

Universidade Federal De Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA
DOS MUNICÍPIOS DA AMFRI

RAPHAEL NUNES BUENO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

FLORIANÓPOLIS

2004

Universidade Federal De Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

RAPHAEL NUNES BUENO

QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DOS
MUNICÍPIOS DA AMFRI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

FLORIANÓPOLIS

2004

RAPHAEL NUNES BUENO

QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DOS
MUNICÍPIOS DA AMFRI

Esta Dissertação foi julgada adequada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre e aprovado pelo Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de concentração: Ergonomia

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.
Coordenador do Curso de Pós-graduação

Florianópolis, 21 de Dezembro de 2004

Banca examinadora:

Prof. Glaycon Michels, Dr.
Orientador

Prof. Sebastião I. Vieira, Dr.
Membro

Prof^a. Gladys A. V. Benito, Dr.
Membro

Prof. Maurício I. Guimarães, Msc.
Membro

“Eu amo tudo que foi
Tudo o que já não é
A dor que já não me dói
E o que deixou alegria
Eu amo tudo o que foi
E hoje já é outro dia!”

Fernando Pessoa

SUMÁRIO

Lista De Figuras.....	viii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Quadros.....	x
Lista de Reduções	xi
Resumo.....	xi
Abstract.....	xii
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Apresentação do problema	1
1.2Objetivos	3
1.2.1 Objetivo geral.....	3
1.2.2 Objetivos específicos.....	3
1.3 Justificativa e relevância	3
1.4 Delimitação do estudo	5
1.5 Limitações do estudo.....	6
1.6 Descrição dos capítulos	6
2 REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1 História da Odontologia.....	7
2.2 Odontologia no Brasil	7
2.3 A prática odontológica	11
2.4 Posto de trabalho e equipamentos odontológicos.....	12
2.5 Posição de trabalho e delimitação das áreas de trabalho de acordo com o esquema gráfico ISO/FDI.....	13
2.6 Exigências do trabalho do cirurgião-dentista	15
2.7 Significado de trabalho.....	17
2.8 Qualidade de vida no trabalho.....	20
2.9 Estresse.....	23
2.10 Depressão.....	26
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
3.1 Modelo de estudo.....	30
3.2 População e amostra.....	30
3.3 Seleção dos sujeitos.....	31

3.4 Caracterização do local	31
3.5 Coleta de dados	32
3.6 Instrumentos	33
3.7 Aspectos éticos	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 Perfil dos cirurgiões-dentistas entrevistados	37
4.1.1 Idade da população avaliada.....	37
4.1.2 Sexo.....	38
4.1.3 Estado civil.....	39
4.1.4 Número de empregos dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....	40
4.1.5 Jornada de trabalho dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....	41
4.1.6 Sono.....	42
4.1.7 Tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....	44
4.1.8 Estudos em desenvolvimento.....	45
4.1.9 Tipo de emprego dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....	46
4.2 Qualidade de Vida dos Cirurgiões-Dentistas	50
4.2.1 Qualidade de vida conforme sexo.....	57
4.2.2 Qualidade de vida por tipo de contrato de trabalho.....	57
4.2.3 Qualidade de vida por número de empregos.....	58
4.3 Estresse dos cirurgiões-dentistas entrevistados	59
4.3.1 Estresse conforme sexo.....	60
4.3.2 Estresse por tipo de contrato de trabalho.....	60
4.3.3 Estresse por número de empregos	61
4.4 Depressão dos cirurgiões-dentistas entrevistados	61
4.4.1 Depressão conforme o sexo.....	62
4.4.2 Depressão por tipo de trabalho.....	63
4.4.3 Depressão por número de empregos.....	63
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	68
5.2 Conclusões	65
5.3 Recomendações para futuros trabalhos	66
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
7 ANEXOS	75

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Perfil dos entrevistados segundo idade.....	37
FIGURA 2: Universo dos entrevistados conforme sexo.....	39
FIGURA 3: Perfil dos entrevistados segundo o estado civil.....	40
FIGURA 4: Perfil dos entrevistados segundo o número de empregos.....	41
FIGURA 5: Perfil dos entrevistados segundo jornada de trabalho.....	42
FIGURA 6: Perfil dos entrevistados segundo horas de sono.....	43
FIGURA 7: Perfil dos entrevistados segundo tempo de exercício profissional.....	44
FIGURA 8: Perfil dos entrevistados segundo dedicação aos estudos.....	46
FIGURA 9: Perfil dos entrevistados segundo contrato de trabalho.....	47
FIGURA10: Resultado do Inventário de Qualidade de Vida	50
FIGURA 11: Qualidade de Vida –resultado por quadrantes.....	52
FIGURA 12: Ocorrência de estresse nos entrevistados.....	59
FIGURA 13: Ocorrência de depressão nos entrevistados.....	61

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Resultado do Inventário de Qualidade de Vida aplicado aos cirurgiões- dentistas.....	51
TABELA 2: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante social.....	51
TABELA 3: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante afetivo.....	53
TABELA 4: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante afetivo.....	54
TABELA 5: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante saúde.....	56

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Resultado do Inventário sobre qualidade de vida.....53

QUADRO 2: Graus de depressão por escore do Inventário de Beck.....55

LISTA DE REDUÇÕES

AMFRI – Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú.

AMMVI – Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí.

AMVALI – Associação dos Municípios do Vale do Rio Itapocú.

ASDS – American Society of Dental Surgeons.

BDI- Beck Inventory of Depression.

C.D. – Cirurgião-Dentista

CFO – Conselho Federal de Odontologia.

CPO-D – Índice de dentes cariados, perdidos, obturados.

CRO _ Conselho Regional de Odontologia.

D.O – Doenças ocupacionais

ISO - Standart International Organization.

FDI – Federal Dental International.

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais.

SUS – Sistema Único de Saúde.

RESUMO

BUENO, Raphael Nunes. **Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios da AMFRI**. Florianópolis, 2004. 107p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2004.

Resumo: A busca por se manter competitivo no mercado de trabalho não deve ocasionar no cirurgião-dentista uma queda em sua qualidade de vida, pois sem dúvida, o prejuízo se dará em todas as dimensões de sua vida, afetando desta forma sua família, seu círculo de amizade, seu ambiente de trabalho, comprometendo sua atuação como agente transformador da sociedade a qual está inserido. A pesquisa de abordagem quali-quantitativa foi desenvolvida com 57 cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios pertencentes à região da AMFRI, em Santa Catarina. O objetivo foi avaliar a ocorrência de estresse, depressão e o grau de comprometimento da qualidade de vida em profissionais que são cada vez mais exigidos em sua atuação. O estudo foi realizado de fevereiro a setembro de 2004. A coleta de dados se deu por meio da aplicação de questionários baseados em três inventários: Lipp (1996), Werutsky (1999) e Masci (2004). A análise da situação e resultados revelou 12% da amostra estudada com boa qualidade de vida, ou seja, com sucesso afetivo, social, profissional e saúde, 24.5% com diferentes níveis de depressão e apenas 5% dos profissionais com estresse, necessitando tratamento específico. Este estudo detecta alterações na esfera pessoal e profissional destes indivíduos, mostrando que a grande maioria dos entrevistados não possui qualidade de vida, apesar de não apresentarem altos níveis de depressão e estresse. A discussão em torno da qualidade de vida no trabalho proporciona orientações para a prevenção da ocorrência de distúrbios, frisando a importância do equilíbrio entre as exigências da vida laboral e as necessidades psico-fisiológicas, destacando que para obter sucesso na qualidade de vida é necessário um bom desempenho profissional e individual.

Palavras-chave: cirurgião-dentista, estresse, depressão, qualidade de vida e saúde pública.

ABSTRACT

BUENO, Raphael Nunes. **Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios da AMFRI**. Florianópolis, 2004. 107p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2004.

Abstract: The effort to remain competitive in the job market should not lead to a decrease in the quality of life of the dental surgeon, since this would, without doubt, prove harmful to all the areas of his life, affecting his health, his family, his circle of friends and his working environment, and compromising his practice an agent of change in the society in which he lives. This study, which takes a qualitative and quantitative approach, was carried out among 57 dental surgeons working in the public network of towns within the AMFRI region, in Santa Catarina. The objective was to evaluate the occurrence of stress and depression, and the degree to which these affect the quality of life of professionals who have an increasingly demanding practice. The study was carried out from February to September 2004. The data was collected through the application of questionnaires based on three questionnaires: Lipp (1996), Werutsky (1999) and Masci (2004). The analysis of the situation and results obtained, revealed that 12% of the sample studied enjoys a good quality of life, i.e. success in the affective, social, and professional areas, and good health, 24.5% suffer from depression to differing degrees, and only 5% of the professionals suffer from stress, requiring specific treatment. This study points out the difficulties faced by these individuals in their personal and professional lives, resulting in a poor quality of life for the majority of those interviewed, despite the fact that they did not present high levels of depression and stress. The discussion on quality of life in the workplace provides guidelines for preventing the occurrence of disturbances, emphasizing the importance of balancing the demands of the working life with psychological and physiological needs, and emphasizing that to successfully obtain quality of life, good professional and individual performance are essential.

Key words: dental surgeon, stress, depression, quality of life and public health.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do problema

Há quem diga que o homem é o produto do ambiente em que ele se forma, então como explicar as mazelas que afligem a humanidade, estando cada vez mais a natureza subordinada a vontade do próprio homem? Desde o século XVII, conhecido como a “era da razão”, o iluminismo europeu tentou estabelecer uma espécie de ligação íntima entre este domínio humano sobre o ambiente chamado de progresso da civilização e o aumento da qualidade de vida. Para Gianetti (2002) o avanço do saber científico, o domínio crescente da natureza pela tecnologia, o aumento exponencial da produtividade e da riqueza material, a emancipação das mentes após séculos de opressão religiosa, superstição e servilismo, a transformação das instituições políticas em bases racionais, e o aprimoramento intelectual e moral dos homens por meio da ação conjunta da educação e das leis, justificariam segundo os pensadores iluministas um aumento na qualidade de vida da humanidade, que resultaria em um estado de felicidade que abrangessem a todos. Entretanto a história mostra que os avanços no campo da ciência da tecnologia e da produtividade, fatores admitidos como objetivos não resultaram ao mesmo tempo em avanços nas questões subjetivas tais quais: felicidade, bem estar e realização existencial, desta forma não nos trazendo um real acréscimo em nossa qualidade de vida.

Qualidade de vida que é resultado de inter-relações de fatores que constituem o cotidiano do ser humano, numa somatória de acontecimentos, pessoas e situações na esfera privada e pública, destacando-se a dimensão trabalho com uma importante significância na vida de muitas pessoas (PATRÍCIO 1999). Ainda conforme Casagrande (2002) o trabalho ocupa um espaço muito importante na vida do ser humano, ocupando um tempo significativo de nossas vidas, desde a antiguidade é o trabalho que garante a subsistência da espécie através da produção de bens que satisfazem nossas necessidades fisiológicas, sociais e econômicas. Muitas vezes é ele que permite ao trabalhador estabelecer sua identidade, pois para muitos, a própria existência e seus relacionamentos não conseguem forjá-la (GONZÁLES; BECK, 2002). Sabe-se que além de nos satisfazer de alguma maneira o trabalho em diversas ocasiões é visto como algo penoso, difícil, como uma obrigação e não como algo que nos dê sentido à vida. Esta condição pode acarretar no homem diversas patologias que se manifestam no transcorrer de sua vida laboral. Para Dejours, Dessors e Desrioux, (1993) o trabalho não significa apenas um modo de se ganhar a vida, mas, sobretudo, uma maneira de inserção social,

podendo ser fator de equilíbrio desenvolvimento pessoal e não apenas fator de deterioração física e psíquica.

Vida laboral que no caso da Odontologia vem abruptamente mudando seu perfil. Para Kosmann (2000) a inversão da figura do cirurgião-dentista enquanto profissional liberal por exclusividade, a um profissional liberal vinculado também a algum serviço público, em empresas ou sindicatos, é o resultado de transformações sociais e econômicas vivenciadas por nosso país nas duas últimas décadas. Este processo de transformação da profissão ocasionado pelo avanço técnico e científico, fatores econômicos, inclusão de novos materiais e técnicas e novas relações de trabalho pode resultar em alterações em sua rotina, atuando em suas condições psicossociais podendo gerar depressão e estresse causando assim uma queda em sua qualidade de vida, afetando sua vida social e profissional.

Segundo Bittencourt (2003), o cirurgião-dentista é um profissional extremamente trabalhador, perfeccionista, que prioriza suas habilidades manuais, nem que para alcançar a perfeição tenha se expor ao sofrimento, estresse, relações de conflito com pacientes e familiares, ansiedades e carga excessiva de trabalho. Soma-se a essas condições, as múltiplas jornadas de trabalho, carga-horária que dificulta e reduz a qualidade do trabalho e da atenção, uma ausência de serviços de vigilância à saúde do trabalhador, além de centros universitários distantes da realidade de mercado formando profissionais em descompasso com as normas e diretrizes do SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, advindo da Reforma Sanitária a Lei Orgânica da Saúde nos traz uma perspectiva de cumprimento da legislação constitucional e complementar “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990).

Para Garrafa e Moysés (1996), apesar do grande número de faculdades de odontologia e de profissionais dentistas atuando no mercado de trabalho, o quadro da saúde bucal da população é alarmante. Apesar da ciência, nestes últimos anos, ter fornecido instrumentos à Odontologia brasileira, capazes de erradicar na população pelo menos as duas principais doenças que acometem a cavidade bucal, a cárie e a doença periodontal, o que se tem visto, é que o quadro epidemiológico não tem mudado significativamente neste tempo. As verdadeiras causas relacionadas com este caótico quadro, não dependem de ações técnicas isoladas, mas sim de ações que estejam inseridas dentro de um contexto maior que é a situação global de cidadania do país.

Portanto, os problemas bucais da população brasileira vão além da limitada fronteira de influência do setor técnico-científico da Odontologia.

Apesar do sistema estomatognático ser parte integrante da saúde geral do indivíduo, o modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de responder às necessidades da população, não intervindo na prevalência das doenças bucais, sendo elitista, descoordenado, difuso, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo, baixo impacto social e desconectado da realidade epidemiológica e social do Brasil.

Resta saber como está a qualidade de vida de profissionais que praticam a Odontologia em um cenário tão adverso, e a quantidade e maneira que os mesmos são atingidos por estresse e depressão resultantes de variáveis ocupacionais com reflexo em suas vidas particulares.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas da rede pública municipal da região da AMFRI (Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí) do Estado de Santa Catarina;

1.2.2 Específicos

Avaliar nos cirurgião-dentista dos serviços públicos municipais da região da AMFRI, através de instrumentos:

- A prevalência de estresse;
- Quantificar a existência de depressão;
- Medir os níveis de estresse.

1.3 Justificativa e Relevância

O autor ingressou como cirurgião-dentista da rede pública, no ano de 1998 quando de sua aprovação em concurso realizado pela Prefeitura Municipal de Piçarras,

município pertencente a AMFRI (Associação dos Municípios da Foz o Rio Itajaí-Açú). Nestes 06 anos de carreira pública vivenciou diversos momentos que o fizeram se interessar pela qualidade de vida de sua categoria, visto que as mudanças sócio-econômicas de nosso país refletiram diretamente na vida profissional dos profissionais da odontologia, tanto na perda salarial, no acúmulo de vínculos de trabalho, no status profissional conseqüentemente trazendo prejuízos a saúde da categoria. Um desses aspectos é o que diz respeito ao conflito que opõe o desejo do trabalhador à realidade do trabalho, colocando face a face o seu projeto espontâneo e a organização do trabalho, que limita esse projeto e que prescreve seus modos operatórios de forma precisa, (DEJOURS, DESSORS E DESRIAUX, 1993).

O mercado de trabalho é regido pela balança oferta e procura. Na Odontologia, o excesso de profissionais no mercado (oferta) e a perda do poder aquisitivo da população nos últimos anos provocou a diminuição na procura dos serviços odontológicos oferecidos pela rede privada. Este fato incidiu diretamente nos honorários dos dentistas. Em decorrência do esvaziamento dos consultórios, o trabalho autônomo aos poucos vai cedendo lugar ao trabalho assalariado direto (contratação) ou indireto (credenciamento). Esta modificação acarreta alterações no exercício profissional, exigindo nova postura para a nova situação. O mercado torna-se mais competitivo, forçando os profissionais a procurar colocações em empresas privadas ou no serviço público através do assalariamento (ALMEIDA; VENDÚSCOLO; MESTRINER, 2000).

Ainda segundo Júnior (2003), não importa a natureza do vínculo de trabalho, mas sim a satisfação em realizá-lo, visto que uma profissão não deve ser considerada apenas pelo conjunto de aptidões e habilidades de quem as executa, mas também por fatores psicológicos e sociais que influenciam seu comportamento no exercício de sua função condicionando sua compatibilização com o trabalho. É esta compatibilização que leva à chamada satisfação profissional, que pode ser definida como o estado emocional positivo resultante do prazer que se tem com as experiências do trabalho (NICOLIELO; BASTOS 2002).

Ulbricht (2000) afirma que os cirurgiões-dentistas estão sujeitos a sobrecargas físicas, principalmente nos membros superiores, havendo repetição nos padrões de movimento, comprimindo as estruturas deste segmento. A posição sentada, ao mesmo tempo em que diminui o gasto energético e aumenta o rendimento, pode estimular a tomada de posições estáticas e inadequadas, por longos períodos, levando ao surgimento de lesões músculo-esqueléticas. Em relação à sobrecarga mental, a autora salienta que a instalação de estresse pode se dar pelo fato do profissional lidar diretamente com a vida

das pessoas, não sendo permitido erros; a necessidade constante de atualização quanto as novas técnicas e tecnológicas e também pela ansiedade apresentada pelos pacientes ao serem submetidos ao tratamento odontológico.

Conforme BRASIL (2001), a relação de episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil, e estão muito relacionadas à: decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências de desempenho, instabilidade no emprego ou através da perda de lugar na hierarquia da empresa, ou até mesmo pela demissão.

Vilagra (2002) afirma que a falta de dados referentes à epidemiologia de doenças ocupacionais no Brasil é um dos fatores limitadores e obstáculo para o desenvolvimento da pesquisa científica. Pesquisas recentes como a de Pinto (2003); Bittencourt (2003); Ulbricht (2000) e Régis Filho (2000) vêm a confirmar a necessidade de ampliarmos os estudos em relação à profissão odontológica e todas suas implicações, não somente em indicadores de saúde, mas principalmente na saúde dos profissionais os quais a pratica.

Desta forma é importante estar detectando de que maneira os determinantes da saúde do trabalhador tais quais, condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e os fatores de riscos ocupacionais, aqui compreendidos: físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral afetam a qualidade de vida do cirurgião-dentista.

1.4 Delimitações do estudo

O estudo a seguir limitou-se a avaliar por parâmetros a qualidade de vida, depressão e estresse de cirurgiões-dentistas da região da AMFRI (Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú), buscando levantar as causas que podem afetar a saúde destes profissionais, realizando uma análise quali-quantitativa das variáveis. Este trabalho usou como referencial o estudo de Motter (2001), que analisou a qualidade de vida dos médicos militares do Hospital Geral de Curitiba, com o intuito de reafirmar o aumento da incidência de doenças ocupacionais entre os profissionais de saúde, levantando as causas geradoras tornando mais clara a adoção de medidas preventivas que promovam qualidade de vida a estes profissionais. As etapas observadas para a realização da pesquisa foram estruturadas da seguinte forma: Revisão Bibliográfica, Definição do Universo da Pesquisa; Definição da População Referência; Levantamento de Dados; Tratamento Qualitativo dos Dados; Discussão dos Resultados e Recomendações.

1.5 Limitações do estudo

As limitações deste estudo podem ser representadas por diferentes variáveis, tais quais:

- Execução das etapas concomitantemente a atividades profissionais, restringindo desta maneira o tempo de dedicação ao estudo, sendo compensado pelos horários de folga, feriados e férias.
- A falta de interesse de alguns gestores dos serviços de saúde da região abordada em promover a realização do estudo em seus serviços;
- A ineficiência dos programas de saúde do trabalhador, que dificultam o levantamento de dados epidemiológicos mais específicos em relação a população descrita.

1.6 Descrição dos capítulos

O capítulo dois traz, de forma breve, o referencial teórico versando sobre o histórico da Odontologia, Odontologia no Brasil, a prática odontológica, postos de trabalho, equipamentos odontológicos, distúrbios ocupacionais na Odontologia, posição de trabalho e delimitação das áreas de trabalho de acordo com o esquema gráfico ISO/FDI, exigências do trabalho do Cirurgião-Dentista, significado de trabalho, qualidade de vida no trabalho, estresse e depressão.

O capítulo três contempla a explanação sobre materiais e métodos, a descrição da população avaliada, do local da pesquisa, das técnicas aplicadas e do material de apoio.

O capítulo quatro mostra os resultados e discussão a respeito da pesquisa. Nele encontra-se a tabulação dos dados da pesquisa de campo além de comentários a respeito dos procedimentos bem como gráficos e tabelas.

As conclusões do trabalho estão inseridas no capítulo cinco.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 História da Odontologia

Segundo Ulbricht (2000) as afecções que acometem os tecidos bucais parecem ser tão antigas quanto o próprio homem. Achados antropológicos da pré-história provam a existência de enfermidades da boca e seus tecidos através de maxilares encontrados com vestígios de cárie e doenças periodontais. No oriente, mais precisamente na Índia, a sabedoria sobre a odontologia era considerada de origem divina. Diz a lenda que remonta 5.000 a.C., que Ashvins, filhos gêmeos do sol, passaram seu conhecimento sagrado a Indra, que deixou a ciência fluir até Dhanvantari, divindade da medicina, que tocou com a luz da verdade Sushruta e Charaka. Grande parte dos conhecimentos atuais acerca dos primeiros tratamentos hindus provém do *Sushruta Samhita* (coletânea de Sushruta). No Egito a medicina era praticada a cerca de 4600 anos. Por volta de 460 a.C. esta profissão já estava tão disseminada, que logo começaram a surgir os especialistas. Heródoto, um historiador grego do século V a.C., descreve que no Egito “a prática da medicina está tão dividida entre os egípcios, que cada médico cura tão somente de uma enfermidade. Todo o país está repleto de médicos, uns de olhos, outros de dentes, dos que diz respeito ao ventre de enfermidades mais ocultas” (ANDRADE, 1998). Uma das evidências que o tratamento odontológico estava separada do tratamento médico foi uma estrela encomendada pelo faraó Sahura, como presente ao seu médico favorito. Na parte baixa da estrela existe uma pequena figura, identificada com uma inscrição que significa “homem do dente”. O primeiro dentista conhecido foi Hesi-Re, que viveu durante o reino Zoser, a placa citada foi feita para ele e este era conhecido como o “maior dos médicos que trata dos dentes” (RING, 1998).

