

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO**

**INFLUÊNCIA DE ELEMENTOS DA APRESENTAÇÃO  
PESSOAL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA RELAÇÃO  
DE ESCOLHA DO PROFISSIONAL PELO PACIENTE**

**CAMARA GIBE – PE  
2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PIERRE ANDRADE PEREIRA DE OLIVEIRA**

**INFLUÊNCIA DE ELEMENTOS DA APRESENTAÇÃO PESSOAL DO  
CIRURGIÃO-DENTISTA NA RELAÇÃO DE ESCOLHA DO  
PROFISSIONAL PELO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE) como requisito final para obtenção do título de Mestre em Odontologia (Área de Concentração: Saúde Coletiva).

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Helena A. de Souza

Coorientadores:

Prof. Dr. Arnaldo de F. Caldas Jr.  
Prof. Dr. Nelson Rubens Mendes Loretto

**CAMARAGIBE – PE  
2008**

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca Prof. Guilherme Simões Gomes  
Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

O48i Oliveira, Pierre Andrade Pereira de

Influência de elementos da apresentação pessoal do Cirurgião- Dentista na relação de escolha do profissional pelo paciente/Pierre Andrade Pereira de Oliveira; orientadora: Eliane Helena Alvim de Souza; coorientador: Arnaldo de França Caldas Júnior; Nelson Rubens Mendes Loretto. - Camaragibe, 2008.

82f.+anexos: il. -

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Camaragibe, 2008.

1 TOMADA DE DECISÕES 2 ESTERÍOTIPO 3 RELAÇÃO DENTISTA-PACIENTE 4 CIRURGIÃO-DENTISTA 5 ODONTOLOGIA I Souza, Eliane Helena Alvim de (orient.) II Caldas Júnior, Arnaldo de França (coorient.) III Loretto, Nelson Rubens Mendes (coorient.) IV Título

D883  
Tony Macedo – CRB4/1567

**PIERRE ANDRADE PEREIRA DE OLIVEIRA**

**INFLUÊNCIA DE ELEMENTOS DA APRESENTAÇÃO PESSOAL DO  
CIRURGIÃO-DENTISTA NA RELAÇÃO DE ESCOLHA DO  
PROFISIONAL PELO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP-UPE) como requisito final para obtenção do título de Mestre em Odontologia (Área de Concentração: Saúde Coletiva), sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Helena Alvim de Souza.

Aprovada em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

**BANCA EXAMINADORA:**

\_\_\_\_\_  
Nome: SÉRGIO D'AVILA  
Título: Doutor em Odontologia (Saúde Coletiva)  
Instituição: UEPB

\_\_\_\_\_  
Nome: MARIA DO SOCORRO ORESTES CARDOSO  
Título: Doutor em Odontologia (Odontopediatria)  
Instituição: UPE

\_\_\_\_\_  
Nome: EVELYNE PESSOA SORIANO  
Título: Doutor em Odontologia (Saúde Coletiva)  
Instituição: UPE

## DEDICATÓRIA

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus amados pais Edilson e Francisca e ao meu irmão Edilson Filho. *Meus melhores e maiores presentes...*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por estar me dado a oportunidade de realizar mais um sonho, por ter me dado uma família maravilhosa, amigos primorosos e ter-me entregue nas mãos de orientadores admiráveis.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Helena Alvim de Souza, a qual guiou a orientação desse trabalho com presteza e dedicação incríveis, acolhendo-me na FOP não só como orientadora, mas com carinho de mãe.

Ao Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Junior, cuja humildade transpassa sua competência, obrigado por ter acreditado na minha capacidade e dado a oportunidade de fazer parte do seu grupo de trabalho.

Ao Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes, o qual me oportunizou acompanhar de perto a vida de um docente, não só no papel social de professor, mas também de um sábio conselheiro.

Ao Prof. Dr. Nelson Rubens Mendes Loretto, pela presteza de suas orientações, principalmente nos momentos que necessitávamos de agilidade. Seus ensinamentos e sua dedicação são exemplos a seguir na carreira acadêmica.

A todos os professores que me acompanharam durante as disciplinas do Mestrado, em especial aos que fazem parte do grupo de Saúde Coletiva (Prof<sup>a</sup>. Regina Maria Lopes, Prof<sup>a</sup>. Maria Luciane Loureiro Burichel e Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cecile Soriano), por terem contribuído com seus conhecimentos para nossa formação.

Ao Prof. Dr. Sérgio D'Ávila, não só por ter me estimulado a seguir a carreira acadêmica e acreditado na minha capacidade, mas também principalmente pela amizade e confiança. Que Deus permita estar ao seu lado lecionando.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rilva Suely, por ter sido a primeira a apostar no meu potencial, com um coração imenso, um exemplo de pessoa e professora.

Aos meus avós, em especial ao meu avô Gregório, que sempre batalhou na vida para formar seus filhos e hoje seus filhos podem formar os seus netos.

A todos meus familiares, os quais torceram por essa grande vitória, em especial a minha tia Dr<sup>a</sup> Maria da Guia, minha eterna incentivadora a seguir os caminhos da Odontologia.

Aos meus grandes amigos, os quais em nome de Kaline, Giuliane, Marcílio e Pierre, sempre me deram força e mesmo ausente, compreenderam e torceram por essa conquista.

Às amigas dentistas Keila Martha e Ana Marly, por compartilharmos sonhos juntos com a vida acadêmica.

Aos acadêmicos e orientandos de PIBIC Eric David, Olga Marques, Thiago Golin, Fabiana Gouveia, Marcus Paulo e Raoni Lima, que tiveram uma participação fundamental para conclusão deste trabalho e em especial a Pauliana Galvão, que sempre esteve ao meu lado, independente de dia ou hora, pronta pra ajudar no que fosse preciso.

Aos funcionários da FOP Berna, Mosquito, Luciano, Anderson, Marcilio e Rodrigo, pelos auxílios e presteza nos bastidores de uma pós-graduação.

Aos colegas do mestrado e doutorado que enriqueceram os debates sobre a saúde coletiva e em especial a Luiz Gutenberg e Eduardo Henriques por ter me dado força nos momentos mais difíceis dessa escalada.

À Rafaella Arcoverde (*in memoriam*) por ter me dado a oportunidade de caminharmos juntos por oito meses, tendo estes ficado marcados pelo resto de minha vida. Que este sonho concluído não seja apenas meu, mas nosso, como sempre comentávamos nos caminhos da FOP. Obrigado por ter feito parte de minha vida!

À Nayanna por ter sido a irmã que não tive, confidente e sempre pronta para apoiar meus projetos de vida.

Ao meu irmão Edilsinho, que juntos superamos todos os desafios que a vida preparou para nossa família e nem por isso deixamos de ser íntegros e de ter coragem de vencer.

A minha mãe Francisca, que nos momentos mais difíceis soube nos guiar com sabedoria e coragem.

Ao meu pai Edilson, por ser um eterno sonhador e com muita luta conseguiu atingir seus objetivos e conquistar seus sonhos.

A todos, meu muito obrigado!

“Tolerância é aceitar as diferenças, entender que nem todas as pessoas são como eu gostaria que fossem. Não posso mudá-las, mas posso mudar minha visão em relação a elas. Descobrir pelo menos uma qualidade em alguém é o primeiro passo para transformar a rejeição em aceitação.”

***Brahma Kumaris***

OLIVEIRA, Pierre Andrade Pereira de Oliveira. **Influência de elementos da apresentação pessoal do cirurgião-dentista na relação de escolha do profissional pelo paciente.** 2009. 82f+anexos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Universidade de Pernambuco.

## RESUMO

**Objetivo:** Investigar a influência de elementos da apresentação pessoal dos cirurgiões-dentistas no processo de escolha do profissional pelo paciente. **Metodologia:** Trata-se de um estudo analítico do tipo transversal realizado em locais públicos da cidade do Recife. A amostragem foi obtida pela técnica a esmo e o número amostral, através do cálculo para populações infinitas totalizando 432 entrevistados. O estudo utilizou cenário de casos, apresentando fotografias de quatro atores do sexo masculino, caracterizando cirurgiões-dentistas diferenciados por elementos de apresentação pessoal como: a utilização de tatuagem, *piercing*, cabelo longo e sem adornos, sendo mostrado pelo investigador no momento da coleta de dados. Os dados foram lançados na planilha eletrônica do *Statiscal Package for Social Science* (SPSS) e a análise estatística de correlação foi feita através do teste Qui-Quadrado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco. **Resultados:** A maioria da amostra preferiu ser atendida por profissional que não fazia uso de adornos (59,6%), seguida pelo com uso de *piercing* (16,2%), cabelo longo (14,4%) e tatuagem (9,8%), existindo relação estatisticamente significativa com as variáveis sexo, escolaridade e religião dos entrevistados. Já com relação ao cirurgião-dentista pelo qual o entrevistado não gostaria de ser atendido, 56,2% afirmaram ser o profissional com uso de tatuagem, seguidos por 19,6% ao que fazia uso do cabelo longo, 15,3% com uso de *piercing* e apenas 8,9% não gostariam de ser atendidos pelo profissional sem adornos, existindo relação estatisticamente significativa com a variável religião do entrevistado. **Conclusões:** Os elementos de apresentação pessoal estudados influenciam na relação de escolha do cirurgião-dentista pelos pacientes.

Descritores: Tomada de decisões, Estereótipo, Odontologia

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the influence of dentist's elements of personal presentation in the decision-making process of the professional by the patient. **Study design:** Transversal Analytic Study made in public locations in the city of Recife, the sample was obtained by the at random technique and the sample number, using the infinite population setting was of 432 interviewee. The study used case scenario, presenting pictures of four male actors, characterizing dentists with different elements of personal presentation like: tattoos, piercings, long hair and without ornaments, being showed by the researcher at the moment of the data collection. The data was inserted at the electronic data center of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) and the statistical analysis of correlation was made using the chi-square statistic. The study was approved by the ethics committee of the Universidade de Pernambuco. **Results:** Most of the sample preferred to be attended by the professional who didn't had ornaments (59,6%), followed by the ones who had piercings (16,2%), long hair (14,4%) and tattoos (9,8%), existing statistical significance with the variables sex, scholarliness and religion of the interviewees. Regarding the dentists which the interviewee didn't want to be treated , 56,2% declared to be the ones with tattoos, followed by 19,6% for the ones with long hair, 15,3% for the ones with piercings and only 8,9% didn't want to be treated by the ones without ornaments, existing statistical significance with the variable religion of the interviewee. **Conclusion:** The elements of personal presentation studied influence the relation of dentist choice by the patients.

Descriptors: Decision making, Stereotype, Dentistry

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados segundo as variáveis sexo, faixa etária, estado marital e cor da pele, Recife-PE, Brasil, 2008.....	50
Tabela 2 – Distribuição dos entrevistados segundo as variáveis escolaridade, renda e religião, Recife-PE, Brasil, 2008.....	51
Tabela 3 – Distribuição dos entrevistados segundo as variáveis do uso pessoal de tatuagem, <i>piercing</i> e cabelo longo, Recife-PE, Brasil, 2008.....	52
Tabela 4 – Distribuição dos entrevistados segundo as variáveis: escolha do cirurgião-dentista para atendimento e escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido, Recife - PE, Brasil, 2008.....	53
Tabela 5 – Distribuição dos entrevistados segundo o motivo de escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.....	53
Tabela 6 – Distribuição dos entrevistados segundo o motivo de escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido, Recife-PE, Brasil, 2008.....	54
Tabela 7 – Distribuição dos entrevistados por sexo segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.....	54
Tabela 8 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.....	55
Tabela 9 – Distribuição dos entrevistados por estado marital segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.....	55
Tabela 10 – Distribuição dos entrevistados por raça segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.....	56
Tabela 11 – Distribuição dos entrevistados por escolaridade segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.....	56
Tabela 12 – Distribuição dos entrevistados por renda familiar segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.....	57
Tabela 13 – Distribuição dos entrevistados por religião segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.....	57
Tabela 14 – Distribuição dos entrevistados pelo uso pessoal de tatuagem e <i>piercing</i> segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.....	58

Tabela 15 – Distribuição dos entrevistados do sexo masculino pelo uso pessoal de cabelo longo ao escolher o cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.....	58
Tabela 16 – Distribuição dos entrevistados por sexo segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008.....	59
Tabela 17 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária segundo escolha do cirurgião -dentista pelo qual não gostariam de ser atendido, Recife-PE, Brasil, 2008.....	59
Tabela 18 – Distribuição dos entrevistados por estado marital segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008.....	60
Tabela 19 – Distribuição dos entrevistados por raça segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008.....	60
Tabela 20 – Distribuição dos entrevistados por escolaridade segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008.....	61
Tabela 21 – Distribuição dos entrevistados por renda familiar segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008.....	61
Tabela 22 – Distribuição dos entrevistados por religião segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008.....	62
Tabela 23 – Distribuição dos entrevistados pelo uso pessoal de tatuagem e <i>piercing</i> ao escolher o cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008.....	62
Tabela 24 – Distribuição dos entrevistados do sexo masculino pelo uso pessoal de cabelo longo ao escolher o cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008.....	63
Tabela 25 – Distribuição dos entrevistados pelo motivo de escolha do cirurgião-dentista para atendimento segundo profissional escolhido, Recife-PE, Brasil, 2008.....	64
Tabela 26 – Distribuição dos entrevistados pelo motivo de escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido segundo profissional escolhido, Recife-PE, Brasil, 2008.....	65

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REVISTA DA LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1	PRECONCEITO.....	18
2.2	ESTEREÓTIPO.....	23
2.3	DAS ORIGENS AO CONTEMPORÂNEO: TATUAGEM E <i>PIERCING</i> .....	26
2.4	TATUAGEM E <i>PIERCING</i> COMO OBJETO DE PRECONCEITO NO MERCADO DE TRABALHO.....	29
2.5	O PROCESSO DE ESCOLHA E A TOMADA DE DECISÃO.....	32
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>38</b>
3.1	GERAL.....	38
3.2	ESPECÍFICOS.....	38
3.3	HIPÓTESE.....	38
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>40</b>
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	40
4.2	LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	40
4.3	POPULAÇÃO A SER ESTUDADA.....	41
4.4	AMOSTRAGEM.....	41
4.5	TAMANHO DA AMOSTRA.....	41
4.6	COLETA DOS DADOS.....	42
4.7	ELENCO DE VARIÁVEIS.....	44
4.7.1	Variável Dependente.....	44
4.7.2	Variáveis Independentes.....	45
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	46
4.9	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	47
4.10	ESTUDO PILOTO.....	47
4.11	PLANO DE DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	47
4.11.1	Fase Descritiva.....	47
4.11.2	Fase Analítica.....	48
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>67</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>75</b>

**REFERÊNCIAS .....77**

- ANEXO A: Formulário de pesquisa
- ANEXO B: Cenário de caso
- ANEXO C: Termo de consentimento livre e esclarecido
- ANEXO D: Parecer do Comitê de Ética
- ANEXO E: Termo de doação de imagem

# *Introdução*

## 1 INTRODUÇÃO

Alguns cirurgiões-dentistas acreditam que se apenas fizerem um “trabalho de qualidade”, os pacientes retornarão aos seus consultórios. Creem que os clientes conseguem discernir o que é uma restauração bem feita, um implante de qualidade, se a técnica utilizada é a mais adequada, se o material é de boa qualidade ou se a esterilização foi eficaz; em suma, esquecem que os pacientes nem sempre conseguem julgá-los pela capacidade técnica. A primeira impressão da imagem do profissional é de extrema importância, pois atitudes não-clínicas influenciam a percepção dos pacientes e suas opiniões sobre o dentista (CASTRO, 1999).

A aparência corresponde a uma ação do indivíduo referente ao modo de se apresentar e de se representar socialmente. Engloba a maneira de vestir-se, pentear-se, ajeitar o rosto e cuidar do corpo, dentre as características pessoais, alterada conforme as circunstâncias e a personalidade do indivíduo. A apresentação física do ser passa a valer socialmente como se fosse a apresentação moral (GONÇALVES; AZEVEDO, 2007). É um elemento importante nas relações interpessoais, podendo influenciar positiva ou negativamente, além de provocar preconceitos.

O preconceito é um conjunto de atitudes conscientes ou inconscientes que provocam, favorecem ou justificam a discriminação, a partir de medidas referentes a um modo de comportamento observável, tendo como foco principal o estado de espírito correspondente a esta discriminação, realizado em um primeiro momento para proveito próprio e favorecimento individual para indivíduos ou grupos. Tem como característica não apenas a aversão, mas também o temor ou medo sem justificativa (ROSE, 1972).

