o que modifica substancialmente a prática liberal” (GOMES; RAMOS, 2015, p. 288).

A precarização do trabalho é um fenômeno que se estabelece a partir de um amplo contexto mundial de reestruturação produtiva e de reformas no mundo do trabalho (ANTUNES, 2023; GIRARDI, *et al* 2010). No sentido mais abrangente, o trabalho precário pode ser definido como uma relação trabalhista que se estabelece de maneira incerta, imprevisível e arriscada. Caracteriza-se como um processo de perda de

qualidade de trabalho, com redução dos rendimentos e instabilidade nos postos de trabalho (KALLEBERG, 2009). Processos de precarização do trabalho se estabelecem mediante a ausência das principais seguridades que um trabalho formal deveria oferecer e colocam o trabalhador em situações de perda de direitos sociais.

De um modo geral, um vínculo de trabalho típico ocorre por meio de uma relação salarial com cobertura jurídico-legal e o exercício do trabalho é realizado de forma subordinada a um empregador, por tempo indeterminado e com proteção social trabalhista e previdenciária. Por outro lado, o trabalho atípico se caracteriza pelo distanciamento das formalidades legais presentes nas relações trabalhistas formais, as quais definem o trabalho típico, tais como, contrato assalariado e regulamentado por tempo determinado (NOGUEIRA, CARVALHO, 2021). O trabalho precário, por sua vez, constitui-se como uma multiplicidade de realidades laborativas que produzem “[...] trabalho incerto, imprevisível e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelos trabalhadores, e não pelos seus empregadores ou pelo governo (KALLEBERG, 2009 p. 21)”. Isto não significa dizer, no entanto, que a simples formalização do emprego é sinônimo da ausência de precariedade. Pode haver, de fato, emprego formal precário, mas, sem dúvida, a formalização, como processo, é um importante sinal de desprecarização e indicador de trabalho decente (NOGUEIRA, CARVALHO, 2021).

Em uma concepção ampliada, compreendida como precariedade subjetiva, a precarização no trabalho também pode ser identificada em situações de vínculos estáveis de trabalho, associada a demandas exorbitantes no trabalho e que exigem do trabalhador esforços constantes (físicos ou morais) para cumprir objetivos traçados e a sensação de não dominar o próprio trabalho (LINHART, 2009). A precarização deve ser compreendida como um fenômeno que não trata apenas da pauperização das características individuais do trabalho, mas “tende a corroer a capacidade organizativa dos trabalhadores, pois acirra a concorrência entre eles, sob o discurso da empregabilidade (BLEICHER, 2011, p. 249)”.

Por outro lado, analisando os vínculos públicos de trabalho do CD no SUS, apesar do esforço que tem representado a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) na ampliação do acesso universal à saúde bucal, o que se verifica é que a população que necessita do SUS ainda é maior do que aquela para a qual os CDs do SUS prestam assistência odontológica ou daquela a qual possui condições de pagar pelos serviços odontológicos privados. São fatos que demonstram que ainda há escassez de serviços públicos odontológicos no Brasil. Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) trazem evidências sobre as necessidades de investimento na expansão do acesso à saúde bucal pelo SUS. No ano de 2013, apenas 19,6% da população brasileira havia utilizado os serviços de saúde bucal nas unidades básicas de saúde e 74,3% da população havia utilizado os serviços de consultórios privados e no ano de 2019 esse dado não se modificou. Os dados demonstram que o acesso aos serviços de saúde bucal não mudou muito nesse intervalo de seis anos (PNAD/IBGE, 2013; 2019).

A precarização do trabalho no SUS vem se aprofundando, frente à incorporação de preceitos neoliberais (gestão terceirizada e contratos temporários), perante artifícios que privilegiam ajustes fiscais do Estado brasileiro e resultam no desfinanciamento das políticas públicas e ainda com o agravamento ético que representou recente crise sanitária da pandemia de Covid-19. O que se verifica é que com a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal, no ano 2000, que possuía como foco principal o controle dos gastos públicos, ocorreu a redução de concursos públicos e a expansão da terceirização da gestão na esfera pública. Novas modalidades de gestão dos serviços públicos foram criadas ou ampliadas, tais como, concessão, permissão, parcerias, cooperativas, organizações não governamentais (ONG) e Organizações Sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) (DRUCK, 2016). O processo de terceirização ocorreu de maneira ampla e desordenada, sem a apresentação de base teórica que comprovasse vantagens na transferência da gestão para o meio privado. No setor de trabalho na saúde com as contratações realizadas por meio de OSs a terceirização se intensificou. Em muitos casos, por trás dessas organizações estavam presentes instituições privadas com fins lucrativos que realizavam o intermédio da contratação precária de trabalhadores, sem haver investimento, pois já encontravam os locais devidamente equipados e

prontos para funcionamento. Além disso, vale ressaltar ainda a criação de OSs sem experiência na área, selecionadas pelo poder público, funcionando apenas como mediadoras na contratação de trabalhadores, ou “a terceirização da terceirização praticada pelo poder público (DRUCK, 2011, p. 26).

Apesar do regime de trabalho convencional do servidor público ser o estatutário, em que o regime jurídico é realizado por meio de um estatuto, que estabelece as normas, direitos e deveres a serem seguidos durante o exercício de suas funções e pressupõe benefícios, dentre eles a garantia de estabilidade após três anos de serviço, aposentadoria, adicionais e gratificações de carreira (BRASIL, 1990; BRASIL, 1988). O panorama, descrito da terceirização pavimentou a ampliação da contratação de cargos temporários na administração pública, que se configura por contratos de servidores por tempo determinado, e fundamenta-se na brecha legal da justificativa do atendimento de necessidades excepcionais e de interesse público, como por exemplo a assistência em situações de calamidade e emergências em saúde pública (BRASIL, 1988; BRASIL, 2017). Assim como, de vínculos celetistas, ou que seguem as regras da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), comumente associados a trabalhadores do setor privado, no entanto, as empresas públicas têm adotado o regime celetista para contratar parte de sua força de trabalho, especialmente em casos específicos, como empresas estatais que possuem uma maior flexibilidade na escolha do regime de contratação (BRASIL, 1943). Apesar do vínculo celetista manter a garantia de alguns benefícios e direitos importantes dos trabalhadores tais como o da estabilidade.

