

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA  
SUB-ÁREA: SAÚDE, TRABALHO E AMBIENTE

**RISCOS NO TRABALHO DE**

**CIRURGIÕES-DENTISTAS:**

**INFORMAÇÕES E PRÁTICAS REFERIDAS**

ANDRÉA VAOSPASSE COCCO FARIA  
ORIENTADOR: WILLIAM WAISSMANN

*À Marina, minha filha*

## AGRADECIMENTOS

- A Deus, pela sabedoria da vida e pela dádiva de vivê-la;
- Aos meus pais, pelos ensinamentos e pelos exemplos;
- Ao meu marido, pela compreensão, carinho e colaboração;
- À minha família, pelo incentivo durante todo o tempo;
- Ao meu sábio Orientador, Prof. Dr. William Waissmann, pelo conhecimento e incentivo, e pela amizade e alegria constantes;
- Ao Prof. Dr. Lenine Fenelon Costa, a quem devo minha iniciação na área de ensino, e ao qual devo declarar minha admiração pelos amplos conhecimentos que possui, pela retidão de seu caráter e pela bondade de seu coração;
- Aos Professores da Fundação Oswaldo Cruz, particularmente os professores da Escola Nacional de Saúde Pública e do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana;
- Aos membros da Banca Examinadora, que com boa vontade e atenção atenderam ao nosso convite;
- Aos meus colegas de mestrado, por tudo que caminhamos juntos;
- Aos funcionários da Biblioteca Lincoln de Freitas Filho, pela atenção e paciência dispensadas durante todo o mestrado;
- Aos funcionários da Secretaria Acadêmica da ENSP, pela presteza, organização e carinho dispensados.

*“Não olhe para trás com raiva, ou para frente com medo, mas olhe ao  
redor com consciência”*

*James Thurber*

## RESUMO

A bibliografia reconhece a existência de diferentes riscos na profissão de cirurgião-dentista, quais sejam: riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos ou riscos de acidentes. Este trabalho estuda a relação entre formação/informação referidas pelos cirurgiões-dentistas sobre riscos relacionados a esta profissão, e o que estes profissionais referem realizar efetivamente na prática diária. Utilizando um questionário semi-estruturado, cinquenta cirurgiões-dentistas foram entrevistados em alguns diferentes municípios do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados revelaram que os cirurgiões-dentistas não parecem possuir mais próxima e diversificada noção dos diferentes riscos que envolvem a sua atividade profissional, embora é provável que haja uma maior concentração de informações e práticas de proteção, por parte dos cirurgiões-dentistas, envolvendo principalmente riscos biológicos, em detrimento de outros riscos, tais como os riscos químicos e os físicos, além do fato de determinados riscos de acidentes, tais como lesões perfuro-cortantes serem de certa forma vistos como inevitáveis e/ou inerentes à profissão. Além disso, o tempo de formado mostrou-se estatisticamente significativo (alfa menor que 1%) em relação ao tipo de risco focado pelos entrevistados. Cirurgiões-dentistas com menor tempo de formado referiram maiores informações e práticas de proteção em relação a riscos biológicos, do que os com maior tempo de formado, o que pode estar associado à eclosão da epidemia da AIDS, conforme afirmado por alguns autores. Da mesma forma, os riscos mais focados pelos profissionais com maior tempo de formado pode estar associado ao advento dos raios X e sua inicial utilização indiscriminada.

## ABSTRACT

The bibliography reveals the existence of different risks in the profession of surgeon-dentist such as physical, chemical, biological and ergonomic risks or risks of accidents. This study presents the relation between formation/information referred by surgeon-dentists about risks related to this profession and what these professionals do actually in the day-to-day work. Using a questionnaire semi-structured, fifty surgeon-dentists have been interviewed in different Rio de Janeiro state's cities. The results have disclosed that surgeon-dentists don't seem to have close and diversified notion of different risks that involve their professional activities, although it is probable to exist a higher concentration of information and practices of protection by surgeon-dentists involving mainly biological risks to the detriment of other risks such as chemical and physical risks besides the fact of determined risks of accidents as drilling-cutting injuries have been accepted anyway as unavoidable and/or inherent to the profession. Besides the formation time has shown statistically meaningful ( $\alpha$  smaller than 1%) related to the kind of risk focused by interviewed. Surgeon-dentists with less formation time have referred more information and practices of protection related to the biological risks than one with more formation time what can be associated to the emergence of the AIDS epidemic as informed by some authors. Likewise the risks more focused by professionals with more formation time can be associated to the advent of X-ray and its non-discriminated initial usage.

## SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	pág. iv
LISTA DE TABELAS	pág. v
APRESENTAÇÃO	pág. 01
INTRODUÇÃO	pág. 03
O PROBLEMA E SUA JUSTIFICATIVA	pág. 06
OBJETIVOS	pág. 16
METODOLOGIA	pág. 18
RESULTADOS	pág. 24
DISCUSSÃO	pág. 50
CONCLUSÃO	pág. 69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	pág. 72
ANEXOS	pág. 85

## LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 6.1 ..... pág. 24  
Distribuição dos Cirurgiões-Dentistas em relação ao sexo e as respectivas médias de idades.
- GRÁFICO 6.2 .....pág. 25  
Distribuição das especialidades dos Cirurgiões-Dentistas entrevistados
- GRÁFICO 6.3 .....pág.28  
Presença de informação e os tipos de riscos referidos no período de graduação
- GRÁFICO 6.4 .....pág.29  
Presença de informação e os tipos de riscos referidos no período de pós-graduação
- GRÁFICO 6.5 .....pág.35  
Principais queixas patológicas referidas pelos Cirurgiões-Dentistas de acordo com a listagem do CID 10
- GRÁFICO 6.6 .....pág.36  
Principais queixas patológicas referidas pelos Cirurgiões-Dentistas e que foram, por eles correlacionadas ao exercício da profissão

## LISTA DE TABELAS

TABELA 6.1.....pág.37

Possíveis fontes de queimaduras referidas pelos Cirurgiões-  
-Dentistas entrevistados

TABELA 6.2 .....pág.39

Outras fontes de ruído consideradas pelos Cirurgiões-Dentistas  
Entrevistados

TABELA 6.3.....pág.40

Principais medidas referidas pelos Cirurgiões-Dentistas para  
prevenção do risco de radiações ionizantes

## APRESENTAÇÃO

Não poderia iniciar este trabalho, sem antes esclarecer ao leitor os verdadeiros motivos que me envolveram na apaixonante idéia desta dissertação.

Sou graduada em Medicina e pós-graduada em Medicina do Trabalho e, durante este trajeto, sempre me foi objeto de interesse a relação entre o que se aprendia num curso de graduação ou pós-graduação e o que era vivido verdadeiramente na prática profissional. Após o término da pós-graduação fui convidada a ministrar aulas tanto em Cursos de Pós, quanto em Cursos de Graduação, indo trabalhar inclusive numa Faculdade de Odontologia, como professora da disciplina de Biofísica.

Dentre os diversos temas que compõem o plano de curso da referida disciplina, está o tópico de Radioproteção, no qual os alunos são orientados quanto aos princípios e técnicas utilizados na Proteção Radiológica. Durante as aulas, causava-me estranheza o fato de os alunos ouvirem as explanações com extremo “ar de surpresa”. Perfeitamente compreensível que houvesse surpresa e novidade no conhecimento mais profundo e detalhado de como o cirurgião-dentista deve se proteger frente ao risco de exposição a radiações ionizantes, porém nada compreensível a surpresa que demonstravam quanto ao fato da necessidade de se protegerem.

A partir daí, acompanhando os alunos que cumpriam a disciplina e caminhavam para os períodos subseqüentes, assim como também outros alunos do mesmo Curso, em outras escolas, conversava freqüentemente com eles sobre o que mais estavam aprendendo e principalmente indagava sobre aquilo que era um dos meus principais objetos de interesse: os riscos relacionados à exposição à radiação ionizante, assim como outros riscos relacionados à profissão do cirurgião-dentista. Durante estas conversas de corredor, podia perceber claramente, principalmente nos alunos já em fase final de curso, que não havia um interesse maior ou sequer uma preocupação destes futuros

cirurgiões-dentistas em aprofundar os conhecimentos relacionados à proteção da própria saúde durante o exercício de sua profissão. Então me perguntava: será que eles não percebem que existem riscos envolvendo a profissão que escolheram? Ou se percebem, que grau de importância é conferido a estes riscos? Ou se não percebem, porque isto acontece? Estariam tão ávidos por aprender os procedimentos técnicos da profissão que tão pouca importância e interesse reservam aos procedimentos de preservação da própria saúde? O que estaria acontecendo? Escolhi então estudar “Percepção de Risco na Prática do Cirurgião-Dentista”, e cursei uma boa parte do mestrado com este pensamento, pesquisando e reunindo argumentos que pudessem me orientar na execução de minhas pretensões.

Porém, com o desenvolvimento da dissertação e, mais precisamente, com o desenrolar das entrevistas que ia realizando com os cirurgiões-dentistas no trabalho de campo, fui percebendo que, na verdade, a relação a ser estudada não era exatamente se havia ou não a percepção do risco, ou se esta estava acontecendo, ou de que maneira ela se dava. O que as entrevistas foram revelando, na realidade, foi a necessidade de se estudar a relação entre formação/informação sobre os riscos relacionados à profissão de cirurgião-dentista, e o que efetivamente era realizado em sua prática diária.

Durante a análise dos dados obtidos, concentrei o olhar naquilo que espontaneamente o cirurgião-dentista me informava sobre sua formação e as informações que lhe chegavam das mais variadas fontes – cursos de especialização, mestrado, doutorado, atualizações, entre outros - referente aos riscos em sua profissão. Na verdade, o que desejava saber era o que havia de conhecimento nestes profissionais, o que havia sido incorporado quanto à existência e prevenção de riscos e o que efetivamente era posto em prática. Desta forma, algumas hipóteses puderam ser levantadas para discussão e algumas idéias puderam ser sugeridas.

Assim, expostas então com sinceridade e clareza a nossa trajetória e as nossas intenções, e feliz por compartilhar com o leitor as descobertas e as dúvidas da pesquisa, convido-os à leitura.

## INTRODUÇÃO

Dentre as diversas definições propostas para o conceito de saúde, encontramos aquela formulada por Perkins (apud Caponi,1997), onde saúde é definida como “um estado de relativo equilíbrio de forma e de função do organismo, que resulta de seu ajuste dinâmico satisfatório as forças que tendem a perturbá-lo. Não é um inter-relacionamento passivo entre a matéria orgânica e as forças que atuam sobre ela, sendo mais uma resposta ativa do organismo no sentido de ajuste”. Este conceito é muitas vezes criticado por não problematizar o fato de que muitas vezes é o próprio meio que determina e condiciona a aparição e distribuição das enfermidades. Saúde, deste modo, surge como ausência de doença (Caponi,1997).