Segundo Lerman (1964), foi no Egito que a Odontologia se originou, pois são daquela região os documentos (papiros) mais antigos que relatam como tratar as doenças do dentes e das gengivas. Rosenthal (2001), afirma que, várias descrições sobre a importância da dentição foram encontradas em textos bíblicos, assim como no código de Hamurabi.

A odontologia assim como descreve Samico (2004), nasce em épocas pré-históricas, quando o homem primitivo teve suas primeiras dores vários médicos da Antigüidade publicaram em suas obras referências às enfermidades bucais. Hipócrates (460-370 a.c), considerado o “Pai da Medicina”, descreveu em seus estudos aspectos relacionados à doença cárie dentária, maloclusão, abscessos, necrose entre outros. Até o século XVI, a Odontologia era praticada por barbeiro, sangradores e outros charlatões,

baseada em práticas empíricas, sem as menores condições de higiene e sob nuances de religiosidade.

A prática odontológica começou a se organizar enquanto profissão na Europa, no fim do século XVII, embora persistissem os práticos graças a sua clientela de proletários que não viam alternativa para o alívio de sua dor se não se submetendo as suas intervenções. Segundo Andrade (1999) preocupados em garantir a profissionalização dos trabalhadores envolvidos com a saúde bucal da população o Estado de Bradenburg-Prússia, em 1685, estipulou um exame compulsório para os médicos e cirurgiões que quisessem praticar a odontologia, sendo seguido pelo parlamento francês em 1699. Estas ações surtiram efeito aquém do desejado, reservando o conhecimento profissional para poucos que o mantinham em sigilo quase absoluto.

Alguns autores (NOVAES, 1998; REIBNITZ, 2003) reputam a Pierre Fauchard a fundação da odontologia, devido a publicação de seu livro “O cirurgião-dentista, um tratado sobre os dentes”. Pierre Fauchard era um cirurgião militar inglês radicado na França, que ao invés de esconder seus conhecimentos, os revelava detalhadamente, fazendo com que houvesse um salto qualitativo na área incentivando diversos autores a transmitir suas experiências para o papel.

De acordo com Ring (1998, *apud* REIBNITZ, 2003), este livro foi concluído em 1723, demorando cinco anos para ser publicado. Em 1746 foi publicada uma segunda edição, que incluía mais material e melhores ilustrações em relação à primeira, composta por dois pequenos volumes num total de 863 páginas. Foi o livro mais importante sobre odontologia surgido naquela data, e permaneceu como autoridade neste campo até o século seguinte.

Segundo Andrade (1998) Fouchard possuía um avançado conhecimento sobre próteses dentais, era um apóstolo da Odontologia Preventiva, revolucionando o conceito ergonômico do consultório sugerindo que o paciente deveria ficar acomodado em uma cadeira com apoio para os braços, em vez de sentado no chão. Afirma ainda que Fouchard cunhou o termo de cirurgião-dentista para a profissão, destacando-as das demais especialidades cirúrgicas.

Se, por um lado os conhecimentos científicos sobre a filosofia do dente se aprofundavam e o número de profissionais também, não se percebeu um maior acesso da população a tratamentos que gerassem menor desconforto, melhor estética e principalmente que prevenissem as patologias mais comuns como cáries e doenças periodontais.

Robertt Woofendale foi o primeiro cirurgião-dentista profissional a desembarcar na América do Norte, em 1776, clinicando por dois anos e retornando a Inglaterra,

permanecendo lá por 20 anos até se mudar novamente para o Novo Mundo (Andrade, 1999).

Em meados do século XIX graças a Revolução Francesa e suas implicações, os Estados Unidos levaram vantagem no desenvolvimento da Odontologia, tanto que em 1840 nasce nos Estados Unidos, em Maryland, a primeira escola de odontologia do mundo, chamada de Baltimore College of Dental Surgery, tendo cinco alunos e a duração de apenas dois anos. Neste mesmo ano ocorreu a formação da 1ª Associação Nacional da Categoria no mundo, a American Society of Dental Surgeons (ASDS) (Ring, 1998).

A partir de 1900, a odontologia se firmou como profissão tanto nos Estados Unidos, quanto na Europa, surgindo a função de Técnico em Higiene Dental, foi desenvolvido por Frederick McKay o índice CPO-D (cariados, perdidos e obturados) utilizado até hoje pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como parâmetro da prevalência de cárie na população. O alto grau de dispensa médica por causa dos problemas dentais durante o recrutamento de soldados para a segunda Guerra Mundial levou as faculdades norte-americanas a incluírem no currículo a disciplina de Odontologia Social. O pós-guerra acentuou a supremacia dos Estados Unidos em várias áreas, inclusive na Odontologia, desenvolvendo-se e estruturando-se as diversas especialidades que compõem a profissão. (ANDRADE, 1999)

Devido a isto que possuímos uma profissão extremamente tecnicista, baseando sua prática na intervenção curativa, tornando-se pouco acessível a população graças ao seu alto custo.

2.2 Odontologia no Brasil

Os primeiros relatos de profissionais envolvidos com a saúde bucal no Brasil aconteceram na época da criação das capitanias hereditárias, entre 1534 e 1536, com a chegada das primeiras expedições colonizadoras e a formação dos primeiros núcleos de povoação, chegam ao Brasil mestres de diversas profissões. Eram artesões entre os quais incluíam-se os barbeiros, regulamentados pelo Regimento do Físico-mor de Portugal, de 25 de fevereiro de 1521. O exercício da arte dentária no Brasil foi regularizado somente em 9 de novembro de 1629, com a Carta Régia de Portugal. O Regimento de Ofício de Cirurgião-mor, de 12 de dezembro de 1631, que estabelecia multa de dois mil réis para quem tirasse dentes sem licença (FERREIRA, 1998).

A Sanção ao Regimento ao Cirurgião Substituto das Minas Gerais, em 9 de maio de 1743, representa os primórdios da legislação ligada a Odontologia. Para melhorar a fiscalização nas colônias portuguesas a rainha D. Maria I assinou, em 17 de junho de

1782, a criação da Real Junta ou Protomedicato, que extinguiu os cargos de físico-mor e cirurgião-mor e passou a responsabilidade da concessão de cartas e licença para esta junta formada por deputados, médicos e cirurgiões aprovados. Os “tira-dentes” ficavam sujeitos à fiscalização do Senado da Câmara e das Entidades Pias. Era por essa época que Joaquim José da Silva Xavier, Tiradentes, exercia seu ofício, tanto que no momento de sua prisão Tiradentes disse que conhecia muita gente no Rio de Janeiro “em razão da prenda de pôr e tirar dentes”. Seu último confessor, frei Raimundo Pennaforte, relata que Tiradentes “tirava, com efeito, dentes com a mais sutil ligeireza e ornava a boca de novos dentes feitos por ele mesmo, que pareciam naturais” (FERREIRA, 1998)

Com a vinda da família real para o Brasil, em 1808, inicia-se um período de desenvolvimento na colônia, com destaque para a área cultural, artística e da educação. Em 18 de fevereiro daquele ano é criada a Escola de Cirurgião, no Hospital São José, na Bahia, e em 5 de novembro, a Escola Anatômica Cirúrgica e Médica do Hospital Militar e da Marinha. Esta, em 1832, seria transformada em Faculdade de medicina. No final da década de 1870 o ensino da Odontologia ganhou mais impulso. O decreto 7.247, artigo 24, de 19 de abril de 1879, determinava que a cada faculdade de Medicina ficasse anexa uma escola de Farmácia, um curso de Obstetrícia e Ginecologia e um curso de Cirurgia Dentária. Estava cada vez mais próxima a criação de um curso de Odontologia. (BARBOSA; MARQUES; BARBOSA, 1990)

Em 1881, com o decreto de 8.024, de 12 de março, ficava determinado que os cirurgiões-dentistas que pretendessem habilitar-se para o exercício da profissão deveriam passar por duas séries de exames. A primeira de Anatomia, Fisiologia, Histologia e Higiene, e a segunda de Operações e Próteses Dentárias. O trabalho do médico cearense Vicente Cândido Figueira de Sabóia e de Thomas G. dos Santos Filho levou o governo imperial a criar oficialmente o curso de Odontologia nas faculdades de Medicina da Bahia e do Rio, através do decreto 9.311, assinado em 25 de outubro de 1884. A partir daí foi dado grande impulso ao desenvolvimento da Odontologia moderna, com o aprimoramento do ensino e da tecnologia. Três anos antes, Sabóia havia importado aparelhos e instrumentos dos Estados Unidos para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Resultou também do trabalho de Sabóia e Santos Filho a lei 3.141, de 30 de outubro Santos Filho a lei 3.141, de 30 de outubro de 1882, que criou o Laboratório de Cirurgia e de Prótese Dentária na faculdade do Rio. (FERREIRA, 1999)

O decreto federal 15.003, de 15 de novembro de 1921, permite o exercício da arte dentária em todo o país para os profissionais habilitados, por título conferido pelas faculdades de Medicina oficiais ou equiparadas; para graduados em escolas ou universidades estrangeiras que se habilitassem perante as faculdades nacionais, e aos

que fossem professores de universidades estrangeiras e que requeressem licença junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Essas medidas marcaram a grande preocupação com o exercício legal da profissão. (FERREIRA, 1999)

ROSA; MADEIRA (1982 *apud* REIBNITZ, 2003) afirmam que em 1919, foi baixado um decreto de nº 3830 que determinava a criação das Faculdades de Odontologia e estendia a duração do curso para quatro anos, acrescentando novos conteúdos ao currículo. Porém, em 1931, nova legislação voltava a fixar o curso em três anos. Em Santa Catarina, o ensino superior de Odontologia iniciou a partir de 13 de março de 1917, na cidade de Florianópolis, através do Instituto Polytechnico. Tratava-se de uma instituição de caráter particular, cujo reconhecimento oficial veio através da Lei nº 1.169 de 1º de outubro de 1917, assinada pelo governador do Estado, coronel Felipe Schmidt, e regulamentada pelo decreto nº 1.080, de 19 de dezembro de 1917. Mais tarde, em 28 de outubro de 1918, o governo estadual resolve subvencionar o Instituto para que pudesse cumprir sua missão. Em 1922, Coelho e Souza aumenta ainda mais sua contribuição com a publicação da História da Odontologia no Brasil desde a Era Colonial Até Nossos Dias. Em 1925, no Rio de Janeiro, o curso de Odontologia passa para Faculdade de Odontologia. Em 1933, esta se separa da Faculdade de Medicina. O exercício da Odontologia em todo o território nacional foi regularizado em 1966 pela lei 5.081, de 24 de agosto.

2.3 A Prática Odontológica

As Leis Federais que regulam a Odontologia em território nacional são: LEI 5081 de 24 de agosto de 1966; DECRETO-LEI 150 de 9 de fevereiro de 1967 e a LEI 6215 de 30 de julho de 1975 (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA, 2004).

A Lei 5081 trata da legalidade do exercício da Odontologia em território brasileiro, assegurando o direito aos indivíduos habilitados por escola ou faculdade oficial, ou reconhecida, após registro de diploma junto ao Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia e Conselho Regional de Odontologia. No artigo sexto, são descritos os atos legais à profissão, decorrentes de conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica, em curso regular de Odontologia em Instituições de Ensino Superior ou em cursos de pós-graduação. Os artigos sétimo ao décimo primeiro tratam das restrições legais ao exercício odontológico em território. (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA, 2004)

O Decreto-Lei 150 trata da obrigatoriedade o registro do diploma junto aos conselhos regionais de Odontologia para a legitimação do direito ao exercício profissional.

A Lei 6215 garante ao direito ao C.D. de emissão de atestados com valor legal para justificar falta ao serviço por motivo de doenças bucodentárias. (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA, 2004)

De acordo com a legislação vigente em território brasileiro, as atribuições legais para o exercício profissional da Odontologia são concedidas a indivíduos que obrigatoriamente passaram por um período de formação profissionalizante, conforme Lei 5081, artigo 6°. Neste período, na etapa de formação profissionalizante, conforme Lei 5081/66 de 26 de agosto de 1966 é de caráter obrigatório a prática clínica supervisionada, onde os acadêmicos são efetivamente colocados em condições de atendimento clínico porém, sob supervisão docente. (VILAGRA, 2002)

De acordo com (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA, 2004), as atribuições do Cirurgião-Dentista, conforme Lei 5081, artigo 5°, são as seguintes:

- Praticar todos os atos pertinentes a Odontologia, decorrentes de conhecimentos adquiridos em curso regular ou em curso de pós-graduação;
- Prescrever e aplicar especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, aplicados em Odontologia;
- Atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros;
- Proceder à perícia odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa;
- Aplicar anestesia local ou troncular
- Manter, anexo ao consultório, laboratório de prótese, aparelhagem e instalações adequadas para pesquisas e análises clínicas, relacionadas com casos específicos de sua especialidade, bem como aparelhagem de fisioterapia;
- Prescrever e aplicar medicação de urgência em caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente;
- Utilizar, no exercício da função de perito-odontológico, em casos de necropsia, as vias de acesso do pescoço e da cabeça.

2.4 Posto de Trabalho e Equipamentos Odontológicos

De acordo com Vilagra (2002), o equipamento de trabalho do Cirurgião-Dentista pode ser classificado de acordo com este referencial temos:

- Elemento do paciente: a cadeira odontológica;
- Elementos do Cirurgião-Dentista: são o mocho e o equipamento;

- Elementos da auxiliar: unidade sugadora, mocho e armários.

Cadeira Odontológica - local de acomodação do paciente, deve ser automatizada, com regulagem de inclinação do encosto e altura, que permita o paciente permanecer na posição de supino de modo confortável e que favoreça à execução da atividade.

Mocho–cadeira - utilizado no trabalho odontológico para o profissional e seu auxiliar trata-se de uma cadeira de assento giratório provida de rodas, com regulagem de altura e profundidade de assento e encosto, podendo ser provida ou não de apoio para membros superiores e que permita uma boa adequação postural do profissional e seu auxiliar para execução da tarefa.

Aparelho de Corte – é formado por duas canetas, uma de alta rotação e outra de baixa rotação. Segundo Barros (1993) deve ser pequena para favorecer o trabalho na região posterior e não comprometer a visão do cirurgião-dentista e o corpo deve ser pouco volumoso para favorecer a pega.

Foco de Iluminação – trata-se de refletor de luz com regulagem de foco que tem por finalidade o direcionamento da luz para o campo de operação do cirurgião-dentista, favorecendo a visualização e a operação. Este tipo de iluminação pode ser fixado no chão, na cadeira ou no teto.

Equipamento de Esterilização – dois são os equipamentos destinados a esterilização do material de trabalho. A estufa, equipamento mais barato de fácil manuseio, porém bastante limitado na questão da manutenção dos materiais de corte. A autoclave, aparelho bastante eficiente na manutenção e higienização dos equipamentos, porém com o custo cinco vezes maior e com espaço menor, fatores que tornam seu uso restrito.

Unidade de Sucção – aparelho indispensável para a realização da atividade odontológica, pois como o paciente se encontra em posição supina torna-se difícil expelir saliva, sangue e água.

Armários fixos - podem ser dispostos das mais variadas formas (L,U), porém, deve-se atentar para que sua altura seja a mesma do cotovelo dos profissionais, diferenciando-se entre cada trabalhador (BARROS, 1993).

2.5 Posição de Trabalho e Delimitação das Áreas de Trabalho de Acordo com o Esquema Gráfico ISO/FDI

A ergonomia na Odontologia tem como objetivo a racionalização do trabalho odontológico, com a simplificação do trabalho, prevenção da fadiga e maior conforto tanto para o profissional quanto para o paciente. Além de avaliar as condições físicas do

ambiente de trabalho, estuda sistemas complexos de interação do homem (BARROS, 1991)

A ergonomia voltada para a Odontologia teve seu marco inicial em 1994, quando o Cirurgião-Dentista John Anderon, de Chicago, construiu a primeira cadeira operatória tipo “relax”, que foi inspirada nas cadeiras de comando dos bombardeiros B-29, que proporcionavam postura descontraída e conforto, permitindo trabalhar com o paciente sentado ou reclinado, descontraído e com o mínimo de tensão (BARROS, 1991).

A ergonomia aplicada à Odontologia deve proporcionar melhor qualidade, mais facilidade e maior rapidez no trabalho (KIPATRICK, 1987; apud FIGLIOLI et al., 1996).

Barro (1991), ainda aponta que, posteriormente, outro dentista norte-americano, de Salt Lake City, Elbert Thompson, construiu o primeiro mocho rodante ergonomicamente correto, que é o protótipo dos atualmente encontrados no mercado. Este mocho foi de grande importância para o trabalho sentado do Cirurgião-Dentista com posturas adequadas. Thompson também inventou o sugador de alta potência, permitindo a execução do trabalho em campo com maior visibilidade. Estas três invenções formaram o marco inicial dos atuais conceitos de trabalho odontológico.

Para indicar a forma de trabalho ergonomicamente correta o consultório foi dividido em áreas de trabalho (SAQUY; PÉCORRA, 1996). A FDI (Federação Dentária Internacional) e a ISO (Standart International Organization), a fim de otimizar as condições de trabalho do Cirurgião-Dentista e seu assistente tomou-se como critério a definição das áreas de trabalho a fim de tornar possíveis as seguintes condições:

- Divisão da área de trabalho em partes distintas, sendo as duas principais a área do operador e a da assistente;
- Condições para a melhor postura no trabalho sentado;
- Correta posição do cirurgião-dentista e assistente em relação ao paciente;
- Racionalização e economia de movimento corporais no trabalho;
- Planificação eficiente do equipamento e da combinação dos seus diferentes elementos no local de trabalho.

O esquema gráfico ISO/FDI utiliza-se de duas coordenadas para a implantação do esquema: a coordenada das horas (setores) e a coordenada dos círculos. O centro de referência no esquema ISO/FDI é a boca do paciente, em posição horizontal na cadeira odontológica. A coordenada dos círculos é formada por três círculos traçados, com raios de 50 cm, 1 metro, 1,5 metro, delimitando a área de atuação do profissional. O primeiro círculo é definido como zona de transferência onde é realizado o trabalho junto ao paciente e onde também se encontram as pontas dos equipamentos e os mochos do dentista e da auxiliar; no segundo círculo a área útil de trabalho, com os corpos dos

equipamentos e as mesas auxiliares; e no terceiro círculo encontramos os armários e pias do consultório (VILAGRA, 2002).

A posição de trabalho do Cirurgião-Dentista é definida pela coordenada das horas (setores). Traçando-se um relógio imaginário, cujo eixo é a boca do paciente que se divide a área de trabalho em 12 setores iguais. Quando o paciente fica deitado na cadeira à posição de trabalho de 12 horas é aquela que o profissional trabalha atrás da cadeira odontológica, o lado direito da cadeira corresponde a 9 horas, o lado esquerdo 3 horas e o pé da cadeira 6 horas (VILAGRA, 2002).

Segundo Barros (1993), na montagem técnica de Schon, ao lado direito do paciente da cadeira fica o profissional e seus equipamentos e do lado esquerdo da cadeira fica o auxiliar e seu equipamento.

Com estas duas coordenadas utilizadas pela ISO e FDI torna-se possível definir exatamente a localização de qualquer objeto dentro da sala clínica, bem como a posição de trabalho do profissional.

Segundo Saquy; Pëcora (1996) a ISO e a FDI também convencionam o posicionamento dos equipamentos, que segundo o autor são quatro: na 1, o equipo fica à direita da cadeira do Cirurgião-Dentista; na 2, à esquerda do Cirurgião-Dentista e atrás da cadeira do paciente; na 3, o equipo fica sobre o braço esquerdo da cadeira; e na 4, no encosto da cadeira, ao lado da cabeça do paciente. Segundo o autor, este esquema é resultado de estudos, sendo seus principais objetivos a simplificação das condições de trabalho, a prevenção da fadiga e o maior conforto para a equipe de trabalho.

Barro (1993) sugere que o círculo C seja o limite da largura do consultório, que segundo o autor não deve ter mais de 3 metros para não ser anti-ergonômico.

2.6 Exigências do Trabalho do Cirurgião-Dentista

De acordo com Barros (1991), o Cirurgião-Dentista pela manhã inicia sua jornada com cerca de 80% de sua capacidade real de trabalho, e após cerca de uma hora chega ao seu ponto máximo de produtividade, quando os reflexos estão em plena atividade. Aproximadamente às 12:00 horas (hora do almoço), a capacidade de trabalho declina. À tarde, se o profissional tiver um período de repouso de uma hora ou uma hora e meia, a capacidade de trabalho chegará a 80%. Se descansar de duas horas chegará a 90%. Para atingir 100%, o período de descanso deveria ser igual ao de trabalho mais de lazer. A duração do período de produtividade de 80 a 90% não é muito longa, cerca de uma hora e meia, caindo a produtividade bruscamente. Entretanto, hábitos do cotidiano podem alterar a capacidade real de trabalho, algumas pessoas preferem trabalhar à noite, em

muitos casos, quando o profissional costuma se recolher para o sono, a produtividade pela manhã poderá ficar comprometida, sendo que as características individuais do trabalhador vão interferir no horário de trabalho pré-estabelecido.

A adoção das pausas durante a jornada são medidas que podem aumentar a produtividade e reduzir o grau de fadiga para o trabalhador. Grandjean (1998) afirma que mesmo com a introdução das pausas de descanso não ser necessidade vital do corpo, exerce a função de diminuir a fadiga mental, principalmente para os trabalhos que exigem muito do sistema nervoso, isto é, em trabalhos mentais, onde a destreza dos dedos e a exigência dos órgãos de sentidos são importantes, como no caso dos cirurgiões-dentistas e aprendizes. Grandjean (1998) faz menção de quatro tipos de pausas durante a jornada de trabalho:

- 1. Pausas voluntárias:** são aquelas que o trabalhador faz para descansar, são pausas declaradas, que geralmente ocupam pequeno espaço de tempo. São muito frequentes em trabalhos pesados.
- 2. Pausas necessárias de trabalho:** são as pausas conseqüentes do trabalho. Na Odontologia, são os tempos de espera já citados anteriormente.
- 3. Pausas mascaradas:** são aquelas que o trabalhador realiza, sem tomar conhecimento que é um período para descanso. São as atividades colaterais que o trabalhador realiza, mas que não são necessárias para a realização da tarefa.
- 4. Pausas obrigatórias:** são aquelas pré-estabelecidas pela empresa, ou pelo profissional caso seja autônomo.

O Cirurgião-Dentista, como os outros profissionais, está sujeito a adquirir enfermidades profissionais caso não respeite as condições fisiológicas individuais. O excesso de trabalho pode provocar desgaste cardíaco, hipertensão, fadiga, artrites, fibroses, tendinites, calcificações e cansaço muscular que acabam por reduzir a capacidade de trabalho mesmo quando o profissional atua sentado. Sintomas psicológicos como ansiedade, frustração, tensão emocional, angústia e estresse também podem ser percebidos (BARROS, 1991).

