ADRIANA CRISTINA OLIVA COSTA

PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ARAÇATUBA
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

ADRIANA CRISTINA OLIVA COSTA

PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA SOBRE TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Odontologia Preventiva e Social.

Orientadora: Profª. Adj. Drª. Suzely Adas Saliba Moimaz

ARAÇATUBA
2010

Catalogação na Publicação (CIP)

Serviço Técnico de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

C837p

Costa, Adriana Cristina Oliva.
Percepção do cirurgião-dentista sobre trabalho no SUS / Adriana Cristina Oliva Costa. – Araçatuba : [s.n.], 2010
126 f. : il. ; tab. + 1 CD-ROM

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2010
Orientadora: Profa. Dra. Suzely Adas Saliba Moimaz

1. Odontólogos 2. Qualidade de vida 3. Satisfação no emprego 4. Recursos humanos 5. Odontologia

Black D5
CDD 617.601

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe Jandira Pugliesi Alves da Costa, ao meu pai Antônio Dráusio Oliva Costa, a minha irmã Cláudia Renata Oliva Costa Reichiling e ao meu irmão Zurich Oliva Costa Netto.

Com carinho,

Adriana Cristina Oliva Costa

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A DEUS

Que me deu o dom da vida,

Presenteou-me com a liberdade,

Abençoou-me com a inteligência,

Deu-me a graça de lutar,

Para a conquista das minhas realizações.

A Ele cabe a honra, o poder, o domínio, a glória e o louvor.

A mim apenas cabe agradecer.

AOS MEUS PAIS

Obrigada por sonharem os meus sonhos,

Por viverem os meus sonhos e

Por realizarem meus sonhos!

Vocês alimentam minhas conquistas!

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

A minha irmã Cláudia agradeço os momentos de reflexões e pelo incentivo.

À Silmara Teixeira, minha querida prima, obrigada pelo apoio de sempre.

Aos meus colegas de trabalho, gestores e todos meus amigos de Mendonça, agradeço a compreensão e ajuda.

À Profª. Drª. Nemre Adas Saliba, pela coragem e pioneirismo ao constituir o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

À Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Prof. Cléa Adas Saliba Garbin, minha gratidão pelas valiosas orientações.

À querida orientadora Profª.Drª Suzely Adas Saliba Moimaz, obrigada pela compreensão, paciência e respeito a mim sempre depositados.

Ao Prof. Orlando Saliba pela dedicação, calma e disposição para ensinar.

Aos demais professores do programa de Pós-Graduação, Prof. Renato Herman Sundfeld, Profª. Maria Lúcia Mazza Sundefeld, Prof. Artênio José Ísper Garbin, Profª. Ana Cláudia Okamoto.

Aos meus colegas de turma, Ana Paula Dossi e Sérgio Donha Yarid, pelos momentos que passamos juntos.

A minha colega Lígia Prandi da Silva, pelos momentos vivenciados no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos queridos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza e Valderez Freitas Rosa, que carinhosamente sempre me ajudaram.

À UNESP – Universidade Estadual Paulista, pela oportunidade de realizar este curso.

Ao Diretor da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Prof. Titular Pedro Felício Estrada Bernabé e à Vice-Diretora Profª. Adj. Ana Maria Pires Soubhia, pelo apoio.

Aos funcionários da Biblioteca, Izamar da Silva Freitas, Cláudio Hideo Matsumoto, Ana Cláudia Grieger Manzatti, Ivone Rosa de Lima Munhoz, Maria Cláudia de Castro Benez, sempre prestativos em me atender.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, Diogo Reatto, Marina Midori Sakamoto Hawagoe e Valéria Queiroz Marcondes Zagatto, pelo excelente trabalho, atenção dispensada, grande disposição em atender e ótimo relacionamento.

”Quase nenhuma ação humana tem por sujeito um indivíduo isolado. O sujeito da ação é um grupo, um “Nós”, mesmo se a estrutura atual da sociedade, pelo fenômeno da reificação, tende a encobrir esse “Nós” e a transformá-lo numa soma de várias individualidades distintas e fechadas umas às outras”.

Lucien Goldman,1947.

Costa, ACO. Percepção do cirurgião-dentista sobre o trabalho no Sistema Único de Saúde. [tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2010.

RESUMO GERAL

Avaliar os serviços de saúde é fundamental para garantir a qualidade na prestação de serviços. O objetivo deste estudo foi conhecer as condições de trabalho, relacionadas ao trabalho no Sistema Único de Saúde, por meio da percepção do cirurgião-dentista, avaliando: a satisfação profissional com o emprego público e remuneração, as condições ergonômicas e sanitárias do ambiente de trabalho e a qualidade de vida e saúde dos profissionais relacionadas ao ambiente de trabalho. Realizou-se uma pesquisa transversal, tipo inquérito e observacional. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas com 83 cirurgiões-dentistas, atuantes em 12 municípios paulistas. As informações foram processadas no *software Epi Info 2000 versão 3.2.2.* As variáveis analisadas foram: tipo de ingresso, regime de trabalho, carga horária, remuneração percebida, existência de plano de carreira, satisfação com o emprego público, aspectos sanitários e ergonômicos relacionados à distribuição de equipamentos no consultório odontológico, presença da auxiliar na equipe, satisfação com o trabalho efetuado e com o ambiente físico odontológico, segurança, saúde, lazer e renda. Os resultados apontam que 19% dos entrevistados não prestaram concurso público para ingressar no sistema público. O regime de trabalho estatutário foi mais adotado 47(57%). Notaram-se jornadas de trabalho distintas: 47 (57%) de 20h, 7 (8%) de 30h e 29 (35%) de 40h. Estavam insatisfeitos com a remuneração 55 (66%) profissionais, notando-se, ainda, a ausência do plano de carreira em 11municípios; 70 (84%) profissionais afirmaram estar “satisfeito” e “muito satisfeito” com o emprego público. Observou-se que 21 (28%) profissionais trabalhavam sozinhos; nos 34 consultórios, autoclave foi o meio mais utilizado 15 (44%); 31 (91%) lixeiras de lixo comum e 23 (68%) de lixo contaminado eram inadequadas; 13 (38%) não tinham lavatórios para mãos, 23 (68%) havia toalheiro de papel, em 20 (59%) saboneteiras adequadas e, em 5 (15%), o compressor estava dentro do consultório. Quanto à adequação dos consultórios para o trabalho auxiliado, 19 (56%) apresentaram auxiliares e, em todos, foram observados inadequações. Dos 53 profissionais que sentem algum tipo de dor, 40 (75%) relataram que a

dor interfere no trabalho. O ambiente físico para 58 (70%) profissionais não é saudável; 57 (69%) consideram seguros seus ambientes de trabalho; apenas 23 (28%) possui oportunidade de lazer; 75 (90%) não têm dinheiro para satisfazer suas necessidades e, 32 (39%) “bastante” e 51(61%) “extremamente” atribuem sentido ao trabalho que fazem. Conclui-se que: o plano de carreira não é realidade nos municípios estudados; apesar da maioria dos profissionais estarem “insatisfeitos” com a remuneração, quase a totalidade está “satisfeito” com o emprego público; as auxiliares estão presentes nas Unidades da Estratégia da Família e nos Centros de Especialidades por exigência legal e foram encontradas condições sanitárias e ergonômicas inadequadas; os profissionais estão satisfeitos com seu emprego e julgam seu trabalho de extrema importância. Embora se sintam seguros no local de trabalho, sublinham aspectos negativos: a falta de organização do trabalho, o ambiente físico de trabalho insalubre, a dor física que interfere no trabalho, além de haver pouco dinheiro para satisfazer suas necessidades e poucas oportunidades de lazer.

Palavras-chave: Odontologia. Odontólogos. Qualidade de vida. Recursos humanos em odontologia. Saúde pública. Serviços de saúde. Satisfação no emprego.

Costa, ACO. Perceptions of the dental surgeon working at the Brazilian Public Health Service.[tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2010.

GENERAL SUMMARY

The evaluation of the health service is fundamental to ensure the quality of the realization of the services. The aim of this study was to examine the working conditions related to the employment at the Brazilian Public health Service, by means of the perception of the Dental Surgeon, evaluating: professional satisfaction with the public employment and remuneration. The sanitary and ergonomic conditions at workplace environment and the quality of life and health of the professionals related to work environment. A cross-sectioned inquiry and observational type study was performed. Data collection was made through interviews, realized on 83 dental surgeons operative in 12 municipalities of the state of Sao Paulo. Information was processed on *Epi Info 2000 software, version 3.2.2.* The analyzed variables were: type of income, labor regime, workload, perceived remuneration, career plan existence, satisfaction with public employment, sanitary and ergonomic aspects related to the equipment distribution at the dental office, presence of an assistant in the team, satisfaction with realized work and with physical environment, safety, health, leisure and earnings. The results showed that 19% of the interviewed did not apply for public contest to enter the public service. Statutory work regime was the most adopted 47(57%). Different workdays were noticed: 47 (57%) of 20h, 7 (8%) of 30h and 29 (35%) of 40h; 55 (66%) professionals were unsatisfied with the remuneration and, furthermore, the absence of a career plan was observed in 11 municipalities. 70 (84%) professionals affirmed to be “satisfied” and “very satisfied” with public employment. It was observed that 21 (28%) professionals worked alone; at the 34 dental offices, autoclave was the most used method 15 (44%); 31 (91%) common waste bins and 23 (68%) bins of contaminated material were inadequate; 13 (38%) had no hand washbasins, 23 (68%) had paper towel dispenser, 20 (59%) adequate soap dispensers and in 5 (15%) the compressor was within the dental office. As for the dental offices being adequate for assisted work, 19 (56%) counted with assistants, and in all, inadequatenesses were

Observed. From the 53 professionals who feel some kind of pain; 40 (75%) related that the pain interferes with their work. For 58 (70%) professionals the physical environment is not healthy; 57 (69%) consider their working facilities safe; 23 (28%) have leisure opportunities; 75 (90%) have not enough money to fulfill their necessities and 32 (39%) “enough” and 51 (61%) “extremely”, attribute meaning to the work they accomplish. It can be concluded that career plan is not a reality in the studied municipalities; that, although most of the professionals being “unsatisfied” with their remuneration, almost the all of them is “satisfied” with public employment; the assistants are present at the Family Strategy Units and at the Specialty Centers on behalf of legal requirements and inadequate sanitary and ergonomic conditions were found. The professionals are satisfied with their employment and consider it extremely important. Although they feel safe at their workplace they underline negative factors: the lack of work organization; the unhealthy physical work environment, the physical pain that interferes with work, besides that they have little money to satisfy their necessities and few leisure opportunities.

Key Words: Dentistry. Dentists. Quality of life. Dental staff. Public Health. Healthservices. Job satisfaction.

LISTA DE TABELAS

Capítulo 1

Tabela 1- Perfil dos Cirurgiões-dentistas do SUS, segundo gênero, faixa etária, graduação e pós-graduação, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009. 29

Tabela 2- Ingresso, tempo de trabalho e aspectos contratuais de Cirurgiões-dentistas do SUS de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009. 32

Tabela 3- Remuneração de Cirurgiões-dentistas do SUS de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009. 36

Tabela 4- Associação entre satisfação com emprego público e satisfação com salário de Cirurgiões-dentistas do SUS de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009. 38

Capítulo 2

Tabela 1- Distribuição dos Cirurgiões-dentistas, segundo estabelecimento de prestação de serviço e presença de Auxiliar de Saúde bucal, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009. 49

Tabela 2- Distribuição de consultórios odontológicos do Sistema Único de Saúde segundo meio de esterilização, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009. 52

Tabela 3- Distribuição de consultórios odontológicos do Sistema Único de Saúde, segundo condições sanitárias, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009. 54

Tabela 4- Distribuição de consultórios odontológicos do Sistema Único de Saúde, segundo análise ergonômica proposta por Porto, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009. 56

Capítulo 3

Tabela 1- Distribuição numérica e percentual dos cirurgiões-dentistas do SUS segundo condições do ambiente físico de trabalho odontológico de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV São José do Rio Preto/SP,Araçatuba 2009.

LISTA DE QUADROS

Capítulo 3

Quadro1- Distribuição numérica e percentual dos cirurgiões-dentistas do SUS segundo questões de saúde e segurança no ambiente de trabalho de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV São José do Rio Preto/SP, Araçatuba 2009. 71

Quadro2- Distribuição numérica e percentual dos cirurgiões-dentistas do SUS segundo questões de satisfação e qualidade de vida no trabalho de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV São José do Rio Preto/SP, Araçatuba 2009. 72

Quadro3- Distribuição numérica e percentual dos cirurgiões-dentistas do SUS segundo questões de qualidade de vida e saúde de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV São José do Rio Preto/SP, Araçatuba 2009. 73

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 1

Figura 1- Exercício profissional de Cirurgiões-dentistas do SUS de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV São José do Rio Preto/SP, 2009. 35

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionado ao Trabalho
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 Introdução Geral	20
2 Proposição Geral	22
3 Capítulo 1 – Satisfação e o emprego no Sistema Único de Saúde na área de Saúde Bucal	23
3.1 Resumo	23
3.2 Abstract	24
3.3 Introdução	25
3.4 Material e Método	27
3.5 Resultados e Discussão	28
3.6 Conclusão	39
3.7 Referências	40
4 Capítulo 2 – Equipe de Saúde Bucal e o ambiente de trabalho no SUS. Aspectos Sanitários e Ergonômicos.	43
4.1 Resumo	43
4.2 Abstract	44
4.3 Introdução	45
4.4 Metodologia	47
4.5 Resultados e Discussão	49
4.6 Conclusão	58

4.7 Referências 59

5 Capítulo 3 - Condições de Trabalho e Qualidade de Vida de Cirurgiões-dentistas no SUS 62

5.1 Resumo 62

5.2 Abstract 63

5.3 Introdução 64

5.4 Metodologia 66

5.5 Resultado e Discussão 67

5.6 Conclusão 75

5.7 Referências 76

6 Conclusão Geral 79

Anexos 80

1 INTRODUÇÃO GERAL

Trabalhadores da saúde no SUS se deparam com uma realidade no seu dia a dia de trabalho, que, direta ou indiretamente, reflete na prestação de serviços de saúde à população. (MACHADO, 2000) Os baixos salários que impossibilitam a dedicação do profissional exclusivamente no SUS, diversos tipos de vínculos empregatícios, condições precárias de execução das atividades essenciais, ausência de incentivos, condições inadequadas de qualificação/especialização e de infra-estrutura são fatores vivenciados pelos cirurgiões-dentistas no sistema de saúde.

O trabalho tem um papel fundamental na vida, já que é através dele que o homem constitui-se como ser humano. As vivências no ambiente de trabalho repercutem na vida cotidiana, no contexto profissional, doméstico e social, interferindo na qualidade de vida.(SILVEIRA, 2002) Sendo assim, a satisfação profissional dos trabalhadores do SUS é uma peça impulsionadora para a melhoria da qualidade do sistema de saúde.

Em vista disso, relevante se torna enfocar que, visando a melhoria da assistência em saúde pública com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), subsídios foram criados para aprimorar as relações entre profissionais e profissionais/usuários, em busca da melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados e das condições de trabalho da área de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Trabalhadores satisfeitos em seu trabalho são passíveis de fornecer um atendimento humanizado ao usuário. Entretanto, poucos são os estudos que avaliam a satisfação no trabalho odontológico, os aspectos sanitários e ergonômicos do ambiente de trabalho, os problemas de saúde e qualidade de vida dos trabalhadores de Saúde Bucal do SUS.

Sabe-se, contudo, que a qualidade da atenção à saúde, prestada à população, está diretamente relacionada às condições de trabalho das equipes, incluindo, além da infra-estrutura física, diferentes variáveis, como a satisfação dos trabalhadores, qualificação e integração da equipe, conhecimento sobre o processo de trabalho, dentre outros. Deste modo, a avaliação nos serviços de saúde é de fundamental importância para subsidiar o planejamento e garantir a qualidade prestada de serviços.

Considerando a importância do desenvolvimento da avaliação em saúde, e a necessidade de se garantir a consolidação da atenção à Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde, foi realizado este trabalho *"Percepção do cirurgião-dentista sobre trabalho no SUS"*, que engloba as seguintes vertentes:

O Capítulo 1 apresenta um estudo sobre "Satisfação e o Emprego no Sistema Único de Saúde na área da Saúde Bucal".

O Capítulo 2 apresenta um estudo que aborda "Equipe de Saúde Bucal e o Ambiente de trabalho no SUS. Aspectos Sanitários e Ergonômicos".

O Capítulo 3 apresenta um estudo que enfoca "Condições de Trabalho e Qualidade de Vida de Cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde."

* Lista de Referência da Introdução Geral (Anexo B)

2 PROPOSIÇÃO GERAL

O objetivo deste estudo foi conhecer as condições de trabalho relacionadas ao exercício laboral no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da percepção do cirurgião-dentista, avaliando: a satisfação profissional com o emprego público e remuneração, as condições ergonômicas e sanitárias do ambiente odontológico, e a qualidade de vida e saúde dos cirurgiões-dentistas relacionadas ao local de trabalho.

3 CAPÍTULO 1

Satisfação e o emprego no Sistema Único de Saúde na área de Saúde Bucal

3.1 RESUMO

Nesta pesquisa, objetivou-se conhecer as condições de trabalho de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de sua própria percepção, analisando: tipo de ingresso, regime de trabalho, carga horária, remuneração percebida, existência de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) e satisfação com o emprego público. O universo da pesquisa foi composto por cirurgiões-dentistas (n=83), lotados no sistema público, de 12 municípios do Departamento Regional de Saúde XV – São José do Rio Preto/SP. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas, utilizando-se um questionário semiestruturado. Os resultados apontam que, dos entrevistados, 19% não prestaram concurso público para ingressar no SUS. O regime de trabalho estatutário foi mais adotado, atingindo 57% dos profissionais. Notaram-se jornadas de trabalho semanal distintas: 57% correspondem a 20h, 7% correspondem a 30h e 36% a 40h. Sobre a satisfação com a remuneração, 66% dos profissionais estavam insatisfeitos, notando-se, ainda, a ausência do PCCS em 11municípios. Quanto à satisfação com o emprego público apenas, 5% disseram estar "insatisfeito", 11% "pouco satisfeito", a grande maioria 62% e 22% afirmou estar "satisfeito" e "muito satisfeito", respectivamente. Embora o PCCS não seja realidade nos municípios estudados, e a maioria dos profissionais se dizer "insatisfeita" com a remuneração, quase a totalidade dos entrevistados está "satisfeita" com o emprego público no SUS.

Palavras-chave: cirurgião-dentista; remuneração; satisfação

Satisfaction and employment on Brazilian Health System in Oral Health

3.2 ABSTRACT

The aim this study was to know work conditions of dental surgeon in Brazilian Health System (SUS), by their perception, analyzing: type of ingress, work regime, workload, realized income, existence of Career Plan, Posts and Ages (PCCS) and satisfaction with public employment. Research universe was constituted by dental surgeons (n=83) of 12 cities public system from Health Regional Department XV- São José do Rio Preto City – São Paulo State. Data collection was by interviews using a questionnaire. Results point that 19% of interviewed people didn't take an open competition to ingress on SUS. Statutory scheme of work was more adopted getting 57% of professionals. Different working days were observed: 57% is relative to 20 hours, 7% to 30 hours and 36 hours to 40 hours. About satisfaction with incomes, 66% of professionals were dissatisfied, observing the absence of PCCS in 11 cities. About satisfaction with public employment, Just 5% said to be "dissatisfied"; 11% "few satisfied" and the majority 62% and 22% affirmed to be "satisfied" and "satisfied so much" respectively. Although PCCS not to be reality in studied cities and the majority of professionals to say "to be dissatisfied" with wage, around totality of interviewed people is "dissatisfied" with public employment on SUS.

Keywords: dental surgeon; wage; satisfaction

3.3 INTRODUÇÃO

Na sociedade moderna, o trabalho pode ser entendido como uma atividade fundamental do homem, por meio do qual a satisfação das necessidades humanas, diante da natureza e dos outros homens, são mediatizadas. (Gadotti,1991) O trabalho é, portanto, uma das formas mais importantes do homem se posicionar como indivíduo único por ser algo que o completa e dá sentido à vida. Ele também é visto como um dos componentes da felicidade humana, que é tida como resultante da satisfação plena de necessidades psicossociais, do sentimento de prazer e do sentido de contribuição no exercício da atividade profissional (Alberto, 2000).

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo de sua construção, tem se caracterizado como uma organização geradora de empregos para os profissionais de saúde. Tal afirmativa pode ser justificada pela própria definição deste *"Sistema de Saúde"*, que, alicerçado na Constituição Brasileira (Brasil,1988), está conceituado como instituição-organismo de direito público, que reúne os instrumentos para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades necessárias para a garantia do direito à saúde da população.

O SUS, atualmente, é um grande gerador de empregos, e certamente os profissionais de saúde constituem um dos principais atores sociais para que o Estado possa oferecer e garantir saúde à população brasileira, uma vez que os recursos humanos formam a base para a viabilização e a implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde disponíveis para as pessoas.

Com a descentralização do Sistema de Saúde, aliado ao processo de municipalização, a gestão local, ou seja, o município passou a ser o responsável não somente pela execução das políticas públicas ora incentivadas pela União, mas também pela contratação dos recursos humanos. As políticas públicas do Governo Federal, em se tratando de odontologia formuladas neste novo século, contribuíram de forma ímpar para o crescimento das categorias odontológicas: houve a inclusão das equipes de Saúde Bucal no Programa da Saúde da Família em 2000, com a Portaria nº 1444 (Brasil, 2000) e, mais recentemente, em 2004, com o surgimento da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004), que propõe garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que essa é fundamental para a saúde geral e a qualidade de vida da população.