Quando fazemos uma análise sumária de alguns processos de trabalho e de algumas das condições a que os cirurgiões-dentistas encontram-se submetidos no exercício de sua profissão, observamos que muitas vezes estes profissionais conseguem realizar um “ajuste dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo”, ou melhor, muitas vezes o organismo consegue apresentar uma resposta ativa no sentido de ajustar-se frente a possíveis forças perturbadoras. Porém, esta resposta, apesar de ser no sentido de representar que o corpo está em movimento, está respondendo, está se ajustando, pode ser uma resposta limitada, ou até, muitas vezes, este ajuste do organismo em algumas áreas pode ocorrer em detrimento de outras que podem estar sendo sacrificadas.

Um conceito mais moderno de saúde é o conceito oferecido pela Organização Mundial de Saúde, no qual saúde “é um completo estado de bem estar físico, mental e social e não uma mera ausência de moléstia ou enfermidade” Caponi, (1997). Este, apesar de também sofrer duras críticas já traz em si, um forte caráter subjetivo associado ao seu conceito.

Canguilhem (1982) sugere pensar saúde como a capacidade que possuímos de instaurar novas normas em situações

adversas, não só capacidade adaptativa. Para Canguilhem, as “infidelidades do meio”, os fracassos, os erros e o mal-estar, fazem parte constitutiva de nossa história porque este mundo é um mundo de acidentes possíveis. E é, a partir da nossa capacidade, que não é única, mas diversa, para tolerar estas infrações, que devemos pensar no conceito de saúde.

Baseados nesta idéia, estariam os cirurgiões-dentistas instaurando novas normas a algumas das situações adversas a que se submetem no exercício da profissão, numa tentativa de buscar a direção da saúde? Além disso, as dificuldades na produção destas “novas normas” poderiam gerar novas condições adversas, muitas vezes geradoras de patologias, sejam elas físicas ou não.

Além disso, corroborando com as críticas já referidas ao conceito de Perkins, as condições de trabalho podem determinar e condicionar a aparição e distribuição de enfermidades nos cirurgiões-dentistas como demonstrado no trabalho de Santos Filho & Barreto (2001), em que os autores estudam os quadros de lesões músculo-esqueléticas destes profissionais e afirmam que estas lesões “abrange componentes do processo de trabalho, englobando a atividade repetitiva, monótona e o esforço físico-postural, aspectos da organização do trabalho e fatores psicossociais”... além de que “parece também haver indicadores de estresse e sintomas músculo-esqueléticos”. Sendo assim, quando pensamos no estudo da saúde dos profissionais cirurgiões-dentistas, não há como excluir o “risco ocupacional”, como acabamos de ver, na geração de lesões músculo-esqueléticas.

Canguilhem (1982) afirma que não há uma barreira que separe taxativamente o normal do patológico mas “o patológico implica num sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada”. Em que pese o caráter subjetivo da palavra “sofrimento” e da expressão “vida contrariada”, os altos índices de abandono prematuro da profissão de cirurgião-dentista, (Ferreira, 1997b apud Santos Filho & Barreto, 2001) e de afastamento do trabalho por incapacidade temporária ou permanente, parecem sugerir a existência de algum sofrimento e de um número significativo de vidas

contrariadas pelo menos no que tange ao exercício profissional dos cirurgiões-dentistas.

Na discussão dos aspectos objetivos e subjetivos, Edgar Morin [199?], debate a questão da complexidade e da crise dos fundamentos do conhecimento científico, e observa que ..."a objetividade que é o elemento primeiro e fundador da verdade e da validade das teorias científicas, pode ser considerada ao mesmo tempo como o último produto de um consenso sociocultural e histórico da comunidade/sociedade científica"... Em outras palavras, Morin aponta a existência de um elo indestrutível entre intersubjetividade e objetividade e diz que ..."quando se investiga o que é o conhecimento científico surgem também muitos temas não-científicos".

Colocando este pensamento desenvolvido por Morin, par a par com os estudos que são realizados em relação à saúde dos trabalhadores da área de Odontologia, observamos que a maioria esmagadora destes estudos está calcada em dados "objetivos", quais sejam, medições de ruídos, dosagens de substâncias, avaliações de exames, entre outros. Parece-nos faltar a estes a inclusão de dados não só objetivos, mas também, e principalmente, informações de caráter "subjetivo", fazendo com que a objetividade, como no dizer de Morin, mobilize "potencialidades e princípios do sujeito individual", ou em outras palavras, que seja oferecido ao indivíduo a oportunidade de colocar um pouco de si mesmo.

Desta forma, acreditando na existência deste "subjetivo" emergindo do "objetivo", escolhemos estudar se estes profissionais referem ter "informações" sobre riscos presentes na sua profissão, e o que na prática diária é, segundo eles, realizado. Parece-nos interessante que estudos desta natureza sejam realizados com estes trabalhadores, a fim de que se possa trazer à tona as construções que cada um deles realiza a partir da adequação/inadequação, suficiência/insuficiência de informações e suas relações com as atitudes práticas por eles vivenciadas e referidas. E ainda, mais do que isto, que estes estudos possam ocupar também um lugar de destaque, tanto quanto ocorre quando são coletados dados objetivos e expostos em tabelas e gráficos convincentes.

## O PROBLEMA E SUA JUSTIFICATIVA

A bibliografia reconhece a existência de diferentes riscos na profissão do cirurgião-dentista, sejam eles: físicos, ergonômicos, biológicos, entre outros.

Este fato pode ser sensivelmente visualizado quando recorremos a trabalhos que estudam, por exemplo, a contaminação por mercúrio na clínica dentária (Câmara et al, 1990; Glina, 1997; Mattos et al, 1997), os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT - (Alexander, 1975; Gaio & Bernardes, 1975; Regis Filho & Lopes, 1997 e Santos Filho & Barreto, 2001), a questão do ruído a que estão submetidos estes profissionais (Mattos, 1977; Souza, 1998), dentre muitos outros que poderíamos citar, que abordam os efeitos da radiação, da organização do trabalho, da contaminação por microorganismos, etc.

Atualmente, o conceito de risco está fortemente associado à ocorrência de um efeito indesejado (Douglas & Wildavsky, 1982). No discurso da Saúde Pública o termo risco tem sido, preferencialmente, ligado a perigo, sendo que indivíduos ou grupos de “alto risco” são aqueles que têm maior probabilidade de contrair ou desenvolver uma doença.

Certas campanhas de “educação em saúde”, financiadas pelo Estado, pretensamente conduzidas de maneira a prevenir o público sobre riscos à saúde, baseiam-se na premissa de que o conhecimento dos perigos envolvidos em determinadas atividades resultarão em evitar tais atividades. Então, partindo desta premissa e diante da realidade da existência de riscos na atividade dos cirurgiões-dentistas conveniente se faria que estes fossem informados e orientados quanto à existência e às medidas de prevenção destes riscos. Porém, no período de formação destes profissionais, é interessante notar que não existem nas grades curriculares tópicos claramente específicos relativos a cuidados com a saúde destes trabalhadores, no sentido de informá-los,

orientá-los, e chamar a atenção destes futuros profissionais para a questão da manutenção de sua saúde.

Temos, no Brasil, cerca de 90 Escolas de Odontologia espalhadas por todo o país, sendo que mais de 50% delas localizadas na região Sudeste. Estas escolas constroem seus currículos baseadas nas determinações do Conselho Federal de Educação. Cabe a este determinar as diferentes matérias concernentes a um currículo mínimo a ser adotado pelas Faculdades. O artigo 9º da Resolução nº 4 de 03/09/1982, do Conselho Federal de Educação (CFE), parece ser o que mais se aproxima da questão relativa à orientação destes profissionais em relação à sua própria saúde. Lá podemos ler: “Na Odontologia Social estudar-se-ão os aspectos preventivos sociais, deontológicos, legais e os de orientação profissional” (Souza, 1998). Algumas disciplinas existem nas grades curriculares, que fazem referências a alguns riscos, mas acreditamos serem, tanto quanto este artigo, pouco específicas para tratarem de uma questão tão séria e que a cada dia toma um maior vulto na vida destes profissionais.

Posteriormente ao período de graduação, a aquisição de informações e orientações relativas a estes riscos dependem de vários quesitos quais sejam: a realização de cursos de pós-graduação, e informações advindas de sindicatos e conselhos competentes, dentre outras fontes que, em grande parte não são uniformes em nossa população alvo. Portanto, podemos pelo menos questionar se realmente estes profissionais estão sendo informados de forma conveniente sobre os riscos de sua profissão e a maneira mais adequada de evitá-los e/ou estar protegido deles.

Além disso, Douglas & Wildavsky (1982) chamam a atenção aos modos como foram desenvolvidos modernos instrumentos de “avaliação e gerenciamento de riscos”, utilizadas por engenheiros e homens de Estado, que necessitam de fatos para uma tomada de decisão. Tais profissionais clamariam por fatos objetivos, e objetividade significaria impedir a interferência de valores subjetivos na análise de determinada situação: obter fatos, calcular as probabilidades e extrair respostas seria o método ideal para uma análise de riscos. No entanto, a obsessão pela objetividade parece não dar conta de um problema tão

humano, por exemplo, quanto o da opção por um risco, problema que pode envolver a vida e a morte. Para Douglas & Wildavsky, a negação da subjetividade só traria empobrecimento à compreensão de porque determinado risco é aceitável para uns e não para outros.

Segundo Freitas & Gomez (1997), tanto as análises dos riscos, como as propostas de gerenciamento dos riscos oriundas das mesmas não são resultantes de processos somente tecnológicos e científicos, mas também sociais, que em última instância acabarão por determinar um projeto de sociedade. Para Minayo (1999), as categorias saúde e doença estariam impregnadas de uma carga histórica, cultural, política e ideológica, que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico.

Jasanoff (1993) diz que a análise dos riscos não é um processo científico, objetivo, que possa ser reduzida a uma análise quantitativa; fatos e valores freqüentemente se misturam, quando se lidam com assuntos de alta incerteza; fatores culturais, entre outros, afetam a avaliação que os indivíduos fazem das situações de risco; “especialistas” e “leigos” podem se referir aos riscos de maneiras diferentes; a comunicação sobre o risco pode ser mais efetiva se estruturada como um diálogo, e não como uma transferência unidirecional de conhecimento dos “especialistas” em relação ao público “leigo”.