Nogueira (1983) destaca a atuação de agentes junto ao desenvolvimento D.O. em C.D., segundo o autor é indiscutível o fato de que, as doenças ocupacionais, causadas por agentes mecânicos, têm destacada importância para a Odontologia, e que medidas ergonômicas adequadas, constituem o melhor meio de eliminá-las.

Outra característica marcante na atividade laboral do C.D. é a adoção de posturas estáticas para a realização da atividade que o trabalho estático caracteriza-se pela exigência de contração muscular isométrica, que leva a um aumento da pressão interna no músculo, podendo levar à compressão capilar, promovendo uma redução do

fluxo sangüíneo, e na oxigenação do tecido e, conseqüente fadiga muscular. Decorrentes deste processo ocorrem alterações metabólicas que resultam na redução da produção de energia e aumento dos resíduos no tecido muscular, provocando a dor e a fadiga muscular.

A contração muscular sustentada faz com que ocorra uma redução no fluxo sangüíneo e leva a uma rápida fadiga do músculo. (KNOPLICH, 1995; IIDA, 1990)

O trabalho estático provoca nos músculos exigidos fadiga, quando há uma exigência diária de posturas estáticas, outras estruturas como tendões, articulações podem ser acometidas podendo ocasionar lesões nestas estruturas (GRANDJEAN, 1998).

Green & Lynan (1975 *apud* NOGUEIRA, 1983) revelaram as seguintes problemáticas relacionadas ao posicionamento para o atendimento odontológico:

- Permanência sentada ou em pé por períodos prolongados;
- Exigência de flexão cervical durante o atendimento, principalmente na posição de 12 horas;
- Necessidade de abdução sustentada dos membros superiores;
- Manutenção de hiperlordose lombar.

Outros fatores podem também ocasionar doenças ocupacionais nos Cirurgiões-Dentistas:

- Permanência na posição sentada por longos períodos;
- Contração muscular sustentada por longos períodos;
- Adoção de posturas não naturais;
- Exigência de concentração;
- Exigência de precisão;
- Área de atuação restrita;
- Exigência de força muscular associada à precisão;
- Longas jornadas de trabalho;
- Necessidade de produtividade.

2.7 Significado de Trabalho

O trabalho parece ser quase tão antigo quanto o ser humano. As sociedades primitivas satisfaziam suas necessidades de vida buscando alimentação, vestuário e moradia através da caça, colheita e procura de cavernas. Esta busca se dava de acordo com as necessidades imediatas. Com o desenvolvimento destas sociedades, o homem se

depara com outras formas de trabalho como o cultivo de vegetais, a criação de animais, a construção da moradia e percebe que estas ações asseguravam melhores condições de vida (ULBRICHT, 2000).

As primeiras associações estabelecidas à noção de trabalho foram negativas, vinculando-o a noção de sacrifício, de esforço incomum, de carga, fardo, algo esgotante para quem o realiza. “Dar trabalho” significa algo que implica esforço, atenção, que causa transtorno ou preocupação Barros (1995 apud MOTTER, 2001). A palavra trabalho deriva do latim *tripalium*. O *tripalium* era um instrumento de três paus aguçados, com pontas de ferro, caracterizado como instrumento de tortura (KRAWULSKI, 1991; ALBORNOZ, 1992).

O trabalho foi evoluindo junto com a história da humanidade, desde a noção de algo menor, e difícil para os gregos que o relegava aos escravos, até o período feudal, em que a igreja considerava o trabalho como resultado o pecado original, o trabalho manual foi visto sempre como uma verdadeira forma de tortura. Mais recentemente, quando houve mudanças nas relações sociais, foi que o trabalho passou a ser visto como o criador de toda riqueza, resultando na discussão sobre seu significado. A concepção de Weber (1968) apresenta que o trabalho passou a ser encarado como uma virtude e, ao se trabalhar arduamente, pode-se chegar a ter êxito na vida material, o que é expressão das bênçãos divinas sobre os homens.

Ao enfatizar a evolução do trabalho no decorrer dos tempos, Krawulski (1991) classifica-o cronologicamente em quatro seqüências. A primeira refere-se ao surgimento dos primeiros vestígios de trabalho e da agricultura, datados da pré-história. A segunda trata da diversificação das atividades e ocorrência da escravidão, compreendendo o período da Antigüidade. A terceira diz respeito ao predomínio rural e às origens da riqueza, no período da Idade Média. E a quarta parte refere-se às bases da Revolução Industrial, com a instalação do capitalismo e a adoção, o trabalho assalariado marcando o período denominado de Idade Moderna.

Krawulski (1991) conclui que muito lentamente o trabalho veio perdendo a conotação penosa, pois permitiu ao trabalhador vantagens dificilmente substituíveis no tempo livre, como identidade e autoconsciência, *status* e reconhecimento. Ainda para a autora, o trabalho possibilitou contato com outras pessoas, satisfação das necessidades, responsabilidade pelo conteúdo de suas atividades e uso de seu tempo.

Para Ulbricht (2000) a ergonomia encontra um desafio que é separar o trabalho da atividade. Fialho & Santos (1997, p.28), apontam que a “distinção entre atividade e trabalho está na classificação das atividades do homem em trabalho e não trabalho, segundo o significado social de seu resultado”. A diferenciação é simples: um cozinheiro quando cozinha por hobby está praticando uma atividade, caso perceba algum valor para

exercê-la, estará trabalhando.

Marx (1975, apud GALO, 2000) afirma que o trabalho pode causar alienação ao trabalhador no momento em que este não se percebe como parte do processo e produção, estabelecendo uma relação artificial entre o operário e sua atividade produtiva. Nesse processo, a alienação se dá porque o trabalhador não domina todo o processo produtivo, mas apenas uma parte dele.

No final do século XIX Taylor (1987) através de seus princípios dividiu o trabalho em tarefas simples, delimitadas anteriormente, com mão-de-obra não especializada, o que permitiu a centralização do controle do processo produtivo na mão dos donos do capital, que investiam apenas na aquisição de melhores maquinários sem pensar na capacitação e qualidade de vida dos trabalhadores.

A Escola das Relações Humanas e a Escola Comportamentalista vieram se contrapor às teorias de Taylor, buscando humanizar a administração das organizações fornecendo-lhes subsídios para a solução dos problemas organizacionais da época, resolvendo-os com êxito através de respostas pontuais a tais questionamentos.

Na década de 40, Joseph Moses Juran e Willians Eduards Deming e na década de 50 com Peter Ferdinand Drucker, Kaoru Ishikawa, Douglas McGregor e Amitai Etzioni, surgiram os conceitos de qualidade total, just in time, série ISO, motivação, desenvolvimento gerencial, tornando definitivamente o trabalho moderno baseado em padrões de produtividade (REGIS FILHO, 2000).

Bittencourt (2003) afirma que a partir da década de 70 começam a surgir os primeiros estudos mais conscientes sobre Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e diversos autores, como Walton (1973), Hackman & Oldham (1975), Westley (1975), Werther; Davis (1983) e Nadler; Lawer (1983), desenvolveram parâmetros e referências para o estudo e entendimento da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Segundo Rodrigues (1994) esta preocupação entre trabalhador e o processo produtivo gerou muita preocupação e questionamentos. A motivação econômica, as condições ambientais de trabalho e a divisão das atividades em especializações passaram a ser teorizados timidamente em algumas empresas e considerados de forma prática.

Dejours et al (1993) afirmam que o trabalho além de poder ocasionar deteriorização, envelhecimento e doenças graves pode se constituir em fator de equilíbrio e desenvolvimento, dependendo da relação estabelecida entre a organização empregadora, o trabalhador e o trabalho exercido.

Como afirma Motter (2001), por ser fonte de realização e crescimento pessoal do homem o trabalho sempre teve papel principal nas sociedades. As concepções a cerca do

trabalho e suas implicações foram se adaptando as diversas realidades vivenciadas pela humanidade, atualmente estas mudanças estão mais velozes exigindo dos trabalhadores competência (conhecimentos, atitudes e habilidades), não concebíveis anteriormente.

2.8 Qualidade de Vida no Trabalho

Nas sociedades ocidentais, o trabalho ocupa papel central nas relações sociais, como o seu sentido varia de grupo para grupo, diversos estudiosos buscam compreender quais motivos exercem influência sobre a motivação do sujeito ao trabalho, e quais lhe garante satisfação afetando em sua produtividade. Morin (2001) destaca que a organização do trabalho tem por objetivo dar sentido ao produto desenvolvido pelo trabalhador, dentro de um contexto onde possa praticar e desenvolver suas competências, exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar.

Regis; Lopes (2001) afirma que é no trabalho que as pessoas têm condições de descobrir suas potencialidades de crescimento como ser humano, de valorizar-se e desenvolver auto-estima, sendo responsável pela tomada de posturas saudáveis diante da vida e da organização.

Para que o trabalhador possa desenvolver todas suas competências, sem que para isso sofra desgastes físicos e psicológicos que possam ocasionar doenças ocupacionais, diversos programas, estudos e pesquisas foram criados sob o título de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) enfocando satisfação e motivação como metas para que o trabalhador exerça melhor, suas tarefas (MACEDO, 1993).

Segundo Bittencourt (2003), os programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e promoção da saúde proporciona ao indivíduo maior resistência ao estresse, maior estabilidade emocional, maior motivação, maior eficiência no trabalho, melhor auto-imagem e melhor relacionamento, resultando em diminuição de acidentes, de custos de saúde assistencial e de absenteísmo, fazendo com que a organização melhore sua imagem, aumentando sua produtividade e melhorando o ambiente organizacional.

Walton (1973) desenvolveu um modelo de Qualidade de Vida no Trabalho onde destaca oito fatores que afetam de maneira significativa o trabalhador no seu ambiente de trabalho. Estes fatores surgiram de questionamentos a cerca de como conceituar e medir qualidade de vida no trabalho; quais critérios devem ser adotados e como se relacionam; e como estabelecer um elo entre eles e a produtividade do trabalhador buscando uniformidade destes critérios em todos os grupos de trabalho.

A primeira categoria trata da compensação justa e adequada, compensação tida

como a remuneração recebida pelo trabalho realizado. Como indicador Walton (1973) utilizou: renda adequada, ou seja, a adequação da remuneração às necessidades e padrão de vida do trabalhador; equidade interna, busca adequar a remuneração equilibrando-a entre todos os membros da organização e a equidade externa, que trata de equiparar a remuneração da organização com o mercado de trabalho.

Walton (1973) abordou em sua segunda categoria as condições de segurança e saúde no trabalho. Destaca cinco indicadores de análise: ambiente físico compreende higiene, iluminação, ventilação e arrumação; jornada de trabalho como as horas trabalhadas em relação às tarefas desempenhadas; a saúde ocupacional através de programas preventivos e exames de saúde de rotina; a salubridade refere-se às condições ambientais propícias à saúde e por fim aos recursos materiais disponíveis para a execução das tarefas.

Na terceira categoria Walton (1973) destaca o uso e desenvolvimento das capacidades do colaborador que necessita de: autonomia para planejar e executar suas tarefas; múltiplas habilidades através de criatividade e raciocínio; retroinformação constante pela análise do processo de trabalho e desempenho profissional; significado da tarefa a ser executada, para que a mesma faça sentido e tenha relevância em sua vida e na organização e identidade com a tarefa fazendo com que o trabalhador seja parte integrante de sua ação.

Na quarta categoria foram contemplados os itens crescimento e segurança organizacional. Aborda a ascensão funcional e estabilidade no emprego destacando: possibilidade de carreira, interpretada como possibilidade de promoção profissional; crescimento profissional através do desenvolvimento das potencialidades e competências e programa de capacitação pela educação permanente focando a preparação do trabalhador para o desenvolvimento de suas atribuições.

Walton (1973) em sua quinta categoria enfoca a integração social na empresa, considerando a auto-estima do trabalhador no seu ambiente de trabalho. Três indicadores foram levantados: a ausência de preconceitos entre os membros da organização; o relacionamento estabelecendo confiança mútua entre diversos funcionários, indiferente da posição hierárquica e o senso comum que enfatiza o espírito coletivo e relacionamentos extra-organizacionais.

A sexta categoria engloba o constitucionalismo através de: direito à privacidade, respeitando a individualidade do funcionário; direito de posicionamento pela liberdade de expressão sem apreensão ou boicotes e direito de tratamento equânime em todos os assuntos, como direitos trabalhistas, por exemplo.

Na sétima categoria analisa-se o trabalho e o espaço total de vida, comparando o

tempo dependido entre o trabalho e a vida pessoal. Foram usados três indicadores: papel balanceado no trabalho, significado do trabalho e tempo para o lazer.

A relevância social da vida no trabalho foi abordada na oitava categoria, onde Walton (1973) através de dois indicadores: valorização do trabalhador e a responsabilidade social da organização analisam o impacto do trabalho desenvolvido, a percepção de sua importância pelo trabalhador bem como o impacto na comunidade.

O segundo é o modelo das características da tarefa. Neste modelo, Hackman e Oldham (1975) propõem que a qualidade de vida no trabalho pode ser avaliada em termos de dimensão de tarefa, estados psicológicos críticos e resultados pessoais e de trabalho. Os autores consideram que os resultados pessoais e de trabalho são obtidos a partir da presença de estados psicológicos críticos que por sua vez, são criados na presença de dimensões da tarefa.

A significância do trabalho é o grau em que o indivíduo percebe o trabalho como sendo importante, valioso e significativo. A percepção da responsabilidade pelos resultados trata-se de até que ponto o indivíduo se sente pessoalmente responsável. O conhecimento dos resultados do trabalho envolve a medida em que o indivíduo entende, em uma base regular, o quanto está efetivamente executando a tarefa.

Como terceiro modelo temos o das quatro dimensões da qualidade de vida no trabalho de Westley (1975), onde através de indicadores: econômico, político, psicológico e sociológico são apresentados os problemas que dificultam a qualidade de vida no trabalho bem como as soluções para resolvê-los.

O indicador econômico diz respeito à equidade salarial e no tratamento recebido; em relação aos problemas políticos, é levado em consideração o conceito de segurança no emprego, citando que o trabalhador deve estar protegido de demissão por caráter meramente discriminatório; o indicador psicológico aborda a necessidade do trabalhador estar ativamente presente nas tomadas de decisão, delegação e execução de funções dentro de seu grupo e organização e o sociológico versa sobre a falta de envolvimento moral do trabalhador e seu trabalho, acarretando descomprometimento com a organização alienando-o na esfera pública e privada.

Werther; Davis (1983) desenvolveu o quarto modelo de análise baseado em projeto de cargos, destacando os elementos organizacionais, ambientais e comportamentais na composição da qualidade de vida no trabalho. Os elementos organizacionais estão divididos em abordagem mecanicista, que define qual tarefa específico cargo deve exercer; fluxo de trabalho, que estipula a seqüência das atividades entre os cargos, equilibrando-as aumentando a eficiência e as práticas de trabalho que apresentam de que maneira as atividades devem ser desempenhadas, ou por tradição ou

por acordos coletivos dos trabalhadores.

Os elementos ambientais destacam a habilidade, disponibilidade de empregados e expectativas sociais. A habilidade e a disponibilidade de empregados nos dão uma visão clara das características e quantidades de trabalhadores para exercer tal tarefa, enquanto as expectativas sociais representam o que a sociedade espera de tal trabalhador e como ele se vê representado exercendo tal atividade perante a sociedade.

Os elementos comportamentais do projeto de cargos contemplam as necessidades humanas dos trabalhadores, divididas em: autonomia, no sentido de dar autoridade na tomada de decisões, acarretando maior responsabilidade quanto aos resultados; variedade das atividades, quebrando a rotina e a fadiga da repetição de atividades; identidade de tarefas possibilita agrupar tarefas que possibilitarão maior satisfação ao trabalhador e por último a retroinformação que informa ao trabalhador como ajustar seus esforços em relação às exigências necessárias, aumentando sua motivação.

Huse; Cummings (1985) afirmam que para obter qualidade de vida no trabalho é importante garantir o bem-estar do trabalhador e a eficiência da organização, permitindo aos envolvidos, participação nas tomadas de decisão e na solução dos problemas organizacionais. Quatro aspectos se destacam neste modelo: a participação do trabalhador em vários níveis organizacionais, criando comprometimento em relação à execução das tarefas, monitoramento e resultados; projeto de cargos, que deve ser reestruturado levando em conta as necessidades individuais dos trabalhadores, ampliando seu leque de atividades; inovação no sistema de recompensas, definido através do plano de cargos e salários visando diminuir discrepâncias entre a remuneração e status dos diferentes níveis hierárquicos da organização e por último a melhoria do ambiente de trabalho, pela reengenharia do espaço físico de trabalho, adequação de horários de trabalho flexibilizando turnos, folgas, etc.

Patrício; Casagrande; Araújo (1999) resumidamente afirmam que o trabalho é importante para a realização pessoal, seja pelo prazer do ofício, ou pelo o que ele pode promover através da atividade em si, e a qualidade de vida está focalizada no trabalho enquanto este provocar prazer e satisfação: o prazer no processo, o prazer em ver o trabalho pronto e o prazer que o produto final propicia às pessoas.

Desta maneira qualquer modelo de qualidade de vida no trabalho desenhado, ou utilizado por uma organização deve levar em conta os mais diversos aspectos, alguns específicos outros mais abrangentes da vida laboral do indivíduo.

2.9 Estresse

A palavra “stress” começou a ser utilizada no século XIV, sempre associada à idéia de “aflição” e “adversidade”, somente no século XVII, esta palavra de origem latina passou a ser utilizada em inglês designando “opressão, desconforto e adversidade” (Lazarus e Lazarus, 1994; Spielberg, 1979; Lipp, 1996).

Entretanto somente em 1936 que a palavra “stress” foi associada a uma síndrome, que se caracterizava por: falta de apetite, pressão alta, desânimo e fadiga. O consenso da época denominou esta síndrome como um “desgaste geral do organismo”, frente a situações de adversidade que causem irritação, medo, excitação ou até excessiva felicidade (LIPP, 1996).

É importante salientar que o estresse é um processo, resultado de inúmeras variáveis físicas e/ou psicológicas e não uma reação pontual a um quadro de eventos desagradáveis ou não. Estes eventos desencadeiam um longo processo bioquímico que ocasiona taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e a sensação de estar sempre alerta. Na maioria dos casos é o significado atribuído a determinado evento que ocasiona o início do processo de stress, portanto é muito influenciado por valores ou princípios próprios de cada indivíduo (LIPP; ROCHA, 1996).

Gobbi (1998) afirma que o processo de estresse é complexo e resultante da inter-relação mente e corpo, portanto é subjetivo e pessoal, e é o resultado da percepção de situações, pessoas, acontecimentos e até mesmo um objeto que possam ser interpretados como fatores estressantes. A resposta a estes fatores pode afetar nossos sentidos de percepção; sistema nervoso; equilíbrio hormonal; sistema cardiovascular; sistema digestivo; função respiratória; pele; trato urogenital e sistema imunológico.

Segundo Rio (1998), existem seis tipos de estresse que são classificados em:

- Estresse físico: devido a pressões.
- Estresse psíquico: devido a pressões psíquicas.
- Estresse por sobrecarga: quando ocorre uma sobrecarga de funções, devido a excesso de atividades ou responsabilidades.
- Estresse por monotonia: caracterizado por apatia, desinteresse, desmotivação. É uma reação psicológica derivada de frustração diante de pressões insuficientes, que pode levar o indivíduo a um estado de inquietação e comportamentos que procurem quebrar a monotonia.
- Estresse crônico: persiste por longo tempo, sem encontrar meios que o desativem eficientemente.
- Estresse agudo: dura alguns momentos, horas ou, mesmo poucos dias e depois se dissipa.

O estresse pode gerar a Síndrome Geral de Adaptação, que nada mais é que um

conjunto de reações do organismo frente a estímulos estressores, que são percebidos como ameaçadores, sejam físicos, químicos ou mesmo psicossociais, com respostas uniformes e inespecíficas, anatômicas e fisiológicas. A Síndrome está dividida em três fases: Reação de Alarme; Fase de Resistência; Fase de Exaustão (GOBBI, 1998):

1ª Reação de Alarme:

- Aumento da frequência cardíaca;
- Aumento da pressão arterial;
- Aumento da concentração de glóbulos vermelhos;
- Aumento de concentração de açúcar no sangue;
- Aumento da frequência respiratória;
- Dilatação dos brônquios;
- Dilatação das pupilas;
- Aumento da concentração de glóbulos brancos;
- Ansiedade.

2ª Fase de Resistência:

- Aumento do córtex da supra-renal;
- Atrofia de algumas estruturas relacionadas à produção de células o sangue;
- Ulcerações no aparelho digestivo;
- Insônia;
- Mudanças de humor;
- Diminuição do desejo sexual.

3ª Fase da Exaustão:

- Retorno parcial e breve à Reação de Alarme;
- Falha nos mecanismos de adaptação;
- Esgotamento por sobrecarga fisiológica;
- Morte do organismo.

lida (1998 *apud* Motter, 2001) classifica as causas do estresse relacionadas ao trabalho em: conteúdo do trabalho, traduzida como a pressão para manter um ritmo de produção, responsabilidades, conflitos e outras fontes de insatisfação no trabalho; sentimentos de incapacidade, como por exemplo, em atender aos prazos estabelecidos; condições de trabalho, como excesso de calor, ruídos, ventilação deficiente, luzes

inadequadas bem como projeto inadequado do posto de trabalho; fatores organizacionais, comportamento dos chefes e supervisores, salários, carreira, horários de trabalho, horas extras e turnos. E como último item, as pressões sócio-econômicas que estão relacionadas a questões de dinheiro para pagar as contas e o forte apelo consumista exercido pelo marketing e pelo mercado de consumo.

Em relação à prática odontológica podemos afirmar que existem fatores intrínsecos à profissão que ocasionam estresse nesta categoria. Entre eles podemos citar: odores e ruídos característicos do ambiente físico, a precisão e atenção constantes e a relação profissional/paciente, mesmo sendo esta relação profissional/paciente apontada como principal fator de satisfação entre os cirurgiões-dentistas. No que diz respeito ao atendimento é importante salientar que a ansiedade, a insatisfação com a assistência recebida e o atendimento a grupos específicos, como o de pacientes especiais pode desencadear estresse. Um fator causador de estresse muito relevante nas últimas décadas é o surgimento constante de novas técnicas e materiais que obrigam o cirurgião-dentista a estar sempre atualizado, caso contrário se sentirá ultrapassado, menos competitivo gerando um sentimento de inferioridade e insegurança entre seus pares (FREEMAN et al, 1995).

2.10 Depressão

A palavra grega *melankholia*, encontrada em textos do século V d.C., era usada comumente para simbolizar os sentimentos de tristeza, desânimo e pensamentos pessimistas (SÁ JÚNIOR, 1983). Hipócrates, Homero, Celso e Galeno já haviam relatado a presença de uma condição clínica que se acredita ser o que hoje chamamos de condição depressiva ou melancólica, tratando-se de um dos males mais antigos da Humanidade (MOTTER, 2001).