---

*Formatação de acordo com as normas para a Revista de Administração Publica - RAP (Anexo F)

Visando a integralidade da atenção em saúde à população brasileira, a Política Nacional de Saúde Bucal apresenta como principais linhas de ação: a viabilização da adição de flúor em estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica e da Atenção Especializada, denotando-se, assim, a necessidade de recursos humanos (Rh) para a viabilização de tais políticas públicas de saúde.

O trabalho precário é definido classicamente como "*a ausência de proteção social do trabalho, isto é, situação em que este é realizado desprovido de certos direitos e benefícios constitucionalmente assegurados*", porém outras variáveis podem se somar a esse conceito, como: baixos vencimentos ou salários e inadequadas condições de trabalho (Araújo et al., 2006).

A satisfação no trabalho está sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho, sendo considerado um fenômeno complexo e de difícil definição, por se tratar de um estado subjetivo que pode variar de pessoa para pessoa (Fraser,1983). Desta forma, sabe-se que a satisfação não está associada a um único agente causal como, por exemplo, as questões salariais, mas também a outros fatores, como o ambiente, a existência de carreira, dentre outras causas.

Embora grandes avanços tenham ocorrido na atenção odontológica nestes 20 anos de construção do Sistema Único de Saúde, estudos têm revelado que a Equipe de Saúde Bucal, nas diversas regiões do País, muitas vezes tem se deparado com a situação do *"trabalho precário"*, fato este que fragiliza a integralidade da atenção em saúde.

Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer as condições de trabalho no SUS por meio da percepção dos trabalhadores da área de saúde bucal.

3.4 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo transversal, tipo inquérito, observacional, quanti-qualitativo, cuja coleta de dados foi feita por meio de observações e entrevistas, utilizando um questionário semiestruturado, composto por questões abertas e fechadas. Essa pesquisa foi realizada nos 11 municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional "Bonifácio", e no município de São José do Rio Preto, que é sede do Departamento Regional de Saúde DRS XV do Estado de São Paulo. Foi obtida uma listagem no DRS XV – São José do Rio Preto dos municípios com o número de cirurgiões-dentistas, vinculados à rede pública de serviços de saúde (n= 172) profissionais. Os sujeitos da pesquisa, incluídos no presente estudo, foram os cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde, que estavam ativos nos municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional de Bonifácio e no município de São José do Rio Preto, e que concordaram em participar da pesquisa. Como critério de exclusão, considerou-se afastamento do serviço por licença ou aposentadoria e não aceitação em participar do estudo.

Os 12 municípios foram visitados e, do total de 172 cirurgiões-dentistas (CD) existentes, 83 foram entrevistados em seu local de trabalho por um único pesquisador treinado. Para os profissionais que atuavam em mais de um município, foi considerada a entrevista realizada no primeiro município visitado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, protocolo FOA2008-01660. O questionário elaborado foi testado em estudo piloto e as variáreis incluídas neste estudo, são descritas a seguir: tipo de ingresso, regime de trabalho, jornada de trabalho, tempo de serviço, existência de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), gênero, faixa etária, ano de graduação, remuneração e satisfação com o emprego público. Os dados coletados foram digitados numa base eletrônica, utilizando-se o Software Epi Info 2000 versão 3.5.1 (EPI,2008) e, posteriormente, realizada a estatística descritiva. Para verificação de associação entre satisfação com salário e satisfação com o emprego público, foi utilizado o teste exato de Fisher.

3.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre o Sistema Único de Saúde brasileiro, sabe-se que há diversas situações que o fragilizam especialmente na operacionalização da atenção, a qual deve ocorrer de forma integral, equânime e universal à população. Na Atenção à Saúde Bucal, pode-se dizer que os profissionais da equipe são sujeitos fundamentais para integrar e interagir no processo de gestão, sendo, assim, agentes indispensáveis para garantir saúde bucal à população brasileira, uma vez que essa é parte indissociável da saúde geral (Brasil, 2005).

Como em outros estudos (Freitas, 2007; Cerávolo, 2006), a maioria dos entrevistados 57 (69%) eram mulheres, o que demonstra que a feminilização da odontologia também ocorre no setor público **(Tabela 1)**. Diversos autores (Bengmark, Nilner e Rohlin, 2007; Costa, Durães e Abreu, 2009; Moimaz, Saliba e Blanco, 2003), ao analisarem a questão do gênero no exercício da profissão de odontologia no Brasil, têm revelado ser essa área, atualmente, com predomínio do sexo feminino. No entanto, outros revelam, que, há 40 anos, era uma profissão majoritariamente masculina uma vez que 90% dos cirurgiões-dentistas no país eram homens, tendo a década de 70, como marco inicial do processo de feminilização da profissão com inversão do perfil, ocorrendo, nos anos 90, e, atualmente, a profissão tem a maioria feminina 56%. (Morita, Haddad e Araújo, 2010) No que se refere à faixa etária dos entrevistados, este estudo apresentou cirurgiões-dentistas com idade entre 24 a 61 anos, tendo a grande maioria de 31 a 50 anos (68%). A existência de profissionais com experiência profissional no exercício da prática odontológica também foi observada uma vez que a graduação dos profissionais entrevistados ocorreu entre 1970 e 2000. Verificou-se que 14(17%) graduaram-se na década de setenta, 37(45%) graduaram-se na década de oitenta, na década de noventa 24(29%) e apenas 8(9%) graduaram-se nos primeiros anos deste novo século. **(Tabela 1)**

No código de ética Odontológico, está bem claro que, no exercício da profissão, o cirurgião-dentista deve estar sempre atualizado (Conselho Federal de Odontologia,2006). Este estudo revelou que a maioria dos cirurgiões-dentistas após, a graduação, continuou aperfeiçoando-se. Na **Tabela 1,** pode-se observar que do total dos profissionais entrevistados, 47(57%) relataram ter concluído ou estar cursando pós-graduação nos diferentes níveis, quer seja especialização, quer seja mestrado ou doutorado; esse dado corrobora com os achados de Bastos (Bastos et al.,2003), nos quais, os cirurgiões-dentistas também se aperfeiçoaram após a graduação. Nota-se, ainda, que a maioria das pós-graduações realizadas 42(89%) referem-se à

áreas clínicas, e não à área específica de Saúde Coletiva, Saúde pública ou Estratégia da Saúde da Família.

Tabela 1 Perfil dos Cirurgiões-dentistas do SUS, segundo gênero, faixa etária, graduação e pós-graduação, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009.

Variável	**Profissionais**	
Gênero	**n**	**%**
Feminino	57	69
Masculino	26	31
Total	**83**	**100**
Faixa etária		
20 a 30 anos	6	7
31 a 40 anos	22	27
41 a 50 anos	35	42
51 a 60 anos	18	22
61 a 70 anos	2	2
Total	**83**	**100**
Ano e graduação		
1970 a 1979	14	17
1980 a 1989	37	45
1990 a1999	24	29
2000 a 2006	8	9
Total	**83**	**100**
Pós-graduação		
Nível		
Especialização cursando/concluída	40	48
Mestrado cursando/concluída	6	7
Doutorado cursando/concluído	2	2
Nenhuma	36	43
Total	**83**	**100**
Área de atuação da pós-graduação		
Clínica	42	89
Saúde Coletiva/Saúde Pública/ESF	5	11
Total	**47**	**100**

Dados referentes ao tempo de serviço na instituição são demonstrados na **Tabela 2.** Dos profissionais, 17(21%) atuavam no SUS entre 1 a 5 anos trabalhados, observando-se, ainda, que a maioria dos entrevistados trabalhavam no SUS há mais de 10 anos, com a maior parte 29 (35%) na faixa de 15 a 20 anos de serviço, seguida da faixa de 10 a 15 anos 12 (14%); na faixa de 20 a 25 anos 11(13%) e apenas 4(5%) na faixa de 25 a 30 anos de atuação no serviço público. *A priori* tais dados são irrelevantes quando analisados isoladamente, no entanto, em se tratando de gestão de recursos humanos em saúde pública, essa informação é valiosa para ações de planejamento da equipe, organização dos serviços, em desenhos de projetos aplicativos, em avaliações de produtividade, em questões de capacitação de recursos humanos e, até mesmo, na cultura organizacional do sistema público.

Quanto à forma de ingresso ao quadro de funcionários públicos, na **Tabela 2,** os dados apontam que 67(81%) profissionais prestaram concurso público e os demais 16 (19%) ingressaram sem concurso. Dos profissionais contratados sem concurso público, 12 foram para exercer o cargo de cirurgião-dentista, e 4 por nomeação a fim de ocupar cargo de confiança. As contratações sem concurso público supracitadas foram efetivadas entre os anos de 80 e 90 e, somente depois de alguns anos de contratação, por exigência da lei, os contratados prestaram concurso público. No que se refere ao regime de trabalho adotado, o estatutário 47(57%) foi o mais frequente nos municípios estudados, embora também se tenha constatado que 30 (36%) eram regidos pela CLT e 6 (7%) não sabiam informar.

Importante se torna enfocar que a Constituição Federal de 1988 (CF/88) contemplou a figura jurídica do "emprego público", constituindo uma modificação introduzida na gestão de pessoal da administração pública de grande valia uma vez que estabeleceu regras claras para a contratação no setor público, contemplando, antes de qualquer coisa, a capacitação técnica para ingresso aos quadros do funcionalismo público, esse era o requisito para o exercício do cargo. Assim, a CF/88, de uma forma lógica e objetiva, fechou as portas para o nepotismo e para o "favorecimento político", que até então, eram os dois pontos considerados quando da contratação de empregados no setor público de um modo geral, constituindo-se em uma grande aliada dos profissionais, realmente capacitados para exercício da função, e, sobretudo, para os profissionais comprometidos com o trabalho. Tão importante quanto fechar a porta para o apadrinhamento político na contratação dos empregados públicos, a CF/88 passou a assegurar direitos e benefícios tanto aos *"servidores estatutários"*, regidos por um estatuto, quanto aos *"empregados públicos"*, subordinados às normas de Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, até então esquecidos. Está claro, desde a promulgação da CF/88, que empregados/servidores públicos somente poderão ingressar em

cargo ou emprego público com a aprovação prévia em concurso público, embora sejam ressalvadas as nomeações para cargo em comissão que se destinam apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento.

Ainda que a proteção social do trabalho seja garantida constitucionalmente e as normas para contratação pública estejam definidas**,** tem-se observado a existência de diversidade de contratos e formas de ingresso, o que caracteriza a precarização das relações de trabalho no SUS. Estudos revelam que profissionais de Saúde Bucal, em distintas regiões do País, vivenciam a situação do "trabalho precário", fato este que fragiliza a integralidade da atenção em saúde. Autores verificaram (Carvalho e Girardi, 2002), em uma pesquisa de âmbito nacional, que as formas de contratação, pelos municípios, de profissionais da equipe de saúde bucal eram realizadas por contratos temporários ou prestação de serviços.

No estudo realizado com municípios do Rio Grande do Norte, observou-se que ocorria a precarização nas relações de trabalho e, ao entrevistar dentistas, verificou-se que a relação firmada com tais municípios também se dava através de contratos temporários, e a forma de contratação dos dentistas igualmente ocorria sob a forma de indicação (Souza e Roncalli, 2007). Em municípios do estado de Minas Gerais, (Lourenço et al.,2009*)* ao avaliar a inserção da equipe de saúde bucal no PSF, observaram diversas formas de contratação dos 166 profissionais das ESB, em que: 21% relataram teste seletivo interno, 12% concurso externo, 16,3% credenciamento e 50,6% relataram outras formas, como contrato, indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contratos por cooperativas, contrato temporário, contrato de prestação de serviços, etc.

Tabela 2 Ingresso, tempo de trabalho e aspectos contratuais de Cirurgiões-dentistas do SUS, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009.

Variáveis	**Profissionais**	
Tipo de ingresso	**n**	**%**
Com concurso público	67	81
Sem concurso público	16	19
Total	**83**	**100**
Regime jurídico de trabalho		
CLT	30	36
Estatutário	47	57
Não sabia informar	6	7
Total	**83**	**100**
Jornada de trabalho		
20h/semana	47	57
30h/semana	6	7
40h/semana	30	36
Total	**83**	**100**
Tempo de trabalho na instituição		
Até 5 anos	17	21
5 a 10 anos	10	12
10 a 15 anos	12	14
15 a 20 anos	29	35
20 a 25 anos	11	13
25 a 30 anos	4	5
30 a 35 anos	0	0
Total	**83**	**100**

Ao contrário de (Reibnitz Júnior, 2003), observa-se, na **Tabela 2,** que a carga horária dos cirurgiões-dentistas, no presente estudo, é, em sua maioria de 20 ou 40 horas semanal, sendo: de 20h para 47 (57%), 30h para 6 (7%) e 40h para 30 (36%), verificando-se, assim, a diversidade de jornada semanal de trabalho ,uma vez que não há impedimento legal que fixe a existência de apenas um tipo de jornada. Dos profissionais entrevistados, 78 (94%) exerciam somente a função de cirurgião-dentista, 1 (1%) apenas coordenador de saúde bucal, 3 (4%) desempenhavam função de dentista e coordenador e 1 (1%) apenas de secretário municipal de saúde. Muitos cirurgiões-dentistas não dedicavam o seu exercício profissional, exclusivamente, para o SUS, sendo que 45(54%) atuavam no SUS e em consultórios particulares, 1(1%) SUS e profissão de professor no ensino fundamental. Do total, 37(45%)

atuavam, exclusivamente no SUS, estando de acordo com outros estudos (Cerávolo, 2006; Lazeris, Calvo e Regis, 2007).

Em função do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde e com o advento da municipalização da saúde, houve um aumento de postos de trabalho no setor público. O estudo de (Roncalli, 2000) demonstra que a ocorrência do crescimento de postos de trabalho para cirurgião-dentista no setor público cresceu 60% entre 1987 e 1992, enquanto que, no setor privado, o crescimento ficou em 18%. O referido crescimento na oferta de postos de trabalho, aponta (Freitas, 2004), comprova que há uma maior inserção de dentistas dentro da rede SUS, afirmando, ainda, que, estruturalmente, o mercado de trabalho odontológico modificou-se, na década de 90, e que o setor público passa a ter relevância para os cirurgiões-dentistas.

A Estratégia da Saúde da Família bem como a efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal, sem dúvida, podem ser consideradas palcos impulsionadores de novas oportunidades de trabalho para o exercício profissional do cirurgião-dentista e equipe influenciando, assim, positivamente na geração de empregos públicos.

A Política Nacional de Saúde Bucal (Ministério da Saúde, 2009) tem sido uma fonte de geração de emprego visto que, de dezembro de 2002 a junho de 2008, mais de 37 mil empregos foram gerados não somente para cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal, mas também para técnicos em prótese dentária e pessoal da área administrativa.

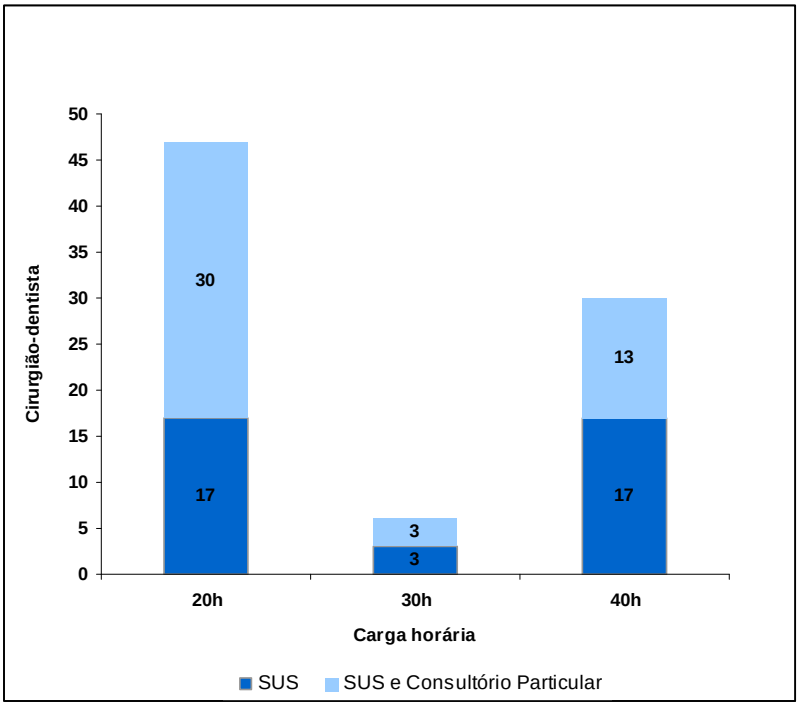
Mesmo que, o SUS caracterize uma fonte significativa de geração de empregos para o mercado de trabalho dessa categoria estudada, optar pela dedicação exclusiva do exercício profissional no SUS, ainda, representa um nó crítico a ser superado, já que tal problemática está, diretamente, relacionada à política salarial existente, que não garante aos trabalhadores desse sistema um piso salarial nacional, tampouco assegura a isonomia de vencimentos nas três esferas de governo, assim como as questões relacionadas ao desenvolvimento da carreira no SUS. A ausência do Plano de Carreira, Cargos e Salários ainda é uma realidade em muitos municípios brasileiros e, neste estudo, não foi diferente porque dos 12 municípios estudados, apenas um apresentou o mencionado plano instituído**.** Vale lembrar que discussão sobre o tema PCCS-SUS vem ocorrendo por mais de uma década e, apesar de existir amparo legal, na Lei Federal 8.142/90, no Art.4º, inciso VI, que determina a obrigatoriedade da existência do PCCS para todo o sistema de saúde, nas três esferas de governo, a aplicação do mesmo tem sido um grande desafio para os gestores. A implementação seria uma das formas de valorização dos profissionais da saúde no SUS, uma vez que, por meio desse é possível um sistema de carreiras unificadas, baseado na

produtividade, no desempenho, na capacitação (educação permanente) e na progressão com a admissão por concurso público, fatores que contribuirão para a valorização dos profissionais de saúde. Conforme (Machado, 2000), o PCCS não deve ser considerado o responsável pelo "engessamento" da gestão nem continuar sendo tratado com tão pouca seriedade pelos gestores públicos. Da mesma forma, é incorreto associar o PCCS à noção de atraso gerencial, à inoperância administrativa, como muitos "modernos administradores" tentam passar. Ao contrário, o PCCS, se bem-estruturado e corretamente executado, com a devida flexibilidade que a realidade impõe, é uma garantia de que o trabalhador terá o direito de vislumbrar uma vida profissional ativa, na qual a qualidade técnica e a produtividade sejam variáveis-chave para a construção de um sistema exequível.

Um fato interessante a ser observado, neste estudo, está relacionado à jornada de trabalho semanal dos 46 profissionais que relataram atuar no SUS e no consultório particular. Notou-se que o evento de *"trabalhar no SUS e no consultório particular"* se deu independente do tipo de jornada de trabalho efetuada. Apesar de ter havido o predomínio dessa ocorrência com os trabalhadores de jornada de trabalho de 20h (65%), constatou-se que essa situação, também, ocorre com trabalhadores de 30h (7%) e 40h (28%) **Figura 1**.

Em face dessas ocorrências, várias questões são levantadas: O que leva os profissionais do SUS, com jornada de 40h semanais, também a exercer a profissão no seu consultório privado? Com a dupla jornada de trabalho, esses profissionais do SUS estariam propensos a desenvolver Doenças Ósteo-Musculares Relacionadas ao Trabalho entre outras, gerando, assim, o afastamento temporário de sua função no seu emprego público? Embora o afastamento por doenças relacionadas ao trabalho seja um direito do trabalhador, ao Sistema Público de Saúde são geradas consequências que interferem no atendimento ao público? Indubitavelmente, tais questionamentos sugerem que há necessidade de implementar políticas públicas de recursos humanos, que valorizem tais profissionais no SUS.

Figura 1 Exercício profissional de Cirurgiões-dentistas do SUS, de municípios pertencentes ao DRS XV – São José do Rio Preto/SP, 2009.



Estudos revelam que cirurgiões-dentistas não cumprem a jornada de trabalho, fato, provavelmente, justificado por não morarem no município onde atuam e pelos baixos salários percebidos (Carvalho e Girardi, 2002; Souza e Roncalli, 2007). Embora o presente estudo não tenha avaliado a questão do cumprimento da carga horária trabalhada, 45 cirurgiões-dentistas relataram trabalhar no SUS e em consultório particular, por considerarem insuficiente o salário percebido no SUS. Ao perguntar aos 83 profissionais deste estudo se possuíam dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades, obteve-se como resposta que: 7(8%) nada, 28(34%) muito pouco, 40(48%) médio, 6(7%) muito e 2(2%) completamente.

Dentre os 78 profissionais que exerciam a função de cirurgião-dentista, 52 (66%) estavam insatisfeitos com a remuneração percebida, dos 3 profissionais com dupla função (coordenador e cirurgião-dentista), todos se encontravam insatisfeitos, e somente o profissional que exercia apenas o cargo de coordenador de saúde bucal mostrava-se realizado com a remuneração. Já o único cirurgião-dentista que exercia a função de secretário municipal de saúde também se mantinha insatisfeito com sua remuneração visto que, diante da responsabilidade que é desenvolvida pela função, o que recebia (R$2.000,00) não fazia jus à seriedade do cargo exercido. Para os profissionais com acúmulo de função de cirurgião-

dentista e coordenador de saúde bucal, os valores relatados foram de R$1.250,00, R$1.900,00, R$3.000,00 para jornada de 20h e R$1.600,00 para jornada de 30h. Já para os profissionais com a função de cirurgião-dentista, a remuneração variou entre valores inferiores a 3 salários mínimos (R$1.250,00) até 15,55 salários mínimos (R$7.000,00) para as jornadas de trabalho de 20h, 30h e 40h, sendo utilizado como referência de salário mínimo do valor de R$415,00 ano base de 2008. A **Tabela 3** demonstra dados relativos à remuneração percebida pelos profissionais.