Sato (1996) afirma que “embora existam diferentes lógicas e o emprego de estratégias distintas para a construção do conhecimento prático e para o conhecimento científico, considera-se importante utilizar, no processo de vigilância à saúde, as teorias e os instrumentos colocados à disposição por ambas as formas de conhecimento, cuidando-se para que suas lógicas sejam respeitadas, o que implica querer obter de cada um simplesmente aquilo a que cada um deles se propõe. Ao se propor trabalhar com ambos, apresenta-se uma questão operacional referente a inter-relação entre esses conhecimentos. Como possibilidade existe o mecanismo de comunicação e negociação, processo através do qual pode-se encontrar um “denominador comum”, ou como refere Spink (1991), a “intertextualidade”, entre os achados

epidemiológicos, outros indicadores sanitários e os achados do senso comum, que podem eventualmente até coincidir”.

As afirmativas destes autores sugerem que existe a necessidade de maior participação do público que efetivamente tem a possibilidade de contato com os riscos, o chamado “público leigo”. Em nosso estudo, apesar do público alvo ser graduado na área de saúde, este também parece estar distante daquele outro grupo que efetivamente estabelece as “regras do jogo”. Por certo, os cirurgiões-dentistas deveriam participar como aliados nos processos decisórios.

Sem dúvida alguma, as crescentes modificações por que passa o capitalismo atual, com as inovações da tecnologia modificam a vida das pessoas de uma forma geral e, particularmente, a vida dos trabalhadores. À medida em que crescem o desemprego estrutural e o trabalho informal, aumenta a “desvinculação” do empregado ao empregador e a responsabilidade deste por aquele. As novas formas de precarização do trabalho expõem os trabalhadores a uma “desproteção” cada vez mais abrangente (Waissmann & Castro, 1995).

Um dos caminhos percorridos para se chegar até aqui baseou-se na desestruturação da força sindical, ou seja, quanto mais “informais” são os trabalhadores mais dificuldades são observadas na hora destes trabalhadores se organizarem e lutarem por suas reivindicações.

Este quadro atual difere profundamente de um quadro apresentado pelo movimento sindical forte, como pode ser observado particularmente na Itália, na década de 70. Naquele período, embrenharam-se as centrais sindicais na luta pela questão do ambiente e da organização do trabalho. Desta luta originaram-se novas leis contribuintes à Reforma Sanitária Italiana, assim como, também no plano internacional, surgiram condições favoráveis a um desenvolvimento e uma generalização das lutas contra as nocividades, Oddone et al, 1986.

Oddone et al (1986) avaliaram as bases desse movimento e observaram que uma das bases era exatamente a organização do “coletivo”, mas um coletivo que tornou necessário e possível um modo diferente de “fazer ciência”, que viu na “oferta” de

conhecimentos dos técnicos um desvio da realidade e uma tentativa de acomodá-la a modelos, critérios e categorias tecnicamente pré-definidos, a partir do trabalho que era prescrito. Assim, neste momento, o sujeito ativo da pesquisa sobre os problemas da nocividade torna-se o “grupo operário homogêneo”, ou seja, um grupo que é homogêneo em termos de objetivos (exposição) e em termos subjetivos (vivem uma mesma experiência).

Assemelhando-se a esta idéia de um modo diferente de “fazer ciência”, mais tarde Oddone et al (1986) criam o conceito de “Comunidade Científica Ampliada” que segundo Schwartz (2000) trouxe algumas respostas em relação à diferença entre o patrimônio estocado, ensinado e o patrimônio vivo das atividades de trabalho, denotando uma “incultura” recíproca. Este mesmo conceito levou Oddone et al (1986) a desenvolver a idéia de “competência profissional ampliada”, que segundo Schwartz (2000), não pode ser somente técnica, pois está ligada a todo um patrimônio de experiências coletivas, animada no seu interior pela consciência de classe.

Quanto a este aspecto, no que diz respeito aos cirurgiões-dentistas, é possível refletir-se mais apuradamente a respeito de duas questões. A primeira, relativa ao patrimônio vivo das atividades de trabalho, que não parece ser muito levada em conta na construção de um saber científico mais ampliado. A maioria dos trabalhos que se apresentam parecem fazer “constatações” de lesões ou prejuízos à saúde dos cirurgiões-dentistas, procurando avaliar questões amplas e sérias da saúde destes, com importantes denúncias e propostas de mudanças, mas sem esboçar muito a participação destes profissionais, a “vivência” destes profissionais. Esta citada “incultura” recíproca pode, às vezes, ser notada nos currículos universitários onde, muitas vezes, dá-se muita importância à prática, como instrumento de treinamento técnico, sem estímulo à aferição da realidade vivenciada e da compreensão dos seus efeitos sobre a saúde. Outra questão está no conceito de “competência profissional ampliada” que, no pensamento de Schwartz (2000), está ligada a experiências coletivas. E este coletivo precisa estar animado pela consciência de classe. Este tipo de “consciência de classe” parece melhor caracterizada quando falamos de trabalhadores de indústrias, ou

de trabalhadores da construção civil, entre outros, mas não quando falamos de profissionais “liberais”.

Pensando nisto, necessário parece então, estudar a “informação” que os profissionais de Odontologia possuem dos riscos a que estão submetidos no exercício de sua profissão e de que forma esta informação acontece, uma vez que apesar de encontrarmos na literatura uma gama considerável de trabalhos denunciando e estudando os riscos, não encontramos estudos que demonstrem em que níveis se encontra a “informação” em relação a estes profissionais e de que maneira ela se aplica à realidade. No caso dos cirurgiões-dentistas, uma análise inicial dos efeitos alcançados pelos riscos a que estão submetidos sugere-nos que talvez possa existir uma certa distância entre o que está sendo informado, (e neste ponto podemos incluir: se é informado, como é informado, como a informação é recebida, etc.) e o que a prática diária revela como realidade.

Além disso, há problemas relacionados à “informação”. Parece-nos que alguns riscos não conseguem ser avaliados apenas através de dados quantitativos e podem ser efetivamente melhor “sentidos” do que medidos, como é o caso de reações “estressogênicas”, onde dados como frequência cardíaca, frequência respiratória e outros, podem ser medidos, mas representam apenas alguns indicadores da questão, enquanto que em outros, não se consegue, na maioria das vezes, perceber-se o que efetivamente se pode medir, como é o caso da radiação. Existem ainda outros pontos, tais como a existência de danos à saúde provocados pelos efeitos destes riscos, que possam estar impedindo a própria avaliação dos riscos, como é o caso de lesões auditivas provocadas pelo ruído. Em outras situações, a carência de informações sobre determinado risco pode estar impedindo a sua percepção, como pode ser o caso do problema ergonômico, por exemplo.

Cabe destaque neste tópico, as proposições de Laurell & Noriega (1987) quando referem que “o que pode causar danos à saúde do trabalhador é chamado de risco (agentes nocivos isolados que podem causar doença) na medicina do trabalho. Como esta noção de risco consigna elementos isolados entre si e da dinâmica global do processo de

trabalho é preciso termos também em mente a noção de “carga de trabalho”, que possibilita uma análise do processo de trabalho que extrai e sintetiza os elementos que determinam de modo importante o nexos biopsíquico da coletividade. Podemos distinguir diferentes tipos, agrupando-as em físicas (ex.: ruído, calor), químicas (ex.: pó, fumaça, fibras, vapores, líquidos), biológicas e mecânicas, que possuem uma materialidade externa ao corpo, que ao com ele interatuar torna-se uma nova materialidade interna; além de cargas fisiológicas (ex.: esforço físico pesado, posição incômoda, alternância de turnos) e psíquicas (ex.: situações de tensão prolongada – atenção permanente, supervisão com pressão, consciência da periculosidade do trabalho, altos ritmos de trabalho; impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica – desqualificação do trabalho, parcelização do trabalho resultando em monotonia e repetitividade) que somente adquirem materialidade no corpo humano ao expressarem-se em transformações em seus processos internos”. Depois de estabelecida esta, um segundo passo no processo de investigação consiste na reconstrução das cargas de trabalho através da análise da interação entre elas na lógica global do processo de trabalho, e desta forma, as cargas de um mesmo grupo podem se potencializar entre si de tal modo que se somam e se incrementam sobre os processos biopsíquicos humanos.

Esta dissertação aborda ainda o conceito de percepção, de acordo com o uso predominante na literatura, e que objetiva responder às questões sobre percepção e aceitabilidade de riscos, através do exame das opiniões expressas pelos indivíduos quando se pede que avaliem atividades e tecnologias perigosas, Freitas (2000). Esta abordagem, tida por alguns, como abordagem psicológica visa três metas:

- saber o que o público quer expressar quando diz que uma atividade ou tecnologia é perigosa (tenta determinar os fatores que se encontram por trás desta percepção);
- desenvolver uma teoria da percepção de riscos que seja capaz de prever como as pessoas irão responder aos novos perigos e ao gerenciamento destes;
- desenvolver técnicas para avaliar as opiniões que os indivíduos têm dos riscos.

Os pesquisadores que se dedicam a esta linha acreditam que este caminho pode melhorar a comunicação entre o público leigo e aqueles que tomam as decisões, e que se possa com isto conseguir a antecipação das respostas deste público, podendo-se, enfim, direcionar-se os esforços de educação sobre estes riscos. Em nosso estudo, pretendemos nos dedicar principalmente à primeira meta estabelecida pela abordagem psicológica, estudando o que os cirurgiões-dentistas expressam como risco e como atribuem a uma atividade/tecnologia a característica de atividade/tecnologia de risco. Acreditamos que este caminho possa também contribuir para o estreitamento do diálogo entre aqueles que tomam as decisões e aqueles que vivenciam a experiência junto ao risco.

Outras abordagens sobre percepção de risco existentes incluem a “cultural”, onde o risco e sua percepção são compreendidos através de análises sociais e culturais e suas interpretações, e a “social”, onde o estudo acontece especialmente sobre atitudes baseadas em crenças. Não descartamos a possibilidade de que nosso estudo possa detectar alguns destes aspectos, porém não será objeto específico a análise sob estas abordagens.

Aspecto relevante e que diz respeito, ainda, às formas de percepção de risco, é o da linguagem utilizada em saúde do trabalhador.

Pesquisas realizadas na questão comunicacional do trabalho pelas diferentes disciplinas, tem, segundo Boutet (1993), contribuído para a descrição das trocas e das produções simbólicas do trabalho, ou melhor, tem-se verificado que a atividade de linguagem no trabalho não se reduz apenas às linguagens operatórias, às discussões para resolver problemas ou às argumentações mantidas pelos operadores, formas estas já estudadas pelos ergonomistas. Tentando compreender melhor o que é o homem no trabalho, Boutet (1993) estuda as relações existentes entre atividade de trabalho e atividade de linguagem. Refere que a atividade de linguagem compreende: 1) a função de descoberta, ou seja, o processo de colocar em palavras tem uma função de descoberta para os sujeitos; a linguagem vai permitir a construção ou elaboração de saberes e de conhecimentos novos, contemporâneos da própria

enunciação da palavra e que não preexistem, é uma função de descoberta graças a enunciação; 2) a materialidade do colocar em palavras: a atividade de linguagem é antes de tudo uma atividade de significação para o outro, e ela deve ser transmitida ao outro moldada nas organizações materiais que são as línguas; 3) a atividade de linguagem é um processo corporal, seria uma forma de passagem de dados de um indivíduo para um outro, uma atividade cognitiva, psíquica e afetiva.