Para Medeiros (2003), a depressão caracteriza-se por falta de motivação, sentimentos de desesperança, perda vital de energia, inquietudes e seus efeitos são representados como sinais para retratar o desinteresse pela vida. França; Rodrigues (1999 apud MOTTER, 2001) afirma ser uma sensação de ausência do prazer de viver, da tristeza que afeta os pensamentos, os sentimentos e o comportamento social, que pode induzir o indivíduo a buscar no trabalho um refúgio para suas decepções e angústias da vida social e afetiva, ocasionando desequilíbrio físico, mental e psicológico.

BRASIL (2001) caracteriza os episódios depressivos como humor triste, perda do interesse e prazer nas atividades cotidianas sendo comum uma sensação de fadiga aumentada. O indivíduo pode queixar-se de dificuldade de concentração, pode apresentar

baixa auto-estima e autoconfiança, desesperança, idéias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas de futuro, idéias ou atos suicidas. O sono encontra-se freqüentemente perturbado, geralmente por insônia terminal. O indivíduo se queixa de diminuição do apetite, geralmente com perda de sono sensível. Sintomas de ansiedade são muito freqüentes. A angústia tende a ser tipicamente mais intensa pela manhã. As alterações da psicomotricidade podem variar da lentidão à agitação. Pode haver lentidão do pensamento.

Pode-se classificar a depressão em três categorias França; Rodrigues (1997 *apud* MOTTER, 2001): breves ou discretas, que duram dois ou três dias, acarretando dificuldade na execução de atividades devido a baixa concentração e cansaço excessivo; menor ou moderada, comum na adolescência, de baixa intensidade se manifestando ciclicamente; maiores ou graves, que pode durar até seis meses, com possibilidade de cronificação, caracterizada por cansaço excessivo, dificuldade de concentração e extremado pessimismo.

A relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações de trabalhos frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas do desempenho cada vez maior no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva, perda do posto de trabalho, e demissão podem determinar depressões mais ou menos graves ou protraídas. A situação de desemprego prolongado tem estado associada ao desenvolvimento de episódios depressivos em vários estudos em diferentes países. Episódios depressivos também estão associados à exposição ocupacional com substâncias químicas neurotóxicas como o chumbo, o mercúrio e seus compostos tóxicos, devendo este trabalhador ser investigado quanto à coexistência de um transtorno mental orgânico, ou seja, indicativo de disfunção ou lesão cerebral (BRASIL, 2001).

O diagnóstico de episódio depressivo requer a presença de pelo menos cinco dos sintomas abaixo, por um período de, no mínimo, duas semanas, sendo que um dos sintomas característicos é humor triste ou diminuição do interesse ou prazer, além de (FRÀGUAS JÚNIOR, R; FIGUEIRÒ, J.A.B, 2000):

- Marcante perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são agradáveis;
- Diminuição ou aumento do apetite com perda ou ganho de peso (5% ou mais do peso corporal, no último mês);
- Insônia ou hipersonia;
- Agitação ou retardo psicomotor;

- Fadiga ou perda de energia;
- Sentimentos de desesperança, culpa excessiva ou inadequada;
- Diminuição de capacidade de pensar e de se concentrar ou indecisão; pensamentos recorrentes de morte (sem ser apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico de suicídio.

A prevenção dos episódios depressivos relacionados ao trabalho consiste, basicamente, na vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde. A intervenção sobre as condições de trabalho se baseia na análise ergonômica do trabalho real ou da atividade, buscando conhecer, entre outros fatores: conteúdo das tarefas, dos modos operatórios e dos postos de trabalho; ritmo e intensidade do trabalho; fatores mecânicos e condições físicas dos postos de trabalho e das normas de produção; sistemas de turnos; sistemas de premiação e incentivos; fatores psicossociais e individuais; relações de trabalho entre colegas e chefias; medidas de proteção coletiva e individual implementadas pelas empresas; as estratégias individuais e coletivas adotadas pelos trabalhadores.

Em caso de suspeita ou confirmação da relação da depressão com o trabalho, deve-se:

- Informar ao trabalhador;
- Examinar os expostos, visando a identificar outros casos;
- Notificar o caso aos sistemas de informação em saúde (epidemiológica, sanitária e/ou de saúde do trabalhador);
- Orientar o empregador para que adote os recursos técnicos e gerenciais adequados para eliminação ou controle dos fatores de risco;
- Acompanhar o retorno do trabalhador ao trabalho seja na mesma atividade com modificações ou restrições, seja para outra atividade, o que é importante para garantir que não haja progressão, recidivas ou agravamento do quadro.

A tristeza e a alegria são afetos. Portanto, estão presentes em todos os relacionamentos humanos, incluindo os relacionamentos no trabalho e com o trabalho. Sentimo-nos tristes quando frustrados em nossas aspirações, mas, especialmente, quando perdemos algo ou alguém que nos é muito querido. A tristeza que se sente com as perdas pode caracterizar um estado de luto que é normal ou pode evoluir para um estado depressivo (melancólico). O episódio depressivo relacionado ao trabalho caracteriza-se pela perda do convívio no trabalho: perda do emprego, perda de posição

na hierarquia, frustração de aspirações relacionadas ao trabalho e à carreira, lembrando que a inserção pelo trabalho é uma dimensão humana fundamental na nossa sociedade. A prevenção das depressões relacionadas ao trabalho é, portanto, também de ordem ética. Depende da ordem econômica e da justiça nas relações de trabalho, tanto em nível macro quanto microssocial.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo, encontra-se a descrição dos materiais e métodos utilizados para realização deste estudo. Constando uma abordagem sobre o tipo de estudo, seleção dos sujeitos, características do local onde foi realizada a parte prática do trabalho (municípios da AMFRI), coleta de dados e os instrumentos de medida.

O levantamento bibliográfico realizou-se durante todo o processo de desenvolvimento do estudo. O material teórico – livros, revistas, periódicos, dissertações e teses – retirados das bibliotecas da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade do Vale do Itajaí e Internet, bem como periódicos que abordavam o tema.

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo pode ser caracterizado como transversal e descritivo, com eixo temporal contemporâneo (GIL, 1991).

3.2 População e amostra

Os serviços públicos de Odontologia dos municípios da AMFRI contam com 124 cirurgiões-dentistas, distribuídos em unidades de saúde, nos 11 municípios da AMFRI. Os instrumentos foram entregues em todos os municípios, a todos os cirurgiões-dentistas, através das secretarias municipais de saúde e da 17ª Gerência de Saúde do Governo Estadual, e foram recolhidos após período combinado, através de mesma estratégia. A resposta foi de 57 (cinquenta e sete) profissionais, portanto 57 (cinquenta e sete) cirurgiões-dentistas foram utilizados como amostra, sendo 33 (trinta e três) do sexo feminino e 24 (vinte e quatro) do sexo masculino.

A população foi composta de $N=124$ cirurgiões-dentistas. Aceitaram responder uma amostra de $n=57$ indivíduos, a qual é tendenciosa porque os indivíduos se auto selecionaram. Neste sentido as informações foram obtidas através dos 57 questionários devolvidos. Desta forma o tamanho da amostra foi definida pelos próprios referidos. Para tanto devemos ter uma variável dimensionadora que apresente alta relação com o objetivo principal desta pesquisa. Dentre as variáveis obtidas, as variáveis: qualidade de vida, estresse e depressão apresentam relação com o objetivo principal. Com cada uma delas se estimou um tamanho de amostra considerando o erro $\alpha=0,05$, que é o erro de se obter uma amostra não representativa e o erro amostral $e=0,05$, que é o erro que se quer cometer em torno da verdadeira proporção populacional P .

Como se tratando de pessoas e com variáveis em que a resposta pode ser influenciada pelas aspirações dos entrevistados, como por exemplo, a vaidade, o complexo de superioridade, a

vergonha de revelar uma situação negativa, etc, não se pode a priori afirmar que uma das variáveis citadas acima é mais conveniente do que as outras, resultando em respostas nem sempre fidedignas.

A tabela abaixo apresenta o tamanho de amostra por variável.

Tabela. Estimativa do tamanho de amostra por variável.

Variável	N	α	e	p	1-p	n	f
Qualidade de vida	124	0,05	0,05	0,12	0,88	71	57,26
Estresse	124	0,05	0,05	0,05	0,95	47	37,90
Depressão	124	0,05	0,05	0,832	0,168	79	63,71

Segundo a tabela acima, se a variável estresse for a que mais relação tem com o objetivo principal da pesquisa, a mesma poderia ser selecionada como variável dimensionadora fornecendo uma amostra de tamanho $n=47$ indivíduos. Pelo mesmo motivo, a variável depressão fornece uma amostra de tamanho $n=79$. Comparando estes extremos com a amostra obtida $n=57$ indivíduos cuja fração amostral é de 45,96 % podemos observar que a mesma não pode ser considerada pequena demais e nem tão grande que satisfaça o tamanho máximo encontrado.

3.3 Seleção dos sujeitos

A amostra deste estudo foi intencional, circunscrita apenas a cirurgiões-dentistas da rede pública municipal da região da AMFRI, que atendem basicamente em unidades de atenção básica, visto que os serviços de média e alta complexidade (procedimentos especializados) praticamente não são ofertados a população nesta região, ficando restrito apenas a alguns poucos serviços e a Faculdade de Odontologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Silva; Rosa (1996) afirma que no setor público principalmente, a preferência deve ser dada aos profissionais generalistas, que possuem uma visão ampla dos problemas de saúde bucal da população, não se atendo aos aspectos técnicos da profissão.

Desta maneira não houve necessidade de agrupá-los por especialidade, visto que quase a totalidade trabalha em unidades básicas de saúde, com procedimentos compreendidos na atenção básica padronizados conforme Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (tabela SIA/SUS), que serve para análise de produção dos serviços próprios ou referenciados do Sistema Único de Saúde.

3.4 Caracterização do local

A ocupação da região teve início com a colonização de Porto Belo e Navegantes, no início do século XVIII, com a vinda dos portugueses. Os onze municípios da Região da AMFRI – Associação dos Municípios da Região da Foz do Rio Itajaí, originaram-se basicamente de desmembramentos dos municípios de Porto Belo e São Francisco do Sul. Porto Belo emancipou-se de São Francisco em 1832, quando passou a denominar-se Vila de Porto Belo, no lugar de Enseada das Garoupas. Por sua vez Porto Belo deu origem aos municípios de Camboriú, que em 1849 foi elevado à categoria de freguesia de Itajaí em 1859, de Itapema em 1962, e ao município de Bombinhas em 1992. De Itajaí emanciparam-se em 1958 os municípios de Penha, Luís Alves e Ilhota, e o município de Navegantes em 1962. De Penha emancipou-se o município de Piçarras em 1963.

A região que compõem a Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí – AMFRI, possui uma área total de 1.531 Km², corresponde a 1,6% da área do estado, e está situado entre os paralelos de 26°44,41” (latitude Norte) e 27°22,57” (latitude Sul); 48°27,52” (longitude Leste) e 49°02,08” (longitude Oeste). Limita-se ao leste com o Oceano Atlântico, ao sul com a Associação dos municípios da Grande Florianópolis – GRANFPOLIS, ao norte com a associação dos municípios do Vale do Rio Itapocú – AMVALI, e a oeste com a Associação do Médio Vale do Itajaí – AMMVI (SANTA CATARINA, 1999). Os municípios que a compõem são: Piçarras, Penha, Luís Alves, Navegantes, Ilhota, Itajaí, Balneário Camboriú, Camboriú, Itapema, Porto Belo e Bombinhas.

A rede é composta por unidades de saúde de atenção básica, e em relação as urgências odontológicas, não existe serviços que prestem atenção em odontologia à população fora do horário normal do expediente das unidades de saúde, ou seja, nenhum serviço de pronto-atendimento possui odontologia, sendo prestado apenas atendimento aos traumas de face por uma equipe de 03 cirurgiões-bucomaxilofaciais, credenciados ao SUS, que atendem na emergência do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, situado em Itajaí.

Os cirurgiões-dentistas obedecem a jornadas de 20 e 40 horas, com uma média de atendimento de 06 a 10 pessoas conforme orientação das Portarias do Ministério da Saúde n^o 267/2001 e n^o 1.101/2002. Na região é escassa a presença de pessoal auxiliar, cabendo ao profissional, realizar as tarefas de agendamento, assepsia de campo, troca de material, entre outras de responsabilidade da auxiliar de consultório dentário. Com a instalação das equipes de saúde bucal no programa de saúde da família, os cirurgiões-dentistas começaram a incorporar novas práticas, como visitas domiciliares, realização de campanhas preventivas na comunidade, e uma maior participação no gerenciamento dos serviços através de um controle social mais amplo, exigindo a participação dos profissionais.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi precedida de conversa com os responsáveis pelos serviços de odontologia e no caso dos municípios sem direção de odontologia, o diretor de saúde era comunicado a respeito da pesquisa onde era solicitada autorização escrita. Os profissionais recebiam esclarecimentos sobre a intenção do trabalho, bem como do conteúdo e significado dos instrumentos empregados.

Os dados foram coletados tendo como amostra, cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios pertencentes à Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açu, durante 3 (três) meses.

Uma carta-convite e um instrumento de entrevista, chamado de perfil profissional dos Cirurgiões-Dentistas da rede pública municipal da região da AMFRI (Anexos 01 e 02) foram adaptados de Motter (2003), que analisou a qualidade de vida dos médicos militares de um Hospital Geral de Curitiba.

Três instrumentos baseados na literatura de Lipp (1996), Masci (1995) e Werutsky (1999) foram usados para avaliar qualidade de vida, estresse e depressão, respectivamente (Anexos, 03, 04 e 05).

Após entrega dos questionários, foi estipulado um prazo de 02 semanas para a entrega do material ao responsável pelo serviço, que os encaminhava para a 17ª Gerência de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde, que comunicava ao pesquisador que os recolhia então. Esta metodologia foi escolhida, pois não acarretaria em prejuízo de tempo ao serviço, possibilitando maior liberdade e conforto ao entrevistado em responder o instrumento.

3.6 Instrumentos

O primeiro instrumento (Anexo 03) utilizado é o **Inventário de Qualidade de Vida**, desenvolvido por Marilda Lipp (1996). A autora entende que qualidade de vida refere-se ao viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde. Para que a pessoa se enquadre na categoria de portadora de boa qualidade de vida é necessário que ela **seja bem sucedida em todos esses quadrantes**. Cada quadrante é composto de 10 questões, com exceção do aspecto saúde, que possui 15 (quinze) questões. As respostas permitem duas alternativas: sim ou não.

O teste traz a seguinte orientação para quem o realiza:

- **Quadrante Social:** Soma-se 3 (três) pontos por resposta positivas aos itens 1,3,5,7 e 10. Subtrai-se 1 ponto por respostas positivas aos itens 2,4,6,8,9. Se o resultado for acima de 9 (nove) ponto, as respostas indicam sucesso neste quadrante.
- **Quadrante Afetivo:** Soma-se 1 (um) ponto por respostas positivas. Resultados acima de 8 indicam sucesso na área afetiva.

- **Quadrante Profissional:** Soma-se 1 ponto por resposta positiva aos itens 1,2,3,4,5,7,9. Subtrai-se 1(um) ponto por respostas positivas aos itens 6,8,10. Resultados acima de 5 indicam sucesso profissional.
- **Quadrante Saúde:** Subtrai-se 1 ponto por respostas positivas dadas aos itens 11 e 13. Some 1 (um) ponto para cada resposta positiva dada a outros itens. Resultados acima de 11 (onze) indicam sucesso.

Para indicar se a pessoa tem ou não sucesso nas áreas avaliadas, completa-se o quadro abaixo colocando um X nas colunas sim ou não.

QUADRO 1: Resultado do Inventário sobre qualidade de vida

QUADRANTE	SIM	NÃO
Social		
Afetivo		
Profissional		
Saúde		

Fonte: Lipp, (1996)

O segundo instrumento (Anexo 04) utilizado, foi o **Teste de auto-avaliação sobre reação aguda ao estresse**, de Masci (2004), e traz uma lista com uma série de problemas e queixas que as pessoas enfrentam normalmente no seu cotidiano, mas que assumem, por vezes, forte intensidade e não são facilmente explicáveis.

O teste para avaliar a reação aguda ao estresse apresenta uma lista com 26 sintomas. O entrevistado deverá dar notas variáveis de 0 a 4, conforme o grau de intensidade dos sintomas que o acometem:

- 0 = Nada
- 1 = Um pouco
- 2 = Moderadamente
- 3 = Marcadamente
- 4 = Severamente

O teste traz a seguinte orientação para quem o realizou:

- Quem marcar qualquer sintoma como (3) marcadamente ou (4) severamente, deve procurar um

médico para esclarecer o diagnóstico.

- Se a soma de pontos for até 30, provavelmente não necessita de tratamento imediato, (a menos que possua 1 ou mais sintomas marcados como marcadamente ou severamente).
- Se a soma for acima de 31 pontos, é recomendável que procure um médico para esclarecimento ou diagnóstico.

O terceiro instrumento (Anexo 5) utilizado, foi o **Inventário de Depressão de Beck (BDI)** - de forma reduzida – desenvolvido por Werutsky (1999). Planejado para auxiliar a estabelecer a existência de depressão e fornecer um guia de sua gravidade.

É composto por 13 grupos de declarações graduadas de 0 (mais grave) a 3 (menos grave) de escolha múltipla, que descreve como o sujeito sente-se naquele momento. O escore máximo para cada item é 3 e o somatório total das questões pode atingir é de no máximo 39 pontos.

A categorização sugerida por Beck apresenta a seguinte variação no escore:

QUADRO 2: Graus de depressão por escore do Inventário de Beck:

GRAU DE DEPRESSÃO	VARIAÇÃO DOS ESCORES
Nenhum ou mínimo	0-4
Suave	5-7
Moderado	8-15
Grave	16 ou mais

Fonte: Werutsky, (1999)

Werutsky (1999) relata um estudo para verificação da fidedignidade do instrumento, pela aplicação em forma de teste e reteste, com intervalo de 15 dias. Foi aplicada a correlação de Pearson entre os resultados das suas avaliações, a qual apresentou um coeficiente de correlação $r = 0,86$ ($P=0,002$).

Para a validação do conteúdo do instrumento, este foi enviado a cinco especialistas, os quais, ao apreciarem o conteúdo das questões de cada item do Inventário de Beck, revelaram que o instrumento tinha validade para avaliar o nível de depressão.

O Beck Depression Inventory (BDI), foi utilizado como instrumento em outros trabalhos, como o de Motter (2001) que investigou qualidade de vida depressão e estresse nos médicos militares do Hospital Geral de Curitiba. Rodrigues Júnior e Costa (1987) estudando disfunção erétil e depressão lançou mão de mesmo instrumento (MOTTER, 2001).

Motter (2001) relata ainda o estudo de Kroeff; Sarriera (1995), que utilizaram o inventário em pacientes com dor crônica, em comparação a outras amostras clínicas e não clínicas. Após

agruparem os resultados em duas sub-escalas, evitando superestimar o grau de eventual depressão existente nestes pacientes.

3.7 Aspectos Éticos

Foram respeitados os aspectos éticos que são definidos na Resolução 196/96 do CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio não houve rejeição por parte dos gestores em permitir a aplicação dos instrumentos, apenas alguns alegaram que a pesquisa possuía motivação política.

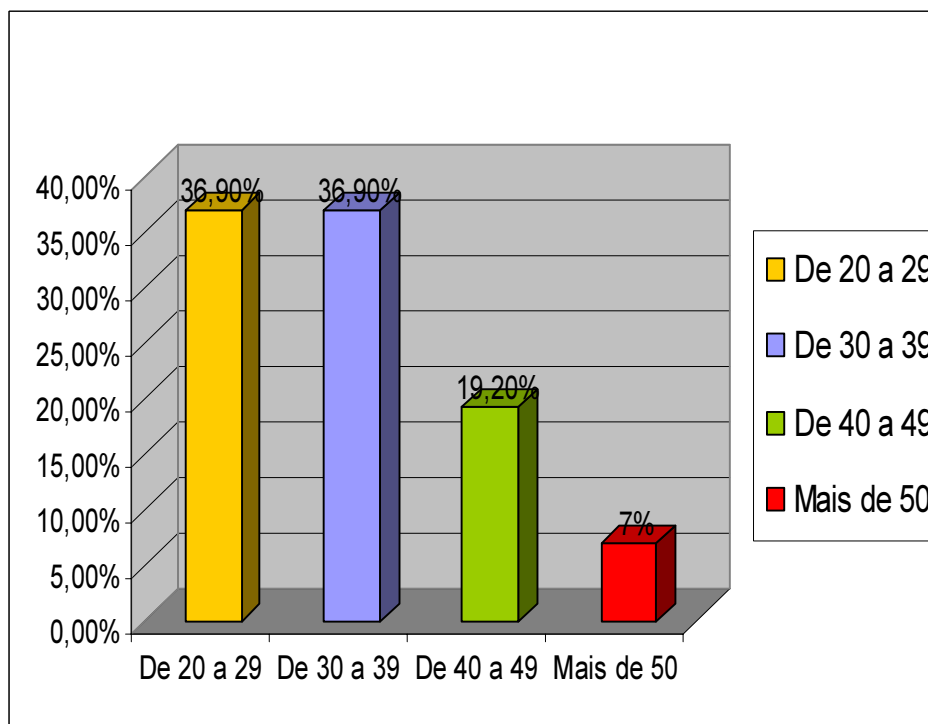
Os profissionais que responderam descreveram que ficaram surpresos com os questionamentos e suas respectivas respostas, alegando que pretendiam mudar alguns hábitos que lhes pareciam prejudiciais e comprometeriam sua qualidade de vida.

4.1 Perfil dos cirurgiões-dentistas entrevistados

4.1.1 Idade da população avaliada

A idade média da população avaliada foi de 32 (tinta e dois) anos, sendo que a idade mínima foi de 22 (vinte e dois) anos e a idade máxima de 55 (cinquenta e cinco) anos.