O uso de tatuagem, *piercing* e cabelo longo pelo sexo masculino foi estereotipado pela sociedade, mesmo que de forma implícita, como adornos que remetem a marginalizados da sociedade e pessoas de má índole.

A associação feita entre esses elementos e sujeira pode ser vista como uma forma de reagir socialmente ante uma situação considerada perigosa, provocadora de desordem e de gerar um tipo de “anormalidade” do corpo, pois,

ao fazer uma modificação ou marca definitiva nele, está incidindo sobre o que se considera como seu ideal: sua forma “natural” (FONSECA, 2003).

Alterar o corpo, portanto, é gerar um desequilíbrio na ordem das coisas, uma ordem regida pelo pensamento religioso, de origem judaico-cristã que concebe a modificação corporal como uma profanação do corpo e da imagem de Deus (FALK, 1995). Assim, a tatuagem, como ato antinatural, é enquadrada dentro da categoria do impuro, associada a todos os valores negativos que a mesma contém. Essa concepção está diretamente relacionada com o tipo de uso e o estilo de vida que historicamente têm sido parte dessa prática no mundo ocidental: nos limbos sociais, na marginalidade, na malandragem, na rebeldia, no exótico, fora do convencional, nos excessos de estimulantes – álcool e todo tipo de drogas – os quais delineiam um perfil de desvio social e inclusive de doença mental (FONSECA, 2003).

Em função do exposto, esta pesquisa investigou se os elementos de apresentação pessoal como tatuagem, *piercing* e cabelo longo nos cirurgiões-dentistas influenciam na relação de escolha desse profissional pelo paciente.

*Revista da Literatura*

## 2 REVISTA DA LITERATURA

### 2.1 PRECONCEITO

A palavra preconceito, originada da aglutinação de pré (aquele que vem antes de) e conceito, é definida como:

1. *opinião (favorável ou desfavorável) formada antecipadamente, sem fundamento sério ou análise crítica;*
2. *juízo desfavorável sem razão objetiva;*
3. *sentimento hostil motivado por hábitos de juízo ou generalização apressadas; intolerância.*

(Dicionário da Língua Portuguesa, 2008)

Enquanto descritor da Biblioteca Virtual de Saúde preconceito é um julgamento preconcebido feito sem evidência adequada e não facilmente alterável por apresentação de evidência contrária. Ele pode ser uma ideia, opinião ou sentimento desfavorável formado, *a priori*, sem maior conhecimento, ponderação ou razão. (BVS, 2008)

Para Allport (1954) apud Lima; Vala (2004), o preconceito pode ser definido como *atitude hostil contra um indivíduo, simplesmente porque ele pertence a um grupo desvalorizado socialmente*, e por essa razão ser também uma atitude, sentimento ou parecer insensato, assumido em consequência da generalização expressa de uma experiência pessoal ou imposta pelo.

O preconceito existe desde a antiguidade greco-romana, o que mostra o enorme tempo de existência de tal problema e a sua não resolução até os dias atuais (SNOWDEN, 1995). Entretanto, desde a antiguidade greco-romana até os dias atuais, as sociedades avançaram muito em termos de direitos humanos e de estratégias de resolução dos conflitos intergrupais (LIMA; VALA, 2004).

Freud (1917) aborda o preconceito sob duas esferas: a primeira expressão seria um tipo de mecanismo de defesa inerente à construção do psiquismo, existindo como um alerta contra recalques que ameaçam os padrões estéticos; já a segunda forma de expressão seria uma atitude segregadora, surgida a partir das diferenças no padrão de referencial de valores, produzindo os mesmos recalques, estes atrelados aos ideais. Porém, outras visões podem ser relatadas acerca do preconceito, como veremos mais adiante.

Jones (1972) atribui o preconceito a uma atitude negativa baseada num processo de comparação social manifestada comportamentalmente como discriminação e definida a partir das relações sociais.

Goffman (1988) atrela o preconceito à categoria de estigma, sendo utilizado referente a um atributo profundamente depreciativo.

Smith; Mackie (1995) consideram o preconceito como uma atitude negativa dirigida aos membros de determinados grupos sociais, em função de sua pertença a este grupo. Já Fiske (1998) complementa ao atrelar componentes de ordem cognitiva (estereótipo), afetiva (sentimentos e avaliações negativas dirigidas) e comportamental (discriminação). Crochik (1997) refere ainda que o preconceito é mais relativo às necessidades do preconceituoso que às características dos seus objetos, evidenciando que este não é inerente às pessoas, mas também é introjetado nos valores, de forma inconsciente, dependente da reflexão dos indivíduos.

Partindo-se do pressuposto de que preconceito é uma apropriação distorcida da realidade, produzida sócio-histórica e subjetivamente nas múltiplas e complexas relações entre os homens, o preconceito se apresenta como uma construção enviesada do “outro”, sem bases em princípios reais, mas na configuração de uma relação na qual o sujeito e o objeto dessa relação estão dissociados e as determinações do sujeito frente ao objeto são autoritárias, unilaterais e não passíveis de serem transformadas por esse “outro”. Nesse tipo de relação, sujeito e objeto encontram-se cindindo, assim como o homem, suas relações sociais (MARTINS, 1998).

A Antropologia possui conceitos que definem preconceito como sendo uma “opinião não justificada, de um indivíduo ou grupo, favorável ou desfavorável, e que o leva a atuar de acordo com esta definição”. O preconceito gera a discriminação, que é o “tratamento desfavorável dado arbitrariamente a certas categorias de pessoas ou grupos, que pode ser exercido de forma individual ou coletiva, sobre um indivíduo ou um grupo de pessoas” (RODRIGUES, 2007).

Uma das causas do preconceito é o fato de que percebemos o mundo através das grades de nossa cultura, que pode ser assim definida: “conjunto de símbolos compartilhados pelos integrantes de determinado grupo social e que

lhes permite atribuir sentido ao mundo em que vivem e às suas ações”. Além disso, toda cultura é dinâmica, pois a pessoa humana está sempre interagindo com o mundo em que vive, criando e alterando seus símbolos. A cultura está ligada à história particular de cada grupo social e, portanto, não existe uma cultura “atrasada”, “primitiva”. Também não podemos pensar que haja estágios determinados pelos quais as culturas têm de passar, tal como as noções de cultura “primitiva” e “avançada”. Mesmo assim, tomamos por base nossa cultura para *parametrizar* as outras, ou seja: criamos preconceitos. As culturas estão em permanente transformação, buscando novas interpretações das novas realidades que se apresentam e, “ao passarem por transformações, continuam diferentes umas das outras” (TASSIANARI, 1995).

Ora, esse conjunto simbólico específico, que permeia todas as nossas ações, só faz sentido dentro do grupo social a que pertence. As explicações dos fenômenos que ocorrem no mundo são particulares desse grupo, de sua cultura; portanto, não podem ser generalizadas. Quando tomamos nossos pressupostos para entender ou julgar outra cultura, outro grupo, adotamos uma atitude etnocêntrica, preconceituosa. Como nos diz Grupioni (1995):

*Quase sempre, temos uma valorização positiva do nosso próprio grupo, aliado a um preconceito acrítico em favor do nosso grupo e uma visão distorcida e preconceituosa em relação aos demais. Precisamos, assim, perceber que somos uma cultura, um grupo, e mesmo uma nação, no meio de muitas outras.*

O Ministério da Educação reconhece que o Brasil possui uma enorme diversidade cultural, pregando que devemos conhecê-la e respeitá-la. Segundo os Parâmetros Curriculares Nacionais (1997), “as discriminações praticadas com base em diferenças ficam ocultas sob o manto de uma igualdade que não se efetiva”. (BRASIL, 1997) Nos objetivos gerais do volume “*Pluralidade cultural, orientação sexual*”, há a orientação de repudiar toda discriminação e valorizar o convívio na diferença, reconhecer que há sérias desigualdades sociais, mas que esta é uma realidade passível de mudanças (RODRIGUES, 2007).

O preconceito não é algo “natural”, o que tornaria seu combate inútil, e sim um comportamento aprendido. O preconceito é uma “tendência presente

em determinados agrupamentos humanos, mas não algo constitutivo da própria natureza humana” (GRUPIONI, 1995).

Concebido como apropriação distorcida da realidade, o preconceito projeta em outro ser humano, grupo ou sociedade, características não aceitas pelo sujeito do preconceito. O preconceito pode estar presente em ações, linguagem e atitudes dos indivíduos. Nas relações pautadas pelo preconceito, outro ser humano é colocado como mero objeto dessa relação, e não como sujeito ativo das relações sociais e constituição da subjetividade. Existem diversos fatores que propiciam o aparecimento e desenvolvimento do preconceito, por exemplo: relações dogmáticas, sem críticas, sem história e sem reflexão entre indivíduos; não identificação dos seres humanos com a humanidade; falta de igualdade de relações sociais e dificuldade de se lidar com fraquezas e imperfeições que são projetadas nos outros (MARTINS, 1998).

Em um mundo capitalista, baseado na propriedade privada, na alienação e no narcisismo, o preconceito aliena ambos, o sujeito e o objeto do preconceito, em uma relação estática. Exemplos de preconceitos são inúmeros na história da humanidade e oscilam desde a barbárie do holocausto até piadas e ditos populares que projetam características negativas em grupos minoritários. Nesse sentido, os indivíduos devem procurar compreender o preconceito e suas relações, em especial o psicólogo, que deve ser capaz de desenvolver tais discussões, refletindo e transformando as relações preconceituosas em relações mais humanas, éticas e igualitárias entre os homens. Por outro lado, preconceito não é sinônimo de pré-conceito. Esse último pode ser definido como juízo provisório que pode ser transformado após o contato e conhecimento de outro ser humano ou tema em questão. Assim, o pré-conceito pode se tornar preconceito, quando não há modificação no conceito previamente formado, mesmo após contato com outro grupo ou indivíduo (MARTINS, 1998).

Outra possibilidade de abordagem é como uma forma de relação intergrupual dispondo periféricamente as relações de poder entre grupos, que provocariam a formação ideológica de expressões de atitudes negativas,

depreciativas, hostis e discriminatórias em relação a grupos minoritários (LACERDA *et al.*, 2002).

Para Bandeira; Batista (2002), trata-se de uma forma arbitrária de pensar e de agir, no sentido de que é exercido como uma forma racionalizada de controle social que serve para manter as distâncias e as diferenças sociais entre um sujeito e outro ou o/um grupo. Tal forma de pensar acarreta práticas e atribuições arbitrárias, destacando os traços de inferioridade, baseados em argumentos que pouco têm a ver com o comportamento real das pessoas que são objetos da discriminação.

O preconceito caracteriza-se pelo conteúdo de uma atitude interior (interna) de um sujeito que viola os atributos e os qualificativos em relação ao outro sujeito, estabelecendo o funcionamento cognitivo e os contatos perceptivos de forma equivocada, cindida e traumática; portanto, questionando ou derrotando as capacidades e os recursos simbólicos do outro (TAUSSIG, 1999).

Os componentes desta atitude seriam cognitivos – a partir da generalização de categorias – e disposicionais – baseando na hostilidade –, podendo ser este conceito expandido a partir da agregação da negação de emoções positivas e acentuação das diferenças culturais (JONES, 1972; PETTIGREW; MEERTENS, 1995).

Segundo Reis (2000), em muitos casos é o preconceito um fator gerador da discriminação, da desigualdade excludente e do ordenamento moral da sociedade, negando uma “ética de igualdade” ou de reciprocidade.

Por mais que se tente relacionar, juntar e combinar os vários aspectos para definir o preconceito, incorre-se no risco de não captar todos os sentidos que os indivíduos empregam ao construto, uma vez que suas definições diferem amplamente na intensidade e no modo de expressão (VASCONCELOS *et al.*, 2004).

No Brasil, desde a outorgação da Constituição de 1988, é “objetivo fundamental da República Federativa do Brasil: [...] III – promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.” (Capítulo I, Art. 3º)

Pelo fato de o preconceito ser moralmente condenado e a discriminação ser juridicamente sujeita à punição, suas manifestações tornaram-se cada vez mais sutis, disfarçadas, o que dificulta reunir provas que tenham validade jurídica. Sendo assim, muitas discriminações acabam se tornando normatizações e algumas já se afirmam como regras, como por exemplo, a exigência de “boa aparência” para ingressar no mundo do trabalho (BANDEIRA; BATISTA, 2002).

## 2.2 ESTEREÓTIPO

A etimologia da palavra “estereótipo”, segundo Simões (1985), é originário da tipografia e significa uma placa de caracteres fixos forjada em metal, cuja finalidade é a impressão em série. No entanto, adquire uma ressignificação psicossocial, aludindo a uma matriz similar à tipográfica, no entanto, forjada de sentimentos, opiniões, atitudes e reações de indivíduos ou grupos, permeado de rigidez e homogeneidade, sendo produtos de pertinência. Conclui ainda que estes possam ter caráter abusivo (devido à aplicação uniforme e indistinta a todos os membros do grupo, admitindo raras exceções), extremo (quando são superlativadas) e mais frequentemente negativas que positivas.

O conceito mais aceito de estereótipo, advém de Lippman (1922). Este consistiria em uma imagem fixa, rígida e simplificada do mundo, originada de generalizações, nem sempre exatas, corretas ou verídicas, sobre um grupo ou categoria de indivíduos, objetivando satisfazer a necessidade de visualizar o mundo mais compreensivelmente. O processo de estereotipação seria considerado “normal” e “inevitável”, inerente à forma de processamento da informação. Entretanto, não desacreditou a possibilidade de mudança destes paradigmas e evidenciou o caráter criativo da mente humana.

Os estereótipos seriam caracterizados como opiniões falsas ou ideias deformadas, inexatas, sem fundamentos, sobre as pessoas ou grupos, podendo servir também como causa de preconceito. A generalização de características físicas ou culturais pode ser, para o grupo, próprias de um indivíduo, e a partir disso, estereotipa-se o grupo todo. Outra forma de se

observar este conceito é como a depreciação ou apreciação de um grupo por características generalizantes em função de interesses de outro grupo. O surgimento do estereótipo advém principalmente do desconhecimento de fatos no sentido de que se costuma tomar, no caso dos preconceitos, crenças e mitos sem fundamentação científica e noções científicas deturpadas, falsas, como base para se considerar um grupo ou um indivíduo (ROSE, 1972).

Atkinson; Atkinson; Hilgard (1983) conceituaram o estereótipo como um aglomerado de conhecimentos referentes a caracteres da personalidade ou de atributos físicos que é presumido como verídico para um grupo ou classe de pessoas.

Já para Tajfel (1982), os estereótipos podem ser compreendidos apenas como um sistema de valores, no qual os próprios indivíduos se caracterizam e caracterizam outros com os quais de alguma forma se relaciona, de forma a procurar uma autoimagem positiva, não importando se desta forma fazem-se necessários atos que denigrem os outros. Myers (2000) define-os como convicções sobre o outro grupo, podendo ser acuradas, descuradas e supergeneralizadas.

Atualmente, os estereótipos podem ser definidos como crenças acerca de atributos de um grupo, a partir de informações destes atributos e do grau de compartilhamento dos mesmos (PEREIRA, 2002).

Genericamente, o estereótipo não passa de uma crença, sendo um produto de determinados processos cognitivos, envolvendo mecanismos de entradas e processamento de dados, aliados a processos não perceptuais, como a representação do conhecimento, atenção e memória (FIALHO, 2003).

Distinguir conceito e estereótipo é um processo difícil e incerto. O conceito tende a relacionar-se com a descrição da realidade, através de um processo cognitivo principalmente objetivo-descritivo, enquanto para o estereótipo a relação seria com os juízos de valores e suas bases emocionais. Ambos são processos de reflexo/refração específica da realidade, ou seja, reflete com desvios; entretanto o estereótipo comporta uma carga adicional do fator subjetivo, manifestado a partir do viés emocional, valorativo e volitivo, influenciando o comportamento humano. Portanto, manifesta-se em bases

emocionais, trazendo juízos de valor preconcebidos e preconceitos (BACCEGA, 1998).

Para Gahagan (1980), “um estereótipo é uma supergeneralização: não pode ser verdadeiro para todos os membros de um grupo (...). O estereótipo é, provavelmente, muito inexato como descrição de um dado sujeito (...), mas não dada qualquer outra informação, constitui uma conjectura racional. Um desses traços levaria então à inferência de outros traços (...)” (LIMA, 1997).