Mas, segundo Boutet (1993), estas propriedades gerais da linguagem apresentam também características antagônicas, a saber:

- a atividade de falar implica necessariamente em passar pelo arbítrio de uma linguagem particular;
- com este material que pertence a todos, cada sujeito deve “se virar” para exprimir sua experiência singular;
- os discursos produzidos são endereçados a um outro que partilha pouco ou nada de toda a experiência do locutor;
- os discursos tomam lugar numa longa cadeia de enunciação coletiva de discursos que modela, à nossa revelia, o nosso dizer e o nosso querer dizer, e também o nosso “poder-dizer”.

Por outro lado, para falar da atividade de trabalho, do conteúdo do trabalho, Boutet (1998) afirma que os operadores são confrontados a uma formação linguística de qualquer modo cheia de lacunas, com poucos discursos circulando e disponíveis para construir sua própria palavra, ou melhor, existe uma falta social de produção discursiva a propósito do trabalho, fazendo-se necessário criar dispositivos que ajudem os trabalhadores a expressar palavras sobre o trabalho. Neste pensamento, contribuem Spink & Frezza (1999) quando dizem que a produção de sentidos é um fenômeno sócio-linguístico, que envolve tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano, como os repertórios utilizados nessas produções de sentido, e que as práticas discursivas são as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentido e se posicionam em relações sociais cotidianas. É a linguagem em ação e desencadeadora de resultados. Oddone, quando citado por Clot (1999), diz que o “grupo homogêneo é portador não somente da experiência bruta de seus membros, como também daqueles que já o deixaram e, em particular, dos “julgamentos de valor que eles

estabelecem””, confirmando assim a importância do coletivo na construção da linguagem.

Na visão de Boutet (1993), a linguagem e o trabalho são as duas formas mais importantes de práxis para o homem. Ambas tem importantes propriedades comuns na medida em que transformam o meio social e permitem trocas e negociações entre os homens. Mas, a linguagem verbal, tanto na forma escrita quanto na forma oral, é apenas um dos vetores possíveis da comunicação entre humanos. Além disso, o fundamental é o que assimila a comunicação à compreensão, ou seja, há necessidade de uma atitude ativa de interpretação dos propósitos do outro.

Pensando sobre estas relações da linguagem com o trabalho, numa visão mais ampliada, poderíamos hipotetizar que quando os profissionais de Odontologia ocupam os primeiros lugares em afastamentos do trabalho por incapacidade temporária ou permanente, ou quando abandonam precocemente a profissão podem estar, de uma certa forma, tentando “dizer alguma coisa que possa ser entendida pelos seus interlocutores”, que partilham pouco ou nada da experiência do locutor (que podem ser também representados pelas instâncias responsáveis pela saúde dos trabalhadores). É como se criassem uma linguagem, que é sempre coletiva, para falar de seus sofrimentos. Esta forma de linguagem funciona como uma maneira encontrada de ”poder-dizer”.

É necessário portanto que as pesquisas geradas nesta área possam perceber os conceitos espontâneos e que segundo Clot (1999) eles possam “germinar para o alto por intermédio dos conceitos científicos”.

Num país, onde no terreno educacional, apenas uma parcela mínima da população consegue chegar ao terceiro grau, vencendo as dificuldades financeiras existentes e a falta de incentivo à educação por parte do Estado, o que poderia estar pesando de maneira tão forte a ponto de provocar a desistência (temporária ou permanente) destes profissionais de suas carreiras?

## OBJETIVOS

### - OBJETIVO GERAL:

Observar o que os cirurgiões-dentistas referem terem recebido de informações concernentes a riscos ocupacionais durante o período de graduação ou após este e, ao mesmo tempo, registrar, o que os cirurgiões-dentistas efetivamente referem realizar na prática diária do consultório, no que se refere a prevenção destes riscos.

### - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Registrar e analisar em relação aos cirurgiões-dentistas:

- o que referem em relação às informações recebidas durante o período de graduação ou após este;
- os problemas de saúde por eles referidos;
- os riscos que são por eles referidos e os possíveis fatores relacionados com estas referências;
- o reconhecimento de riscos ocupacionais a eles apontados durante a entrevista;
- as práticas referidas para lidarem com estes riscos;

Avaliar:

- a eficiência/suficiência das informações sobre riscos ocupacionais na opinião dos cirurgiões-dentistas;
- Identificar, registrar e analisar os mecanismos de luta em relação a riscos ocupacionais, das organizações de cirurgiões-dentistas e os processos de alerta e divulgação dos meios de proteção em relação à saúde deste profissional;

E,

- Alertar aos cirurgiões-dentistas avaliados sobre os resultados relativos a esta pesquisa.

## METODOLOGIA

Nesta dissertação, a população alvo é o cirurgião-dentista, e destes, intentamos inicialmente selecionar, o profissional liberal que não exercesse outras atividades profissionais além da Odontologia, e que dentro desta, não trabalhasse exclusivamente com especialidades odontológicas, no município do Rio de Janeiro. No entanto, esta seleção não nos foi possível, haja vista a dificuldade que tivemos em encontrar profissionais que atualmente vivam única e exclusivamente da clínica dentária geral, principalmente pela constante necessidade de especialização vivida pela grande maioria dos profissionais de nível superior. Além disso, os profissionais possuíam, na maioria das vezes, outro vínculo empregatício, geralmente também como cirurgião-dentista. Num país como o Brasil, que atravessa uma série de problemas de ordem econômico-financeira, talvez a dedicação de um profissional liberal a uma única e exclusiva atividade não seja a regra, principalmente se esta atividade for sustentada apenas por ele mesmo, como é o caso do consultório particular.

Fizemos a escolha de nossa amostra utilizando o seguinte método: a partir de um profissional, solicitávamos a indicação de um outro, e assim, sucessivamente, até completarmos o número total de 50 entrevistas. Apesar de tentarmos nos ater ao município do Rio de Janeiro, motivos operacionais ( recusa de entrevista, etc.) impediram que completássemos o total de observações exclusivamente no município do Rio de Janeiro, estendendo-se estas a outros municípios, tais como Niterói, abrangendo região que, de acordo com o Conselho Federal de Odontologia, contém, no somatório, 15 378 cirurgiões-dentistas. Todas estas considerações, no entanto, só puderam se tornar claras após o início do trabalho de campo.

Alguns comentários sobre o tamanho da amostra devem ser tecidos. Primeiramente, há de se considerar que um estudo feito por amostragem tem como um de seus motivos de utilização, além da perspectiva de um menor custo, o curto tempo que se tem para sua

execução. Este fator teve contribuição importante na composição do número de entrevistas. Todavia, devemos considerar que uma amostra de 50 entrevistados numa população de 22 087 , que compõem, de acordo com o Conselho Federal de Odontologia, o número total de cirurgiões-dentistas no Estado do Rio de Janeiro, formam uma amostra que, do ponto de vista quantitativo, pode ser considerada pequena. Se levarmos em conta apenas os municípios constantes da amostra, este número cai para 15 378. No entanto, alguns pontos devem ser considerados. Inicialmente, uma amostra pequena não invalida o estudo em questão, pois estamos falando de uma amostra relativamente homogênea, pelo menos no que tange as suas características pessoais.(idade, tempo de formado, etc.) . Embora este estudo lance mão em alguns momentos de testes de hipóteses para o estabelecimento do significado estatístico de alguns dados, ele possui características exploratórias. Vale lembrar Cochran (1965), professor de Estatística da Universidade de Harvard (USA) que cita “qualquer amostragem já realizada é, potencialmente, uma orientação para futuras amostragens melhoradas, pelos dados que fornece a respeito dos valores médios, dos desvios-padrões, da natureza da variabilidade das principais medidas e o custo da obtenção dos dados”. Por outro lado, apesar desta abordagem quantitativa, o estudo é de natureza fundamentalmente qualitativa e portanto, entrevistar 50 cirurgiões-dentistas pode ser extremamente significativo pelo aprofundamento das questões abordadas. Assim, intentamos também com este trabalho, aflorar o tema e despertar o interesse em novas e mais aprofundadas pesquisas.

A metodologia propriamente dita constituiu-se das seguintes etapas:

1) Fase exploratória: composta de:

- levantamento teórico: levantamento da bibliografia existente sobre o assunto em questão.
- Pré-campo: neste item, realizamos o estudo de um caso, visando avaliar a aplicabilidade do questionário que pretendeu atingir os objetivos propostos por este estudo.

## 2) Campo:

- Aplicação de Questionário Semi-Estruturado mediante consentimento formal assinado pelo entrevistado, nos termos referidos no anexo 01. O questionário constou de dois momentos distintos, aplicados um após outro, no mesmo momento, com o mesmo profissional. Num primeiro momento procurou-se avaliar se o cirurgião-dentista informa a existência de riscos na sua profissão, se recebeu informações sobre estes riscos, quais riscos lhe foram informados, seja a nível de graduação ou de pós-graduação, e quais as práticas que utiliza para se prevenir deles, e quais os problemas de saúde que refere ser portador. Num segundo momento, o mesmo questionário apontou diferentes riscos e o cirurgião-dentista respondeu sobre a existência ou não deste risco em sua profissão, as medidas de prevenção, etc.

O questionário é composto de 90 quesitos, agrupados em seis diferentes itens, a saber: 1) Dados Pessoais; 2) Considerações Gerais; 3) Espaço de Trabalho / Exigências Físicas; 4) Órgãos do Sentido; 5) Equipamentos de Proteção Individual; e 6) Outros Aspectos. Ele poderá ser visualizado na íntegra, no anexo 02 deste estudo.

De acordo com Garret (1974) “o método da entrevista será consideravelmente influenciado pelo seu objetivo”. Desta forma, escolhemos um questionário semi-estruturado porque ao mesmo tempo em que desejávamos obter alguns dados essencialmente quantitativos, também pretendíamos deixar a possibilidade para analisar qualitativamente o discurso. Segundo Minayo (1999) “mediante a entrevista podem ser obtidos dados de duas naturezas: (a) os que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis, atestados de óbitos, etc.”, são dados chamados de “objetivos” ou “concretos”, e “(b) os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões ... que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivos”. Só podem ser conseguidos com a contribuição dos atores sociais envolvidos”. Porém, uma entrevista, por mais próxima que tente se estabelecer da real visão do problema estudado, sempre poderá também, levantar outras questões, uma vez que “as pessoas nem sempre se comportam e agem como sentem; não dizem sempre o que

realmente pensam e nem sempre agem lógica e racionalmente”, Garret (1974). Em contrapartida, Michelat (1982) refere que “é o indivíduo que é considerado como representativo pelo fato de ser ele quem detém uma imagem, particular é verdade, da cultura (ou das culturas) à qual pertence”. Portanto, não temos muito como nos desviar destas questões.

