

**Universidade Estadual do Ceará**

**Ana Flávia de Araújo Lima**

**CONDIÇÕES DE TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA  
ASSISTENCIA AOS PACIENTES EM CONSULTÓRIOS DE  
CONVÊNIO E PARTICULAR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dra. Regina Heloisa Mattei de O. Maciel

**Fortaleza – Ceará**

2006

## EPÍGRAFE

NA GRÉCIA ANTIGA (CASA DE BANHOS):

DISCÍPULO DE ARQUIMEDES:

“- Mestre, sois tão sábio; como poderei um dia saber tanto quanto vós?”

ARQUIMEDES:

“- Através da força de vontade...”

DISCÍPULO DE ARQUIMEDES:

“- Como assim, mestre?”

Arquimedes afogou a cabeça de seu discípulo dentro d'água e o deixou sufocado por cerca de 40 segundos, depois a soltou...

DISCÍPULO DE ARQUIMEDES:

“- Mestre, o que fizeste???”

ARQUIMEDES:

“- O dia em que quiserdes ter sabedoria com a mesma vontade com que quisestes respirar, então sereis um grande sábio...”

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me dado a oportunidade de estar aqui e compartilhar esta alegria com todos;

Aos meus pais, por todo amor e dedicação que me deram ao longo desta caminhada, sempre com palavras de incentivo e afeto;

A minha família, pelo apoio inestimável;

Aos amigos de mestrado, que tornaram cada hora de convivência em momentos de alegria;

Ao grupo de cirurgiões-dentistas que participaram das entrevistas para a elaboração desta pesquisa;

Aos professores Dr. Alcides Miranda e Dra. Raquel Rigotto, por terem aceitado nosso convite para compor a banca examinadora;

E por último, mas não em menor estima e importância, a minha professora orientadora Dra. Regina Heloisa Maciel cuja paciência, dedicação, amizade, estímulo e sabedoria foram imprescindíveis.

Muito obrigada a todos!

## RESUMO

Esta pesquisa analisa as condições de trabalho de um grupo de cirurgiões dentistas da cidade de Fortaleza-Ceará, focalizando as diferenças entre as condições de trabalho em consultórios particulares e em consultórios de empresas de planos de saúde bucal. O método consistiu de entrevistas com seis cirurgiões dentistas, sendo dois particulares com consultórios próprios, atendendo pacientes particulares e de convênios; e quatro cirurgiões-dentistas empregados de planos da saúde bucal, sendo dois clínicos e dois especialistas. Esses quatro últimos profissionais trabalham no consultório pertencentes às empresas de planos de saúde bucal e atendem somente pacientes conveniados a esses planos. Além disso, foram realizadas quatro observações das condições físicas de trabalho, sendo duas observações em consultórios particulares e duas em consultórios de empresas dos planos de saúde bucal. Os resultados mostraram que nos consultórios particulares há uma maior privacidade, o nível de ruído é mais baixo e o material se encontra à disposição do cirurgião dentista e o consultório é adequado às necessidades do profissional. Em relação às condições organizacionais, os atendimentos particulares permitem uma melhor organização do tempo, dos materiais e das escolhas quanto ao tipo de atendimento prestado e tratamentos realizados. Um ponto importante é que os cirurgiões dentistas, quando trabalhando para os convênios em seus consultórios particulares, sentem-se limitados na escolha do tratamento mais adequado aos pacientes. O único ponto positivo apontado em relação ao atendimento de conveniados é o não ter de lidar com a questão financeira diretamente com os pacientes. Condições de trabalho adversas, como as encontradas nos ambientes de trabalho dos planos de saúde bucal podem ocasionar alterações na saúde do profissional, tanto física como psicológica. Além disso, podem influenciar nos tratamentos e na relação com os pacientes.

Palavras-chave: saúde do trabalhador, planos de saúde bucal, condições de trabalho, cirurgião-dentista.

## ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the working conditions of a group of surgeons-dentists, residents in Fortaleza, Ceará, focusing the main differences between the work conditions of private dentists' clinics and work conditions occurring in clinics of dental health plans companies. The method consisted of interviews with six surgeons-dentists, two of them working exclusively in their own practices, attending private clients and dental plan clients and four employees of dental plan companies. Of these, two were general practitioners and two specialists. These four professionals, employees of the dental plan companies, work exclusively in the companies' clinics, attending clients insured by the dental plan. Four clinics were observed in relation to their physical work conditions: two private and two dental health plan clinics. The results have shown that in the private clinics the surgeons-dentist have better working conditions: more privacy for attending the patients, less noise, the material to be used is more easily accessed and the practice suits the professional's needs. In relation to the work organization, the private attendances permit a better use of the time, of the materials utilized in the treatments and more suitable choices of the kind of treatment to be applied in each case. An important difference found is that the dentists, when working for the dental plans, feel that they have limited choices in relation to materials and treatments. However, one positive point was stressed by the professionals in relation to the dental plans: when working for the companies, the professional does not have to deal directly with the patients about financial issues. Inadequate working conditions as it was found in the dental health plans environments can lead to health problems for the professionals, affecting both, their physical and psychological health. Besides that, they can influence the patient's treatments and the relation dentist-patient.

Keywords: workers health, dental health plans, working conditions, surgeons-dentist.

## SUMÁRIO

EPÍGRAFE.....	2
AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
SUMÁRIO.....	6
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
LISTA DE QUADROS.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 A ODONTOLOGIA NA ATUALIDADE.....	2
1.1.1 Sistemas Básicos de Organização das Atividades Odontológicas.....	2
1.1.2 A Evolução do Mercado Odontológico.....	10
1.1.3 As Condições das Práticas Odontológicas.....	13
1.2 RISCOS E AGRAVOS PRESENTES NA ATIVIDADE DO CIRURGIÃO DENTISTA.....	18
1.2.1 Riscos Físicos, Biológicos e Químicos.....	20
1.2.2 Estresse e Problemas Músculo-esqueléticos.....	25
1.3 RELAÇÃO DENTISTA-PACIENTE.....	37
1.4 PREVENÇÃO.....	40
1.5 OBJETIVOS DO TRABALHO.....	42
2 MÉTODO.....	45
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	45
2.2 CAMPO DO ESTUDO.....	45
2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	46
2.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	47
2.4.1 Observações.....	48
2.4.2 Entrevistas.....	49
2.5 PRECEITOS ÉTICOS.....	51
2.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	51
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
3.1 CONDIÇÕES FÍSICAS DE TRABALHO.....	53
<i>Observação 1: convênio X</i> .....	53
<i>Observação 2: convênio Y</i> .....	56
<i>Observação 3: Consultório particular</i> .....	59
<i>Observação 4: consultório particular</i> .....	60
3.2 DISCUSSÃO DAS OBSERVAÇÕES REALIZADAS.....	62
3.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DE TRABALHO.....	69
<i>Vínculo</i> .....	70
<i>Remuneração</i> .....	73

<i>Jornada e Carga Horária de Trabalho</i> .....	80
<i>Marcação de Pacientes, Média de Pacientes Atendidos e Duração da Consulta</i> .....	81
<i>Pausas</i> .....	85
<i>Plano de Tratamento</i> .....	86
<i>Atendente de Consultório Dentário (ACD)</i> .....	93
<i>Trabalho a Quatro Mãos</i> .....	96
<i>Relação Dentista-Paciente</i> .....	97
3.4 PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DE CADA TIPO DE SERVIÇO .....	101
3.5 DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO .....	104
<i>Cirurgiões-Dentistas de Consultórios Particulares</i> .....	104
<i>Cirurgiões-dentistas de Planos de Saúde Bucal - Clínicos</i> .....	108
<i>Cirurgiões-dentistas de Planos de Saúde Bucal - Especialistas</i> .....	113
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	120
6 ANEXOS .....	129

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABERGO – Associação Brasileira de Ergonomia  
ABO – Associação Brasileira de Odontologia  
ACD – Atendente/Auxiliar de Consultório Dentário  
AIDS – Síndrome da ImunoDeficiência Adquirida  
IES – Instituições de Ensino Superior  
CD – Cirurgião-Dentista  
CEP – Comissão e Ética em Pesquisa  
CFO – Conselho Federal de Odontologia  
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas  
CPOD – Média de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados  
CRO – Conselho Regional de Odontologia  
CRO-Ce – Conselho Regional de Odontologia do Ceará  
dB – Decibéis (Medida de ruído)  
DORT – Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho  
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo  
EPI – Equipamento de Proteção Individual  
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social  
ISS – Imposto Sobre Serviço  
LER – Lesão por Esforço Repetitivo  
NR 17 – Norma Regulamentadora 17  
PIB – Produto Interno Bruto  
PSF – Programa de Saúde da Família  
Rx – Raio X  
SNC – Sistema Nervoso Central  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UECE – Universidade Estadual do Ceará  
VHB – Virus da Hepatite B

mg/cm<sup>3</sup> – Miligrama por centímetro cúbico

mg/g – Miligrama por grama

% Porcento

R\$ - Reais

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Vantagens da relação entre a operadora de saúde bucal e cirurgião-dentista (ROBLES, 2001). .....	17
Quadro 2: Características dos planos de saúde bucal ao qual pertencem os consultórios observados .....	46
Quadro 3 - Características dos cirurgiões-dentistas entrevistados .....	49
Quadro 4 - Condições Físicas de Trabalho dos Cirurgiões-Dentistas ....	63
Quadro 5: Consultório particular – paciente particular, pontos positivos e negativos.....	102
Quadro 6: Consultório particular – paciente de convênio, pontos positivos e negativos.....	102
Quadro 7: Consultório dos Planos de Saúde Bucal – Clínico, positivos e negativos.....	103
Quadro 8: Consultório dos Planos de Saúde Bucal – Especialistas, positivos e negativos. ....	103

## 1 INTRODUÇÃO

A partir de conversas informais com colegas de profissão (Cirurgiões-Dentistas - CD), percebe-se a constante recorrência do tema relacionado com a insatisfação do profissional, principalmente os que trabalham em convênios odontológicos no que tange às condições de trabalho organizacionais, aos riscos ocupacionais e aos problemas de saúde relacionados às condições de trabalho a que estão expostos, como dores no segmento superior do corpo e estresse.

A partir destas constatações surgiu o interesse por conhecer as verdadeiras condições de trabalho a que estão submetidos os cirurgiões-dentistas nos diversos tipos de atendimento ao paciente.

Sendo assim, o estudo tem o intuito de analisar as condições de trabalho, tanto físicas como organizacionais, dos cirurgiões-dentistas que trabalham em consultórios particulares atendendo pacientes de convênios odontológicos e pacientes particulares e em consultórios de convênios odontológicos atendendo pacientes do próprio convênio. Apesar das condições físicas de trabalho dos cirurgiões-dentistas terem sido bastante estudadas, existem poucas referências às condições organizacionais de trabalho dessa categoria.

A relevância deste estudo reside no fato de haver uma expansão cada vez maior dos planos de saúde bucal, inserindo nesse novo cenário um número crescente de cirurgiões-dentistas e da população em geral. Nesse novo contexto, é importante estudar as questões relacionadas a este subsetor da saúde para que se possa subsidiar as políticas públicas de saúde bucal, de tal

modo que estas possam atender às necessidades dos profissionais e da população.

Assim, o estudo pretende trazer várias contribuições para os diferentes setores sociais envolvidos com a questão. Do ponto de vista acadêmico, são poucos os estudos que focalizam a questão das condições de trabalho dos cirurgiões dentistas em relação às suas condições contratuais. É claro que essas relações afetam o atendimento aos pacientes, podendo prejudicar os profissionais, os pacientes, o atendimento e a relação dentista-paciente. Esses fatores, sem dúvida, determinam a popularidade e a sobrevivência dos diversos convênios. Finalmente, a verificação das condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas pode contribuir para a melhoria das condições de trabalho dessa categoria evitando o aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho.

## 1.1 A ODONTOLOGIA NA ATUALIDADE

### 1.1.1 Sistemas Básicos de Organização das Atividades Odontológicas

Nos países de livre empresa, a odontologia é uma das chamadas “profissões liberais”. As escolas preparam os odontólogos para o exercício da profissão dentro de um sistema de clínica particular, que está de acordo com a filosofia de livre empresa e competição, característica da vida política e econômica do país. O sistema de clínica particular se caracteriza por uma relação direta, sem interferências, entre pacientes e profissionais, baseada na livre escolha do profissional pelo paciente, liberdade do profissional de aceitar ou não o paciente e livre ajuste de preço entre as partes interessadas.

Nessa lógica de profissão liberal, a utilização da assistência odontológica recuperadora era um privilégio de certos segmentos da população de nível sócio-econômico mais alto na sociedade (CHAVES, 1986).

Com a evolução social em alguns países, como é o caso do Brasil, houve uma melhoria no nível de vida de uma grande parcela da população, apesar do seu poder aquisitivo não ter evoluído no mesmo ritmo. Essas pessoas, dada uma maior informação, começam a exigir uma melhor qualidade de vida e investir em alguns setores, como educação, lazer e saúde e, entre eles, a assistência odontológica.

Devido ao excesso de mão-de-obra qualificada no mercado, o descaso do governo para com o setor saúde, incluindo a odontologia e o baixo poder aquisitivo de grande parte da população, que não pode arcar com os custos de um tratamento odontológico particular, houve uma grande abertura para a ascensão dos chamados planos de saúde bucais.

Soma-se a esses fatores o fato de ter havido um achatamento salarial da classe média brasileira. Houve uma diminuição significativa do poder aquisitivo dessa camada social e, com isso, uma migração dos indivíduos no que se refere ao atendimento odontológico. Uma parcela desse grupo social não tem mais condições de pagar os tratamentos odontológicos particulares, mas não querem utilizar o serviço público. Por isso, houve uma forte demanda pelos convênios odontológicos.

Como conseqüência desses desenvolvimentos e das pressões dos grupos interessados, começaram a se organizar novos esquemas de prestação de serviços, basicamente distintos do esquema tradicional da clínica particular. Uma das características dos novos sistemas criados é produzir uma ruptura na

relação bilateral clássica do exercício livre da profissão. Interpôs-se uma terceira pessoa que tomou a seu cargo o agenciamento e pagamento dos serviços.

A relação bilateral envolve o dentista, como produtor de serviços e o cliente, como consumidor e financiador (pagamento direto). Na relação multilateral dos novos esquemas, o paciente perde uma das funções, a de financiador, que é assumida por uma terceira pessoa ou entidade. Daí a denominação genérica de “sistema de pagamento por terceiros”, ou “pagamento indireto”, muitas vezes usada para este tipo de relação (CHAVES, 1986).

Os dois sistemas - o clássico bilateral e o moderno multilateral - têm virtudes e defeitos e atuam de forma complementar nas sociedades. Chaves (1986) afirma que uma análise retrospectiva permite prever que, como consequência do aumento da demanda social, o sistema de pagamento por terceiros tenderá a desenvolver-se cada vez mais.

Na classificação de Pinto (1992, 2000), há três sistemas básicos de organização das atividades odontológica: o liberal, o público e o privatizado.

O sistema liberal é também denominado de modalidade privada pura. Nesse sistema, o produtor dos serviços é o cirurgião-dentista, o paciente entra como consumidor e financiador direto, isto é, o paciente paga pelo serviço diretamente ao profissional.

Na prática liberal, o profissional e paciente definem, sem intermediários, o tratamento a ser feito, o preço a ser cobrado e a modalidade de pagamento. Caracteriza-se pela existência de uma clientela própria que escolhe o profissional livremente, detendo este a posse dos instrumentos de trabalho,

pois exerce a profissão em consultório isolado ou em parceria com outros colegas. Esse esquema é satisfatório para pessoas de média e alta renda que podem arcar com os preços de mercado. Não há como estendê-lo a todos, pois pelo menos uma parcela da população é incapaz de financiar, com seus próprios recursos, os cuidados de que necessita.

Esta é a modalidade que goza de larga preferência entre os cirurgiões-dentistas, pois é a única que lhes permite ampla liberdade no exercício da profissão, podendo escolher o tratamento a ser feito e em que tempo, os recursos a serem utilizados, bem como os preços a serem cobrados. Com base nessas vantagens, os cirurgiões-dentistas costumam argumentar que o exercício liberal da profissão lhes confere condições ideais de trabalho e de remuneração, fatores que reverteriam naturalmente em benefício dos pacientes, os quais receberiam um atendimento de melhor qualidade. Conquanto isto seja verdade em muitos casos, em outros pode originar a produção de serviços desnecessários ou impedir o exercício de controles externos sobre a prática do consultório, além de que é intrínseco a este tipo de organização: a impossibilidade de acesso às pessoas economicamente carentes, o que explica a tendência crescente no sentido de reduzir sua influência em prol da expansão dos modelos tripartite ou de prestação indireta de serviços.

No sistema público, o produtor do serviço também é o cirurgião-dentista. Nessa relação, o paciente entra como o consumidor e como financiador indireto, na medida em que paga seus impostos. O financiador direto, nesse caso, é o Estado ou órgão público.

O modelo público ou direto tem como características a prestação de cuidados odontológicos por unidades pertencentes ao setor público sem custo direto, em bases universais ou pelo menos para as pessoas de baixa renda e para os grupos considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico e/ou social. É, na maioria dos casos, financiada por recursos provenientes de impostos gerais, mas há casos em que se acrescenta a contribuição de patrões e trabalhadores via recolhimentos percentuais sobre a folha de salários. Sempre que o objetivo for o de prestar serviços integrais (educativos/preventivos/curativos) de maneira inter-relacionada à população, melhorando suas condições de saúde bucal, este é o sistema mais apropriado, pois permite não só o desenvolvimento de um plano de trabalho como também a sua supervisão, acompanhamento e avaliação, itens estes de difícil implementação nos regimes liberal e privatizado, os quais têm como princípio básico a não intervenção no trabalho do profissional em sua clínica.

De acordo com Sekulic (2004), no setor público o mercado de trabalho odontológico tem características bastante variadas. Os dentistas podem ser contratados através de concursos públicos ou pela CLT (Consolidações das Leis de Trabalho), podendo ter cargo efetivo ou temporário. Em muitos casos podem ser contratados por intermédio de uma terceira instituição, em consequência das dificuldades impostas pela Lei complementar 101 de maio de 2000. A chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000) impede a contratação direta de funcionários se o ente público tiver ultrapassado os limites de gastos públicos pré-estabelecidos pela norma. Desta forma, as instituições acabam camuflando o gasto público com pessoal, pois fazem a contratação através de cooperativas ou outro tipo de entidade tida como sem

fins lucrativos. Toda esta diversidade na forma de contratação, somada à multiplicidade de programas governamentais na área de saúde bucal, em especial as peculiaridades do Programa de Saúde da Família (PSF), torna bastante complexo e diversificado o mercado de trabalho no setor público.

Há um descaso por parte do governo para com o setor saúde, o que se reflete de forma significativa na área odontológica. Roncalli (2000) afirma que o Brasil investe muito pouco em assistência à saúde para os padrões internacionais e para o que se propõe o Sistema Único de Saúde (SUS). O autor compara os gastos do Brasil com outros países. Enquanto que o Brasil, entre 1980 e 1996, gastou entre 80 e 120 reais capita/ano, o que correspondia a 2% do PIB (Produto Interno Bruto), o Uruguai gastou, capita/ano, cerca de 400 reais; a Argentina, cerca de 600 reais; o Canadá, cerca de 2.000 reais e os Estados Unidos, cerca de 4.000 reais. Com isso, a área de saúde bucal também sofre as conseqüências de uma política de financiamento restritiva. O resultado disso é desastroso. Uma parcela considerável da população, cerca de 19%, nunca foi consultado por um dentista (BARROS e BERTOLDI, 2002). Além disso, segundo os autores, cerca de 69% dos atendimentos odontológicos ocorreram em serviços particulares. O SUS responde por 24% dos atendimentos, enquanto 17% realizaram-se através de outros planos de saúde.

Este tipo de sistema odontológico deveria ser o maior prestador de serviços à população, mas devido ao não cumprimento do preceito básico do artigo 196 da Constituição Federal, capítulo 2, seção 2, que garante a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, o Brasil ainda possui cerca de 80% da população sem assistência à saúde bucal (BRASIL, 1988).

A terceira e última modalidade é o modelo privado ou a prestação indireta de serviços de saúde. Esta tem por essência a intermediação de um terceiro entre o profissional e o paciente. Este terceiro personagem pode ser a previdência social ou alguma outra agência pública, ou uma empresa privada que assume as responsabilidades administrativas e riscos financeiros, captando recursos e remunerando serviços.

Neste sistema, o profissional cirurgião-dentista também entra como produtor de serviços e o paciente como consumidor. O financiador direto, neste caso, será uma empresa privada ou agência pública, sendo o paciente o financiador indireto.

A odontologia privatizada tem acumulado uma série de distorções ao longo do tempo nos lugares onde foi aplicada, devido ao condicionamento do tratamento e dos problemas de saúde ao montante da remuneração e às restrições de cobertura do contrato. Além disso, existem dificuldades em exercer um controle adequado sobre os serviços prestados. Apesar disso, na área privada, tem havido uma acelerada expansão dos chamados “planos de saúde bucal”.

No que se refere à organização do trabalho em si, trata-se, em geral, de um modelo similar ao modelo liberal, pois o profissional conserva a sua independência, não sofrendo interferências externas sobre o que faz no consultório, embora esteja limitado aos tipos de serviços e aos preços previamente contratados com o terceiro interveniente. Nesse segmento de atividade odontológica, o cirurgião-dentista pode trabalhar no consultório particular próprio, recebendo seu pagamento do plano de saúde bucal de acordo com sua produção. Em outros casos, os cirurgiões-dentistas são

contratados para trabalhar como assalariados, recebendo por hora trabalhada ou por produção, em unidades pertencentes à agência intermediadora.

Ainda segundo Pinto (2000), nesse contexto, não é de surpreender o ativo crescimento da fatia de mercado correspondente às clínicas e empresas que oferecem planos e seguros de saúde bucal. Sem qualquer expressão até meados da década de 80, o subsetor dos planos de saúde bucal no Brasil chega ao final do século com cerca de trezentas empresas e cerca de sete milhões de clientes, em franca expansão.

De acordo com Zocratto e Miranda (2002) o plano de saúde privado odontológico se divide, basicamente, em quatro grandes grupos: autogestão, odontologia de grupo, cooperativas odontológicas e seguros odontológicos.

A autogestão em assistência à saúde é o sistema no qual a própria empresa ou outro tipo de organização institui e administra, em conjunto com os beneficiários, sem finalidade lucrativa, o programa ou plano de saúde de seus beneficiários, reduzindo os gastos decorrentes da intermediação das empresas prestadoras de serviços de saúde do mercado.

A odontologia de grupo oferece serviços com base em rede própria junto com rede de consultórios credenciados. Já a cooperativa odontológica está centrada nos profissionais e estruturada segundo a regulamentação prevista para este sistema. A seguradora odontológica atua no regime de oferta de serviços por reembolso de despesas com livre escolha e/ou com garantia de determinada cobertura junto a profissionais credenciados (PINTO, 2000).

Na odontologia de grupo também encontramos dois tipos de serviços realizados pelos profissionais: aqueles em que o cirurgião-dentista exerce sua profissão nos consultórios próprios da empresa da odontologia de grupo e

aqueles em que o profissional atua no seu próprio consultório atendendo pacientes credenciados ao plano de saúde bucal. Estes dois modelos diferem em suas condições de trabalho, tanto físicas, por serem dois locais distintos, como organizacionais, pois apresentam regras de funcionamento diferentes.

O presente estudo focaliza o subsistema de odontologia de grupo, por ser o subsistema de maior crescimento em Fortaleza, concentrando considerável parcela da população e dos profissionais da área odontológica.

### 1.1.2 A Evolução do Mercado Odontológico

O processo de rápidas transformações a que estão sujeitas as sociedades atuais se reflete de maneira direta no mercado odontológico de um país como o Brasil, conforme relata Pinto (2000), afetando tanto os profissionais da área quanto a clientela e a população como um todo.

Com um total de 173.637 mil cirurgiões-dentistas em 2002 e com uma relação de um profissional para cada 990 habitantes, uma proporção considerada como adequada para o controle dos problemas de saúde bucal prevalentes na população brasileira, o país ainda permanece com condições extremamente desfavoráveis de saúde bucal, o que se traduz por um índice de CPOD (média de dentes perdidos, cariados e obturados) bastante elevado (SEKULIC, 2004).

Isso ocorre por causa da precária prestação de serviços odontológicos oferecidos pelo governo, o que influencia de forma muito intensa a população a procurar e utilizar o sistema privado de assistência à saúde. De acordo com Robles (2001), a manutenção e promoção da saúde bucal, bem como o

tratamento, vêm sendo realizados por empresas privadas, já que a saúde pública não consegue dar conta do “recado”, apesar de ter “dobrado” os investimentos no período de 1994 a 1999.