De um ponto de vista estritamente mais cognitivo, a estereotipia identifica-se com prototipia, tratando-se de uma “operação que consiste em atribuir a objetos de uma categoria todos os traços que se supõe caracterizar o conjunto dos objetos dessa categoria” (CODOL, 1989).

A introdução deste termo nas ciências sociais fez-se por influência direta da obra *Public Opinion* (1922) do jornalista Walter Lippmann, na qual se expunham as influências das concepções nacionalistas etnocêntricas nas relações políticas internacionais durante a 1ª Guerra Mundial (MAISONNEUVE, 1971; SHERIF, 1976).

De fato, apenas em meados dos anos 80, os estereótipos foram definidos de uma forma mais compatível com a abordagem cognitivista, passando a serem concebidos como estruturas que contêm o conhecimento, as crenças e as expectativas do *percebedor* em relação a algum grupo humano (HAMILTON; TROLIER, 1986).

O estereótipo refere-se à concretização de um julgamento qualitativo baseado no preconceito, podendo ser também anterior à experiência pessoal; sendo o preconceito nada mais que uma atitude favorável ou desfavorável, positiva ou negativa, anterior a qualquer conhecimento (AMARAL, 1995).

O preconceito pode ser considerado um tipo de estereótipo, tratando-se uma ideia estereotipada adquirida antes de ter contato com a situação. Após o conhecimento das realidades, nossa ideia sobre a determinada situação passa a ser chamada de estereótipos (PAIM, 2004).

Na prática profissional, estereótipos e preconceitos a partir dos quais visualizam-se os outros, configuram uma questão ética fundamental na medida em que funcionam como mediadores das relações sociais que ocorrem neste plano (TAVARES *et al.*, 2004).

### 2.3 DAS ORIGENS AO CONTEMPORÂNEO: TATUAGEM E *PIERCING*

O aspecto externo do corpo do homem vai sendo modificado de acordo com parâmetros culturalmente definidos. Pensar os adornos corporais em seu contexto social, procurando a lógica subjacente aos sistemas simbólicos, é o que Anthony Seeger (1980) propõe, buscando explicar a ornamentação de certas partes do corpo (orelhas e lábios) entre os Suyá por meio dos significados que têm os sentidos da fala e da audição (que, ao contrário da visão e do olfato, são faculdades de grande importância social) no grupo.

Em diversas sociedades, os ritos de passagem têm sido vinculados às marcas corporais. Desta feita, a tatuagem adquire valor de identidade, inscrevendo o homem em uma linhagem, clã ou faixa etária e tendo por finalidade a inserção do indivíduo em um contexto social e cultural (LE BRETON, 2003).

Alguns autores como Catherine Grogard (1992), preocupados com a construção artística do corpo, afirmam que os tatuados se convertem em um tipo de espetáculo de circo pela forma como se exibem, pela falta de critério na escolha dos desenhos e, sobretudo, pela maneira com a qual se distribuem e se enlaçam as distintas imagens, sem nenhuma ordem temática, à mercê de qualquer imaginação. Através dessa perspectiva, os corpos dos tatuados são vistos como "criações extravagantes", as quais denotam, por um lado, um certo preconceito pela profanação do corpo e, por outro, a busca de uma ordem estética que obedeça a parâmetros da arte reconhecida pelo *status*. Justamente neste aspecto, os "tatuados" são altamente subversivos, irreverentes, inovadores, propulsores de uma nova alternativa de construção estética corporal fora dos critérios aceitos socialmente. Isto não quer dizer que careçam de juízo estético, mas estão apenas em uma fase experimental inventando uma linguagem expressiva, cujo laboratório de prova são os seus próprios corpos.

No entanto, existe uma tensão latente entre ser "tatuado" e continuar sendo um cidadão produtivo e não excluído, entre querer ser diferente e não

ser rejeitado pela sociedade. Uma tensão subjacente aos preconceitos e aos limites sociais que as pessoas confrontam por meio de sua corporalidade e da busca da individualidade (PÉREZ, 2006).

A tatuagem é uma das muitas formas de comunicação, tendo importância antropológica e sociológica, como Le Breton afirma:

*Em inúmeras sociedades humanas as marcas corporais são associadas a ritos de passagem em diferentes momentos da existência ou então são vinculadas a significados precisos dentro da comunidade. A tatuagem tem, dessa maneira, valor de identidade; expressa, no próprio âmago da carne, o pertencer do sujeito ao grupo, a um sistema social; precisa as fidelidades religiosas; de certa forma humaniza, por meio desse confisco cultural cujo valor redobra o da nomenclatura. Em certas sociedades, a leitura da tatuagem informa a inscrição do homem em uma linhagem, um clã, uma faixa etária; indica um status e fortalece a aliança. É impossível se misturar ao grupo sem esse trabalho de integração que os signos cutâneos imprimem na carne. Ao contrário, para os "primitivos modernos", sua dimensão estética ou sua qualidade de desempenhos físicos é o que conta primeiramente, mesmo se às vezes a preocupação de sua significação de origem é simplificada para entrar em um outro contexto social e cultural.*

A prática da tatuagem no ocidente tem passado por distintos contextos sociais. Inicialmente como arte "exótica", foi introduzida pelos viajantes e pelos marinheiros do século XVIII, seduzidos por esta arte corporal praticada por distintos povos aborígenes, especialmente os das ilhas do Pacífico, começaram a tatuar seus próprios corpos. Posteriormente, no século XIX e no início do século XX, setores marginais da sociedade, como presidiários, meretrizes e soldados apropriaram-se da tatuagem, a qual alcançou especial importância nos ambientes dos cárceres, onde foi conhecida popularmente como a "flor do presídio" (GROGNARD, 1992).

A passagem por esse tipo de universo social fez com que a tatuagem começasse a ser identificada como marca de marginalidade, atuando em um duplo sentido: como meio e como estigma social. No ano de 1967, tribos urbanas foram se apropriando desse imaginário, adotando a tatuagem como uma marca corporal através da qual ostentavam publicamente sua vontade de ruptura com as regras sociais e de se situarem deliberadamente à margem da própria sociedade (PIERRAT, 2000; LE BRETON 2002).

Associadas à marginalidade no ocidente até a década de 60 do século XX – quando os ostentadores eram estigmatizados como presidiários, motoqueiros dos *Hell's Angels* e marinheiros sem nenhuma patente por desenharem, por vezes de forma canhestra, imagens, palavras ou frases em seus corpos –, as tatuagens se tornaram atualmente parte do cotidiano das classes superiores. Decoram o corpo de indivíduos de idades variadas e demonstram a existência de um processo de circularidade cultural, no qual o poder de um item estigmatizado se torna emblema de *status* e domínio, invertendo o jogo social pela disputa de hegemonia simbólica das classes (GINZBURG, 1986; BAKHTIN, 1987).

Segundo Leitão (2004), ocorreu uma mudança no significado da tatuagem contemporânea, no que diz respeito à perda de alguns de seus sinais mais transgressivos e de sua incorporação às possibilidades estéticas socialmente aceitas. Nas entrevistas realizadas com mulheres, viu que as mesmas não faziam uso da tatuagem como emblema de desvio. A prática não era por elas procurada como possibilidade de transgressão a normas ou padrões estéticos. Em suas falas, ao contrário, tentavam desvincular suas tatuagens de qualquer representação sobre desvio.

É claro que essa suposta “ressemantização” da tatuagem não é um processo linear e simples, sendo permeado por tensões e contradições. Um exemplo disso é a forte marcação e separação que as entrevistadas faziam entre a imagem delas e de suas tatuagens e a de outras tatuagens e outros tatuados. O desvio era sempre percebido como existente, mas sempre entrava na categoria do “esse não é o meu caso”, sendo sempre localizado no “outro”. Outra relativização que deve ser feita a respeito dessa incorporação da tatuagem ao universo do socialmente aceito é a que concerne aos filtros pelos quais ela passa. Há desenhos e lugares do corpo permitidos e proibidos. Esses filtros, que balizam sua incorporação aos padrões estéticos, revelam, nas categorias de permitido e proibido das entrevistadas, fortes representações de classe e de gênero (LEITÃO, 2004).

Deve-se diferenciar a tatuagem de outras formas de modificação corporal que têm surgido ou se disseminado nos últimos anos. Junto à tatuagem, a mais popular é o *body piercing*, técnica que fura o corpo para a

introdução de uma joia, que toma formatos diversos em função da área adornada. Outra técnica (bucal) rasga a língua ao meio, dando-lhe um formato ofídico. É similar à técnica do *branding* – que utiliza instrumentos incandescentes com a mesma finalidade – e não é recente. Estes são apenas alguns exemplos de outras formas atuais de modificação corporal. Algumas delas têm inspiração em culturas tradicionais, embora os sujeitos-usuários delas não queiram necessariamente aproximar-se da estética “primitiva” (OSÓRIO, 2006).

Diferentemente da tatuagem, o *piercing* possui caráter tridimensional (cria volume), seja por meio de protuberâncias, seja por meio de perfurações. A joia transpassa o corpo, e pode ser substituída, trocada (BRAZ, 2006).

A divulgação e abertura da *body modification* para o público não-artístico começou a partir da década de 70 nos Estados Unidos. Essa década assiste ao surgimento dos *punks*, que redimensionam dimensões corporais por meio de atitudes agressivas, penteados esculturais e elementos fetichistas, preparando a chegada da estética do *piercing* e dos implantes (PIRES, 2001).

Braz (2006), na Dissertação “Além da pele: um olhar antropológico sobre a *body modification* em São Paulo”, evidenciou a presença permanente de relatos de preconceito costumeiro que a tatuagem, o *body piercing* e outras técnicas produzem na sociedade através de um estudo etnográfico com adeptos, profissionais e entusiastas da *body modification*.

#### 2.4 TATUAGEM E *PIERCING* COMO OBJETO DE PRECONCEITO NO MERCADO DE TRABALHO

Permeia o imaginário dos tatuados a ideia de que o mundo do trabalho é hostil à tatuagem. Neste sentido, sentem que são potenciais alvos de represálias e restrições. Para não se tornarem vítimas do que costumam designar como “preconceito contra o tatuado”, ou contra a tatuagem, a solução é optar por áreas do corpo que são pensadas como menos expostas ao olhar. Nem sempre, contudo, a tatuagem está totalmente escondida. Observa-se, então, o aparecimento de uma espécie de jogo entre a tatuagem percebida pelo tatuado como um potencial problema em sua vida, o desejo de ser tatuado

ou fazer novas tatuagens, e a solução para esse conflito, que é manter os desenhos escondidos na esfera profissional (OSÓRIO, 2006).

O medo quanto ao mercado de trabalho é alimentado por uma associação entre marginalidade e tatuagem ainda presente no senso comum, conforme visto sobre os *piercings*. É no mundo do trabalho que se deve *sempre* esconder as tatuagens. Logo, o local escolhido para as mesmas deve permitir que, nestes ambientes, elas sejam ocultas, enquanto em outros elas possam ser reveladas (OSÓRIO, 2006).

O mundo do trabalho é visto como *locus* de controle sobre os sujeitos e seus corpos. Possuindo tal qualidade, é um universo onde a expressão do “Eu” só é possível de forma limitada. Neste campo, o sujeito deve esconder sinais indicativos da contrariedade do esperado que ele seja. A tatuagem é vista como uma forma de estigma que deve ser encoberta, pois pode alterar a percepção sobre os sujeitos que possuem a marca (GOFFMAN, 1999).

Em reportagem para o caderno *Boa Chance* do jornal *O Globo* de 1º de maio de 2005, Calaza ouviu a opinião de certos segmentos do mercado para entender até que ponto ter uma tatuagem e um *piercing* pode ser prejudicial à carreira ou ao emprego. De fato, áreas mais tradicionais como o setor de saúde e o comércio são contra a visibilidade de tatuagens para funcionários, em grande parte por receio da reação do público.

Segundo João Carlos de Oliveira, presidente da Associação Brasileira de Supermercados (ABRAS):

*“Funcionários que lidam com o consumidor têm de ter apresentação adequada. A tatuagem se enquadra aí: se for visível, pode agredir algumas pessoas. Quem quer trabalhar no comércio tem de se enquadrar. Se quiser ter tatuagem ou piercing, que o faça num local em que não apareça”.*

Para o presidente da ABRAS, a grande restrição recai sobre aqueles que lidam com o público. A tatuagem é vista como um estigma: ela “pode agredir” quem a vê. Para evitar essa agressão, deve ser escondida. Não julga, ainda, que tatuagem e boa apresentação/boa aparência, caminhem juntas. Fica evidente, na fala acima, que o mercado de trabalho tem o poder de “enquadrar”, controlar, dissuadir e punir aqueles que não correspondem às

expectativas de perfil para preenchimento de funções e cargos (OSÓRIO, 2006).

João Pantoja, coordenador do Hospital Copa D'Or, não apenas associa a tatuagem a um estigma, como incorpora na marca uma preocupação de saúde pública – tatuados podem ser pessoas doentes:

*“A tatuagem exagerada ou aparente denota padrões de comportamento sujeitos a riscos de doenças, como hepatite B e C. Além disso, o piercing e a tatuagem exagerada podem afetar a confiança do paciente.”*

Além de possivelmente doente, inapto ao trabalho, o tatuado é identificado como alguém sobre quem recai uma eterna desconfiança: não da parte dos colegas profissionais, mas da parte dos pacientes. É também a pessoa cujo comportamento pode ser moralmente reprovado. É comum que o discurso médico esteja eivado no caso da tatuagem, de um discurso moral. Entra em cena aqui, ainda, a ideia de *exagero*, que não é definida, mas que está em íntima relação com a aparência, na forma “tatuagem exagerada ou aparente”, como se um termo pudesse ser substituído pelo outro, associando a tatuagem a signo de má apresentação, trabalho mal feito e doença (OSÓRIO, 2006).

Na dissertação de mestrado defendida por Fonseca em 2003, intitulada “Tatuar e ser tatuado”, o autor traz alguns depoimentos de profissionais de saúde e suas opiniões sobre o ato de ser tatuado. Um deles é o caso da fisioterapeuta de 25 anos, que tem consciência dos problemas relacionados ao estigma social diante da tatuagem, sendo este um fator decisório da escolha do local [do corpo] onde vai ser feita.

*“Minha maior dificuldade em tomar a decisão foi a escolha do local, porque tinha que ser um lugar que não fosse muito visível nem para o público nem pra mim, para o público por meu trabalho, por minha formação na área da saúde, porque existe o preconceito, existe discriminação para as pessoas que são tatuadas, e também é uma discriminação minha de não querer que as pessoas vejam. Então o lugar que eu escolhi foi nas costas, no canto esquerdo, foi o lugar que achei mais adequado, também achava o pescoço um lugar sensual, mas não fiz aí porque é um lugar que fica muito exposto”*

Já o enfermeiro que atua em um hospital, tem uma visão diferenciada do relato anterior:

*“Todos me respeitam muito bem, no nível do trabalho não existe preconceito, bem pelo contrário, minha chefia me dá muito apoio, até pego várias folgas quando eu vou fazer uma tatuagem, por exemplo, eu fico ausente do hospital por ser um meio de contaminação, pois eu coordeno uma equipe que trabalha com pacientes terminais.” (Enfermeiro, 30 anos)*

Não se pode negar que socialmente há uma nova margem de flexibilidade, entretanto, em ambientes sociais altamente carregados pelo convencionalismo social, as tatuagens são ocultas. Nos espaços bastante livres, como a praia, e, em geral todos aqueles em que estão envolvidas atividades de lazer, as tatuagens são mostradas com mais tranquilidade; no entorno familiar e de amigos, as mesmas são vistas com naturalidade. Já no espaço profissional, é preciso manter uma maior reserva (FONSECA, 2003).

A partir destas opiniões de contratantes, é possível observar que há, de fato, restrições ao uso de tatuagens em diversas áreas do mercado de trabalho. Contudo, a maior parte das restrições diz respeito à visibilidade das tatuagens. Desta forma, é claro que a estratégia de esconder as tatuagens, localizando-as em zonas do corpo que possam ser cobertas pelo vestuário, é uma forma de sobrevivência. Por outro lado, o que emerge em todas as falas é a ideia de que a tatuagem constrói um visual estigmatizado, associado à desconfiança, à doença, à má aparência e, como consequência, ao trabalho mal feito (OSÓRIO, 2006).