Tabela 3 Remuneração de Cirurgiões-dentistas do SUS, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009.

Remuneração Percebida	**Jornada Semanal**			**Total**	
	20h	**30h**	**40h**	**n**	**%**
415,00 a 1.245,00	10		2	12	15
1.245,00 a 2.490,00	26	4	8	38	46
2.490,00 a 3.735,00	8	2	2	12	14
3.735,00 a 4.980,00	3		2	5	6
4.980,00 a 6.225,00			10	10	12
6.225,00 a 7.500,00			6	6	7
Total				**83**	**100**

*** Salário mínimo R$415,00 Lei nº 11.709/08 DOU 20/06/08**

Como a CF/88 estabelece que é de responsabilidade da administração, tanto municipal quanto estadual, a definição das regras concernentes à remuneração de seus servidores, cada município estudado adotou uma política diferente, o que gerou uma disparidade entre os valores dos salários de profissionais da mesma categoria, que trabalham em outros municípios. Registre-se, ainda, que a mesma CF/88 determina que o valor dos salários dos servidores públicos, quer seja no âmbito municipal, estadual ou federal não será menor que o piso mínimo de cada categoria. Em vista disso, observou-se que, nas diversas esferas administrativas, os profissionais que desempenham as mesmas funções recebem salários diferenciados, inclusive os que atuam na mesma região. Ao confrontar dados de carga horária trabalhada e salário recebido, observaram-se discrepâncias entre profissionais com a mesma jornada de trabalho e o mesmo tempo de serviço no município, visto que raros são os casos em que a administração pública adota um plano de carreira. Notou-se que profissionais

com jornada de 20h recebem salários maiores ou iguais aos de profissionais com jornada de trabalho de 30h ou 40h; profissionais com um ano de contratação no serviço público apresentaram uma remuneração proporcional (em anos trabalhados) maior que profissionais com muitos anos de exercício no emprego público; além disso, existem diferenças de remuneração entre o cirurgião-dentista concursado pelo município e o cirurgião-dentista concursado pelo Estado, embora esteja cedido para trabalhar no município.

A Emenda constitucional nº 19/98 excluiu do artigo 39, § 1º da CF/88 a regra que assegurava a isonomia de vencimentos para os cargos de atribuições iguais ou assemelhados do mesmo poder ou entre servidores dos três poderes, o que acentuou mais as discrepâncias salariais entre as diferentes administrações públicas, e colaborou para aumentar a falta de interesse político na adoção de um plano de carreira.

A maioria dos profissionais com cargos, hierarquicamente, diferenciados como o de Secretário de Saúde e Coordenador de Saúde Bucal recebia uma remuneração incompatível com o grau de responsabilidade que se tem em gerir a saúde. Isso em total desrespeito à CF/88 que, conquanto estabeleça que cada administração pública adotará as regras para remuneração de seus servidores, estabelece, também, que o sistema remuneratório observará, entre outras exigências, a natureza, o grau de responsabilidade e a complexidade dos cargos componentes de cada carreira. No que se refere à função de coordenador de saúde bucal, percebeu-se que a existência do referido cargo ocorre de maneira desorganizada. Embora se reconheça a importância das atribuições desenvolvidas nessa função, verificou-se que a instituição legal do cargo de coordenador de saúde bucal pelos municípios ainda é um nó crítico a ser superado, merecendo, portanto, estudos mais aprofundados sobre a temática, uma vez que, segundo (Martins et al., 2009), o profissional de saúde é um ponto chave para a implementação do SUS.

A satisfação profissional tem sido descrita como o estado emocional positivo resultante do prazer que se tem com as experiências do trabalho, estando fortemente relacionada a fatores, como desempenho profissional, qualidade de vida, saúde física e mental e com a autoestima do trabalhador (Rebouças, Legay e Abelha, 2007). Convém ressaltar que a satisfação no trabalho é um tema de suma importância, sobretudo, em se tratando de saúde pública, já que a mesma tem reflexos não apenas para a saúde do trabalhador, mas também na efetivação das políticas públicas com resolutibilidade e qualidade.

Observa-se na **Tabela 4** que, nesta pesquisa, não existe associação entre a satisfação com o salário e a satisfação com o emprego no SUS (*p=0,3259*), afirmativa que

corrobora com os resultados obtidos por (Nicolielo e Bastos, 2002; Batista et al., 2005). Esses autores também afirmam que a remuneração se apresenta como um fator de motivação para o trabalho, contudo não constitui o principal fator.

Tabela 4 Associação entre satisfação com salário e Satisfação com emprego público de Cirurgiões-dentistas do SUS, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – XV do Estado de São Paulo, 2009.

Salário / Emprego	Sim	Não	Total
Sim	23	47	70
Não	2	11	13
Total	25	58	83

Teste exato de Fisher p=0,3259

Em vista do resultado, sugere-se que a satisfação com o emprego público e não com o salário, neste estudo, também possa estar relacionada com as vantagens adquiridas com o vínculo empregatício como, por exemplo, salário fixo mensal, 13º salário, férias remunerada, licença saúde, aposentadoria e, principalmente, a estabilidade no emprego público. Além desses fatores, dos cirurgiões-dentistas entrevistados, 32(39%) consideram bastante importante e 51(61%) consideram extremamente importante o trabalho desenvolvido no SUS a benefício da população, o que, para muitos, é motivo de satisfação e realização pessoal.

3.6 CONCLUSÃO

Embora o Plano de Carreira, Cargos e Salários não seja realidade nos municípios estudados, e de a maioria dos profissionais se dizer “insatisfeita” com a remuneração, quase a totalidade dos entrevistados está “satisfeita” com o emprego público no SUS.

3.7 REFERÊNCIAS

ALBERTO, L.C.F.R. *Os determinantes da felicidade no trabalho: um estudo sobre a diversidade nas trajetórias profissionais de engenheiros 2000*. 123f. Dissertação (Mestrado)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ARAÚJO, L.M. et al. *Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. Cadernos RH Saúde;*Brasília, v.3, n.1, p155-166, mar.2006.

BASTOS, J.R.M. et al. *Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru –USP entre os anos de 1996 e 2000. Journal of Applied Oral Scince*, Bauru, v.11, n. 4, p.283-289, oct.- dez. 2003.

BATISTA, A.A.V.et al. *Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.93, n.1, p.85-91, mar. 2005.

BENGMARK, D.; NILNER, M.; ROHLIN, M. *Graduates'characteristics and professional situation: a follow-up of five classes graduated from the Malmö model. Swedish Dental Journal*, Sweden, v.31, n.3, p.129-135, fev. 2007.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. *Acesso e qualidade superando exclusão social: relatório final.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____.Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____.Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. *Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União,* Brasília, p.85,29 dez.2000.

_____.Ministério da Saúde. Saúde da família 2009. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php>. Acesso em: 18 mar.2009.

CARVALHO, C.L.; GIRARDI, S.B. *Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil*. Belo Horizonte: Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

CERÁVOLO, M.C.S. *Perfil do cirurgião dentista no programa Paidéia Saúde da Família, na cidade de Campinas/SP 2006*. 136f Dissertação. (Mestrado). Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP, Piracicaba, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de Ética Odontológico. Rio de Janeiro: CFO, 2006.

COSTA, S.M.; DURÃES, S.J.A.; ABREU, M.H.N.G. *Feminização do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v15, suppl.1, p.1865-1873, jun. 2010. 2009. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1693>. Acesso em: 10 mar. 2009.

EPI INFO Versão 3.5.1 *Software para profissionais de saúde (programa de computador)*. Atlanta: CDC; 2008.

FRASER, T.M. *Human stress, work and job satisfaction: a critical approach.* Geniva: International Labour Office, 1983.

FREITAS, C.H.S.M. *Dilemas do exercício profissional no trabalho liberal da odontologia: a autonomia em questão*. 2004. 156f Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FREITAS, C.H.S.M. *Dilemas no exercício profissional da odontologia: a autonomia em questão*. *Interface*: *Comunicação, Saúde, Educação*,(Botucatu), v.11, n.21, p. 25–38, jan./abr. 2007.

GADOTTI, M. *Max: transformar o mundo.* São Paulo: FDT, 1991.

LAZERIS, A.M.; CALVO, M.C.M.; REGIS FILHO, G.I. *A formação de recursos humanos em odontologia e as exigências do setor público: uma contribuição para serviços de saúde públicos e de qualidade.* Revista Odonto Ciência, Porto Alegre, v.22, n.56, p.166-176, abr./jun. 2007.

LOURENÇO, E.C. et al. *A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro v.14, sup.1, p. 1367-1377, set./out. 2009.

MACHADO, M.H. *Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p.133-146, Jul./Ago. 2000.

MARTINS, R.J. et al. *Percepção dos coordenadores de saúde bucal e cirurgiões-dentistas do serviço público sobre o Sistema Único de Saúde*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.18, n.1, p. 75-82, jan./mar. 2009.

MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA N.A.; BLANCO, M.R.B. *A força do trabalho feminino na odontologia, em Araçatuba – SP*. Journal do Applied Oral Science, Bauru, v. 11, n. 4, p. 301-305, oct./dez. 2003.

MORITA, M.C.; HADDAD, A.E.; ARAÚJO, M.E. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro.* Maringá: Dental Press, 2010.

NICOLIELO, J.; BASTOS, J.R.M. *Satisfaçäo profissional do cirurgião dentista conforme tempo de formado.* Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, v.10, n.2, p. 69-74, abr./jun.2002.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L.F.; ABELHA, L. *Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 244-250, abr.2007.

REIBNITZ JUNIOR,C. *Egressos do curso de odontologia da UFSC e sua inserção no mercado de trabalho Florianópolis, 2003.* 95f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

RONCALLI, A.G. *A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, eqüidade e integralidade em saúde bucal coletiva. 2000*. 235f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2002.

SOUZA, T.M.S; RONCALLI, A.G. *Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p. 2727-2739, nov. 2007.

4 CAPÍTULO 2

Equipe de Saúde Bucal e o Ambiente de Trabalho no SUS. Aspectos Sanitários e Ergonômicos.

4.1 RESUMO

Nesse estudo transversal, observacional, objetivou-se analisar a participação da Auxiliar na equipe odontológica do serviço público, verificar quesitos sanitários, existência e distribuição dos equipamentos no consultório, por meio de aplicação de questionários, observações nos locais de atendimento e análise de fotografias do ambiente. Foram entrevistados 83 cirurgiões-dentistas (CD) de 12 municípios do estado de SP, e avaliados 34 ambientes odontológicos. Do total de 81 CD, 19(23%) trabalhavam sozinhos, sendo 8(42%) em escolas e 12(63%) em UBS. Dos 34 consultórios, 2(6%) não apresentavam qualquer equipamento de esterilização e dos que possuíam, a autoclave era o meio mais utilizado 15(44%). Nos consultórios, verificou-se que 31(91%) lixeiras de lixo comum e 23(68%) de lixo contaminado eram inadequadas; 13(38%) não tinham lavatórios para mãos, em apenas 23(68%) havia toalheiro de papel, em 20(59%) saboneteiras adequadas e em 5(15%) o compressor estava dentro do consultório. Quanto à adequação dos consultórios para o trabalho auxiliado em apenas 19(56%) apresentaram Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e, em todos eles, foram observados algum tipo de inadequação. Conclui-se que as ASB estão presentes em todas as unidades do CEO e ESF por exigência legal e ainda foram encontradas algumas condições sanitárias e ergonômicas inadequadas. A avaliação das condições de trabalho no SUS é um instrumento importante para impulsionar a melhoria da gestão em saúde bucal e, consequentemente, nos serviços prestados pela equipe à população brasileira.

Descritores: Recursos Humanos. Saúde Bucal. Ambiente de Trabalho.

The oral health team and the Working Environment in the SUS. Ergonomic and Health Aspects.

4.2 ABSTRACT

In this observational and cross-sectional study aimed to analyze the participation of the dental auxiliary staff in the public service, check health inquiries, availability and distribution of equipment in the office, through questionnaires, observations in the local service and analysis of photographs of environment. Interviews were conducted with 83 dentists (CD), 12 cities in the state of SP and evaluated 34 dental environments. Of the 81 CD, 19 (23%) worked alone being 8(42%) at schools and 12 (63%) at UBS. Of the 34 clinics, 2 (6%) showed no sterilization equipment and those who had it the autoclave was the most used 15 (44%). In clinics, it was found 31 (91%) common garbage dumps and 23 (68%) contaminated waste inadequate, 13 (38%) didn´t have the sink to wash hands, 23 (68%) had paper towel rack, 20 (59%) adequate soapboxes and 5 (15%) had the compressor in the office. About the clinics adequacy to the auxiliary work only 19 (56%) had dental assistant, and in all of them were observed some inadequacy. Concluded that the dental assistant is present in the CEO and ESF under law and also found some improper health conditions and ergonomics. The assessment of working conditions in the Single Health Sistem is an important tool to drive improvements in the management of oral health services therefore the services provided by staff to the Brazilian population.

Descriptors: Human Resourses. Oral Health. Working Environment.

4.3 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Bucal, instituída pelo Ministério da Saúde em 17 de março de 2004, com o objetivo de ampliar a atenção odontológica e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira,[1] propõe a reorganização da saúde bucal na atenção básica. Pautando-se em tais objetivos, atualmente, pode-se afirmar que houve ampliação das equipes de saúde bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a criação dos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e a ampliação do Programa de Fluoretação da água de abastecimento público,[2] caracterizando assim, um novo contexto da atenção odontológica em saúde pública, neste novo século, em nosso País.

Segundo o Ministério da Saúde,[3] há duas Modalidades de ESB: Modalidade I que é composta por um cirurgião-dentista (CD) e uma auxiliar em saúde bucal (ASB), e a Modalidade II que é formada por um cirurgião-dentista, uma auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal (TSB). O aumento da quantidade de equipes (ESB) implantadas é um indicativo de que novas oportunidades no mercado de trabalho para os profissionais de odontologia foram geradas nos últimos anos. Dados do Ministério da Saúde,[3] indicam que, em junho de 2009, já havia 17. 818 equipes de saúde bucal implantadas.

Desde a regulamentação do SUS com a lei 8080/90,[4] diversos setores da saúde têm sido reestruturados, dentre eles ressalta-se a Vigilância Sanitária, que recebeu investimentos e hoje deve ser entendida como um complexo sistema de normalização e controle da situação sanitária de diversos segmentos.

Nos estabelecimentos odontológicos, tanto a infraestrutura dos ambientes de trabalho quanto os procedimentos operacionais e os materiais podem promover riscos físicos, químicos e biológicos aos pacientes e aos profissionais.[5] Diante disso, a ação da vigilância sanitária é de fundamental importância para que se possa garantir a existência de condições adequadas de infraestrutura física para o trabalho, visando à manutenção da saúde do trabalhador e também a qualidade na prestação do serviço em saúde.

---

* Formatação conforme normas da Revista de Saúde Pública. USP. (Anexo C)

O trabalho auxiliado na odontologia, há anos, vem sendo estudado e recomendado,[6,7,8] considerando as inúmeras vantagens que pode proporcionar tanto para o profissional e equipe quanto para o paciente no âmbito individual e coletivo.

Ressalta-se que a presença da ASB na equipe de saúde bucal é extremamente relevante porque aumenta a eficiência do trabalho, eleva o rendimento, otimiza o tempo, minimiza custo operacional, aumenta produtividade e diminui o risco de contaminações.[6,7] As vantagens que a presença da ASB proporciona ao trabalho auxiliado, conjuntamente com a necessidade da ampliação das ESB na Estratégia de Saúde da Família, impulsionaram a elaboração e a aprovação da Lei Nº. 11.889, de 24 de dezembro de 2008,[9] que regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB) no Brasil.

Todavia, nem sempre as condições físicas do ambiente permitem o trabalho auxiliado ou ainda, em muitas situações, as ASB não desempenham todas as ações a elas permitidas, ou por falta de preparo por parte da equipe ASB/CD, ou por desconhecimento do profissional sobre as atribuições da ASB, estabelecidas por lei. Dada à importância do tema em saúde pública, foi desenvolvido o presente trabalho que objetivou analisar a participação da ASB na equipe odontológica do serviço público de saúde e observar os quesitos sanitários, existência e distribuição dos equipamentos adequados ao trabalho em equipe.

4.4 METODOLOGIA

Este estudo, transversal, de inquérito e observacional foi desenvolvido em 12 municípios, sendo 11 deles pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional "Bonifácio" e o município de São José do Rio Preto, que é sede do Departamento Regional de Saúde DRS XV do Estado de São Paulo. Do total de 172 cirurgiões-dentistas existentes nos municípios estudados, 83 foram entrevistados. Como critério de inclusão dos profissionais no estudo, considerou-se o vínculo empregatício no serviço público de saúde, e de exclusão os cirurgiões-dentistas que se encontravam afastados do serviço por licença ou aposentadoria, bem como os profissionais que ocupavam função de gestores de saúde (n=2) e que não estavam atuando clinicamente no SUS, além dos que não aceitaram participar do estudo. Quantos aos profissionais que atuavam em mais de um município, foi considerada a entrevista realizada no primeiro município visitado.

Utilizou-se um instrumento para registro das variáveis, relacionadas à composição da equipe de saúde bucal, e das informações, relativas ao ambiente de trabalho de 34 salas de atendimento odontológico da rede pública, com a finalidade de verificar as seguintes condições: tipo de estabelecimento, esterilização, existência de lavatórios com sistema que impeça o contato direto das mãos com o registro da torneira, presença de toalheiro de papel para secagem das mãos e saboneteira suspensa para sabonete líquido, situação do lixo contaminado e comum na sala de atendimento, presença do compressor no ambiente de trabalho e a distribuição dos equipamentos e móveis na sala de atendimento. A classificação dos ambientes quanto à adequação da distribuição dos equipamentos e móveis na sala de atendimento obedeceu aos critérios estabelecidos por Porto[10] ; para a análise das variáveis, seguiu-se o estabelecido na Resolução SS-15 de 18-01-99[11] sobre condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica.

Para coleta de dados, utilizou-se um questionário semiestruturado, composto por questões abertas e fechadas. As entrevistas e as observações do ambiente de trabalho foram realizadas por uma equipe de três pesquisadores, previamente calibrados, que tiveram uma postura passiva ao observar o ambiente de trabalho dos participantes do estudo.

Foi solicitada autorização para a participação dos cirurgiões-dentistas na pesquisa, bem como a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido a todos os profissionais, garantindo o sigilo das informações e preservação da identidade, o que permitiu o desenvolvimento da pesquisa sem constrangimento e o retrato da realidade vivida na rotina do dia a dia de trabalho. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, protocolo FOA2008-01660.

Os dados coletados foram digitados numa base eletrônica, utilizando-se o *Software Epi Info 2000 versão 3.5.1.*[12] e, posteriormente, realizada a estatística descritiva.

4.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.5.1 A Equipe de Saúde Bucal:

Observou-se, neste estudo, apenas a existência de Equipe de Saúde Bucal Modalidade I, constituída por um CD e uma ASB. Nas entrevistas com os profissionais que atuavam clinicamente como CD da rede pública de saúde (n=81), foi observado que 62(76%) possuíam a ASB na equipe de saúde bucal, sendo 11(18%) atuando em escolas, 11(18%) em CEO, 12 (19%) em ESF e 28 (45%) em UBS. Dos 19(23%) CD que efetuavam a rotina do seu trabalho sem a auxiliar, 7 (37%) desenvolviam suas atividades em escolas e 12 (63%) em UBS, conforme observado na *Tabela 1.*

Tabela 1 Distribuição dos Cirurgiões-dentistas, segundo estabelecimento de prestação de serviço e presença de Auxiliar de Saúde bucal, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009.

Cirurgiões-dentistas entrevistados (n = 81)	**Presença de ASB**		**Ausência de ASB**	
	f	**%**	**f**	**%**
Escola	11	18	7	37
Unidade Básica de Saúde	28	45	12	63
Unidade Saúde da Família	12	19	0	0
Centro de Especialidade Odontológica	11	18	0	0
Total	**62**	**100**	**19**	**100**

A garantia por lei da presença da ASB como profissionais essenciais na ESF e no CEO foi um grande avanço para a odontologia no SUS, uma vez que, em alguns locais de trabalho, o atendimento odontológico é prestado pelo CD atuando sozinho. Atualmente, para que haja a implantação da ESF ou do CEO, os municípios, necessariamente, terão que atender as portarias ministeriais. Esse

avanço ganho com ampliação da equipe de saúde bucal traduzirá em melhores condições de trabalho para a equipe e, consequentemente, influenciará na qualidade do serviço prestado ao paciente do sistema público de saúde, pois o trabalho sem a ASB acarreta ao CD o acúmulo de funções desenvolvidas diariamente. Além das suas atribuições como CD, cabe a ele desempenhar todas as atividades competentes à ASB, atualmente, reconhecida e regulamentada pela LEI nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008.[9] Isto posto, é relevante destacar que, segundo alguns autores,[6,7] é fundamental a presença da ASB nas equipes de saúde bucal.

Vale salientar que a Atenção em Saúde Bucal no Brasil sofreu grandes transformações, no final década de 80, com a promulgação da Constituição Federal, que garantiu, legalmente, o acesso universal da população aos serviços de saúde, e, na década de 90, com a criação do Sistema Único de Saúde e seus princípios. Nessa perspectiva histórica, ressalta-se que modelos como o Sistema Incremental, Programa de Inversão da Atenção e a Atenção Precoce, embora tenham exercido contribuições importantes na evolução da atenção em saúde bucal pública, caracterizaram-se modelos excludentes por serem direcionados a grupos etários específicos e, na maioria das vezes, limitados às escolas e creches, dificultando a efetivação dos princípios do SUS.