Dentro do sistema privado de saúde bucal está havendo uma tendência de expansão acelerada da modalidade de atendimento populacional pelos planos de saúde odontológicos. Esta expansão está superando o exercício essencialmente liberal da profissão e ocupando cada vez mais o lugar que poderia ser dos serviços públicos de saúde. Sabe-se hoje que cerca de 47,6% dos cirurgiões-dentistas do Brasil trabalha com algum tipo de convênio odontológico ou plano de saúde bucal (MOYSES, 2003).

O modelo brasileiro de planos e seguros de saúde foi iniciado de maneira tímida com as primeiras empresas de medicina de grupo no começo dos anos 60, o chamado “subsistema suplementar” de assistência à saúde ganhou fôlego e expandiu-se, de fato, no final da década de 80 e de 1990 em diante, aproveitando-se da gradativa deterioração dos serviços públicos. Estimativas provenientes das próprias empresas deste setor indicam que em 1997 cerca de 43,5 milhões de brasileiros possuíam algum tipo de plano ou seguro de saúde (PINTO, 2000), movimentando um mercado de 15 bilhões de dólares anuais (OLIVEIRA, 2000).

Segundo Zocratto e Miranda (2002), a evolução histórica dos planos de saúde no Brasil demonstra um gradativo processo de transferência de obrigações do setor público para o setor privado de saúde. A política governamental torna-se cada vez mais favorável à expansão do setor privado em detrimento das políticas públicas de saúde. A expansão dos planos de saúde privados é apenas um reflexo das políticas de saúde, onde há

transferência de obrigações do setor público para o setor privado, como por exemplo na educação com a abertura de novas faculdades e conseqüente plethora profissional. O descaso do governo no processo de regulamentação dos planos de saúde privados em relação à Odontologia apenas reflete a cultura brasileira de não perceber a saúde bucal como parte integrante da saúde geral e, portanto, considerada de menor importância.

Diante do contexto nacional, os profissionais devem estar preparados para o impacto deste fenômeno sobre o mercado de trabalho e na prática clínica tradicional. Dados de 1979 já apontavam um esgotamento do mercado de trabalho para o exercício liberal da profissão odontológica. O trabalho autônomo, ideologicamente mais valorizado, vem sendo substituído pela introdução do trabalho assalariado de forma indireta (credenciamento), ou direta (contratação), com uma procura crescente por estes segmentos (ASSADA, 2000).

Em Fortaleza este cenário não é diferente. Está havendo um fortalecimento deste subsetor da odontologia, um aumento no número de Planos de Assistência Odontológica e uma inserção cada vez maior de dentistas e de conveniados nesses planos. Os Planos de Saúde Bucal passaram a controlar uma parte significativa do mercado de trabalho odontológico da cidade de Fortaleza.

No entanto, há uma expectativa de que o Sistema Único de Saúde, na área odontológica, consiga criar mais espaços e atender uma maior parte da população.

Enquanto isso não ocorre, os planos de saúde odontológicos vão crescendo no mercado e uma parcela cada vez maior de cirurgiões-dentistas

trabalha com esses planos. Diante desse quadro, é importante conhecer esse novo mercado de trabalho para que o dentista possa se inserir nesse novo cenário e para que sejam criadas novas políticas públicas de saúde bucal.

### 1.1.3 As Condições das Práticas Odontológicas

O que nos chama a atenção é que, apesar da grande e ascendente convergência de dentistas (47,6%) e de pacientes aos planos (ou operadoras) de assistência odontológica, o número de estudos sobre as condições de trabalho dos dentistas inseridos nesse cenário é muito pequeno. Não se sabe o que pensa ou sente um profissional que ingressa nesse ambiente de trabalho. O que se sabe, através de alguns depoimentos informais de cirurgiões-dentistas, é que ocorrem algumas restrições e imposições nas condições de trabalho dos profissionais dentro dos consultórios pertencentes aos planos de assistência odontológica.

Uma pesquisa realizada por Silveira e Oliveira (2002), buscou apreender as expectativas e experiências dos cirurgiões-dentistas com os planos odontológicos, quantificando o impacto dessa modalidade de atenção, bem como as vantagens e desvantagens mais relatadas por estes profissionais. A pesquisa foi realizada através de questionários com dentistas que trabalhavam em consultórios particulares do Rio de Janeiro e periferia. O resultado do estudo mostrou que 98,52% dos dentistas reconhecem que há uma crise no modelo liberal da profissão; 75,86% dos dentistas têm interesse por convênios para: aumentar a receita (42,86%), preencher horários ociosos (9,09%), ou ambos (40,26%); dos que rejeitam os convênios: 38,78% o fazem pela baixa

remuneração e 32,65% por falta de tempo; 46,80% não atendem por convênio; 43,35% atuam como clínico e mais uma especialidade; e 31,03% atuam exclusivamente como clínico. De acordo com esta pesquisa, as perspectivas dos dentistas em relação aos Planos Odontológicos são favoráveis, pois nessa modalidade é possível ainda manter o consultório particular que, para os dentistas, ainda representa a forma ideal de exercer a atividade odontológica, havendo um grande interesse dos dentistas pelos convênios.

No entanto, no estudo realizado por Sekulic (2004) em Fortaleza, os resultados mostraram que embora existam alguns profissionais que acreditam que o aumento do número de empresas de planos de saúde odontológicos não chega a interferir de maneira significativa no mercado de trabalho odontológico, esta visão não é compartilhada por 70,76% dos profissionais, que consideram prejudicial este tipo de empreendimento. Além disso, nesse mesmo estudo, a autora verificou que tanto no setor público, quanto no trabalho junto aos planos odontológicos, o problema relacionado à remuneração foi o que mais se destacou, pois 100% e 98,43%, respectivamente, assinalaram este quesito como um dos problemas mais importante. Os profissionais, dentro dos planos odontológicos, também assinalaram outros problemas: valores das tabelas sem relação com a complexidade dos procedimentos e dificuldade na liberação dos tratamentos e repasses, ambos com 37,5%; os atrasos nos pagamentos, com 21,87%; e, por último, a grande quantidade de glosas (procedimento que não é contabilizado para a remuneração do profissional em virtude de alguma inadequação clínica ou administrativa) dos tratamentos.

Em um outro estudo realizado por Falcão *et al.*, 2001, foi avaliado o grau de satisfação dos credenciados a operadoras de planos odontológicos em

relação a alguns requisitos como: autonomia profissional, condições de biossegurança, auditoria/perícia, grau de satisfação, remuneração, prazo de pagamento, relação de trabalho, limitação no número de atendimentos e procedimentos e interferência no plano de tratamento e procedimentos odontológicos e ações das instituições. Para este estudo, foram utilizados, como instrumentos de coleta de dados, questionários aplicados aos profissionais prestadores de serviços dos planos odontológicos. Os resultados constatarem tanto reprovação como insatisfação, por parte dos profissionais prestadores de serviços, em quase todos os itens, excetuando-se os prazos de pagamento, sugerindo e requerendo uma maior atuação dos CRO (Conselhos Regionais de Odontologia), da ABO (Associação Brasileira de Odontologia), do Sindicato e das próprias IES (Instituições de Ensino Superior) na melhoria das relações entre operadoras e prestadores.

Os planos de saúde bucal apresentam suas próprias regras, trazendo certas limitações aos profissionais cirurgiões-dentistas. De acordo com Peres (1997), as empresas de convênios se acham no direito de elaborar regras, nem sempre éticas e dentro dos preceitos legais. A autora afirma ainda que o profissional que é credenciado ou perito desses convênios odontológicos entra no esquema sem saber de seus direitos e deveres.

Em outro estudo realizado por Lemos *et al.* (1997) verificou-se que os critérios necessários para o credenciamento do cirurgião-dentista variam de acordo com o convênio. Aproximadamente metade dos planos de saúde bucal tem perícia inicial obrigatória, enquanto outros têm perícias inicial e final obrigatórias. Isso limita os procedimentos do profissional e tira sua autonomia em relação ao plano de tratamento, pois os dentistas ficam limitados a realizar

somente os procedimentos que constam na perícia, não podendo realizar outros que possam aparecer durante o tratamento. Além disso, devem realizar os procedimentos autorizados pela perícia, mesmo que o profissional discorde do exame pericial. Além disso, os autores verificaram que muitos desses convênios possuíam tabelas próprias para a remuneração dos seus credenciados, com honorários muitas vezes abaixo dos propostos pela Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos.

No Quadro 1 apresentamos algumas das vantagens envolvidas no sistema de plano de saúde bucal, tanto para o cirurgião-dentista quanto para a operadora do convênio, como exposto por Robles (2001). Nota-se que o sistema pode, segundo o autor, ter inúmeras vantagens para os dois atores da relação.

No entanto, apenas com estes poucos dados não é possível conhecer as reais condições de trabalho desses profissionais. Entendemos como condições de trabalho aquelas nas quais os profissionais ficam expostos dentro dos consultórios, tanto as físicas, quanto as organizacionais. Os principais aspectos que podem afetar a eficiência e o bem-estar do dentista e do paciente se referem à disposição postural, iluminação, nível de ruídos (condições físicas), e ainda o tempo de atendimento, materiais utilizados, tipo de tratamento escolhido (condições organizacionais) dentre outras variáveis que são fundamentais na determinação do tipo e qualidade do atendimento oferecido pelo dentista. Por sua vez, a eficiência e qualidade do atendimento influenciam, de maneira direta, a sua relação com o paciente. Além disso, más condições de trabalho acarretam riscos e agravos à saúde do trabalhador, comprometendo sua qualidade de vida, seu conforto e produção no trabalho.

Quadro 1: Vantagens da relação entre a operadora de saúde bucal e cirurgião-dentista (ROBLES, 2001).

<b>Vantagens</b>	
<b>Para o Cirurgião-Dentista</b>	<b>Para a Operadora em Saúde Bucal</b>
A união a outros colegas (pertencer a um grupo).	Lucratividade.
Aumentar o número de atendimentos.	Cumprimento da missão.
Preencher horários ociosos.	Divulgar a odontologia.
Divulgação do nome.	Construir credibilidade para sustentação no mercado.
Divulgação das competências	Oferecer serviços de terceiros a baixo custo.
Cooperação	Não ter responsabilidade sobre a atuação do profissional.
Protocolo de atendimento para procedimentos em escala	Não ter encargos sociais sobre o profissional .
Cursos (aprendizagem contínua)	Não necessitar de rede própria.
Troca de conhecimentos	Poder investir em treinamento dos recursos humanos.
Facilidades para compra de equipamentos, materiais, instalações e serviços.	Poder aprimorar funções e processos.
Retaguarda	Propor novas formas de trabalho e união.
Conhecer a procedência do cliente.	Promover sintonia de uma equipe.
Fidelizar familiares e amigos.	Incentivar grupos.
Assumir responsabilidade profissional pelos seus atos.	Buscar novos caminhos para promover saúde bucal.
Oferecer trabalhos particulares a clientes que não tenham cobertura total do plano.	Ser responsável pela sociedade.
Autonomia no exercício profissional, embora cumprindo normas.	Promover educação.
Melhorar a administração de horários.	Assegurar a captação e retenção de clientes.
Ganhando menos por procedimento, podendo trabalhar e ganhando no volume.	Fidelização dos que já eram clientes
Ter poder de negociação.	
Publicidade em grupo.	

## 1.2 RISCOS E AGRAVOS PRESENTES NA ATIVIDADE DO CIRURGIÃO DENTISTA

O cirurgião-dentista, como qualquer outro profissional, está sujeito a riscos e agravos à saúde decorrentes de suas condições de trabalho. Riscos ocupacionais são aqueles inerentes às atividades laborais. Estes riscos podem levar ao adoecimento do trabalhador. A empresa é a responsável pela manutenção e melhoria de um ambiente de trabalho saudável, de tal forma a diminuir os riscos ocupacionais. De acordo com a CLT, em seu artigo 157, inciso I, cabe à empresa “cumprir e fazer cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho.” (OLIVEIRA, 2002). Além disso, a Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 7º, inciso XXII, prevê que haja uma “redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança” (BRASIL, 1988). No caso dos profissionais liberais, cabe a eles a manutenção de suas condições de trabalho e demais encargos trabalhistas, como o seguro acidente de trabalho e o plano de aposentadoria.

De acordo com a Lei 8080, artigo 6º, temos a seguinte definição de saúde do trabalhador:

*“...conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.”* (BRASIL, 1990)

Segundo Dejours (1992), por condição de trabalho é preciso entender, antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeira, fumaças), ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), condições de higiene e segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho. No entanto, o trabalho do autor focaliza principalmente os processos psicológicos subjacentes ao trabalho e às suas condições, focalizando o sofrimento advindo delas. Assim, o termo condições de trabalho pode ser visto de uma maneira mais ampla, incluindo também os aspectos psicossociais do trabalho.

Os cirurgiões dentistas estão expostos a vários agravos de saúde, descreveremos aqui apenas alguns deles, enfatizando os agravos que parecem estar relacionados à organização do trabalho e que podem ocasionar problemas de estresse e agravar as afecções relacionadas ao sistema músculo-esquelético.

De um modo geral, os cirurgiões dentistas estão expostos a riscos químicos e biológicos, como por exemplo, contato com substâncias tóxicas, como o mercúrio, e fluidos bucais. Os principais riscos de origem física se relacionam com os níveis de iluminação e ruído e com o clima (temperatura) dos locais de trabalho. Por outro lado, inerente à própria atividade, há riscos posturais e de repetitividade de movimentos aos quais somam-se os riscos decorrentes da organização do trabalho: jornadas longas, sem pausas, remuneração baixa e contato direto com os pacientes e seu sofrimento. Esses riscos serão detalhados a seguir.

### 1.2.1 Riscos Físicos, Biológicos e Químicos

Os níveis de iluminação geral e localizado quando não adequados podem levar a problemas visuais e a ocorrências indesejáveis no desempenho do trabalho. Quanto à iluminação do consultório odontológico, além da iluminação normal, o dentista deve contar com uma iluminação para tarefas especiais. Segundo Dul e Weedmester (2004), quando há grandes exigências visuais, o nível de iluminação deve ser elevado, colocando-se um foco de luz diretamente sobre a área trabalhada. Nesses casos, o nível de iluminação pode chegar a até 3000 lux, mas varia de 800 a 3000 lux. Os autores alertam, no entanto, que níveis muito elevados de iluminação podem provocar fadiga visual. Na pesquisa de Rasia (2004) a iluminação nos consultórios odontológicos variou de 590 lux (que é insuficiente) a 1400 lux.

A presença de ruídos elevados no ambiente de trabalho, segundo Dul e Weerdmeester (2004), pode perturbar e, com o tempo pode provocar surdez. O primeiro sintoma é a dificuldade cada vez maior para entender o que os outros estão falando em ambientes barulhentos. Isso acarreta interferência nas comunicações e redução da concentração. O dentista está exposto a níveis de ruído muito altos, devido o trabalho com muitos equipamentos ruidosos, como as canetas de alta e baixa rotação, o ar-condicionado, o sugador, compressor, conversas e, às vezes, o ruído de músicas ambientes ou da televisão que existe dentro do consultório, sem falar do ruído dos consultórios vizinhos, quando o profissional trabalha em clínicas odontológicas com vários consultórios. Rasia (2004) mediu o ruído provocado pelas canetas de alta rotação de endodontistas em alguns consultórios odontológicos em Brasília, a

média de ruído provocado por este equipamento foi de 74 dB. Esse nível de ruído não leva em conta as outras fontes de ruído do consultório odontológico citados anteriormente. Segundo Dul e Weedmeester (2004), um ruído que ultrapassa 80 dB durante oito horas de exposição diária pode provocar surdez.

Segundo Dul e Weedmeester (2004), a temperatura do ambiente de trabalho, ou melhor, o clima, deve satisfazer a diversas condições para ser considerado confortável, como a temperatura do ar, calor radiante, a velocidade do ar e a umidade relativa. Além disso, o clima para ser considerado agradável, deve considerar também o tipo de atividade física realizada pelo trabalhador e o vestuário. De acordo com a Norma Regulamentadora 17 (NR 17) (MTE, 1991) o índice de temperatura para níveis de conforto varia entre 20 e 23<sup>o</sup> C. No trabalho realizado por Rasia (2004), a temperatura medida nos consultórios do estudo variou entre 27,5<sup>o</sup> C e 30,28<sup>o</sup> C, acima, portanto, do nível de conforto.

Dentre os riscos a que estão submetidos os cirurgiões-dentistas, os riscos biológicos causam preocupação pela grande quantidade de doenças viróticas, bacterianas, micóticas e parasitárias que podem ser transmitidas ao cirurgião-dentista.

Velásquez-Uribe (1998) afirma que os trabalhadores da área da saúde estão expostos durante suas atividades laborais a múltiplas infecções que podem causar graves enfermidades, como a tuberculose, hepatites virais e AIDS. A autora conclui que o conhecimento e a observação das normas de biossegurança e a vacinação prévia ao contato com pacientes protegem de forma eficaz o profissional dos riscos biológicos.

Segundo Guimarães (1999), as enfermidades, decorrentes da exposição a riscos biológicos mais comumente encontrados entre os cirurgiões-dentista são herpes, resfriados, gripes, sarampo, rubéola e infecções por estafilococos e estreptococos. No entanto, a grande preocupação atual recai sobre outras doenças: hepatite B e AIDS, devido aos altos índices de mortalidade de ambas as doenças e devido à grande incidência da hepatite B entre os profissionais da odontologia. A autora afirma que essas doenças podem ser transmitidas por saliva, sangue, fluidos corporais e vias respiratórias, elementos que fazem parte da rotina de todo profissional da área odontológica.

O esclarecimento e a educação dirigidos à área odontológica melhoraria as atitudes e procedimentos, a fim de controlar as infecções dentro do consultório odontológico. Soares *et al.* (2002) realizaram um estudo para avaliar os conhecimentos dos alunos de odontologia da Universidade Federal da Paraíba com relação a aspectos gerais das infecções pelo HIV e pelo VHB, bem como a disposição dos alunos em realizarem atendimentos em paciente com doenças infecto-contagiosas. Os resultados apontaram deficiências no conhecimento das vias de transmissão e meios de prevenção, principalmente da hepatite B. 27,2% dos participantes relataram saber as formas de prevenção e 68,6% e 54,4% dos estudantes mostraram-se dispostos a atender pacientes com HIV e VHB, respectivamente.

Outro agravo, em relação à contaminação por doenças infecto-contagiosas no cirurgião-dentista, é que a luva, considerada um Equipamento de Proteção Individual (EPI), pode não ser um equipamento muito seguro. Um estudo realizado por Melo e Smaha (2002) avaliou a permeabilidade de luvas cirúrgicas estéreis e de procedimento sem uso e com uso único, através de

testes visuais, chegando à conclusão de que das luvas de procedimento testadas, 55% apresentam perfurações após uso único e nas luvas cirúrgicas foram diagnosticadas perfurações, após uso único, em 45% delas, independente da marca.

Os riscos químicos também estão muito presentes na atividade profissional do cirurgião-dentista. As principais doenças ocupacionais relacionadas aos riscos químicos são as dermatoses ocupacionais e o hidrargirismo, ou seja, a intoxicação por mercúrio.

As dermatoses ocupacionais são alterações da pele, mucosa ou anexos, direta ou indiretamente causadas, condicionadas, mantidas ou agravadas pelas condições de trabalho. São causadas por agentes biológicos, físicos e, principalmente, por agentes químicos, como por exemplo, a alergia provocada pelo látex da luva de procedimento. Aproximadamente 80% das dermatoses ocupacionais são provocadas por substâncias químicas presentes no local de trabalho, ocasionando quadros do tipo irritativo (a maioria) ou do tipo sensibilizante.

A exposição ao mercúrio causa uma intoxicação que ataca principalmente o sistema nervoso central, podendo trazer diversos prejuízos à saúde do cirurgião-dentista.

A intoxicação aguda por mercúrio afeta os pulmões em forma de pneumonite intersticial aguda, bronquite e bronquiolite. Tremores e aumento da excitabilidade podem estar presentes, devido à ação sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). Os dentistas estão mais expostos à intoxicação crônica, devido à baixa exposição por períodos prolongados. Neste caso, ocorrem sintomas complexos, incluindo cefaléia, redução da memória, instabilidade emocional,

parestesia, diminuição da atenção, tremores, fadiga, debilidade, perda de apetite, perda de peso, insônia, diarreia, distúrbios de digestão, sabor metálico, sialorréia, irritação na garganta e afrouxamento dos dentes. Pode ocorrer proteinúria e síndrome nefrótica. De maneira geral, a exposição crônica apresenta quatro sinais que se destacam entre os outros: gengivite, sialorréia, irritabilidade e tremores.

Segundo Saquy *et al.* (1999), a possibilidade da presença de vapor de mercúrio nos consultórios odontológicos é muito grande, principalmente devido ao uso desse elemento químico em restaurações de amálgama. Em seu estudo, foi observada, hora a hora, a presença do vapor de mercúrio no consultório odontológico e, após 48 horas, identificou-se a presença do vapor de mercúrio em todos os testes realizados. Além disso, Fortes *et al.* (1999) em seu estudo sobre os níveis de mercúrio encontrados na urina de cirurgiões-dentista em Porto Alegre, confirmaram a exposição ocupacional do cirurgião-dentista ao mercúrio, pois a maioria deles apresentou níveis de mercúrio acima do valor de referência da normalidade, apesar de inferiores aos níveis de tolerância máxima permitida.

Morales Fuentes e Reyes Gil (2003) afirmam que os dentistas devem realizar estudos periódicos que avaliem a concentração de mercúrio no ar do consultório odontológico e que este deve ser menor que  $50 \text{ mg/cm}^3$ . Além disso, os profissionais que trabalham no consultório dentário, devem realizar análises periódicas que determinem os níveis de mercúrio presentes em amostras de urina e de sangue, e estes valores devem ser menores que 35 mg/g de creatinina em amostras de urina e de 15 mg/L de sangue.

Medeiros e Riul (1994) mostraram que os agentes físicos, mecânicos, químicos e biológicos presentes no consultório dentário podem causar riscos ocupacionais ao cirurgião-dentista. Afirmam que estes riscos podem ser evitados pelo profissional através de uma conscientização. Além disso, é necessário o uso de métodos simples e eficazes de prevenção, tais como: esterilização correta do instrumental, uso adequado do EPI e emprego de técnicas adequadas, tornando seu ambiente de trabalho higiênico e seguro.

Medeiros, Souza e Bastos (2003) também descrevem os riscos do cirurgião-dentista que, segundo os autores, podem ser evitados. Afirmam que estes riscos estão presentes tanto no consultório dentário privado, como em empresas. Além das recomendações já citadas no estudo anterior, os autores ainda recomendam o respeito às normas de biossegurança e ergonomia individual.

### 1.2.2 Estresse e Problemas Músculo-esqueléticos

No que se refere às exigências inerentes ao trabalho, o dentista pode adquirir as chamadas Lesões por Esforços Repetitivos (LER/DORT) devido à postura, movimentação e repetitividade no trabalho. As exigências físicas denotam o custo corporal da atividade. Relacionam-se aos gestos, às posturas e aos deslocamentos do trabalhador necessários à execução da tarefa. A quantidade e qualidade do esforço físico despendido pelos trabalhadores em função das características do contexto de produção, expressam o custo físico da jornada de trabalho (FERREIRA e MENDES, 2003; ABRAHÃO, 1993).

O estresse pode causar dores físicas, como ficou demonstrado por Goosens (1997) e Marechesski (1998) que o estresse é o principal fator do desenvolvimento de distúrbios posturais, causando dores e tensões musculares na região cervical. A contração muscular prolongada, como acontece na tensão emocional por medo e/ou ansiedade, ou quando se mantém muito tempo uma postura viciosa, causa dor de origem isquêmica, conduzindo a uma inflamação e, conseqüentemente, a uma incapacidade funcional. Podemos dizer então que fatores organizacionais que produzam estresse no profissional podem acarretar dores físicas e prejudicam sua saúde e bem-estar do trabalhador.

Segundo Dul e Weedmeester (2004), a postura é frequentemente determinada pela natureza da tarefa ou do posto de trabalho. As posturas prolongadas podem prejudicar os músculos e as articulações. Além disso, vários tipos de tarefas exigem movimentos do corpo todo, exercendo força. Com o tempo, acabam provocando dores. Os movimentos também podem exigir muita energia, provocando sobrecarga nos músculos, coração e pulmões.

Das doenças ocupacionais ocasionadas por más condições de trabalho e que podem levar à incapacitação para o trabalho, a mais latente e de alta recorrência na classe odontológica são as LER/DORT – Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. Os trabalhos mais recentes a respeito da LER/DORT em dentistas descrevem sintomas de dor e desconforto em diferentes regiões do corpo, principalmente no segmento superior e colocam os profissionais de odontologia entre os primeiros lugares em termos de afastamento do trabalho por incapacidade

temporária ou permanente, respondendo por cerca de 30% das causas de abandono prematuro da profissão (SANTOS FILHO e BARRETO, 2001).