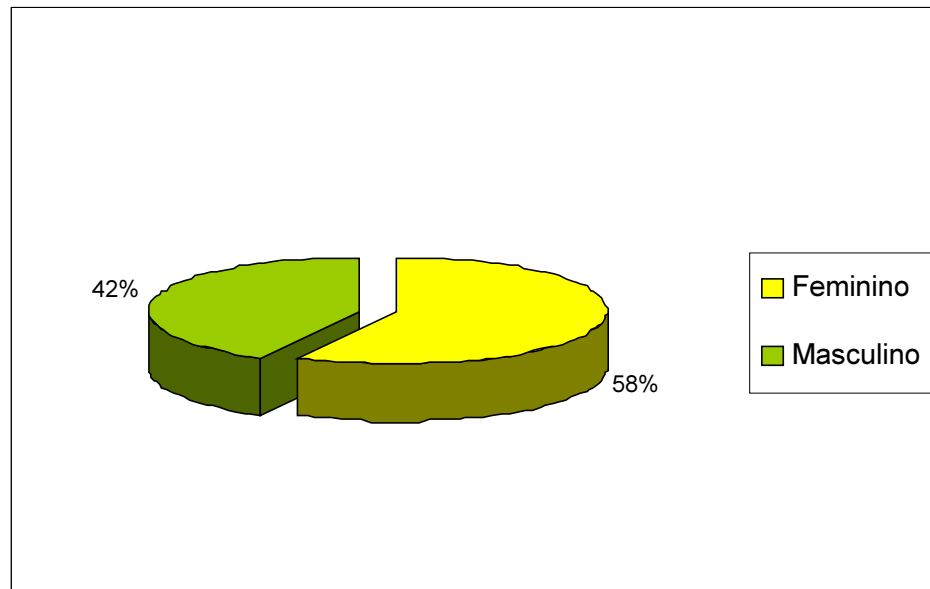
FIGURA 1: Distribuição dos cirurgiões-dentistas segundo idade



4.1.2 Sexo

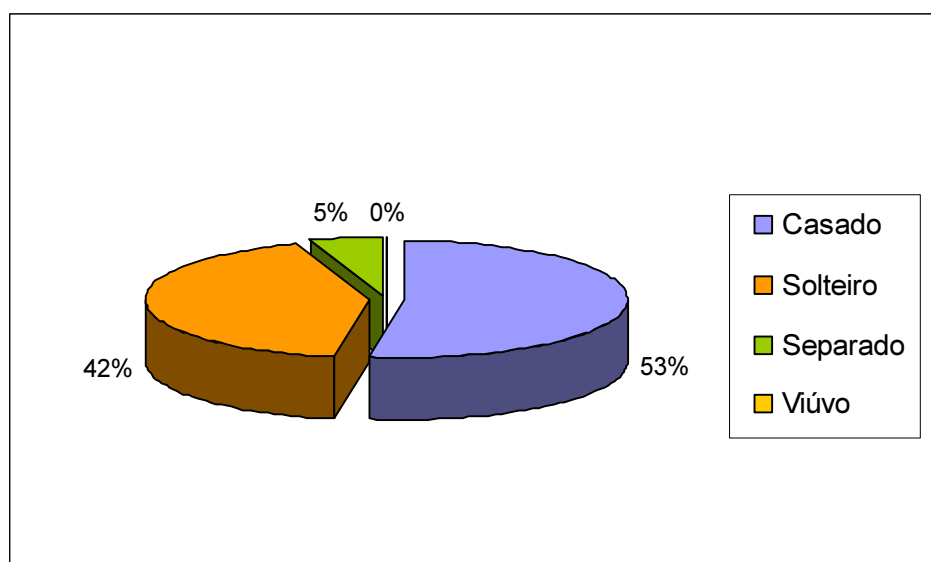
Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO) em 2003 estavam registrados 183.541 cirurgiões-dentistas, deste universo 51,35% são do sexo feminino, e 48,65% do sexo masculino (CFO, 2004). Em Santa Catarina neste mesmo ano 5.164 profissionais estavam registrados, deste total 2.146 (41,6%) são do sexo feminino e 3.018 (58,4%) do sexo masculino (REIBNITZ, 2003).

A amostra estava dividida em 33 profissionais do sexo feminino, contabilizando 58% e 24 (vinte e quatro) do sexo masculino, num total de 42%. O resultado obtido aproxima-se da porcentagem nacional, podendo refletir a tendência de feminilização da mão de obra, inclusive na Odontologia, reflexo do aumento de mulheres cursando nível superior e ingressando no mercado de trabalho (MACHADO, 1997 *apud* REIBNITZ, 2003).

FIGURA 2: Universo dos entrevistados conforme sexo

4.1.3 Estado Civil

Quanto aos estado civil dos entrevistados, 52,6% são casados, 42,1% são solteiros e apenas 5,3% são separados, não havendo presenças de viúvos. Os resultados apresentados foram muito próximos aos apresentados por Bittencourt (2003), ao analisar os cirurgiões-dentistas da rede municipal de saúde, a autora obteve 56% de profissionais casados, 38% solteiros e apenas 4% divorciados. Este índice de profissionais casados é coerente com a média de idade de 31 anos de nossa amostra, onde segundo literatura os indivíduos já constituíram, em sua maioria relacionamentos estáveis.

FIGURA 3: Perfil dos entrevistados segundo o estado civil

4.1.4 Número de empregos dos cirurgiões-dentistas entrevistados

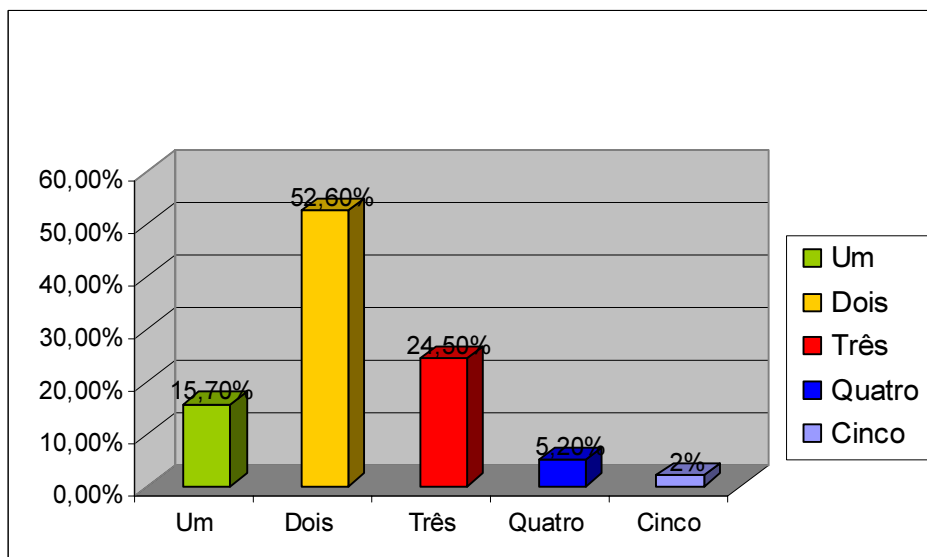
Quanto ao número de empregos dos entrevistados, 15,7% possuem apenas 1 emprego, 52,6% possuem 2 empregos, 24,5% trabalham em 3 empregos, 5,5% 3 empregos e 1,7% com 5 empregos. A amostra deste estudo apresentou comportamento diferente ao apresentado por Bittencourt (2003) que encontrou apenas 2% de profissionais com apenas 1 vínculo, e de Reibnitz (2003) que apresenta 40,5% de profissionais com 2 empregos. Entretanto fica claro que a grande maioria exerce sua profissão em mais de um local de trabalho devido a renda insuficiente em apenas 1 trabalho sendo necessária a complementação salarial em outros locais.

Segundo Silva e Rosa, 1996 o aumento de empregos oferecidos aos cirurgiões-dentistas nos últimos anos é uma tendência já observada por alguns autores, e que pode ter como consequência um progressivo assalariamento da

profissão da mesma maneira que já ocorreu com outras profissões da área da saúde.

Para Lazaris (2003) a ausência de planos de carreiras, cargos e salários, a inexistência e mecanismos de avaliação e de controle de desempenho profissional, a diversidade de parâmetros para a definição de quadro de pessoal se coloca como obstáculo e faz da gestão de pessoal um dos maiores desafios para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

FIGURA 4: Perfil dos cirurgiões-dentistas segundo o número de empregos



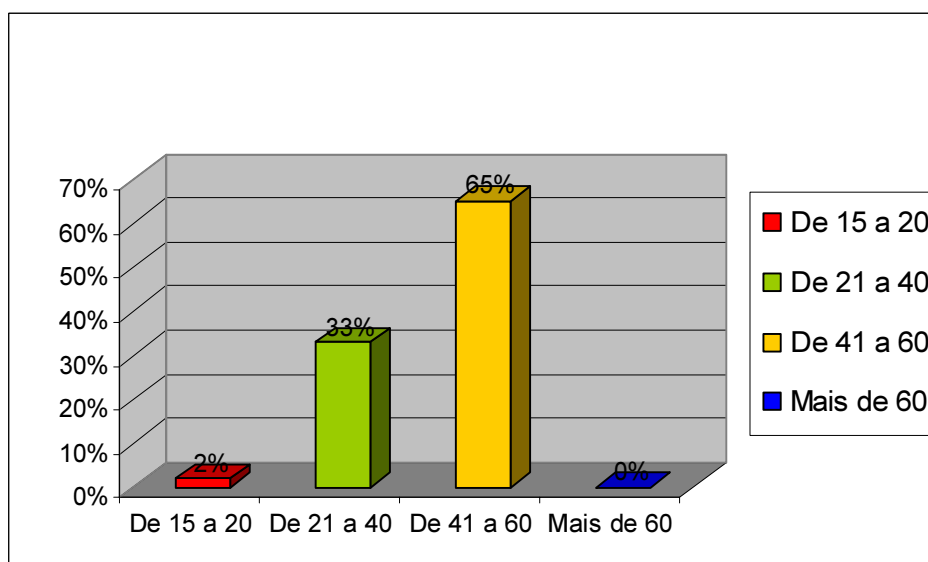
4.1.5 Jornada de trabalho dos cirurgiões dentistas entrevistados

Bittencourt (2003) levantou que 46% dos cirurgiões-dentistas trabalham mais de 40 horas semanais, com média de 43,11 horas. Em relação a jornada de trabalho obteve-se uma média de 9 horas, com 65% (37) da amostra trabalhando acima de 40 horas semanais, 33% (19) entre 20 e 40 horas, muito próximo ao obtido Reibnitz (2003) que está entre 61,1% com mais de 40 horas, e 34,7% entre 20 horas e 40 horas.

O aumento no nível de empregos oferecidos a cirurgiões-dentistas nos últimos anos é uma tendência já observada por alguns autores, e que pode ter como conseqüência um progressivo assalariamento da profissão da mesma maneira que já ocorreu com outras profissões da área da saúde. (SILVA; ROSA, 1996).

Não é comum na Odontologia o trabalho em turnos no serviço público, a complementação de carga-horária ocorre em consultórios particulares após o horário que cumpre na rede pública. Silva; Rosa (1996), analisando os cirurgiões-dentistas com vínculo empregatício em empresas públicas e/ou privadas no município de Araraquara – SP, concluiu a jornada de trabalho no emprego é de 20 horas semanais para a maioria dos profissionais (67,6%), indicando que o emprego ocupa apenas parte de seu tempo de trabalho. Assim, ele também se dedica à sua própria clínica odontológica por pelo menos mais 20 horas semanais. Os profissionais que se dedicam apenas a este emprego somam 33,8%.

FIGURA 5: Distribuição dos entrevistados segundo jornada de trabalho



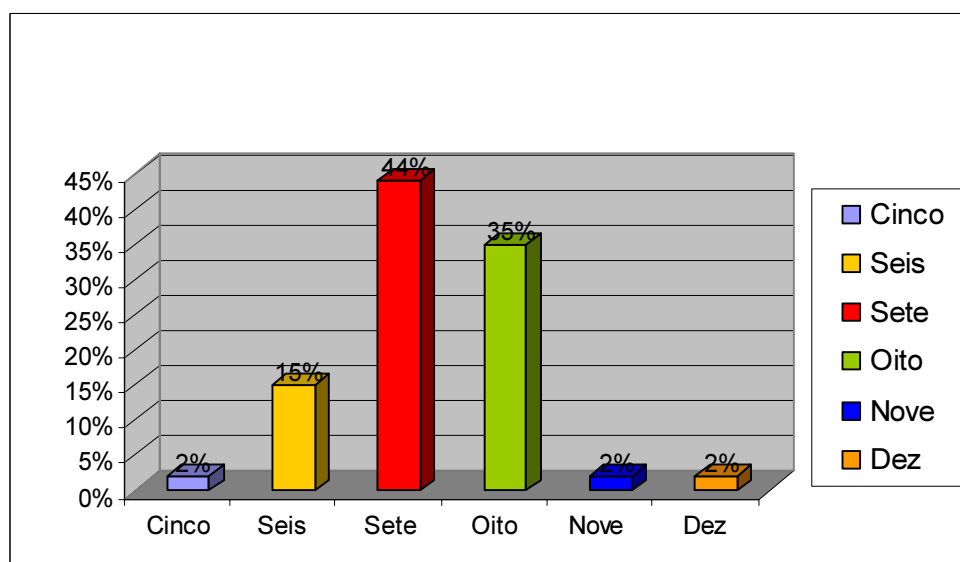
4.1.6 Sono

Esse estudo encontrou média de 7 horas de sono, com 48% dos entrevistados dormindo de 8 a 10 horas, 35% dormindo 7 horas e 17% de 5 a 6 horas.

Segundo Cerqueira Filho (2001) o período médio total de sono é de 7,5 horas, oscilando nos indivíduos adultos saudáveis entre 4 a 10 horas.

Os transtornos relacionados por privação de sono como o transtorno do ciclo vigília-sono, que por definição é determinado pela jornada de trabalho à noite em regime fixo ou pela alternância de horários diurnos, vespertinos e/ou noturnos, em regime de revezamento, não foram encontrados na literatura pesquisada em relação à Odontologia. Os serviços públicos de Odontologia da região da AMFRI não possuem assistência odontológica nos pronto-atendimentos e pronto-socorros hospitalares, as emergências são atendidas por consultórios particulares, sob chamada telefônica e os traumas faciais por uma equipe de cirurgiões-bucomaxilofaciais que ficam de sobre-aviso no Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, em Itajaí, revezando-se durante a semana.

FIGURA 6: Perfil dos entrevistados segundo horas de sono



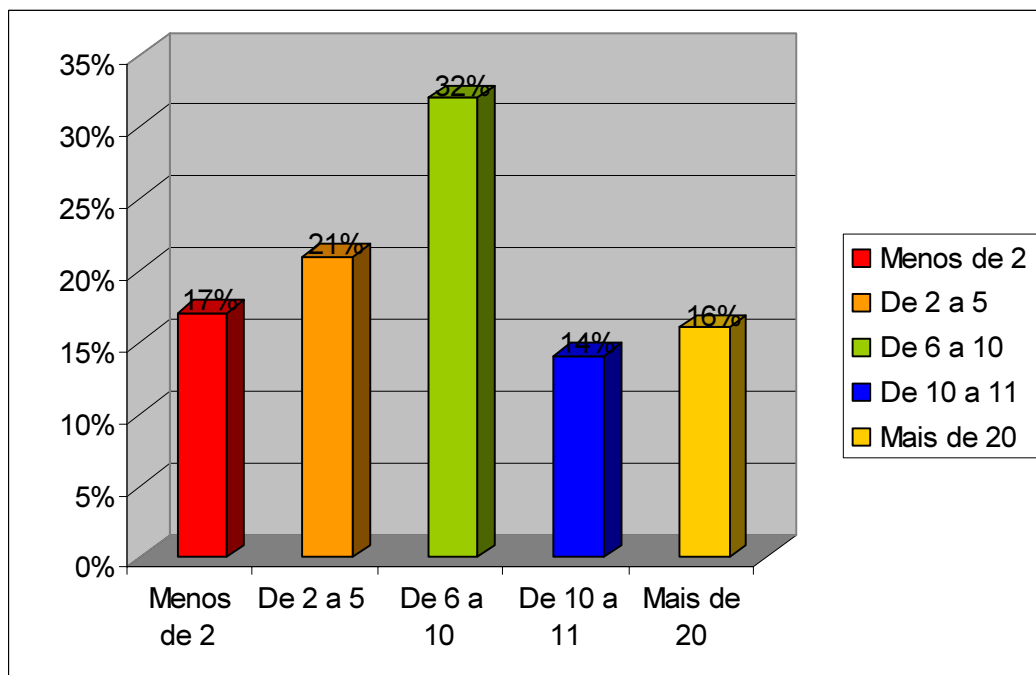
4.1.7 Tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas entrevistados

Os entrevistados apresentaram uma média de 9 (nove) anos de tempo de trabalho. O maior tempo de trabalho levantado foi de 35 (trinta e cinco) anos, e o menor 1 ano de trabalho.

Segundo figura 07, 38% dos profissionais possuem entre 6 e 10 anos de trabalho, 21% entre 2 a 5 anos, 17% menos de 2 (dois) anos, 14% de 11 a 20 anos e 16% mais de 20 anos de trabalho. Percebe-se que os resultados estão bem distribuídos em relação ao tempo de trabalho, com predominância de 6 (seis) a 10 (dez) anos de trabalho, o que pode-se concluir que se somarmos com os de 11 a 20 anos e mais de 20, teremos pelo menos 68% dos entrevistados trabalhando por um tempo considerável, por conseguinte encontram-se expostos por um prazo maior aos riscos físicos, químicos e psicológicos inerentes a profissão, podendo com maior frequência serem atingidos pelas doenças ocupacionais.

Lazaris (2003) apresenta que em relação ao tempo de efetivo exercício profissional, 48,7% dos profissionais possuem entre 06 a 15 anos de trabalho, somando-se com os cirurgiões-dentistas entre 16 e 20 anos de profissão este percentual sobe para 69,2%. Bittencourt (2003) analisando o tempo de serviço no setor público obteve um percentual de 70% de entrevistados exercendo a profissão de 6 a 20 anos.

FIGURA 7: Tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas entrevistados



4.1.8 Estudos em desenvolvimento

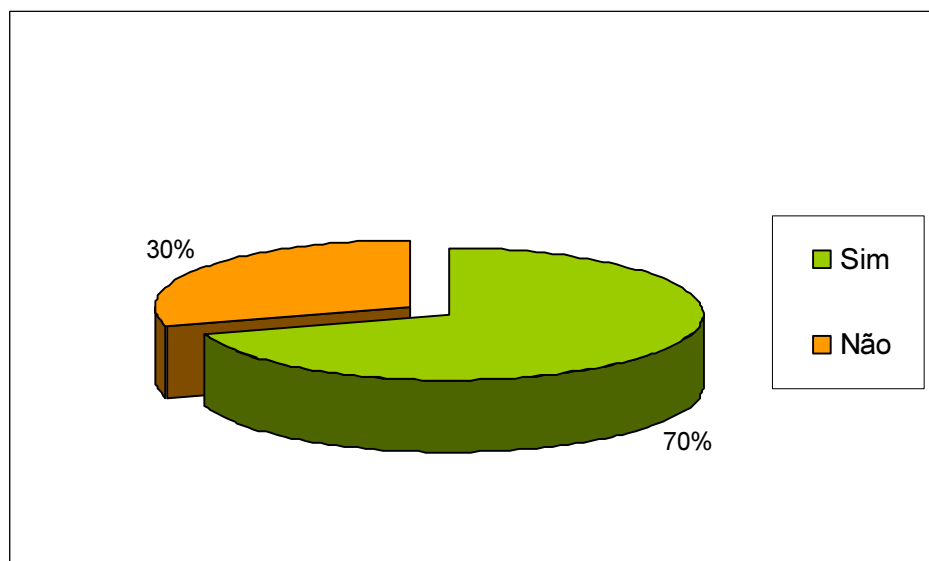
Em relação ao estudo, 70,2% (40) dos cirurgiões-dentistas declarou que continua a estudar mesmo após a graduação, e somente 29,8% (17) declararam que não se dedicam a nenhuma atividade educacional.

Reibnitz (2003) afirma que a educação permanente é uma das preocupações dos graduados em Odontologia, tanto que 89,65% dos pesquisados relataram ter o hábito da leitura de livros ou revistas de caráter científico da área odontológica, 68,27% utilizavam a Internet na procura de publicações científicas, 91,72% (133) declararam participar de eventos científicos, e 52,77% já tinham frequentado algum tipo de curso (atualização, aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado).

O emprego da tecnologia no desenvolvimento de novos materiais e técnicas, resultam na necessidade constante de atualização e alteração na conduta de trabalho, fazendo com que o profissional tenha que adaptar-se e

manter-se constantemente atualizado, caso contrário se sentirá inferiorizado e inseguro sobre sua própria atuação e em relação aos demais cirurgiões-dentistas. (FREEMAN et al, 1995 *apud* KOSMANN, 2000).

FIGURA 8: Perfil dos entrevistados segundo desenvolvimento de estudos



4.1.9 Tipo de emprego dos cirurgiões-dentistas entrevistados

Em relação ao tipo de trabalho, a amostra apresentou percentuais muito semelhantes entre os profissionais efetivos/estatutários que ingressaram no serviço público pela prestação e aprovação em concurso público, e os contratados, podendo ser por tempo de serviço determinado ou segundo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

No serviço público existem duas formas de ingressar, uma através de concurso, onde o indivíduo quando aprovado obedece ao regime estatutário, devendo cumprir 3 anos de estágio probatório, com posterior ganho de estabilidade. Outra forma seria através de contratos, obedecendo a Consolidação das Leis Trabalhistas, onde o trabalhador tem direito à férias, 13º salário e todos

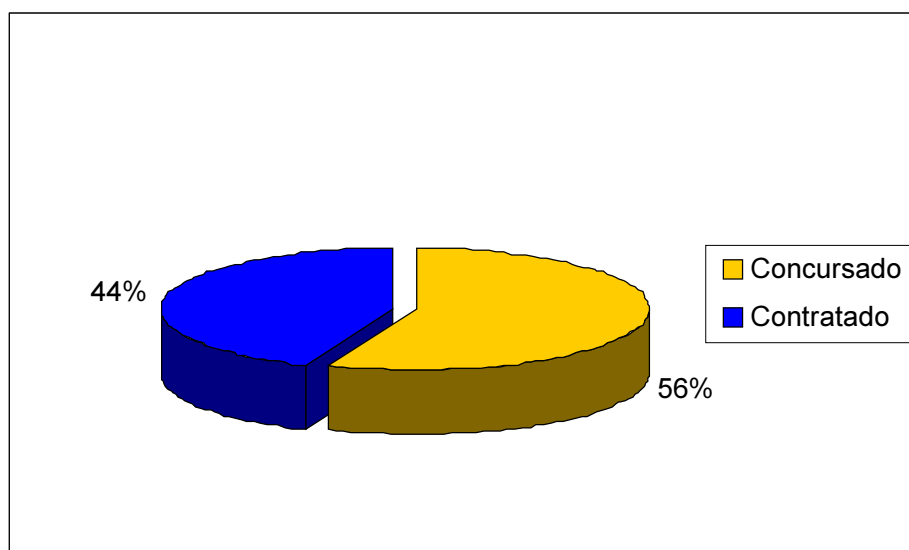
os demais direitos contemplados na CLT, porém não possui estabilidade, podendo ser dispensado para ceder sua vaga a profissional concursado, ou por outros motivos.

A inclusão de equipes de saúde bucal nas equipes de saúde da família ampliou o mercado de trabalho para os cirurgiões-dentistas, e o que vem ocorrendo nos serviços de saúde da 17ª Gerência de Saúde é a seleção de profissionais já concursados para ingressar nestas equipes, e somente realizar contratação em caso de não haver preenchimento das vagas por cirurgiões-dentistas dos quadros dos municípios.