## 2.5 O PROCESSO DE ESCOLHA E A TOMADA DE DECISÃO

Atualmente, o setor odontológico está atravessando uma fase paradoxal, caracterizada pelo excesso de profissionais no mercado e pelo grande contingente populacional carente de tratamentos odontológicos. Ingressam no mercado de trabalho, anualmente, cerca de 12.000 profissionais que irão somar-se aos 160.718 já existentes, fazendo com que a população de

cirurgiões-dentistas cresça cerca de 5% ao ano, enquanto o crescimento anual da população brasileira é de 1,6% (SÓRIA; BORDIN; COSTA; 2002).

O excesso de profissionais adicionado ao fato de que o cotidiano das pessoas está cada vez mais acelerado, pode tornar a tomada de decisão uma etapa crítica para o tratamento do paciente. São muitos os fatores e aspectos a serem considerados no momento de uma escolha, mas é por causa dessa falta de tempo existente que, nem sempre, se faz a melhor opção (MACEDO, ALYRIO, OLIVEIRA *et al*, 2003).

A decisão consiste em um sistema linguístico essencialmente coletivo, caracterizada pela interferência das diferenças individuais na coleta e a interpretação da informação, o que torna incapaz a existência de apenas uma decisão (ANGELONI, 2003).

No processo de tomada de decisão, os dados, informações e conhecimentos disponíveis são imprescindíveis, mas geralmente encontram-se fragmentados, dispersos e armazenados nos cérebros das pessoas e sofrem interferência de seus modelos mentais (GUTIERREZ, 1999).

Assim, as evidências externas ao indivíduo são percebidas através de suas próprias crenças e de sua cultura. Este mesmo indivíduo tem desejos, que atuam modificando as próprias evidências de acordo com as expectativas individuais. As evidências filtradas e alteradas desencadeiam a seleção de alternativas, baseando a tomada de decisão e conseqüente ação que o indivíduo irá realizar (ARAUJO SANTOS, 1998).

O grande desafio dos tomadores de decisão é o de transformar dados em informação e informação em conhecimento, minimizando as interferências individuais nesse processo de transformação (ANGELONI, 2003). Os “decisores” necessitam procurar critérios e alternativas em uma lista, formada pelos critérios e alternativas explícitas, entretanto, fáceis de encontrar e que tendem a ser extremamente visíveis, já testados e de aplicações comprovadas. A análise destas alternativas também não será abrangente e nem detalhada. Seguindo caminhos conhecidos e bem trilhados, ele passará a analisar alternativas até identificar uma que seja “suficientemente boa”, ou seja, uma que alcance um nível aceitável de desempenho. A primeira alternativa que

atender ao critério de “suficientemente boa” encerrará a procura e o levará a uma acomodação que o afastará da melhor escolha (ROBBINS, 2000).

No caso da escolha dos pacientes em busca do profissional que fará seu tratamento, deve-se levar em conta a imagem curtida durante anos por esta profissão, sempre ligada à dor, ao sofrimento e, de alguma forma, à perda. Assim, o processo decisório fica intensamente ligado à imagem do profissional; em uma busca por confiança, segurança, qualidade, experiência e capacidade de solução de problemas.

Para Las Casas (1999), a qualidade do atendimento odontológico pode ser percebido pelos clientes/pacientes através dos seus componentes tangíveis e intangíveis. Estes compreendem a amabilidade e a cordialidade do profissional de Odontologia, ou seja, estão relacionados diretamente com o relacionamento dos pacientes com o cirurgião-dentista. Aqueles consistem naquilo que o cliente/paciente vê e sente, como por exemplo, a aparência física do consultório.

A imagem do profissional ainda é relacionada constantemente à comunicação entre ele e o paciente e os fatores mais importantes acerca do profissional para os pacientes são os comportamentais; já as características do dentista ideal giram, principalmente, em torno de traços pessoais do profissional ligados à relação dentista-paciente (CRUZ *et al.*, 1997).

Segundo Ansuji; Zenckner; Godoy (2005), o profissional de Odontologia, evidencie-se o cirurgião-dentista, necessita investir em conhecimento teórico e científico tanto quanto deve conhecer as exigências de seus pacientes para garantir sua satisfação e conquistar sua preferência e fidelidade.

Portanto, para melhor escolher um cirurgião-dentista, as pessoas deveriam seguir certas etapas. Stoner; Freeman (1992) afirmam que o processo racional de tomada de decisão pode ser descrito de acordo com quatro grandes estágios:

- a) examinar a situação (definir o problema, identificar os objetivos da decisão e diagnosticar as causas);
- b) criar e avaliar as alternativas;
- c) escolher a melhor alternativa;

- d) implementar e monitorar a decisão.

A última etapa desse modelo pressupõe que o processo decisório não tem fim na decisão, mas se prolonga pelo monitoramento dos resultados desta, na busca por uma melhoria contínua desse processo. Todavia, nem sempre os pacientes realizam suas escolhas seguindo as etapas apresentadas. Na verdade, os pacientes tendo observado um problema a ser tratado, talvez comecem a procurar critérios e alternativas, em relação ao profissional a ser escolhido em uma lista que provavelmente esteja longe de ser exaustiva, sendo, então, formada pelos critérios e alternativas mais explícitas, mais fáceis de encontrar e que tendem a ser extremamente visíveis, já testadas e de aplicações comprovadas. Baseado nessa ideia, o *decisor* identificará uma alternativa que seja “suficientemente boa”, ou seja, uma que alcance um nível aceitável de desempenho. A primeira alternativa que atender ao critério de “suficientemente boa” encerrará a procura, podendo levar a uma decisão acomodada ao invés de uma melhor escolha (MACEDO, ALYRIO, OLIVEIRA *et al*, 2003).

É nesse momento que algumas características pessoais do profissional no que diz respeito à sua imagem ou à apresentação pessoal poderão ser ponderados; ocasionando talvez uma escolha baseada na heurística da representatividade, a qual é o julgamento por estereótipo, onde as bases do julgamento são modelos mentais de referência.

Segundo Macedo, Alyrio, Oliveira *et al* (2003), em alguns casos, quando sob controle, o uso dessa heurística é uma boa aproximação preliminar; porém, em outros, leva a comportamentos que muitos de encaram como irracionais ou moralmente condenáveis - tais como a discriminação. Os indivíduos julgam que os eventos mais facilmente recordados na memória, com base em sua vividez ou ocorrência recente, são mais numerosos que aqueles de igual frequência, cujos casos são menos facilmente lembrados. Um problema evidente é o fato de que indivíduos tendem a se basear em tais estratégias, mesmo quando estas informações são insuficientes e há outras de melhor qualidade com base nas quais se pode fazer um julgamento correto.

O que se almeja é mais do que simplesmente gerar consciência das imperfeições de nossos julgamentos e decisões. O que se busca é fazer com que os *decisores* “descongelem” seus atuais processos de tomada de decisão por conta da conscientização de que seus julgamentos se desviam sistematicamente da racionalidade. Dessa forma, os cirurgiões-dentistas poderiam ser escolhidos levando em consideração aspectos mais importantes além de suas características pessoais: sua capacidade e competência profissional (MACEDO, ALYRIO, OLIVEIRA *et al*, 2003).

Segundo Fortes (2000), para uma tomada de decisão ética, além da existência de alternativas de ação, devem ser possibilitadas ao sujeito ético, a liberdade de optar entre as opções possíveis e a liberdade de agir conforme a decisão e a alternativa por ele escolhida.

A Declaração de Lisboa (2006) é um documento onde se apresentam os principais direitos dos pacientes, os quais devem ser reconhecidos e respeitados pelos profissionais da saúde. Entre esses está o direito de escolher o profissional de sua preferência ou confiança para ser atendido, seja no serviço público ou privado.

Tendo em vista esse direito, o paciente está livre na escolha do profissional que irá atendê-lo e muitos são os aspectos que podem influenciar nessa decisão, sendo os elementos de apresentação pessoal do profissional um dos itens. A utilização de tatuagem, *piercing* e cabelo longo – esse no sexo masculino, podem resgatar ou trazer situações de desconforto para o paciente, estando estes muitas vezes inconscientemente ligados à marginalização e descuido pessoal, vitimando o profissional da estereotipagem por sua imagem e não pelas características técnicas e profissionais que ele pode oferecer.

*Objetivos*

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a influência de elementos da apresentação pessoal dos cirurgiões-dentistas na relação de escolha do profissional pelo paciente.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.2.1 Determinar se a utilização de elementos que interferem na apresentação pessoal (tatuagem, *piercing* e cabelo longo no sexo masculino) influencia na escolha do profissional pelo paciente.
- 3.2.2 Verificar se existe associação entre o profissional escolhido (aparência convencional ou com a utilização de tatuagem, *piercing* e cabelo longo) com a caracterização sociodemográfica da amostra.
- 3.2.3 Estabelecer dentre os elementos de apresentação estudados aquele que gera maior e menor recusa.
- 3.2.5 Identificar o motivo de escolha pelo paciente.

#### 3.3 HIPÓTESE

A decisão dos pacientes na escolha de um cirurgião-dentista é influenciada pela utilização de elementos que alterem a apresentação pessoal.

## *Materiais e Métodos*

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo e analítico, com um desenho do tipo transversal, pois “causa” e “efeito” foram analisados simultaneamente. Também conhecido como seccional, esse tipo de estudo fornece um retrato de como as variáveis estavam relacionadas no momento da coleta dos dados (PEREIRA, 2000). Apresenta como vantagens simplicidade, baixo custo, rapidez e objetividade na coleta dos dados (referem-se ao momento do contato examinador-examinado), não havendo a necessidade de seguimento de pessoas.

Contudo, essa tipologia clássica de estudo transversal apresentou uma característica particular, pois o estudo utilizou “cenários de casos” (*case scenarios*), ou seja, uma apresentação de fotografias de quatro atores, caracterizando cirurgiões-dentistas com elementos de apresentação pessoal diferenciados como: a utilização de tatuagem, *piercing* e cabelo longo, sendo mostrado pelo investigador no momento da coleta de dados.

Cenários de casos já são bastante conhecidos em pesquisas e têm sido utilizados na maioria dos estudos específicos de tomada de decisão. Utilizadas como método por D’Avila em 2006 e Cabral; Caldas Jr.; Cabral em 2005, são considerados um método de grande valor, apresentando a vantagem distinta de controlar variáveis, permitindo analisar a extensão pela qual elas são responsáveis por diferenças em tomada de decisão (SCHULMAN *et al.*, 1999).

### 4.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Recife, capital do Estado de Pernambuco. A cidade se localiza no centro-leste da região Nordeste do Brasil e litoral do Estado, sendo recortada pelos rios Capibaribe e Beberibe. Sua região metropolitana representa a quarta maior aglomeração urbana do Brasil. Possui área de aproximadamente 220 km<sup>2</sup>, sendo 67,43% morros, 23,26%

planícies, 9,3% áreas aquáticas, 5,58% de área verde e com 8,6 quilômetros de extensão de praias. Apresenta uma população de 1.501.008 habitantes e sua densidade demográfica é de 6,542hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2000). A população está localizada predominantemente na área urbana.

#### 4.3 POPULAÇÃO ESTUDADA

A população estudada foi constituída de pessoas residentes na cidade do Recife, entrevistadas em locais públicos (postos de gasolina, instituições bancárias, mercados públicos, supermercados, Terminal Integrado de Passageiros e lojas de departamento).

#### 4.4 AMOSTRAGEM

O tipo de amostragem utilizada foi do tipo a esmo, na qual os indivíduos são escolhidos aleatoriamente, porém sem uso de sorteio ficando a cargo do amostrador buscar ser o mais aleatório possível (BEIGUELMAN, 1994).

#### 4.5 TAMANHO DA AMOSTRA

Para determinação do tamanho amostral foram considerados:

- a) o objetivo principal da determinação dos percentuais da escolha da tomada de decisão;
- b) a margem de erro de 5,0%;
- c) confiabilidade de 95,0% de que a margem de erro não fosse ultrapassada;
- d) percentual esperado igual a 50% em cada resposta, e
- e) a formula de cálculo utilizada foi para populações infinitas

$$n = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

**onde:**

n = Tamanho amostral;

z = valor da curva normal relativa à confiabilidade (1,96);

$p_e$  = Proporção ou prevalência esperada igual a 0,5 (50%);  
 $e$  = erro de 5,0% (0,05).

Dessa forma, obteve-se um tamanho amostral mínimo necessário de 384 pesquisados. Para evitar perdas foi usado um fator de correção correspondente a 1,2, o qual acrescentou 20% no total da amostra que foi de 461 pessoas. Foram respondidos os 461 questionários, destes 23 foram descartados por algum tipo de falha no preenchimento, resultando no valor final da amostra de 438 questionários.

#### 4.6 COLETA DOS DADOS

No contato inicial com o entrevistado, foram explicados motivo, natureza e relevância da pesquisa para a Odontologia. Foi informado que o objetivo do trabalho era identificar os fatores relacionados à escolha do cirurgião-dentista. Porém, os entrevistados não foram informados do enfoque dado aos elementos que interferem na apresentação pessoal do profissional. Após as informações iniciais, o indivíduo foi entrevistado: a primeira parte questionava os dados sociodemográficos e a segunda parte com a apresentação do cenário de caso (*vide* anexos A e B).

O cenário do caso foi montado com modelos vestindo camiseta branca e jaleco, e posicionados em parede de fundo branco, com o intuito de produzir uma padronização das fotografias e refletir o devido perfil de um profissional de Odontologia.

Das quatro fotografias, uma apresentou um profissional sem adornos que modifiquem a apresentação pessoal, sendo do sexo masculino, cor/raça branca e idade em torno de 25 anos e as outras fotografias com os profissionais possuindo esse mesmo padrão da foto principal, tendo como diferenciação a utilização de tatuagem, *piercing* e cabelo longo. A ordem de apresentação das fotografias foi definida através de sorteio e apresentadas em uma mesma página na seguinte seqüência:

Fotografia 1: Sexo: masculino, cor/raça: branca, idade 25 anos e com a utilização de *piercing*;

Fotografia 2: Sexo: masculino, cor/raça: branca, idade 25 anos;

Fotografia 3: Sexo: masculino, cor/raça: branca, idade 25 anos e com a utilização de tatuagem visível;

Fotografia 4: Sexo: masculino, cor/raça: branca, idade 25 anos e com o uso de cabelo longo.

Após a apresentação do caso foi feita a pergunta: “Qual desses cirurgiões-dentistas você escolheria para realizar seu tratamento odontológico? Por que você escolheu esse profissional?” e “Quais desses cirurgiões-dentistas você não escolheria de forma alguma para lhe atender? Por que você não escolheu esse profissional?”

Dos que aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), os dados foram coletados a partir da observação direta intensiva através da entrevista pessoal. Quanto ao tipo de entrevista, utilizou-se a padronizada ou estruturada, utilizando para tal, um formulário. Os pesquisadores que foram os entrevistadores foram treinados previamente na busca de evitar vieses na realização da entrevista.

As perguntas foram pré-estabelecidas, permitindo a comparação no mesmo conjunto de perguntas. No momento da entrevista, o entrevistador não adaptou nem alterou a ordem das perguntas, nem fez outras questões e as perguntas foram feitas uma de cada vez. As respostas foram anotadas no momento, permitindo maior fidelidade e veracidade das informações, evitando-se, dessa forma, falhas de memória e/ou distorções das respostas (MARCONI; LAKATOS, 1999).