Tavagliavini e Pol (1998) relatam uma investigação realizada em 1961 pela Associação Britânica de Dentistas. A pesquisa cobriu um terço de todos os cirurgiões-dentistas britânicos e, dentre eles, 55% eram portadores de dor muscular nas costas e em outras regiões, tais como: membros inferiores (30%), pescoço (23%), mãos (22%), membros superiores (16%), pés (16%) e tórax (12%).

Os problemas músculoesqueléticos são mais incidentes em determinadas categorias profissionais justamente por características específicas de cada ofício, que submetem mais o profissional aos riscos ocupacionais. O profissional da odontologia, sem dúvida alguma, representa uma dessas categorias, revelando um grande número de profissionais com dores nas costas, na maioria, resultantes de más posturas de trabalho, onde o profissional realiza todos os procedimentos, ou ainda, nos profissionais que apresentam longas jornadas de trabalho, sem pausas ou descansos devidos (URIARTE NETO, 1999).

Ohashi (2002), em seu estudo sobre o perfil do cirurgião-dentista, aplicou um extenso questionário em cirurgiões dentistas do município de São Paulo. Os dados colhidos referem-se ao posicionamento dos equipamentos durante o atendimento clínico, o posicionamento do profissional durante o atendimento, o trabalho com o auxiliar, jornada de trabalho, queixas relativas à saúde decorrentes da profissão, além de cuidados e atenção com a saúde geral. O autor verificou que 5,5% dos cirurgiões-dentistas eram canhotos e desses, 54% possuíam equipamentos para destros, ou seja, tiveram que se

adaptar para exercer suas atividades. A maioria dos profissionais trabalhava mais de 8 horas diárias e 5 ou mais vezes por semana. 31% dos cirurgiões-dentistas trabalhavam 10 horas por dia e 51% trabalhavam 6 vezes por semana, ou seja, a maioria dos cirurgiões-dentistas tem uma jornada de trabalho muito maior que a da população trabalhadora. 5% dos cirurgiões-dentistas possuíam compressores dentro da sala de atendimento e 95% não utilizavam nenhum tipo de protetor auricular durante o atendimento clínico, o que pode levar a problemas auditivos, tanto pelo barulho do compressor, como pelo barulho das canetas de alta e baixa rotação. 60% deles afirmaram praticar algum tipo de esporte. 74% afirmaram não realizar nenhum tipo de alongamento após o atendimento clínico e 60% alegaram sentir dores após um dia de trabalho, o que é um número relativamente elevado. 15,5% dos profissionais afirmaram ter adquirido alguma doença em decorrência da atividade odontológica. 20% dos cirurgiões-dentistas não possuíam secretária para trabalhos como o agendamento, atendimento ao cliente, lavagem de material e outras funções. Somente 35% dos profissionais trabalhavam a 4 mãos e, desse número, em apenas 54,2% dos casos os auxiliares haviam realizado cursos específicos para auxiliar.

As exigências organizacionais estão relacionadas ao modo de funcionamento ou de organização do trabalho que é imposto ao trabalhador. Essas exigências podem ocasionar transtornos físicos e principalmente transtornos psicológicos ao cirurgião-dentista, entre eles o estresse decorrente da atividade. Os sintomas do estresse incluem: modificação do humor, irritabilidade, cansaço por esgotamento, isolamento, distúrbio do sono, ansiedade, pesadelos com o trabalho, intolerância, descontrole emocional,

agressividade, tristeza, alcoolismo e absenteísmo. Estes sintomas podem vir acompanhados de alguns sintomas físicos, como: dores de cabeça ou no corpo, perda de apetite, mal estar geral, tonturas, náuseas, sudorese e taquicardia.

As condições organizacionais que podem levar ao estresse no trabalho do dentista têm a ver com o tipo de vínculo que o profissional mantém com o empregador (se possuir), remuneração, jornadas de trabalho, número de pacientes atendidos por turno de trabalho, presença/ausência de pausas, presença/ausência de um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

De acordo com a lei 3999, de 15 de dezembro de 1961 (BRASIL, 1961), que altera o salário mínimo dos médicos e dos cirurgiões-dentistas e que ainda está em vigor, esses profissionais devem ganhar, pelo menos, três salários mínimos para uma jornada de trabalho de até vinte horas semanais. De acordo com o art. 5º da lei:

*Fica fixado o salário-mínimo dos médicos em quantia igual a três vezes e dos auxiliares duas vezes mais o salário-mínimo comum em regiões ou sub-regiões em que exercem a profissão.*

Ainda dentro desta mesma lei, podemos encontrar no art. 8º:

*A duração normal do trabalho, salvo acordo escrito que não fira de modo algum o disposto no art. 12 será: a) para médicos, no mínimo de 2 (duas) horas e no máximo de 4 (quatro) horas diárias.*

E em seu art. 22 a mesma lei estabelece:

*As disposições desta lei são extensivas aos cirurgiões-dentistas, inclusive aos que trabalham em organizações sindicais.*

Segundo Santos Filho e Barreto (2001), a remuneração por assalariamento foi um dos aspectos observados entre os cirurgiões-dentistas que apresentaram mais queixas de dores associadas aos quadros de afecções músculo-esqueléticas. A baixa remuneração causa também uma insatisfação com o trabalho, que acentua as dores. A falta de uma boa remuneração ao dentista também pode causar neste profissional, quadros de estresse e ansiedade. Maslach e Leiter (1999) afirmam que o excesso de trabalho e a remuneração insuficiente estão entre as causas do desgaste físico e emocional do trabalhador.

Em geral, as empresas contratantes dos profissionais odontólogos ferem a lei 3999/61 (BRASIL, 1961), já citada, que estabelece um máximo de 4 horas de trabalho para o cirurgião-dentista. Esta carga horária diária visa proteger a saúde dos profissionais.

Santana *et al.*(1998) verificaram que a maior prevalência de profissionais com sintomatologia dolorosa em relação às horas de exercício profissional concentrou-se nos cirurgiões-dentistas que apresentavam uma jornada de trabalho diária de 8 horas.

Yoshida (2005) analisou a jornada de trabalho do cirurgião-dentista sob diferentes aspectos. Seu estudo, que foi realizado por meio de levantamento de publicações relacionados aos riscos e às doenças ocupacionais dos cirurgiões-dentistas bem como por meio de argumentos que fundamentam a jornada reduzida para outras atividades, chegou a conclusão de que a profissão do

cirurgião-dentista atende aos requisitos que autorizam a concessão do benefício de jornada reduzida legalizada pela Lei 3999/61. Essa jornada de trabalho reduzida somente é concedida para algumas categorias específicas que, em virtude das condições especiais de trabalho, são consideradas profissões penosas extenuantes. A autora mostra em seu estudo que a odontologia é uma profissão que permite um desgaste físico e psíquico do trabalhador e justifica, portanto, um tratamento diferenciado.

As pausas são necessárias para que o profissional se distraia das tensões, evitando o estresse; se alongue, para não forçar a musculatura e se recupere de todo o momento de concentração e tensão a qual esta submetido. De acordo com a lei 3999 (BRASIL, 1961), já citada, os profissionais devem ter uma pausa a cada noventa minutos de trabalho. Diz o art. 8º, parágrafo 1º:

*Para cada 90 (noventa) minutos de trabalho gozará o médico de um repouso de 10 (dez) minutos. (extensivo aos cirurgiões-dentistas pelo art 22).*

Com isso, todo profissional dentista contratado deveria ter uma pausa de dez minutos a cada noventa minutos de trabalho. Para o profissional liberal esta pausa também deveria ser obrigatória, já que estão comprovados os benefícios que a pausa pode trazer, principalmente para a visão e para os membros do corpo. Além disso, a pausa pode proporcionar um alongamento e relaxamento da musculatura do corpo, evitando problemas como a LER/DORT. De acordo com Frazão (2000), para evitar o desenvolvimento das LER/DORT, o cirurgião-dentista necessita reservar um pequeno intervalo entre as consultas para alongar e relaxar os músculos visando aliviar as tensões musculares do dia-a-dia clínico, inerentes à sua profissão.

BAÚ (2002, p.168-169) lista algumas recomendações que devem ser seguidas para evitar ou reduzir a fadiga muscular decorrente do trabalho, dentre elas:

- Distribuir o tempo de pausa durante a jornada de trabalho;
- Fazer paradas entre os atendimentos. Paradas curtas e freqüentes é melhor que uma única parada longa.
- Não é adequado forçar o trabalho nas primeiras horas da jornada, evitando as pausas, para ficar maior parte do tempo livre no final.

Segundo Santos Filho e Barreto (2001), dentre os fatores que têm sido associados aos quadros músculo-esqueléticos nos dentistas há componentes do processo de trabalho, aspectos da organização do trabalho e fatores psicossociais, tais como insuficiência de pausas, insatisfação no trabalho e remuneração por assalariamento. Esses foram os fatores observados entre os cirurgiões-dentistas que apresentaram uma maior freqüência de queixas de dores no sistema músculo-esquelético.

Um dos aspectos organizacionais que pode diminuir ou aliviar a carga de trabalho do cirurgião-dentista, evitando assim os problemas de saúde decorrentes do trabalho é a presença do auxiliar, que torna o trabalho mais prático e confortável para o dentista.

Segundo Chaves (1986), o auxiliar de consultório tem por função ajudar o dentista em todos os misteres do consultório, inclusive como instrumentador para intervenções na cavidade bucal. Para que o trabalho do dentista se desenvolva de forma mais prática, rápida e segura, proporcionando conforto para o profissional e seu paciente, é necessária a ajuda de um ACD.

De acordo com o art. 20 da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia (CFO, 2005), são atribuições da ACD, dentro do consultório dentário:

*Art. 20. Compete ao auxiliar de consultório dentário, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista ou do técnico em higiene dental:*

- a) orientar os pacientes sobre higiene bucal;*
- b) marcar consultas;*
- c) preencher e anotar fichas clínicas;*
- d) manter em ordem arquivo e fichário;*
- e) controlar o movimento financeiro;*
- f) revelar e montar radiografias intra-orais;*
- g) preparar o paciente para o atendimento;*
- h) auxiliar no atendimento ao paciente;*
- i) instrumentar o cirurgião-dentista e o técnico em higiene dental junto à cadeira operatória;*
- j) promover isolamento do campo operatório;*
- l) manipular materiais de uso odontológico;*
- m) selecionar moldeiras;*
- n) confeccionar modelos em gesso;*
- o) aplicar métodos preventivos para controle da cárie dental;*
- p) proceder à conservação e à manutenção do equipamento odontológico; e,*
- q) realizar lavagem, desinfecção e esterilização do instrumental e do consultório.*

Chaves (1986) sistematizou as atribuições dos ACD e apresentou o seguinte esquema de atividades:

**Atividade administrativa**

- *Função recepcionista*
- *Função secretária*

**Atividade clínica**

- *Função instrumentadora*
- *Função manipuladora*

As principais tarefas desempenhadas na função administrativa são as relacionadas com a administração financeira, com o controle de material, com a organização do consultório e com sistema de comunicações.

A atividade clínica seria considerada o conjunto de tarefas relacionadas com a assistência ao dentista durante o atendimento do paciente, envolvendo o preparo do paciente, material e instrumental, a manipulação do material restaurador, a preparação para a moldagem e a instrumentação.

Um auxiliar bem treinado permite um aumento apreciável da produtividade do dentista (CHAVES, 1986). De acordo com Pinto (2000) os cursos de treinamento dos ACD têm duração variável entre 200 e 400 horas, conforme a sua profundidade, encurtando-se o tempo inicial no sistema de ensino modulado. No entanto, o treinamento normalmente é dado pelo próprio profissional em sua clínica privada ou serviço.

O “trabalho a 4 mãos”, de acordo com Finkbeiner (2000), abrange um conceito de trabalho em conjunto por uma habilidade individual precisa dentro de padrões ergonomicamente delineados com o intuito de promover produtividade da equipe odontológica, qualidade nos cuidados com o paciente,

ao mesmo tempo que busca o bem-estar dos profissionais que compõem o grupo. O “trabalho a 4 mãos” não se configura na simples transferência de instrumental de um profissional para outro e nem um aumento substancial de velocidade de atendimento. Mais do que isso, esse sistema é o caminho para um trabalho inteligente e eficiente.

Orenha, Eleutério e Saliba (1998) realizaram um estudo no qual avaliaram a atuação dos auxiliares odontológicos junto aos cirurgiões-dentistas que integram o Serviço Público Odontológico de Araçatuba - SP. Neste serviço, parte dos cirurgiões-dentistas trabalha com auxiliar, e outra não. Por meio de entrevistas e de consultas aos mapas de produção, foram analisadas as condições de trabalho e produtividade, considerando-se apenas os procedimentos básicos. A produtividade média dos grupos com e sem auxiliar foi de 2,46 e 1,16 procedimentos/hora, respectivamente, sendo a diferença estatisticamente significativa. O grupo que trabalhava com auxiliar apresentou produtividade 112% maior que o grupo que trabalhava sem auxiliar. Segundo os autores, a utilização de pessoal auxiliar contribuiu para aumentar a produtividade e sua utilização nas escolas públicas do município aumentaria os cuidados preventivos, diminuindo as necessidades de tratamentos curativos.

Finkbeiner (2000) afirma que, para muitos cirurgiões-dentistas e assistentes, é rotina afirmar que executam o “trabalho a 4 mãos”. No entanto, os relatos de estresse físicos são evidentes, devido à utilização inadequada de equipamentos e técnicas, pois há desconhecimento dos conceitos básicos do “trabalho a 4 mãos”. Os dentistas podem, ainda, serem observados realizando torções e virando-se para alcançar instrumentos do seu lado. Se o assistente não está repondo constantemente todo o instrumental necessário e/ou os

equipamentos não estão ao alcance do assistente, o verdadeiro “trabalho a 4 mãos” não está sendo praticado.

De acordo com a demanda de clientela o cirurgião-dentista pode utilizar um auxiliar polivalente ou vários, com atividades diversificadas. Atualmente, a idéia da “odontologia a quatro mãos” vem ganhando terreno. Nessa modalidade de trabalho, o profissional e o auxiliar trabalham sentados ao lado da cadeira operatória. Para que essa modalidade possa ocorrer, o auxiliar deve ser fixo. Podem ocorrer situações onde haja necessidade de usar uma equipe fixa e outra móvel, constituída de auxiliares, para atividades clínicas, além de recepcionista e secretária (FINKBEINER, 2000).

Segundo Finkbeiner (2000), em grande número de serviços na América Latina o dentista trabalha só. Naqueles em que existe auxiliar, é muito comum que ele só desempenhe funções de um auxiliar móvel. É importante que uma auxiliar de consultório numa unidade sanitária seja especializada; auxiliares que atuem ora na clínica odontológica, ora na clínica médica, que se revezem e passem poucos dias de vez em quando no consultório dentário, não terão tempo para adquirir prática e ser realmente úteis ao dentista.

Um dos fatores que atuam na prevenção de problemas musculares é a prática de se trabalhar a quatro mãos, além de uma praticidade no atendimento e aumento da produção. Isso significa trabalhar com o auxílio constante de pessoal auxiliar.

Um estudo realizado por Saliba *et al.* (1998) sobre trabalho odontológico auxiliado, em serviços públicos e particulares, comprovou que, apesar dos profissionais trabalharem em posições ergonomicamente corretas, eles ainda não aprenderam a trabalhar com auxiliares, mantendo o monopólio de

atividades e funções que poderiam e deveriam ser delegadas. Isso pode diminuir a produtividade e aumentar a carga de trabalho para o cirurgião-dentista.

Michelin e Loureiro (2000) avaliaram o perfil epidemiológico dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, tendo como causa condições incorretas de trabalho, associadas ao estresse, em cirurgiões-dentistas que compõem o corpo docente da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo – RS. Os resultados desse trabalho revelaram alta prevalência de distúrbios osteomusculares e evidenciaram a estreita relação entre os distúrbios que acometem os profissionais e suas rotinas de atividades.

### 1.3 RELAÇÃO DENTISTA-PACIENTE

O profissional de saúde em condições de trabalho diferentes apresenta diferentes tipos de relação com seu paciente. De acordo com Maldonado e Canella (2003), na clínica privada, quanto mais se trabalha mais se ganha: quanto maior o número de clientes atendidos, maiores os honorários. Na instituição, a situação se inverte: como o salário é fixo, quanto mais se trabalha, menos se ganha, e a defesa natural do médico é, obviamente, trabalhar o menos possível para se sentir ganhando mais. Não é difícil imaginar o quanto isto prejudica o relacionamento médico-cliente, o mesmo deve acontecer na relação dentista-cliente.

Quando o profissional da saúde ou o cliente está insatisfeito com a empresa ou instituição onde trabalha ou é atendido, isto pode comprometer,

negativamente, a relação. Segundo Maldonado e Canella (2003), o descontentamento de profissionais e de clientes com a instituição repercute inevitavelmente no relacionamento entre eles. Embora, por vezes, eles se aliem contra a instituição, o mais comum é o cliente se desentender com o profissional por vê-lo como legítimo representante da instituição e o profissional reclamar da clientela que representa o fruto da precária condição de trabalho que lhe é oferecida.

Cruz *et al.* (1997) descrevem a relação dentista-cliente como complexa, salientando o fato de a imagem do dentista estar associada ao medo e à dor. Segundo Wolf (2000), o principal motivo de afastamento do sujeito do consultório odontológico é o medo de sentir dor. Além disso, trazem sempre uma série de recomendações, descrevendo um modelo de dentista ideal, como aquele que é calmo, paciente e com boa capacidade de informação e comunicação. No entanto, ao descrever o modelo ideal, muitas vezes se esquecem de que o estado do dentista e suas possibilidades de agir de acordo com o modelo dependem também das condições físicas e organizacionais a que ele está submetido.

Ainda existe outro agravante que pode prejudicar a relação. Devido à própria formação do dentista, embasada no modelo biomédico, este apresenta uma concepção mecanicista do organismo humano, o que leva a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia odontológica, à manipulação técnica. A formação dos profissionais da saúde como um todo, inclusive do odontólogo, está baseada no modelo biomédico, que vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e

psicologicamente perfeitas, mas que tem, ou terá, problemas, que só especialistas podem constatar e tratar.

É neste contexto que a odontologia moderna se insere. O cirurgião-dentista é considerado um destes “especialistas” que está apto a “consertar” uma peça do homem-máquina: a cavidade oral. A relação dentista-paciente como uma relação social, humana, não é enfatizada, para o acadêmico da odontologia.

Há, de certa forma, segundo Koifman (2001), um consenso quanto à insatisfação no atendimento da população e quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica (e odontológica). Essa insatisfação é proveniente do tipo de relação que existe entre o médico (ou odontólogo) e seu paciente. Essa relação é muitas vezes moldada na formação do profissional. O médico (ou odontólogo) se considera o “dono do saber” e muitas vezes não escuta o que o paciente tem a dizer. Pois este é considerado apenas como o “dono do corpo”. Isto leva a um distanciamento entre o profissional e seu paciente.

Sabemos que o médico atende melhor quando aprende a olhar o cliente como pessoa, em vez de tratá-lo como um órgão doente (MALDONADO e CANELLA, 2003). Da mesma forma, ocorre com os cirurgiões-dentistas. Como a odontologia é uma profissão que exige muita técnica e precisão, o que leva, muitas vezes, o dentista a direcionar sua atenção às doenças bucais, às vezes este esquece a importância do processo inter-relacional que envolve profissional-paciente (GARCIA, 2004).

O que se pretende hoje é uma transformação do atendimento odontológico que, segundo Garcia (2004), visa a mudança do tecnicismo, o

automatismo e as mais modernas tecnologias em uma odontologia mais humana, mais centrada no indivíduo visto integralmente, e não apenas tratar o paciente como um problema bucal, como se este pudesse ser isolado e individualizado do corpo.

O que se preconiza atualmente é que o profissional não pode separar a saúde, inserida em um contexto biológico, de outros contextos, o social e o psicológico, no qual estão inseridos emoções sentidas e vividas pelos pacientes.

Em resumo, a relação dentista-paciente sofre influências das condições de trabalho e das condições culturais proporcionadas pela formação do profissional, moldadas pelo modelo biomédico, o que contribui para diminuir a humanização do atendimento.

No consultório particular, o cirurgião-dentista tem o interesse em fidelizar o paciente e organiza seu trabalho de acordo com seu interesse e satisfação do seu paciente. Apesar de estar preocupado com uma maior produção, sua prioridade é o paciente. Nos planos de saúde bucal, o cirurgião-dentista não possui interesse de fidelizar o paciente, o que pode levar a um certo descaso na relação dentista-paciente. Além disso, as regras impostas ao profissional nos convênios, visando uma maior produtividade, influenciam, muitas vezes de forma negativa, a relação do profissional com o paciente.

#### 1.4 PREVENÇÃO

A ergonomia tem se mostrado eficaz na avaliação dos possíveis riscos e agravos à saúde do trabalhador. Uma análise ergonômica é um instrumento

valioso para uma visão geral das condições de trabalho, já que se propõe a analisar as condições de trabalho a fim de

“... modificar os sistemas de trabalho para adequar a atividade neles existentes às características, habilidades e limitações das pessoas com vistas ao seu desempenho eficiente, confortável e seguro” (ABERGO, 2000).

A ergonomia tem contribuído para solucionar um grande número de problemas sociais relacionados com a saúde, segurança, conforto e eficiência em várias atividades profissionais (DUL e WEERDMEESTER, 2004). A adequação dos ambientes de trabalho proposta pela ergonomia pode ser vista como uma prevenção primária tanto em nível de saúde ocupacional como de eficiência produtiva. A inobservância desta adequação dos ambientes físico, cognitivo e organizacional, pode levar, além de uma baixa da produção e da qualidade dos serviços prestados, ao aparecimento das doenças ocupacionais.

A biossegurança também atua de forma positiva para a diminuição das doenças ocupacionais. Segundo Guandalini (1997), biossegurança em odontologia é definida como sendo um conjunto de medidas preventivas que envolvem a desinfecção do ambiente, a esterilização do instrumental e o uso EPI, pelo profissional e equipe. É de grande importância a observação das normas de biossegurança dentro do consultório odontológico, além do uso dos EPI, que para o dentista e pessoal auxiliar constituem-se de luvas, que devem ser trocadas a cada paciente; máscara descartável com filtro, no mínimo um filtro duplo; óculos de proteção, que deve ser usado também pelo paciente; avental limpo; gorro, principalmente em procedimentos cirúrgicos; e, preferencialmente, um protetor auricular.

A observação das normas de ergonomia, biossegurança e o uso adequado dos equipamentos de proteção individual reduzem o nível de doenças e acidentes no trabalho.

## 1.5 OBJETIVOS DO TRABALHO

Em resumo, o cirurgião-dentista, em seu ambiente de trabalho, como vimos, está exposto a vários riscos e agravos à sua saúde. A avaliação das condições de trabalho desse profissional pode detectar os pontos críticos da atividade e desenvolver métodos para proporcionar ao profissional um maior conforto, segurança, saúde e qualidade de vida. Os principais riscos aos quais os profissionais da área estão expostos no seu dia a dia podem ser divididos em dois grandes grupos, aqueles decorrentes dos aspectos físicos do ambiente, mobiliário, equipamentos e materiais utilizados e aqueles decorrentes das condições organizacionais do trabalho.

No primeiro grupo pode-se citar como importantes:

níveis de temperatura

vibração

ruído

iluminação

posição do mobiliário

planejamento do espaço

manuseio e contato com substâncias tóxicas

exposição a contaminações biológicas

No segundo grupo temos:

concentração de movimentos numa mesma pessoa

muitas horas de trabalho

turnos dobrados

ritmo acelerado de trabalho

ausência de pausas

pressão da chefia

pressão dos pacientes

força excessiva

alta repetitividade de um mesmo padrão de movimentos

posturas incorretas

posturas estáticas

falta de condicionamento físico

pressão excessiva para aumentar a produção

ambiente de trabalho tenso

problemas de relacionamento interpessoal

rigidez excessiva no sistema de trabalho

além de medo, ansiedade, angústia, afetividade e motivação.

A identificação do grau de exigência do trabalho dos dentistas parece ser importante para uma correta avaliação de sua carga de trabalho, bem como da qualidade do atendimento prestado. As características físicas e organizacionais das funções dos dentistas em seus consultórios particulares e os que trabalham em convênios devem diferir, principalmente no que se refere aos fatores organizacionais. A partir daí, pode-se supor diferenças importantes

tanto no estado do dentista durante seus atendimentos, quanto na sua relação com os clientes.