Os que declararam serem concursados somam 56.1% (32) da amostra, enquanto os contratados apresentam um percentual de 43.9% (25) dos entrevistados.

Os dados acima apresentados interferem na vida profissional dos profissionais ao ponto que mais de 40% dos entrevistados não possuem estabilidade no emprego, o que pode acarretar ansiedade e estresse, visto que a forma de contratação ao serviço público na maioria das vezes não obedece critérios técnicos, e muitos dos programas e serviços instalados sofrem de interrupções constantes pelos mais diversos motivos, tais quais, corte de financiamento, mudança gerencial e política, entre outros.

FIGURA 9: Perfil dos entrevistados segundo contrato de trabalho



O perfil da população estudada nos mostra uma maior participação feminina, fenômeno que já vem ocorrendo na Odontologia desde a década de 70. Em relação à faixa etária, 21 (36.9%) dos entrevistados se encontram entre 20 e 29 anos, 21 (36.9%) entre 30 e 39 anos, o que totaliza 73,8% dos profissionais entre 20 e 39 anos, mostrando uma população jovem que se encontra pouco tempo expostos as adversidades da profissão. Quanto ao número de empregos percebe-se que, apesar da emancipação feminina, ainda é ela que termina sacrificando-se e prejudicando sua vida profissional em virtude de sua família. As mulheres que possuem três empregos ou mais somam 18,2% da amostra feminina, enquanto, a amostra masculina corresponde a 44,9% dos homens trabalhando em três empregos ou mais.

Por ser a Odontologia uma profissão diretamente ligada a inovações tecnológicas, principalmente a tecnologias pesadas, os profissionais que a ela se dedicam necessitam fazê-la constantemente e estudá-las, tanto que 70% dos cirurgiões-dentistas entrevistados relataram praticar algum tipo de atividade de ensino. É importante salientar que 65% (37) da amostra exercem uma jornada de trabalho superior a 9 horas por dia, o que nos leva a concluir que somadas a jornada de trabalho e de estudo, sobra pouco tempo para as atividades familiares,

sociais, esportivas e de lazer, o que poderá gerar distúrbios psico-fisiológicos que acarretarão diminuição na qualidade de vida.

4.2 Qualidade de Vida dos Cirurgiões-Dentistas Entrevistados

O inventário baseado em Lipp (1996), apresentou apenas 7 (12%) dos entrevistados com qualidade de vida considerada adequada, em todos os quadrantes (social, afetivo, profissional e saúde). Destes 7 respondentes, 5 (8,7%) são de sexo feminino e 2 (3,5%) são do sexo masculino.

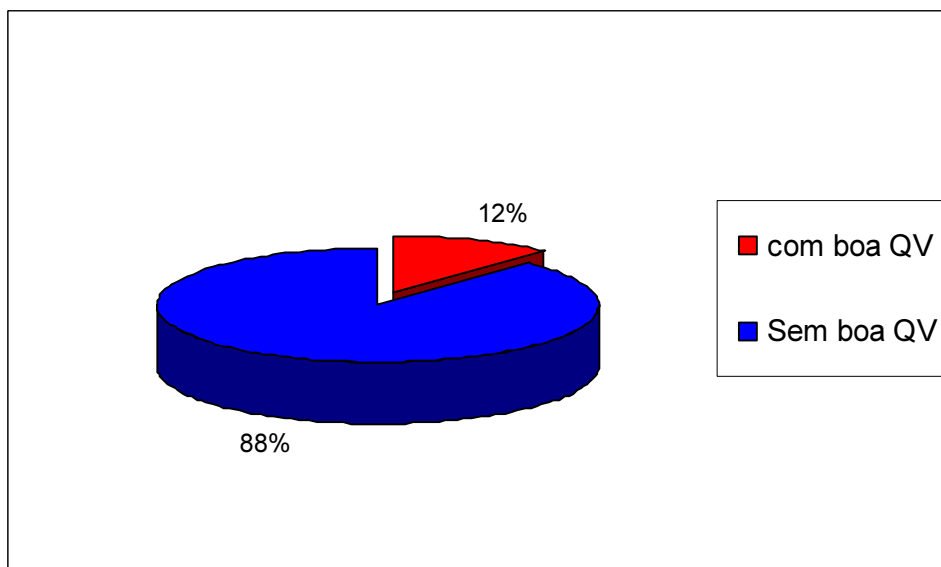
Das 05 mulheres que obtiveram sucesso em todos os quadrantes, todas eram casadas, a maioria (4) trabalham em dois empregos, todas declararam se dedicar a atividades educativas, o que acarreta que 3 delas possuem uma jornada de trabalho superior a 10 horas. Estas variáveis poderiam ocasionar insucesso em pelo menos um dos quadrantes analisados, talvez o fato de 04 delas serem concursadas faça com que sintam-se mais seguras em relação ao trabalho, diminuindo sua ansiedade.

Em relação aos 2 (dois) entrevistados do sexo masculino que obtiveram sucesso em todos os quadrantes, 1 era separado e 1 solteiro, com uma jornada de trabalho respectiva de 10 horas e 8 horas diárias de trabalho. Um deles atua há 28 anos, enquanto o outro 8 anos, é importante salientar que o profissional com mais tempo de serviço e que possui a jornada de trabalho mais longa é também o único que exerce alguma atividade educativa.

A maioria dos entrevistados, ou seja, 50 (88%) dos cirurgiões-dentistas obtiveram insucesso em um ou mais dos quadrantes analisados. Portanto conclui-se que por ser uma população jovem, 42 (73,8%) dos profissionais entre 20 e 39 anos, com pouco tempo de exercício da profissão, é natural que apresentem uma insatisfação em relação a sua vida pessoal e profissional. (DAVIDOVE, 1996).

Segundo Tagliavani e Poi (1988), os cirurgiões-dentistas trabalham em uma área confinada (a boca), necessitando de uma precisão de dezenas de milímetros, o que gera a necessidade do perfeccionismo, o que conforme os autores é um caminho para a auto-destruição. Sendo assim a vida particular dos profissionais é afetada, tanto que não conseguem se divertir em nenhum momento fora da prática, pois todas as outras atividades também são enfocadas de maneira perfeccionista.

FIGURA10: Resultado do Inventário de Qualidade de Vida



Na análise individual dos quadrantes observa-se: quadrante social, 79% da população avaliada obteve sucesso e os outros 21% não obtiveram sucesso neste quadrante (Tabela 1, figura 11). A maioria disse gostar de passear sem pressa ou horários, seguido pelas afirmações ter amigos os quais socializo em casa e manter conversas com os vizinhos (Tabela 2). Como a maior parte da população é jovem acredita-se possuírem uma vida social mais ativa, o que justificaria os passeios, os encontros com amigos e o gostar de conversar sobre assuntos não relacionados ao trabalho.

TABELA 1: Resultado do Inventário de Qualidade de Vida aplicado aos cirurgiões-dentistas

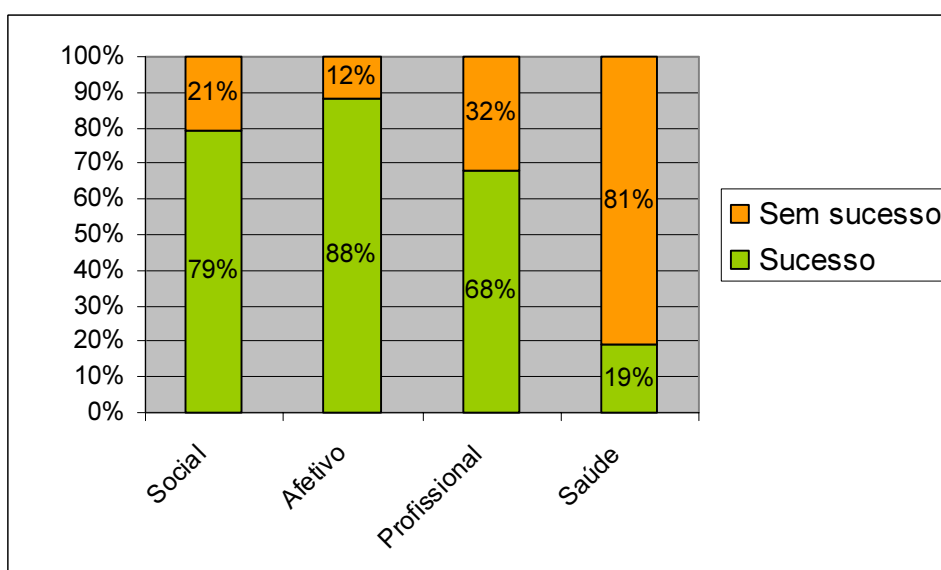
QUADRANTES	SUCESSO	SEM SUCESSO (SS)
Social	45 (79%)	12 (21%)
Afetivo	50 (88%)	7(12%)
Profissional	39 (68%)	18 (32%)
Saúde	11 (19%)	46 (81%)

TABELA 2: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante social

	Freq. absoluta	Freq. (%)
--	----------------	-----------

QUADRANTE SOCIAL	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Tenho amigos com os quais socializo em casa	50	07	87,7%	12,3%
2. A maior parte dos meus amigos dependem de mim para algo importante	17	40	29,8%	70,2%
3. Gosto de conversar sobre assuntos não relacionados ao meu trabalho	41	16	71,9%	28,1%
4. Há horas em que acho que visitar e receber meus amigos é uma perda de tempo	10	47	17,5%	82,5%
5. Converso com meus vizinhos	43	14	75,4%	24,6%
6. Sinto-me desconfortável em festas	10	47	17,5%	82,5%
7. Colaboro com alguma instituição de caridade	23	34	40,3%	59,7%
8. Às vezes me esquivo de atender telefonemas de amigos	13	44	22,8%	77,2%
9. Prefiro conversar sobre negócios, mesmo em uma festa	04	53	7%	93%
10. Gosto de passear sem pressa ou horários	56	01	98,3%	1,7%

FIGURA 11: Qualidade de Vida –resultado por quadrantes



No quadrante afetivo, 50 (88%) dos respondentes obtiveram sucesso. Entre os itens com maior aprovação estão: às vezes fico lembrando pequenos episódios bons da minha vida 57 (100%), recebo afeto 56 (98.3%), dou afeto 55 (96.4%) e admiro e gosto de mim mesmo 55 (96.4%) (LIPP, 1996). Os índices com aprovação menor são: sou comunicativo e alegre com meus filhos 28 (49.1%) e minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela semanalmente 36 (63.1%). (LIPP, 1996).

TABELA 3: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante afetivo

QUADRANTE AFETIVO	Freq. absoluta		Freq. (%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Tenho um relacionamento afetivo estável – esposa (o)/ namorada (o)	51	6	89,4	10,6
2. Sou admirado por minhas qualidades além de minha atuação profissional	54	3	94,7	5,3
3. Sou comunicativo e alegre com meus filhos	28	29	49,1	50,9
4. Minha família esta razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela semanalmente	36	21	63,1	36,9
5. Recebo afeto	56	1	98,3	1,7
6. Dou afeto	55	2	96,4	3,6
7. Admiro e gosto de mim mesmo	55	2	96,4	3,6
8. Gosto de observar a natureza e o faço sempre	48	9	84,2	15,8
9. Às vezes fico lembrando pequenos episódios bons da minha vida	57	0	100	0
10. Comemoro com prazer as datas importantes para mim	51	6	89,4	10,6

Os números apresentados mostra-nos que os entrevistados não apresentam maiores problemas em relacionar-se afetivamente com outras pessoas, entretanto no que tange a vida familiar os cirurgiões-dentistas através de suas respostas demonstraram um

desempenho inferior aos outros itens. A jornada de trabalho elevada, o número cada vez maior de empregos faz com que os indivíduos relacionem-se a maior parte do tempo com colegas de trabalho e clientes, e cada vez menos com seus familiares, o que pode gerar desagregação e desentendimentos familiares. Walton (1973) afirma ser importante exercer papel balanceado no trabalho e dedicar tempo para o lazer e família.

Diferente de Motter (2001) que ao analisar a qualidade de vida dos médicos militares obteve apenas 50% e 35% dos entrevistados com sucesso nos quadrantes social e afetivo, obteve-se neste estudo uma média de 79% e 88% de sucesso respectivamente. Ao analisarmos as afirmações feitas pela autora, pode-se atribuir estes altos índices, devido a Odontologia não possuir nos municípios investigados, o trabalho do tipo plantão noturno. Esta modalidade de trabalho em turno ocasiona isolamento social, ausência da família por longos períodos causando maior rompimentos pessoais e emocionais.

Motter (2001) afirma que o sofrimento psicológico pode estar relacionado à privação de sono, privação social acarretando vulnerabilidade individual.

TABELA 4: Inventário de Qualidade de Vida –resultado do quadrante afetivo

QUADRANTE PROFISSIONAL	Freq. absoluta		Freq. (%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Sou competente em meu trabalho	56	1	98,3	1,7
2. Tenho metas quanto ao que quero fazer	54	3	94,7	5,3
3. Meu trabalho é reconhecido por outros	53	4	92,9	7,1
4. Não tenho medo do futuro no que se refere ao trabalho	27	30	47,3	52,7
5. Ganho satisfatoriamente	34	23	59,7	40,3
6. Se pudesse pararia de trabalhar	21	36	36,8	63,2
7. Sinto que contribuo para o sucesso da empresa	52	5	91,2	8,8
8. Escolhi a profissão errada para mim	11	46	19,2	80,8
9. Meu trabalho me oferece segurança	33	24	57,8	42,2
10. Se fosse possível mudaria de emprego	17	40	29,8	70,2

No quadrante profissional: 39 (68%) dos profissionais declararam ser bem sucedidos e 18 (32%) afirmaram não ter obtido sucesso neste quadrante. Analisando a tabela com os resultados do quadrante e fazendo uma comparação com as dimensões de Qualidade de Vida no Trabalho, nota-se que ao responder as questões relativas ao desempenho no trabalho e suas repercussões sociais, tais quais: sou competente em meu trabalho, tenho metas quanto ao que eu quero fazer, meu trabalho é reconhecido por outros e sinto que contribuo para o sucesso de minha empresa, obteve-se mais de 90% de respostas afirmativas, o que nos leva a crer que o trabalho está permitindo o uso e desenvolvimentos de capacidades, possuindo relevância social (WALTON, 1973), fornece identidade de tarefa e *feedback* (HACKMAN e OLDHAM, 1975), possui projetos de cargos referente a capacidade e expectativas sociais do trabalhador (WERTHER e DAVIS, 1983), permitindo participações nas decisões, fazendo com que o empregado tome parte no processo (HUSE e CUMMINGS, 1985).

Além disso, o que vem confirmar que profissionalmente os cirurgiões-dentistas entrevistados estão satisfeitos com sua profissão é que ao responderem se escolherão a profissão errada, 80,8% responderam que não e 70,2% declararam que não mudariam de emprego se fosse possível.

Em relação a remuneração, o percentual de respondentes satisfeitos apresenta ligeiro decréscimo, quando comparado a outros indicadores. Os que responderam estar satisfeitos com a remuneração contabilizam 59,7% dos respondentes, partindo dos indicadores abordados por Walton (1973) em relação a remuneração: renda adequada para seu padrão de vida, equidade interna, ou seja, equilíbrio entre a remuneração dos membros de uma organização e equidade externa, equilíbrio entre a remuneração da empresa e a do mercado de trabalho, percebe-se que em um ou mais dos indicadores não está satisfazendo a categoria.

A falta de um plano de cargos, salários e carreiras do SUS, a inexistência de isonomia salarial entre as categorias, a perda de poder aquisitivo da população como um todo, são fatores que sem dúvida acarretam insatisfação e uma reorganização do consumo das famílias, alterando padrões de vida, gerando uma diminuição na qualidade de vida.

Como conseqüência de praticamente metade dos entrevistados (43,9%) não possuírem estabilidade no emprego, ou seja, não serem funcionários sob regime estatutário, mas sob as normas da CLT, ou contrato temporário, é que ao responderem se não possuem medo do futuro no que se refere ao trabalho, apenas 47,3%

responderam afirmativamente e em relação a segurança oferecida pelo trabalho só 57,8% responderam que sim. Westley (1979) afirma que um dos problemas que afeta a qualidade de vida no trabalho é o indicador político, que causa insegurança no indivíduo dada à centralização do poder nas mãos dos superiores. E com isso os trabalhadores podem ser despedidos a qualquer momento, gerando ansiedade e toda sorte de doenças ocupacionais.

TABELA 5: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante saúde

QUADRANTE DA SAÚDE	Freq. absoluta		Freq. (%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1. Raramente tenho cefaléias	44	13	77,1	22,9
2. Minha pressão arterial está normal	55	2	96,4	3,6
3. Não tenho problemas dermatológicos	36	21	63,1	36,9
4. Não é freqüente ter azia	38	19	66,6	33,4
5. Faço check-up regularmente	32	25	56,1	43,9
6. Vou ao dentista todo ano	42	15	73,6	26,4
7. Faço exercícios físicos pelo menos três vezes por semana	23	34	40,3	59,7
8. Minha alimentação é saudável	41	16	71,9	28,1
9. Utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso	17	40	29,8	70,2
10. Consigo me desligar dos problemas para descansar	29	28	50,9	49,1
11. Tomo calmantes regularmente	3	54	94,7	5,3
12. Tenho estabilidade emocional	43	14	75,4	24,6
13. Sofro de ansiedade e angústia	21	36	36,8	63,2
14. Meu peso está dentro da média	45	12	78,9	21,1
15. Durmo bem	49	8	85,9	14,1

No quadrante saúde, o estudo levantou que 11 (19%) dos profissionais obtiveram sucesso, enquanto 46 (81%) fracassaram ao responder questões relativas à sua saúde. Entre as respostas que apresentaram maior preocupação estão: faço exercícios físicos pelo menos três vezes por semana com 59,7% de respostas negativas e

utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso com 70,2% de respostas negativas. Segundo Tagliavini e Poi (1998), ao analisarem um estudo publicado pela NASA, agência espacial norte-americana, afirmam que os profissionais ativos têm um nível de produtividade diária constante, enquanto os sedentários apresentam queda de 50% nas 2 horas últimas do dia. Soma-se a ocorrência maior de doenças cardíacas, câncer de cólon e diabetes, entre outras enfermidades decorrentes do sedentarismo.

Quanto à alimentação, 71,9% afirmam alimentar-se corretamente, resposta coerente se analisarmos que 78,9% declarou estar com peso dentro da média. Apesar de 43,9% dos profissionais não fazerem check up regularmente, 96,4% declara possuir pressão arterial normal, com 77,1% dos cirurgiões-dentistas raramente apresentando quadros de cefaléia.

Quando questionados sobre crises de ansiedade e angústia, 63,2% responderam não apresentar sintomas, tanto que 75,4% afirmam ter estabilidade emocional com 94,7% dos profissionais respondendo não tomar calmantes com regularidade. Em relação ao sono 85,9% afirmam dormir bem, mesmo com 49,1% da amostra declarar não conseguir se desligar dos problemas para descansar. Os valores correspondem aos dados obtidos pelo perfil dos cirurgiões-dentistas em relação ao sono que nos apresenta 83% dos profissionais dormindo entre 7 e 10 horas por dia.

4.2.1 Qualidade de vida: sexo masculino x sexo feminino

No quadrante social houve 25 mulheres (76%) e 20 homens (83%) com boa qualidade de vida. No quadrante afetivo houve 31 mulheres (94%) e 19 homens (80%) com boa qualidade de vida. No quadrante profissional houve 24 mulheres (73%) e 15 homens (63%) com adequada qualidade de vida. No quadrante saúde apenas 7 mulheres (21%) e 4 homens (16%) obtiveram boa qualidade de vida. Portanto entre os que apresentam sucesso entre todos os quadrantes as mulheres apresentaram 71% e os homens apenas 29%.

4.2.2 Qualidade de vida por tipo de contrato de trabalho.

Houve uma diferença significativa entre a qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas que ingressaram no serviço público através de concurso e os que foram contratados. Enquanto os primeiros representam 86% (06) dos que tiveram sucesso em todos os quadrantes, os contratados representam apenas 14% (1) dos bem sucedidos.

Entretanto o único entrevistado que obteve insucesso em todos os quadrantes, é funcionário concursado, os demais concursados ou não obtiveram sucesso em pelo menos um dos quadrantes.

Conclui-se que a estabilidade conferida aos profissionais através do concurso público, faz com que os mesmos possam planejar melhor sua vida, certos que a remuneração será fixa e desta forma possibilita ao profissional adequar seu padrão de vida a remuneração recebida, causando menor frustração, ansiedade e conseqüentemente interferindo em menor amplitude na qualidade de vida dos entrevistados.

4.2.3 Qualidade de vida por número de empregos

A análise de qualidade de vida por número de empregos, mostra-nos uma acentuada diferença entre os entrevistados que trabalham em 1 ou 2 empregos e os que trabalham em 3 ou mais. Enquanto os que trabalham no máximo em dois empregos representam 86% (06) dos que obtiveram sucesso em todos os quadrantes, os que trabalham em 3 ou mais, representam apenas 14% (01) dos bem sucedidos.

O assalariamento da profissão, o grande número de profissionais no mercado, a perda de poder aquisitivo da população, obriga grande parte dos profissionais a exercerem jornadas de trabalho cada vez mais longas, em diversos empregos, o que além de exaurir pelo cansaço físico e mental ocasionando doenças ocupacionais, afasta o indivíduo da família acarretando desagregação familiar e social, afetando negativamente na qualidade de vida do cirurgião-dentista e de sua família.

Zanetti (1999 apud REIBNITZ, 2003) afirma que o mercado de serviços curativos de massa vem passando por mudanças que estão provocando o seu esgotamento, ocasionando uma inversão no modelo clínico na forma liberal tradicional para outros tipos de exercícios profissionais (públicos, conveniados, entre outros...).

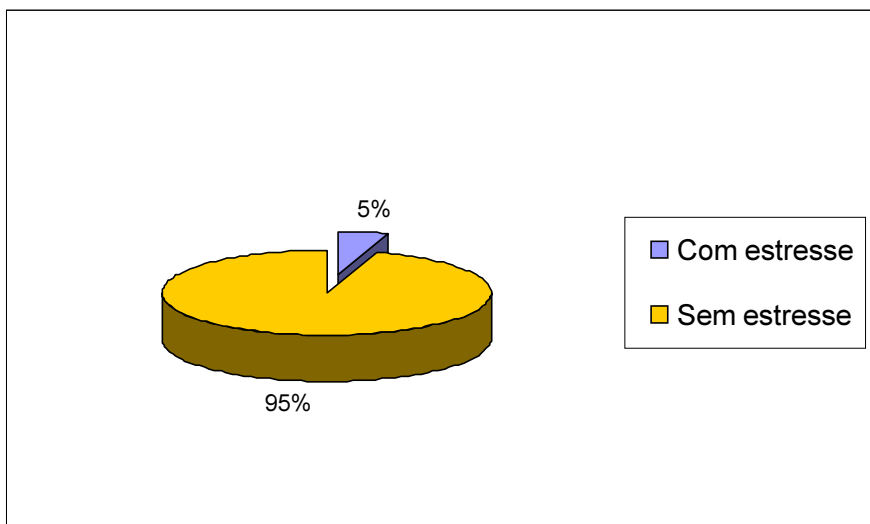
4.3 Estresse dos cirurgiões-dentistas

Em relação à presença de estresse com necessidade de tratamento apenas 5% (03) dos trabalhadores responderam com pontuação acima de 31, o restante 95% (54) apresentou uma ou outra característica que não representaram necessidade de atenção clínica. Hark (1983) ao analisar as características psicológicas desta classe, afirma que os profissionais já não distinguem mais fatos concretos dos imaginários dificultando sua caracterização.