## 4.7 ELENCO DE VARIÁVEIS

### 4.7.1 Dependente

Variável	Definição	Operacionalização
Tomada de Decisão	Tomada de decisão na escolha do profissional de Odontologia que prestará atenção à saúde bucal.	1. Escolha do profissional com <i>piercing</i> 2. Escolha do profissional sem adornos 3. Escolha do profissional com tatuagem 4. Escolha do profissional com cabelo longo

### 4.7.2 Independentes

Variável	Definição	Operacionalização
Sexo	Distinção dos seres vivos em	1. Masculino

	relação à função reprodutora	2. Feminino
Idade	Anos completos em 2008	1. 18 a 29 anos 2. 30 a 44 anos 3. 45 a 59 anos 4. 60 ou mais anos
Cor da pele	Indica a coloração da pele declarada	1. Branca 2. Preta 3. Parda
Estado marital	Indica o relacionamento conjugal	1. Solteiro/Divorciado/Viúvo 2. Casado/União Estável
Formação instrucional	Nível de escolaridade máxima em 2008	1. Sem instrução 2. Ensino fundamental incompleto ou completo 3. Ensino médio incompleto ou completo 4. Ensino superior incompleto ou completo
Renda	Renda familiar	1. Até 1 salário mínimo 2. Entre 1 e 2 salários 3. Entre 2 e 3 salários 4. Entre 3 e 4 salários 5. Acima de 4 salários
Religião	Qualquer doutrina que demanda interpretação, compromisso e fé.	1. Católico 2. Evangélico 3. Espírita 4. Outra 5. Não possui
Uso de <i>Piercing</i>	Indica o uso de elementos que identificam um comportamento de grupos humanos específicos	1. Sim 2. Não
Uso de tatuagem	Indica o uso de elementos que identificam um comportamento de grupos humanos específicos	1. Sim 2. Não
Uso de Cabelo longo	Indica o uso de elementos que identificam um comportamento de grupos humanos específicos no sexo masculino. .	1. Sim 2. Não
Motivo de escolha*	Motivo de escolha do cirurgião-dentista	1. Estereótipo de dentista 2. Aspectos positivos profissionais ou técnicos 3. Aspectos positivos referente à aparência/empatia 4. Aspectos referentes ao uso de adornos

		5. Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais
Motivo de não escolha*	Motivo de escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não estereótipo de dentista</li> <li>2. Não possuir aspectos profissionais ou técnicos</li> <li>3. Aspectos negativos quanto à aparência/empatia</li> <li>4. Aspectos referentes ao uso de adornos</li> <li>5. Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais</li> </ol>

\* As categorias foram obtidas a partir das respostas espontâneas dos entrevistados, sendo categorizadas posteriormente na busca de aplicar o teste estatístico.

#### 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo determinações da resolução CNS/MS 196/96 (BRASIL, 1996), a qual regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, a cada um dos sujeitos foi solicitado seu consentimento livre e esclarecido como anuência para participação na pesquisa e entregue cópia do termo contendo os objetivos da pesquisa, certificando ao sujeito as garantias para a preservação de seu anonimato, a omissão de nomes e a exclusão de particularidades que possibilitassem a identificação. Neste documento, indicou-se uma forma de contato com o pesquisador para esclarecimentos de dúvidas, se necessário, como também dos resultados da pesquisa. Assegurou-se a liberdade de participação, de recusa e o direito de o sujeito retirar-se a qualquer momento da pesquisa, sem que isso lhe causasse prejuízos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Pernambuco, atestada pelo CAEE: 0030.0.097.000-08 (Anexo D).

Os supostos profissionais de Odontologia que cederam suas imagens à pesquisa participaram por livre e espontânea vontade. Assim, esses que aceitaram ser fotografados e assinaram o termo de consentimento de doação de imagem para a pesquisa compõem o anexo E.

#### 4.9 CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Participaram da pesquisa entrevistados que:

- a) Concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- b) Possuíam a idade igual ou superior a 18 anos;
- c) Não fossem portadores de alteração cognitiva ou qualquer outra condição que incapacite sua participação na pesquisa.

#### 4.10 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado como Programa de Iniciação Científica na cidade de Campina Grande, junto ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba com a finalidade de testar a clareza do instrumento de coleta e promover as adequações necessárias.

#### 4.11 PLANO DE DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

##### 4.11.1 Fase Descritiva

Os dados foram classificados de forma sistemática, procedendo, através de verificação crítica, à procura de falhas ou erros que pudessem prejudicar o resultado do estudo.

A distribuição de frequências foi utilizada para avaliar as características gerais da amostra e também para investigar possíveis erros de digitação dos dados brutos através do exame de *missing*.

O resumo dos dados foi realizado no programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 13.0.

##### 4.11.2 Fase Analítica

Provas não paramétricas foram utilizadas por serem prioritariamente adaptáveis aos estudos que envolvem variáveis de mensuração nominal, bem como para estudos de pequenas amostras (MARTINS, 2002).

Realizou-se, igualmente, análise dos resultados com dados emparelhados com o objetivo de verificar se havia ou não relação entre as variáveis independentes. Para o estudo de associação entre variáveis categóricas foi aplicado o teste estatístico qui-quadrado de independência.

Finalmente, foram procedidos os cruzamentos das diversas variáveis independentes com a variável resposta (dependente).

*Resultados*

## 5 RESULTADOS

Na tabela 1 pode-se observar que a amostra foi constituída predominantemente por pessoas do sexo feminino (54,1%), na faixa etária de 18 a 29 anos (39,0%), solteiras, divorciadas ou viúvas (56,4%) e brancas (44,5%).

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados segundo as variáveis: sexo, faixa etária, estado marital e cor da pele, Recife-PE, Brasil, 2008

Variáveis	n	%
<b>• Sexo</b>		
Masculino	201	45,9
Feminino	237	54,1
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>
<b>• Faixa etária (em anos)</b>		
18 a 29	171	39,0
30 a 44	133	30,4
45 a 59	94	21,5
Mais de 60	40	9,1
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>
<b>• Estado Marital</b>		
Solteiro/divorciado/viúvo	247	56,4
Casado/União estável	191	43,6
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>
<b>• Cor da Pele</b>		
Branca	195	44,5
Preta	92	21,0
Parda	151	34,5
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>

Com relação às variáveis escolaridade, renda familiar e religião, predominaram as pessoas com ensino médio (50,7%), renda familiar de até 1 salário mínimo (25,6%) e católicas (63,2%), como se pode observar na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos entrevistados segundo as variáveis escolaridade, renda e religião, Recife-PE, Brasil, 2008

Variável	n	%
<b>• Escolaridade</b>		
Sem instrução	6	1,4
Ensino fundamental	113	25,8
Ensino médio	222	50,7
Ensino superior	97	22,1
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>
<b>• Renda Familiar (em salários mínimos)</b>		
Até 1	112	25,6
Entre 1 e 2	108	24,7
Entre 2 e 3	80	18,3
Entre 3 e 4	40	9,1
Acima de 4	98	22,4
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>
<b>• Religião</b>		
Católica	277	63,2
Evangélica	72	16,4
Espírita	23	5,3
Outra	5	1,1
Não possui	61	13,9
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>

Vale ressaltar, no tangente ao uso de qualquer um dos elementos de apresentação pessoal em estudo pela amostra, que a maioria não fazia uso nem de tatuagem (90,9%), nem de *piercing* (90,6%) e nem de cabelo longo (93%), como está ilustrado na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos entrevistados segundo as variáveis do uso pessoal de tatuagem, *piercing* e cabelo longo, Recife-PE, Brasil, 2008

Variável	n	%
<b>• Uso de tatuagem</b>		
Sim	40	9,1
Não	398	90,9
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>
<b>• Uso de <i>piercing</i></b>		
Sim	41	9,4
Não	397	90,6
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>
<b>• Uso de cabelo longo (apenas sexo masculino)</b>		
Sim	14	7,0
Não	187	93,0
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>

Ao serem apresentados aos cenários de casos com as quatro fotografias dos profissionais e indagados acerca de qual dos cirurgiões-dentistas gostaria de ser atendido, 59,6% dos respondentes disse preferir aquele que não possuía nenhum elemento de modificação da apresentação pessoal (*piercing*, tatuagem ou cabelo longo). Questionados a seguir sobre por qual cirurgião-dentista não gostariam de ser atendidos de forma alguma, 56,2% optaram pelo profissional possuidor de tatuagem (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos entrevistados segundo as variáveis: escolha do cirurgião-dentista para atendimento e escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido, Recife-PE, Brasil, 2008

Variável	n	%
<b>• Escolha do cirurgião-dentista</b>		
Com uso de <i>piercing</i>	71	16,2
Sem uso de adornos	261	59,6
Com uso de tatuagem	43	9,8
Com uso de cabelo longo	63	14,4
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>
<b>• Cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido</b>		
Com uso do <i>piercing</i>	67	15,3
Sem uso de adornos	39	8,9
Com uso de tatuagem	246	56,2
Com uso de cabelo longo	86	19,6
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>

Das cinco categorias apresentadas para a questão “motivos de escolha do CD para atendimento”, predominaram os aspectos relacionados ao profissionalismo e à técnica (33,8%), seguidos pelas questões relativas à aparência e empatia (23,5%) (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos entrevistados segundo o motivo de escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008

Motivo de escolha	n	%
Estereótipo de dentista	73	16,7
Aspectos positivos profissionais ou técnicos	148	33,8
Aspectos positivos referentes à aparência/empatia	103	23,5
Aspectos referentes ao uso de adornos	60	13,7
Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais	54	12,3
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>

Quanto ao motivo relativo à escolha do profissional pelo qual não gostariam de ser atendidos, 49,8% relataram ser pelos aspectos referentes ao uso de adornos, distribuindo-se os demais respondentes quase que de forma equânime entre as demais opções (tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos entrevistados segundo o motivo de escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido, Recife-PE, Brasil, 2008

Motivo de não escolha	N	%
Não estereotipo de dentista	30	6,8
Não possuir aspectos profissionais ou técnicos	50	11,4
Aspectos negativos quanto à aparência/empatia	78	17,8
Aspectos referentes ao uso de adornos	218	49,8
Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais	62	14,2
<b>Total</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>

A escolha dos cirurgiões-dentistas variou de acordo com o sexo do entrevistado e, apesar de os dois sexos preferirem em sua grande maioria o profissional sem elementos modificadores da apresentação pessoal, as mulheres tiveram uma maior aceitação quanto ao profissional que fazia uso de cabelo longo. Por outro lado, os profissionais que faziam uso de *piercing* e tatuagem foram melhor aceitos pelo sexo masculino, com valores estatisticamente significativos (tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos entrevistados por sexo segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008

Sexo	Escolha do cirurgião-dentista para atendimento										Valor de p
	Uso de <i>Piercing</i>		Sem adornos		Uso de Tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Masculino	36	17,9	118	58,7	26	12,9	21	10,4	201	100	p <sup>(1)</sup> = 0,039*
Feminino	35	14,8	143	60,3	17	7,2	42	17,7	237	100	
<b>Total</b>	71	16,2	261	59,6	43	9,8	63	14,4	432	100,0	

\* Associação estatisticamente significante  
(1) – Através do teste qui-quadrado de Pearson

Na tabela 8 pode-se observar que é diretamente proporcional a faixa etária do entrevistado com a opção do atendimento por profissional sem adornos. Para a faixa mais jovem e se comparada à mais velha, também se

pode observar maior opção pelo atendimento por profissional usando *piercing* e cabelo longo embora nas situações apontadas, as diferenças observadas não tenham sido significantes.

Tabela 8 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008

Faixa etária	Escolha do cirurgião-dentista para atendimento										Valor de p
	Uso de <i>Piercing</i>		Sem adornos		Uso de Tatuagem		Uso de Cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
18 a 29	30	17,5	92	53,8	16	9,4	33	19,3	171	100	p <sup>(1)</sup> = 0,269
30 a 44	18	13,5	83	62,4	16	12,0	16	12,0	133	100	
45 a 59	19	20,2	59	62,8	8	8,5	8	8,5	94	100	
Mais de 60	4	10,0	27	67,5	3	7,5	6	15,0	40	100	
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>16,2</b>	<b>261</b>	<b>59,6</b>	<b>43</b>	<b>9,8</b>	<b>63</b>	<b>14,4</b>	<b>432</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste qui-quadrado

A distribuição entre a escolha do cirurgião-dentista e o estado marital demonstrou que ao compararmos com o outro grupo, os solteiros, divorciados e viúvos foram os que menos optaram pelo profissional sem adorno, contrapondo-se aos casados ou possuidores de união estável que mais escolheram este profissional (tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos entrevistados por estado marital segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008

Estado Marital	Escolha do cirurgião-dentista para atendimento										Valor de p
	Uso de <i>piercing</i>		Sem adornos		Uso de tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Solteiro/divorciado/ viúvo	41	16,6	141	57,1	25	10,1	40	16,2	247	100	p <sup>(1)</sup> = 0,574
Casado/ união estável	30	15,7	120	62,8	18	9,4	23	12,0	191	100	
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>16,2</b>	<b>261</b>	<b>59,6</b>	<b>43</b>	<b>9,8</b>	<b>63</b>	<b>14,4</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste qui-quadrado

Os entrevistados que se declararam da raça branca foram os que mais optaram pelos profissionais com uso de *piercing* e cabelo longo. Já a parte da amostra que se declarou negra, foi quem mais optou pelo cirurgião-dentista com o uso de tatuagem e os que se declararam pardos, foram os que mais escolheram os sem adornos (tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição dos entrevistados por raça segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008

Cor da Pele	Escolha do Cirurgião-Dentista para atendimento										Valor de p
	Uso de Piercing		Sem adornos		Uso de Tatuagem		Uso de Cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Branca	35	17,9	112	57,4	15	7,7	33	16,9	195	100	p <sup>(1)</sup> = 0,101
Preta	15	16,3	51	55,4	16	17,4	10	10,9	92	100	
Parda	21	13,9	98	64,9	12	7,9	20	13,2	151	100	
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>16,2</b>	<b>261</b>	<b>59,6</b>	<b>43</b>	<b>9,8</b>	<b>63</b>	<b>14,4</b>	<b>432</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste qui-quadrado

A variável escolaridade interferiu de forma significativa na escolha do profissional pelo paciente, segundo seus atributos pessoais de apresentação (tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição dos entrevistados por escolaridade segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008

Escolaridade	Escolha do Cirurgião-Dentista para atendimento										Valor de p
	Uso de Piercing		Sem adornos		Uso de Tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Sem instrução	2	33,3	4	66,7	-	-	-	-	6	100	p <sup>(1)</sup> = 0,021*
Ens. fund.	23	20,4	63	55,8	12	10,6	15	13,3	113	100	
Ens. médio	37	16,7	135	60,8	22	9,9	28	12,6	222	100	
Ens. sup.	9	9,3	59	60,8	9	9,3	20	20,6	97	100	
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>16,2</b>	<b>261</b>	<b>59,6</b>	<b>43</b>	<b>9,8</b>	<b>63</b>	<b>14,4</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

\* Associação estatisticamente significativa

(1) – Através do teste qui-quadrado

Com relação à renda familiar, o profissional usando *piercing* foi mais escolhido pelo grupo com renda até 1 salário mínimo por mês e o profissional sem adornos foi escolhido com maior percentual pelo grupo que possuía renda acima de 4 salários mínimos. Dos que mais aceitaram o cirurgião-dentista com uso de tatuagem foi o grupo que tinha renda entre 2 e 3 salários e o profissional com uso de cabelo longo foi mais escolhido por aqueles que tinham renda entre 3 e 4 salários mínimos, embora a variável não tenha interferido de forma significativa nesta escolha (tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição dos entrevistados por renda familiar segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008

Renda Familiar	Escolha do Cirurgião-Dentista para atendimento										Valor de p
	Uso de <i>Piercing</i>		Sem adornos		Uso de Tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Até 1	23	20,5	65	58,0	12	10,7	12	10,7	112	100	p <sup>(1)</sup> = 0,570
Entre 1 e 2	18	16,7	64	59,3	11	10,2	15	13,9	108	100	
Entre 2 e 3	7	8,8	47	58,3	11	13,8	15	18,8	80	100	
Entre 3 e 4	7	17,5	23	57,5	2	5,0	8	20,0	40	100	
Acima de 4	16	16,3	62	63,3	7	7,1	13	13,3	98	100	
<b>Total</b>	71	16,2	261	59,6	43	9,8	63	14,4	438	100,0	

(1) – Através do teste qui-quadrado

Da análise da tabela 13 observou-se que, a exemplo da variável escolaridade, a variável religião também interferiu de forma significativa na escolha do profissional pelo paciente, segundo seus atributos pessoais de apresentação. O grupo total, 59,6%, preferiu o profissional sem adornos.