Assim, o objetivo deste trabalho é analisar as condições organizacionais de trabalho de um grupo de cirurgiões dentistas da cidade de Fortaleza através de observações e entrevistas com os profissionais. Serão investigadas as diferenças entre algumas das condições físicas de trabalho em consultórios particulares e consultórios de convênios, tais como o espaço físico, acesso, mobiliário, arranjo dos equipamentos e sua manutenção. Essa investigação propiciará uma melhor caracterização do ambiente de trabalho, servindo de embasamento para a avaliação das condições organizacionais dos dentistas, quando estes atendem particularmente ou pelos convênios, que é o objetivo primordial desta pesquisa.

## 2 MÉTODO

### 2.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa configura-se como exploratória pelo fato de o tema ser ainda pouco explorado e pela relativa escassez de literatura sobre o tema específico – convênios odontológicos. Segundo Malhotra (2001), o principal objetivo da pesquisa exploratória é prover a compreensão do problema enfrentado pelo pesquisador.

Foi utilizada no estudo uma abordagem predominantemente qualitativa pela maior preocupação com o aprofundamento e abrangência da compreensão das ações e relações humanas (BASTOS, 2004).

### 2.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, Ceará, em consultórios de convênios e em consultórios particulares, situados ou não em clínicas odontológicas. Um dos requisitos para a escolha dos planos de saúde bucal foi que estivessem inscritos no Conselho Regional de Odontologia do Ceará (CRO-Ce).

A escolha dos convênios odontológicos foi realizada por critérios intencionais, levando-se em conta a disponibilidade do convênio odontológico e a presença de profissionais com características compatíveis com as exigências do estudo.

Os convênios estudados foram aqui denominados de X e Y, W, K e Z. X e Y são planos de saúde bucal no quais os cirurgiões-dentistas trabalham em consultórios pertencentes a estas empresas, enquanto os convênios W, K e Z são convênios, nos quais os cirurgiões-dentistas atendem os associados em seus próprios consultórios (ver tabela XY).

Quadro 2: Características dos planos de saúde bucal ao qual pertencem os consultórios observados

CONVÊNIO	Tipo de Atendimento
Y	CD no consultório da empresa
X	CD no consultório da empresa
W	CD no próprio consultório
K	CD no próprio consultório
Z	CD no próprio consultório

### 2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para participantes do estudo foram escolhidos cirurgiões-dentistas que exercessem suas atividades profissionais:

1. em consultórios particulares atendendo tanto pacientes de convênios odontológicos como pacientes particulares e
2. em consultórios pertencentes aos convênios odontológicos atendendo pacientes do próprio convênio.

Foram escolhidos, de acordo com a disponibilidade e aceitação dos cirurgiões-dentistas, seis participantes, sendo que dois destes trabalham em seus próprios consultórios odontológicos e os outros quatro trabalham em empresas que oferecem planos de saúde bucal. Desses quatro cirurgiões-dentistas, dois trabalham como clínicos e dois trabalham como especialistas. Essa divisão ocorreu devido ao fato de, durante as primeiras entrevistas,

termos constatado que havia diferenças organizacionais de trabalho entre esses modelos de atendimento.

#### 2.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados de duas formas: observações e entrevistas semi-estruturadas. Os dados que foram coletados por observação se referem basicamente às condições físicas dos consultórios dos participantes. Os dados que foram coletados através da entrevista semi-estruturada se referem, de forma geral, às condições organizacionais dos modelos de atendimento em questão. Essas duas condições – físicas e organizacionais - estão intrinsecamente relacionadas, não sendo possível dissociá-las por completo.

Os dados colhidos nas observações tiveram como base um roteiro pré-estabelecido. Os dados obtidos nas entrevistas com os cirurgiões-dentistas tiveram como base a abordagem de alguns pontos específicos a respeito da rotina de trabalho destes profissionais, até que fossem relatados por eles todos os aspectos de interesse para este estudo (critério da exaustão).

### 2.4.1 Observações

Inicialmente foi realizada uma observação direta do ambiente físico dos consultórios, onde foram analisados alguns pontos pré-estabelecidos, de acordo com um roteiro de observação (Anexo 1). O intuito da observação foi de conhecer, principalmente, as condições físicas a que estão submetidos os cirurgiões-dentistas. Os pontos observados foram: acessibilidade do consultório/clínica; aparência geral da sala de espera e do consultório; iluminação; ruído; temperatura; presença/ausência e estado geral dos equipamentos mais utilizados; disposição dos equipamentos e mobília; materiais; e presença/ausência da ACD. A observação teve um caráter subjetivo, não sendo utilizado nenhum tipo de instrumento específico para medir, por exemplo, temperatura, ruído e iluminação.

Foram realizadas quatro observações, sendo duas em consultórios particulares, em que os dentistas atendiam pacientes particulares e pacientes dos convênios K, W e Z e duas observações em consultórios de convênios odontológicos, em que os dentistas atendiam pacientes destes convênios nas dependências pertencentes à empresa de convênios X e Y. Dentro dos consultórios de convênio não há diferenças entre consultórios de clínicos ou de especialistas, por isso não houve a separação entre as observações destes dois subgrupos. A observação foi realizada em horários em que não estavam sendo realizados atendimentos clínicos.

Os dados obtidos através da observação direta foram importantes, principalmente, para a complementação das informações obtidas através das entrevistas.

#### 2.4.2 Entrevistas

Após a observação direta dos consultórios nos quais trabalhavam os cirurgiões-dentistas que seriam entrevistados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com estes profissionais, abordando temas relacionados ao tipo de organização e funcionamento do atendimento, além do tipo de relacionamento que este mantém com seu paciente e seus auxiliares.

As entrevistas foram realizadas com seis cirurgiões-dentistas, sendo que dois destes trabalham em seus próprios consultórios odontológicos e os outros quatro trabalham em empresas que oferecem planos de saúde bucal. Desses quatro cirurgiões-dentistas, dois trabalham como clínicos e dois trabalham como especialistas.

O quadro 3 resume as principais características dos entrevistados em relação aos objetivos da pesquisa.

Quadro 03 - Características dos cirurgiões-dentistas entrevistados

ENTREVISTADO	SEXO	TEMPO DE PROFISSÃO	LOCAL DE TRABALHO
A	Feminino	14 anos	Consultório particular
B	Feminino	9 anos	Consultório particular
C	Feminino	6 anos	Convênio – clínico
D	Feminino	2 anos	Convênio – clínico
E	Masculino	8 anos	Convênio – especialista
F	Feminino	9 anos	Convênio - especialista

Durante a entrevista, que teve como pergunta norteadora: “Como se dá o exercício de sua atividade profissional, em relação à organização do trabalho?”, foram abordados alguns temas principais, dentre eles: o tipo de vínculo empregatício, a remuneração, a presença/ausência de pausas nos turnos de trabalho, carga horária, tempo de consulta, quantidade de pacientes atendidos por turno de trabalho, presença/ausência de ACD e de trabalho a quatro mãos, relação com o paciente e pontos positivos e negativos de cada modelo de atendimento.

A entrevista teve o objetivo de avaliar as condições organizacionais a que estavam submetidos os dentistas, esclarecendo aspectos da rotina de trabalho que diferenciam o atendimento particular do atendimento conveniado e, principalmente, captar as opiniões e sentimentos dos cirurgiões dentistas quanto ao seu trabalho e a forma de atendimento (se particular ou conveniado).

Foi perguntado aos participantes se as entrevistas poderiam ser gravadas, todos concordaram com a gravação. As entrevistas gravadas foram transcritas e analisadas qualitativamente, utilizando-se a metodologia proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000): Discurso do Sujeito Coletivo.

## 2.5 PRECEITOS ÉTICOS

Houve o encaminhamento do protocolo de pesquisa para a Comissão de Ética, obedecendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos aprovadas pelo Conselho Nacional de saúde, Resolução no 196/1996. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará – CEP – UECE – em 30 de dezembro de 2004.

Aos cirurgiões-dentistas que participaram das entrevistas foi dado, em duas vias – do entrevistador e do entrevistado - um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) que esclarecia ao entrevistado o objetivo, as regras, os riscos e benefícios da pesquisa. Depois de lido e compreendido, o entrevistado assinou as duas vias, ficando em poder de uma e devolvendo a outra ao entrevistador. O termo será mantido em arquivo durante pelo menos cinco anos. Todos os entrevistados envolvidos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi escolhido o discurso do sujeito coletivo que é uma proposta que implica na utilização de quatro figuras metodológicas: ancoragem, idéia central, expressões-chaves e discurso do sujeito coletivo, elaboradas para ajudar a organizar e tabular os depoimentos e demais

discursos, condição prévia que parece indispensável para uma boa análise e interpretação desses depoimentos (LEFÈVRE *et al.*, 2000).

As figuras metodológicas utilizadas no discurso do sujeito coletivo (ancoragem, idéia-central, expressões-chaves e discurso do sujeito coletivo) constituíram-se nos principais passos seguidos para a realização desta análise.

De forma mais detalhada, são elas:

1. Ancorem: os principais pressupostos, teorias, conceitos ou hipóteses, originários da cultura, percebidos a partir de traços lingüísticos explicitados pelos participantes e, portanto, internalizados por ele.
2. Idéia Central: a(s) afirmação(ões) que permite(m) traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos participantes em seus depoimentos.
3. Expressões-chave: constituídas por transcrições literais de partes dos depoimentos que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento.
4. Discurso do Sujeito Coletivo: reconstrução, através dos discursos individuais, de discursos-síntese que expressem a representação social do fenômeno em questão.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 CONDIÇÕES FÍSICAS DE TRABALHO

Foram realizadas quatro observações. As duas primeiras observações (observação 1 e observação 2) referem-se às clínicas dos convênios de saúde bucal. As duas observações seguintes (observação 3 e observação 4) referem-se às clínicas onde estão localizados os consultórios particulares.

##### *Observação 1: convênio X*

Os consultórios da observação 1 situam-se em uma clínica de fácil acessibilidade e de aspecto razoavelmente agradável e localização periférica, mas que garante um bom acesso a grande parte do seu público. Não possui estacionamento próprio, possuindo vagas para apenas dois automóveis, ficando os outros automóveis na rua na qual está localizado. Não existe um responsável pela segurança da clínica.

Existe uma sala de espera relativamente grande, com ar-condicionado e TV. Possui aspecto e decoração discretos. As cadeiras são confortáveis. O ambiente é agradável. Existe uma urna onde é solicitado aos pacientes sugestões e opiniões acerca do consultório, atendimento e profissionais, o que demonstra a intenção de melhoria desses aspectos.

Existe um banheiro próprio da clínica, relativamente limpo e com aspecto agradável.

A clínica possui sete consultórios não uniformes, diferindo no tamanho, posição dos equipamentos, da mesa para anotações, dentre outros aspectos.

Os dois primeiros consultórios apresentam-se com aspecto relativamente desagradável, com uma grande mancha (bolor) na parede do fundo da sala. A parede é de cor branca. A temperatura é agradável, mantida através de ar condicionado.

Alguns consultórios são de tamanho adequado e bem projetados, a não ser pelo fato da saboneteira estar em uma posição muito rebaixada (abaixo da cortina) o que dificulta o acesso dos dentistas quando têm que lavar as mãos. O tamanho do consultório permite facilidade de acesso dos diversos equipamentos utilizados durante o procedimento, mas dificulta a presença de outra pessoa no local, inclusive de um possível acompanhante do paciente. Em outros consultórios, o tamanho é relativamente grande, o que facilita o trânsito das atendentes ou a presença de uma companhia para o paciente, principalmente se este for criança, mas dificulta o acesso aos equipamentos e materiais.

A iluminação varia de um consultório para outro. Em alguns, a iluminação é boa, em outros não. Em alguns turnos, a clínica não está com os sete consultórios preenchidos, o que permite ao profissional escolher qual consultório ele prefere trabalhar. Em outros turnos, não. Existem duas lâmpadas fluorescentes, mas em alguns consultórios só uma funciona. Quase todos os consultórios possuem janelas, o que permite a entrada de luz solar no ambiente, que pode ser regulada pela cortina existente nas janelas.

Todos os consultórios possuem duas pias, tal qual é recomendado pela vigilância sanitária: uma para limpeza dos materiais e outra para limpeza das

mãos, sendo uma dentro do consultório (para lavar as mãos) e outra no apoio (para lavar o material). A pia para lavagem do material pode estar situada dentro ou fora do consultório odontológico. O importante é que seja específica para a função, pois na pia em que há a lavagem de material há uma maior contaminação, não sendo apropriada a lavagem das mãos para não contaminá-las, já que a função é deixar as mãos livres de contaminação para atender o próximo paciente. Nos consultórios particulares as duas pias ficam dentro do consultório, mas com funções distintas: uma somente para a lavagem das mãos e outra somente para a lavagem do instrumental.

Como os consultórios são muito próximos e separados apenas por uma meia parede o nível de ruído é elevado, principalmente quando todos os sete consultórios estão funcionando. Além disso, ainda existe o ruído das canetas de alta e baixa rotação e do ar-condicionado do próprio consultório.

A cadeira odontológica é gasta, mas funciona bem e é totalmente regulável, sendo que em alguns consultórios a cadeira é mais moderna. O mocho apresenta boa regulagem e que permite uma boa adaptação do profissional. A iluminação para a realização dos procedimentos é satisfatória em alguns consultórios, mas em outros, não, pois o foco, em algumas cadeiras odontológicas não está em condições ideais de funcionamento.

Alguns equipamentos ficam próximos ao local de atendimento, o que facilita o seu uso por parte do profissional. No entanto, a atendente nem sempre ajuda na hora do manuseio destes equipamentos. Como não existe todos os equipamentos em todos os consultórios, às vezes o profissional necessita de um equipamento que está sendo utilizado por outro profissional, então ele tem que esperar que o colega acabe o procedimento para que

somente depois a ACD possa levar o equipamento até ele. Os equipamentos existentes para o procedimento odontológico não estão presentes em todos os consultórios, havendo apenas um exemplar de cada um deles, exceto a cadeira odontológica e as canetas de alta e baixa rotação. Esses equipamentos são estufa; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; prof (aparelho utilizado para remoção de tártaro e manchas); negatoscópio, câmara reveladora e aparelho de Rx. A utilização desses equipamentos é compartilhada. O amalgamador se localiza dentro de um dos consultórios, que é prejudicado pelo constante barulho feito pelo aparelho. O fotopolimerizador é levado pelo ACD quando o cirurgião-dentista necessita utilizá-lo. Os prof se localizam nos consultórios em que são realizadas perícias. O negatoscópio e a câmara reveladora se localizam fora dos consultórios. O aparelho de Rx está situado dentro de um dos consultórios e o dentista se desloca para realizar uma tomada radiográfica. Tanto o consultório onde se localiza o aparelho de Rx como o consultório vizinho não possui paredes de chumbo, necessárias para evitar que as pessoas que estão próximas do aparelho durante a tomada radiográfica não sejam expostas à radiação.

Os profissionais contam com a ajuda de uma atendente, mas não realizam o trabalho a quatro mãos, sendo esta apenas para lhe trazer e retirar o material necessário para o atendimento do paciente.

#### *Observação 2: convênio Y*

Os consultórios situam-se em uma clínica de fácil acessibilidade e de aspecto bastante agradável, tendo um bonito jardim na parte da frente. A

localização é central, o que garante um bom acesso a grande parte do seu público. Possui estacionamento próprio, mas não existe um responsável pela segurança dos carros na clínica.

A clínica é formada por duas partes principais: de um lado ficam os consultórios e, do outro, a parte administrativa do plano de saúde bucal.

A sala de espera é relativamente grande, com ar-condicionado, TV e revistas. Possui aspecto e decoração discretos. As cadeiras são confortáveis. O ambiente é agradável. Assim como a clínica da observação 1, existe uma urna onde é solicitado aos pacientes sugestões e opiniões acerca do consultório, atendimento e profissionais e um banheiro próprio da clínica, que se apresenta relativamente limpo e com aspecto agradável.

A clínica possui cerca de cinco consultórios não uniformes, diferindo no tamanho, posição dos equipamentos e da mesa para anotações, dentre outros aspectos.

Três consultórios possuem apenas uma cadeira e eles são relativamente padronizados. Em um quarto consultório existem duas cadeiras sem qualquer divisão, onde dois dentistas atendem seus pacientes concomitantemente, o que tira um pouco da privacidade tanto do profissional como do paciente. A parede é de cor verde, e o consultório apresenta uma temperatura agradável.

O tamanho dos consultórios é relativamente bom, visto que cada profissional possui sua própria ACD, todos os equipamentos são trazidos por ela e permitem livre trânsito e presença de outras pessoas.

A iluminação varia de um consultório para outro, mas normalmente é boa. O estado de conservação dos equipamentos e mobiliário parece bom. Os

consultórios não apresentam janelas, o que não permite a entrada de luz solar no ambiente. Cada consultório possui duas pias.

No consultório com duas cadeiras o nível do ruído é elevado, principalmente quando todos os consultórios estão funcionando, pois existe o ruído das canetas de alta e baixa rotação e do ar-condicionado do próprio consultório.

As cadeiras odontológicas são relativamente novas e funcionam bem, sendo totalmente reguláveis. Em alguns consultórios a cadeira é mais moderna. Os mochos apresentam boa regulagem e permitem uma boa adaptação do profissional. A iluminação para a realização do procedimento é satisfatória.

Alguns equipamentos ficam próximos ao local de atendimento. Se o equipamento não estiver disponível no momento, a ACD traz para o dentista rapidamente. Como nos consultórios não há todos os equipamentos, às vezes o profissional necessita de um equipamento que está sendo utilizado por outro profissional, então ele tem que esperar que o colega acabe o procedimento para que somente depois a ACD possa levar o equipamento até ele. Os equipamentos existentes para o procedimento odontológico são as canetas de alta e baixa rotação e a cadeira odontológica, em cada consultório e aparelho de RX, situado em um consultório à parte; estufa; autoclave; amalgamador, localizado dentro de um consultório que é prejudicado pelo constante barulho feito pelo aparelho fotopolimerizador, levado pela ACD quando necessário; prof; negatoscópio e câmara reveladora.

O profissional conta com a ajuda de uma atendente, mas não realiza o trabalho a quatro mãos, sendo esta apenas para lhe trazer e retirar o material necessário para o atendimento do paciente.

### *Observação 3: Consultório particular*

O consultório situa-se em clínica de fácil acessibilidade e de aspecto agradável. Possui estacionamento e existe uma pessoa encarregada para realizar a segurança do local. A atendente mostrou-se bastante simpática e prestativa.

O consultório apresenta-se com aspecto limpo e agradável, de cor verde clara e com uma decoração discreta.

O tamanho é adequado, não sendo tão grande, que dificulte o acesso aos diversos equipamentos utilizados durante o procedimento, nem tão pequeno, que dificulte o trânsito das pessoas dentro do consultório.

A iluminação é boa, apesar de não possuir janelas. Possui duas pias. O material é adequadamente esterilizado. É utilizado o álcool a 70% para desinfecção dos equipamentos.

Não existe ruído externo, nem mesmo de consultórios vizinhos. O ruído é apenas das canetas de alta e baixa rotação do próprio consultório.

A temperatura é agradável. Faz-se uso do ar-condicionado e o paciente pode escolher, dentro do consultório, se quer ouvir música ou assistir a TV.

A cadeira odontológica é relativamente nova e funciona bem. Apresenta boa regulagem, que permite boa adaptação do profissional. A iluminação para a realização dos procedimentos é satisfatória.

Os equipamentos ficam próximos ao local de atendimento. A atendente ajuda na hora do manuseio destes equipamentos. Os equipamentos existentes para o procedimento odontológico são: canetas de alta e baixa rotação, cadeira odontológica, aparelho de RX, estufa, amalgamador, fotopolimerizador, prof, negatoscópio e câmara reveladora.

O material é de boa qualidade. São utilizados os equipamentos de proteção individual e são tomados os devidos cuidados exigidos na biossegurança.

O profissional conta com a ajuda de uma atendente e realiza o trabalho a quatro mãos.

#### *Observação 4: consultório particular*

O consultório situa-se em um prédio de fácil acessibilidade e de aspecto agradável e localização central. Possui estacionamento próprio. A responsável pela segurança do prédio, mostrou-se bastante atenciosa.

Existe uma sala de espera própria, com aspecto e decoração discretos. O sofá é confortável e a sala ainda apresenta atrativos para distrair o paciente como televisão e revistas atuais. O ambiente é agradável. Existe a urna onde é solicitado aos pacientes sugestões e opiniões acerca do consultório, atendimento e profissionais.

O consultório apresenta-se com aspecto limpo e agradável, de cores claras (branco e verde clara), com uma decoração discreta, temperatura agradável e cheiro suave. Existe um banheiro próprio, limpo e com aspecto agradável.

O tamanho do consultório é relativamente grande, mas muito bem projetado, o que permite facilidade de acesso dos diversos equipamentos utilizados durante o procedimento e um bom trânsito das pessoas dentro do consultório, além de permitir que o paciente entre com algum acompanhante sem deixar o consultório apertado.

A iluminação é boa. São utilizadas lâmpadas fluorescentes, o que fornece uma iluminação adequada dentro do consultório. Além disso, o consultório possui uma janela grande e duas pias.

O material é adequadamente esterilizado, utilizando álcool a 70% para desinfecção dos equipamentos. Existe também uma enorme quantidade de material descartável que é utilizado para proteger o instrumental, e que é trocado a cada paciente.

Não existe ruído externo, nem mesmo de consultórios vizinhos. O ruído é apenas das canetas de alta e baixa rotação e do ar-condicionado do próprio consultório.

A temperatura é agradável. Faz-se uso do ar-condicionado e o paciente pode, se quiser, ouvir música.

A cadeira odontológica é nova, funciona bem e é totalmente regulável. O encosto é maior, o que permite uma boa adaptação das costas do profissional. A cadeira do paciente apresenta boa regulagem, que permite também uma boa adaptação do profissional. Essa cadeira também é maior, o que permite um maior conforto para os pacientes, principalmente os mais gordos, mas aumenta a distância do profissional ao campo de trabalho. A iluminação para a realização dos procedimentos é satisfatória.

Os equipamentos ficam próximos ao local de atendimento. A atendente ajuda na hora do manuseio destes equipamentos. Os equipamentos existentes para o procedimento odontológico são: canetas de alta e baixa rotação, cadeira odontológica, aparelho de Rx (com biombo para proteção da equipe profissional e de acompanhantes), estufa, amalgamador, fotopolimerizador, prof, negatoscópio, câmara reveladora. Outros equipamentos são: computador, frigobar, ar-condicionado e rádio.

O material é de boa qualidade. São utilizados os equipamentos de proteção individual e são tomados os devidos cuidados exigidos na biossegurança.

O profissional conta com a ajuda de uma atendente e realiza o trabalho a quatro mãos.

### 3.2 DISCUSSÃO DAS OBSERVAÇÕES REALIZADAS

O Quadro 04 apresenta um resumo e comparação dos dados obtidos nas observações.

Com relação ao acesso, localização e aspecto externo do local onde estão localizados os consultórios em questão, podemos notar um certo padrão em todos. O acesso e a localização estão relacionados à facilidade do profissional ou paciente chegar ao local em questão de forma tranqüila e rápida, sem maiores problemas.

Quadro 4: Condições Físicas de Trabalho dos Cirurgiões-Dentistas

	<b>Observação 1 Convênio</b>	<b>Observação 2 Convênio</b>	<b>Observação 3 Particular</b>	<b>Observação 4 Particular</b>
Acesso/ localização	Fácil / periférica	Fácil / central	Fácil / periférica	Fácil / central
Aspecto externo	Razoavelmente agradável	Bastante Agradável	Agradável	Agradável
Estacionamento/ segurança da clínica	2 vagas / ausência	Presença / ausência	Presença / presença	Presença / presença
Sala de espera	Grande. Possui ar-condicionado e TV. Cadeiras são confortáveis e ambiente agradável. Urna para sugestões de pacientes.	Grande. Possui ar-condicionado, TV e revistas. Cadeiras são confortáveis e ambiente agradável. Urna para sugestões de pacientes.	Grande. Possui ar-condicionado, TV e revistas. Cadeiras são confortáveis e ambiente agradável.	Possui ar-condicionado, TV e revistas. Cadeiras são confortáveis e ambiente agradável. Urna para sugestões de pacientes.
Tamanho do(s) consultório(s)	Não uniformes. Alguns com tamanho bom, outros muito grandes. Vizinhos e com comunicação	Não uniformes, mas de tamanhos bons. Alguns consultórios apresentam mais de uma cadeira odontológica com atendimentos clínicos simultâneos	Adequado	Grande, mas bem projetado.
Aspecto geral do(s) consultório(s)	Alguns apresentam bolor e pintura antiga	Agradável e conservado	Agradável e conservado	Agradável e conservado
Iluminação	Varia entre os consultórios. Alguns apresentam iluminação geral e localizada boa, outros, não. Existe janela em quase todos os consultórios.	Varia entre os consultórios, mas é relativamente boa em todos eles, tanto a iluminação externa como o foco (iluminação bucal). Não existe janela nos consultórios.	Boa, tanto a iluminação externa como o foco (iluminação bucal), mas não possui janela.	Boa, tanto a iluminação externa como o foco (iluminação bucal). Possui janela.