Nesses vinte anos de Sistema Único de Saúde, verifica-se que o número de municípios brasileiros sem recursos de assistência odontológica diminuiu, e os consultórios, antes fixados em escolas, foram relocados para a rede básica, propiciando uma maior integração das ações de saúde bucal aos demais programas.[13] Neste novo século, as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Estratégia da Saúde da Família têm sido as portas de entrada da assistência à saúde no SUS. Avanços significativos na atenção odontológica estão sendo respaldados não somente com a inclusão da Equipe de Saúde Bucal no PSF que se iniciou em 2001, mas, sobretudo, com o surgimento da Política Nacional de Saúde Bucal lançada em 2004. Em vista disso, as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal devem ser garantidas pelas esferas governamentais, trazendo benefícios à população brasileira.

Obviamente, dada tamanha evolução do setor de Saúde Bucal no SUS, tais transformações de modelo de atenção impulsionaram, também, a reestruturação

da equipe de profissionais, que atua em busca de oferecer a atenção de saúde bucal no âmbito da integralidade. Portanto, embora nos últimos anos, tenham sido geradas novas oportunidades no mercado de trabalho para os profissionais de odontologia, pelos dados aqui observados, percebe-se que, ainda, constitui um desafio a presença da ASB na rotina da equipe de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, fragilizando, assim, a prestação de serviços na atenção em saúde bucal aos usuários do sistema e, consequentemente, influenciando na qualidade do serviço prestado pelo cirurgião-dentista.

4.5.2 O Ambiente de Trabalho:

Os estabelecimentos de assistência odontológica, no presente estudo, foram caracterizados de acordo com o Artigo 9º da Resolução SS-15 de 18-01-1999[11], da seguinte forma: 18 Consultórios odontológicos tipo I, caracterizado por possuir somente um conjunto de equipamento odontológico, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X; 5 Clínicas odontológica tipo I, caracterizada por possuir um conjunto de, no máximo, 03 consultórios odontológicos, independentes entre si, com uma área de espera em comum, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X e 1 Clínica Modular, caracterizada pelo atendimento em um único espaço, com área mínima, condicionada ao número e disposição dos equipamentos odontológicos, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X. Das 34 salas de atendimento odontológico analisadas, 19 (56%) eram utilizadas para o trabalho da equipe de saúde bucal (CD e ASB) e 15 (44%) salas utilizadas apenas pelo CD.

Das 5 Clínicas Odontológicas Tipo I existentes, foi observado que apenas 2 delas apresentaram sala específica para esterilização; as demais contrariaram claramente o artigo 24º da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999,[11] que normaliza que as clínicas Tipo I e II e clínicas modulares, obrigatoriamente, devem contar com equipamento de esterilização fora da sala de atendimento .

No que se refere aos meios de esterilização, constatou-se que 2 (6%) salas de atendimento não apresentavam qualquer tipo de equipamento de esterilização, sendo a mesma processada em outra unidade de saúde, 7(21%)

possuíam somente estufa, 15(44%) somente autoclave e, em 10 (29%), havia estufa e autoclave. A autoclave, neste estudo, constitui o meio de esterilização mais utilizado, conforme demonstra a *Tabela 2*. Outros estudos [14,15,16] também observaram que o uso da autoclave tem sido o meio mais utilizado para a esterilização tanto em serviços públicos como no privado, revelando, ainda, a tendência do uso de tal equipamento, dada a evolução tecnológica na odontologia, a eficiência e agilidade do processo de esterilização e os princípios de biossegurança.

Tabela 2 Distribuição de consultórios odontológicos do Sistema Único de Saúde, segundo meio de esterilização, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009.

Meios de esterilização	f	%
Autoclave	15	44
Estufa	7	21
Estufa e Autoclave	10	29
Sem equipamento na sala	2	6
Total	**34**	**100**

Quanto ao uso de estufas, neste estudo, verificou-se que do total de 17 estufas encontradas, apenas 1 estufa estava adequada à Resolução SS 374/1995,[17] por apresentar o termômetro de bulbo, que indica a temperatura atingida no seu interior, e o termostato responsável pela manutenção da temperatura desejada. Destaca-se, contudo, que os meios de esterilização são aceitos na legislação sanitária, desde que seja seguida, rigorosamente, a normalização estabelecida.

Em relação ao descarte do lixo comum, 31(91%) dos consultórios apresentaram lixeiras para descarte de lixo comum inadequadas, sendo 16(52%) por falta de acionamento de pedal e tampa, 2 (6%) por possuir somente tampa e

13 (42%) por não existir lixeiras de descarte do lixo comum. Em relação ao descarte do lixo contaminado, 23 (68%) consultórios apresentaram lixeiras inadequadas, sendo 20(87%) delas sem pedal e tampa, 1(4%) por possuir somente tampa e 2 (9%) por não existir lixeira com saco branco leitoso, conforme demonstra a *Tabela 3*. A ausência de lixeiras ou a existência de lixeiras inadequadas remetem dificuldades em viabilizar as normas de biossegurança, expondo assim, a equipe de saúde bucal e os pacientes ao risco de infecção cruzada. Outro agravante que deve ser ressaltado é o acondicionamento de lixo contaminado em saco plástico de diversas cores, já que o seu destino final pode ser o aterro sanitário dos municípios, podendo, portanto, ocorrer a contaminação de terceiros e do meio ambiente. As ocorrências anteriormente observadas contrariam o Artigo 72º da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999,[11] que determina que o material descartável deve ser mantido em recipientes com tampas, acionado por pedal, separados em lixo comum e lixo contaminado, e a norma NBR 9191/2000,[18] que preconiza o acondicionamento de lixo contaminado em saco plástico branco leitoso, resistente, impermeável e identificado com a simbologia de resíduo infectante.

Já no que se refere ao material perfurocortante, a grande maioria das salas 25 (73%) possuía recipiente de paredes rígidas, rotulado como "contaminado", com tampa, para material perfuro cortante desprezado, estando de acordo com o Artigo 70º da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999, que determina a destinação final desse material em recipiente rígido, estanque, vedado e identificado pela simbologia infectante. Outros autores[14,15,16] também relataram que os ambientes analisados, em sua grande maioria, possuíam caixas adequadas a esta Resolução no que tange ao descarte do material perfurocortante. Convém observar que é de fundamental importância o descarte adequado de material perfurocortante visto que é uma forma de evitar não apenas acidentes, mas também disseminação de doenças infectocontagiosas.

Tabela 3 Distribuição de Consultórios Odontológicos do Sistema Único de Saúde, segundo condições sanitárias, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRS XV do Estado de São Paulo, 2009.

Condições Sanitárias		Adequado		Inadequado		Ausente		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Descarte do lixo	Comum	3	9	18	53	13	38	34	100
	Contaminado	11	32	21	62	2	6	34	100
	Perfurocortante	25	73	0	0	9	27	34	100
Lavatórios para Dispositivo no Lavatório de Higienização	Mãos	7	21	14	41	13	38	34	100
	Instrumentais	0	0	34	100	0	0	34	100
	Mãos	7	21	0	0	27	79	34	100
	Instrumentais	0	0	0	0	34	100	34	100
	Toalheiro de Papel	23	68	0	0	11	32	34	100
	Saboneteira	20	59	0	0	14	41	34	100
Instalação do Compressor	Dentro da Sala	4	12	1	3	29	85	34	100
	Fora da Sala	29	85	0	0	5	15	34	100

Em relação aos lavatórios das 34 salas, observou-se que apenas 7(21%) delas possuíam, adequadamente, o lavatório de uso exclusivo para a lavagem das mãos dos profissionais. No que se refere à presença de dispositivos que impeçam o contato direto com as mãos, a maioria 27(79%) apresentou-se inadequada ao uso, pela ausência do referido dispositivo. Quanto aos lavatórios utilizados à lavagem dos instrumentais, nenhum deles apresentou dispositivo. De acordo com o Artigo 23º da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999,[11] todo estabelecimento de assistência odontológica deve ter lavatório com água corrente de uso exclusivo para lavagem das mãos, devendo o mesmo contar com dispositivo que dispense o contato de mãos com o volante da torneira, com toalhas de papel descartável ou compressas estéreis e sabonete líquido, sendo que a limpeza ou descontaminação de artigos não deve ser realizada no mesmo lavatório de mãos, evitando-se, assim, o risco de transmissão de microorganismos à equipe.

Zenkner,[19] em 2006, já afirmava que a ação mais importante para a prevenção e controle de infecções é a lavagem das mãos, pois diminui o potencial patogênico das mesmas.

A existência de toalheiros de papeis foi notada em 23(68%) consultórios; 20(59%) apresentaram saboneteiras adequadas, isto é, elas se encontravam suspensas, afixadas na parede e contendo sabonete líquido. A ausência dos dispositivos acionadores de torneiras, papel toalha e sabonete líquido tornam o ambiente de trabalho inadequado às normas de biossegurança, expondo a equipe à riscos de saúde.[8,20,21]

Quanto às instalações dos compressores, foi observado que, das 34 salas de atendimento, 5(15%) apresentaram o compressor instalado dentro do ambiente de trabalho e, em 1 delas, o compressor encontrava-se sem proteção acústica. Essa ocorrência pode ocasionar a diminuição da acuidade auditiva e sensorial da pessoa, interferindo na sua vida social e profissional.[20,21] Os profissionais de saúde e os gestores devem dar maior importância ao Artigo 38º, inciso VII da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999, uma vez que os danos causados à saúde dos profissionais são irreversíveis, como exemplo, a perda ou diminuição da audição e o estresse profissional, gerados pelo barulho no ambiente de trabalho.[21]

Das 34 salas de atendimento analisadas no estudo, em apenas 19(56%) era realizado o trabalho auxiliado. Ao observar a distribuição dos equipamentos e móveis na sala de atendimento odontológico para o trabalho auxiliado, observou-se que 15 (79%) salas se enquadravam na “Planta nº1”, e 4 (21%) salas na “Planta nº3”, conforme a classificação de Porto,[10] e nenhuma delas foi considerada adequada, como demonstra a *Tabela 4*.

Tabela 4 Distribuição dos Consultórios Odontológicos do Sistema Público de Saúde, segundo análise ergonômica, de municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde – DRSXV do Estado de São Paulo, 2009.

Posição do Equipamento/Móvel	**Salas Trabalho Auxiliado (n=19)**			
	adequado		**inadequado**	
	n	**%**	**n**	**%**
Metragem da sala	10	53	9	47
Porta de entrada	17	89	2	11
Lavatório do CD	7	37	12	63
Cadeira	5	26	14	74
Equipo	19	100	0	0
Mesa auxiliar	6	32	13	68
Armário fixo	4	21	15	79
Aparelho de Raios X	0	0	19	100

Das 19 salas de “Planta nº1” e “Planta nº3”, a metragem do ambiente clínico em 9 (47%) delas estava inadequada. A porta de entrada da sala, em apenas 2 (10%) estabelecimentos de “Planta nº1”, estava inadequada por estar situada no lado da auxiliar. No que se refere à posição do lavatório do cirurgião-dentista, apenas 7 (37%) foram consideradas adequadas e 12 (63%) inadequadas, sendo que dessas, 7 não existiam para específica lavagem das mãos dos profissionais e 5 foram dispostas na parede da auxiliar. Quanto à posição da cadeira ser colocada transversalmente, com a cabeça do paciente no centro da sala, apenas 5 (26%) estavam adequadas e 14(74%) inadequadas. Quanto à posição do equipo, todos estavam na posição 1. Das mesas auxiliares, apenas 6(32%) se encontravam adequadas atrás da cadeira. Ao observar o armário fixo, notou-se só 4 (21%) adequados, estando na parede do lado da auxiliar, e a grande maioria 15 (79%) estavam inadequados, sendo: na parede do dentista (n=1), na parede à frente da cadeira odontológica (n=4) e por não existirem (n=10). No que se refere ao posicionamento do aparelho dos Raios X, observou-se que 19(100%) salas estavam inadequadas, sendo que a grande maioria 12 (63%) não existia e 7 (37%) não estavam instalados na parede, conforme indica o referido autor.

Tendo por base os resultados acima apresentados, percebe-se que dificuldades são vivenciadas no trabalho da ESB dos municípios avaliados. Ao analisar a distribuição dos equipamentos existentes nas salas de atendimento odontológico, foi observado que todas as salas não apresentaram o bom posicionamento dos equipamentos para o trabalho auxiliado, o que não garante conforto, eficiência ou função podendo, assim, ocasionar um maior desgaste físico dos profissionais, menor eficiência do trabalho e, consequentemente, prejuízos para a saúde do trabalhador.

Verificou-se, ainda, que, em alguns consultórios, o posicionamento incorreto dos equipamentos fere tanto os princípios ergonômicos para a equipe, como também coloca em risco toda a cadeia asséptica, que deve ser realizada durante o atendimento odontológico para proporcionar a segurança tanto para os profissionais quanto aos pacientes. Obviamente, o posicionamento inadequado dos equipamentos pode estar relacionado a causas multifatoriais tais como: ausência de planejamento adequado da estrutura física da sala, projeto hidráulico e elétrico da sala, a existência de aparelhos obsoletos ou sucatados dentro da sala de atendimento, falta de conhecimento dos profissionais de saúde bucal sobre os princípios ergonômicos.

4.6 CONCLUSÃO

Levando-se em conta o que foi observado, é possível afirmar que as ASB estão presentes, por exigência legal, em todas as unidades de Centro de Especialidades Odontológica e Estratégia de Saúde da Família, no entanto foram encontradas algumas condições sanitárias e ergonômicas inadequadas. A avaliação das condições de trabalho no SUS é um instrumento importante para impulsionar a melhoria da gestão em saúde bucal e consequentemente, nos serviços prestados pela equipe à população brasileira.

4.7 REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Brasil sorridente 2006 [citado 2009 maio 18]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/brasil_sorridente.php

2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

3. Ministério da Saúde. Saúde da família 2009. [citado 2009 mar.18]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/saude_familia.php

4. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 20 set. 1990.

5. Conrado JGL. É preciso aperfeiçoar as ações de controle sanitário na odontologia. J CROSP. 2009; 16-7.

6. Barros OB. Ergonomia 3: auxiliares em odontologia, ACD, THD, TPD, APD. São Paulo: Pancast; 1995.

7. Pereira AC, Moreira BHW. A utilização do auxiliar odontológico para o aumento da produtividade nos serviços públicos. Rev Assoc Paul Cir Den. 1992; 46(5):851-4.

8. Saliba TA, Eleutério D, Saliba CA, Moimaz SAS. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares. RPG Rev Pos-Grad. 1998; 5(3):171-6.

9. Brasil. Lei nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008. Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal (THD) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). [citado 2009 maio 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11889.htm

10. Porto FA. O consultório odontológico. São Paulo: Scritti; 1994.

11. São Paulo (Estado). Resolução SS-15, 18 janeiro de 1999. Aprova a norma técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatadas.

[citado 2009 jun. 10]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/download.asp?tipo=zip&arquivo=99re15.zip

12. Center for Discare Control and Prevention. Epi Info Versão 3.5.1 software para profissionais de saúde [programa de computador]. Atlanta: CDC; 2008.

13. Frazão P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para saúde bucal. Cad Saúde Pública. 2009; 25(4):712.

14. Cecílio AMA. Dificuldades na adoção e adesão das normas de biossegurança em odontologia nos diferentes tipos de serviços: públicos, particulares e instituições de ensino, no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2008.

15. Perrella M. Biossegurança em serviços públicos odontológicos [dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 2005.

16. Farinassi JA. Biossegurança no ambiente odontológico. Sotau Rev Virtual Odontol.2007; 1(3):24-30.

17. São Paulo (Estado). Resolução SS-374, de 15 de dezembro de 1995. Altera a norma técnica sobre a organização do Centro de Material e Noções de Esterilização. [citado 2009 jun.10]. Disponível em: http://www.forp.usp.br/restauradora/etica/sanitaria/95re374/95re374.html

18. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 12.808: resíduos de serviços de saúde: classificação. Rio de Janeiro: ABNT; 1993.

19. Zenkner CLL. Proposta de gestão de riscos para o controle de infecção, a partir do diagnóstico de biossegurança, nas clinicas do curso de odontologia da UFSM [dissertação]. Santa Maria: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Maria; 2006.

20. Nogueira DP. Riscos ocupacionais de dentistas e sua prevenção. Rev Bras Saúde Ocup. 1983; 11(41):16-24.

21. Mandel ID. Occupational risks in dentistry: comforts and concerns. J Am Dent Assoc. 1993; 124(10):40-9.

5 CAPÍTULO 3

Condições de Trabalho e Qualidade de Vida de Cirurgiões-dentistas no Sistema Único de Saúde.

5.1 RESUMO

O exercício profissional do cirurgião-dentista o expõe a riscos ocupacionais, advindos do ambiente de trabalho e da profissão, que interferem em sua qualidade de vida. Nesse estudo transversal, tipo inquérito e observacional, o objetivo foi o de verificar a satisfação e a qualidade de vida e saúde de cirurgiões-dentistas do sistema público, avaliando as seguintes variáveis, relacionadas ao trabalho no SUS: satisfação com emprego, ambiente físico odontológico, segurança, saúde, lazer e renda. O universo da pesquisa foi composto por 83 profissionais de 12 municípios do Departamento Regional de Saúde XV – São José do Rio Preto/SP. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas, utilizando-se um questionário semi-estruturado. Os resultados apontam que, do total de 53 profissionais que sentem algum tipo de dor, 40 (75%) relataram que a dor interfere no trabalho; 58 (70%) não consideram o ambiente físico de trabalho saudável; 57 (69%) consideram “bastante” ou “extremamente” seguros seus ambientes de trabalho; apenas 23 (28%) possuem “muito” e “completamente” oportunidade de lazer; 75 (90%) não têm dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades e 32 (39%) “bastante” e 51(61%) “extremamente” atribuem sentido ao trabalho que fazem. Conclui-se que os Cirurgiões-dentistas estão satisfeitos com o emprego no SUS e julgam seu trabalho de extrema importância. Entretanto, apontam fatores negativos que denotam a falta de organização do trabalho e o ambiente físico de trabalho insalubre. Os desconfortos térmico e sonoro, assim como a dor, são as principais queixas relatadas. A segurança não é um problema no local de trabalho, contudo a renda e o lazer, para a maioria, são insatisfatórias.

Descritores: Odontólogos. Qualidade de Vida. Ambiente de Trabalho.

Working conditions and Quality of Life of Dental Surgeons at the Brazilian Public health Service

5.2 ABSTRACT

The practice of his profession exposes the dental surgeon to occupational risks, coming from his work environment and the type of activity he performs, which interfere in his quality of life. In this cross-sectioned inquiry and observational type study, the aim was to verify. The research universe was composed by 83 professionals from 12 municipalities of the Regional Health Department XV – São José of Rio Preto/SP. Data collection was realized by means of interviews, using a semi-structured questionnaire. The results showed that, from the total amount of the 53 professionals who feel some kind of pain; 40 (75%) related that the pain interferes with their work, 58 (70%) did not consider the work environment healthy; 57 (69%) considered their working facilities “quite” or “extremely” safe; only 23 (28%) have “a lot” and “complete” leisure opportunities; 75 (90%) have not enough money to fulfill their necessities and 32 (39%) “enough” and 51 (61%) “extremely”, attribute meaning to the work they accomplish. It can be concluded that dental surgeons are satisfied with their work and consider it as extremely important. On the other hand, they underline negative factors: the lack of work organization; the unhealthy physical work environment, being the thermal and sonorous discomforts the main complaints, as well as the pain, even if, contradictorily, they feel safe at their workplace. Besides this, they bring out that they have little money to satisfy their necessities and few leisure opportunities.

Descriptors: Dentists. Quality of Life. Working Environment.

5.3 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde tem sido uma fonte geradora de empregos para diversas categorias profissionais. A Estratégia da Saúde da Família, bem como a efetivação da Política Nacional de Saúde Bucal reafirmaram a importância da classe odontológica como elemento essencial para oferecer e garantir saúde à população brasileira.

Entretanto, deve-se esclarecer que, ao exercer a prática odontológica, os profissionais que atuam na assistência Odontológica estão expostos a riscos físicos, químicos, ergonômicos, mecânicos ou de acidente, os advindos da falta de conforto e higiene e os biológicos que podem resultar no surgimento de doenças ocupacionais.[1] Em vista disso, para que o cirurgião-dentista possa desenvolver todas suas competências, minimizando os desgastes físicos e psicológicos, que possam ocasionar doenças ocupacionais, é necessário que o ambiente de trabalho, seja adequado assim como condutas preventivas dos profissionais que nele atuam devem ser incorporadas na rotineiramente.

Silveira[2], diz que o trabalho tem um papel fundamental, já que por seu intermédio o homem constitui-se como ser humano. Ainda acrescenta que as vivências no ambiente de trabalho repercutem na vida cotidiana, no contexto profissional, doméstico e social, interferindo na qualidade de vida.[2] Sendo assim, a qualidade de vida no trabalho é importante não só porque o trabalho está diretamente relacionado às condições de sobrevida e busca de meios materiais para a satisfação das necessidades do indivíduo, mas também com sua inserção no meio social.[3]

Estudos científicos [4,5,6] esclarecem que a inadequação das condições materiais e organizacionais do trabalho, nos estabelecimentos de saúde, interfere na atuação dos profissionais e consequentemente, na satisfação profissional. Outros [7, 8, 9] afirmam que a insatisfação, pode interferir na qualidade do trabalho realizado, também pode produzir efeitos negativos sobre a saúde dos trabalhadores da saúde.