Tabela 13 – Distribuição dos entrevistados por religião segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008

Religião	Escolha do Cirurgião-Dentista para atendimento										Valor de p
	Uso de <i>piercing</i>		Sem adornos		Uso de tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Católica	38	13,7	173	62,5	25	9,0	41	14,8	277	100	p <sup>(1)</sup> = 0,005*
Evangélica	8	11,1	52	72,2	5	6,9	7	9,7	72	100	
Espírita	7	30,4	11	47,8	1	4,3	4	17,4	23	100	
Outra	1	20,0	3	60,0	-	-	1	20,0	5	100	
Não Possui	17	27,9	22	36,1	12	9,8	10	16,4	61	100	
<b>Total</b>	71	16,2	261	59,6	43	9,8	63	14,4	438	100,0	

\* Associação estatisticamente significante

(1) – Através do teste qui-quadrado

O uso pessoal de tatuagem pelo entrevistado também foi um fator que influenciou na escolha do profissional que usa tatuagem. Dentre os tatuados, 32,5% optaram por escolher este cirurgião-dentista; houve um contraponto, pois os entrevistados não usuários de tatuagem, em sua maioria preferiu o dentista sem adornos. Dos pesquisados que possuíam *piercing*, 26,8% escolheram o dentista que usava *piercing*, porém a maioria ainda optou pelo

profissional sem adornos, existindo uma relação estatisticamente significativa (tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição dos entrevistados pelo uso pessoal de tatuagem e *piercing* segundo escolha do cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008

Variáveis	Escolha do Cirurgião-Dentista para atendimento										Valor de p
	Uso de <i>piercing</i>		Sem adornos		Uso de tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Uso de tatuagem</b>											p <sup>(1)</sup> = 0,000*
Sim	10	25,0	10	25,0	13	32,5	7	17,5	40	100	
Não	61	15,3	251	63,1	30	7,5	56	14,1	398	100	
<b>Uso de <i>piercing</i></b>											p <sup>(1)</sup> = 0,002*
Sim	11	26,8	13	31,7	8	19,5	9	22,0	41	100	
Não	60	15,1	248	62,5	35	8,8	54	13,6	397	100	
<b>Total</b>	71	16,2	261	59,6	43	9,8	63	14,4	438	100,0	

\* Associação estatisticamente significativa  
(1) – Através do teste qui-quadrado

Os respondentes do sexo masculino que afirmaram ter cabelo longo foram maioria na frequência de escolha dos dentistas com uso de *piercing*, tatuagem e cabelo longo. Os respondentes que não usam cabelo longo optaram mais pelo profissional sem nenhum dos elementos de apresentação pessoal escolhido (tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição dos entrevistados do sexo masculino pelo uso pessoal de cabelo longo ao escolher o cirurgião-dentista para atendimento, Recife-PE, Brasil, 2008.

Uso de cabelo longo	Escolha do Cirurgião-Dentista para atendimento										Valor de p
	Uso de <i>piercing</i>		Sem adornos		Uso de tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	4	28,6	4	28,6	3	21,4	3	21,4	14	100	p <sup>(1)</sup> = 0,119
Não	32	17,1	114	61,0	23	12,3	18	9,6	187	100	
<b>Total</b>	36	17,9	118	58,7	26	12,9	21	10,4	201	100,0	

(1) – Através do teste qui-quadrado

Ao serem perguntados sobre por qual cirurgião-dentista não gostariam de ser atendidos de forma alguma, a distribuição por sexo dos entrevistados mostrou que as mulheres foram as que mais rejeitaram o profissional com uso

de tatuagem e de *piercing*. O sexo masculino rejeitou mais o profissional sem adornos e o com uso de cabelo longo (tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição dos entrevistados por sexo, segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008

Sexo	Escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos										Valor de p
	Uso de <i>piercing</i>		Sem adornos		Uso de Tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Masculino	25	12,4	21	10,4	111	55,2	44	21,9	201	100	p <sup>(1)</sup> = 0,261
Feminino	42	17,7	18	7,6	135	57,0	42	17,7	237	100	
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>15,3</b>	<b>39</b>	<b>8,9</b>	<b>246</b>	<b>56,2</b>	<b>86</b>	<b>19,6</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste qui-quadrado

Todas as faixas etárias tiveram maior frequência na recusa a ser atendido pelo cirurgião-dentista usuário de tatuagem, entretanto, essa recusa em ser atendido por profissional tatuado, com *piercing* ou cabelo longo foi maior no grupo com idade superior a 60 anos, onde 95% não gostariam de ser atendidos por profissional com qualquer um dos elementos de apresentação em estudo, e menor no grupo com faixa etária de 30 a 44 anos (tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendido, Recife-PE, Brasil, 2008

Faixa etária	Escolha do Cirurgião-Dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos										Valor de p
	Uso de <i>piercing</i>		Sem adornos		Uso de tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
18 a 29	30	17,5	17	9,9	86	50,3	38	22,2	171	100	p <sup>(1)</sup> = 0,212
30 a 44	23	17,3	14	10,5	77	57,9	19	14,3	133	100	
45 a 59	7	7,4	6	6,4	59	62,8	22	23,4	94	100	
Mais de 60	7	17,5	2	5,0	24	60,0	7	17,5	40	100	
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>15,3</b>	<b>39</b>	<b>8,9</b>	<b>246</b>	<b>56,2</b>	<b>86</b>	<b>19,6</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste qui-quadrado.

A distribuição com relação ao estado marital mostrou que os pesquisados solteiros, divorciados ou viúvos optaram mais por não serem

atendidos pelos cirurgiões-dentistas com uso de algum elemento de apresentação pessoal (90,7%) (tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição dos entrevistados por estado marital segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendido, Recife-PE, Brasil, 2008

Estado Marital	Escolha do Cirurgião-Dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos										
	Uso de <i>Piercing</i>		Sem adornos		Uso de Tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Solteiro/divorciado/ viúvo	41	16,6	23	9,3	127	51,4	56	22,7	247	100	p <sup>(1)</sup> = 0,129
Casado/união estável	26	13,6	16	8,4	119	62,3	30	15,8	191	100	
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>15,3</b>	<b>39</b>	<b>8,9</b>	<b>246</b>	<b>56,2</b>	<b>86</b>	<b>19,6</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste qui-quadrado

Os entrevistados de cor da pele branca recusaram principalmente os profissionais com elementos de apresentação pessoal, tendo sido o grupo dos pretos os que mais aceitaram os profissionais com modificação na apresentação pessoal (88%) (tabela 19).

Tabela 19 – Distribuição dos entrevistados por raça segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008.

Cor da Pele	Escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos										
	Uso de <i>piercing</i>		Sem adornos		Uso de tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Branca	29	14,9	12	6,2	114	58,5	40	20,5	195	100	p <sup>(1)</sup> = 0,670
Preta	16	17,4	11	12,0	48	52,2	17	18,5	92	100	
Parda	22	14,6	16	10,6	84	55,6	29	19,2	151	100	
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>15,3</b>	<b>39</b>	<b>8,9</b>	<b>246</b>	<b>56,2</b>	<b>86</b>	<b>19,6</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste qui-quadrado

Os pesquisados sem escolaridade unanimemente não gostariam de ser atendidos por algum profissional com elementos de apresentação pessoal, já o grupo com escolaridade em nível superior foi o que mais recusou ser atendido pelo profissional sem adornos (11,3%) (tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição dos entrevistados por escolaridade segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendido, Recife-PE, Brasil, 2008.

Escolaridade	Escolha do Cirurgião-Dentista pelo qual não gostaria de ser atendido										Valor de p
	Uso de <i>Piercing</i>		Sem adornos		Uso de Tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Sem instrução	1	16,7	-	-	3	50,0	2	33,3	6	100	p <sup>(1)</sup> = 0,095
Ens. fund.	12	10,6	12	10,6	66	58,4	23	20,4	113	100	
Ens. médio	38	17,1	16	7,2	119	53,6	49	22,1	222	100	
Ens. sup.	16	16,5	11	11,3	58	59,8	12	12,4	97	100	
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>15,3</b>	<b>39</b>	<b>8,9</b>	<b>246</b>	<b>56,2</b>	<b>86</b>	<b>19,6</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste qui-quadrado

Aqueles cuja renda familiar é de 3 a 4 salários mínimos foram os que mais optaram por não serem atendidos pelos profissionais com elementos de apresentação pessoal, enquanto que os de renda entre 2 e 3 salários mínimos rejeitou principalmente o profissional sem adornos (tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição dos entrevistados por renda familiar segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendido, Recife-PE, Brasil, 2008

Renda Familiar	Escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido										Valor de p
	Uso de <i>Piercing</i>		Sem adornos		Uso de tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Até 1	16	14,3	10	8,9	59	52,7	27	24,1	112	100	p <sup>(1)</sup> = 0,157
Entre 1 e 2	21	19,4	6	5,6	58	53,7	23	21,3	108	100	
Entre 2 e 3	16	20,0	10	12,5	42	52,5	12	15,0	80	100	
Entre 3 e 4	3	7,5	2	5	31	77,5	4	10,0	40	100	
Acima de 4	11	11,2	11	11,2	56	57,1	20	20,4	98	100	
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>15,3</b>	<b>39</b>	<b>8,9</b>	<b>246</b>	<b>56,2</b>	<b>86</b>	<b>19,6</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

(1) – Através do teste qui-quadrado

Com relação à variável religião, os pesquisados que se declararam evangélicos foram os que mais recusaram ser atendidos pelo profissionais com algum tipo de adorno (95,8%). Já o grupo de espíritas e o que não possui religião foram os que mais recusaram serem atendidos pelo profissional sem adornos (tabela 22).

Tabela 22 – Distribuição dos entrevistados por religião segundo escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendido, Recife-PE, Brasil, 2008

Religião	Escolha do Cirurgião-Dentista pelo qual não gostaria de ser atendido										Valor de p
	Uso de <i>piercing</i>		Sem adornos		Uso de tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Católica	39	14,1	21	7,6	168	60,6	49	17,7	277	100	p <sup>(1)</sup> = 0,004*
Evangélica	13	18,1	3	4,2	43	59,7	13	18,1	72	100	
Espírita	5	21,7	4	17,4	10	43,5	4	17,4	23	100	
Outra	-	-	-	-	5	100	-	-	5	100	
Não Possui	10	16,4	11	18,0	20	32,8	20	32,8	61	100	
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>15,3</b>	<b>39</b>	<b>8,9</b>	<b>246</b>	<b>56,2</b>	<b>86</b>	<b>19,6</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

\* Associação estatisticamente significativa

(1) – Através do teste qui-quadrado

Foi também estatisticamente significativa a relação entre o uso pessoal de tatuagem e *piercing* na escolha do cirurgião-dentista por quem os entrevistados não gostariam de ser atendidos. Aqueles que possuem tatuagem foram os que menos rejeitaram o profissional usuário de tatuagem, já os que não tinham tatuagem, recusaram mais o profissional que usa tatuagem. Fato também encontrado nos profissionais que têm ou tiveram *piercing*, recusando menos o profissional que faz uso do *piercing* (tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição dos entrevistados pelo uso pessoal de tatuagem e *piercing* ao escolher o cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008

Variáveis	Escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido										Valor de p
	Uso de <i>piercing</i>		Sem adornos		Uso de tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
<b>Uso de tatuagem</b>											p <sup>(1)</sup> = 0,000*
Sim	13	32,5	10	25,0	7	17,5	10	25,0	40	100	
Não	54	13,6	29	7,3	239	60,1	76	19,1	398	100	
<b>Uso de <i>piercing</i></b>											p <sup>(1)</sup> = 0,009*
Sim	6	14,6	9	22,0	16	39,0	10	24,4	41	100	
Não	61	15,4	30	7,6	230	57,9	76	19,1	397	100	
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>15,3</b>	<b>39</b>	<b>8,9</b>	<b>246</b>	<b>56,2</b>	<b>86</b>	<b>19,6</b>	<b>438</b>	<b>100,0</b>	

\* Associação estatisticamente significativa

(1) – Através do teste qui-quadrado

Os pesquisados do sexo masculino que já tiveram ou têm cabelo longo foram os que menos se recusaram a serem atendidos pelo profissional de cabelo longo, preferindo não serem atendidos com maior frequência pelo profissional sem adornos. Já os entrevistados que não possuem cabelo longo, preferiram não ser atendidos pelo cirurgião-dentista usuário de tatuagem, existindo uma relação estatisticamente significativa (tabela 24).

Tabela 24 – Distribuição dos entrevistados do sexo masculino pelo uso pessoal de cabelo longo ao escolher o cirurgião-dentista pelo qual não gostariam de ser atendidos, Recife-PE, Brasil, 2008

Uso de cabelo longo	Escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido										Valor de p
	Uso de <i>piercing</i>		Sem adornos		Uso de tatuagem		Uso de cabelo longo		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	3	21,4	5	35,7	4	28,6	2	14,3	14	100	p <sup>(1)</sup> = 0,006*
Não	22	11,8	16	8,6	107	57,2	42	22,5	187	100	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>12,4</b>	<b>21</b>	<b>10,4</b>	<b>111</b>	<b>55,2</b>	<b>44</b>	<b>21,9</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>	

\* Associação estatisticamente significativa  
(1) – Através do teste qui-quadrado

O principal motivo de escolha do profissional com o uso do *piercing* foi por aparentar aspectos positivos profissionais ou técnicos. Com relação à escolha do profissional sem adornos, 33,3% relataram ser por aspectos positivos profissionais ou técnicos. Do profissional com uso de tatuagem, 29,9% escolheram pelos aspectos positivos referente à aparência ou empatia. Dos que optaram pelo profissional com uso de cabelo longo, 41,3% afirmaram ter escolhido por demonstrar aspectos positivos referentes à aparência ou empatia-(tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição dos entrevistados pelo motivo de escolha do cirurgião-dentista para atendimento segundo o profissional escolhido.  
Recife-PE, Brasil, 2008.

Motivo de escolha*	n	%
<b>• Profissional com <i>piercing</i></b>		
Estereótipo de dentista	6	8,5
Aspectos positivos profissionais ou técnicos	35	49,3
Aspectos positivos referentes à aparência/empatia	17	23,9
Aspectos referentes ao uso de adornos	5	7,0
Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais	8	11,3
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>
<b>• Profissional sem adornos</b>		
Estereótipo de dentista	57	21,8
Aspectos positivos profissionais ou técnicos	87	33,3
Aspectos positivos referentes à aparência/empatia	48	18,4
Aspectos referentes ao uso de adornos	41	15,7
Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais	28	10,7
<b>Total</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>
<b>• Profissional com tatuagem</b>		
Estereótipo de dentista	1	2,3
Aspectos positivos profissionais ou técnicos	12	27,9
Aspectos positivos referentes à aparência/empatia	12	27,9
Aspectos referentes ao uso de adornos	11	25,6
Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais	7	16,3
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>
<b>• Profissional com cabelo longo</b>		
Estereótipo de dentista	9	14,3
Aspectos positivos profissionais ou técnicos	14	22,2
Aspectos positivos referentes à aparência/empatia	26	41,3
Aspectos referentes ao uso de adornos	3	4,8
Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais	11	17,5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

\* Associação estatisticamente significativa, através do teste qui-quadrado  $p = 0,000$

Com relação ao motivo de escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido, o profissional com *piercing* foi rechaçado pelos entrevistados devido a relatos de aspectos negativos quanto à aparência ou empatia. Já o aspecto referente ao uso de adornos foi o principal motivo pela rechaça do profissional que usa tatuagem. Quanto aos motivos daqueles que escolheram o profissional de cabelo longo para não ser atendido, os referentes

ao uso do adorno, bem como não possuir aspecto profissional ou técnico foram os principais apontados (tabela 26).

Tabela 26 – Distribuição dos entrevistados pelo o motivo de escolha do cirurgião-dentista pelo qual não gostaria de ser atendido segundo profissional escolhido, Recife-PE, Brasil, 2008

Motivo de não escolha*	n	%
<b>• Profissional com <i>piercing</i></b>		
Não estereótipo de dentista	5	7,5
Não possuir aspectos profissionais ou técnicos	12	17,9
Aspectos negativos quanto à aparência/empatia	27	40,3
Aspectos referentes ao uso de adornos	11	16,4
Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais	12	17,9
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100,0</b>
<b>• Profissional sem adornos</b>		
Não estereótipo de dentista	0	0
Não possuir aspectos profissionais ou técnicos	4	10,3
Aspectos negativos quanto à aparência/empatia	13	33,3
Aspectos referentes ao uso de adornos	7	17,9
Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais	15	38,5
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>
<b>• Profissional com tatuagem</b>		
Não estereótipo de dentista	22	8,9
Não possuir aspectos profissionais ou técnicos	12	4,9
Aspectos negativos quanto à aparência/empatia	17	6,9
Aspectos referentes ao uso de adornos	178	72,4
Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais	17	6,9
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>
<b>• Profissional com cabelo longo</b>		
Não estereótipo de dentista	3	3,5
Não possuir aspectos profissionais ou técnicos	22	25,6
Aspectos negativos quanto à aparência/empatia	21	24,4
Aspectos referentes ao uso de adornos	22	25,6
Outros, não informado ou exclusão dos outros profissionais	18	20,9
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100,0</b>

\* Associação estatisticamente significativa, através do teste qui-quadrado.  $p = 0,000$

*Discussão*

## 6 DISCUSSÃO

Dentre os aspectos metodológicos propostos por essa pesquisa, as principais dificuldades encontradas na construção e realização deste estudo foram ligadas, principalmente, à escolha dos modelos para serem os cirurgiões-dentista, visto que deveriam ter características semelhantes como: faixa etária, sexo, cor de pele e tipo físico. Essa busca e seleção foi a mais importante das escolhas, no intuito de evitar vieses no decorrer da pesquisa. Entre as principais vantagens pode-se destacar o tipo de amostragem a esmo, que permitiu uma maior agilidade na coleta dos dados e uma diminuição em custos de deslocamento dos pesquisadores.