A precarização do trabalho no SUS vem se aprofundando, frente à incorporação de preceitos neoliberais (gestão terceirizada e contratos temporários), perante artifícios que privilegiam ajustes fiscais do Estado brasileiro e resultam no desfinanciamento das políticas públicas e ainda com o agravamento ético que representou recente crise sanitária da pandemia de Covid-19.

Outro problema estrutural no emprego da força de trabalho da odontologia no SUS e que contribui para agravar a desvalorização ou precarização do trabalho do cirurgião-dentista, se não estiver de fato na base dele, é um modelo de atenção no SUS extremamente centrado no cirurgião-dentista. Um modelo extremamente ineficaz e ineficiente. As informações descritas demonstram que CDs estão atuando no SUS como auxiliares e técnicos de nível médio e muitas vezes deixando de lado as ações que no escopo da sua responsabilidade poderiam de fato contribuir para controlar as doenças e reduzir as demandas de urgência e de procedimentos de maior complexidade. O CD do SUS possui 40% da sua produção atual na Atenção Primária à Saúde, que poderia ser legalmente realizada pelo TSB. Destacando-se que a remuneração do profissional dependerá, em certa medida, da complexidade do trabalho que executa e do tempo que ele dedica ao trabalho.

4. Considerações Finais

Os dados apresentados pelo estudo permitem distinguir que o perfil do mercado de trabalho de Cds no Brasil apresenta-se hoje com as seguintes características: 1) aumento no fluxo de egressos de processos de formação de CDs, 2) estagnação do fluxo de emprego, 3) precarização dos vínculos de trabalho, 4) crescimento dos vínculos de trabalho temporário e autônomos, inclusive nos serviços públicos com a pejotização, 5) redução salarial.

O planejamento das políticas públicas de saúde bucal precisam organizar-se a partir de análises de dimensionamento e projeção da força de trabalho no SUS no país.

Referências

Antunes, R. (2023). Icebergs à deriva: o trabalho nas plataformas digitais 1ª ed. Boitempo, São Paulo.

Bassani, J. C. B. (2010). Trabalho e Reconhecimento Análise das condições de trabalho e reconhecimento na clínica odontológica X, em Porto Alegre, em 2009. *Conversas e Controvérsias*, 1, 40-56.

Bleicher, L. (2011). Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador. Doutorado. UFBA. Salvador.

Carvalho, C. L. (2006). A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. *História Ciências Saúde-manguinhos*, 13, 55–76.

Druck, G. (2016). A Terceirização na Saúde Pública: Formas Diversas De Precarização Do Trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14.15-43.

Freitas, C. H. S. M. (2007). Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. *Interface*, 11.25–38.

Girardi, S. N. (1996). Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. *Divulg. Saúde Debate*, 14, 23-32.

Girardi, S. N. et al. (2010). O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Divulg. Saúde Debate*, 45, 11-23.

Gomes, D. et Ramos, F. R. S. (2015). O profissional da odontologia pós-reestruturação produtiva: ética, mercado de trabalho e saúde bucal coletiva. *Saúde e Sociedade*, 24, 285–297.

Grupo de Trabalho de Saúde Bucal. (2023). Desafios da força de trabalho odontológica no SUS. Vídeo Online. TV Bucaleiros, Youtube. Brasil.

Kalleberg, A. L. (2009). O crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Rev. Bras. Ciências Sociais*, 24, 21-30.

Larrosa, J. (2004). A Operação Ensaio: sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. *Educação & Realidade*, 29.

Linhart, D. (2009). Modernisation et précarisation de la vie au travail. *Papeles del CEIC, Int J Collect Identity Res*, 1.

Machado, M. H. et al. (1995). Notas sobre a profissionalização da odontologia. Fiocruz, Rio de Janeiro.

Moraes, D. de et al. (2019). Precarização do trabalho odontológico na saúde suplementar: uma análise bioética. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 705-714.

Neumann D. G. et al. (2017). Relações e conflitos no âmbito da saúde: Suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos. *Physis*, 27, 453-474.

Nogueira, M. O. et Carvalho, S. S. (2021). Trabalho precário e informalidade: Desprecarizando suas relações conceituais e esquemas analíticos. *Texto para Discussão*, No. 2707, IPEA, Brasília.

Oliveira R. S. et Morais H. M. M. (2016). Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da política nacional de saúde bucal. *Trab Educ Saúde*, 14, 119-37.

Paixão, H. H. (1979). A odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitário-profissional do cirurgião-dentista. Mestrado em Educação. UFMG. Belo Horizonte.

Parlamento Brasileiro. (1988). Artigo 37, IX. Constituição Federativa do Brasil de 1988. Governo Brasileiro, Brasília.

Presidência da República, Casa Civil. (1993). Decreto-Lei nº5.452, de 1 de maio de 1943: Dispõe sobre a Consolidação das Leis do Trabalho. Governo Brasileiro, Brasília.

Presidência da República, Casa Civil. (1990). Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990: Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos. Governo Brasileiro, Brasília.

Presidência da República, Secretaria-Geral. (2017). Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017: Dispõe sobre a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Governo Brasileiro, Brasília.

Warmling, C. M. et al. (2012). Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 19, 181–195.