Da mesma forma, buscando atender ainda aos objetivos propostos, o questionário foi aplicado aos cirurgiões-dentistas em seus respectivos consultórios, em entrevista dirigida, ou seja, “a entrevistadora comunica oralmente a cada entrevistado as mesmas perguntas fechadas, livres e de escolha múltipla e anota as respostas imediatamente dadas” Thiollent (1982). Este procedimento apesar de carregar em si a possibilidade por exemplo de indução das respostas pela formulação das perguntas, assim como também o estabelecimento de viéses da entrevistadora nas respostas, foi utilizado porque objetivávamos eliminar a possibilidade de que os entrevistados, conhecendo anteriormente os questionários, pudessem ser influenciados pela citação de outros riscos que foram posteriormente questionados. Em contrapartida, não podemos descartar o valor da observação da entrevistadora frente a certos fatos do entrevistado, observados durante a entrevista, que nos alertaram também para o que este “não disse” no decorrer de suas respostas, tais como hesitações, feições de alegria ou de tristeza, dúvidas, etc., e que de uma certa forma nos auxiliaram na compreensão do problema. Segundo Minayo (1999) “o campo social não é transparente e tanto o pesquisador como os atores, sujeitos-objeto da pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade”.

O questionário utilizado surgiu de uma adaptação feita a partir do Roteiro para Avaliação Ergonômica, de Mattos & Rodrigues, 1984, no trabalho Metodologia de Avaliação Ergonômica.

3) Análise dos resultados: A análise dos dados dependeu muito do tamanho da amostra obtida. Como nossa amostra foi pequena, fizemos manualmente os cálculos referentes aos dados quantitativos, sem a utilização de programas estatísticos de computação. Os resultados

apresentados, foram registrados na sua maioria em termos percentuais. Alguns cálculos de medidas de tendência central e de dispersão foram feitos. Quando hipóteses estatísticas foram testadas, utilizou-se o Teste do Qui-Quadrado. Este teste foi escolhido, por poder ser utilizado para amostras pequenas e ser capaz de demonstrar a existência ou não de relação entre as variáveis testadas, embora não refira qual o nível de relação que possa existir entre elas.

Com relação à análise das “falas” proferidas pelos entrevistados, temos as seguintes considerações a fazer: 1) no primeiro momento da entrevista, em que o entrevistado era questionado basicamente quanto ao fato de ter ou não recebido informações sobre riscos ocupacionais, e se fosse o caso, quais riscos, deixamos a informação surgir espontaneamente. Com este procedimento, não podemos desconsiderar algumas questões que possam porventura estar inseridas neste contexto, a saber: as informações surgiram do que o entrevistado era capaz de se lembrar tanto do seu período de graduação quanto do seu período de pós-graduação; além disso, estas informações também foram fruto do que o entrevistado considerou como “ter sido informado” em algum momento. Apesar destas questões, também não podemos simplesmente descartar dados que podem ser relevantes, extraídos destas informações, conforme são referidos na discussão. 2) num segundo momento, onde o entrevistado era questionado diretamente sobre o risco e as medidas preventivas por eles adotadas, na maioria dos casos, quando analisamos o que foi dito: a) fizemos questão de colocar algumas das “falas” na sua íntegra, por considerarmos a maneira mais fidedigna de apresentarmos estes dados; b) em muitos casos a fala, por si só, já era reveladora dos objetivos propostos neste estudo; e c) algumas “falas” foram agrupadas por sua semelhança de conteúdo.

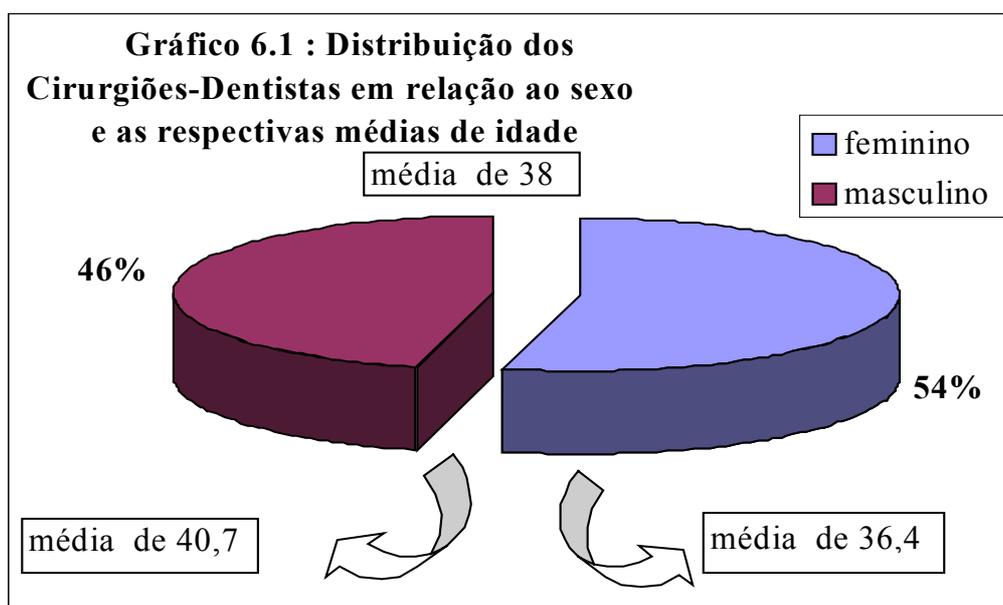
E, finalmente, gostaríamos de referir que os resultados encontrados nesta pesquisa serão disponibilizados aos nossos entrevistados, cumprindo um dos objetivos deste estudo, qual seja o de levar ao conhecimento do sujeito colaborador da pesquisa o resultado da avaliação para a qual ele contribuiu, na intenção do reconhecimento pela

colaboração prestada, e principalmente na intenção de colaborar na preservação de sua saúde.

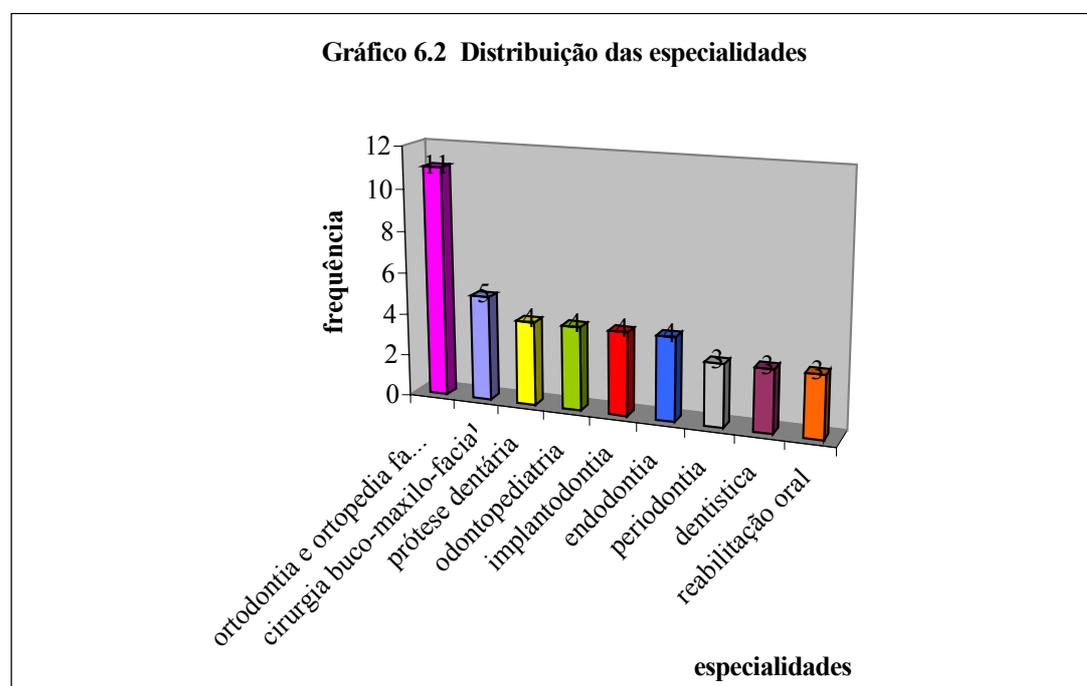
## RESULTADOS

Os resultados serão apresentados seguindo a seqüência ditada no questionário de entrevista. Alguns deles, com objetivos semelhantes, serão apresentados agrupados, de acordo com os seis principais tópicos nos quais as entrevistas estão divididas. Durante o texto, as referências em relação aos riscos ocupacionais, estarão agrupadas de acordo com a classificação registrada nas normas regulamentadoras da legislação trabalhista em vigor e que se encontra no anexo 03.

Os cirurgiões-dentistas entrevistados compõem uma amostra com uma certa predominância do sexo feminino, conforme pode ser visto no Gráfico 6.1, onde se encontra a distribuição por sexo e a média de idade de cada um deles. Embora ambos os sexos componham um grupo homogêneo em termos de idade, comparativamente, o sexo feminino mostrou-se um grupo mais heterogêneo, com um coeficiente de variação de 8,5% , contra 7,2% do sexo masculino, um pouco mais homogêneo.



Os entrevistados têm em média 16 anos de formado, entendendo-se que a totalidade dos entrevistados iniciou sua atividade profissional praticamente logo depois da conclusão do curso de graduação, sendo os homens formados há mais tempo (18 anos, em média) do que as mulheres (15 anos, em média). Apresentam diferentes especialidades, conforme observado no Gráfico 6.2. Vale ressaltar que o número total de especialidades citadas, ultrapassa o número de entrevistados com pós-graduação, devido ao fato de boa parte deles fazer referência a mais de uma especialidade. Além dos referidos, outras especialidades citadas, foram as seguintes, com suas respectivas freqüências: radiologia (2), odontologia social (2), oclusão (1) e preventiva comunitária (1).



A maioria dos entrevistados (74%) exerce ou já exerceu alguma outra atividade profissional além do consultório odontológico particular, no qual eles estavam sendo entrevistados. Destes, um pouco mais da metade deles (51,4%) atua também como cirurgião-dentista em outros locais, e 29,7% como professor universitário, também na lida odontológica. Outras atividades encontradas incluíam as que se seguem: trabalho em setores administrativos (4 casos), técnico de Rx (1 caso), agricultor (1 caso) e músico (1 caso).