	<b>Observação 1 Convênio</b>	<b>Observação 2 Convênio</b>	<b>Observação 3 Particular</b>	<b>Observação 4 Particular</b>
Ruído	Alto (vários consultórios com vários instrumentos funcionando ao mesmo tempo e mais ar-condicionado)	Alto quando nos consultórios com mais de uma cadeira odontológica. Nos outros, é mediano.	Mediano, já que não existe ruído de consultórios vizinhos.	Mediano, já que não existe ruído de consultórios vizinhos
Temperatura	Agradável	Agradável	Agradável	Agradável
Cadeira odontológica	Algumas mais novas, mas todas com boa regulagem	Algumas mais novas, mas todas com boa regulagem	Nova e com boa regulagem	Nova e com boa regulagem
Mocho do dentista	Boa regulagem e boa adaptação	Boa regulagem e boa adaptação	Boa regulagem e boa adaptação	Boa regulagem e boa adaptação
Equipamentos auxiliares	Presente em alguns consultórios, mas que podem ser deslocados entre eles, exceto o aparelho de Rx	Presente em alguns consultórios, mas que podem ser deslocados entre eles, exceto o aparelho de Rx	Presença de todos os necessários	Presença de todos os necessários
Disposição dos equipamentos/mobília	De forma fixa e não adaptada ao trabalhador, tendo este que se adaptar à disposição do consultório	De forma fixa e não adaptada ao trabalhador, tendo este que se adaptar à disposição do consultório	Adaptada ao CD, já que foi projetada para ele	Adaptada ao CD, já que foi projetada para ele
Disponibilidade de ACD	1 ACD para 2 ou mais CDs	1 ACD para 1 CD	1 ACD para 1 CD	1 ACD para 1 CD

O estacionamento está associado à tranquilidade do profissional ou paciente, que utilizem o automóvel para chegar à clínica, de terem um local para estacionar sem se preocupar. No local onde não existem ou existem poucas vagas para automóvel, o profissional ou paciente tem de deixar seu carro na rua ou em um estacionamento mais próximo, o que significa que ele terá que pagar o local do estacionamento e se deslocar a pé até o consultório.

A segurança da clínica é um aspecto relacionado à tranqüilidade das pessoas quando estão dentro da clínica ou na hora que entram ou saem dela. Ter alguém responsável por sua segurança tem um efeito positivo sobre os pacientes e profissionais. As pessoas ficam mais tranqüilas quando sabem que existe uma segurança maior dentro do local onde estão.

As salas de espera mantêm um certo padrão e são bastante agradáveis ao paciente. Quando a sala de espera é agradável, confortável e com algum tipo de entretenimento, seja ele televisão ou revista, o paciente normalmente entra no consultório odontológico mais tranqüilo, contribuindo para um melhor atendimento e para um menor estresse do paciente e do profissional, facilitando a relação.

Quanto ao tamanho dos consultórios odontológicos, pudemos observar que dentro dos consultórios dos planos de saúde bucal não existe esta preocupação por manter um certo padrão no tamanho. O que observamos foi que nos consultórios particulares os cirurgiões-dentistas prezam por um tamanho adequado ou por uma boa disposição dos equipamentos dentro do consultório, já visando uma racionalização de tempo, uma maior produção e uma melhor qualidade no atendimento, além de melhor qualidade de saúde para si, já que movimentos desnecessários podem causar problemas no atendimento e para a saúde do profissional, como LER/DORT. Nos consultórios com comunicação ou com mais de uma cadeira odontológica dentro do mesmo consultório, que ocorre freqüentemente em consultórios pertencentes aos planos de saúde bucal, existe um certo receio do paciente por não ter uma maior privacidade no atendimento, principalmente se esse paciente for portador de algum distúrbio orgânico e quiser conversar em

particular com o dentista. O cirurgião-dentista também não se sente totalmente à vontade para o atendimento clínico com seu paciente.

O aspecto geral do consultório diz respeito ao sentir-se bem em seu ambiente de trabalho. A presença de bolor, como foi constatado em uma clínica de plano de saúde bucal, pode levar a danos à saúde do profissional e do paciente, como alergias e incômodo durante o atendimento clínico.

Quanto aos níveis de iluminação, o que se pode observar é que nos consultórios particulares os dois tipos de iluminação são adequados (geral e localizada), enquanto que em alguns dos consultórios dos planos de saúde bucal observados a iluminação não era adequada. Problemas visuais podem atingir os profissionais que não trabalham com iluminação adequada, principalmente em grandes jornadas de trabalho. A presença de janelas no consultório odontológico, além de melhorar a iluminação, ajuda nos procedimentos estáticos realizados pelo cirurgião-dentista, como para a escolha da cor ideal da resina a ser utilizada ou de uma prótese.

Com relação ao nível de ruído, o cirurgião-dentista normalmente já trabalha com níveis altos de ruído devido a presença das canetas de baixa e alta rotação. Junto a isso, existe a presença do ar-condicionado, que contribui para o aumento do ruído, principalmente se este se apresenta desregulado e/ou muito velho. Alguns dentistas também gostam de, durante o atendimento, manter em seu consultório um rádio ou uma televisão ligada. Isso aumenta ainda mais o nível de ruído. No caso dos consultórios dos planos de saúde bucal, soma-se a tudo isso a presença do ruído do consultório vizinho, dado que não há isolamento acústico entre os consultórios. Além disso, foi

encontrado um consultório com duas cadeiras odontológicas para atendimento simultâneo em um dos consultórios de convênios.

Todos os consultórios observados apresentavam ar-condicionado. A temperatura do ambiente de trabalho deve ser agradável para ser considerado confortável pelo cirurgião-dentista. A presença de ar-condicionado é um fator importante para garantir este conforto ao profissional durante o atendimento.

Todos os consultórios visitados apresentavam cadeiras odontológicas e mochos com regulagens apropriadas para o atendimento. A presença de cadeira odontológica (onde fica o paciente durante o atendimento clínico) e de mocho (onde o profissional fica sentado durante o atendimento clínico ao paciente) reguláveis garantem ao profissional uma boa postura de trabalho e evita movimentos desnecessários do cirurgião-dentista. Com isso, previne algumas doenças como a LER/DORT.

A presença de certos equipamentos odontológicos é importante para a realização do atendimento e procedimentos clínicos. Nos consultórios particulares observados há a vantagem de o equipamento servir apenas a um profissional, por isso ele não necessita esperar, caso outro profissional o esteja utilizando. Além disso, nesses consultórios os equipamentos estavam em locais de fácil e rápido acesso, evitando movimentos desnecessários da ACD e do cirurgião-dentista. Nos consultórios dos planos de saúde bucal alguns equipamentos odontológicos são de uso comum, como é o caso do autoclave/estufa (para a esterilização dos materiais), amalgamador (para a preparação do amálgama para realização de restaurações dentárias), fotopolimerizador (para realização de restaurações dentárias de resinas fotopolimerizáveis), aparelho de RX e câmara reveladora (para revelação do

RX). Alguns destes equipamentos são de uso da ACD e estão em local específico, como o autoclave/estufa e amalgamador. A ACD deve trazer os materiais estéreis vindos do autoclave/estufa ou o amálgama já preparado ao cirurgião-dentista. A diferença para o consultório particular é que geralmente esta distância é maior, que faz com que a ACD realize maior número de movimentos desnecessários. Quanto ao fotopolimerizador, se este estiver sendo utilizado por outro profissional, o dentista deve esperar o fim do atendimento do colega para que possa utilizá-lo. Quanto ao aparelho de Rx, este fica em uma sala determinada e o cirurgião-dentista deve locomover-se, às vezes no meio do atendimento clínico, para realizar a tomada radiográfica, o que atrapalha o atendimento clínico e faz com que o cirurgião-dentista realize movimentos desnecessários.

Quanto à disposição dos equipamentos, nos consultórios particulares observados a disposição dos equipamentos/mobília é projetada de tal forma que atenda às condições do dentista. Os objetos de trabalho são adaptados ao trabalhador, e não o inverso. Nos consultórios dos planos de saúde bucal existe um certo padrão que não necessariamente atende às condições de trabalho de todos os cirurgiões-dentista, já que vários profissionais utilizam o mesmo consultório.

A disponibilidade de ACD também é importante para o profissional ter um maior conforto e qualidade durante o atendimento. Quando o profissional dispõe de um ACD somente para ele, isto evita que ele realize tarefas que podem ser realizadas por outra pessoa, utilizando o tempo do dentista apenas para tarefas mais especializadas em relação à odontologia. Quando um ACD tem de auxiliar mais de um cirurgião-dentista, como no caso dos consultórios

de convênios observados, isto não ocorre, além de haver uma sobrecarga do profissional, que tem uma carga de trabalho elevada.

O que podemos perceber, de forma geral, é que os consultórios particulares apresentam uma melhor condição física de trabalho em relação aos consultórios de planos de saúde bucal, pois nos primeiros, o cirurgião-dentista, como responsável por seu local de trabalho, se esforça no sentido de manter um local de trabalho mais confortável e que proporcione melhor qualidade de vida. Já nos consultórios dos planos de saúde bucal, existe um certo descaso em relação a isso, tanto porque o consultório é utilizado por qualquer cirurgião-dentista que trabalhe lá, portanto não é adaptado a um único cirurgião-dentista, tanto porque, como há um fluxo muito intenso de atendimento, alguns equipamentos se desgastam e não há uma manutenção adequada, como é o caso do ar-condicionado, cadeira odontológica e aparelho de Rx das clínicas visitadas.

### 3.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DE TRABALHO

Cada item abordado nas entrevistas realizadas foi discutido separadamente, considerando o modelo de atendimento de cada entrevistado. Os resultados assim obtidos são mostrados a seguir. Inicialmente, mostramos as idéias centrais e os trechos de discurso mais significativos em relação a elas. Ao final desta parte são apresentados os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) dos profissionais que atendem particularmente e dos profissionais que atendem nos convênios.

### *Vínculo*

Os dentistas que trabalham em seus consultórios particulares, sejam atendendo pacientes particulares ou de convênios, são caracterizados como profissionais liberais ou autônomos. Liberal, do latim *liber*, de *líber* (livre), literalmente assim se deve entender toda profissão que possa ser exercida com autonomia, isto é, livre de qualquer subordinação a um patrão ou chefe. É aquele que exerce atividade profissional remunerada, explorando, em proveito próprio, a sua força de trabalho.

Assim sendo, o caráter distintivo do profissional liberal, para o seu exercício, depende do conhecimento e habilidades deste, cujo êxito decorre da maior ou menor capacidade intelectual e prática do profissional. Este profissional não é regido pela CLT e, portanto, não é empregado protegido pela lei trabalhista, mas é regido pelo Código Civil e normas jurídicas diversas.

Uma vantagem de ser um profissional liberal é não ficar preso às vagas do mercado de trabalho, podendo atuar na área que escolheu por conta própria. Outra vantagem é que o próprio profissional estipula seus horários e, mesmo tendo que cumprir seus prazos para com o cliente, possui mais flexibilidade nesse sentido.

Já a desvantagem consiste nos impostos e encargos que, numa empresa, seriam divididos entre o profissional cirurgião-dentista e o patrão e, em se tratando de autônomo, têm de ser totalmente pagos pelo profissional, que também deve pagar pelos seus próprios benefícios, por exemplo: férias remuneradas, plano de saúde, FGTS e aposentadoria, além de pagar o

pessoal auxiliar, como o ACD, que neste caso passa a ser regido pela CLT. Além disso, não poder contar com uma quantia fixa e garantida todo mês pode ser um ponto negativo de ser um profissional liberal. Por outro lado, sabe-se que, dependendo da produtividade, muitos profissionais podem vir a ganhar muito mais do que ganhariam se estivessem empregados com carteira assinada no regime Celetista.

Por outro lado, temos os dentistas que trabalham para os planos de saúde bucal, dentro dos consultórios que pertencem à empresa, exercendo a função tanto de clínicos como de especialistas. Nas entrevistas realizadas com estes profissionais ouvimos muito a seguinte verbalização:

*...eu trabalho na empresa X, presto serviço para a X.(C)*

No entanto, o que podemos perceber é que, apesar desses dentistas afirmarem que são prestadores de serviço dentro das empresas de planos de saúde bucal, a relação que eles têm é característica de um vínculo empregatício.

Nas entrevistas dos dentistas que trabalham nas empresas de plano de saúde bucal, podemos observar que algumas verbalizações acabam por caracterizar o dentista como empregado da empresa, embora não recebam adequadamente.

*... os turnos são de quatro horas. É de oito às doze, doze às quatro e de quatro e meia às oito e meia da noite. Eu trabalho segunda, terça, quarta e quinta de manhã e de tarde e sexta à noite. (C) (pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador)*

*...já tem tudo determinado, já tem todas as regras do que a gente tem que fazer. É só obedecer... (D) (sob a dependência do empregador)*

*Se ao menos o salário compensasse... mas nem o salário compensa. Ainda atrasa... (C) (mediante salário)*

Teoricamente, os dentistas que trabalham nos planos de saúde bucal deveriam ser regidos pela CLT, já que fica caracterizado o vínculo empregatício. Assim sendo, estes trabalhadores deveriam ter alguns direitos garantidos, como carteira de trabalho assinada, previdência social paga pela empresa, jornadas de trabalho regulamentadas, períodos de descanso e férias remuneradas, férias anuais, décimo terceiro, dentre outros direitos garantidos pela CLT. A falta de vínculo do trabalhador com a empresa é um fator de estresse para o profissional, o que é ilustrado na seguinte verbalização:

*E também eu acho que até mesmo a questão de você estar num local em que você não tem todos os seus direitos preservados, como você já sabe que você está ali sob pressão e que nada é garantido. A qualquer momento se eles acham que você errou nisso, então eles já podem lhe retirar ou diminuir suas fichas, ou seja, começam a fazer uma pressão para que você queira sair. Então isso acaba causando um estresse no sentido que você está lá hoje, mas pode não estar amanhã. Então isso também é estressante porque você sabe que pode sair a qualquer momento e você não tem nenhum direito, pelo menos a princípio, você vai ter que batalhar pra ver se você consegue. Então eu acho que o principal fator negativo é a insegurança, no que tange a você*

*não poder nem ficar doente, você não ter direito a nada do que a lei trabalhista diz dentro do plano X. (E)*

### *Remuneração*

Como já mencionado anteriormente, de acordo com a lei 3999, de 15 de dezembro de 1961, esses profissionais devem ganhar, pelo menos, três salários mínimos para uma jornada de trabalho de até vinte horas semanais.

Com isso, o salário dos dentistas, que trabalham em instituições privadas, deveria ser, em média, considerando um mês com 80 horas trabalhadas e o salário mínimo de R\$ 300, cerca de R\$ 11, 25 por hora, considerando 20 horas semanais (que é o máximo exigido por lei). No entanto, não é isto que ocorre, como podemos averiguar nas seguintes verbalizações:

*Por hora, eu ganho R\$ 5,44 por hora mais R\$ 120 [no final do mês] se eu não faltar nem um dia... [e tem a produção que é cerca de R\$ 40 por mês] (D)*

*Lá [no plano de saúde bucal Y], a hora é R\$ 8,25. (D)*

*A gente ganha pouco e ainda atrasa. (C)*

Dentro dos planos de saúde bucal, o profissional também pode ganhar por produção. No entanto, estes profissionais também não estão satisfeitos, quando eles trabalham e recebem como um clínico. Podemos constatar isso nas seguintes verbalizações:

*A gente recebe o salário de acordo com nossa produção. O que eu recebi referente ao mês passado, referente a essas trinta e uma horas semanais e paciente de dez em dez minutos foi 900 reais. Essa produção é baseada em uma*

*tabela de procedimentos que varia se você é considerado um dentista excelente, bom ou regular.*

*O critério é o seguinte: se você faltar mais de duas vezes, você já cai de categoria, por exemplo, se é bom, vai para regular. Se você chegar atrasado também você já vai para regular. Se o paciente reclamar de você na recepção, você já vai para regular também. E toda vida que o paciente sai do seu consultório, tem uma fichinha que o paciente responde: ótimo, bom, excelente, regular... E ele avalia até a roupa que você está vestindo. É... Avalia atendimento do profissional, vestimentas, simpatia, clareza das informações... tudo isso. De acordo com a avaliação do paciente, das suas faltas e da sua pontualidade, você é colocado em uma das categorias. E aí a tabela varia de acordo com as categorias. Por exemplo, o dentista excelente ganha melhor que um dentista bom. E aí a média do valor de cada procedimento é de dois e cinquenta, três reais, a média. (C)*

*Uma restauração de amálgama é R\$ 3. (D)*

*É R\$ 0, 90. R\$ 0, 90 um Rx. Tem dentista que paga a ACD pra bater. Porque esse valor não paga nem o trabalho de o dentista se levantar e ir ao consultório e ir bater o Rx . Não paga nem o trabalho. (D)*

*A prescrição é R\$ 0,70. Morri de estudar farmacologia pra ser R\$ 0,70. (D)*

Além disso, para o profissional clínico que recebe por produção ainda tem outras desvantagens, como por exemplo:

*Eu poderia ir pra produção, mas eu não quero porque o valor da tabela é baixíssimo. Paga R\$ 200 de aluguel por mês. Desconta INSS e ISS. (D)*

*O problema da produção é porque eles descontam muito. E tem o teto, que o problema da produção é o teto. O que passar [do teto] fica retido, você não recebe, fica pra empresa, entendeu? Se o teto é R\$ 1100 e tu produziu R\$ 2000, fica o resto pra empresa. (D)*

*Não pode mais [fazer mais de um procedimento por sessão].  
Glosa. (D)*

*Aí o dentista ganha dependendo do procedimento. Agora, existe um período que você não pode fazer o mesmo procedimento nesse período. Limpeza, você só pode fazer de seis em seis meses. Se você fizer, porque o paciente precisa de mais de uma limpeza em menos de seis meses, você não recebe por aquele procedimento. Uma restauração também você só pode fazer uma restauração, por exemplo, se você fizer uma restauração de resina e ela cair, você faz de novo, mas só recebe da primeira vez. E a limpeza também. (C)*

*Se cair a obturação, não recebe pra fazer outra. Só recebe uma vez. (D)*

Dentro das empresas de planos de saúde bucal também trabalham os dentistas especialistas, cuja remuneração diferencia-se da remuneração dos clínicos. Estes profissionais estão satisfeitos com a remuneração recebida pela empresa. Podemos conferir nas seguintes verbalizações:

*... eu ganho pelo que eu atendo. Então, se naquele mês eu faço mais prótese... é que a remuneração é basicamente o seguinte: o paciente lá tem um desconto em cima de uma tabela já prevista, uma tabela que eles dizem que é uma tabela nacional de convênios e que o paciente tem um*

*desconto de 50%. Do que ele paga, é tirado o valor do laboratório e aí o restante que sobra é 50% do plano e 50% do dentista. Então, assim, varia. Se naquele mês eu faço mais prótese, eu vou ganhar mais, e menos se tiver menos. Ainda tem a questão de se o paciente parcela o tratamento em 6 vezes, eu vou ganhar parcelado em 6 vezes também.*  
(E)

*... [um] ponto positivo que eu poderia destacar como positivo é o fato que você tem uma remuneração, embora a minha renda seja um pouco variada, mas eu sei que pelo menos vou ganhar aquele mínimo. Isso já me trás uma segurança, em saber que pelo menos naquele dia vou receber e como sempre costumar pagar em dia. Isso aí é outro fator positivo, que eu não posso dizer. Se eles têm que pagar tanto, eles pagam tanto. Embora tenha todas... como empresa, tem todas as deduções e tudo, mas se tem que pagar x eles pagam x e pagam naquele dia certo.* (E)

*Lá, é feita [a remuneração] por produção. A gente recebe 50% do valor que o paciente paga.[...] Eles fornecem, é, o material do exame clínico: bandeja, pinça, explorador, algodão, é, e só. A maioria do material é nossa. Material de consumo é todo do dentista, inclusive o aparelho é todo do dentista. A propaganda que é feita é que a empresa dá o aparelho, mas na verdade não é. Quem dá o aparelho é o dentista* (F)

Dentro do consultório particular, o dentista vive outro contexto em relação à remuneração. Dentro da tabela dos convênios com os quais eles trabalham, a remuneração não é muito boa, a não ser que seja uma cooperativa. A forma de pagamento se dá da seguinte forma: os cirurgiões-

dentistas enviam para os convênios os procedimentos realizados naquele mês, mas somente até um teto pré-estabelecido. Com trinta dias, eles recebem o pagamento referente ao mês anterior. Às vezes, pode demorar mais de um mês para chegar o pagamento. Mas acaba chegando, e é um dinheiro certo. A maior vantagem desses convênios, segundo as pessoas entrevistadas, é que acaba aumentando o fluxo de pacientes no consultório ou os mesmos pacientes fazem outros procedimentos que o convênio não cobre, só que dessa vez eles pagam particular. É o que podemos verificar nas seguintes verbalizações:

*Alguns [convênios] eu já deixei de atender por causa da remuneração que realmente não tem como você fazer um atendimento, assim, com a qualidade que você deseja. Então, no começo da profissão, eu atendia muito convênio e hoje eu já reduzi muito o número de convênios. Eu trabalho mais com cooperativas ou então com convênios que tenham uma remuneração melhor. (B)*

*Na W existe um teto de produção máxima. Tirando os descontos, chega a ganhar 1.700, 800 por mês. Só que pra você conseguir isso, você tem que morrer de trabalhar. [...] A W você tem um dia pra dar entrada. Você dá entrada no final do mês e recebe com trinta dias, mas se não tomar cuidado, pode ficar 3, 4 meses com a ficha na mão sem dar entrada. O que você produzir a mais fica como excedente. [...] (A)*

*Os pacientes de convenio têm alguns pontos positivos. A segurança do pagamento, por exemplo. Você dificilmente vai ter aquela insegurança. (A)*

*E aí, é..., em relação à remuneração, no convênio... cada convênio tem seu esquema de remuneração. Normalmente,*

*você entrega a ficha no começo do mês e no próximo mês você recebe. Geralmente, por exemplo, a W você entrega no começo do mês e no final do mês, eles pagam referente ao mês passado. Você entrega até o dia 5 e dia 30 eles pagam referente ao mês passado. Já o Z, por exemplo, é um convênio que eu já estou... (risos) Não estou tão satisfeita. Às vezes passa 6 meses sem pagar. 6, 7 meses. Então, assim, realmente nesse tipo de convênio é complicado. Muitas vezes a gente tem convênio para aumentar o fluxo de paciente porque tem muita coisa também que o convênio não cobre, aí você acaba fazendo, um clareamento, uma prótese, uma cirurgia... Então, é mais esse tipo de compensação. Assim, mas, muitas vezes não vale tão a pena. (B)*

*Mas no fundo, no fundo, todos os meus pacientes de planos são potencialmente pacientes particulares, por conta dos procedimentos que não são cobertos. Além disso, os pacientes particulares que eu tenho, na realidade, vieram de planos. Por conta dos procedimentos que não são, assim, cobertos pelo plano. [...] Essa é uma vantagem. (A)*

Já os pacientes particulares são os que oferecem melhor remuneração ao profissional. Apesar de ser um número bem menor de pacientes que realizam seus tratamentos odontológicos de forma particular, os ganhos proporcionados por este tipo de paciente correspondem a uma porcentagem razoável do ganho total do dentista. O problema maior em relação a este tipo de remuneração é ter que falar de pagamento em um local onde se trata da saúde. Vejamos nas seguintes verbalizações:

*Em termos de ganho no consultório como um todo, metade do que eu ganho é de convênio, metade é particular. Apesar de eu atender mais paciente de convênio, o particular tem uma remuneração melhor. [...] No paciente particular, eu posso cobrar três vezes mais do que o preço que eu ganho por restauração, mais ou menos, que um paciente de convênio. E eu só atendo os convênios que remuneram um pouco melhorzinho. (A)*

*Em relação à remuneração do particular, eu não sei cobrar... (risos) É sempre complicado. Por que, assim, como você está numa área de saúde, é difícil você sentar o paciente e conversar sobre orçamento. Primeiro você quer resolver o problema do paciente. O paciente veio, você conversa um pouco sobre o problema, mas você não conversa sobre dinheiro. Você conversa sobre o problema do paciente. Então, quando ele já está na cadeira e você já vai fazer o procedimento, você também não vai parar e dizer quanto é (risos). Então, eu tenho sempre esse problema. [...] eu já levei muito bolo. Às vezes a pessoa vem com uma urgência ou quer ser logo atendida e eu já faço logo o procedimento e depois que eu discuto a forma de pagamento. Então, às vezes o pagamento demora bastante. Eu acredito muito na boa fé da pessoa, que vai dar certo. Trabalho muito com cheque pré-datado. Como faço prótese, eu pago logo o laboratório e divido em 5 vezes, às vezes 6 vezes para o paciente, porque a situação hoje está difícil (risos)... (B)*

*Tem aquela chateação de ter que conversar o lado financeiro com o paciente (A)*

Podemos dizer que em termos da remuneração propriamente dita, os pacientes particulares, atendidos no consultório particular, proporciona uma remuneração bem mais digna do serviço oferecido, seguido dos especialistas que trabalham nos consultórios dos planos de saúde bucal. No entanto, a obrigação da cobrança para com o paciente, deixa o profissional um pouco ansioso, o que não ocorre com os cirurgiões-dentistas dos planos de saúde bucal, já que a cobrança para com os pacientes não é realizada pelo profissional.