Os sintomas que apresentaram maior frequência e notas foram: dores musculares (sem haver se machucado); sensação de fadiga, mal estar, cansaço ou fraqueza; tensão, inquietação, dificuldade em relaxar, irritabilidade e vertigem, crises de tontura.

Conforme Tagliavani e Poi (1998) os cirurgiões-dentistas assalariados (professores, administradores, profissionais do serviço público ou aposentados) apresentam níveis de estresse menores em relação a assuntos administrativos do consultório que os que trabalham por porcentagem ou sociedade.

FIGURA 12: Ocorrência de estresse nos entrevistados



4.3.1 Estresse conforme sexo

Quando se compara a presença de estresse por sexo percebe-se que não ocorreu uma grande diferença entre os entrevistados. Enquanto as mulheres apresentaram 6% (2) da amostra com estresse necessitando de tratamento, os homens apresentaram 4% (1). Diferentemente do estudo de Motter (2001), que ao analisar os médicos militares obteve como resultado 41% (15) de homens com estresse necessitando de tratamento e apenas 25% (04) mulheres.

Um dos fatores que são indicados como gerador de estresse em cirurgiões-dentistas é a sobrecarga de trabalho (TAGLIAVANI e POI, 1998). Neste caso ao compararmos os respondentes de ambos os sexos, nota-se que 50% (11) dos homens declararam possuir mais de 2 empregos contra apenas 18,2% (06) das mulheres. Portanto, era de se esperar que os homens apresentassem níveis maiores de estresse, entretanto, apesar da emancipação feminina as mulheres exercem diversos papéis, papel de profissional, mulher, mãe, fazendo com que sua carga-horária de atividades seja maior que a dos homens. Ocorre neste caso o que França e Rodriguez (1994) denomina de conflito de papéis, onde as mulheres que têm de satisfazer o estereótipo masculino de trabalhador bem-sucedido, e cumprir as expectativas da família.

4.3.2 Estresse por tipo de contrato de trabalho

Ao compararmos os cirurgiões-dentistas concursados e os contratados, percebe-se que não houve uma diferença significativa sobre o nível de estresse entre eles. Os profissionais concursados possuem 6% (02) de indivíduos com estresse necessitando de tratamento e os contratados 4% (01).

Se compararmos alguns fatores geradores de estresse ocupacional, tais quais: incerteza quanto ao modo de atuar e metas a serem atingidas, para progresso profissional, com as respostas dadas pelos entrevistados no questionário de qualidade de vida em seu quadrante profissional, que obteve 94% (54) dos profissionais alegando ter metas

estabelecidas perante o que quer fazer e 98% (56) afirmando ser competente no trabalho, é lícito concluir que se os cirurgiões-dentistas possuem uma percepção positiva de seu papel e de seu desempenho, portanto estes mesmos profissionais possuem menos motivos para serem acometidos pelo estresse e suas conseqüências.

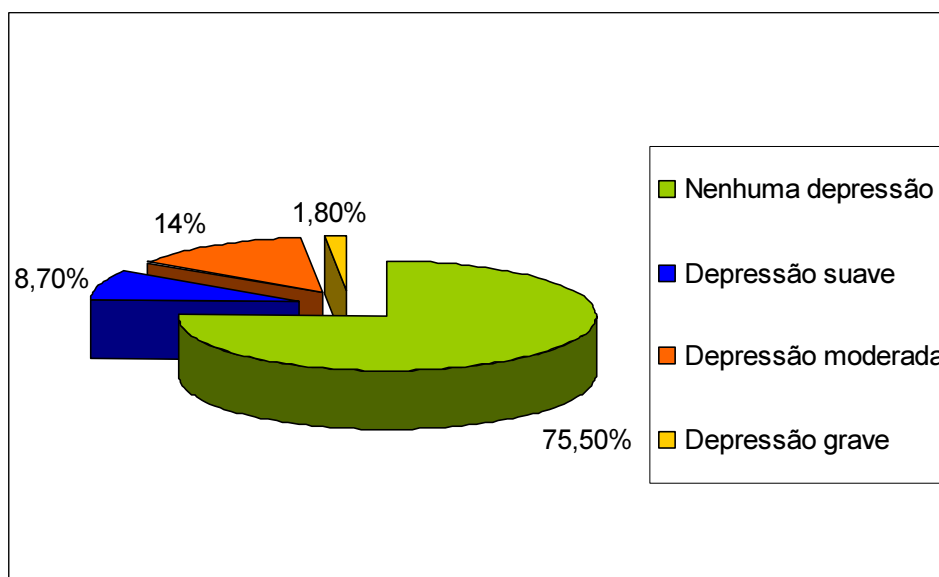
4.3.3 Estresse por número de empregos

Quando comparado o nível de estresse entre os profissionais que possuem um ou dois empregos e os que possuem mais de dois, nota-se que: cirurgiões-dentistas que trabalham em até dois empregos representam 7,7% da amostra, enquanto os que trabalham em mais de dois empregos, surpreendentemente não apresentaram nenhum indivíduo.

4.4 Depressão dos cirurgiões-dentistas entrevistados

- O resultado da pesquisa demonstrou que 14 (24,5%) dos cirurgiões-dentistas avaliados apresentam diferentes níveis de depressão (Figura 13). Os resultados por níveis de depressão foram:
- Depressão mínima ou nenhuma: 43 (75,5%) cirurgiões-dentistas;
- Depressão suave: 5 (8,7%) cirurgiões-dentistas;
- Depressão moderada: 8 (14%) cirurgiões-dentistas;
- Depressão grave: 1 (1,8%) cirurgião-dentista.

FIGURA 13: Ocorrência de depressão nos entrevistados



Cerqueira Filho (2001) afirma que sintomas isolados de depressão chegam a ocorrer em 30% das pessoas durante suas vidas. O que é importante estar salientando em relação à Odontologia é que além da depressão de origem, aparentemente primária, resultante das condições peculiares em que o trabalho é executado, observa-se a depressão associada a outras doenças de natureza ocupacional, como exemplo mais atual os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) (FERREIRA, 1998).

4.4.1 Depressão conforme o sexo

Na amostra masculina percebeu-se apenas 3 (12,5%) de indivíduos apresentando depressão, e todos os casos do tipo moderado. Em relação ao sexo feminino nota-se variados graus de depressão. Ao analisarmos os diferentes graus de depressão, no sexo feminino obtêm-se 05 (15%) das mulheres com grau suave de depressão, 05 (15%), com grau moderado e 01 (4%) com grau severo de depressão.

Pode-se concluir que o resultado encontrado vai de encontro com que afirma Cerqueira Filho (2001), que 9% a 26% das mulheres e 5% a 12% dos homens terão depressão durante sua vida. Nogueira (1983) declara que as mulheres apresentarão maior incidência de depressão do que os homens.

4.4.2 Depressão por tipo de trabalho

Quando analisada a depressão dos profissionais concursados com 08 (25%) de ocorrência, e dos profissionais contratados com 06 (24%), pode-se afirmar que não houve diferença significativa entre eles.

Motter (2001) em seus estudos apresentou dados semelhantes ao comparar médicos militares de carreira com 04 (26,6%) de depressão e médicos militares temporários com 08 (21,6%) de casos de depressão.

4.4.3 Depressão por número de empregos

Em relação ao número de empregos nota-se que profissionais com um ou dois empregos apresentaram:

- 04 (10%) cirurgiões-dentistas com depressão suave;
- 05 (13%) cirurgiões-dentistas com depressão moderada;
- 01 (2%) cirurgião-dentista com depressão grave.
- Os profissionais com mais de dois empregos apresentaram os seguintes resultados:
- 01 (6%) cirurgião-dentista com depressão suave;
- 03 (16%) cirurgiões-dentistas com depressão moderada.

Conclui-se que o número de empregos não interferiu significativamente na presença de depressão entre os profissionais.

Quando analisamos os resultados dos entrevistados no que se refere à qualidade de vida, percebe-se que 8,7% das mulheres apresentaram sucesso em qualidade de vida contra apenas 3,5% dos homens. Os profissionais concursados representam 86% dos que obtiveram sucesso em todos os quadrantes, contra 14% dos contratados. Em relação ao número de empregos, os que possuem de um a dois empregos obtiveram 86% da amostra com boa qualidade de vida, contra 14% dos que trabalham em mais de 02 empregos.

Os níveis de estresse não variaram muito entre mulheres (6%) e homens(4%), da mesma forma que não ocorreu muita diferença entre concursados (6%) e contratados (4%), entretanto os profissionais que trabalham em um ou dois empregos tiveram 7,7% de estresse, e os que trabalham em mais de dois empregos nenhum caso.

A ocorrência de depressão entre as mulheres foi significativamente maior que nos homens, as primeiras apresentaram 34% de casos e os segundos apenas 12,55%. O comportamento entre os que são contratados e concursados, e os que trabalham em um ou mais empregos e mais de dois empregos em relação à depressão não foi marcante.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1 Conclusões

Concluindo a análise de dados, resgataremos os objetivos, o referencial teórico, a metodologia, e os resultados levantados, para sistematizar as informações facilitando o desenvolvimento da conclusão.

Como objetivo teve-se a avaliação da qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas do serviço público dos municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú (AMFRI). Para tal relatou-se a história da Odontologia, passando pela caracterização da prática odontológica e suas particularidades. Por serem profissionais pertencentes aos quadros do Sistema Único de Saúde, traçou-se um perfil da saúde pública no país, e seu novo modelo de atenção, e por fim levantou-se modelos de qualidade de vida no trabalho, partindo da premissa que o trabalho ocupa grande parte da vida do indivíduo e irá interferir nas outras esferas de sua existência. Para complementar buscou-se caracterizar o estresse e a depressão, e como distúrbios ocupacionais podem ser a gênese de tais patologias.

Utilizou-se questionários relativos a estresse, depressão e qualidade de vida, aplicando-os a 57 cirurgiões-dentistas. Houve uma maior participação feminina, fenômeno que já vem ocorrendo na Odontologia desde a década de 70, 73,8% dos profissionais está entre 20 e 39 anos, mostrando uma população jovem que se encontra pouco tempo expostos às adversidades da profissão, e os homens possuem mais empregos do que as mulheres, as mulheres que possuem 3 empregos ou mais somam 18,2% da amostra feminina, enquanto, a amostra masculina corresponde a 44,9% dos homens trabalhando em 3 empregos ou mais.

Os dados mais alarmantes foram que apenas 12% da amostra apresentou boa qualidade de vida, apesar de alguns quadrantes obterem desempenho melhor como o quadrante afetivo com 88% de aprovação, o quadrante relativo à saúde foi o que obteve maior índice de insucesso com 81%. É importante salientar que como profissionais da área da saúde, os cirurgiões-dentistas deveriam possuir aceções e práticas mais condizentes com seus saberes e fazeres. Os níveis de estresse não foi significativo, apenas 5% apresentaram estresse com necessidade de tratamento, enquanto 24,50% da amostra apresentou diferentes níveis de depressão. A literatura estudada relata a dificuldade de

caracterizar episódios de estresse e depressão, principalmente estabelecendo significados entre a origem ocupacional destas patologias.

O levantamento de qualidade de vida de profissionais do serviço público pode servir de base para o desenvolvimento e implantação de uma política de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, melhorando as condições de trabalho, propiciando mais saúde aos funcionários, que trabalharão com mais prazer transferindo qualidade ao serviço prestado. Aliás, como foi abordado, fatores externos à organização também devem ser considerados, pois interferem na performance profissional podendo causar desajustes que acarretarão em desempenho inferior ao esperado. A preocupação da empresa em proporcionar qualidade de vida no trabalho, deverá se estender à vida pessoal do profissional fornecendo segurança a todos os membros de sua família através de programas de atenção a saúde, lazer e recreação, educação e cultura.

As instituições devem garantir ao trabalhador justiça na compensação, com jornadas de trabalho compatíveis com suas capacidades, autonomia, informações sobre o processo do trabalho, planos de cargos, carreiras e salários que permita crescimento pessoal, com segurança no emprego, sem preconceitos permitindo liberdade de expressão, dentro de um ambiente físico seguro e saudável, integrando o trabalhador e sua atividade a comunidade, fazendo com que os mesmos sejam reconhecidos pela sociedade ao passo que se tornem agentes ativos na construção da história de seu povo.

O trabalho se encontra como elemento importante de realização humana, pois pela ação humana no trabalho, o objeto se transforma e o trabalhador se transforma também, pois é da sua força de produção que o objeto ganha forma, arte e riqueza que serão marcadas e contempladas pela existência humana através dos tempos.

5.2 Recomendações para futuros trabalhos

Como recomendações para futuros trabalhos pode-se destacar:

- Avaliar a prevalência de estresse, quantificar a existência de depressão e medir os níveis de qualidade de vida dos cirurgiões dentistas de outras regiões do estado de Santa Catarina e de outros estados;

- Avaliar a prevalência de estresse, quantificar a existência de depressão e medir os níveis de qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas profissionais liberais por exclusividade;
- Avaliar a prevalência de estresse, quantificar a existência de depressão e medir os níveis de qualidade de vida de outros profissionais do Sistema Único de Saúde.

6 FONTE BIBLIOGRÁFICA

FONTE BIBLIOGRÁFICA

ALBORNOS, S. **O que é trabalho**. 5.ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

ALMEIDA, E. C. S.; VENDÚSCOLO, D. M.; MESTRINER JÚNIOR, W. A conformação da Odontologia enquanto profissão – uma revisão bibliográfica. **RBO**, São Paulo, v.59, n.6, p. 370-3, nov./dez., 2002.

AMFRI. **Segunda alteração do estatuto social da AMFRI**. Itajaí, 2004.

ANDRADE, M. Enfim, o reconhecimento. **Rev. ABO Nac**, São Paulo, v.7, n.1, p.12-7, fev./mar., 1999.

ANDRADE, M. História da Odontologia: a era dor. **Rev. ABO Nacional**, São Paulo, v.6, n.5, out./nov., 1998.

BARBOSA, C.M.R.; MARQUES, A. L.; BARBOSA, J. R. A. A Odontologia dentro do contexto “saúde no Brasil”. **RGO**, Porto Alegre, v.30, n.2, p.147-50, mar./abr., 1990.

BARROS, O. B. **Ergonomia 1: A eficiência ou o rendimento e a filosofia correta de trabalho em Odontologia**. São Paulo: Pancast Editorial, 1991.

_____. **Ergonomia 2: O ambiente físico de trabalho, a produtividade e a qualidade de vida em Odontologia**. São Paulo: Pancast Editorial, 1993.

BITTENCOURT, M. S. **Qualidade de vida no trabalho (QVT) do cirurgião-dentista em serviços públicos de saúde – um estudo de caso**. Florianópolis, 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho**. Brasília: Editora MS, 2001.

BRASIL. **Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. DF, 1990.

CERQUEIRA FILHO, A. **Depressão: incidência de depressão**. www.plenitude.com.br/jornal/acervo_plenitude/col_si//0004.html. Acesso em: abril, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Cadastro do cirurgião-dentista**. Disponível em : www.cfo.org.br Acesso em : abril, 2004.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA. **Legislação odontológica**. Disponível em: www.crosc.org.br Acesso em: maio de 2004.

- DAVIDOVE, D.M. Dentistry, self-esteem and criticism. **N.Y. State Dent. J.**, v.62, n.4, p.43-5, Apr. 1996.
- DEJOURS, C. et al. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, n.3, p. 98-104, mai./jun., 1983.
- DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho fator de equilíbrio. **Ver. Adm. Empresas**, São Paulo, v.33, n.3, p.98-104, mai./jun. 1993.
- FERREIRA, B. Mais de 500 anos. **Rev. ABO Nacional**, São Paulo, v.6, n.5, p.290-4, out./nov., 1998.
- FIALHO, F.S.; SANTOS, N. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Gênese: 2. ed. Curitiba, 1997.
- FIGLIOLI, M. D.; BASSO, M. D.; HIRATA, C. R. Postura e posições de trabalho para operadores canhotos e auxiliar – procedimentos periodontais básicos em manequim odontológico. **Jornal Brasileiro de Clínica e Estética Odontológica**, São Paulo, v.4, n. 22, p. 76-84, 1996.
- FRÁGUAS JÚNIOR, R.; FIGUEIRÓ, J.A.B. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
- FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1997.
- FREEMAN, R.; MAIN, J. R. R.; BURKE, F.J.T. Occupational stress at dentistry: theory and practice. Part I recognition. **R. Dent. J.**, London, v.178, p.214-7, mar.1995.
- GALO, S. **Ética e cidadania- caminhos da filosofia**. 6.ed. São Paulo: Papyrus, 2000.
- GARRAFA, V.; MOYSÉS, J. Odontologia brasileira: tecnicamente elogiável cientificamente discutível, socialmente caótica. **Rev. Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina, n.13, p.06-17, jul., 1996.
- GIANNETTI, E. **Felicidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- GOBBI, F. **O que é estresse**. Vitória: Unimed, 1998.
- GONZALES, R. M.; BECK, C. L. C. O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v.11, n.1, p.169-86, jan./abr. 2002.
- GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 1998.
- HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Development of the job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, v. 60, n.2, p.59-70, 1975.

HARK, R. The mitology of dental stress. **Dent. Econ.**, v.4, p.66-70, 1983.

HUSE, E. F.; CUMMINGS, T. **Organization development and change**. 3. ed. St Paul: West Publishing Company, 1985.

IIDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. 7.ed. Rio de Janeiro: Edgar Blucher, 1990.

KNOPLICH, J. **Viva bem com a coluna que você tem: dores nas costas e tratamento e prevenção**. 23. ed. São Paulo: IBRASA, 1995.

KOSMANN, C. **Dor e desconforto no trabalho do dentista contribuições da ergonomia**. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

KRAWULSKI, E. **Evolução do conceito de trabalho através da história e sua percepção pelo trabalhador hoje**. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado em Administração). Curso de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina.

LAZERIS, A. M. **A formação de recursos humanos em Odontologia e as exigências do setor público – estudo de um caso**. Florianópolis, 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

LENZI, M. M.; CORRÊA, L. B. Qualidade de vida no trabalho: uma experiência possível. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.19, p.24-9, nov., 2000.

LERMAN, S. **História de la Odontologia y su ejercicio legal**. Buenos Aires: Mundi, 1964.

LIPP, M. N. et al. **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus, 1996.

LIPP, M.; ROCHA, J. C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**. Campinas: Papyrus, 1996.

LOPES, M. C. **Fatores motivacionais no trabalho em serviços de saúde pública – uma abordagem ergonômica**. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

MACEDO, D. Como a qualidade de vida no trabalho pode aumentar o desempenho da empresa – estudo de caso. **Tendências do trabalho**, n.230, p.18-26, set., 1993.

MACHADO, M. M. (org.) **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 13-53.

MASCI, C. **Teste de auto-avaliação sobre reação aguda ao estresse**. 1995. Disponível em: www.regra.com.br/cyromasci/stress4html . Acesso em: março, 2004.

MEDEIROS, M. J. **Convivendo com a doença crônica**: níveis de estresse de diabéticos que participam da Associação de diabéticos – ADIN em Itajaí, SC. Itajaí, 2004. Relatório parcial (Trabalho bolsa Proppec). Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí.

MEDEIROS, U. V.; SOUZA, M. I. C.; BASTOS, L. F. Odontologia do trabalho: riscos ocupacionais do cirurgião-dentista. **RBO**, v.60, n.4, p.277-80, jul./ago., 2003.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Rev. Adm. Empresas**, São Paulo, v.41, n.3, p.8-19, jul./set., 2001.

MOTTER, A. A. **Qualidade de vida dos médicos militares de um hospital geral de Curitiba**. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

NADLER, D. A.; LAWLER, E. E. Quality of work life: perspective and directions. In: **Organization Dynamics**, v.1, n.11, p. 20-30, Winter, 1983.

NICOLIELO, J.; BASTOS, J. R. M. Satisfação profissional do cirurgião-dentista conforme tempo de formado. **Rev. Fac. Odontol. Bauru**, Bauru, v.10, n.2, p.69-74, 2002.

NOGUEIRA, D. P. Riscos ocupacionais de dentistas e sua prevenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.11, n.41, jan./fev./mar., 1983.

NOVAES, H. M. D. Tecnologia e saúde: a construção social da prática odontológica. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. **Ciências Sociais e Saúde Bucal**. São Paulo: EDUSC, 1998.

ORENHA, E. S.; ELEUTÉRIO, D.; SALIBA, N.A. Organização do atendimento odontológico no serviço público: trabalho auxiliado, produtividade e ambiente físico. **Rev. Odontol. UNESP**, São Paulo, v.27, n.1, p.215-24, 1998.

PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J.L.; ARAÚJO, M. F. **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Editora do Autor, 1999.

PINTO, A. C. C. S. **Ginástica laboral aplicada a saúde do cirurgião-dentista um estudo de caso na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC**. Florianópolis, 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

RÉGIS FILHO, G. I. **Lesões por esforços repetitivos em cirurgiões-dentistas: aspectos epidemiológicos, biomecânicos e clínicos – uma abordagem ergonômica**. Florianópolis,

2000. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

RÉGIS FILHO, G. I.; LOPES, M. C. Qualidade de vida no trabalho: a empresa holística e a ecologia empresarial. **Revista de Administração**, São Paulo, v.36, n.3, p.95-99, jul./set., 2001.

REIBNITZ JÚNIOR, C. **Egressos do curso de Odontologia da UFSC e sua inserção no mercado de trabalho**. Florianópolis, 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

RING, M. E. **História da Odontologia**. Tradução de Fernando Gomes do Nascimento . São Paulo: Editora Monde, 1998.

RIO, L.M.S.P. Ergonomia odontológica. **Rev. CROMG**, Belo Horizonte, v.6, n.1, p.28-33, jan./abr., 2000.

RIO, R. P. **O fascínio do stress: vencendo desafios num mundo em transformação**. Rio de Janeiro: Dunya, 1998.

RODRIGUEZ, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise de nível gerencial**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

RODRIGUES JÚNIOR, O. M; COSTA , M. A disfunção erétil e a utilização do inventário de Beck de depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.36, n. 5, p.293-298, 1987.