A totalidade dos cirurgiões-dentistas acredita estar exposta a algum tipo de risco no exercício de seu trabalho. Dentre os mencionados, o risco biológico foi citado por todos, seguido do risco ergonômico (tais como: postura, movimentos repetitivos, campo visual restrito, estresse), risco físico (principalmente ruído, radiação ionizante e queimadura), risco de acidente (lesão perfuro-cortante e também a possibilidade de explosão do compressor foi por eles considerada), além de riscos químicos (tais como: exposição ao mercúrio, poeiras e queimaduras). Outros fatores que também foram lembrados como riscos no exercício da profissão foram o da possibilidade de sofrerem violência (assaltos, etc.), inclusive alguns já tendo tido este tipo de experiência, assim como também o risco assim por eles referido como “calote financeiro”.

Quando questionados sobre riscos nas outras atividades que porventura exerçam, 75,7% acreditou estar exposto a algum tipo de risco. Os referidos foram os mesmos já citados, acrescentando-se o risco de lesões em cordas vocais, lembrado pelos professores universitários, assim como também o risco de ataque de insetos, referido no caso do agricultor. Na opinião daqueles que trabalhavam no serviço público (também como cirurgiões-dentistas) ou eram professores universitários, o risco referido de contaminação biológica era ainda maior. Dentre aqueles que não acreditavam estar expostos a riscos em outras atividades, 3 eram professores universitários, 1 funcionário público e 1 cirurgião-dentista da rede pública.

Quanto às questões concernentes às informações sobre riscos ocupacionais, grande parte deles (68%) referiu ter recebido algum tipo de informação sobre o tema no período de graduação, contra 32%

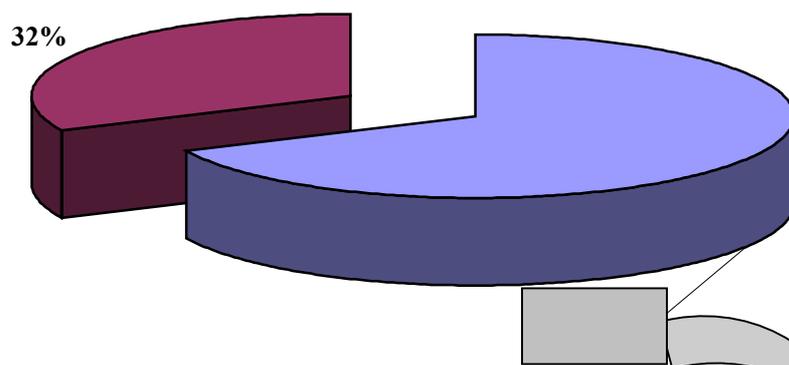
que referiu não ter recebido qualquer informação. Neste último grupo, a média de tempo de formado foi maior, em torno de 19 anos, contra 13 anos no outro grupo que referiu ter recebido informações. As informações que foram lembradas referiam-se a riscos biológicos (40%), riscos físicos (36%) – principalmente radiação e ruído, riscos ergonômicos (22%) e riscos químicos (2%), conforme Gráfico 6.3.

Interessante ressaltar que dentre aqueles que receberam informações, destacam-se dois diferentes grupos em termos de temas: um grupo com menor tempo de formado, onde o tema mais citado foi biossegurança, e um outro grupo com maior tempo de formado, onde os principais temas lembrados foram ergonomia (ex.: postura) e risco físico (ex.: raios X). Já no período de pós graduação, o percentual foi bastante próximo do referido no período de graduação (60%), contra 68% na graduação. Os temas referidos encontram-se no Gráfico 6.4. A maioria destas informações adveio de cursos de especialização, mestrado ou doutorado.

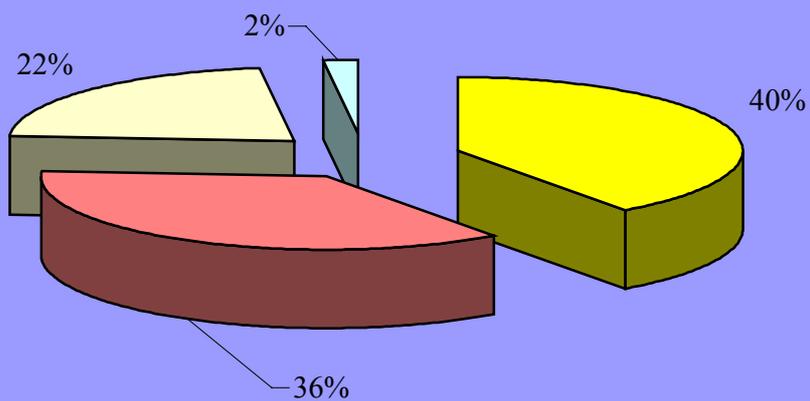
Apenas 30% dos cirurgiões-dentistas entrevistados declararam ser sindicalizados, sendo que todos estes referiram receber informações do sindicato sobre riscos ocupacionais. No entanto, os únicos riscos mencionados foram o risco biológico (86,7%), e o risco físico – radiação ionizante (6,7% - 1 caso). Um entrevistado não se lembrou de nenhum risco. Já em relação ao Conselho da categoria, enquanto 6% não se lembrava se recebia ou não informações, 78% referiu receber informações do órgão. Neste caso, os temas foram mais diversificados, mas ainda com a predominância do risco biológico (72,9%), seguido do risco ergonômico (10,4%), físico (8,3%), risco de acidente (4,2%) e risco químico (2,1%). O risco relacionado à ética profissional (processos contra cirurgiões-dentistas, etc.) também foi lembrado.

**Gráfico 6.3 : Presença de informação e os tipos de riscos referidos no período de graduação**

- Informou ter recebido algum tipo de informação
- Não referiu ter recebido informações



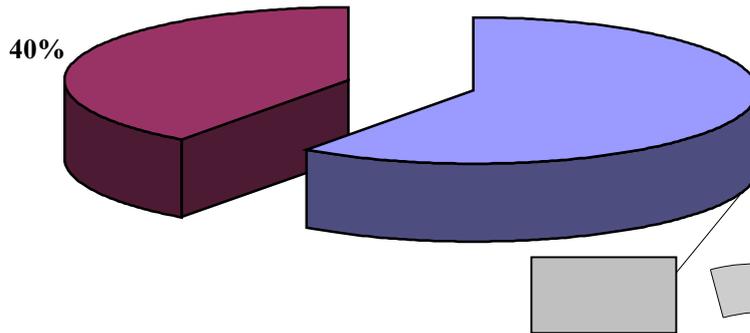
**Tipos de riscos referidos no período de graduação**



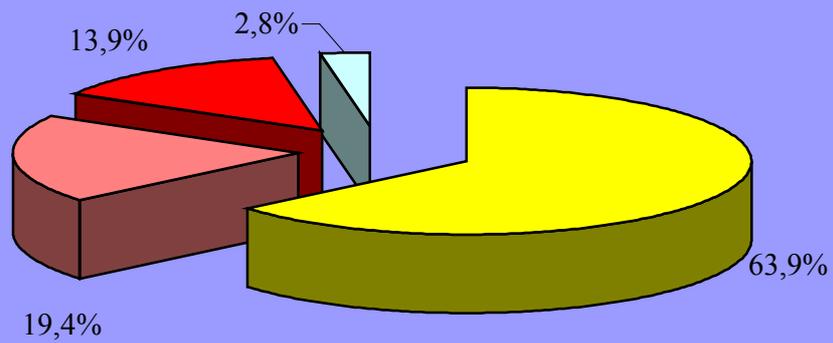
- risco biológico
- risco físico
- risco ergonômico
- risco químico

**Gráfico 6.4 : Presença de informação e os tipos de riscos referidos no período de pós-graduação**

■ Informou ter recebido algum tipo de informação  
■ Não referiu ter recebido informações



**Tipos de riscos referidos no período de pósgraduação**



■ risco biológico ■ risco físico ■ risco ergonômico ■ risco químico

Setenta e seis por cento admitiram ainda outras fontes de informações, principalmente advindos de Congressos e colegas de profissão, seguidos de revistas científicas e cursos de atualização. Outras fontes também foram citadas tais como: livros, jornais, publicações fornecidas por empresas de produtos odontológicos, encontros científicos, jornadas, internet e ainda o próprio trabalho do entrevistado. Neste caso, novamente o tema mais abordado foi o risco biológico, seguido do ergonômico, do físico (1 citação) e do químico (1 citação).

Advindas de qualquer uma destas fontes (no período de graduação ou depois de graduado), 84% alegou utilizar estas informações e 6% afirmou utilizá-las às vezes. Mesmo dentre estes 90% que afirmaram utilizar as informações (mesmo que às vezes) uma boa parcela deles apresentou queixas em relação a elas. Algumas das “falas críticas” dos entrevistados que afirmaram utilizar, assim como daqueles que afirmaram não utilizar as informações fornecidas, estão relacionadas abaixo (as falas que estão fora das aspas são da autora):

- “inadequação da prática com as recomendações dadas”;
- “necessidade de disciplina em relação aos exercícios propostos”; (em relação aos exercícios ergonômicos – segundo informações colhidas)
- “dificuldade no tato, quando uso a luva”;
- “necessidade de treinamento próprio e de auxiliares ( maior custo )”;
- “necessidade de maior tempo para leitura”;
- “às vezes esquecimento, às vezes financeiro”;
- “no dia a dia vai-se eliminando”; (no que diz respeito a medidas de biossegurança – segundo informações colhidas)
- “os mais antigos têm maior dificuldade”; (por hábitos adquiridos – segundo informações colhidas)
- “biossegurança nem sempre. Não é tão simples para o dia a dia. Se for levar a sério a biossegurança, não se faz mais nada”;
- “não consegui realizar tudo que é informado. Faço uma adequação, são fora da realidade: isto em relação à biossegurança e a raios X”;
- “colete de chumbo, avental, é muito dinheiro, vou deixando para lá, não uso muito o aparelho, terceirizo”;
- “às vezes dificuldade financeira e também em termos de tempo”;
- “raios X não faço para não precisar me proteger”;

- “Rolopak não uso porque o colega de consultório sente dificuldade”;
- “não se interessam por lixo contaminado onde trabalho”;
- “o mais difícil é a Ergonomia”;
- “tenho dificuldade em saber das normas (ex.: cuidado com o lixo)”;
- “é difícil adequar a metodologia”;
- “a postura é difícil de disciplinar”;
- “falta-me auxiliar e esta faz parte da biossegurança”;
- “é difícil pois o consultório não é meu”;
- “é difícil sensibilizar o pessoal que auxilia”;
- “principalmente biossegurança – dificuldade de execução”.