#### *Jornada e Carga Horária de Trabalho*

A duração normal do trabalho dos cirurgiões-dentistas deveria ser no mínimo de 2 (duas) e no máximo de 4 (quatro) horas diárias.

O que podemos observar é que normalmente os dentistas que trabalham no consultório particular prolongam muito suas jornadas e fazem muitas horas extras, enquanto que os dentistas que trabalham nos consultórios de planos de saúde bucal não o fazem. Normalmente eles têm uma carga horária diária inferior a oito horas diárias. Esse é um ponto negativo para os profissionais de consultório particular que podem ser mais afetados fisicamente do que os dentistas dos planos de saúde bucal. Vejamos algumas verbalizações que caracterizam o descrito acima:

Dentistas de consultórios particulares:

*Então, eu não tenho horário muito fixo, por exemplo, o horário é para ser de 2 às 6, mas tem dias que eu fico até às 8, 9 horas, por exemplo. (B)*

*...meu turno nunca é de 4 horas. Geralmente é um turno de 6 horas, porque eu aproveito que estou aqui e me estendo mais [...] Eu nunca atendo de manhã e de tarde tudo certinho. Eu venho à tarde e me estendo até a noite ou então venho de manhã e fico até uma hora da tarde. (B)*

*Eu costumo trabalhar de segunda a sábado. Normalmente eu trabalho de manhã de 7 às 12 horas. Folgo 2 horas pro almoço e de 2 às 7 e meia da noite. Hoje, eu trabalho uma média de dez horas, no máximo 12. Não agüento mais que isso. Antigamente eu agüentava trabalhar umas 12, 14 horas por dia no consultório. (A)*

Dentista dos planos de saúde bucal:

*Os turnos sempre são de 4 horas. Eu trabalho oito horas por dia, dois dias da semana e quatro horas por dia nos outros três. (C)*

*Lá, você trabalha ou de 8 às 12 ou de 2 (14) às 8 (20) (D)*

*Marcação de Pacientes, Média de Pacientes Atendidos e Duração da Consulta*

A média de pacientes atendidos por turno dentro dos diferentes modelos também é diferenciada e, conseqüentemente, a duração média da consulta.

Considerando o atendimento clínico nos consultórios particulares, os dentistas marcam em geral 6 pacientes por turno. Considerando que normalmente o turno de atendimento desses dentistas é maior do que quatro horas, a duração média da consulta para atendimento não-especializado é de, aproximadamente, 40 a 45 minutos. No atendimento especializado, as

consultas chegam a ter uma duração de 1 hora a duas horas, como podemos confirmar nas seguintes verbalizações:

*São em torno de 12, 13 pacientes por dia eu atendo. E o tempo para cada procedimento, para cada paciente é no mínimo 45 minutos. Aí se for cirurgia, eu já aumento, eu boto pelo menos 1 hora e meia a 2 horas. Mesmo que não seja usado esse período, para que eu fique descansada. (A)*

*...em relação ao tempo de atendimento, eu deixo geralmente 40 minutos para cada paciente e, dependendo, por exemplo, eu sei que vou fazer uma cirurgia ou uma prótese, eu deixo uma hora, uma hora e quinze. Mas, o tempo médio é de 40 minutos. (B)*

*...eu nem sei direito, são uns 6 pacientes.” (B)*

De acordo com os entrevistados, a consulta tem a mesma duração independente do tipo de paciente, ou seja, tanto para os pacientes particulares como para os de convenio a duração da consulte é a mesma.

Já para os dentistas que trabalham nos consultórios das empresas de saúde bucal, a realidade é diferente. A média de pacientes marcados é de 23 pacientes por turno. A duração média das consultas é de 15 minutos. Fora isso, os dentistas que trabalham nesses planos de saúde bucal têm que atender as urgências, fazer alguns Rx e fluoroterapia (tratamento para pacientes com sensibilidade dentária que consiste na aplicação de um tipo de flúor em verniz durante 1 semana). Ao contrário dos dentistas de consultório particular, a duração dos turnos destes dentistas não ultrapassa as quatro horas pré-estabelecidas.

*É..., os pacientes são marcados de 20 em 20 minutos, mas a cada meia hora tem um encaixe. Então tem paciente 8, 8 e vinte, 8 e trinta... Fora as urgências, fora a fluoroterapia e fora o Rx, que agora de vez em quando eles estão encaixando. (D)*

*Eles estão marcando 20, 23 pacientes. É muito paciente porque você leva em consideração que não tem urgência marcada. Chega urgência, chega fluoroterapia, às vezes já na primeira vez já pede um Rx bem rapidinho e bate, mas é um procedimento. (D)*

*São marcados vinte e dois pacientes por um turno de quatro horas. A gente não atende isso tudo porque tem as faltas. Mas a gente atende uma média de dezoito pacientes num turno de quatro horas. Se eu quiser, posso pedir para marcar pacientes a cada quinze minutos, por exemplo, ou marcar a cada dez minutos e mais alguns extras, se for o caso. (C)*

*O tempo do trabalho [de consulta] não é o tempo necessário que ele [dentista] tem que ter para realizar um procedimento de qualidade (C)*

*... agora lá [convênio Y], é uma fichinha simples, mas tem todos os procedimentos anotados e assim que eu chego, eu recebo minha fichinha, minha listagem. Agora assim, tem paciente marcado, geralmente é de 20 em 20 minutos, mas às vezes tem os encaixes. Se eu tiver lá e chegar um paciente e quiser ser atendido e eu não estiver fazendo nada, eles botam, e não tem essa história de assim, chegou atrasado, estava marcado pra nove horas e ele chegou às onze, ele é atendido, é um absurdo!*

Mesmo o dentista especialista marca uma quantidade muito grande de pacientes, principalmente se comparado ao dentista do consultório particular.

*Em média, por turno de quatro horas, é em torno de doze pacientes, atualmente, é... com especialização. (E)*

*Por turno, chega a 15, no máximo também. Isso se forem todas as pessoas, se não faltou nenhuma. Mas normalmente falta, porque são 15 minutos. Pra cada pessoa, no caso um turno de 4 horas... Aí normalmente falta, então é bem menos. (F)*

Como podemos ver, a média de pacientes atendidos pelos dentistas que trabalham nos planos de saúde bucal chega a ser pelo menos três vezes maior que a média atendida pelos dentistas que trabalham nos consultórios particulares. Isso sobrecarrega o dentista, podendo trazer a este profissional algumas doenças de ordem física, assim como também o estresse. O que se pode observar é que consultas mais longas trazem tanto vantagens para o profissional e sua saúde como para o paciente, que precisa, além do procedimento em si, que o dentista tenha um tempo para ouvir sua história de saúde bucal, suas queixas e para que o profissional dê algumas orientações ao paciente e mantenha com este um bom relacionamento. Em consultas de dez minutos é improvável que isto ocorra. Mesmo considerando as faltas, o dentista dos planos de saúde bucal atende uma média muito grande de paciente, sem contar com a ansiedade no atendimento de ter que atender logo o paciente porque outros estão esperando lá fora ou vão chegar.

## *Pausas*

As pausas são importantes nas atividades desenvolvidas por todo trabalhador. Elas previnem a fadiga, principalmente a crônica; permitem que o profissional realize refeições, permitem que ele realize contatos sociais e servem para repor as energias gastas durante o trabalho. Além disso, as pausas são necessárias para que o profissional se distraia das tensões, evitando o estresse, se alongue, para não forçar a musculatura e se recupere da concentração e tensão a qual estava submetido.

Apesar de todos os benefícios comprovados que as pausas entre os atendimentos trazem aos dentistas, nenhum dos dentistas entrevistados realiza pausas, sejam eles dentistas em seus consultórios particulares ou nos consultórios dos planos de saúde bucal. As pausas só são realizadas na falta do paciente. Além disso, os dentistas não costumam realizar nenhum tipo de alongamento ou relaxamento dos músculos. As pausas servem mais para que o profissional tenha tempo para um lanche ou beber água. Isso pode ser constatado nas seguintes verbalizações:

*...não existem pausas entre as consultas. Só se o paciente faltar. (C)*

*Se o paciente faltar, a gente fica esperando chegar o outro ou se outro dentista estiver muito cheio, passa o paciente dele para mim. Mas pausas fixas não têm. (C)*

*Não tem pausa nem pra tomar água. Quando começa a chegar muita ficha, eu chamo a recepcionista: “Olhe, aguarde um pouco”. Paro, levanto, vou beber água. (D)*

*...[quando estou atendendo] esqueço até de comer, de beber água, de fazer qualquer coisa... [...] Agora, quando dá uma*

*pausa eu me lembro, de me alimentar ou de alongar ou de alguma coisa assim, mas geralmente não acontece. (B)*

### *Plano de Tratamento*

O plano de tratamento do paciente também obedece a certos critérios. Quando o paciente procura o dentista em seu consultório particular, este tem toda a liberdade de elaborar seu plano de tratamento, informando ao paciente todos os procedimentos que serão realizados dando ao cliente apenas as escolhas em relação aos tipos de material que serão utilizados ou técnicas que serão empregadas. Além disso, muitas vezes o dentista também fornece, ao paciente, diferentes opções de pagamento. O dentista tem toda a liberdade de escolher e total autonomia de optar pelo melhor plano de tratamento que satisfaça o paciente. Além disso, dependendo do paciente, o dentista pode terminar o tratamento de forma rápida, podendo fazer mais de um procedimento por consulta, diminuindo o tempo de tratamento, poupando tempo. A desvantagem é que apenas uma pequena parcela da população tem acesso a esse tipo de serviço e muitas vezes até mesmo esta parcela sofre uma limitação financeira.

*...em relação à paciente particular, eu tenho total liberdade para fazer o plano de tratamento e aí também eu sempre gosto de dar várias opções. Nem sempre o que é bom pra mim é bom pra o paciente. Então é bom você dizer tudo, as vantagens e as desvantagens e aí a pessoa fica livre para escolher. Então, relação ao plano de tratamento, eu tenho mais liberdade realmente no particular. (B)*

*Às vezes você quer realizar um procedimento, principalmente na parte de prótese, uma prótese mais estética, mais resistente, mas tem essa limitação financeira por mais que você divida, mas você também não pode dar tanto abatimento. (B)*

*Já o paciente particular, apesar de tudo, mesmo que ele não faça, eu mostro todo o plano de tratamento. Eu mostro o que é ideal e ele que escolhe o que ele pode fazer, mas na maioria dos casos, graças a Deus, eles fazem o ideal comigo. (A)*

*Mas, em relação à liberdade de você atender, o horário, tudo é muito bom. Porque se tiver que repetir alguma restauração, tiver que bater uma radiografia, ou você está fazendo um tratamento e de repente muda o plano de tratamento na hora, então você tem toda liberdade. (B)*

*O ponto positivo do particular é a liberdade que você tem de o paciente chegar e você realizar um plano de tratamento mais adequado, você ter mais liberdade de planejar, de mudar o tratamento na hora, dependendo da conveniência do paciente ou não, então é uma liberdade maior que você tem dentro do seu tratamento. Realmente você se sente mais um profissional mais autônomo. No convênio você se sente mais um funcionário. Você tem que seguir aquelas regras. Tem que fazer exatamente aquilo que o convênio determina. (B)*

No entanto, a maioria dos planos não cobre todos os procedimentos, principalmente se forem especialidades. Nesses casos, o paciente, além de pagar o plano de saúde bucal, terá que arcar com as despesas de procedimentos especializados. Para o dentista, isso pode significar um ganho

financeiro pois ele recebe pelo procedimento o valor da tabela particular, em geral, com preços bem mais elevados do que o pago pelo plano de saúde bucal. Além disso, na maioria dos planos, o paciente tem que fazer a perícia com um dentista específico para só depois ir para o dentista clínico iniciar o tratamento. O dentista, além de ficar limitado aos procedimentos cobertos pelo plano, também fica limitado aos procedimentos liberados pelo perito.

*No caso da gente, a W é passado por perícia. Só que o plano de tratamento quem executa sou eu, não é o perito. Cobre só a parte de restauração, de cirurgia e periodontia. Prótese não é coberta. Nem ortodontia. E o K é a mesma coisa. Têm planos que cobrem. Mas a maioria dos pacientes que eu atendo, os planos são limitados. Os planos só cobrem restauração e exodontia. Mas no fundo, no fundo, todos os meus pacientes de planos são potencialmente pacientes particulares, por conta dos procedimentos que não são cobertos. (A)*

*...em relação ao convênio, às vezes a gente fica preso porque, por exemplo, até em relação à prótese, por exemplo, o convênio que só dá 1 tipo de prótese. Então eu converso muito com o paciente que vou fazer aquele tipo de prótese, mas eu gosto sempre de deixar claro que existem outros tipos para a pessoa ter opção e pelo menos para não dizer que nunca foi avisada. Em relação ao convênio, fica mais restrito, porque você tem que fazer mesmo só o que o convênio dá direito. Principalmente alguns planos, têm diferença. Uns dão só amálgama, outros dão resina, então, dependendo do plano, você tem que se adequar. Então, às vezes, por exemplo, a pessoa não fez o plano que dá uma cobertura total... Então, eu converso e explico que existe*

*outro tipo de tratamento, se a pessoa quer optar ou não. Então fica uma coisa livre para a pessoa. Geralmente eu vejo tudo que ela tem e vejo o plano dá direito, certo? [...] Tinha alguns convênios que eu trabalhava antes, que o paciente já vinha com a ficha. Então aí é mais limitado ainda. O paciente já vem com a ficha e muitas vezes você até discorda do exame que foi feito, mas o máximo que você vai fazer é quando for uma coisa muito discrepante você vai pedir para o paciente voltar. E às vezes você faz mesmo não concordando tanto com o plano de tratamento. Outros não, têm outros que você tem mais liberdade. Alguns limitam em relação a procedimento. Você só pode fazer 4 procedimentos por mês, então, tem convênios que naturalmente já fazem o paciente ficar mais tempo no consultório, vir mais vezes. Tem até alguns convênios que recomendam que você só faça um procedimento por semana. Então, assim, a gente nunca segue isso, porque é um absurdo. O paciente vem para o consultório fazer um procedimento quando ele pode fazer várias coisas. Então, nesse caso é mais limitado. E alguns têm perícia dependendo do seu plano de tratamento, se for maior, aí geralmente tem perícia, mas às vezes eu procuro fazer, assim, de uma forma mais rápida, para não ter que ir lá, ter que vir aqui, voltar lá de novo, é muito incômodo para o paciente. (B)*

*Muitas vezes dá problema assim, convênios que não tem uma cobertura muito boa de procedimentos. Então, o paciente chega e às vezes e o paciente fica muito chateado porque o convênio não dá direito, como é que paga todo mês e o convênio não dá direito? Então, assim, eu procuro*

*sempre não tomar muito partido, porque eu não quero brigar nem com o paciente nem com o convênio. Mas, muitas vezes, paciente de convênio tem essa mesma queixa. Que paga o convênio todo mês e na hora que precisa não consegue realizar o tratamento, porque o plano não dá direito. Então eu oriento assim, sempre que a pessoa for fazer um plano, tem muito paciente que liga perguntando, eu oriento para ele ver os principais procedimentos que dá direito para depois não ter nenhuma surpresa. (B)*

*Já no convênio, se você diagnostica que você tem que fazer, por exemplo, uma restauração e abrir um dente e der canal... aí realmente é bem complicado, é bem burocrático para o paciente resolver o problema. Ou então às vezes o paciente vem com dor e eu só posso fazer o procedimento de urgência, mas não posso fazer, começar o tratamento porque tem que passar pela perícia. Aí, realmente, tem essa limitação porque o paciente tem que vir mais vezes. Não adianta a gente querer fazer mais de um procedimento por dia. Ele vem mais vezes que o paciente particular. (B)*

Os pacientes dos planos de saúde bucal podem optar por pacotes que cobrem um número maior ou menor de procedimentos. O dentista se limita a fazer somente os procedimentos cobertos pelo plano. Se outros procedimentos forem necessários, o paciente terá que pagar “por fora”, sendo que ele tem um desconto de 50% em relação ao preço da tabela do dentista. No entanto, trabalhando para os planos, o dentista só poderá fazer um procedimento por sessão, o que muitas vezes alonga muito o tratamento. Isso desestimula o paciente a seguir o tratamento até o final. No caso dos dentistas que só

atendem uma especialidade, eles só fazem aquele procedimento, logo não precisam seguir um plano de tratamento propriamente dito, somente a lógica do tratamento da especialidade específica.

*O paciente vai, a gente faz o plano de tratamento e faz a limpeza, que é o primeiro procedimento. É feito por um dentista específico, o dentista do exame. Aí a gente manda para outro dentista que vai fazer o tratamento do jeito que ele quiser. [...] Agora, existe um período que você não pode fazer o mesmo procedimento nesse período. Limpeza, você só pode fazer de seis em seis meses. Se você fizer, porque o paciente precisa de mais de uma limpeza em menos de seis meses, você não recebe por aquele procedimento. Uma restauração também você só pode fazer uma restauração, por exemplo, se você fizer uma restauração de resina e ela cair, você faz de novo, mas só recebe da primeira vez. E a limpeza também. (D)*

*Tem os pacientes que são chamados de paciente fiel que é de empresa ou o paciente que já colocou, por exemplo, ele já pagou quase o plano todo, por exemplo, ele já pagou no cartão seis meses de mensalidade. Esses são chamados de pacientes fiéis. Nesses pacientes, você pode fazer dois procedimentos na mesma sessão nesses pacientes. Agora, se for um paciente que está pagando aos poucos ou então o paciente vai e faz o plano na hora e já é atendido, aí você não tem garantia se ele vai continuar, aí você não pode fazer, tem que fazer só um procedimento. Se fizer dois procedimentos, você não vai receber, E aí cada paciente tem direito a uma consulta semanal. (C)*

*...você só pode fazer o que está na ficha. Se não tiver na ficha, tem que preencher uma autorização. Porque não pode*

*voltar de novo para o exame inicial, só com 6 meses Então pra ele não ter que ficar esperando 6 meses pra fazer a obturação, a gente preenche o termo dizendo porque é que vai fazer pra poder ser feito. (D)*

*É assim: o plano de tratamento que vem lá do exame inicial eu não... Hoje em dia eu não posso mexer no que tem, no que está no exame inicial. O exame inicial está botando qualquer mancha que encontra, porque lá no clínico eu decido se é cárie ou se é mancha, porque se ele não botar eu vou ficar sem poder fazer, vou ter que pedir uma autorização pra ser feito e é mais complicado. É melhor ele colocar a manchinha e se não for, explica pro paciente que não precisa ser feito, ele colocou porque é uma mancha. É melhor do que ficar faltando. Agora, quando chega lá, eu geralmente tenho minha ordem. Eu começo no quadrante superior direito, esquerdo... Mas por exemplo, o paciente chegou com uma urgência, com um dente que está incomodando, aí eu quebro a ordem e vou fazer o que o paciente está solicitando, mas eu, pelo menos, tenho autonomia de escolher.*

*Não pode mais fazer mais de um procedimento. Glosa. Tava acontecendo muito. Primeiro eu nunca fiz, porque não dá tempo. Eu não sei como é que uma pessoa consegue em dez minutos fazer uma obturação que preste. Não tem como. Só se for aquela de ponta, e olhe lá! E geralmente não é. Porque os pacientes de plano têm muita coisa pra fazer, tem a boca todinha. Então, eu nunca fiz. Só que teve uma época, agora recente, que os dentistas podiam fazer duas de quadrantes diferentes, só que o que foi que aconteceu... teve até uma auditoria porque eles descobriram que dentista*

*fazendo obturação de dente que não existia ou o mesmo dente sendo obturado mais de 2 vezes. Aí não pode mais. É glosado. Se você fizer, você não ganha pelo que fez. (D)*

#### *Atendente de Consultório Dentário (ACD)*

Como já discutido, a Atendente de Consultório Dentário (ACD) tem por função ajudar o dentista em seu consultório, realizando diversas funções. No entanto, pelo costume de trabalhar só, adquirido desde a escola, o auxiliar é reservado para trabalhos de esterilização de instrumentos, agendamento de pacientes, arrumações, cobranças, telefonemas, etc. Essa é uma utilização muito limitada da auxiliar.

Todos os dentistas entrevistados trabalham com o auxílio de um ACD, mas pudemos detectar diferenças significativas entre as funções desempenhadas por estas auxiliares dentro das diversas organizações de trabalho.

Os ACD dos consultórios particulares acumulam mais funções que os ACD que trabalham nos planos de saúde bucal. Isto porque os primeiros desempenham atividades administrativas, sendo responsáveis pelo controle do movimento financeiro, cobrança de clientes, controle de material do consultório, organização do consultório, marcação dos pacientes, recepção dos pacientes, preencher e anotar fichas clínicas e manter em ordem arquivo e fichário e pelas atividades clínicas de preparar o paciente para o atendimento, auxiliar no atendimento, instrumentar o cirurgião-dentista junto à cadeira operatória, promover isolamento do campo operatório, manipular materiais de uso

odontológico, revelar e montar radiografias intra-orais, realizar lavagem, desinfecção e esterilização do instrumental e do consultório, dentre outros.

Já nos consultórios dos planos de saúde bucal, os ACD só realizam algumas funções das atividades clínicas. As atividades clínicas ficam a cargo de recepcionistas que existem na clínica. Dependendo do plano de saúde bucal, o dentista tem um atendente só para ele ou um ACD auxiliando dois ou mais consultórios. Nos planos onde existe um ACD para cada dentista, o ACD realiza as seguintes funções: preparar o paciente para o atendimento, auxiliar no atendimento ao paciente, instrumentar o cirurgião-dentista junto à cadeira operatória, manipular materiais de uso odontológico, realizar lavagem, desinfecção e esterilização do instrumental e do consultório. Nos consultórios onde existe apenas um ACD para dois ou mais dentistas, o trabalho do ACD junto ao dentista é muito limitado. Resume-se basicamente a levar e trazer material e instrumental para o dentista, além de fazer a lavagem e esterilização do instrumental. Isso dificulta o trabalho do dentista, pois quanto menos funções o ACD tiver, mais funções o dentista terá de desempenhar, acarretando uma sobrecarga de trabalho para este profissional.

*Geralmente fica uma ACD para dois consultórios. Tem a esterilização paralela, que elas são responsáveis também. Aí ela tem que atender dois consultórios, lavar material, embalar material, esterilizar material e atender dois consultórios de dentista. (C)*

*... uma atendente para 3 consultórios (D)*

Algumas queixas recorrentes dos dentistas que trabalham nos consultórios dos planos de saúde bucal em relação aos ACD é que, em geral,

elas são estagiárias do curso de auxiliar de enfermagem, o que dificulta o trabalho. Isso é verificado na seguinte verbalização:

*Muitas delas são auxiliar de enfermagem, não são nem ACD e estão trabalhando lá. Atrapalha também a gente. (D)*

Outra queixa é em relação à falta de treinamento, até mesmo por serem auxiliares de enfermagem, mas mesmo as que não são, deixam muito a desejar em relação ao atendimento e, principalmente, à esterilização do instrumental, o que pode ser percebido na seguinte verbalização:

*Eu acho que precisa ter um treinamento para as ACD, para elas esterilizarem o material de forma certa. (D)*

Ainda outra queixa esta relacionada à rotatividade de ACD, ou porque há um rodízio e o mesmo auxiliar não permanece todos os dias com o mesmo cirurgião-dentista, ou porque esses auxiliares não permanecem muito tempo na mesma clínica, provavelmente por serem estagiárias, ou ainda porque a política da empresa é promover um rodízio de ACD dentre as várias clínicas pertencentes a ela.

*...eles inventam lá uma certa rotatividade, ou seja, uma ACD que fique comigo dois meses, no 3o. mês já colocam outra. Aí aquela que não sabe fazer nada [...] eu tenho que ensinar tudo de novo, aí quando ela aprende, já põe outra. Então a rotatividade é muito grande ou porque eles querem que faça essa rotatividade ou porque elas saem. Tem muita troca de atendente. (E)*

Apesar de o dentista às vezes referir a presença da ACD como um empecilho para um atendimento mais fácil e rápido, vale salientar que, na verdade, a ACD proporciona ao cirurgião-dentista uma diminuição da sua carga de trabalho, sendo um apoio valioso dentro do consultório dentário.