A tatuagem na contemporaneidade adquiriu uma nova forma de ser assumida e de ser praticada socialmente. É cada vez mais frequente e corriqueiro ver corpos tatuados em distintos setores sociais, sem restrições (ou poucas existindo) de gênero, idade ou *status*. É evidente que a tatuagem deixou de ser uma prática exclusiva da marginalidade e começou a se inserir em novos contextos sociais, ganhando outros significados (PÉREZ, 2006).

O advento da tatuagem, *piercing* e cabelo longo como formas de mudança na apresentação pessoal culminou em gerar uma nova preocupação no mercado de trabalho, persistindo ainda diversos campos conservadores que não admitem facilmente os usuários desses adornos ou que ao menos desconfiam de suas atitudes.

O profissional de saúde sempre foi visto como um modelo, exemplo de excelência pela população no qual entregam seus corpos na busca da resolução de suas doenças. A relação profissional de saúde/paciente é determinada principalmente pela confiança e, quando esse profissional é visto com as molduras advindas do preconceito gerado pelos elementos de apresentação pessoal (*piercing*, tatuagem, cabelo longo), pode ser visto com desconfiança pela sociedade. Esse fato foi confirmado pelo resultado desse estudo, no qual o cirurgião-dentista que não possuía nenhum elemento de apresentação pessoal foi o mais escolhido pelos entrevistados e de todos os profissionais que possuíam adornos, o menos escolhido foi o usuário de tatuagem. Apesar do uso da tatuagem por distintos públicos, ainda perdura

simbolicamente o sentido de gueto, o qual identifica o tatuado com os setores marginalizados e rebeldes da sociedade.

O portal de notícias G1 publicou em abril de 2008 uma matéria intitulada “Adeptos da tatuagem acreditam que existe preconceito” afirmando que a tatuagem não encontra mais barreira de idade, sexo ou profissão. Homens e mulheres, jovens e adultos, professores e dentistas, todos podem ter uma tatuagem. Essa 'arte sobre a pele' é democrática, por mais que ainda haja na sociedade algum preconceito, principalmente quando uma imagem de irresponsabilidade é associada a quem faz uma *tattoo*. O portal ainda entrevistou o cirurgião-dentista Alexandre Otolani, de 31 anos, que tem uma grande tatuagem nas costas. Otolani acredita que nunca ouviu nenhum comentário preconceituoso porque sua tatuagem está sempre coberta pela roupa. “Acredito que ainda há esse preconceito, principalmente com profissionais da área de saúde, advogados e funcionários de grandes empresas”. Para ele, um cliente que não conhecesse seu trabalho, poderia até desconfiar de sua competência (G1, 2008).

*Piercings* e tatuagens inserem-se igualmente no *hall* das formas de modificação da aparência, marcando e expressando identidades/papéis de gênero, classe, grupo etário, estilo de vida e grupo de pertencimento (LEITÃO, 2004).

É de consciência dos tatuados a ideia que o mundo do trabalho é hostil à tatuagem, pois eles sentem que são potenciais alvos de represálias e restrições. Poderia ainda apontar para um imaginário que pensa sempre em uma reação negativa ao encontro visual de uma tatuagem. A visibilidade da marca gera um processo de estigmatização: ela não combina com trabalho, competência, confiança, mérito (OSÓRIO, 2006).

Fato este constatado neste estudo, no qual dentre os principais motivos de escolha do cirurgião-dentista (tabela 5), os mais citados pelos entrevistados foram os aspectos positivos profissionais ou técnicos. Esses aspectos estão ligados à seriedade, à responsabilidade, à competência, à delicadeza, à capacidade, à transmissão de confiança, ao domínio de conteúdo e à qualidade técnica. O paciente tende a escolher o profissional que demonstre em sua

aparência essas atitudes e a utilização de elementos de apresentação pessoal findam por quebrar essa expectativa.

Já o que motivou a escolha do profissional pelo qual não gostaria de ser atendido (tabela 6), foram exatamente os aspectos referentes ao uso de adornos (tatuagem, *piercing* ou cabelo longo), caracterizando o forte impacto que a utilização desses elementos de apresentação pessoal podem trazer ao cirurgião-dentista que faz uso.

Uma pesquisa sediada na Universidade Federal de Santa Catarina, avaliando estresse na relação médico-paciente, evidenciou que os pacientes ainda têm um grande preconceito quanto ao visual do médico, acreditando que tatuagens e *piercings*, entre outros fatores, não condizem com a atividade médica. Os pacientes desejam que o médico, assim como o seu ambiente de trabalho, demonstre-se limpo e organizando, com sinais de asseio. Também é importante o fato de os pacientes desejarem um médico que seja mais próximo, sendo inclusive um amigo, dentro e fora do consultório (PASTORE *et al.*, 2006).

O tatuado ainda é visto como doente, inapto ao trabalho e tem o comportamento moralmente reprovado, além de incitar a desconfiança nos pacientes, havendo por este motivo a recomendação de se esconderem as marcas em uma atitude de evitar o confronto no ambiente de trabalho (OSÓRIO, 2006).

A experiência da discriminação induz um efeito de conotação social da visibilidade do projeto de marcação corporal, formulando precocemente a partir da sua capacidade de ser disfarçado situacionalmente. A inscrição de tatuagens, dada a sua natureza permanente, costuma ser evitada na “pele pública”, ou seja, em territórios corporais difíceis de ocultar por peças de vestuário (nomeadamente do antebraço para a mão e do pescoço para cima) de forma a poder ser disfarçada com facilidade em situações específicas (FERREIRA, 2006).

Essa poderia ser uma postura adotada pelos jovens acadêmicos que pretendem atuar no setor de saúde e por profissionais já atuantes, os quais no caso da opção de ter uma tatuagem ou *piercing*, os usassem em uma

localização onde as vestimentas pudessem cobrir, evitando o preconceito e a estereotipagem por pacientes/clientes.

A relação entre a escolha do profissional e suas características sociodemográficas (faixa etária, estado marital, raça e renda) encontrada nas tabelas 8, 9, 10 e 12 mostra que não existiu uma associação estatisticamente significativa, revelando que um provável preconceito ou estereotipagem independem dessas características. Em outras palavras, pode-se supor que o preconceito se encontra em todas as idades, qualquer gradiente de pele, estado civil e condições financeiras.

No estudo realizado por Osório (2006), intitulado “O gênero da tatuagem”, evidenciou que o sexo feminino é o que mais possui tatuagem e o que mais procura os estúdios de tatuadores. Apesar desse dado, neste estudo se pode verificar que os homens optaram mais pelo profissional com uso de tatuagem em relação às mulheres. As mulheres mostraram-se mais conservadoras, optando menos pelo profissional com uso de tatuagem.

Como se pode observar na tabela 13, as religiões se apresentaram como um fator significativo na relação de preconceito com relação aos tatuados, portadores de *piercing* e cabelo longo. Os praticantes de igrejas evangélicas foram os que se posicionaram mais conservadores, seguidos de católicos. Aqueles que declararam não possuir religião foram os que mais aceitaram o profissional com tatuagem e os que menos escolheram o profissional sem elementos de apresentação pessoal.

De acordo com a visão “branca” e “burguesa” da Europa “civilizada”, os acessórios e técnicas associados às marcas corporais passaram a ser relacionados e denominados como primitivismo, paganismo, exotismo e barbárie, ou seja, relativos a atributos das “sociedades selvagens”, lamentando não apenas o gosto esteticamente deplorável, mas também a falta de sensibilidade e a indiferença dolorosa evidenciada pelos seus praticantes (BARKAN; BUSH, 1995).

Essa visão de paganismo e de contrariedade às normas sociais ainda é associada ao *piercing* e à tatuagem; por esse motivo, as igrejas orientam seus fiéis a evitar o uso desses adornos e terminam por induzir formas de preconceito aos seus usuários. A revista *Tatuagem, Arte e Comportamento*

publicou um artigo sobre a opinião de diversos representantes religiosos sobre o uso de tatuagem e *piercing*. O presidente da Associação Evangélica Brasileira, Ariovaldo Ramos, declarou que:

*O mundo evangélico tem uma dimensão muito grande. Há igrejas onde a tatuagem e o piercing são totalmente vetados e ponto final, nem um brinco se pode usar. Essa proibição está fundamentada na reprovação a vaidade, na reprovação ao que o Evangelho chama, formalmente, de ceder ao 'mundo' (à moda, à forma de pensar da sociedade vigente), ou seja inserir num sistema que a igreja entende que é contra a Deus e, portanto, contra o ser humano.*

O coordenador do Vicariato da Comunicação da Diocese de São Paulo, Padre Eduardo Coelho, declarou que:

*A igreja católica não tem posicionamento especial, condenação de tatuagem como existem alguns questionamentos sobre os efeitos físicos e metafísicos da tatuagem, se questiona se há mutilação, uma alteração, uma agressão ao próprio corpo. Além dessa, outra questão que pode ser considerada é a função desta tatuagem. Se ela tem uma função meramente de vaidade, ela seria apenas um instrumento para esse pecado. Esse é um cuidado que a igreja recomendaria. Em si, ela não tem condenação nenhuma, se não estiver ligada a nenhuma outra coisa condenável, como à vaidade, à heresia, à negação da fé.*

Os estereótipos são características atribuídas às pessoas baseadas no fato de elas fazerem parte de um grupo ou de uma categoria social (OAKES; HASLAM; TURNER, 1994). Tajfel (1982) destaca o fato de que a mera divisão de pessoas em diferentes grupos levaria a avaliações enviesadas sobre esses grupos e seus produtos. Para esses autores, a consciência da existência de outros grupos poderia gerar um processo de comparação entre “nós” e “eles”. Assim, indivíduos frequentemente são cooperativos em direção aos seus grupos (endogrupos) e tendem a menosprezar os membros dos outros grupos (exogrupos). Esse processo psicológico, conhecido como a diferenciação intergrupala, seria um dos principais fatores que propiciaria o surgimento de fenômenos sociais tais como a formação de estereótipos e preconceitos (ABRAMS; HOGG, 1990).

Tajfel (1982) destaca ainda a dimensão social dos estereótipos, ao concebê-los como crenças ou conhecimentos amplamente partilhados por um

grupo sobre a natureza do endogrupo e dos exogrupos. Essa perspectiva considera que, embora a formação do preconceito envolva processos cognitivos como a estereotipagem, o viés determinante dos preconceitos sociais seria a inserção do indivíduo numa categoria social e o seu grau de identificação com ela.

O processo de identificação com seu grupo social foi marcante nesse estudo, como se observa na tabela 14, referente aos entrevistados que são tatuados ou usuários do *piercing*, os quais tenderam a escolher com maior frequência o cirurgião-dentista que também possuía esses elementos de apresentação pessoal, existindo um mecanismo de defesa e identificação ao seu endogrupo de tatuados e portadores de *piercing*.

Dentre os motivos de escolha do profissional sem uso de adornos (tabela 6), os mais citados foram os aspectos positivos profissionais ou técnicos que revelam responsabilidade, seriedade, confiança, experiência etc. Dentre todos os profissionais, o sem adorno foi o que mais recebeu como resposta de motivação para sua escolha o estereótipo de dentista, tendo a sociedade uma visão que a ausência da utilização de adornos está ligada a um profissional mais responsável, com a aparência emoldurada de um profissional de saúde padrão.

Já quanto aos motivos de escolha do profissional pelo qual não gostariam de ser atendidos (tabela 7), a maioria dos entrevistados escolheu o profissional com tatuagem e afirmou ser motivada exatamente pelo uso desse adorno, confirmando a hipótese de maior preconceito com o uso de tatuagens visíveis, sendo este um fator que pode fragilizar a confiança do paciente quanto ao atendimento do cirurgião-dentista

Pérez (2006) afirmou que o novo sujeito da tatuagem parece não ter um rosto definido. É múltiplo, diverso, não tem fronteiras de sexo, percorre as diferentes gerações, transita por todas as classes sociais, pertence a distintos níveis educativos, faz diversas atividades, enfim, não possui, como antigamente, um perfil social determinado. Ainda que perdure simbolicamente o sentido de gueto que identificava a tatuagem com os setores marginais, rebeldes ou de classe baixa, já se quebraram na prática esses limites sociais,

especialmente desde o seu ingresso no mundo do mercado, quando se tornou uma das opções estético-corporais acessíveis a distintos públicos.

Apesar de todas as modificações quanto ao público usuário de tatuagem, *piercing* e cabelo longo, a massa social continua discriminando os indivíduos que se apresentam com esses elementos, principalmente nas áreas conservadoras como a de saúde, que exige do profissional uma boa aparência que transpasse uma ideia de segurança ao paciente.

A contribuição deste estudo vem exatamente no sentido de evidenciar aos acadêmicos de odontologia e aos próprios cirurgiões-dentistas acerca da necessidade da manutenção de uma boa aparência, sobre a qual se deva pensar várias vezes antes de tomar uma atitude de marcação corporal que irá perdurar por toda sua vida, podendo dificultar as relações com os pacientes e o mercado de trabalho.

Outro ponto sobre o qual não se pode ser omissos, é a conscientização da sociedade quanto à modificação do perfil dos usuários de tatuagem, *piercing* e cabelo longo, que são influenciados pelo modismo de uma cultura em constante transição de valores e o fato de eles terem esses adornos não implicar em prejuízos para seus atendimentos e sua qualidade clínica.

*Conclusões*

## 7 CONCLUSÕES

Dos resultados obtidos para essa amostra, parece-nos oportuno concluir:

- a) Os elementos de apresentação pessoal estudados influenciam na relação de escolha do cirurgião-dentista pelos pacientes;
- b) Não foi estatisticamente significativa a relação de escolha do profissional segundo as características sociodemográficas dos entrevistados referentes à faixa etária, estado marital, cor de pele declarada e renda;
- c) Foi estatisticamente significativa a relação de escolha do cirurgião-dentista segundo as características sociodemográficas dos entrevistados referentes ao sexo, escolaridade e religião;
- d) Dos elementos de apresentação pessoal, o que gerou maior recusa foi a tatuagem e o que gerou menor recusa foi o uso do *piercing*;
- e) O principal motivo para escolha do profissional sem adornos foi o relativo aos aspectos positivos profissionais ou técnicos.

*Referências*

## REFERÊNCIAS

- Castro MA. *Manual prático de marketing para cirurgiões-dentistas*. Curitiba: Vicentina; 1999.
- Gonçalves AS, Azevedo AA. A ressignificação do corpo pela educação física escolar, face ao estereótipo construído na contemporaneidade. *Pensar a prática* 2007; 10(2): 201-19.
- Rose AM. A origem dos preconceitos In: *Raça e Ciência II*. Coleção Debates. São Paulo: Perspectiva; 1972.
- Fonseca ALP. *Tatuar e ser tatuado: etnografia da prática contemporânea da tatuagem, estúdio: Experience Art Tattoo*. (Dissertação de Mestrado). Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
- Falk P. Written in the flesh. *Body & Society* 1995; 1(1): 95-105.
- Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto; 2008.
- BVS. Preconceito [D011287]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/> Acesso em: 22 de maio de 2008.
- Lima MEO, Vala J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. *Estud Psicol* 2004; 9(3): 401-11.
- Snowden Jr. FM. Europe's oldest chapter in the history of black-white relations. In: Bowser, BP (Org.) *Racism and anti-racism in world perspective*. Londres: Sage; 1995.
- Freud S. O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. In: Op. cit. 1917: 376.
- Jones JM. *Prejudice and racism*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1972.
- Goffman, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
- Smith ER, Mackie DM. *Social psychology*. New York: Worth Publishers; 1995.
- Fiske ST. Stereotyping, prejudice, and discrimination. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey, G (Orgs.). *The handbook of social psychology*. 4. ed. v. II: 357-411. Boston, MA: McGraw-Hill; 1998.
- Crochik JL. *Preconceito, indivíduo e cultura*. São Paulo: Robe; 1997.