ROSENTHAL, E. A. **A Odontologia no Brasil do séc. XX**. São Paulo: Editora Santos, 2001.

SÁ JÚNIOR, L. S. M. Classificação e diagnóstico fenomenológico das depressões. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.32, n.6, p. 351-58, 1983.

SAMICO, A. Aspectos históricos da Odontologia. Disponível em : [http:// www.cro-pe.org.br/historia](http://www.cro-pe.org.br/historia) . Acesso em: abril de 2004.

SANTA CATARINA. **Plano básico de desenvolvimento ecológico-econômico**. Florianópolis: Secretaria de estado de desenvolvimento urbano e meio ambiente. 1999.

SAQUY, P. C.; PÊCORA, J. D. Ossos do ofício: aprenda a evitar os riscos à saúde. **Rev. ABO Nacional**, São Paulo, v.3, n.6, p. 357-64, 1996.

SAQUY, P.C. et al. A ergonomia e as doenças ocupacionais do cirurgião-dentista. Parte I: introdução e agentes físicos. **ROBRAC**, Brasília, v.6, n.19, p.25-8, 1996.

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

TAGLIAVANI, R. L.; POI, W. R. **Prevenção de doenças ocupacionais em Odontologia: uma proposta para redução do estresse ocupacional e reeducação corporal por meio de exercícios de alongamento**. São Paulo: Editora Santos, 1998.

TAYLOR, F.W. **Princípios de administração científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

ULBRICHT, C. **Considerações ergonômicas sobre a atividade do trabalho de um cirurgião-dentista: um enfoque sobre as LER/DORT**. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

ULBRICHT, L. **Ergonomia e qualidade na organização do trabalho em serviços de saúde: um estudo de caso no setor de Vigilância Sanitária**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal de Santa Catarina.

URIARTE, M. **Caracterização do posto de trabalho do profissional de Odontologia da cidade de Itajaí, SC**. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Cad. de Pesq. em Administração**, São Paulo, v.8, n.1, p.23-35, jan./mar, 2001.

VILAGRA, J. M. **Análise da prevalência de distúrbios musculoesqueléticos em acadêmicos do curso de Odontologia: considerações com enfoque preventivo de LER/DORT**. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina.

WALTON, R. Quality of working life: what in it? **Sloan Management Review**, Cambridge, v.15, n.1, p.11-21, dec., 1973.

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

WERTHER, W.; DAVIS, K. **Administração de pessoal e recursos humanos**. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1983.

WERUTSKY, C. A. **O efeito do exercício físico sobre os níveis de depressão em adultos obesos**. Porto Alegre:, 1999 Dissertação (Mestrado em Ciência do Movimento Humano). Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

WESTLEY, W. A. Problems and solutions in The quality of working life. **Human Relations**, v.32, n.2, p. 11- 123, 1975.

ZANCANELLI, A. S. M.; ANDRADE, M. A. R. A. Qualidade de vida e de trabalho e qualidade total. **FACEF Pesquisa**, Franca, v.4, n.2, p.7-29, 2001.

7 ANEXOS

ANEXO 01: CARTA-CONVITE PARA PARTICIPAR DO ESTUDO

CARTA-CONVITE PARA PARTICIPAR DO ESTUDO

Você está participando de um estudo a respeito de **Qualidade de Vida do Cirurgião-Dentista servidor público municipal**. Os três questionários em anexo, fazem parte da Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Ao responder as perguntas, procure fazê-lo da maneira que você está sentindo e não da maneira que você acha que seria a resposta correta. Procure observar se respondeu a todas as perguntas.

Grato antecipadamente,

Raphael Nunes Bueno

rnblu@ibest.com.br

**ANEXO 02: PERFIL PROFISSIONAL DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS
DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DA REGIÃO DA AMFRI**

**PERFIL PROFISSIONAL DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE
PÚBLICA MUNICIPAL DA REGIÃO DA AMFRI**

1. Idade:

2. Sexo: () Masculino () Feminino

Data de Nascimento: ___/___/___

3. Estado Civil: () casado () solteiro () separado () viúvo

4. Cirurgião-Dentista servidor público municipal por exclusividade ()

5. Cirurgião-Dentista servidor público municipal e outros vínculos ()

6. Em quantos locais você trabalha \$: _____

7. Quantas horas por dia você trabalha \$: _____

8. Quantas horas por dia você dorme (média) \$: _____

9. Há quanto tempo você exerce a profissão\$ (em anos): _____

10. Você estuda (atualização, especialização, mestrado, doutorado, outro curso superior, curso de línguas) \$: () sim () não

ANEXO 03: INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

QUADRANTE SOCIAL	SIM	NÃO
1. Tenho amigos com os quais socializo em casa		
2. A maior parte dos meus amigos dependem de mim para algo importante		
3. Gosto de conversar sobre assuntos não relacionados ao meu trabalho		
4. Há horas em que acho que visitar e receber meus amigos é uma perda de tempo		
5. Converso com meus vizinhos		
6. Sinto-me desconfortável em festas		
7. Colaboro com alguma instituição de caridade		
8. Às vezes, me esquivo de atender telefonemas de amigos		
9. Prefiro conversar sobre negócios, mesmo em uma festa		
10. Gosto de passear sem pressa ou horários		
QUADRANTE AFETIVO	SIM	NÃO
1. Tenho um relacionamento afetivo estável – esposa (o)/ namorada (o)		
2. Sou admirado por minhas qualidades além de minha atuação profissional		
3. Sou comunicativo e alegre com meus filhos		
4. Minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela semanalmente		
5. Recebo afeto		
6. Dou afeto		
7. Admiro e gosto de mim mesmo		
8. Gosto de observar a natureza e a faço sempre		
9. Às vezes fico lembrando pequenos episódios bons da minha vida		
10. Comemoro com prazer as datas importantes para mim		

QUADRANTE PROFISSIONAL	SIM	NÃO
1. Sou competente em meu trabalho		
2. Tenho metas quanto ao que quero fazer		
3. Meu trabalho é reconhecido por outros		
4. Não tenho medo do futuro no que se refere ao trabalho		
5. Ganho satisfatoriamente		
6. Se pudesse pararia de trabalhar		
7. Sinto que contribuo para o sucesso da empresa		
8. Escolhi a profissão errada para mim		
9. Meu trabalho me oferece segurança		
10. Se fosse possível mudaria de emprego		
QUADRANTE DA SAÚDE	SIM	NÃO
1. Raramente tenho cefaléias		
2. Minha pressão arterial está normal		
3. Não tenho problemas dermatológicos		
4. Não é freqüente ter azia		
5. Faço check-up regularmente		
6. Vou ao dentista todo ano		
7. Faço exercícios físicos pelo menos três vezes por semana		
8. Minha alimentação é saudável		
9. Utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso		
10. Consigo me desligar dos problemas para descansar		
11. Tomo calmantes regularmente		
12. Tenho estabilidade emocional		
13. Sofro de ansiedade e angústia		
14. Meu peso está dentro da média		
15. Durmo bem		

A correção do teste:

- **Quadrante Social:** Soma-se 3 pontos por resposta positivas aos itens 1,3,5,7 e 10. Subtrai-se 1 ponto por respostas positivas aos itens 2,4,6,8,9. Se o resultado for acima de 9 ponto, as respostas indicam sucesso neste quadrante.
- **Quadrante Afetivo:** Soma-se 1 ponto por respostas positivas. Resultados acima de 8 indicam sucesso na área afetiva.
- **Quadrante Profissional:** Soma-se 1 ponto por resposta positiva aos itens 1,2,3,4,5,7,9. Subtrai-se 1 ponto por respostas positivas aos itens 6,8,10. Resultados acima de 5 indicam sucesso profissional.
- **Quadrante Saúde:** Subtrai-se 1 ponto por respostas positivas dada aos itens 11 e 13. Some 01 ponto para cada resposta positiva dada aos outros itens . Resultados acima de 11 indicam sucesso.

Complete o quadro abaixo colocando um X nas colunas sim ou não para indicar se tem sucesso ou não nas áreas avaliadas.

QUADRANTE	SIM	NÃO
Social		
Afetivo		
Profissional		
Saúde		

ANEXO 04: INVENTÁRIO DE BECK

INVENTÁRIO DE BECK

Neste questionário existem grupos de declarações. Por favor, leia o grupo inteiro de declarações em cada categoria. Então escolha uma delas que melhor descreva a forma como você se sente hoje, ou, seja, agora. Faça um círculo no número ao lado da declaração que escolheu. Se diversas declarações no grupo parecem aplicar-se bem, circule cada uma delas. Esteja certo que leu todas as declarações em cada grupo antes de fazer sua escolha.

A

3. Estou tão triste ou infeliz que não posso suportar.
2. Estou triste o tempo todo e não consigo sair dessa.
1. Sinto-me triste ou “na fossa”.
0. Não me sinto triste.

B

3. Sinto que o futuro é irrealizável e que as coisas não podem melhorar
2. Sinto que não tenho nada por esperar.
1. Sinto-me desencorajado em relação ao futuro.
0. Não estou particularmente pessimista ou desencorajado em relação ao futuro.

C

3. Eu acho que sou um completo fracasso como pessoa (pai, marido, esposo).
2. Quando olho para trás na minha, tudo que vejo é dificuldade em tomar decisões.
1. Acho que falhei na mais que a maioria das pessoas.
0. Não me sinto um fracasso.

D

3. Estou insatisfeito com tudo.
2. Não tenho mais satisfação com nada.
1. Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
0. Não estou particularmente insatisfeito

E

3. Sinto-me como se estivesse muito mal ou imprestável.
2. Sinto-me muito culpado.
1. Sinto-me mal ou inútil a maior parte do tempo.
0. Não me sinto particularmente culpado.

F

3. Eu me odeio.
2. Estou desiludido comigo.
1. Estou desgostoso comigo.
0. Não me sinto desapontado.

G

3. Eu me mataria se tivesse uma chance.
2. Tenho planos definidos sobre cometer suicídio.
1. Acho que seria melhor estar morto

0. Não tenho pensamentos sobre prejudicar-me.

H

3. Perdi todo interesse pelas outras pessoas e não me preocupo mais com elas.
2. Perdi grande parte de meu interesse por outras pessoas e tenho pouco sentimento por elas.
1. Estou menos interessado nas pessoas do que costumava ser.
0. Não perdi interesse pelas outras pessoas.

I

3. Não consigo mais tomar quaisquer decisões.
2. Tenho muita dificuldade em tomar decisões.
1. Tento sempre adiar as decisões.
0. Tomo decisões tão bem quanto antes.

J

3. Acho que tenho uma aparência feia e repulsiva.
2. Acho que acontecem muitas mudanças na minha vida e elas me fazem parecer sem atrativos.
1. Fico preocupado em parecer velho e sem atrativos.
0. Não acho que esteja pior do que sempre fui.

K

3. Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
2. Tenho que fazer um grande esforço para fazer alguma coisa.
1. Tenho que fazer um esforço extra para iniciar alguma coisa.
0. Posso trabalhar tanto quanto antes.

L

3. Eu me sinto muito cansado para fazer qualquer coisa.
2. Fico cansado quando faço alguma coisa.
1. Fico cansado mais facilmente do que antes.
0. Não me sinto mais cansado do que de costume.

M

3. Não tenho muito apetite.
2. Meu apetite está muito pior agora.
1. Meu apetite não é tão bom.
0. Meu apetite não está pior do que de costume.

**ANEXO 05: TESTE DE AUTO-AVALIAÇÃO SOBRE REAÇÃO
AGUDA AO ESTRESSE**

TESTE DE AUTO-AVALIAÇÃO SOBRE REAÇÃO AGUDA AO ESTRESSE

A lista a seguir traz uma série de problemas e queixas que pessoas apresentam algumas vezes. Todos esses sintomas são absolutamente normais e pertencem à vida. O problema só acontece quando esses sintomas têm forte intensidade e não são facilmente explicáveis, como os sintomas que têm relação direta com algum acontecimento traumático, como, por exemplo, um assalto ou tentativa de estupro. Vamos identificá-los com o teste a seguir. Escolha o número que melhor reflete o quanto o problema o incomodou durante a última semana.

0= NADA

3= MARCADAMENTE

1= UM POUCO

2= MODERADAMENTE

4= SEVERAMENTE

SINTOMA	NOTA
Dificuldade em adormecer	
Dificuldade em respirar (o ar “não entra”), sentir a respiração curta.	
Dor ou pressão no peito.	
Dores de cabeça	
Dores musculares (sem haver se machucado)	
Episódios de diarreia	
Falhas ou batimentos mais rápidos do coração	
Formigamento, anestesia ou adormecimento na pele	
Medo de estar morrendo ou de alguma coisa terrível está para acontecer	
Náuseas ou vontade de vomitar	
Ondas de calor ou de frio	
Preocupação exagerada com a saúde	
Sensação de “bolo” na garganta	
Sensação de “bolo” no estômago	
Sensação de asfixia ou sufocamento	
Sensação de balanço, de desequilíbrio ou instabilidade	

Sensação de estar perdendo o controle ou ficando louco (a)	
Sensação de fadiga, mal-estar, cansaço ou fraqueza	
Sensação de fraqueza muscular	
Sensação de moleza nas pernas	
Sensação de estar separado do corpo, ou de partes dele	
Sensação de que o corpo parece estar flutuando	
Sensibilidade aumentada a luz, ao som ou tato	
Sono agitado ou interrompido	
Tensão, inquietação, dificuldade em relaxar e irritabilidade	
Vertigem e crises de tontura	

Interpretação do Teste

- Se você marcou qualquer desses sintomas como (3) marcadamente ou (4) severamente, é interessante procurar um médico para esclarecer o diagnóstico:
- Se a soma de seus pontos foi até 30, provavelmente não necessita de tratamento imediato, (a menos que possua 1 ou mais sintomas marcados como marcadamente ou severamente).
- Se a soma foi acima de 31 pontos, é recomendável que você procure um médico para esclarecimentos e diagnóstico.

Universidade Federal De Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA
DOS MUNICÍPIOS DA AMFRI

RAPHAEL NUNES BUENO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

FLORIANÓPOLIS

2004

Universidade Federal De Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção

RAPHAEL NUNES BUENO

**QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DOS
MUNICÍPIOS DA AMFRI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

FLORIANÓPOLIS

2004

RAPHAEL NUNES BUENO

QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DOS
MUNICÍPIOS DA AMFRI

Esta Dissertação foi julgada adequada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre e aprovado pelo Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de concentração: Ergonomia

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.
Coordenador do Curso de Pós-graduação

Florianópolis, 21 de Dezembro de 2004

Banca examinadora:

Prof. Glaycon Michels, Dr.
Orientador

Prof. Sebastião I. Vieira, Dr.
Membro

Prof^a. Gladys A. V. Benito, Dr.
Membro

Prof. Maurício I. Guimarães, Msc.
Membro

“Eu amo tudo que foi

Tudo o que já não é

A dor que já não me dói

E o que deixou alegria

Eu amo tudo o que foi

E hoje já é outro dia!”

Fernando Costa

SUMÁRIO

Lista De Figuras	viii
Lista de Tabelas	ix
Lista de Quadros	x
Lista de Reduções	xi
Resumo	xi
Abstract	xii
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Apresentação do problema	16
1.2 Objetivos	18
1.2.1 Objetivo geral.....	18
1.2.2 Objetivos específicos.....	19
1.3 Justificativa e relevância	19
1.4 Delimitação do estudo	21
1.5 Limitações do estudo	21
1.6 Descrição dos capítulos	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 História da Odontologia	23
2.2 Odontologia no Brasil	25
2.3 A prática odontológica	28
2.4 Posto de trabalho e equipamentos odontológicos	29
2.5 Posição de trabalho e delimitação das áreas de trabalho de acordo com o esquema gráfico ISO/FDI	31
2.6 Exigências do trabalho do cirurgião-dentista	33
2.7 Significado de trabalho	35

2.8 Qualidade de vida no trabalho.....	38
2.9 Estresse.....	42
2.10 Depressão.....	45
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	49
3.1 Modelo de estudo.....	49
3.2 População e amostra.....	50
3.3 Seleção dos sujeitos.....	50
3.4 Caracterização do local.....	51
3.5 Coleta de dados.....	52
3.6 Instrumentos.....	52
3.7 Aspectos éticos
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
4.1 Perfil dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....	56
4.1.1 Idade da população avaliada.....	56
4.1.2 Sexo.....	57
4.1.3 Estado civil.....	58
4.1.4 Número de empregos dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....	59
4.1.5 Jornada de trabalho dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....	60
4.1.6 Sono.....	75
4.1.7 Tempo de trabalho dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....
4.1.8 Estudos em desenvolvimento.....
4.1.9 Tipo de emprego dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....
4.2 Qualidade de Vida dos Cirurgiões-Dentistas.....
4.2.1 Qualidade de vida conforme sexo.....
4.2.2 Qualidade de vida por tipo de contrato de trabalho.....	76
4.2.3 Qualidade de vida por número de empregos.....	76
4.3 Estresse dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....	77
4.3.1 Estresse conforme sexo.....	78
4.3.2 Estresse por tipo de contrato de trabalho.....	78
4.3.3 Estresse por número de empregos	79
4.4 Depressão dos cirurgiões-dentistas entrevistados.....	79
4.4.1 Depressão conforme o sexo.....	80
4.4.2 Depressão por tipo de trabalho.....	81
4.4.3 Depressão por número de empregos.....	81
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	83

5.2 Conclusões
5.3 Recomendações para futuros trabalhos.....
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
7 ANEXOS.....	92

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Perfil dos entrevistados segundo idade.....	57
FIGURA 2: Universo dos entrevistados conforme sexo.....	58
FIGURA 3: Perfil dos entrevistados segundo o estado civil.....	59
FIGURA 4: Perfil dos entrevistados segundo o número de empregos.....	61
FIGURA 5: Perfil dos entrevistados segundo jornada de trabalho.....	62
FIGURA 6: Perfil dos entrevistados segundo horas de sono.....	63
FIGURA 7: Perfil dos entrevistados segundo tempo de exercício profissional.....	64
FIGURA 8: Perfil dos entrevistados segundo dedicação aos estudos.....	65
FIGURA 9: Perfil dos entrevistados segundo contrato de trabalho.....	66
FIGURA 10: Resultado do Inventário de Qualidade de Vida	68
FIGURA 11: Qualidade de Vida –resultado por quadrantes.....	70
FIGURA 12: Ocorrência de estresse nos entrevistados.....	77
FIGURA 13: Ocorrência de depressão nos entrevistados.....	80

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Resultado do Inventário de Qualidade de Vida aplicado aos cirurgiões-dentistas.....	69
TABELA 2: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante social.....	69
TABELA 3: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante afetivo.....	71
TABELA 4: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante afetivo.....	72
TABELA 5: Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante saúde.....	74

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Resultado do Inventário sobre qualidade de vida.....53

QUADRO 2: Graus de depressão por escore do Inventário de Beck.....55

LISTA DE REDUÇÕES

AMFRI – Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí-Açú.

AMMVI – Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí.

AMVALI – Associação dos Municípios do Vale do Rio Itapocú.

ASDS – American Society of Dental Surgeons.

BDI- Beck Inventory of Depression.

C.D. – Cirurgião-Dentista

CFO – Conselho Federal de Odontologia.

CPO-D – Índice de dentes cariados, perdidos, obturados.

CRO _ Conselho Regional de Odontologia.

D.O – Doenças ocupacionais

ISO - Standart International Organization.

FDI – Federal Dental International.

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais.

SUS – Sistema Único de Saúde.

RESUMO

BUENO, Raphael Nunes. **Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios da AMFRI**. Florianópolis, 2004. 107p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2004.

Resumo: A busca por se manter competitivo no mercado de trabalho não deve ocasionar no cirurgião-dentista uma queda em sua qualidade de vida, pois sem dúvida, o prejuízo se dará em todas as dimensões de sua vida, afetando desta forma sua família, seu círculo de amizade, seu ambiente de trabalho, comprometendo sua atuação como agente transformador da sociedade a qual está inserido. A pesquisa de abordagem quali-quantitativa foi desenvolvida com 57 cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios pertencentes à região da AMFRI, em Santa Catarina. O objetivo foi avaliar a ocorrência de estresse, depressão e o grau de comprometimento da qualidade de vida em profissionais que são cada vez mais exigidos em sua atuação. O estudo foi realizado de fevereiro a setembro de 2004. A coleta de dados se deu por meio da aplicação de questionários baseados em três inventários: Lipp (1996), Werutsky (1999) e Masci (2004). A análise da situação e resultados revelou 12% da amostra estudada com boa qualidade de vida, ou seja, com sucesso afetivo, social, profissional e saúde, 24.5% com diferentes níveis de depressão e apenas 5% dos profissionais com estresse, necessitando tratamento específico. Este estudo detecta alterações na esfera pessoal e profissional destes indivíduos, mostrando que a grande maioria dos entrevistados não possui qualidade de vida, apesar de não apresentarem altos níveis de depressão e estresse. A discussão em torno da qualidade de vida no trabalho proporciona orientações para a prevenção da ocorrência de distúrbios, frisando a importância do equilíbrio entre as exigências da vida laboral e as necessidades psico-fisiológicas, destacando que para obter sucesso na qualidade de vida é necessário um bom desempenho profissional e individual.

Palavras-chave: cirurgião-dentista, estresse, depressão, qualidade de vida e saúde pública.

ABSTRACT

BUENO, Raphael Nunes. **Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas da rede pública dos municípios da AMFRI**. Florianópolis, 2004. 107p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, 2004.

Abstract: The effort to remain competitive in the job market should not lead to a decrease in the quality of life of the dental surgeon, since this would, without doubt, prove harmful to all the areas of his life, affecting his health, his family, his circle of friends and his working environment, and compromising his practice an agent of change in the society in which he lives. This study, which takes a qualitative and quantitative approach, was carried out among 57 dental surgeons working in the public network of towns within the AMFRI region, in Santa Catarina. The objective was to evaluate the occurrence of stress and depression, and the degree to which these affect the quality of life of professionals who have an increasingly demanding practice. The study was carried out from February to September 2004. The data was collected through the application of questionnaires based on three questionnaires: Lipp (1996), Werutsky (1999) and Masci (2004). The analysis of the situation and results obtained, revealed that 12% of the sample studied enjoys a good quality of life, i.e. success in the affective, social, and professional areas, and good health, 24.5% suffer from depression to differing degrees, and only 5% of the professionals suffer from stress, requiring specific treatment. This study points out the difficulties faced by these individuals in their personal and professional lives, resulting in a poor quality of life for the majority of those interviewed, despite the fact that they did not present high levels of depression and stress. The discussion on quality of life in the workplace provides guidelines for preventing the occurrence of disturbances, emphasizing the importance of balancing the demands of the working life with psychological and physiological needs, and emphasizing that to successfully obtain quality of life, good professional and individual performance are essential.

Key words: dental surgeon, stress, depression, quality of life and public health.