---

* Formatação conforme normas da Revista de Saúde Pública. USP. (Anexo C)

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços, porém não tem como resultado um produto material, visto que o produto final do trabalho em saúde é a própria prestação da assistência de saúde, que é produzida no mesmo momento em que é consumida.[10] Seguindo esta perspectiva sobre o trabalho em saúde, no que se refere à saúde pública, com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) subsídios foram criados para aprimorar as relações entre profissionais e profissionais/usuários, em busca da melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados e das condições de trabalho da área de saúde. Assim, pautando-se na gestão compartilhada e na ambiência, os profissionais envolvidos no processo de saúde buscam proporcionar a atenção humanizada.[11]

Para a efetivação da atenção humanizada, necessariamente se faz, valorizar os profissionais de saúde porque, se os trabalhadores estiverem satisfeitos em seu trabalho, serão passíveis de fornecer um atendimento humanizado ao usuário. Entretanto, poucos são os estudos que avaliam a satisfação no trabalho, problemas de saúde e qualidade de vida dos trabalhadores de Saúde Bucal.

Diante do exposto, objetiva-se, nesta pesquisa, verificar a satisfação no trabalho e qualidade de vida e saúde de cirurgiões-dentistas do sistema público de saúde, avaliando as seguintes variáveis, relacionadas ao trabalho no SUS: satisfação com o emprego, ambiente físico odontológico, segurança, saúde, lazer e renda.

5.4 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa quanti-qualitativa, cuja coleta de dados foi feita por meio de observações e entrevistas, utilizando-se um questionário semi-estruturado, composto por questões abertas e fechadas. Ela foi aplicada nos 11 municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional "Bonifácio", e no município de São José do Rio Preto, que é sede do Departamento Regional de Saúde DRS XV do Estado de São Paulo. Foi obtida uma listagem, no DRS XV – São José do Rio Preto, dos municípios com o número de cirurgiões-dentistas, vinculados à rede pública de serviços de saúde (n= 172) profissionais. Os sujeitos dessa pesquisa, incluídos no presente estudo, foram os cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde, que estavam ativos nos municípios pertencentes ao Colegiado de Gestão Regional de Bonifácio e no município de São José do Rio Preto, e que concordaram em participar da mesma. Como critério de exclusão, considerou-se afastamento do serviço por licença ou aposentadoria e não aceitação em participar do estudo.

Os 12 municípios foram visitados e, do total de 172 cirurgiões-dentistas (CD) existentes, 81 cirurgiões-dentistas e 2 gestores de saúde foram entrevistados em seu local de trabalho por um único pesquisador treinado. Para os profissionais que atuavam em mais de um município, considerou-se a entrevista realizada no primeiro município visitado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP, protocolo FOA2008-01660. O questionário elaborado e testado, em estudo piloto, continha as seguintes dimensões: Emprego no SUS, Aspectos sanitários e ergonômicos do ambiente de trabalho e Qualidade de Vida e Saúde dos profissionais de Saúde Bucal. As questões referentes à qualidade de vida foram extraídas do WHOQOL – 100 (Versão em Português), cujas escalas variam de acordo com a intensidade. Os dados coletados foram digitados numa base eletrônica, utilizando-se o Software Epi Info 2000 versão 3.5.1. e, posteriormente realizada a estatística descritiva.

5.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.5.1 O ambiente de trabalho

Notou-se, neste estudo, que os cirurgiões-dentistas e gestores (n=83), em sua grande maioria afirmaram ter satisfação em possuir o emprego público no SUS. Os dados apontam que, 18 (22%) afirmaram estar "muito satisfeito", 52 (62%) estavam "satisfeito", 9 (11%) "pouco satisfeito" e 4 (5%) "insatisfeito" com o emprego público no SUS; contudo, dos 81 dentistas entrevistados, 30 (37%) não consideraram o ambiente físico de trabalho confortável, 55 (68%) não possuem sala de espera e 19 (23%) cirurgiões-dentistas não possuem auxiliar e exercem a profissão sozinhos, o que leva ao comprometimento da qualidade de vida do profissional uma vez que, com o passar dos anos, podem ocorrer manifestações de doenças ocupacionais, relacionadas a aspectos ergonômicos.

Observou-se, também, que 61 (75%) já deixaram, em algum momento de seu exercício profissional no SUS, de atender pacientes por falta de condições de trabalho, sendo 23 (28%) por falta de material de consumo, 53 (64%) por equipamento quebrado, 25 (30%) por falta de água, 27 (32%) por falta de energia e 3 (4%) por outros motivos. Tem-se, portanto, resultados que apontam que o sistema de saúde, em determinadas situações, torna-se fragilizado e inoperante devido as falhas existentes no processo organizacional. Em pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Odontologia de Goiás[12] sobre as condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, foi verificado que instalações físicas estavam degradadas, havia abastecimento irregular de materiais instrumentos, insumos e manutenção de equipamentos inadequados, o que demonstra que o problema não ocorre apenas no Estado de São Paulo.

De acordo com os entrevistados, nas unidades que não possuem sala de espera, os usuários são acomodados nos corredores, próximos à sala de atendimento, o que não caracteriza uma atenção acolhedora e humanizada, tampouco proporciona conforto aos usuários e aos profissionais envolvidos no atendimento. A inexistência da sala de espera, como espaço essencial, também foi observada por Souza[13] que, ao visitar Unidades de Saúde da Família, classificou-as como insatisfatórias por apresentaram problemas físicos, como falta de sala de espera ou sala de espera pequena. Assim, torna-se imperioso destacar que,

segundo Rodrigues et al[14], nesse espaço que os profissionais da área da saúde têm a oportunidade de desenvolver atividades que extrapolam o cuidado, inserindo ações de educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção da saúde; proporcionando, também, uma melhora na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários e melhorando a inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde.

Sabe-se que consultórios odontológicos devem atender a aspectos ergonômicos e ambientais (ruído, calor e qualidade do ar), que permitam à equipe de saúde bucal exercer suas funções com qualidade. Na **tabela 1**, observa-se a existência de uma minoria de profissionais "insatisfeito" ou "pouco satisfeito" com a cor do ambiente de trabalho, sendo tal insatisfação justificada pela existência de unidades de saúde construídas há mais de vinte anos, quando também era comum a utilização de construções em alvenaria, utilizando-se "tijolos vermelhos" à vista, nos projetos arquitetônicos da época. O uso de cores inadequadas na sala de atendimento pode influenciar, negativamente, o rendimento do trabalho. Dessa forma, os gestores devem adotar a prática da Ambiência no sistema público de saúde de seu município, pois, atualmente as unidades de saúde devem adotar a humanização como pré-requisito para se estruturarem com ambientes adequados ao trabalho, aliados à funcionalidade, a aspectos agradáveis, convidativos e acolhedores, dentre os quais, também deve fazer o bom uso das cores.

Verdussem[15] relata que estados de depressão, melancolia ou fadiga são consequencias comuns à permanência prolongada ou à realização de atividades em ambientes em que, entre outros motivos, a escala das cores não atendeu à observação do seu efeito. Da mesma maneira, Beuren[16] revela que a cor pode auxiliar os indivíduos a sentirem-se emocional e fisicamente mais confortáveis no seu ambiente de trabalho. Assim, a utilização da cor em ergonomia pode atuar tanto na constituição de um ambiente físico mais adaptado como também na qualidade de vida psíquica dos usuários e profissionais.

Voltando à pesquisa em questão, os profissionais atribuíram à sala de atendimento, em relação ao conforto, "satisfatório" e "muito satisfatório" fato que deve merecer atenção, pois, embora tenham atribuído tais classificações, no que se refere aos ruídos e à refrigeração da sala de atendimento, em sua maioria, o resultado foi "pouco satisfatório" e "insatisfatório". Essa contradição observada pode ser atribuída ao receio de identificação dos entrevistados, mesmo tendo os

participantes assinado um termo de livre esclarecimento, que garantia o anonimato. Isto posto, vale enfocar as afirmativas dos autores Souza et al.[17] e Miller [18] em que relatam ser o ruído ocupacional um dos fatores condicionantes de estresse mais preocupantes no ambiente odontológico, em função da cronicidade de seu efeito, além de ser facilmente ignorado pelos profissionais. Ruschel et al.[19] avaliaram a perda auditiva de cirurgiões-dentistas, com tempo de formado entre dois e cinco anos, provocada por ruídos e observaram que 27% da amostra estudada apresentavam perda auditiva induzida por ruídos, e esse valor se agravava com o aumento da jornada de trabalho do profissional.

Para os consultórios odontológicos, o Ministério do Trabalho[20], através da NR17, estabelece que condições recomendáveis de conforto térmico sejam de 20℃ a 24℃ de temperatura, com umidade relativa de 40 a 60%. No que se refere à refrigeração, a maioria dos profissionais a considera "insatisfatório" e "pouco satisfatório", pois a inexistência de aparelhos de ar condicionado foi relatada pelos profissionais, e o uso de ventilador por questões de biossegurança não é indicado na sala de atendimento. O desconforto térmico no ambiente de trabalho, sobretudo acima de 30℃, além de afetar significativamente o rendimento profissional, diminui a agilidade mental e aumenta a possibilidade de acidentes.[15]

Tabela 01 Distribuição numérica e percentual dos cirurgiões-dentistas do SUS, segundo condições do ambiente físico de trabalho odontológico, de municípios pertencentes ao DRS XV São José do Rio Preto/SP, Araçatuba 2009.

	Sala Espera		**Sala Atendimento**		**Segurança**		**Cor**		**Ruídos**		**Refrigeração**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Muito Satisfatório	3	4	8	10	10	13	10	13	2	2	10	12
Satisfatório	20	25	44	54	48	59	49	60	34	42	26	32
Pouco Satisfatório	2	2	16	20	14	17	11	14	25	31	13	16
Insatisfatório	1	1	13	16	9	11	11	14	20	25	32	39
Não Possui	55	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	81	100	81	100	81	100	81	100	81	100	81	100

Convém ressaltar que em seus vinte anos de existência, o Sistema Único de Saúde conquistou avanços importantes relacionados à odontologia: a Equipe de Saúde Bucal na Estratégia da Saúde da Família e criação dos Centros de Especialidades com a inserção do pessoal auxiliar como membros da equipe, dentre outros. Reafirmar a importância da organização do ambiente de trabalho e do processo de trabalho nas redes de atenção à saúde é imprescindível. Assim, pautando-se na ótica da gestão participativa e no compartilhar de responsabilidades, em prol da adoção de condutas que ofereçam qualidade de vida ao trabalhador de saúde e minimizem os riscos ergonômicos no trabalho, é dever de todos os envolvidos no processo de saúde. Desta forma, além do Estado como empreendedor, torna-se importante conscientizar e educar, permanentemente os gerentes de unidades, coordenadores de saúde bucal, cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal a cogerirem ambientes saudáveis de trabalho.

5.5.2 Qualidade e Vida e Saúde

A ocorrência de sentimentos negativos foi relatada pelos participantes. A maioria dos profissionais 68 (82%) já apresentou, em certos momentos, algum tipo de sentimento (mau humor, desespero, ansiedade e depressão); contudo, no que se refere à manifestação desses sentimentos negativos, apenas 4% relataram “muito frequentemente”, 13% “frequentemente” e, a maioria, 65% “às vezes”.

Quadro 1 Distribuição numérica e percentual dos cirurgiões-dentistas do SUS, segundo as questões de saúde e segurança no ambiente de trabalho, de municípios pertencentes ao DRS XV São José do Rio Preto/SP, Araçatuba 2009.

	Nada		Muito pouco		Mais ou Menos		Bastante		Extremamente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1- Em que medida a dor impede você fazer o que precisa no seu trabalho?	13	24	13	24	20	38	6	12	1	2	53	100
2- Em que medida você acha que seu trabalho tem sentido?	0	0	0	0	0	0	32	39	51	61	83	100
3- Quão seguro você se sente em seu trabalho diário (assalto, roubo, agressão física)?	6	7	7	8	13	16	40	48	17	21	83	100
4- Quão saudável é o seu ambiente físico de trabalho (clima, barulho, poluição, atrativos)?	5	6	18	22	35	42	22	26	3	4	83	100

No **quadro 1**, nota-se que 53 profissionais relataram sentir algum tipo de dor física, apenas 13 (24%) deles afirmaram que as dores não têm impedido em "nada" no desenvolvimento das atribuições realizadas no Sistema de Saúde Público. Percebe-se, todavia, que a grande maioria dos profissionais classificou que as dores os têm impedido de exercer sua função com variações de "muito pouco", "mais ou menos", "bastante" e "extremamente", e 23 (43%) desses profissionais relataram que a dor já os afastou temporariamente das atividades devido a problemas como achatamento de vértebra, pinçamento de ciático, síndrome do túnel do carpo, tendinite, dores no pescoço, na coluna, bursite e hérnia de disco lombar. O fator dor, relacionado às doenças ocupacionais, vem sendo objeto de vários pesquisadores. Estudos [21,22] revelam que cirurgiões-dentistas sentem dores nas costas, no pescoço, no ombro, no braço, no punho e nas mãos.

Refletir sobre as ocorrências referentes ao sentimento de dor, anteriormente elencadas, é de suma importância, pois os prejuízos físicos e psicológicos, causados aos cirurgiões-dentistas que trabalham com dor refletem necessariamente na própria saúde do profissional, no seu rendimento no trabalho, na atenção dada ao paciente e, até mesmo, os induzem a sentimentos de mau humor ou desespero. Sendo assim, a prevenção de fatores de riscos e a busca por ambientes saudáveis devem ser, necessariamente, de

responsabilidade compartilhada tanto pelo gestor como pelos cirurgiões-dentistas já que, segundo Genovese e Lopes, em 1991[23], os cirurgiões-dentistas modernos, como verdadeiros profissionais da saúde, teriam a obrigação de conhecer, cumprir e divulgar as normas ergonômicas e sanitárias, que beneficiam os seus clientes, a população, os seus familiares e a eles próprios.

O ambiente físico de trabalho **quadro 1,** conforme relatos dos profissionais entrevistados, foi considerado pela maioria "mais ou menos", "muito pouco" e "nada" saudável, no que se refere a barulho, clima e atrativos; sentem-se "bastante" e "extremamente" seguros em seus ambientes de trabalho, no que se refere às questões de assalto, roubo ou agressão física e afirmaram, também, que o trabalho dos cirurgiões-dentistas no SUS tem "bastante" e "extremamente" sentido. Logan et al,[24], ao verificarem os fatores que contribuem com a satisfação profissional do cirurgião-dentista e com a sua qualidade de vida, constataram que, embora a maioria dos profissionais entrevistado estivesse "satisfeito" com sua carreira, estava igualmente "insatisfeito" com seu nível de estresse, com o ambiente de trabalho.

Quadro 2 Distribuição numérica e percentual dos cirurgiões-dentistas do SUS entrevistados, segundo questões de satisfação e qualidade de vida no trabalho, de municípios pertencentes ao DRS XV São José do Rio Preto/SP, Araçatuba 2009.

	Muito Instisfeito		**Insatis-feito**		**Nem Satisfeito Nem insatisfeito**		**Satisfeito**		**Muito Satisfeito**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
1- Quão satisfeito esta com as condições de trabalho que são oferecidas no SUS (instrumentos, materiais, equipamentos)?	2	2	10	12	16	19	46	56	9	11	83	100
2- Quão satisfeito está com sua capacidade para realizar o trabalho?	1	1	2	2	8	10	58	70	14	17	83	100
3- Quão satisfeito está com o resultado do seu trabalho (atividades clinicas, preventivas, coordenação) ?	1	1	4	5	5	6	51	61	22	27	83	100
4- Quão satisfeito esta com suas relações de trabalho (amigos, supervisores, colegas de trabalho)?	1	1	5	6	6	7	52	63	19	23	83	100
5- Quão satisfeito está com o apoio de seus supervisores e colegas de trabalho?	2	2	13	16	9	11	45	54	14	17	83	100

Para que o cirurgião-dentista desenvolva suas habilidades profissionais, são necessários vários pré-requisitos, dentre os quais, englobam-se instrumentais, materiais de consumo e equipamentos. O avanço tecnológico na odontologia ocorre constantemente e isso permite a conquista de novos instrumentos e técnicas que simplificam o trabalho dos cirurgiões-dentistas. No presente estudo, as condições de uso dos equipamentos foram classificadas entre boa e razoável; a maioria estava em uso entre 1 a 16 anos, muito embora fossem encontrados equipamentos antigos com mais de 16 anos de uso, e nem todos os trabalhadores desempenhavam sua função com os aparatos necessários. Nota-se, no **quadro 2,** que a grande maioria dos profissionais está "satisfeito" e "muito satisfeito" com as condições dos equipamentos, instrumentais e materiais; classificaram-se,ainda, como "satisfeito" e "muito satisfeito" com a capacidade de realizar o seu trabalho, com os resultados obtidos de seu trabalho, com as relações interpessoais no trabalho e com o apoio recebido dos supervisores e colegas de trabalho.

Quadro 3 Distribuição numérica e percentual dos cirurgiões-dentistas do SUS, segundo as questões de qualidade de vida e saúde, de municípios pertencentes ao DRS XV São José do Rio Preto/SP, Araçatuba 2009.

	Nada		**Muito pouco**		**Médio**		**Muito**		**Completa-mente**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
1- Você tem energia suficiente para seu trabalho diário?	0	0	3	4	15	18	37	44	28	34	83	100
2- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	7	9	28	34	40	48	6	7	2	2	83	100
3- Em que medida você tem oportunidade de lazer?	3	4	17	20	43	52	13	16	7	8	83	100

No **quadro 3**, nota-se que os cirurgiões-dentistas possuem "muito" e "completamente" energia para o trabalho. No que se refere a ter dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades e a oportunidade de lazer, a maioria respondeu

que possui “médio”, “muito pouco” e “nada”, resultados estes que corroboram com o estudo de Costa [25], que demonstra que os trabalhadores não estão tendo acesso às atividades de lazer, e seus salários não são suficientes para satisfazer suas necessidades.

Pereira e Bueno[26] enfocam que o lazer tem papel fundamental enquanto meio alternativo para o relaxamento e o alívio dos problemas, advindos do cotidiano do indivíduo, seja em termos pessoais ou profissionais. Ao avaliar o trabalho de enfermeiros na UTI, observou-se que o desenvolvimento de atividades de lazer é relevante no favorecimento da comunicação entre os profissionais, no relacionamento interpessoal, bem como, no alívio das tensões, visando, pois, a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e do serviço, em geral.

5.6 CONCLUSÃO

Em vista dos resultados apresentados, conclui-se que os Cirurgiões-dentistas estão satisfeitos com o emprego no SUS e julgam seu trabalho de extrema importância. Entretanto, apontam fatores negativos que denotam a falta de organização do trabalho e o ambiente físico de trabalho insalubre. Os desconfortos térmico e sonoro, assim como a dor, são as principais queixas relatadas. A segurança não é um problema no local de trabalho, contudo a renda e o lazer, para a maioria, são insatisfatórias.

5.7 REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de prevenção e controle de riscos em serviços odontológicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Silveira VA. Trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica [dissertação]. Campinas: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2002.
3. Padilha MICS, Souza LNA. Qualidade de vida – reflexão de enfermeiras. Texto & Contexto Enferm.1999;8(3):11-26.
4. Araújo LM, Machado MH, Vitalino HA, Paiva J, Toloza DC. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. Cad RH Saúde 2006;3(1):155-66.
5. Murray A, Montgomery JE, Chang H, Rogers WH, Inui T, Safran DG. Doctor discontent: a comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. J Gen Intern Med. 2001; 16(7):452-9.
6. Johnson JF, Hall EM, Ford DE, Mead LA, Levine DM, Wang NY, *et al* The psychosocial work environment of physicians: the impact of demands and resources on job dissatisfaction and psychiatric distress in a longitudinal study of Johns Hopkins Medical School Graduates. J Occup Environ Med. 1995; 37(9):1151-9.
7. Bertram DA, Hershey Co, Opila DA, Quirin O. A measure of physician mental work load in internal medicine ambulatory care clinics. Med. Care 1990; 28(5):458-67.
8. Nogueira-Martins LA. A saúde do médico. [texto na internet] 2003.[citado 2003 Jul 5]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/artigos/artigo.asp?=id=248
9. Wiley JF, Fuchs S, Brotherton SE, Burke G, Cull Wl, Friday J*, et al*. A comparison of pediatric emergency medicine and general emergency medicine physicians' practice patterns: results from the Future of Pediatric Education, II Survey of Sections Project. Pediatr Emerg Care.2002; 18(3):153-8.

10. Pires D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT, organizador Processo de trabalho em saúde**:** organização e subjetividade. Florianópolis: EN/UFSC, Ed. Papa Livros; 1999. p. 25-48.
11. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Conselho Regional de Odontologia de Goiás. CRO-GO visita unidades públicas da capital e interior. CRO-GO. 2006; 51:6.
13. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública. 2007; 23(11): 2727-39.
14. Rodrigues AD, Dallanora CR, Rosa J, Germani ARM. Sala de espera: um ambiente para efetuar a educação em saúde. Vivências. 2009;5(7):101-6.
15. Verdussen R. Ergonomia: a racionalização humana do trabalho. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1978.
16. Beuren FH. Simbologia da cor em ambiente hospitalar: pediatria. Anais do 8° Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design, 2008 Out. 8 -11; São Paulo, SP. São Paulo: AEND;2008.
17. Souza HMMR, Mattos UAO, Nunes FP. Nível de ruído produzido por turbina de alta rotação em consultório odontológico. Rev Bras Odontol. 2002;59(3):169-72.
18. Miller MH. Lend me an ear (prevention of hearing loss in the workplace). Occupational-Hazards. 1997;59:45.
19. Ruschel CV, Ziembowicz LAB, Sleifer P, Mattos AP. Perda auditiva induzida pelo ruído em cirurgiões-dentistas. Rev Bras Odontol. 2005;26(1/2):25-7.
20. Ministério do Trabalho. Segurança e medicina do trabalho. São Paulo:Atlas; 1994.
21. Augustson B, Morken T. Musculoskeletal problems among dental health personnel; a survey of the public dental health services in Hordaland Tidsskr Nor Laegeforen. 1996;116(23):2776-80.
22. Michel-Crosato E. Perfil da força de trabalho representada pelo cirurgião-dentista: análise epidemiológica dos profissionais que exerciam suas atividades na Prefeitura Municipal de São Paulo, 2007. [tese]. São Paulo:Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2008.