Além disso, aqueles ainda que utilizam as informações apresentaram também as seguintes falas:

- “utilizo os exercícios para coluna”;
- “utilizo as informações depois de conferi-las”;
- “utilizo se não for coisa ridícula”;
- “utilizo imediatamente todos”;
- “a utilização está ligada diretamente a facilidade de acesso (custo)”;
- “utilizo quando sei que a informação é verdadeira”;
- “incorporo logo, principalmente postura”;
- “utilizo PVC em volta da luz, para forrar a mesa”;
- “utilizo luva, máscara, esterilização de material, jaleco e melhor anamnese do paciente”;
- “utilizo luvas e óculos só de grau”;
- “utilizo luvas, jaleco, óculos, gorro e máscara (ela embaça os óculos)”;
- “utilizo luvas, jaleco, óculos, máscara, gorro não uso porque é feio, assusta as crianças, incomoda, e não gosto de nada na cabeça”;

A maioria considerou as informações veiculadas eficientes/suficientes, ou pelo menos algumas vezes assim. Um afirmou faltar-lhe tempo para leitura, e 16% não qualificou-as desta forma. Algumas das alegações para isto foram:

- “elas precisam ser mais enfáticas”;
- “os conselhos de biossegurança são meio paranóicos”;
- “a frequência das informações é pouca”;

- “a informação às vezes não entra muito em detalhes. É preciso questionar mais”;
- “raios X é sempre duvidoso”;
- “sou autodidata”;
- “é difícil colocar em prática”;
- “tem déficit na informação e precisa ter uma praticidade”;
- “informações sobre lixo relacionado a amálgama?”.

Algum tipo de problema de saúde foi referido por 92% dos entrevistados. Correlacionamos abaixo, algumas das patologias por eles mencionadas, fazendo ,no entanto, as seguintes considerações:

- 1) algumas patologias, segundo eles, possuem diagnósticos médicos estabelecidos, outras decorrem apenas de uma suspeita do entrevistado;
- 2) alguns citaram apenas o sintoma;
- 3) no caso do entrevistado exercer ou já ter exercido uma outra atividade, isto é informado no final de sua respectiva fala;
- 4) alguns relataram também, neste tópico, acidentes por eles sofridos;
- 5) algumas patologias, segundo eles, já foram tratadas ou estão sob tratamento.

As informações foram as seguintes:

- “neurite viral no ouvido esquerdo, varizes, tendinite, cisto sinovial, alergia ao pó da luva” – cirurgião-dentista em outro local;
- “tendinite, gastrite, déficit auditivo”;
- “anemia, tendinite, dor nas costas, dor lombar, dor cervical, hemorróidas, varizes,, cansaço nas pernas, gastrite, dor no pé, alergia – sinusite alérgica” – professor universitário;
- “síndrome do túnel do carpo (uma das mãos já sofreu intervenção cirúrgica), déficit auditivo, cisto nas duas mãos (duas vezes) , bursite, pinçamento cervical (5ª e 6ª vértebras), labirintite, elevação do colesterol, varizes, hemorróidas, diminuição de força nas mãos, diminuição da acuidade visual” – funcionário administrativo, trabalhando com computadores;
- “varizes, dor nas costas, epicondilite (acidente em outro consultório), dor lombar, hipertensão arterial sistêmica, diminuição da acuidade visual” – cirurgião-dentista em outro local;

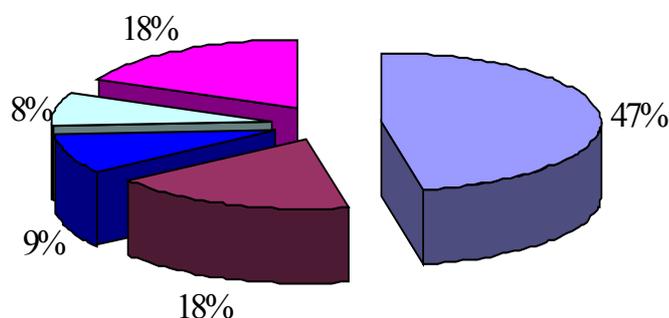
- “acidente pérfuro-cortante, acidente com sangue do paciente atingindo o olho, déficit auditivo e visual, problema de coluna, varizes, dores no ombro e braço esquerdo, disritmia cerebral” – cirurgião-dentista em outro local;
- “retificação na cervical, tendinite, gastrite, hemorróidas, alergia à resina acrílica, déficit auditivo” – cirurgião-dentista em outro local;
- “tendinite, varizes” – cirurgião-dentista em outro local;
- “coluna, varizes, déficit auditivo e visual, tendinite, dor lombar, alergia a níquel” – cirurgião-dentista em outro local;
- “coluna, compressão de disco, déficit auditivo e visual, hemorróidas, tendinite, desidrose”;
- “déficit auditivo” – cirurgião-dentista em outro local e funcionário administrativo.
- “coluna, lesões por esforços repetitivos, déficit visual, síndrome do túnel do carpo” - cirurgião-dentista em outro local e funcionário administrativo;
- “coluna, dor lombar”;
- “tendinite no punho”;
- “dormência no dedo, escoliose, varizes”;
- “dor na coluna, déficit auditivo, miopia, gastrite, paralisia facial e sinusite de repetição (por estresse – segundo informações colhidas), eczema causado pela luva” – professor universitário;
- “hepatite B, déficit auditivo, varizes, dor nos membros superiores, pinçamento cervical, hérnia de disco, bursite, tendinite, gastrite, artrite reumatóide, síndrome do túnel do carpo, alergia respiratória (desenvolvida no consultório – segundo informações colhidas)”;
- “varizes, déficit auditivo” – professor universitário;
- “varizes, hemorróidas, pescoço, tendinite, algo semelhante a otite (menor quantidade de cera no ouvido + cravos)”;
- “déficit visual, dor cervical” – agricultor;
- “varizes, dor lombar, miopia, gastrite”;
- “dores nas pernas, déficit auditivo” – professor universitário
- “déficit auditivo, hemorróidas, varizes, bursite, tendinite, lombalgia”;

- “coluna, gastrite, varizes, déficit visual, acidente com perfuração do dedo até o osso, levando a problemas até o ombro” – cirurgião-dentista em outro local;
- “dor em função de postura (dor lombar), tendinite, gastrite, .pneumonia severa” – cirurgião-dentista em outro local (emergência);
- “hérnia cervical, varizes, elevação do colesterol, déficit auditivo” – professor universitário;
- “preciso fazer RPG (Reeducação Postural Global) e fisioterapia” – professor universitário;
- “cansaço visual, hérnia lombar” – cirurgião-dentista em outro local;
- “coluna ( por má postura), tendinite, enxaqueca, gastrite, acidente com broca no dedo – fez neuroma (tratamento cirúrgico);
- linfoma de Hodgkin, varizes, coluna, déficit visual, dor nos ombros, osteocondroma no joelho” – técnico de raios X;
- infarto, hipertensão arterial sistêmica, hérnia de disco, hemorróidas, varizes, déficit visual” – músico;
- “coluna, diminuição de força nas mãos quando usa luva apertada”;
- “déficit auditivo”;
- “sobrecarrega um pouco o ombro direito para segurar as crianças, faz ginástica” – professor universitário;
- “coluna, entorse da musculatura por má posicionamento, pinçamento cervical, diminuição da força muscular por acidente doméstico, acidente ocular com material cortante”;
- “tendinite, bursite, dor no braço direito, déficit visual” – cirurgião-dentista em outro local;
- “gastrite, varizes” – cirurgião-dentista em outro local;
- “déficit auditivo, diminuição de força nas mãos, tendinite, cervical, torcicolo, alergia ao talco da luva” – cirurgião-dentista em outro local;
- “tendinite, hérnia de disco, síndrome do túnel do carpo, parestesia à esquerda”- professor universitário e cirurgião-dentista em outro local;
- “hipertensão arterial sistêmica, elevação do ácido úrico e triglicérides, hemorragia digestiva,, coluna, diminuição de força nas mãos, tendinite” – cirurgião-dentista em outro local;

- “hipertensão arterial sistêmica” – professor universitário;
- “coluna, ombro” – professor universitário;
- “hemorróidas, varizes, escoliose, alergia ao JET (resina auto-polimerizante)” – professor universitário;
- “varizes, dor cervical, dor no ombro” – cirurgião-dentista em outro local;
- “otosclerose, síndrome do impacto no braço esquerdo, coluna, hemorróidas, varizes, tendinite na mão direita” – cirurgião-dentista em outro local;
- “coluna, varizes, déficit visual, tendinite nas mãos, cisto”.

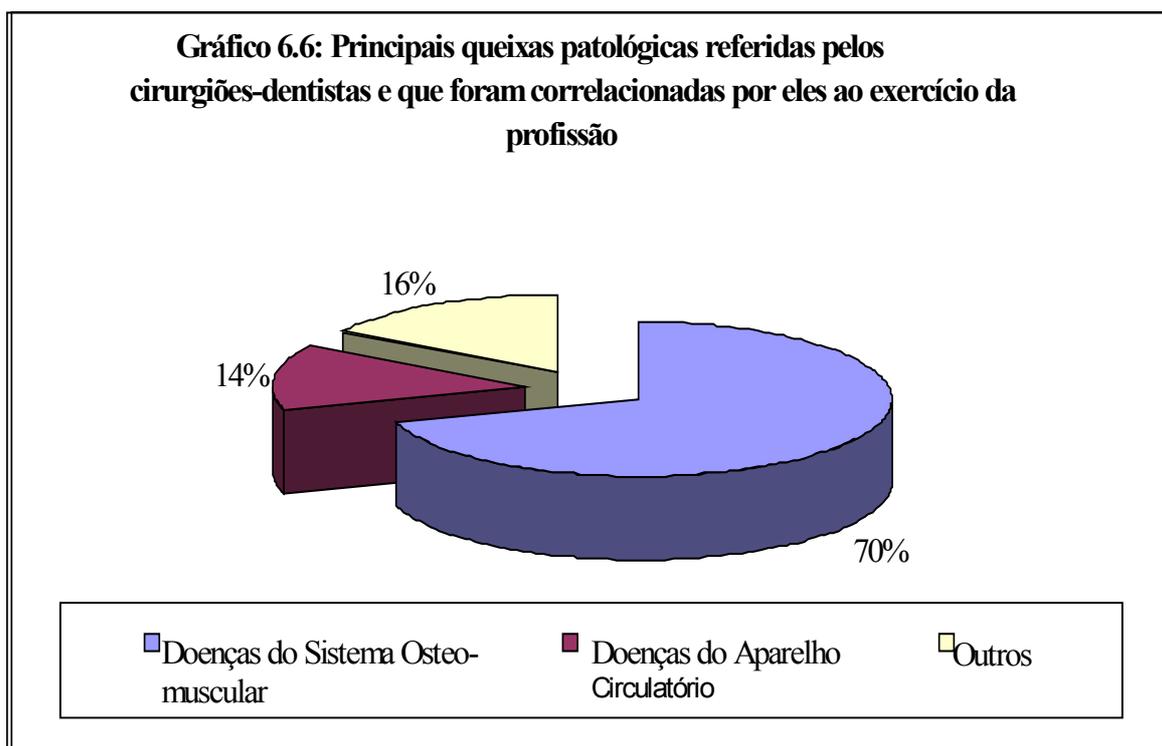
Estas queixas foram agrupadas de acordo com a Lista tabular de inclusões e subcategorias contida no CID 10 (1998), e estão apresentadas no Gráfico 6.5. A referida Lista pode ser observada, na íntegra, no anexo 04. O item referente a “outros” refere-se a algumas doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; doenças do sistema nervoso; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; e, lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas.