### *Trabalho a Quatro Mãos*

O trabalho a 4 mãos ainda não é aproveitado de forma significativa pelos dentistas. A prova disso é que dentre os profissionais entrevistados, somente os que trabalham em seus próprios consultórios particulares utilizam este método de trabalho. Mesmo assim, eles relatam que só o utilizam em casos onde o atendimento é mais complicado e criterioso, sendo necessário que o ACD não realize outra função durante o atendimento. Os dentistas que trabalham nos planos de saúde bucal, mesmo que tenham um ACD só para si, não realizam este trabalho, seja por falta de treinamento ou por falta de um mocho para que seja realizado o trabalho a 4 mãos. Nos planos de saúde bucal onde o ACD atende dois ou mais consultórios, além da falta do mocho e, possivelmente, de treinamento, este tipo de trabalho fica impossibilitado pelo grande acúmulo de funções do atendente, como podemos ver nas seguintes verbalizações:

Dentistas de consultório particular:

*...sempre eu procuro trabalhar a 4 mãos. Facilita bastante.*

*(B)*

*Trabalho [a 4 mãos]. O ideal é que tivesse uma atendente, duas. É que o ideal nem sempre é permitido, por conta de atender telefone e auxiliar ao mesmo tempo, embora que em*

*procedimentos que requerem mais atenção como cirurgia, a gente desliga o telefone, ninguém atende mais nada e fecha a porta. Não quero saber de ninguém. (A)*

Dentistas de planos de saúde bucal:

*Na Y, cada dentista tem uma ACD, só que é assim, é que não trabalha a 4 mãos, ela só fica do seu lado, mas não tem trabalho a 4 mãos, certo? (D)*

*[Tem trabalho a 4 mãos?] Nem pensar! Não tem trabalho a 4 mãos. Nunca existiu! (C)*

*O trabalho a 4 mãos como é pra ser, não existe. ,No máximo ela [a ACD] às vezes vem e eu peço pra ela ajudar ali no sugador, assim num preparo muito lá atrás, mais difícil, mas sentar lá, a 4 mãos, realmente me ajudar, junto ao dentista, não. (F)*

#### *Relação Dentista-Paciente*

De acordo com os entrevistados, no consultório particular a relação dentista-paciente é favorecida pelo maior tempo que o profissional dispõe durante a consulta. Normalmente esses profissionais realizam um exame, explicam ao paciente o tratamento que deverá ser realizado, tirando dúvidas que porventura o paciente possa vir a ter. Além disso, o dentista fornece algumas orientações acerca de saúde bucal ao seu paciente. Isso independe do fato do paciente ser particular ou pertencer a algum tipo de convênio odontológico.

Já nos consultórios dos planos de saúde bucal, os entrevistados relatam o pouco tempo que dispõem com o paciente, fator que dificulta muito a relação

com o paciente. Isso impede muitas vezes que o profissional oriente o paciente. Além disso, fatores como a rotatividade de dentistas dentro do convenio e de dentistas durante o tratamento também impossibilitam um melhor relacionamento entre dentista e paciente.

*O paciente já vai em geral, já conclui o tratamento clínico e vai fazer a prótese que ficou faltando. Ou então ele faz, está fazendo um tratamento de endo e de repente, o dente quebrou, tem que fazer uma coisa ou então eu só pego ele para fazer, assim, realmente a prótese. Eu não acompanho todo o histórico bucal dele. Agora, assim eu ainda acho por incrível que pareça, que na prótese devido ter aquela coisa do paciente vir, e eu ter que concluir a prótese dele, ou seja, ter todo o acompanhamento daquela prótese, eu acabo tendo, eu tento manter um vínculo até porque, assim, é, paciente de prótese envolve muito o psicológico. Então, assim, eu sempre tento com meus pacientes, tento assim, passar toda uma confiança, eu sei, é difícil pelo tempo que não é grande, mas eu tento sempre assim, ao mesmo tempo em que estou atendendo, eu estou explicando o que eu estou fazendo, eu tento pegar o tempo que é curto e fazer com que ele não chegue lá e deite e eu faça e ele saia sem eu ter falado nada. Então assim, eu acabo mantendo um contato. É tanto que eu tenho uma facilidade de decorar nomes, a pessoa entra, às vezes ela passa 6 meses sem ir, vai fazer um ajuste e eu lembro do que foi que eu fiz, eu até tento manter, agora, claro, não é o ideal de dizer assim: ah, o paciente vem e você vai fazer todo um relato, um histórico realmente, devido à saúde bucal dele, aí não tem condição, realmente não dá, é mais realmente direcionado para a*

*prótese, embora eu tente manter uma relação boa, pelo menos até terminar o tratamento. (E)*

*No consultório particular eu acho que essa relação com o paciente melhora muito. Por que realmente no meu consultório particular eu não tenho muitos pacientes e aí uma coisa que eu faria em meia hora no plano, eu já posso fazer em uma hora no meu consultório, já conversando mais e explicando melhor. Ou seja, no meu consultório eu não sou só protesista, eu já atendo clínica também. Se o paciente chega lá, eu vou olhar toda a boca dele realmente, porque vou fazer todo o procedimento clínico. Eu acabo tendo uma relação melhor porque vou fazer um atendimento geral também, não só o especializado. (E)*

*O relacionamento é péssimo. Porque a gente não tem tempo nem de explicar direito para o paciente o plano de tratamento ou nem orientar como se deve escovar os dentes e passar o fio porque só tem dez minutos e mal dá para fazer um exame que preste e uma limpeza, então o relacionamento é muito superficial, demais. E o paciente não tem nenhum vínculo a mais com o dentista, porque ele nem tem uma frequência com o mesmo dentista. Ele começa com um, vai para outro, vai para outro, um faz extração, o outro faz isso ele não fica nem com o mesmo dentista. Ele não pode nem escolher. Então não existe. O relacionamento é dificultado tanto pelo tempo como pela rotatividade do dentista. Além disso, o profissional muitas vezes só dura um, dois meses num plano desses. A maioria pelo menos. A rotatividade de dentista dentro do plano é muito grande. (C)*

*Nem dá tempo [de ter uma boa relação dentista-paciente], porque cada semana é um dentista diferente. O que eu*

*tenho notado muito hoje em dia é que o paciente chega, começa o tratamento com um e na outra semana já é outro dentista. Não está passando nem uma semana com o mesmo dentista. Não está passando nem uma semana. Olhe, eu que estou com 1 ano lá sou a mais antiga do clínico. [...] Depois de mim, assim, eu não sei nem quantas vezes mudou de dentista. Tem dentista que passa uma semana, na outra já é outro dentista. Então o paciente volta e não tem mais aquele dentista que atendeu na outra vez. O paciente reclama porque o paciente gosta de ser atendido pelo mesmo dentista, não gosta de ficar trocando porque vai ter aquela história todinha. Quando é um caso mais especial, você quer acompanhar de perto e não pode. Então o paciente não se sente seguro.(D)*

*Posso marcar novamente o paciente, mas eu nem gosto de fazer isso porque, assim, o paciente na maioria das vezes quer logo é terminar logo o tratamento. Ele marca logo na primeira vaga que encontra. Ele marca o que tem mais cedo e geralmente, assim, hoje em dia, como eu estou há um ano, tem paciente que só faz o tratamento comigo, aí fica aquela história, demora mais um pouquinho pra marcar. E quando só pode à noite, eu não estou todo dia à noite. Aí fica demorando, aí os pacientes que querem terminar logo mesmo, eles marcam pra quem tem mais perto a vaga. Aí fica esse probleminha. E às vezes eles marcam e não gostam, aí eles voltam. (D)*

### 3.4 PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DE CADA TIPO DE SERVIÇO

Os Quadros 5, 6, 7 e 8 mostram um resumo dos principais pontos negativos e positivos em relação a cada tipo de serviço, segundo as informações dos entrevistados.

Quadro 5: Consultório particular – paciente particular, pontos positivos e negativos.

<b>PONTOS POSITIVOS</b>	<b>PONTOS NEGATIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior gratificação pessoal</li> <li>• Consultório planejado para o profissional, que o considera sua segunda casa, por isso, as condições físicas de trabalho são melhores</li> <li>• ACD treinada para auxiliá-lo, tornando mais fácil sua tarefa</li> <li>• Melhor remuneração</li> <li>• Liberdade de horário, de realizar plano de tratamento da maneira mais conveniente para o profissional e para o paciente – tratamento mais rápido</li> <li>• Flexibilidade de horário de atendimento</li> <li>• Melhor relação com o paciente</li> <li>• Maior tempo para atendimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter que reinvestir o dinheiro recebido nos tratamentos no consultório e ter que se preocupar em administrá-lo, controlando, além de contas a pagar normalmente como aluguel e condomínio, o material e a atendente.</li> <li>• Ter que conversar o lado financeiro com o paciente</li> <li>• Limitação financeira do paciente</li> <li>• Abranger somente uma pequena parcela da população</li> </ul>

Quadro 6: Consultório particular – paciente de convênio, pontos positivos e negativos.

<b>PONTOS POSITIVOS</b>	<b>PONTOS NEGATIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• São pacientes potencialmente particulares por causa dos procedimentos que não são cobertos pelo plano de saúde bucal.</li> <li>• Segurança do pagamento mensal</li> <li>• Maior gratificação pessoal</li> <li>• Consultório planejado para o profissional, que o considera sua segunda casa, por isso, normalmente as condições físicas de trabalho são melhores</li> <li>• ACD treinada para auxiliá-lo, tornando mais fácil sua tarefa</li> <li>• Não ter que conversar o lado financeiro com o paciente em procedimentos cobertos pelo plano de saúde bucal</li> <li>• Melhor relação com o paciente</li> <li>• Maior tempo para o atendimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter que reinvestir o dinheiro recebido nos tratamentos no consultório ter que se preocupar em administrá-lo, controlando, além de contas a pagar normalmente como aluguel e condomínio, o material e a atendente.</li> <li>• Limitação no tratamento, pelo fato da cobertura do plano de saúde bucal e pelo número de procedimentos a serem realizados.</li> <li>• Regras a cumprir</li> </ul>

Quadro 7: Consultório dos Planos de Saúde Bucal – Clínico, positivos e negativos.

<b>PONTOS POSITIVOS</b>	<b>PONTOS NEGATIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não ter custo para manter o consultório nem ter que se preocupar em administrá-lo. O dinheiro que recebe mensalmente não necessita ser reinvestido no consultório.</li> <li>• Segurança de pagamento mensal</li> <li>• Não ter que conversar o lado financeiro com o paciente</li> <li>• Material e luvas do plano</li> <li>• Abranger parte da população que não tem acesso ao consultório particular</li> <li>• Profissional aprende a ter mais agilidade devido à alta demanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa remuneração</li> <li>• Limitação no tratamento, pelo fato da cobertura do plano de saúde bucal e pelo número de procedimentos a serem realizados</li> <li>• Regras a cumprir</li> <li>• Não realizar trabalho a 4 mãos</li> <li>• Ter apenas uma ACD para mais de um dentista</li> <li>• Treinamento das ACD deficiente</li> <li>• Não oferecem EPI (só as luvas) (alguns – não descartáveis) nem canetas de baixa e alta rotação</li> <li>• Relação com o paciente prejudicada</li> <li>• Pouco tempo de atendimento ao paciente</li> <li>• Maior pressão em relação à produção</li> <li>• Instabilidade de emprego (sem “vínculo empregatício”)</li> <li>• Material de qualidade não muito boa (alguns)</li> <li>• Condições físicas e de apoio não muito boas</li> <li>• Trabalho sem qualidade de para o dentista</li> <li>• Esterilização deficiente (alguns)</li> <li>• Maior chance de infecções e intoxicação</li> <li>• Luvas reaproveitadas (alguns)</li> </ul>

Quadro 8: Consultório dos Planos de Saúde Bucal – Especialistas, positivos e negativos.

<b>PONTOS POSITIVOS</b>	<b>PONTOS NEGATIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não ter custo para manter o consultório nem ter que se preocupar em administrá-lo. O dinheiro que recebe mensalmente não necessita ser reinvestido no consultório.</li> <li>• Segurança de pagamento mensal</li> <li>• Não ter que conversar o lado financeiro com o paciente</li> <li>• Oferecem uma parte do material</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regras a cumprir</li> <li>• Não realizar trabalho a 4 mãos</li> <li>• Ter apenas uma ACD para mais de um dentista</li> <li>• Não oferecem todo o material nem EPI (alguns – não descartáveis) nem canetas de baixa e alta rotação</li> <li>• Relação com o paciente prejudicada</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abranger parte da população que não tem acesso ao consultório particular</li> <li>• Profissional aprende a ter mais agilidade devido à alta demanda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouco tempo para o atendimento</li> <li>• Maior pressão em relação à produção</li> <li>• Instabilidade de emprego (sem “vínculo empregatício”)</li> <li>• Material de qualidade não muito boa (alguns)</li> <li>• Condições físicas e de apoio não muito boas</li> <li>• Treinamento das ACD deficiente</li> <li>• Esterilização deficiente (alguns)</li> <li>• Maior chance de infecções e intoxicação</li> <li>• Luvas reaproveitadas (alguns)</li> </ul>
---	--

### 3.5 DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Seguindo o método proposto por Lefèvre et al (2000) elaboramos três DSCs, um para os dentistas de consultórios particulares e dois para os dentistas que trabalham nos consultórios dos planos de saúde bucal, sendo um para os clínicos e outro para os especialistas. Na elaboração dos discursos, levamos em consideração não só os dados obtidos nas entrevistas, mas também os obtidos nas observações realizadas.

#### *Cirurgiões-Dentistas de Consultórios Particulares*

Eu não tenho horário fixo para trabalhar, o horário é para ser das 2 às 6, mas tem dias que eu fico até às 8, 9 horas. O turno nunca é de 4 horas. Geralmente é um turno de 6 horas. No final, eu acabo trabalhando uma média de dez a doze horas por dia.

Atendo em torno de 12, 13 pacientes por dia, dependendo de cada procedimento. O tempo médio de consulta é de 40, 45 minutos por paciente. Se for um procedimento mais demorado, como uma cirurgia, este tempo pode

ser de uma hora e meia a duas horas. Dependendo do dia, então, este número de pacientes pode até diminuir. Se for um dia que tiver muitas urgências ou perícias, que exige um tempo menor de consulta, o número de pacientes pode aumentar.

Em geral, eu não faço pausas planejadas para fazer um alongamento. Normalmente esqueço até de comer, de beber água, de fazer qualquer coisa. Agora, quando dá uma pausa, ou seja, quando falta um paciente ou quando este se atrasa por algum motivo, então me lembro de me alimentar ou de me alongar ou de alguma coisa assim, mas geralmente não acontece.

Em relação aos pacientes particulares, eu tenho total liberdade para fazer o plano de tratamento e aí também sempre ofereço várias opções para o tratamento, em relação aos tipos de material e ordem dos procedimentos e aí a pessoa fica livre para escolher.

Eu acho que existem várias vantagens no plano de tratamento do paciente particular: em relação à minha liberdade de atendimento, o horário, tudo é muito bom. Porque, se eu tiver que repetir alguma restauração, tiver que bater uma radiografia, ou se eu estiver fazendo um tratamento e de repente muda o plano de tratamento na hora, então eu tenho toda liberdade. Além disso, um ponto positivo do particular é a liberdade que eu tenho de o paciente chegar e de eu realizar um plano de tratamento mais adequado, eu tenho mais liberdade de planejar, de mudar o tratamento na hora, dependendo da conveniência do paciente ou não, então é uma liberdade maior que eu tenho dentro do tratamento do paciente. Realmente eu acabo me sentindo um profissional mais autônomo. A maior desvantagem para este tipo de paciente é a limitação financeira.

Quanto ao plano de tratamento do paciente do plano de saúde bucal, mesmo atendendo dentro do consultório particular, vai depender do tipo de plano que o paciente aderiu. Cada plano apresenta um conjunto de procedimentos o qual o paciente tem direito de realizar com o dentista credenciado ao plano. Estes procedimentos variam muito de um convênio para outro. Alguns convênios só irão cobrir procedimentos básicos, como restaurações de amálgama, algumas restaurações de resina e exodontias. Outros planos dão uma cobertura melhor, oferecendo ao cliente todos os tipos de restaurações, sejam elas de amálgama ou de resina, exodontias, cirurgias periodontais, alguns tipos de prótese, cirurgias de remoção de terceiros molares e endodontias. Mesmo não cobrindo todos os tipos de procedimentos nem todos os materiais, a gente sempre conversa e explica para o paciente que existe outro tipo de tratamento, se ele quer optar ou não. Então fica uma coisa livre para a pessoa.

Na maioria dos convênios, o paciente tem que fazer uma perícia com um dentista específico oferecido pelo convênio. Só que o plano de tratamento quem executa sou eu, não é o perito. Uma vantagem para dos convênios é que todos os pacientes de planos são potencialmente pacientes particulares, por conta dos procedimentos que não são cobertos pelos convênios. A desvantagem é que eu me sinto mais um funcionário. Eu tenho que seguir aquelas regras, tenho que fazer exatamente aquilo que o convênio determina. Outra desvantagem é número limitado de procedimentos por semana ou por mês que eu posso realizar. Normalmente, eu só posso fazer 4 procedimentos por mês, então, tem convênios que naturalmente já fazem o paciente ficar mais tempo no consultório, vir mais vezes. Tem até alguns convênios que

recomendam que o dentista só faça um procedimento por semana. Alguns convênios também só permitem que o dentista só realize um número determinado de procedimentos que corresponda a uma quantia determinada em dinheiro. Se eu ultrapassar o número de procedimentos ou da quantia, só poderei receber no mês seguinte.

A remuneração também varia de acordo com o tipo de paciente e com o tipo de convênio que este pertence. Os pacientes particulares fornecem o melhor tipo de remuneração. Os problemas deste tipo de paciente é que somente uma pequena parcela da população pode usufruir deste tipo de serviço e a cobrança que é muito embaraçosa de ser realizada.

Nos convênios é diferente. Alguns convênios a remuneração é tão baixa que realmente não tem como fazer um atendimento, com a qualidade que eu desejo. Normalmente eu acabo optando por trabalhar com cooperativas ou então com convênios que tenham uma remuneração melhor. O preço de cada procedimento varia de acordo com o convênio. O que normalmente existe nos convênios é um teto de produção máxima. A forma de pagamento também é diferente. Em alguns convênios, tem um dia determinado para dar entrada. Se eu der entrada no final do mês, eu recebo com trinta dias. Ou então eu entrego a ficha no começo do mês e no próximo mês eu recebo o pagamento.

As desvantagens do convênio são que existe um teto de produção e alguns convênios demoram muito a entregar o dinheiro, alguns chegam a pagar após seis meses; que alguns convênios apresentam uma remuneração muito baixa. A maior vantagem é a segurança do pagamento, a segurança de que eu vou receber aquele dinheiro sem ter que cobrar ao paciente. Outra vantagem é que aumentar o fluxo de paciente no meu consultório porque tem

muita coisa também que o convênio não cobre, aí eu acabo fazendo um procedimento particular.

Quanto ao requisito ACD, eu sempre trabalho com o auxílio de uma ACD. Embora eu não trabalhe sempre a 4 mãos, sempre que existe um procedimento mais complicado, eu realizo este tipo de atendimento, o que facilita bastante. Normalmente, como a ACD está acostumada ao meu tipo de atendimento, a ACD torna o meu trabalho mais rápido e cômodo. O ideal é que tivesse uma atendente a mais, duas. É que o ideal nem sempre é permitido, por conta de atender telefone e auxiliar ao mesmo tempo, embora que em procedimentos que requerem mais atenção como cirurgia, eu desligo o telefone, ninguém atende mais nada e fecha a porta. A presença da ACD é muito importante.

#### *Cirurgiões-dentistas de Planos de Saúde Bucal - Clínicos*

Eu trabalho para convênios, mas não em meu próprio consultório, e sim em consultórios pertencentes à empresa do plano de saúde bucal, trabalhando como clínico. Não é considerado que exista vínculo empregatício entre mim e a empresa do plano de saúde bucal. Eu trabalho como prestador de serviço para estas empresas.

Os turnos de trabalho são de quatro horas ou de seis horas, dependendo do plano de saúde bucal. Pode ser de oito às doze, doze às quatro e de quatro e meia às oito e meia da noite. Ou também pode ser de oito às doze e de catorze às vinte horas. Dentro deste tipo de serviço já tem tudo determinado, já tem todas as regras do que eu tenho que fazer. É só obedecer.

Em relação à marcação de pacientes, os pacientes são marcados de 20 em 20 minutos, mas a cada meia hora tem um encaixe, que quer dizer que está marcado um paciente a cada dez minutos. Fora as urgências, fora a fluoroterapia e fora o Rx, que agora de vez em quando eles estão encaixando. Ao todo, por turno de trabalho, eles tãõ marcando 20, 23 pacientes. Isso quer dizer que em um dia, são marcado 40, 46 pacientes. É muito paciente porque você leva em consideração que não tem urgência marcada. No entanto, o índice da faltas é relativamente alto, mas são atendidos, em média, dezoito pacientes num turno de quatro horas, ou trinta e seis em um dia de trabalho de oito horas. Se eu quiser, como eu posso optar por ganhar por produção, eu posso pedir que sejam marcados mais pacientes para mim. O que ocorre é que o tempo de consulta não é o tempo necessário que eu acho que deve ter para realizar um procedimento de qualidade.

Além dessa grande quantidade de pacientes marcados e atendidos, não existem pausas entre as consultas. Só se o paciente faltar ou se atrasar, mas pausas fixas não têm. Não tem pausa nem pra tomar água.

Quanto ao plano de tratamento, o paciente vai, faz o plano de tratamento e faz a limpeza, que é o primeiro procedimento. É feito por um dentista específico, o dentista do exame. Aí é mandado para mim, que vou fazer o tratamento do jeito que ele quiser. Agora, existe um período que eu não posso fazer o mesmo procedimento nesse período. Limpeza, eu só posso fazer de seis em seis meses. Se eu fizer antes desse período, porque o paciente precisa de mais de uma limpeza em menos de seis meses, eu não recebo por aquele procedimento. Uma restauração também eu só posso fazer uma

restauração, por exemplo, se eu fizer uma restauração de resina e ela cair, eu faço de novo, mas só recebo da primeira vez. E a limpeza também.

Além disso, cada paciente tem direito a apenas uma consulta por semana e apenas um procedimento clínico por consulta. No entanto, em alguns convênios existem algumas exceções. Em alguns convênios existem os pacientes que são chamados de pacientes fiéis que são de empresa ou o paciente que já colocou, por exemplo, ele já pagou quase o plano todo, por exemplo, ele já pagou no cartão seis meses de mensalidade. Esses são chamados de pacientes fiéis. Nesses pacientes, eu posso fazer dois procedimentos na mesma sessão nesses pacientes. Agora, se for um paciente que está pagando aos poucos ou então o paciente vai e faz o plano na hora e já é atendido, aí o convênio não tem garantia se ele vai continuar, aí eu não posso fazer, tenho que fazer só um procedimento. Se eu fizer dois procedimentos, eu não recebo.

Quando eu recebo a ficha vindo do dentista do exame com todos os procedimentos que devem ser realizados, eu tenho toda a autonomia de escolher plano de tratamento do paciente, no entanto, eu só posso fazer o que está na ficha. Só escolho a ordem que vou realizar os procedimentos que estão na ficha. Se não tiver na ficha, tenho que preencher uma autorização. Porque o paciente não pode voltar de novo para o exame inicial, só com 6 meses. Então pra ele não ter que ficar esperando 6 meses pra fazer a obturação, eu preencho um termo dizendo porque é que ele vai fazer aquele procedimento para poder ser feito.

Em alguns planos de saúde bucal, não existe o dentista do exame. O exame inicial ou perícia é realizado pelo próprio dentista clínico, como eu.

Neste tipo de plano de saúde bucal, eu tenho mais autonomia de modificar o plano de tratamento. Além do mais, eu decido quais procedimentos vou realizar no paciente e a ordem de execução destes. No entanto, normalmente eu também só posso realizar um procedimento por consulta e o paciente só tem direito a uma consulta por semana.

Um ponto muito delicado diz respeito às ACD. Em primeiro lugar, não existe uma ACD para cada dentista. Geralmente fica uma ACD para dois ou três consultórios. Tem a esterilização paralela, que elas são responsáveis também. Aí ela tem que atender dois consultórios, lavar material, embalar material, esterilizar material e atender dois consultórios de dentista. Além disso, muitas delas são auxiliar de enfermagem, não são nem ACD e estão trabalhando lá, o que acaba atrapalhando o atendimento. O que se pode perceber é que estas ACD precisam de um treinamento maior, principalmente no que diz respeito à esterilização. Em alguns convênios, existe uma ACD para cada dentista, mas o treinamento ainda é deficiente.