23. Lopes L, Genovese JV. Doenças profissionais do cirurgião-dentista. São Paulo: Pancast; 1991.
24. Logan HL, Muller PJ, Berst MR, Yeaney DW. Contributors to dentist´s job satisfaction and quality of life. J Am Coll Dent 1997;64(4):39-43.
25. Costa ES, Morita I, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do estado de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2000; 16(2):553-5.
26. Pereira MER, Bueno SMV. Lazer: um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. Rev.Lat Am.Enfermagem 1997;5(4):75-83.

6 CONCLUSÃO GERAL

Nesta pesquisa, concluiu-se que o plano de carreira não é realidade nos municípios estudados. Observou-se que embora a maioria dos profissionais estejam “insatisfeito” com a remuneração, quase a totalidade está “satisfeito” com o emprego público e julgam seu trabalho de extrema importância, apesar de indicarem fatores negativos, como a falta de organização do trabalho, o ambiente físico de trabalho insalubre, desconfortos térmico e sonoro e dor. Os profissionais sentem-se seguros no ambiente de trabalho, no que se refere à violência, e também ressaltam a escassez do dinheiro para satisfazer suas necessidades e poucas oportunidades de lazer.

Verificou-se, ainda, que as auxiliares, por exigência legal, estão presentes nas Unidades da Estratégia da Família e nos Centros de Especialidades e foram encontradas condições sanitárias e ergonômicas inadequadas.

ANEXO A

unesp UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO" Campus de Araçatuba

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-

OF. 118/2008
CEP
ACBD/raps

Araçatuba, 01 de setembro de 2008.

Referência Processo FOA 2008-01660

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável da relatora que analisou o projeto **"PERCEPÇÃO DO CIRURGIÃO – DENTISTA SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE"** expede o seguinte parecer:

APROVADO:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, **deverá ser enviado o relatório parcial em 14/08/2009 e o relatório final em 14/02/2010.**

Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem
Coordenador do CEP

Ciente,De acordo.
15/09/2008
Drª Suzely Adas Saliba Moimaz

Boa Senhora
Drª.SUZELY ADAS SALIBA MOIMAZ
Araçatuba-SP-

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária -
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba - SP
Tel (18) 3636-3263 E-mail: cbeduna@foa.unesp.br

ANEXO B

Lista de Referencias da Introdução Geral

Machado MH. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. Rev Adm Pública 2000; 34(4): 133-46.

Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Silveira VA. Trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica [dissertação] Campinas: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2002.

ANEXO C

Normas para submissão de manuscritos à Revista de Saúde Pública. USP.

Apresentação

A **Revista de Saúde Pública** é inter e multidisciplinar e arbitrada. Pública prioritariamente pesquisas originais sobre temas relevantes e inéditos sobre o campo da saúde pública, que possam ser replicadas e generalizadas, e também outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseadas na literatura recente, bem como artigos sobre temas atuais ou emergentes, comunicações breves e cartas ao editor.

Categorias de artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista de Saúde Pública publica comunicações breves, revisões sistemáticas, comentários, cartas ao editor, editoriais, além de outras.

Artigos originais - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A ***Introdução*** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os ***Métodos*** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de ***Resultados*** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da Discussão*. A ***Discussão*** deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Comunicações Breves - São artigos curtos destinados à divulgação de resultados preliminares de pesquisa; de resultados de estudos que envolvem metodologia de pequena complexidade; hipóteses inéditas de relevância a área de saúde pública.

Revisões sistemáticas - Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de *5.000 palavras*.

Comentários - São trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou artigos opinativos. Sua extensão deve ser de *3.000 palavras*.

Cartas ao Editor - Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a *600 palavras* e a *5 referências*.

Preparo dos manuscritos.

• Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.
• Os manuscritos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf. Deve ser apresentado com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho A-4, mantendo margens laterais de 3 cm, **espaço duplo** em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos,referências e tabelas.
• Cada manuscrito deve ser enviado em uma via em papel, por correio e o arquivo do texto para o e-mail da Revista.
• Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação: Deve conter: **a)** Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. O limite de caracteres é 93, incluindo os espaços. **b)** Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas. **c)** Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura.**d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço. **e)** Nome do departamento e da instituição no qual o

trabalho foi realizado. **f)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.**g)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo. **h)** Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada. **i)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Resumos e Descritores Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Comentários e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 150 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. **Descritores** devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores

até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. *Rev. Saúde Pública* 1988; 32: 79-83.

Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: EDUSP; 1992.

Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saúde Pública* [periódico on line] 1997; 31(5). Disponível em URL: http://www.fsp.usp.br/~rsp [1998 mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (http://www.icmje.org).

Referências à comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas. Referências a documento de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição, a um evento e a outros similares, não devem ser citadas; quando imprescindível, podem figurar no rodapé da página que as cita. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de monografias ou de artigos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

A identificação das **referências no texto, nas tabelas e figuras** deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al".

Exemplo: A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar colume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente, e os custos de impressão são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

ANEXO D

ROTEIRO DE ANÁLISE DOS AMBIENTES DE TRABALHO

Código do Município/Consultório: _____ ASB: ( ) Sim ( ) Não

Ficha:_____

1 - Tipo de Estabelecimento:

( ) Consultório Odontológico Tipo I

( ) Consultório Odontológico Tipo II

( ) Clínica Odontológica Tipo I

( ) Clínica Odontológica Tipo II

( ) Clínica Modular

2 - Tipo de equipamento para esterilização:

2.a ( )Estufa ( ) com controle de temperatura através de termômetro ( ) sem controle de temperatura através de termômetro

2.b ( ) Autoclave

2.c ( ) Não há equipamento para esterilização no consultório

Caso não há equipamento onde é feita?

( ) Esterilização realizada na sala de esterilização da UBS do município.

( ) Este serviço é terceirizado

3 - Descarte do Lixo na sala de atendimento:

3a O lixo comum é mantido em recipiente com tampa? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não há Lixeira

3b O lixo contaminado é mantido em recipiente com tampa? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não há Lixeira

3c A lixeira do lixo comum tem acionamento de pedal? ( ) SIM ( ) NÃO ( ) Não há Lixeira

3d A lixeira do lixo contaminado tem acionamento de pedal? ( ) SIM ( ) NÃO ( )Não há Lixeira

3e Há recipiente com paredes rígidas, rotulado como “contaminado”, com tampa, para material perfuro cortante desprezado (Coletor de perfuro cortante) ? ( ) SIM ( ) NÃO

4e – Possui toalheiro de papel para secagem das mãos? ( ) SIM ( ) NÃO

5a - O compressor está instalado dentro da sala de atendimento? ( ) SIM ( ) NÃO

5c – Há aparelho de Raio X ? ( )SIM ( ) NÃO

Considerando que na área de trabalho do CD deve estar seu mocho, seu lavatório e o espaço suficiente para o acesso do paciente à cadeira; e que na área da ASB deve estar o mocho, o armário fixo, o sistema de esterilização, os aparelhos, a pia de lavar instrumentos, a unidade auxiliar e o espaço suficiente para que ela possa desenvolver seu trabalho, pergunta-se:

6.a - Os equipamentos em estudo estão bem posicionados? ( ) SIM ( ) NÃO

ANEXO E

ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS NA SALA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO (REFERENTE PLANTA 1, 2,3)

PLANTA Nº 1* **FICHA Nº_____** **CÓDIGO SALA_____**

Segundo Porto (1994) ao se basear na correta distribuição de equipamentos e móveis no trabalho auxiliado revela através de quatro plantas de ambiente clínico, a maneira na qual considera como ideal a montagem do ambiente clínico.

A Planta Nº 1 é para dentista destro com 3,5m de largura e 3m de comprimento apresentando as seguintes especificações: Entrada pelo lado do dentista, Lavatório do CD na sua parede, Cadeira colocada transversalmente com a cabeça no centro da sala, Equipo na posição 1, Mesa auxiliar atrás da cadeira ou equipo na posição 2, Armário fixo no lado da ASB e o aparelho de Raios X fixado na parede com disparador na parede do escritório.

1. Metragem da sala analisada:
(a)De acordo com o especificado na planta 1*
(b)Excede ao especificado
(c) Menor do que o especificado

2. Tipo de equipo:
(a) Móvel*
(b) Semi-móvel*

3.Entrada pelo lado do dentista?
(a) Lado do dentista*
(b) Lado da auxiliar

4. Lavatório do dentista situado em que parede?
(a) Parede do dentista*
(b) Parede da auxiliar
(c) Não possui lavatório para dentista

6. Cadeira colocada transversalmente, cabeça do paciente no centro da sala :
(a) Sim* **(considerar não se a cabeça não estiver no centro da sala)**
(b) Não

7. Equipo na Posição 1?
(a) Sim*
(b) Não

8. Mesa auxiliar
(a) Mesa auxiliar atrás da cadeira, ou equipo na posição 2*
(b) Nenhuma das posições

9. Posição armário
(a) Armário fixo do lado da auxiliar*
(b) Armário atrás do dentista
(c) Não Existe

10. Aparelho de Raios X
(a) Fixado na parede e disparador na parede do escritório*
(b) Não é fixado na parede
(c) Não existe

PLANTA Nº 2** **FICHA Nº_____** **CÓDIGO SALA_____**

Segundo Porto (1994) ao se basear na correta distribuição de equipamentos e móveis no trabalho auxiliado revela através de quatro plantas de ambiente clínico, a maneira na qual considera como ideal a montagem do ambiente clínico.

A Planta Nº 2 é para dentista destro com 3,5m de largura e 3m de comprimento apresentando as seguintes especificações: Entrada pelo lado do dentista, Lavatório do CD na sua parede, Cadeira colocada transversalmente com a cabeça no centro da sala, **Equipo na posição 3**, Mesa auxiliar atrás da cadeira ou equipo na posição 2, Armário fixo no lado da ASB e o aparelho de Raios X fixado na parede com disparador na parede do escritório.

1. Metragem da sala analisada:
(a) De acordo com o especificado na planta 1* *
(b) Excede ao especificado
(c) Menor do que o especificado

2. Tipo de equipo:
(a) Móvel
(b) Semi-móvel**

3.Entrada pelo lado do dentista?
(a) Lado do dentista**
(b) Lado da auxiliar

4. Lavatório do dentista situado em que parede?
(a) Parede do dentista**
(b) Parede da auxiliar
(c) Não possui lavatório para dentista

6. Cadeira colocada transversalmente, cabeça do paciente no centro da sala :
(a) Sim** **(considerar não se a cabeça não estiver no centro da sala)**
(b) Não

7. Equipo na Posição 3?
(a) Sim**
(b) Não

8. Mesa auxiliar
(a) Mesa auxiliar atrás da cadeira, ou equipo na posição 2**
(b) Nenhuma das posições

9. Posição armário
(a) Armário fixo do lado da auxiliar**
(b) Armário atrás do dentista
(c) Não Existe

10. Aparelho de Raios X
(a) fixado na parede e disparador na parede do escritório**
(b) não é fixado na parede
(c) Não existe

PLANTA Nº 3* FICHA Nº_____ CÓDIGO SALA_____**

Segundo Porto (1994) ao se basear na correta distribuição de equipamentos e móveis no trabalho auxiliado revela através de quatro plantas de ambiente clínico, a maneira na qual considera como ideal a montagem do ambiente clínico.

A Planta Nº 3 é para dentista destro com 3,5m de largura e 3m de comprimento apresentando as seguintes especificações: **Entrada pelo lado da ASB e posicionamento do lavatório do CD no canto da sala**, Cadeira colocada transversalmente com a cabeça no centro da sala, Equipo na posição 1, Mesa auxiliar atrás da cadeira ou equipo na posição 2, Armário fixo no lado da ASB e aparelho de Raios X fixado na parede com disparador na parede do escritório.

1. Metragem da sala analisada:
(a) De acordo com o especificado na planta 1***
(b) Excede ao especificado
(c) Menor do que o especificado

2. Tipo de equipo:
(a) Móvel***
(b) Semi-móvel***

3.Entrada pelo lado do dentista?
(a) Lado do dentista
(b) Lado da auxiliar***

4. Lavatório do dentista situado em que parede?
(a) Parede do dentista
(b) Parede da auxiliar
(c) No canto da sala***
(d) Não possui lavatório para dentista

6. Cadeira colocada transversalmente, cabeça do paciente no centro da sala :
(a) Sim*** **(considerar não se a cabeça não estiver no centro da sala)**
(b) Não

7. Posição do Equipo?
(a) Posição 1/***
(b) Posição 2/***
(c) Posição 3/***
(d) Posição 4/

8.Mesa auxiliar
(a) Mesa auxiliar atrás da cadeira, ou equipo na posição 2***
(b) Nenhuma das posições

9.Posição do armário
(a) Armário fixo do lado da auxiliar***
(b) Armário atrás do dentista
(c) Não Existe

10. Aparelho de Raios X
(a) Fixado na parede e disparador na parede do escritório***
(b) Não é fixado na parede
(c) Não existe

ANEXO F

RAP - REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Publicação de Fundação Getulio Vargas
***versão impressa* ISSN 0034-7612**

Desde 1967, vem concentrando esforços para servir de instrumento indispensável para a profissionalização continuada de executivos comprometidos com a modernização das organizações. Estabelecer e acompanhar a agenda das principias temáticas contemporâneas e prospectivas de gestão, promovendo o encontro entre o universo conceitual em evolução e as demandas da prática gerencial cotidiana de administradores orientados para mudanças.

Informações básicas

Destina-se a publicação de trabalhos científicos originais nas áreas de Ciências Sociais Aplicadas, Administração e Administração Pública. A abreviatura de seu título é **Rev. Adm. Pública**, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé, em referências e legendas bibliográficas.

Fontes de indexação

- Bibliographie Latinoamericana D'Articles n 22 - 1987
- Handbook of Latin American Studies: Social Sciences, v 41- 1979
- International Bibliography of the Social Sciences - The London School of Economics
- Sumarios Corrientes Brasileños
- Índices de Ciencias Sociales/ IUPERJ v. 9, 1979...

Editor

- " Deborah Moraes Zouain - (EBAPE/FGV - Escola Brasileira de Administração Publica e de Empresas da Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro/ RJ, Brasil)

Corpo editorial

- Alejandro Santibáñez Handschuh (Universisdade Los Lagos, Chile);
- Anna Maria de Souza Monteiro Campos (UERJ, Brasil);
- Aspásia Camargo (EBAPE/FGV, Brasil);
- Bernardo Kliksberg (ONU, EUA);
- Clóvis L. Machado-da-Silva (UFPR, Brasil);
- Hans Michael van Bellen (UFSC, Brasil);
- Heitor Chagas de Oliviera (Petrobras, Brasil);
- Hugo Chumbita (Departamento de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Nacional de La Mata);
- J.J.R. Fraústo da Silva (Univesidade Técnica de Lisboa, Portugal);
- Marcos Cintra Cavalcanti de Albuquerque (EAESP/FGV, Brasil);Maria Arlete Duarte de Araújo (UFRN, Brasil);
- Maria Ceci Araujo Misoczky (UFRGS, Brasil);
- Paulo Roberto Motta (EBAPE/FGV, Brasil);
- Pedro Lincoln C. L. de Mattos (Propad/Departamento de Ciências Administrativa/UFPE, Brasil);
- Sonia Maria Fleury Teixeira (EBAPE/FGV, Brasil);
- Sueli Goulart (UFAL, Brasil);
- Tânia Fischer (UFBA, Brasil).

Produção editorial

- ***Editora Executiva***
  Marieta de Moraes Ferreira

- ***Copidesque***
  Ana Paula Dantas

- ***Assinaturas***
  Carmem Prata

- ***Projeto de CAPA***
  Álvaro Magalhães

Escopo e política

Área de Interesse da Publicação

A Revista está na linha de vanguarda no que se refere aos temas contemporâneos da administração pública e acompanhou as transformações verificadas no âmbito do Estado nos últimos anos. Houve mudanças na natureza dos artigos após a incorporação da administração de empresas como mais uma área de atuação preferencial da Escola. As áreas de interesse são : Ciências Sociais Aplicadas, Administração e Administração Pública

Público da Revista

Profissionais de instituições públicas e privadas, bibliotecas especializadas, órgãos públicos federal, estadual, municipal e instituições de ensino.

Avaliação Pelos Pares

Todos os trabalhos submetidos à apreciação da RAP .Todos os trabalhos submetidos à apreciação da RAP devem ser inéditos (nacional e internacionalmente), não estando sob consideração para publicação em qualquer outro veículo de divulgação. Os trabalhos publicados em anais podem ser enviados após transformados em artigos.Inicialmente, a editora da revista examina o material, verificando sua adequação à linha editorial.Num segundo momento, dois pareceristas, estudiosos da temática em questão, analisam o material.Os examinadores, além de emitirem parecer, podem sugerir alterações visando ao aprimoramento do trabalho. Ressalta-se que os pareceristas não têm acesso ao nome do autor, assim como o autor desconhece os nomes dos avaliadores.

Forma e preparação de manuscritos

Diretrizes para os colaboradores da RAP

Os artigos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores. As opiniões neles emitidas não exprimem, necessariamente, o ponto de vista da Fundação Getulio Vargas.

Diversas seções publicadas na RAP

1. Artigos nacionais e internacionais (redigidos em inglês e espanhol) - trabalhos que apresentem reflexão sobre problemas da realidade administrativa brasileira ou que se fundamentem em pesquisa empírica.

2. Documentos - oficiais ou não, considerados importantes para o momento ou que tenham um conteúdo de permanência para o estudo da administração

3. Depoimentos - impressões sobre temas atuais relacionados com nossa realidade sócio-político-econômica.

4. Resenhas bibliográficas - análise crítica de livros, artigos, teses e monografiais editados no Brasil e no exterior e considerados de interesse para o estudo da administração e ciências afins.

Forma de apresentação dos originais

1. Os originais (artigos nacionais ou internacionais) deverão ser encaminhados:
   * Em arquivo do Word (formato doc ou rtf) pelo Sistema de Publicações;
   * Não exceder 40 páginas;
   * Entrelinha em espaço 2;
   * Fonte: Times New Roman 12;
   * Margens: esquerda, direita, superior e inferior de 2,5 cm;
   * Formatação: papel A-4 (29,7 x 21 cm);
   * No limite de páginas estipulado anteriormente, incluem-se quadros, tabelas, gráficos, ilustrações, notas e referências bibliográficas;
   * Quando a colaboração for do tipo **documento**, o limite passa a ser de 30 páginas;
   * Tratando-se de **resenha bibliográfica**, o limite é de 10 páginas.

   Formatação: papel A-4 (29,7x 21cm). No limite de páginas estipulado anteriormente, incluem-se quadros, tabelas, gráficos, ilustrações, notas e referência bibliográficas. Quando a colaboração for do tipo documento, o limite passa a ser de 30 páginas. Tratando-se de resenha **bibliográfica**, o limite é de 10 páginas.

2. Os artigos deverão ser acompanhados de resumos em português e inglês, com, no máximo, 15 linhas, e indicação de palavras-chave em português e inglês
3. Os originais deverão apresentar as seguintes informações sobre o autor: instituições a que

está ligado, cargos que ocupa, endereço, e-mail e formação acadêmica.

4. As referências bibliográficas dos artigos deverão ser elaboradas de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - NBR- 6023) e apresentadas no final do texto.
5. O título deverá constar no início do trabalho, sem identificação do(s) autor(es). Deverão ser apresentados em página separada o título do trabalho e os nome(s) completo(s) do(s) autor(es), com os dados expressos no item 3. Quando o trabalho for escrito por vários autores, é preciso ordená-los de acordo com a contribuição de cada um.
6. Os trabalhos devem ser enviados pelo **Sistema de Publicação**

ANEXO G

Resolução SS-15, de 18-1-99

Aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatas.

O Secretário de Saúde,

considerando as disposições constitucionais e da Lei Federal 8.080, de 19-9-90, que tratam das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano;

considerando que nos termos da Lei Complementar 791, de 9-3-95, compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde estabelecer normas para o controle das ações e serviços de saúde;

considerando que a Lei Federal 8.078, de 11-9-90 (Código de Proteção e Defesa do Consumidor), estabelece que um dos direitos básicos do consumidor é a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produto s e serviços.

considerando o Decreto 77052, de 19 de janeiro de 1976, que pelo artigo 2o, inciso IV, estabelece que os órgãos estaduais de saúde devem observar a adoção, pela instituição prestadora de serviço de saúde, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e circunstantes;

considerando a vulnerabilidade do indivíduo ou da coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, em suas relações com os agentes da prestação de serviços de saúde,

considerando a necessidade da observação de cuidados que diminuam o risco a que os pacientes podem estar expostos nos estabelecimentos de assistência odontológica,

considerando a Lei 10083, de 23-9-98, Código Sanitário do Estado, que determina a definição e regulamentação em norma técnica de estabelecimentos de assistência à saúde, resolve:

Artigo 1.º - Fica aprovada a Norma Técnica, constante do anexo a esta resolução, que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica e dá providências correlatas.