Martins MM. Reflexões sobre preconceito: em busca de relações mais humanas. *Interação* 1998; (2): 9-27.

Rodrigues FDP. *Preconceito linguístico e não-linguístico na escola/livro didático*, 2007. Disponível em: <http://www.unicamp.br/iel/site/alunos/publicacoes/textos/p00003.htm>. Acesso em: 19 mar. 2008.

Tassianari AMI. Sociedades indígenas: introdução ao tema da diversidade cultural. In: Lopes da Silva A, Grupioni LDB (Orgs.). *A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO; 1995.

Grupioni LDB. Livros didáticos e fontes de informações sobre as sociedades indígenas no Brasil In: Lopes da Silva A, Grupioni LDB (Orgs.). *A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO; pp. 481-493, 1995.

Brasil. PCN. *Parâmetros curriculares nacionais: pluralidade cultural, orientação sexual*. Brasília: MEC/SEF; 1997.

Lacerda M, Pereira C, Camino L. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2002; 15: 165-78.

Taussig M. *Xamanismo, colonialismo e homem selvagem: um estudo sobre terror e cura*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.

Pettigrew TF, Meertens RW. Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology* 1995; 25: 57-75.

Reis, E. Dossiê desigualdade: Apresentação. *Rev Bras de Ciênc Sociais da ANPOCS* 2000; 15(42): 73-75.

Vasconcelos, TC; Gouveia, VV; Souza Filho, ML; Sousa, DMF; Jesus, GR. Preconceito e intenção em manter contato social: evidências acerca dos valores humanos. *Psico-USF Jul/Dec* 2004; 9(2): 147-54.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Ministério da Educação, 1988.

Simões A. Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia* 1985; XIX: 207-234.

Lippmann W. *Public opinion*. New York: Macmillan; 1922.

Atkinson R, Atkinson R, Hilgard E. *Introduction to psychology*. 8. ed. Nova Iorque: Harcourt Brace Jovanovich; 1983.

Tajfel H. *Grupos humanos e categorias sociais*. Lisboa: Livros Horizonte; 1982.

- Myers DG. *Psicologia social*. Rio de Janeiro: LTC; 2000.
- Pereira ME. *Psicologia social dos estereótipos*. São Paulo: E.P.U; 2002.
- Fialho K. Métodos de pesquisa em estereótipos. *Ciente Fico* 2003; 3(1).
- Baccega MA. O estereótipo e as diversidades. *Comunicação & Educação* 1998; 13: 7-14.
- Gahagan J. *Comportamento interpessoal e de grupo*. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
- Lima MM. Considerações em torno do conceito de estereótipo: uma dupla abordagem. *Revista da Universidade de Aveiro – Letras* 1997; 169-181.
- Codol J. Vingt ans de cognition sociale. *Bulletin de Psychologie* 1989; XLII(390): 472-91.
- Maisonneuve J. *La psychologie sociale*. Paris: P.U.F; 1971.
- Sherif C. *Orientation in social psychology*. New York: Harper & Row, Publishers; 1976.
- Hamilton DL, Trolie TK. Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach: 127-163. In: Dovidio J, Gaertner S (Eds.). *Prejudice, discrimination, and racism*. Orlando, FL: Academic Press; 1986.
- Amaral LA. *Conhecendo a deficiência: em companhia de Hércules*. São Paulo: Robe; 1995.
- Paim, MCC. Visões estereotipadas sobre a mulher no esporte. *Revista Digital*; 2004; 10(75): 1-1.
- Tavares GM, Sousa L, Menandro PRM, Trindade ZA. Concepções de policiais militares sobre categorias sociais que são alvo do trabalho policial. *Revista Psi* 2004; 1: cap. 5.
- Seeger A. *Os índios e nós*. Rio de Janeiro: Campus, 1980; 2:43-57 “O significado dos ornamentos corporais”.
- Le Breton D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas, SP: Papirus; 2003.
- Grognard C. *Tatouages: tags à lâme*. Paris: Syros Alternatives; 1992.
- Pérez AL. A identidade à flor da pele: etnografia da prática da tatuagem na contemporaneidade. *Mana* 2006; 12(1): 179-206.

Pierrat J. *Les homes illustrés: le tatouage: des origines a nos jours*. Paris: Larivière; 2000.

Ginzburg LR. The theory of population dynamics: 1. Back to first principles. *Journal of Theoretical Biology* 1986; 122: 385-99.

Bakhtin M. *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento: o contexto de François Rabelais*. São Paulo: Hucitec; 1987.

Leitão DK. Mudança de significado da tatuagem contemporânea, *Cadernos IHU ideias* 2004; 2(16): 1-22.

Osório AB. *O gênero da tatuagem: continuidades e novos usos relativos à prática na cidade do Rio de Janeiro (Tese de Doutorado)*. Rio de Janeiro: UFRJ; 2006.

Braz CA. *Além da pele: um olhar antropológico sobre a body modification em São Paulo [Dissertação]*. Campinas, SP: UNICAMP; 2006.

Pires BF. *Piercing, implante, escarificação, tatuagem: o corpo como suporte da arte*. [Dissertação]. Campinas: Instituto de Artes/UNICAMP; 2001.

Goffman, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

Calaza L. Com dragão tatuado no braço: aumento do número de pessoas com tatuagem e piercing gera polêmica no mercado de trabalho. *O Globo*. 1º maio 2005. Caderno Boa Chance.

Sória ML, Bordin R, Costa LCF. Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. *Cad Saúde Pública* 2002; nov/dez 18(6): 1551-9.

Macedo MAS, Alyrio RD, Oliveira MA, Andrade ROB. Heuristics and Biases of Decision: the limited rationality in decision making. In: *III Congresso Internacional do Ibero-American of Management*. São Paulo. Anais do III Congresso Internacional do IAM, 2003.

Angeloni MT. Elementos intervenientes na tomada de decisão. *Ci Inf* 2003; 32(1): 17-22.

Gutierrez, GL. *Gestão comunicativa: maximizando criatividade e racionalidade*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1999.

Araújo Santos F. *A malha técnico-científica*. Porto Alegre: UFRGS; 1998.

Robbins SP. *Administração: mudanças e perspectivas*. São Paulo: Saraiva, 2000.

Las Casas AL. *Qualidade total em serviços*. São Paulo: Atlas; 1999.

Cruz JS, Cota LOM, Paixão HH, Pordeus IA. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1997; 11(4): 307-13.

Ansuj AP, Zenckner CL, Godoy LP. Percepção da qualidade dos serviços de odontologia. *XXV Encontro Nac. de Eng. de Produção*. 29 Out – 1 Nov; Porto Alegre - RS, Brasil; 2005.

Stoner JAF, Freeman RE. *Administração*. 5. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil; 1992.

Fortes PAC. *O dilema bioético de selecionar quem deve viver*: um estudo de microalocação de recursos escassos em saúde (Tese de livre docência). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

*DECLARAÇÃO de Lisboa*: sobre os direitos do paciente. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/14lisboa.html>>. Acesso em: 12 fev. 2007.

Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. 4. reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara; 2000.

D'Ávila S. *Crítérios sociais na seleção de pacientes em serviços de odontologia*: um dilema bioético (Tese Doutorado em Saúde Coletiva). Recife: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco; 2006.

Cabral ED, Caldas Jr AF, Cabral HAM. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(6): 461–6.

Schulman KA, Berlin JA, Harless W, Kerner JF, Sistrunk S, Gersh BJ *et al*. The affect of race and sex on physicians recommendation for cardiac catheterization. *New England J Med*. 1999; Feb; 340 (8):618-26.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico 2000*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2000>. Acesso em: 08 de abril de 2007.

Beiguelman, B. *Curso prático de bioestatística*. 3. ed. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Genética; 1994. 244p.

Marconi M, Lakatos EM. *Técnicas de pesquisa*: planejamento e execução de pesquisas: amostragem e técnicas de pesquisa: elaboração, análise e interpretação de dados. 4 ed. São Paulo: Atlas; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p.21.082.

Martins GA. *Estatística geral e aplicada*. 2. ed, São Paulo: Atlas; 2002.

G1 São Paulo. Adeptos da tatuagem acreditam que existe preconceito. Abril de 2008. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/SaoPaulo/0MUL393137-5605,00.html>. Acesso em: 20 de julho de 2008.

Pastore A, Favaretto DM, Souza ELD et al. *O estresse na relação médico-paciente* [periódico na internet]. 2006. Disponível em: [http://www.cristina.prof.ufsc.br/sm\\_2005\\_2\\_med7002.htm](http://www.cristina.prof.ufsc.br/sm_2005_2_med7002.htm). Acesso em 10 de abril de 2008.

Barkan E, Bush R (Org.) *Prehistories of the future: the primitivist project and the culture of modernism*. Standford: Standford University Press; 1995.

Oakes PJ, Haslem SA, Turner JC. *Stereotyping and social reality*. Oxford: Blackwell; 1994.

Abrams D, Hogg M. *Social identity theory: constructive and critical advanced*. New York: Harvester-Wheatsheaf; 1990.

## ANEXO A

## Formulário de Pesquisa

## DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO RESPONDENTE

1 Idade: \_\_\_\_\_ anos

2 Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

3 Raça:

( ) Branca ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Asiático ( ) Indígena

4 Estado marital:

( ) Solteiro(a)

( ) Casado(a)

( ) Divorciado(a)

( ) Viúvo (a)

( ) União estável

5 Escolaridade:

( ) Não alfabetizado

( ) Ensino fundamental incompleto

( ) Ensino fundamental completo

( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino médio completo

( ) Ensino superior incompleto

( ) Ensino superior completo

6. Renda familiar

( ) Até 01 salário mínimo (até R\$ 415,00)

( ) Entre 1 e 2 salários mínimos (acima de R\$ 415,00 a R\$ 830,00)

( ) Entre 2 e 3 salários mínimos (acima de R\$ 830,00 a R\$ 1.245,00)

( ) Entre 3 e 4 salários mínimos (acima de R\$1.245,00 a R\$ 1.660,00)

( ) Entre 4 e 6 salários mínimos (acima de R\$ 1.660,00 a R\$ 2.490,00)

( ) Entre 6 e 10 salários mínimos (acima de R\$2.490,00 a R\$4.150,00)

( ) Mais de 10 salários mínimos ( mais de R\$ 4.150,00)

7. Religião

( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Outra ( ) Não possui

## ANEXO B

Cenário do caso:

1 ) Quais desses cirurgiões-dentistas você escolheria para realizar seu tratamento odontológico?

Profissional 1  Profissional 2  Profissional 3  Profissional 4

2) Por que você escolheu esse profissional?

---

---

---

3) Qual desses profissionais você não escolheria de forma alguma?

Profissional 1  Profissional 2  Profissional 3  Profissional 4

4) Por que você não escolheria esse profissional?

---

---

---

5 ) Você usa algum tipo de tatuagem ?  Sim  Não

6 ) Você usa ou usou algum tipo de *piercing*?  Sim  Não

7 ) Você usa ou usou cabelo longo?  Sim  Não

## ANEXO C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As informações aqui contidas foram fornecidas pela Profª Drª Eliane Helena Alvim de Souza, integrante do Departamento de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, objetivando firmar acordo por escrito, mediante o qual o pesquisado, objeto de estudo, autoriza sua participação, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos aos quais será submetido, com livre arbítrio e sem coerção.

**Nome da pesquisa:** Identificação dos fatores relacionados à escolha do cirurgião-dentista.

1. **Objetivo principal:** Identificar os motivos que influenciam a escolha do dentista por parte das pessoas.
2. **Metodologia:** Serão realizadas entrevistas dirigidas.
3. **Benefícios:** Os resultados permitirão que a formação do cirurgião-dentista atenda também às motivações de escolha pela população.
4. **Risco:** O entrevistado que concordar em participar da pesquisa não está sujeito a nenhum risco.
5. **Informações adicionais:** Os dados obtidos são sigilosos e não há possibilidade de identificação dos participantes, haja vista que no questionário a ser aplicado o entrevistado não colocará seu nome e este Termo será arquivado separadamente do questionário.
6. **Retirada do consentimento:** Os participantes podem deixar de participar do estudo em questão em qualquer ocasião.

Eu, \_\_\_\_\_ RG. N°

\_\_\_\_\_, certifico que, após a leitura deste documento e de outras explicações dadas sobre os itens acima, estou de acordo com a utilização de informações prestadas para o estudo.

Em caso de dúvida, devo entrar em contato com a Profª Drª Eliane Helena Alvim de Souza, orientadora desta pesquisa através do telefone: (81) 3458-1186, do endereço: Av. General Newton Cavalcanti, 1650, bairro: Tabatinga, Camaragibe/PE ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco, localizado à Av. Agamenon Magalhães, s/n, bairro: Santo Amaro, Recife/PE, fone: 3416-4125.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de .

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante)

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

\* Elaborado com base na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial nº 201 de 16/10/96.

## ANEXO D



Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP**

Registro CEP/UPE: 030/08

Registro CAEE: 0030.0.097.000-08

Título: Influência de elementos da apresentação pessoal do cirurgião-dentista na relação de escolha do profissional pelo paciente.

Pesquisador(a) Responsável : Eliana Helena Alvim de Souza

O plenário do Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco – CEP/UPE, em sua reunião ordinária, realizada no dia 06 de maio de 2008, no exercício de suas atribuições legais e em consonância com as Resoluções do Conselho Nacional da Saúde, resolve considerar **"APROVADO"**, para início de sua pesquisa, o projeto referenciado no *caput* deste documento.

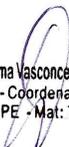
O CEP informa ao pesquisador que tem por obrigação:

- Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou do TCLE. Nestas circunstâncias, a inclusão de pacientes deve ser temporariamente suspensa até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas;
- Comunicar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo;
- Apresentar relatório parcial e o final até 60 dias após o término da pesquisa.

O CEP/UPE agradece a oportunidade de poder contribuir na apreciação do referido projeto e encontra-se à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Certo de oportunamente poder contar com nova apreciação, reitero votos de sucesso.

Recife, 15 de maio de 2008.

  
 Profª Drª Selma Vasconcelos Figueiroa  
 Vice - Coordenadora  
 CEP/UPE - Mat: 7263-0

## ANEXO E

### TERMO DE DOAÇÃO DE IMAGEM - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Influência de elementos da apresentação pessoal do cirurgião-dentista na relação de escolha do profissional pelo paciente.

Responsável: Profª Drª Eliane Alvim de Souza

A pesquisa objetiva identificar os motivos que influenciam a escolha do dentista por parte das pessoas. A pesquisa não trará quaisquer ônus, prejuízos ou riscos em potencial para os participantes da mesma.

A coleta de dados será realizada por meio de formulário, contendo dados de identificação e questões referentes ao tema abordado pela pesquisa.

Os dados coletados por esta pesquisa serão agrupados em instrumentos estatísticos como gráficos, tabelas e quadros, que poderão ser utilizados em reuniões científicas e serem publicados em revistas ou quaisquer outros meios científicos, inclusive com a utilização de fotos para ilustração, sempre omitindo a identidade do propósito por ocasião da publicação dos resultados.

O documento será guardado pelos pesquisadores responsáveis e em nenhum momento será permitido o conhecimento por outras pessoas.

Diante do exposto, sei que tenho o direito de não participar ou desistir a qualquer momento do ensaio fotográfico como também o direito de escolher a melhor fotografia que irá ser utilizada.

Em vista dos esclarecimentos acima, declaro ser de livre e espontânea vontade o meu consentimento em posar para as fotografias e que as minhas imagens possam ser utilizadas.

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura) (assinatura do pesquisador)

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Qualquer esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora Profª Drª Eliane Helena Alvim de Souza. Endereço: Av. General Newton Cavalcanti, 1650, Bairro: Tabatinga, Camaragibe/PE- Fone (81) 34581186 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa, localizado à av. Agamenon Magalhães, s/n, bairro: Santo Amaro, Recife/PE, fone: 34164125.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)