No que se refere ao trabalho a 4 mãos, os planos de saúde bucal deixam muito a desejar. Não existe trabalho a 4 mãos. Não tem trabalho a 4 mãos. Nunca existiu. Mesmo nos planos de saúde bucal que existe uma ACD para cada dentista, ela não trabalha a 4 mãos, ela só fica do seu lado, mas não tem trabalho a 4 mãos.

A remuneração é um ponto crítico, onde a insatisfação é muito evidente. Eu posso ganhar por produção ou por hora. Por hora, dependendo do plano de saúde bucal, eu posso ganhar desde R\$ 5,44 por hora, mais uma pequena gratificação (cerca de 120 reais) e produção (cerca de 40 reais) até R\$ 8,25 por hora trabalhada. Por produção, eu recebo de acordo com o que eu produzo.

Cada plano de saúde bucal possui uma tabela com os preços de cada procedimento. E aí a média do valor de cada procedimento é de dois e cinquenta, três reais. Os valores são mais ou menos os seguintes: Uma restauração de amálgama é R\$ 3, sendo que se a restauração do paciente cair e ele tiver que fazer novamente, ele só recebe uma vez; R\$ 0,90 um Rx, e tem dentista que paga a ACD pra bater, porque esse valor não paga nem o trabalho de se levantar e ir lá no consultório e ir bater; a prescrição é R\$ 0,70; e eu ainda pago R\$ 200 de aluguel por mês; e desconta INSS e ISS do salário final. Eu ganho pouco e ainda atrasa.

Além de os valores serem baixos e eles descontarem muito ainda tem o teto, que o problema da produção é o teto. O que passar do teto fica retido, eu não recebo, fica pra empresa. Por exemplo, se o teto é R\$ 1100 e eu produzi R\$ 2000, fica o resto pra empresa, ou seja, R\$ 900.

Eu considero o meu relacionamento com paciente péssimo, porque não tenho tempo nem de explicar direito para o paciente o plano de tratamento ou orientá-lo como se deve escovar os dentes e passar o fio porque só tenho dez minutos e mal dá para eu fazer um exame que preste e uma limpeza, então o relacionamento é muito superficial, demais. E o paciente não tem nenhum vínculo a mais comigo, porque ele nem tem uma frequência de atendimento somente comigo. Ele começa com um, vai para outro, vai para outro, um faz extração, o outro faz isso ele não fica nem com o mesmo dentista. Ele não pode nem escolher. Então não existe. O relacionamento é dificultado tanto pelo tempo como pela rotatividade do dentista. Além disso, o profissional muitas vezes só dura um, dois meses num plano desses. A maioria pelo menos. A rotatividade de dentista dentro do plano é muito grande. O paciente reclama

porque o paciente gosta de ser atendido pelo mesmo dentista, não gosta de ficar trocando porque vai ter aquela história todinha. Quando é um caso mais especial, você quer acompanhar de perto e não pode. Então o paciente não se sente seguro.

### *Cirurgiões-dentistas de Planos de Saúde Bucal - Especialistas*

Eu trabalho para convênios, mas não em meu próprio consultório, e sim em consultórios pertencentes à empresa do plano de saúde bucal, e trabalho como especialista. A organização do meu trabalho difere um pouco daquela vista pelos dentistas clínicos que trabalham na mesma empresa.

Eu presto serviço para a empresa em que trabalho. Existe uma desvantagem em ser prestador de serviço que é a questão de eu estar em um local em que eu não tenho todos os meus direitos preservados, eu estou ali sob pressão, nada é garantido. A qualquer momento se eles acham que eu errei nisso, então eles já podem retirar ou diminuir minhas fichas, ou seja, começam a fazer uma pressão para que eu queira sair. Então isso acaba causando um estresse no sentido que eu estou lá hoje, mas posso não estar amanhã. Então isso também é estressante porque eu sei que posso sair a qualquer momento e não tenho nenhum direito, pelo menos a princípio, eu vou ter que batalhar pra ver se consigo. Então eu acho que o principal fator negativo é a insegurança, no que tange a eu não poder nem ficar doente, eu não ter direito a nada do que a lei trabalhista diz dentro do plano X.

Quanto ao turno de trabalho, o horário sou eu quem faço. Isso quer dizer que se eu quiser trabalhar um turno de menos de quatro horas, ou mais de

quatro horas, é só eu escolher. Mas, normalmente, eu e os outros dentistas trabalhamos o turno de quatro horas, aproveitando o turno já estipulado pela empresa.

Quanto ao número de pacientes atendidos, em média, por turno de quatro horas, é em torno de doze pacientes, atualmente, com especialização, mas pode chegar a 15, no máximo também. Isso se for todas as pessoas, se não faltou nenhuma. Mas normalmente falta. Isso, porque o tempo médio de consulta por paciente é de 15 minutos. Este tempo pode ser aumentado se o procedimento do paciente exigir. Não é realizada pausa programada. A pausa somente é realizada se o paciente faltar ou se atrasar.

Esses pacientes chegam normalmente a mim após o término do tratamento dentário, tendo apenas esta última especialidade para realizar, por isso eu não me preocupo muito com o plano de tratamento.

A minha remuneração é a seguinte: eu ganho pelo que atendo. O paciente lá tem um desconto em cima de uma tabela já prevista, uma tabela que eles dizem que é uma tabela nacional de convênios e que o paciente tem um desconto de 50%. Disso, eu ganho 50% do que o paciente paga para a empresa, mas eu ainda tenho alguns custos, como a compra de alguns materiais. Então, a minha remuneração mensal é regulada de acordo com a quantidade de pacientes que eu atendo por mês. Existem algumas vantagens em relação a este tipo de serviço: o fato de eu ter uma remuneração, embora a renda seja um pouco variada, mas pelo menos eu sei que vou ganhar aquele mínimo. Isso já trás uma segurança, em saber que pelo menos naquele dia vou receber. E eles costumam pagar em dia. Isso aí é outro fator positivo.

Existe um certo nó em relação às ACD. Primeiro, é que não existe uma ACD para cada dentista. Normalmente uma ACD auxilia dois dentistas. Outra desvantagem é que eles inventam lá uma certa rotatividade, ou seja, uma ACD que fique comigo dois meses, no 3o. mês, já colocam outra. Aí aquela que não sabe fazer nada e eu tenho que ensinar tudo de novo, aí quando ela aprende, já põe outra. Então a rotatividade é muito grande ou porque eles querem que faça essa rotatividade ou porque elas saem. Tem muita troca de atendente. Outra desvantagem é a falta de treinamento para as ACD, que muitas vezes são estagiárias e que estão tentando aprender ali, mas que acabam atrapalhando o atendimento. Em relação ao trabalho a 4 mãos como é pra ser, não existe, no máximo ela às vezes vem e eu peço pra ela ajudar ali no sugador, assim num preparo muito lá atrás, mais difícil, mas sentar lá, a 4 mãos, realmente me ajudar, junto a mim, não.

A minha relação com os pacientes é facilitada pelo fato de que este deve ter uma certa confiança em relação a mim e sou eu quem vou acompanhar todo o tratamento especializado dele, embora eu não acompanhe toda a sua história clínica. Para transmitir esta confiança ao paciente, eu normalmente converso com ele a respeito do tratamento que será realizado e os possíveis resultados que serão obtidos. Esse paciente virá uma certa quantidade de vezes para mim. A desvantagem é que não serei o único dentista acompanhando toda a história de saúde bucal e geral do paciente.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentado no início desta dissertação, condições adversas de trabalho podem causar prejuízos à saúde do trabalhador, afetando sua saúde. Este estudo se concentrou principalmente sobre os fatores organizacionais do trabalho que afetam a saúde dos cirurgiões-dentistas, sem, é claro, pretender esgotar um assunto tão complexo.

De uma maneira geral, o estudo mostrou que as condições de trabalho encontradas nos locais analisados são totalmente desfavoráveis à saúde dos profissionais. Além de expor o profissional a riscos e agravos diretos à sua saúde, as condições adversas encontradas causam insatisfação profissional e interferem de forma negativa na relação cirurgião-dentista/paciente.

O trabalho é parte da vida, uma grande parte dela. Devemos fazê-lo com prazer. Para isso, devemos ter, durante o exercício do trabalho, condições agradáveis e confortáveis.

Os resultados deste trabalho mostram que há diferenças nas condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas no atendimento ao paciente de forma particular ou conveniada. Essas diferenças aparecem nas condições físicas dos consultórios. No entanto, essas diferenças mostram-se de forma mais acentuada em relação à organização do trabalho destes profissionais.

Todas as condições de trabalho influem de forma direta ou indireta na saúde do trabalhador. No entanto, as condições organizacionais ganham força e destaque por seu efeito insidioso, provocando um mal estar crescente em todas as categorias profissionais. Esse efeito tem sido denominado genericamente de estresse decorrente do trabalho.

O sistema privatizado vem crescendo de forma espantosa, abarcando parte considerável dos cirurgiões-dentistas que, como discutido nesta

dissertação, estão expostos a condições de trabalho adversas, como por exemplo a baixa remuneração, pouco tempo de atendimento, grande número de pacientes para atender, dentre outras, que podem trazer prejuízos à saúde do profissional. Cabe aos próprios profissionais, juntamente com as entidades representativas da categoria, conscientizarem-se e, através de um esforço coletivo, começarem a impor limites nesta situação. Quanto às condições de trabalho adversas dentro do consultório particular, como as longas jornadas de trabalho, cabe uma melhor orientação deste profissional acerca das desvantagens causadas por este tipo de prática, de tal forma que o próprio profissional possa modificar suas condições de trabalho a fim de obter uma melhoria na sua qualidade de vida. Conscientização e orientação. Essas são as duas palavras-chave para proporcionar ao cirurgião-dentista uma melhor condição geral de trabalho e de vida.

Esses esforços devem ser direcionados às condições físicas e organizacionais, principalmente estas últimas, que devem ser modificadas, em especial nos consultórios odontológicos pertencentes às empresas de planos de saúde bucal, garantindo aos profissionais condições básicas de trabalho para que eles atendam com conforto e qualidade. Isso, além de se refletir nas condições gerais de saúde do profissional, provavelmente garantirá um melhor atendimento ao paciente.

Não existem, na realidade, condições de trabalho que sejam totalmente ideais, mas estas devem ser, no mínimo, satisfatórias para que o profissional desfrute de certo grau de saúde, conforto e qualidade de vida. Além disso, as condições de trabalho acabam afetando o atendimento ao paciente e, conseqüentemente, a relação do cirurgião-dentista com sua clientela. A

satisfação pessoal e profissional também é afetada por condições favoráveis ou desfavoráveis de trabalho, sejam elas físicas ou organizacionais, atuando com maior ou menor intensidade.

O ideal seria que o cirurgião-dentista fosse o responsável direto pelas condições físicas de seu ambiente de trabalho, visto que os resultados desse estudo mostraram que quando estes são responsáveis por estas condições estas se apresentam mais adequadas. O fato do profissional estar diretamente exposto a estas condições e sofrer de forma visível os danos causados por elas, permite que ele, mais do que ninguém, seja capaz de determinar as modificações a serem feitas.

Em relação às condições organizacionais, outros estudos abordando aspectos mais específicos de cada um dos itens citados pelos profissionais nesta pesquisa poderiam clarificar e aprofundar alguns dos resultados obtidos aqui e contribuir de forma efetiva para uma mudança na qualidade de vida e saúde dos cirurgiões-dentistas.

Estes estudos seriam de grande interesse e importância para a saúde pública, pois podem subsidiar novas políticas públicas e beneficiar tanto a categoria odontológica, de forma direta, como a população em geral, de forma indireta, uma vez que, sem dúvida, resultariam em um melhor atendimento.

Para a proteção à saúde dos trabalhadores há, no Brasil, uma legislação bastante pertinente, que é desconhecida por boa parte dos profissionais, inclusive pelos cirurgiões dentistas, como ficou demonstrado nesta pesquisa. A prevenção também é desconhecida ou ignorada pela maioria dos profissionais.

Ao finalizar esta dissertação, podemos dizer que ainda restam muitas lacunas a serem preenchidas e muitas perguntas a serem respondidas em

relação às condições organizacionais de trabalho dos cirurgiões-dentistas. Estas dizem respeito principalmente ao papel dos planos de saúde bucal nesta fase do capitalismo e a transformação de uma profissão, antes conhecida como liberal, ao assalariamento e a outras condições trabalhistas, nem sempre favoráveis, com o conseqüente impacto sobre o atendimento da população. Os pesquisadores da saúde pública não podem se furtar ao aprofundamento dessas questões sob pena de não alcançar seu objetivo primordial: a saúde como um direito de todos os cidadãos.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERGO. *A certificação do ergonomista brasileiro*. Editorial do Boletim da Associação Brasileira de Ergonomia, 1, 2000.

ABRAHÃO, J. I. *Ergonomia: modelo, métodos e técnicas*. Apostila. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília: UNB, 1993.

ASSADA, R. M. A inovação da odontologia [artigo científico], 2000. Disponível em: [www.sinog.com.br](http://www.sinog.com.br). Acesso em 11/2004.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*; 7 (4): 709-17, 2002.

BASTOS, N. M. G. *Introdução à Metodologia do Trabalho Acadêmico*. 2 ed., Fortaleza: Gráfica e Editora Nacional, 2004.

BAÚ, L. M. S. *Fisioterapia do Trabalho: Ergonomia - Legislação - Reabilitação*. Curitiba: Clã do Silva, 2002.

BRASIL. Lei 3999, de 15 de dezembro de 1961. Altera o salário mínimo dos médicos e cirurgiões dentistas. *Diário Oficial da União*, 1961.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 1990.

\_\_\_\_\_. Lei 8112, de 11 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 1991.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar 101, de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2000

CFO – CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. *Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia*. Brasília: CFO, 2005.

CHAVES, M. M. *Odontologia Social*. 3 ed., São Paulo: Artes Médicas, 1986.

CRUZ, J. S.; COSTA, L. O. M.; PAIXAO, H. H.; PORDEUS, I. A. The Image of the dentist: a study on social representation. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, 11 (4): 307-313, 1997.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5 ed., São Paulo: Cortez, 1992.

DUL, J.; WEERDMEESTER, B. *Ergonomia Prática*. 2 ed., São Paulo: Edgard Blücher, 2004.

FALCÃO, A. F. P.; RIBEIRO, P. C. A.; SILVA, C. A. L.; CRUZ, R. C. W. Avaliação do grau de satisfação dos credenciados a operadoras de planos odontológicos. *Revista do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco*, 4 (2): 107-16, 2001.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. *Trabalho e Riscos de Adoecimento: o caso de auditores-fiscais da previdência social brasileira*. Brasília: LPA, 2003.

SANTOS FILHO, S. B.; BARRETO, S. M. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte. Minas Gerais, Brasil: Contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (1):181-193 2001.

FINKBEINER, B. L. Four-handed dentistry revisited. *The journal of Contemporary Dental Practice*, 1 (4): 74-86, 2000.

FORTES, C. B. B.; FARIAS, E. R.; FRIEDRICH, J.; LAFIN JUNIOR, S. H.; TRINDADE, D. M.; FENSTERSEIFER, L. M. Avaliação da exposição ocupacional ao mercúrio num grupo de cirurgiões-dentistas da unidade sede do SESC de Porto Alegre. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 40 (1): 17-9, 1999.

FRAZÃO, P. Dores do Ofício. *Revista da Associação Brasileira de Odontologia*, 8 (1): 8-10, 2000.

GARCIA, É. G. *Relação cirurgião-dentista-paciente: visões e expectativas dos usuários*. Dissertação – Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, UECE. Fortaleza, 2004.

GOOSENS, L. Shear stress measured on beds and wheelchairs. *Journal Seand-Rehabilitation Medicine*, 29(3):131-6, 1997.

GUANDALINI, S. L. Biossegurança. *Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica*, 1 (1): 9-11, 1997

GUIMARÃES, M. B. *Métodos de controle de infecção cruzada: uma avaliação do emprego na prática odontológica*. Dissertação – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista. Araçatuba: UNESP, 1999.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, 8 (1): 48-70, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J. V. (org.). *O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: EDUCS, 2000.

LEMOS, J. A.; WANDERLEY, M. S.; MOREIRA, P. V. L.; RABELLO, P. M.; CALDAS JUNIOR, A. F.; ROSENBLATT, A. Estudocomparativo entre

convênios odontológicos, empresas e demais entidades prestadoras e/ou contratantes de serviços odontológicos na cidade de João Pessoa-PB. *Revista da Faculdade de Odontologia de Pernambuco*, 15(1/2): 73-6, 1997.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. *Recursos de Relacionamento para Profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARECHESKI, W. Estresse Profissional: como administrar. *Jornal da APCD*, 1998. Disponível em: [http://216.239.51.104/search?q=cache:aj8J8mTLyPoJ:www.apcd.org.br/biblioteca/Jornal/1998/03\\_98/estresse.asp+%22Estresse+Profissional:+como+administrar%22&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=1](http://216.239.51.104/search?q=cache:aj8J8mTLyPoJ:www.apcd.org.br/biblioteca/Jornal/1998/03_98/estresse.asp+%22Estresse+Profissional:+como+administrar%22&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=1). Acesso em 11/2004

MASLACH, C.; LEITER, M. P. *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?*. São Paulo: Papyrus Editora, 1999.

MEDEIROS, U. V.; RIUL, F. Riscos ocupacionais do cirurgião-dentista e sua prevenção. *Revista Paulista de Odontologia*, 16(6): 34-43,. 1994.

MEDEIROS, U. V.; SOUZA, M. I. C.; BASTOS, L. F.. Odontologia do trabalho: riscos ocupacionais do cirurgião-dentista. *Revista Brasileira de Odontologia*, 60(4): 277-80, 2003.

MELO, N. S. F. O.; SMAHA, F. Prevalência de perfurações em luvas de procedimentos e luvas cirúrgicas. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 2(1): 3-9, 2002.

MICHELIN, C. F.; LOUREIRO, C. A. Estudo epidemiológico dos distúrbios musculoesqueléticos e ergonômicos em cirurgiões-dentistas. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo*, 5(2): 61-7, 2000.

MTE - MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Norma Regulamentadora no. 17: Ergonomia. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1991. Disponível em [www.mte.gov.br/Empregador/segsau/Publicacoes/Conteudo/106.pdf](http://www.mte.gov.br/Empregador/segsau/Publicacoes/Conteudo/106.pdf). Acesso em 20/11/2004.

MORALES FUENTES, I.; REYES GIL, R. Mercury and health in the dental practice. *Revista de Saúde Pública*, 37 (2): 263-265, 2003.

MOYSES, S. J. *Perfil do cirurgião-dentista no Brasil*. Pesquisa realizada para as entidades nacionais de odontologia: ABO, ABENO, CFO, FIO, FNO, ACBO. Documento interno do Conselho Regional de Odontologia do Ceará. CRO-CE, 2003.

OHASHI, M. M. *O perfil do cirurgião-dentista frente à ergonomia e a análise do seu ambiente de trabalho no município de São Paulo*. Dissertação – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2002..

OLIVEIRA, A. G. R. C. Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: reflexos de uma política liberalizante. Internet: *Ciência Odontológica*, 2000. Disponível em: [www.odontociencia.com.br](http://www.odontociencia.com.br). Acesso em 10/2004.

OLIVEIRA, J. *Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT*. Rio de Janeiro: Saraiva; 2002.

ORENHA, E. S.; ELEUTÉRIO, D.; SALIBA, N. A.. Organização do atendimento odontológico no serviço público: trabalho auxiliado, produtividade e ambiente físico. *Revista de Odontologia da UNES, São Paulo*, 27(1): 215-24, 1998.

PERES, A. S. *Perícia de convênio odontológico*. Dissertação – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1997.

PINTO, V. G. *Odontologia Social e Preventiva*. 3 ed. São Paulo: Santos, 1992.

\_\_\_\_\_. *Saúde Bucal Coletiva*. 4 ed. São Paulo: Santos, 2000.

RASIA, D. *Quando a dor é do dentista*. Dissertação – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília: UNB, 2004.

ROBLES, L. P. Operadoras em saúde bucal em busca da excelência na prestação de serviços, 2001. Disponível em: [www.sinog.com.br](http://www.sinog.com.br). Acesso em 11/2004.

RONCALLI, A. G. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva*. Tese - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Araçatuba: UNESP, 2000.

SALIBA, T. A., ELEUTÉRIO, D.; SALIBA, C. A.; MOIMAZ, S. A. S. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares. *RPG Revista de Pós-Graduação*, 5(3): 171-76, 1998.

SANTANA, E. J. B., ROCHA, L. E. F. L., CALMON, T. R. V., ALVES, I. L. Estudo Epidemiológico de Lesões por Esforços Repetitivos em Cirurgiões-Dentistas em Salvador-Bahia. *Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA*, 17,59-63, 1998.

SAQUY, P. C.; SILVA, R. S.; NETO, M. D. S.; PÉCORA, J. D. Apresentação de um método, qualitativo, de identificação de vapor de mercúrio. *Revista Paulista de Odontologia*, 1997. Disponível em: <http://www.forp.usp.br/restauradora/Trabalhos/merc.html>. Acesso em 10/2004

SEKULIC, E. *Novas perspectivas acerca da profissão e mercado de trabalho em odontologia*. Dissertação – Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza: UECE, 2004.

SILVEIRA, J. L. G. C.; OLIVEIRA, V. Experiências e expectativas dos cirurgiões-dentistas com os planos odontológicos. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 2(1): 30-6, 2002.

SOARES, E. S.; PINHEIRO, A. L. B.; COSTA, L. J.; SAMPAIO, M. C. C.; CARVALHO, L. C. B.; SOARES, A. O.; GONÇALVES, T. Conhecimento de estudantes de odontologia da UFPB em relação à AIDS e hepatite B. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 2(1): 24-9, 2002.

TAGLIAVINI, R. L.; POI, W. R. *Prevenção de doenças ocupacionais em odontologia: uma proposta para redução de estresse ocupacional e reeducação corporal por meio de exercício de alongamento*. São Paulo: Santos, 1998.

URIARTE NETO, M. *Caracterização do Posto de Trabalho do Profissional de Odontologia da Cidade de Itajaí, SC*. Dissertação - Ergonomia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1999.

VELÁSQUÉZ URIBE, G. Prevención del riesgo biológico en los trabajadores de la salud. *Revista de Medicina Laboral*, 10 (10): 577-585, oct. 1998.

WOLF, S. *Psicologia no consultório odontológico*. São Paulo: Unimar, 2000.

YOSHIDA, D. R. *O caráter penoso da atividade odontológica e seus reflexos na jornada de trabalho do cirurgião-dentista*. Dissertação – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2005.

ZOCRATTO, K. B. F.; MIRANDA, P. S. C.. Os planos de saúde odontológicos no mercado de trabalho do cirurgião-dentista. *Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais*, 8 (3), 2002. Disponível em : [www.cromg.org.br/pub/revista/art/odontoped.htm](http://www.cromg.org.br/pub/revista/art/odontoped.htm). Acesso em 10/2004.

## ANEXOS

## ANEXO 1 – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

01. acessibilidade do consultório/clínica;
02. aparência geral da sala de espera e do consultório;
03. iluminação do consultório odontológico;
04. ruído no consultório odontológico;
05. temperatura do consultório odontológico;
06. presença/ausência e estado geral dos equipamentos mais utilizados pelo cirurgião-dentista;
07. disposição dos equipamentos e mobília dentro do consultório/clínica odontológica;
08. tipo de materiais mais utilizados pelo cirurgião-dentista e
09. presença/ausência da Atendente de Consultório Dentário – ACD.

## ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

As Condições de Trabalho do Cirurgião-Dentista na Assistência aos Pacientes em Consultórios de Convênio e Particular.

Fortaleza, \_\_\_/\_\_\_ de 2005.

Sr.(a)

Peço o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para responder esta entrevista. Como aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública da UECE estou fazendo uma pesquisa sobre As Condições de Trabalho do Cirurgião-Dentista na Assistência aos Pacientes em Consultórios de Convênio e Particular. Nessa investigação científica, serão colhidos depoimentos de Cirurgiões-Dentistas de consultórios de convênio e particular de Fortaleza e abordará assuntos referentes às condições de trabalho desses profissionais. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas o resultado da pesquisa ajudará muito a descrevermos como se dá essas condições. Por isso, sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização da entrevista, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias. Você não será prejudicado de qualquer forma caso sua vontade seja de não colaborar. Se necessário, o senhor (a) pode entrar em contato com a coordenadora da pesquisa, Ana Flávia de Araújo Lima, ou o responsável por ela, Profa. Dra. Regina Heloísa Mattei de Oliveira Maciel, no seguinte endereço: Av. Parajana, 1700, Itaperi, Fortaleza-CE. Ou no telefone: (85) 3299 2726.

Atenciosamente,  
*A Coordenação da Pesquisa*

**AUTORIZAÇÃO**

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa desenvolvida pela aluna do curso, AUTORIZO a realização da entrevista:

---

—

Em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.