Artigo 2.º - O disposto na Norma Técnica, a que se refere o artigo anterior, aplica-se a pessoas físicas e a pessoas jurídicas. de direito público e privado no Estado de São Paulo.

Artigo 3.º - Os estabelecimentos terão prazo de 180 dias para estarem adequados as exigências da Norma Técnica anexa.

Artigo 4º - O não cumprimento das exigências determinadas pela Norma Técnica , anexa , configurar-se-á em infração sanitária, capitulada em seus artigos, incisos e alíneas, combinados com os demais instrumentos legais pertinentes.
Artigo 5º - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Norma Técnica aprovada pela Resolução SS-186, de 19-7-95.

ANEXO

Norma Técnica Especial referente as condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e determina providências correlatas

Capítulo I

Dos princípios fundamentais

Artigo 1º - As ações de Vigilância Sanitária em estabelecimentos de assistência odontológica são caracterizadas como ações de saúde, que devem levar a eficiência no controle dos riscos à saúde dos pacientes , profissionais , e circundantes.
Artigo 2º - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão ter instalações, equipamentos e recursos humanos habilitados e capacitados para realização dos procedimentos odontológicos;
Artigo 3º - Os estabelecimentos serão classificados de acordo com a complexidade e riscos dos procedimentos que realizam, o que permite estabelecer exigências de condições estruturais mínimas para funcionamento ;
Artigo 4º- Os profissionais das equipes de saúde bucal , devem estar devidamente informados e atentos aos risco ocupacionais inerentes as atividades desenvolvidas;
Artigo 5º- Nos estabelecimentos de assistência odontológica a prestação de serviços deve ser norteada pela busca da eficácia da assistência ao indivíduo ou à grupos de indivíduos, reservando-se o emprego de quaisquer recursos tecnológicos, isoladamente o u em associação, para aqueles casos onde a evolução positiva da terapia deles dependa, mediante criteriosa prescrição e/ou indicação odontológica, respeitando-se os limites de atribuições da profissão.

Capítulo II

Dos objetivos e definições

Artigo 6º - Esta norma técnica objetiva:
I) Definir o perfil dos estabelecimentos de assistência odontológica, de acordo com suas características físicas e de funcionamento ;
II) Instrumentalizar as equipes técnicas em nível loco-regional para atuação em vigilância sanitária dos estabelecimentos de assistência odontológica ;

III) Contribuir para a melhoria das condições de atendimento nos estabelecimentos de assistência odontológica.

Artigo 7º - Para os efeitos desta Norma Técnica , define-se como:

I) Procedimento em odontologia: é qualquer atividade fornecida ao indivíduo ou à grupos de indivíduos, diretamente por profissional cirurgião dentista, legalmente habilitado , bem como as atividades fornecidas por outros profissionais da área de odontologia sob prescrição, indicação, orientação, coordenação e supervisão do cirurgião dentista.

II) São atos pertinentes à Odontologia, os relativos as áreas de : cirurgia buco maxilo facial, dentística , endodontia, odontologia legal, odontologia em saúde coletiva, odontopediatria, ortodontia, patologia bucal, periodontia, prótese buco maxilo fac ial, prótese odontológica, radiologia, e estomatologia.

III) Anestesia odontológica : são todos os procedimentos relativos à aplicação de anestesia local ou troncular executados por profissional Cirurgião Dentista.

IV) Medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

V) Droga: substância ou matéria-prima que tenha a finalidade medicamentosa

VI) Droga sob controle especial: substância ou especialidade farmacêutica capaz de produzir modificações nas funções nervosas superiores ou que exige efetiva orientação profissional continuada devido à possibilidade de induzir efeitos colaterais indesejáveis.

VII) Correlato: a substância, produto, aparelho ou acessório não enquadrado nos conceitos anteriores, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos e analíticos agrupados em:

a) equipamentos de diagnóstico

b) equipamentos de terapia;

c) equipamentos de apoio odontológico;

d) materiais e artigos descartáveis;

e) materiais e artigos implantáveis;

f) materiais e artigos de apoio odontológico;

g) equipamentos;

h) instrumentais odontológicos.

VIII) Paciente: cliente ou usuário de estabelecimentos de assistência odontológica , privados ou públicos, em pleno gozo de suas faculdades mentais que, a seu juízo, ou, quando for o caso, mediante autorização de seu representante legal, aceita a indicação, a proposição e/ou a ponderação odontológica e se submete a tratamento, a acompanhamento e/ou realiza as

atividades e acata as orientações indicadas ou propostas por profissional cirurgião dentista, ou sob a supervisão deste, que envolvam os procedimentos em odontologia .

IX) Publicidade enganosa: é qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o indivíduo ou a coletividade de pessoas a respeito da natureza, finalidade, característica, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre serviços ou produtos, bem como deixar de informar sobre dado essencial dos serviços ou produtos.

X) Laboratório ou oficina de prótese odontológica : local aonde são confeccionados peças protéticas de uso odontológico

XI) Limpeza e/ou descontaminação: remoção mecânica e/ou química da sujidade, visando a remoção de resíduos orgânicos, realizada anteriormente à desinfecção e à esterilização;

XII) Desinfecção: processo de destruição de microrganismos em forma vegetativa, mediante a aplicação de agentes químicos e/ou físicos;

XIII) Esterilização: processo de destruição de todas as formas de vida microbiana, mediante aplicação de agentes físicos e/ou químicos;

XIV) Artigos críticos: são aqueles que penetram através da pele e mucosas, atingindo tecidos sub epiteliais;

XV) Artigos semi críticos: são aqueles que entram em contato com a pele não íntegra ou com mucosas íntegras;

XVI) Artigos não-críticos: são aqueles que entram em contato apenas com a pele íntegra do paciente;

XVII) Antissepsia: procedimento que visa o controle de infecção a partir do uso de substâncias microbicidas ou microbiostáticas de uso na pele ou mucosa.

XVII) Atividades ligadas ao ensino odontológico: são as atividades ligadas a docência a nível de graduação, pós graduação, aperfeiçoamento, ou pesquisa

XVIII) Pesquisa: classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável, que consiste em teorias, relações ou princípios ou o acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

XIX) Pesquisa envolvendo seres humanos: pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

XX) Pesquisador responsável: pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e

pela integridade e bem estar dos sujeitos da pesquisa

Capítulo III

Da caracterização e classificação dos estabelecimentos de assistência odontológica

Artigo 8º - Estabelecimento de assistência odontológica são caracterizados como todos os estabelecimentos que destinam-se à realização de procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças bucais, e do sistema estomatognático , de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos, instalados em áreas autônomas, e/ou no interior de escolas, hospitais, ou outros espaços sociais.

Artigo 9º - Os estabelecimentos de assistência odontológica classificam-se em:

I) Consultório odontológico tipo I : é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir somente um conjunto de equipamento odontológico, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X odontológico.

II) Consultório odontológico tipo II : é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir somente um conjunto de equipamento odontológico, e que mantém anexo , laboratório de prótese odontológica, podendo fazer uso ou não de equipa mento de Raios X odontológico

III) Clínica odontológica tipo I : é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 03 consultórios odontológicos, independentes entre si, com uma área de espera em comum, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X odontológico

IV) Clínica odontológica tipo II : é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por possuir um conjunto de no máximo 03 consultórios odontológicos, independentes entre si, com uma área de espera em comum, e que mantém anexo, laboratório de prótese odontológica, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X odontológico

V) Clínica modular é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado pelo atendimento em um único espaço com área mínima condicionada ao número e disposição dos equipamentos odontológicos, podendo fazer uso ou não de equipamento de Raios X odontológico conforme disposto nesta NT.

VI) Instituto de Radiologia Odontológica: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por realizar apenas tomadas radiográficas intra ou extra orais, independente do tipo e quantidade de aparelhos de radiação ionizante.

VII) Instituto de Documentação Odontológica: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por realizar tomadas radiográficas intra ou extra orais, independente do tipo e quantidade de aparelhos de radiação ionizante , além de realizar

moldagens da cavidade bucal , fotografias intra e extra bucais , e outros exames complementares ;

VIII) Policlínica odontológica: é o estabelecimento de assistência odontológica caracterizado por um conjunto de mais de 03 consultórios odontológicos, independentes entre si , podendo inclusive manter no seu interior, clínicas modulares , laboratórios d e prótese odontológica, instituto de radiologia ou documentação odontológica.

XIX) Policlínica de ensino odontológico: é a policlínica caracterizada por desenvolver atividades voltadas ao ensino odontológico ou pesquisa.

Capítulo IV

Das modalidades de atendimento

Artigo 10 - Os procedimentos odontológicos poderão ser executados nas seguintes modalidades:

I) Intra estabelecimento: são aqueles realizados dentro da área física do estabelecimento

II) Extra estabelecimento: são aqueles realizados fora da área física do estabelecimento com o uso das seguintes unidades:

a) Unidade transportável: instalada em locais previamente estruturados e com permanência provisória, devendo, para tanto, apresentar equipamento adaptado e adequado ao atendimento odontológico ;

b) Unidade móvel : caracterizada por ser instalada sobre um veículo automotor, ou por ele tracionado ;

c) Unidade de atendimento portátil: caracterizada pelo atendimento de pacientes com equipamentos portáteis voltadas principalmente nos casos de impossibilidade de locomoção do paciente, inclusive nos casos de pacientes hospitalizados.

Artigo 11 - Para realizar procedimentos odontológicos nas modalidades extra estabelecimento é necessário comunicar ao órgão sanitário competente sobre o tipo de procedimentos realizados, endereço, e nome dos pacientes.

Capítulo V

Do Funcionamento dos estabelecimentos de assistência odontológica

Artigo 12 - Os estabelecimentos de assistência odontológica, somente poderão funcionar depois de licenciados pelo órgão sanitário competente, na presença física de um Responsável Técnico, com Termo de Responsabilidade assinado perante ao órgão sanitário competente.

Artigo 13 - A Licença de Funcionamento deverá ser solicitada ao órgão sanitário competente, uma vez cumpridas as demais exigências previstas na Portaria CVS 10/96, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la

Artigo 14 - O Responsável Técnico pelo estabelecimento de assistência odontológica deverá ser Cirurgião Dentista, com inscrição no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo;
Artigo 15 - Este Responsável Técnico deverá possuir Termo de Responsabilidade assinado perante ao órgão sanitário competente;
Artigo 16 - O Responsável Técnico deverá estar presente durante todo o período de atendimento realizado no estabelecimento;
Artigo 17 - O Responsável Técnico deverá indicar Responsável Técnico Substituto, caso não esteja presente durante todo o período de atendimento no estabelecimento;
I) Poderão ser indicados tantos responsáveis substitutos quanto o necessário para atender os horários e dias de atendimento do estabelecimentos
Artigo 18 - O Responsável Técnico Substituto deverá ter um Termo de Responsabilidade assinado perante ao órgão sanitário competente.
Capítulo VI
Dos recursos humanos e pessoal auxiliar
Artigo 19 - Os estabelecimentos de assistência odontológica poderão contar com recursos humanos para trabalho em recepção , limpeza, administração, manutenção e gerência, além de pessoal auxiliar
Artigo 20 - O pessoal auxiliar está configurado pelo Atendente de Consultório Dentário (ACD) , Técnico em Higiene Dental (THD) , Técnico em Prótese Dental (TPD) e Auxiliar de Prótese Dental (APD) , que devem estar devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, compondo a equipe de saúde bucal.
Artigo 21 - Quando um estabelecimento empregar Cirurgião Dentista , é necessário contrato de trabalho ou de prestação de serviços, devidamente registrado nos órgãos competentes.
Capítulo VII
Das áreas Físicas dos estabelecimentos de assistência odontológica
Artigo 22 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem apresentar, além das demais obrigatoriedades determinadas pela legislação municipal de edificações vigente, as seguintes condições referentes à área na qual serão realizados procedimentos odontológicos:
I) Iluminação que possibilite boa visibilidade, sem ofuscamentos ou sombras;
II) Ventilação que possibilite circulação e renovação de ar;
III) Revestimentos de pisos com material lavável e impermeável, que possibilite os processos de descontaminação e/ou limpeza , sem a presença de trincas, ou descontinuidades;
IV) Paredes de alvenaria ou divisórias de cor clara, revestidas de material lavável e

impermeável, que possibilite os processos de descontaminação e/ou limpeza , sem a presença de mofo ou descontinuidades;

V) Forros de cor clara, sem presença de infiltrações, rachaduras ou mofo;

VI) Instalações hidráulicas e elétricas embutidas ou protegidas por calhas ou canaletas externas, para que não haja depósitos de sujidades em sua extensão.

Artigo 23 - Todo o estabelecimento de assistência odontológica deve ter lavatório com água corrente, de uso exclusivo para lavagem de mãos dos membros da equipe de saúde bucal.

I) A lavagem de mãos é obrigatória para todos os componentes da equipe de saúde bucal

II) O lavatório deve contar com :

a) dispositivo que dispense o contato de mãos com o volante da torneira ou do registro quando do fechamento da água;

b) toalhas de papel descartável ou compressas estéreis

c) sabonete líquido

II) A limpeza e/ou descontaminação de artigos não deve ser realizada no mesmo lavatório para lavagem de mãos.

Artigo 24 - As clínicas e as clínicas modulares, devem contar com equipamento para esterilização obrigatoriamente fora da área de atendimento.

I) Nas policlínicas , os equipamentos de esterilização devem ser instalados em salas com no mínimo duas áreas distintas com ventilação independente, direta ao exterior e separadas até o teto, com guiche de passagem, sem cruzamento de fluxo, sendo uma área dotada de ponto de água, cuba e bancada para recepção de material contaminado, expurgo e lavagem, e outra para preparo, esterilização, guarda e distribuição do material

Artigo 25 - Nas modalidades de unidades transportáveis e unidades móveis deverão apresentar:

I) abastecimento de água potável em quantidade suficiente ao fim a que se destina, com reservatório de água potável construído em material que :

a) não contamine a água:

b) com superfície lisa, resistente e impermeável;

c) permita fácil acesso, inspeção e limpeza;

d) possibilite seu esgotamento total;

II) reservatório para coleta dos fluidos provenientes do processo de trabalho desenvolvido na unidade, com as seguintes características:

a) construído em material resistente;

b) com superfície lisa e impermeável;

c) que permita fácil acesso inspeção e limpeza;
d) que possibilite seu esgotamento total na rede pública de esgoto ou outro dispositivo aprovado pelas normas técnicas da ABNT, sendo obrigatória sua limpeza e desinfecção periódicas.
Artigo 26 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão possuir área de espera para os pacientes , com as seguintes características:
I) Proporcionar condições para que os pacientes aguardem ao atendimento sentados
II) Possuir ventilação, natural e/ou artificial que possibilite circulação e renovação de ar
Artigo 27 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão respeitar os seguintes limites mínimos para as áreas físicas aonde serão realizados procedimentos odontológicos e áreas de espera:
Tipo de Estabelecimento área de atendimento clínico área de espera
Consultório odontológico tipos I e II 6 metros quadrados Compatível com o número de pacientes atendidos
Clínica odontológica tipos I e II e policlínica 6 metros quadrados por consultório instalado Mínimo de 10 metros quadrados
Clínica Modular e policlínica de ensino 6 metros quadrados por cadeira odontológica Mínimo de 10 metros quadrados
Instituto de Radiologia Odontológica 6 metros quadrados por aparelho de radiação ionizante instalado, obedecendo a proporção de um aparelho por sala Mínimo de 10 metros quadrados
Instituto de Documentação odontológica 6 metros quadrados por aparelho de radiação ionizante instalado , obedecendo a proporção de um aparelho por sala, e 6 metros quadrados por consultório instalado para realização das demais atividades Mínimo de 10 metros quadrados
Artigo 28 - Todos os estabelecimentos de assistência odontológica devem ser providos , além das áreas para os procedimentos odontológicos e para espera de pacientes
I) local para arquivo;
II) local para armazenagem e acondicionamento de instrumentais e medicamentos.
Artigo 29 - Na modalidade de atendimento extra estabelecimento deverá haver área física suficiente para instalação dos seus equipamentos proporcionando condições favoráveis de trabalho à equipe de saúde bucal.
Artigo 30 - Nas modalidades de atendimento extra estabelecimento não existe a necessidade de área específica para espera de pacientes, entretanto recomenda-se que a eleição do espaço para a realização destas modalidades observe proximidades com espaço abrigado para espera.

Artigo 31 - Os estabelecimentos de assistência odontológica do tipo consultório odontológico, deverão dispor de compartimento sanitário para o público, não necessariamente na área física delimitada pelo estabelecimento, mas respeitado uma proximidade a esta .

Artigo 32 - As clínicas odontológicas , clínicas modulares, policlínicas odontológicas, institutos de radiologia e institutos de documentação odontológica deverão prever compartimento sanitário para:

a) Funcionários da equipe de saúde bucal ;

b) Público do estabelecimento .

Capítulo VIII

Dos equipamentos e aparelhos necessários

Artigo 33 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem obrigatoriamente contar com aparelhos para esterilização de instrumentais, conforme o disposto na Resolução SS 374 de 15/12/96, em local reservado para este fim.

Artigo 34 - No caso da esterilização ser realizada por terceiros, deverá apresentar contrato com a empresa prestadora dos serviços , e contar com local adequado para armazenamento do instrumental.

Artigo 35 - As unidades móveis odontológicas, as unidades odontológicas transportáveis e as unidades de atendimento portátil devem ter o instrumental previamente esterilizado, não podendo apresentar aparelho para esterilização na área de atendimento.

I) Devem apresentar local próprio para esterilização ou apresentar contrato de empresa específica para este fim ;

II) Devem apresentar local específico para armazenamento deste instrumental;

Parágrafo Único ; Na impossibilidade de realização da esterilização previamente, as unidades odontológicas transportáveis poderão realizar este procedimento em local especialmente reservada para este fim, no local onde estiverem instaladas.

Artigo 36 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem possuir os seguintes equipamentos de proteção individual:

I) Luvas para atendimento clínico e cirúrgico , que devem ser descartadas a cada paciente

II) Avental para proteção;

III) Máscaras descartáveis;

IV) Óculos de proteção;

V) Gorro.

Artigo 37 - Os equipamentos de proteção individual devem ser em quantidades suficientes para toda a equipe de saúde bucal

Artigo 38 - Os estabelecimentos de assistência odontológica devem possuir os seguintes equipamentos básicos, respeitando-se as características dos procedimentos executados :

I) cadeira odontológica que proporcione à equipe de saúde bucal um posicionamento correto do paciente;

II) equipo odontológico provido de caneta de alta-rotação e/ou caneta de baixa-rotação e/ou micromotor regulados de forma a evitar nível do ruído elevado, e provido de seringa tríplice ;

III) refletor odontológico que permita um campo visual satisfatório ao trabalho da equipe de saúde bucal ;

IV) sugador de saliva provido de ponta descartável, ou boquilha que permita o uso de aspirador cirúrgico de metal , podendo ser seu resíduo final disposto direto ao esgoto ou em reservatório próprio devidamente higienizado

V) amalgamador elétrico ;

VI) mocho odontológico que proporcione à equipe de saúde bucal equilíbrio para desenvolvimento de trabalho de forma ergonomicamente correta ;

VII) compressor de ar comprimido que deve ser instalado fora da sala de atendimento ou com proteção acústica eficiente;

Artigo 39(Os estabelecimentos de assistência odontológica podem, ainda, ser providos de outros equipamentos:

I) mesa auxiliar;

II) unidade auxiliar ou cuspideira;

III) equipamentos complementares como, aparelho de fotopolimerização, ultra-som, bisturi elétrico e outros que a tecnologia venha a introduzir , desde que respeitadas as normas técnicas e as legislações específicas.

Artigo 40 - Os equipamentos, utensílios e móveis não podem estar aglomerados ou impedindo de alguma forma o desenvolvimento do trabalho.

Artigo 41 - Quando não estiverem em condições de uso, os equipamentos, utensílios e móveis deverão obrigatoriamente estar fora da área reservada aos procedimentos odontológicos.

Capítulo IX

Dos Instrumentais

Artigo 42 - O instrumental necessário para o funcionamento de qualquer estabelecimento de assistência odontológica deve ser compatível com :

I) o processo de esterilização adotado;

II) o número de pacientes a serem atendidos;

III) o tipo de procedimento realizado.

Artigo 43 - O instrumental esterilizado deve ser estocado em armário fechado, limpo e seco.
Artigo 44 - Devem ser anotadas nos pacotes ou caixas metálicas a data da esterilização e a data limite de validade, de 7 dias , de acordo com a Resolução SS 374 de 15/12/96 .
Capítulo X
Das rotinas e cuidados com os instrumentais e aparelhos
Artigo 45 - Por serem manobras de fundamental importância, todos os instrumentais devem passar pelo processo de descontaminação e lavagem antes de serem esterilizados .
Artigo 46 - O processo de esterilização deve ser utilizado para todos os artigos críticos ou semi críticos em uso no estabelecimento de assistência odontológica
Artigo 47 - Aparelhos que entrarem em contato com saliva ou sangue, principalmente as pontas do equipo odontológico (caneta de alta rotação, micro motor , e seringa tríplice) , deverão ser recobertas por barreira de proteção de uso único e descartável, e passar pelos processos de descontaminação , lavagem e secagem.
Artigo 48 . - 0 processo de esterilização, através de vapor saturado sob pressão é obtido com o uso da autoclave devendo ser observadas as seguintes condições:
I) exposição por 30 (trinta) minutos a uma temperatura de 121oC, em autoclaves convencionais (uma atmosfera de pressão).
II) exposição por 15 (quinze) minutos a uma temperatura de 132oC, em autoclaves convencionais (uma atmosfera de pressão).
III) exposição por 04 (quatro) minutos a uma temperatura de 132oC, em autoclaves de alto vácuo;
IV) O acondicionamento do material a ser esterilizado em autoclave deve ser feito em pacotes individuais, envolvidos por papel de gramatura , porosidade, e resistência compatíveis com o processo , campo de tecido de algodão duplo cru, ou outro material desde que comprovadamente eficaz
Artigo 49 - O processo de esterilização pelo calor seco deve ser realizado através da estufa.
I) A estufa deve ter um termostato para manutenção efetiva da temperatura, área mínima para circulação interna do ar produzido e um termômetro para controle da temperatura preconizada.
II) Os artigos a serem esterilizados em estufa deverão estar acondicionados de forma adequada, em bandejas ou caixas metálicas, observando-se o tempo de 01 (uma) hora de exposição a uma temperatura de 170 C, ou 160 C por 02 (duas) horas .
Artigo 50 -.É necessário avaliar a eficácia do método de esterilização adotado , através do uso de indicadores , com freqüência no mínimo semanal, de acordo com a Resolução SS 374 de

15/12/96.

Artigo 51 - É proibido o uso de equipamento a base de radiação ultravioleta e ebulidores de água como métodos de esterilização

Capítulo XI

Dos Equipamentos Emissores de Radiação Ionizante

Artigo 52 - Os estabelecimentos de assistência odontológica somente poderão utilizar equipamentos emissores de radiação ionizante desde que cumpram as exigências previstas no Decreto 12.660, de 10/novembro/78 e na Norma Técnica aprovada pela Resolução SS 625, de 14/dezembro/94, ou instrumentos legais que venham a substitui-los.

I) As clínicas modulares não poderão apresentar equipamento emissor de radiação ionizante em sua área de atendimento clínico , devendo eleger área especialmente reservada para este fim, desde que cumpram as exigências previstas em lei.

II) As policlínicas deverão apresentar área específica para instalação de aparelhos de radiação ionizante

Artigo 53 - As unidades odontológicas transportáveis, unidades móveis odontológicas e as unidades de atendimento portátil não poderão apresentar equipamento emissor de radiação ionizante na área de atendimento .

Capítulo XII

Da organização

Artigo 54 - Todos os pacientes atendidos devem ser registrados , com seu respectivo nome, endereço e tratamento realizado, através de livro de registro, fichas clínicas, ou através de meios informatizados.

Artigo 55 - As unidades odontológicas transportáveis, as unidades móveis odontológicas e as unidades de atendimento odontológico portátil deverão ter local de referência para informação à vigilância sanitária sobre endereço dos atendimentos realizados diariamente.

Artigo 56 - A Licença de Funcionamento, e as demais documentações emitidas e exigidas pela Legislação Sanitária deverão estar no estabelecimento para consulta durante o ato das inspeções sanitárias .

Capítulo XIV

Da propaganda enganosa e relação com os pacientes

Artigo 58 - Os responsáveis técnicos pelos estabelecimentos de que trata esta Norma Técnica, que , diretamente ou através de terceiros , fizerem veicular peças publicitárias, por qualquer forma ou meio de comunicação, que venham a tipificar os fatos da publicidade enganosa e da utilização de métodos desleais de informação, estarão infringindo a Lei Federal N 8.078, de

11 de setembro de 1990 (Código de Proteção e Defesa do Consumidor).

Artigo 59 - As autoridades sanitárias competentes, no âmbito de suas jurisdições, sempre que tomarem conhecimento das práticas de publicidade enganosa, da utilização de métodos desleais de informação , deverão adotar as providências que forem pertinentes ao seu campo de competência legal e, concomitantemente , oficiar os fatos ao Conselho Regional de Odontologia de São Paulo .

I) Em casos de manifesta gravidade, com risco eminente à saúde coletiva, deverá ser oficiado, também o Ministério Público

Capítulo XV

Das responsabilidades

Artigo 60 - A indicação do procedimento odontológico é de responsabilidade do cirurgião dentista executante.

Artigo 61 - Toda a investigação para diagnóstico da condição pré procedimento do paciente, é de responsabilidade do cirurgião dentista ou da equipe odontológica executante, e quando for o caso, esta documentação deverá ficar arquivada no prontuário do paciente.

Artigo 62 - Deverão fazer parte do prontuário do paciente os seguintes documentos:

I) Termo de Autorização do Tratamento Odontológico preconizado, assinado pelo paciente ou responsável legal, conforme modelo do Anexo I;

II) Orientações, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós procedimentos necessários e complicações possíveis.

Artigo 63 - O cirurgião dentista é responsável pelos materiais odontológicos empregados nos procedimentos realizados em relação à:

I) prazo de validade;

II) Origem do produto

IIII) Estocagem e conservação dos materiais dentro do estabelecimento

Capítulo XVI

Do Regulamento interno

Artigo 64 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão possuir Regulamento Interno que disciplina o seu funcionamento

Artigo 65 - O Regulamento Interno deverá minimamente:

I) Descrever os cuidados relativos aos aspectos de Biossegurança

II) Estabelecer as rotinas de procedimentos no controle de doenças transmissíveis

III) Manter registro das ocorrências relativas a doença de notificação compulsória,

Artigo 66 - As instituições públicas ou privadas que mantiverem uma rede de

estabelecimentos de assistência odontológica, poderão redigir um Regulamento Interno único desde que respeitadas a classificação de cada tipo de estabelecimento.

Artigo 67 - Em estabelecimentos de assistência odontológica com mais de 6 (seis) profissionais exercendo atividades clínicas, deverá ser instituída uma comissão interna de biossegurança

Artigo 68 - Cabe a comissão interna de biossegurança fazer cumprir o que determina o regulamento interno

Parágrafo Único: O regulamento interno deverá ser mantido no estabelecimento, e apresentado ao órgão sanitário competente, quando solicitado.

Capítulo XVII

Dos resíduos

Artigo 69 - Todo o material descartável, tal como sugadores, tubetes de anestésico, máscara, luvas, gazes, algodão, etc. deve ser desprezado em sacos de lixo com rótulo de "contaminado".

Artigo 70 - A destinação final de todo material perfuro cortante, tais como agulhas, lâminas de bisturi, brocas, pontas diamantadas, limas endodônticas, deve ser feita em recipiente rígido, estanque, vedado e identificado pela simbologia de substância infectante.

Artigo 71 - Os estabelecimentos de assistência odontológica deverão estar cadastrados junto aos serviços coleta diferenciada para Serviços de Saúde, quando o município oferecer este tipo de serviço

Artigo 72 - No interior dos estabelecimentos de assistência odontológica, os resíduos deverão ser mantidos em recipiente com tampa, acionada por pedal, separados em lixo comum, e lixo contaminado

Artigo 73 - O local para guarda dos resíduos contaminados, deve ser eleito de modo a não propiciar possíveis contaminações.

Artigo 74 - Os restos mercuriais deverão ser mantidos em recipientes rígido, vedado por tampa rosqueável, contendo água no seu interior.

Artigo 75 - Os resíduos mercuriais devem ser enviados para usinas de reciclagem, visto que sua destinação final comum podem causar contaminações ao meio ambiente

Capítulo XVIII

Das policlínicas de ensino odontológico

Artigo 76 - Os estabelecimentos destinados as atividades de ensino odontológico, deverão observar, além das demais exigências desta norma:

I) Possuir instalações condizentes com as atividades propostas;

II) Atendimento clínico voltado primordialmente para fins de ensino;

III) Apresentar relação dos profissionais responsáveis por cada disciplina que tenha atividade clínica;

IV) Contar, sempre que as características do estabelecimento permitir, com membros representantes dos alunos e dos usuários nas Comissão de Biossegurança.

Capítulo XIX

Das inspeções sanitárias em estabelecimentos de assistência odontológica

Artigo 77 - As inspeções em estabelecimentos de assistência odontológica devem ser feitas sempre com o uso do Roteiro Básico , conforme anexo II

Artigo 78 - o Preenchimento do Roteiro é de responsabilidade do inspetor

Artigo 79 - O não atendimento aos itens considerados como indispensáveis, indeferem de imediato o Licenciamento do Estabelecimento.

Artigo 80 - O não atendimento aos itens considerados como necessários , implicam na imposição de auto de infração.

Artigo 81 - De acordo com a classificação do estabelecimento recomenda-se os seguintes procedimentos mínimos:

I) Alto risco: mínimo de 2 inspeções/ano

II) Baixo Risco ; mínimo de 1 inspeções/ano

Capítulo XX

Das Legislações de referência e materiais de apoio

Artigo 82 - A elaboração desta norma técnica teve por base os seguintes instrumentos legais e materiais de apoio:

1 Lei 8080/90

2 Portaria 1565/94

3 Lei 8078/90

4 Lei 8042/90

5 Resolução SS 374/96

6 Resolução SS 625/94

7 Portaria CVS 11/95

8 Resolução SS 169/96

9 Manual de HEPATITES , AIDS e HERPES na Prática Odontológica - MS 1996

10 Lei 5081/66

11 Lei 6437/77

12 Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde - MS

1994

13 Equipamentos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde : Planejamento e Dimensionamento - MS 1994

14 Segurança no ambiente Hospitalar - MS - 1995

15 Resolução CONAMA 05/93

16 Código de Ética Odontológica - CFO - 1992

17 Portaria 2116 - 1998

ANEXO H

QUESTIONÁRIO

I – Informações Profissionais

1.1 Idade:_____
1.2 Sexo: (a) Feminino (b) Masculino
1.3 Ano em que se formou:_____
1.4 Possui Pós Graduação?
(a) Sim, Especialização. ( ) está cursando ( ) já concluiu
Qual?_____
(b) Sim, Mestrado.( ) está cursando ( ) já concluiu
Qual?_____
(c) Sim, Doutorado.( ) está cursando ( ) já concluiu
Qual?_____
(d) Não possuo especialização/mestrado/doutorado

1.5 Você trabalha atuando:
(a) Somente no SUS (b) No SUS e Consultório Particular (c) Outros qual_____

II – Informações sobre a Instituição que Trabalha

2.1 Há quanto tempo você trabalha no SUS neste Município?_____ (anos e meses)

2.2 Para ingressar no Sistema Público Municipal você prestou concurso? (a) Sim (b) Não

2.3 Caso **não tenha** prestado concurso, como você ingressou para atuar neste município?
Resposta

2.4 Qual regime de trabalho em que você é contratado?
(a) Estatutário (b) CLT (c) não sei informar (d) outros _____

2.5 Neste município há o **Plano de Cargos Carreiras e Salários – PCCS** instituído?
(a) Sim (b) Não

2.6 Neste município você trabalha como cirurgião-dentista em que setor?
(a) Na Unidade Básica de Saúde
(b) Na Escola ou Creche
(c) No Programa de Saúde da Família
(d) No Centro de Especialidades Odontológica
(e) outros _____

2.7 Qual é a carga horária semanal que você é contratado neste município?
(a) 20 h/semana (b) 30h/semana (c) 40h/semana

2.8 Além deste município você exerce sua profissão no SUS de outro município?
(a) Sim (b) Não

Se sim, qual o motivo?

III - Informações sobre a função que desempenha no Município

3.1 Atualmente desempenha que função dentro do município:
(a) Exerço a função dentista
(b) Exerço a função conjuntamente de dentista e de coordenador de saúde bucal
(c) Exerço apenas a função de coordenador de saúde bucal
(d) Exerço a função de secretário municipal de saúde
(e) outros _____

3.1 A) SECRETÁRIO DE SAÚDE

Quanto é o seu salário atual como **Secretário municipal de Saúde** neste município?

Resposta:_____

Está satisfeito com seu salário? (a) Sim (b) Não

Se não qual o motivo?_____

Quanto (valor) considera justo receber como pagamento por este trabalho?

Resposta _____

Por Quê?_____

3.1 B) COORDENADOR DE SAÚDE BUCAL

Quanto é o seu salário atual como **Coordenador de Saúde Bucal** neste município?

Resposta:_____

Está satisfeito com seu salário? (a) Sim (b) Não

Se não qual o motivo?_____

Quanto (valor) considera justo receber como pagamento por este trabalho?

Resposta _____

Por Quê?_____

3.1 C) CIRURGIÃO-DENTISTA

Quanto é o seu salário atual como **Cirurgião-dentista** neste município?

Resposta:_____

Está satisfeito com seu salário? (a) Sim (b) Não

Se não qual o motivo?_____

Quanto (valor) considera justo receber como pagamento por este trabalho?

Resposta _____

Por Quê?_____

3.2 Neste município **já exerceu** a função de Coordenador de Saúde Bucal ou Secretário Municipal de Saúde? (a) Sim (b) Não

Se sim, qual função e durante quantos anos?_____

3.3 Está satisfeito com seu emprego público no SUS? ( ) Sim ( ) Não

Caso seja **Sim** em que medida você está satisfeito

(a) muito satisfeito
(b) satisfeito
(c) pouco satisfeito
(d) insatisfeito

3.4 Já se afastou do seu trabalho por algum motivo?

(a) sim (b) não

Quantas vezes? (a) Uma vez (b) Mais de uma vez

Se sim qual o motivo?_____

Por quanto tempo? _____ (dias, meses, anos)

IV – Informações sobre o ambiente de trabalho

4.1 Você considera o ambiente físico do seu local de trabalho confortável?
(a) sim (b) não

Se não qual o motivo? _____

4.2 Você possui auxiliar de consultório?
(a) sim (b) não

4.3 Possui sala de espera?
(a) sim (b) não

4.4 Se sim como a considera?
(a) muito satisfatória
(b) satisfatória
(c) pouco satisfatória
(d) insatisfatória

Por Quê? _____

4.5 Como considera a limpeza da sua sala de espera?
(a) muito satisfatória
(b) satisfatória
(c) pouco satisfatória
(d) insatisfatória

4.6 Como considera sua sala de atendimento odontológico?
(a) muito satisfatória
(b) satisfatória
(c) pouco satisfatória
(d) insatisfatória

Por Quê? _____

4.7 Como considera a limpeza e assepsia de sua sala de atendimento odontológico?
(a) muito satisfatória
(b) satisfatória
(c) pouco satisfatória
(d) insatisfatória

4.8 Como considera a cor de sua sala de atendimento odontológico?
(a) muito satisfatória
(b) satisfatória
(c) pouco satisfatória
(d) insatisfatória

4.9 Como considera a segurança de seu ambiente de trabalho?
(a) muito satisfatória
(b) satisfatória
(c) pouco satisfatória
(d) insatisfatória

4.10Como classifica os ruídos de seu ambiente de trabalho?
(a) muito satisfatória
(b) satisfatória
(c) pouco satisfatória
(d) insatisfatória

4.11 Como classifica a refrigeração de seu ambiente de trabalho?
(a) muito satisfatória
(b) satisfatória
(c) pouco satisfatória
(d) insatisfatória

Por Quê?_____

V – Informações sobre material de consumo e equipamentos

5.1 Quanto tempo de uso possui os equipamentos como:

Cadeira Odontológica
(a) 1 a 8 anos de uso
(b) 8 a 16 anos de uso
(c) 16 a 24 anos de uso
(d) 24 ou mais anos de uso

Refletor
(a) 1 a 8 anos de uso
(b) 8 a 16 anos de uso
(c) 16 a 24 anos de uso
(d) 24 ou mais anos de uso

Mocho
(a) 1 a 8 anos de uso
(b) 8 a 16 anos de uso
(c) 16 a 24 anos de uso
(d) 24 ou mais anos de uso

Cuspideira
(a) 1 a 8 anos de uso
(b) 8 a 16 anos de uso
(c) 16 a 24 anos de uso
(d) 24 ou mais anos de uso

Equipo Odontológico
(a) 1 a 8 anos de uso
(b) 8 a 16 anos de uso
(c) 16 a 24 anos de uso
(d) 24 ou mais anos de uso

5.2 É feita a manutenção dos equipamentos?
(a) Sim (b) Não

Com que freqüência? (a) Semestral (b) Anual (c) Quando necessário (d) Nunca

5.3 Por quem é feita a Manutenção?

(a) Técnico da autorizada (b) Técnico do município (c) Pelo próprio Cirurgião-dentista

5.3 Em que condição encontra-se o equipamento :

Cadeira: (a) Ótima (b) Boa (c) Razoável (d) Ruim (e) Péssimo

Refletor: (a) Ótima (b) Boa (c) Razoável (d) Ruim (e) Péssimo

Mocho: (a) Ótima (b) Boa (c) Razoável (d) Ruim (e) Péssimo

Cuspideira: (a) Ótima (b) Boa (c) Razoável (d) Ruim (e) Péssimo

Equipo Odontológico: (a) Ótima (b) Boa (c) Razoável (d) Ruim (e) Péssimo

5.4 Como você classifica a qualidade dos **materiais de consumo** oferecidos neste município?
(a) Ótima (b) Boa (c) Razoável (e) Ruim (e) Péssimo

5.5 Você teve oportunidade de opinar ou solicitar o material odontológico que considera adequado?
(a) sim (b) não

Se sim quantas vezes? (a) Uma vez (b) Mais de uma vez (c) sempre que necessário

Sua solicitação é atendida: (a) sempre (b) freqüentemente(c) algumas vezes(d) nunca

5.6 Alguma vez você deixou de atender algum paciente neste município por falta de condições de trabalho?
(a) Sim (b)Não

Motivo (se necessário assinalar mais de uma alternativa)
(a) falta de material de consumo
(b) equipo quebrado
(c) falta de água
(d) falta de energia
(e) outro motivo

Se sim quantas vezes? (a) Uma vez (b) Mais de uma vez

5.7 Alguma vez faltou material de consumo (resina, anestésico, luvas, gorro, etc) que prejudicasse o atendimento odontológico? (a) sim (b) não

Se sim, com que freqüência? (a) sempre (b) freqüentemente (c) algumas vezes

5.8 No seu local de trabalho possui os seguintes aparelhos em funcionamento:

(a) amalgamador
(b) fotopolimerizador
(c) aparelho de raio x
(d) auto clave
(e) estufa
(f) aparelho de profilaxia/raspagem
(g) bomba a vácuo
(h) caneta de alta rotação
(i) micro motor de baixa rotação
(j) micro motor de baixa rotação com contra-ângulo
(k) micro motor de baixa rotação com peça reta
(l) outros _____

5.9 Como você classifica a qualidade dos **aparelhos odontológicos** oferecidos neste município?
(a) Ótima (b) Boa (c) Razoável (e) Ruim

VI – Informações sobre violência institucional/ usuário sobre o trabalhador no SUS

6.1 Você alguma vez foi agredido verbalmente ou fisicamente no seu local de trabalho?
(a) Sim (b) Não

Por quem?
(a) usuário
(b) chefe
(c) colegas de trabalho
(d) outros _____

Se Sim descreva a Situação:_____

Satisfação do trabalho

VII – Informações sobre o que o cirurgião-dentista tem sentido nas últimas semanas

7.1 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa em seu trabalho?
(a) nada
(b) muito pouco
(c) mais ou menos
(d) bastante
(e) extremamente

7.2 Em que medida você acha que a seu trabalho tem sentido?
(a) nada
(b) muito pouco
(c) mais ou menos
(d) bastante
(e) extremamente

7.3 Quão seguro(a) você se sente em seu trabalho diário?
(a) nada
(b) muito pouco
(c) mais ou menos
(d) bastante
(e) extremamente

7.4 Quão saudável é o seu ambiente físico de trabalho (clima, barulho, poluição, atrativos)?
(a) nada
(b) muito pouco
(c) mais ou menos
(d) bastante
(e) extremamente

VIII – Questões sobre quão completamente o cirurgião-dentista tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas

8.1 Você tem energia suficiente para seu trabalho diário?
(a) nada
(b) muito pouco
(c) médio
(d) muito
(e) completamente

8.2 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
(a) nada
(b) muito pouco
(c) médio
(d) muito
(e) completamente

8.3 Quão disponíveis para você estão as informações de trabalho que precisa no seu dia-a-dia?
(a) nada
(b) muito pouco
(c) médio
(d) muito
(e) completamente

8.4 Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
(a) nada
(b) muito pouco
(c) médio
(d) muito
(e) completamente

IX – Questões sobre quão bem ou satisfeito o cirurgião-dentista se sente a respeito de vários aspectos de seu trabalho nas duas últimas semanas

9.1 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades de trabalho diário?
(a) muito insatisfeito
(b) insatisfeito
(c) nem satisfeito / nem insatisfeito
(d) satisfeito
(e) muito satisfeito

9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
(a) muito insatisfeito
(b) insatisfeito
(c) nem satisfeito / nem insatisfeito
(d) satisfeito
(e) muito satisfeito

9.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu trabalho?
(a) muito insatisfeito
(b) insatisfeito
(c) nem satisfeito / nem insatisfeito
(d) satisfeito
(e) muito satisfeito

9.4 Quão satisfeito(a) você está com suas relações de trabalho (amigos, supervisores, colegas de trabalho)?
(a) muito insatisfeito
(b) insatisfeito
(c) nem satisfeito / nem insatisfeito
(d) satisfeito
(e) muito satisfeito

9.5 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus superiores e colegas de trabalho?
(a) muito insatisfeito

(b) insatisfeito
(c) nem satisfeito / nem insatisfeito
(d) satisfeito
(e) muito satisfeito

9.6 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
(a) muito insatisfeito
(b) insatisfeito
(c) nem satisfeito / nem insatisfeito
(d) satisfeito
(e) muito satisfeito

X – Questão referente à freqüência com que o cirurgião-dentista se sentiu ou experimentou certos sentimentos nas últimas duas semanas

10.1 Com que freqüência você tem sentimentos negativos; tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

(a) nunca
(b) algumas vezes
(c) freqüentemente
(d) muito freqüentemente
(e) sempre

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

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