**Gráfico 6.5: Principais queixas patológicas referidas pelos cirurgiões-dentistas de acordo com a listagem do CID 10**



■ Doenças do Sistema Osteo-muscular	■ Doenças do Aparelho Circulatório
■ Doenças do ouvido e da apófise mastóide	■ Doenças do olho e anexos
■ Outros	

Oitenta e dois por cento dos que referiram alguma patologia acreditam que estes problemas podem ter sido causados pelo seu trabalho. As principais queixas que, na opinião dos cirurgiões-dentistas estão correlacionadas ao exercício da profissão encontram-se no Gráfico 6.6 O item referente a “outros”, refere-se a doenças do olho e anexos; doenças do ouvido e da apófise mastóide; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo, entre outros. É relevante que se destaque que 24,5% acharam que todas as suas queixas estavam correlacionadas ao exercício da profissão.



Os resultados doravante apresentados referem-se a sondagem específica de cada risco, conforme referido na metodologia.

Quando abordamos as questões relacionadas ao espaço de trabalho/exigências físicas, houveram respostas positivas em todos os quesitos, sendo que estas variaram para cada quesito de 78% a 92% dos entrevistados. Comentários sobre a utilização dos controles manuais e as forças exigidas para operá-los foram feitos por alguns deles, principalmente no que tange a utilização de turbinas, a saber:

- “sinto uma força maior para operá-los”;
- “despendem força e jeito”;
- “o sugador é difícil de manusear”;
- “são pesados”.

Algum tipo de vibração foi referida em 84% dos casos, sendo que os instrumentos mais votados foram: o ultra-som (45,1%), o micromotor (29,4%), e o vibrador de gesso (13,7%). Alguns outros instrumentos citados foram, por ordem de frequência: o compressor, a broca de implante para perfuração óssea e o aparelho para remoção de tártaro. Apenas 8 profissionais (19%) consideraram que esta vibração de algum modo perturba o seu trabalho. Destes, apenas três tomam alguma medida de proteção, assim por eles descrita:

- “fecho a porta”;
- “uso isolante”;
- “uso peças boas e boa manutenção, escolho as melhores peças, importadas”.

A possibilidade de risco de queimadura foi afirmativa para 78% dos entrevistados, inclusive com alguns deles já referindo acidentes desta natureza. As maiores causas referidas podem ser observadas na Tabela 6.1.

Tabela 6.1

Possíveis fontes de queimaduras referidas pelos Cirurgiões-Dentistas entrevistados

Fontes	Frequência	Percentual
Chama	29 <sup>1</sup>	39,7
Ácido	18	24,7
Estufa	16 <sup>2</sup>	21,9
Autoclave	06	8,2
Outros	04 <sup>3</sup>	5,5
Total	73	100,0

Chamadas <sup>1</sup> : incluindo chama de lamparina e de maçarico.

<sup>2</sup> : a própria estufa ou o instrumental saído dela.

<sup>3</sup>: incluindo solda, eletrocautério, base forte e fotopolimerizador.

Destes 78%, a grande maioria deles, 82,1%, afirmou que tomava algum tipo de medida para prevenção do risco, quais sejam, principalmente, reforço dos cuidados na utilização dos materiais e uso de equipamentos de proteção individual (luvas, óculos, etc.). Apenas um dos entrevistados não acredita haver risco de acidente por lesão perfuro-cortante com o instrumental por eles utilizado, sendo que 87,8% dos que acreditam (inclusive com boa parte deles já tendo sofrido este tipo de acidente até mais de uma vez) tomam alguma medida para prevenção deste risco. As medidas apontadas como preventivas foram: utilização de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs (luvas, máscara, óculos, etc.) – em 47,05% dos casos, “tomam cuidado” em 29,4%, ou utilizam técnicas adequadas em 17,6%. Um entrevistado declarou que se previne tomando vacina e 2 alegaram prevenção na escolha de materiais modernos e cuidado na hora da escolha dos mesmos. Entre aqueles que disseram que não tomam nenhuma medida preventiva (e mesmo entre muitos que alegaram se prevenir com EPIs), a maioria acredita que não existem medidas capazes de prevenir este tipo de acidente. A principal queixa nesta área recaiu sobre as luvas.

Todos os entrevistados admitiram algum tipo de ruído em suas atividades, assim como também todos eles concordaram em que a turbina é uma fonte de ruído. As outras fontes de ruído citadas podem ser observadas na Tabela 6.2 .

A grande maioria (84%) destes cirurgiões-dentistas não toma nenhuma medida de prevenção contra o ruído. Dos 16% restantes, a maioria atua sobre o compressor, principalmente com medidas de isolamento, ou utiliza protetor auricular (2 casos) ou modificação para sugador com menor nível de ruído (1 caso).

Tabela 6.2

Outras fontes de ruído consideradas pelos Cirurgiões-Dentistas  
entrevistados

Fonte	Frequência	Percentual
Compressor	33	39,3
Sugador	26	31,0
Condicionador de ar	07	8,3
Ultra-som	05	6,0
Autoclave	04	4,7
Outros	09 <sup>1</sup>	10,7
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup>Chamada: Fotopolimerizador, raspador de tártaro, motor para desgaste de resina, vibrador, amalgamador, ventilador, televisão, telefone e até crianças foram também consideradas como fontes de ruído.

A maioria (88%) acredita correr risco na manipulação dos materiais utilizados, principalmente através de poeiras químicas e do cheiro forte exalado pela resina acrílica. Alguns trazem a informação de utilização de substâncias, segundo eles, cancerígenas, tais como o alginato. Dos que acreditam no risco, 95,5% se protegem, com a utilização principalmente da máscara (na maioria) e outros ainda com a utilização dos demais equipamentos além da máscara (luvas, avental, gorro e óculos).

Percentual semelhante (84%) também acredita no risco provocado pelos raios X, enquanto 16% não acreditam nele. As medidas mencionadas como de prevenção ao risco foram relacionadas na Tabela 6.3.

Tabela 6.3

Principais medidas referidas pelos Cirurgiões-Dentistas para prevenção do risco das radiações ionizantes

Medidas de Prevenção	Frequência	Percentual
Distância	29	64,5
Parede Blindada	06	13,3
Avental de Chumbo	05	11,1
Medidas relacionadas ao aparelho	03	6,7
“Só radiografar em último caso”	02	4,4
Total	45	100,0

A distância, que foi citada na maioria dos 42 entrevistados que acreditam na radiação como um risco, foi referida por alguns, com as seguintes falas:

- “eu aperto e corro”; ou então:
- “saio correndo. A melhor proteção que existe é a camada de ar entre você e a radiação”.

Todos os entrevistados acham que podem sofrer algum tipo de contaminação biológica advinda do seu trabalho, e as principais patologias relacionadas foram: Hepatite, Aids e Herpes. Outras, tais como: gripe, tuberculose, conjuntivite, pneumonia, sífilis, gonorréia, meningite e piolho, também foram listadas. As formas de proteção, que todos eles referiram que realizavam, estavam relacionadas principalmente à utilização de EPIs, fazendo-se as seguintes ressalvas: 1) o gorro nem sempre era citado, ou apenas citado para utilização quando em cirurgia; 2) os óculos de proteção receberam várias queixas de embaçarem quando utilizados com a máscara, ou então não eram utilizados quando o entrevistado fazia uso de óculos de grau (não conseguiam adaptar); 3) o jaleco nem sempre era citado. Outras formas mencionadas como de proteção para o risco biológico foram: material esterilizado, boa anamnese do paciente, “considerar todos como potencialmente portadores de HIV”, tomar vacina, barreira mecânica

(sugador, “rolopak”), material descartável, substâncias desinfetantes e avental de chumbo.

Quanto às questões referentes aos órgãos dos sentidos e itens correlatos, a profissão de cirurgião-dentista foi por eles considerada como uma atividade que exige muito da visão (100% das opiniões), do tato (96%), com necessidade de precisão de movimentos na opinião de 100% dos entrevistados), do equilíbrio (98%) e não tanto do olfato (36%). Quanto aos sinais auditivos provenientes de equipamentos, 80% referiu a presença destes sinais em sua tarefa, provocados principalmente pelo fotopolimerizador e pela autoclave, seguidos à maior distância pelos raios X, estufa, laser, e amalgamador, dentre outros. Estes sinais só não foram considerados de fácil reconhecimento por um dos entrevistados. A grande maioria considerou a iluminação existente suficiente, e apenas 6 dos entrevistados referiram ter apresentado falta de equilíbrio na execução de sua tarefa. A maioria dos 8 entrevistados que alegou dificuldade no tato, possuía algum problema de saúde (dormência nas mãos, etc.) ou ocorria em ocasiões em que usavam luvas apertadas.

Setenta por cento dos entrevistados considera que sua atividade envolve grande esforço muscular, sendo que 98% considerou que alguma porção fica mais envolvida, Apesar dos seguimentos corporais referidos como os mais envolvidos no trabalho serem por ordem de frequência os membros superiores, votados em 61% dos casos, a coluna vertebral em 33% dos casos e os membros inferiores em 6% dos casos, os cirurgiões-dentistas relatam que a porção mais sobrecarregada fica por conta da coluna vertebral, em 56% dos casos, e dos membros superiores em 37% dos casos. Os 7% restantes ficaram divididos entre os membros inferiores e a cabeça.

A grande maioria (90%) não realizava sua tarefa em turnos. Trabalham em média 9,7 horas / dia, 4 dias / semana. Apenas 22% faz horas extras habitualmente, em média 2,9 horas / semana. Mais da metade (58%) não realiza pausas para descanso durante o trabalho, e dentre aqueles que realizam, a maioria o faz sem uma rotina pré-determinada (nas horas em que dá um tempo) e a minoria entre um paciente e outro. Nestes períodos de descanso, metade das atividades

desenvolvidas foram relacionadas com o trabalho (agendamento, anotações, serviço de banco, serviços diversos, computador, estudo, etc.), enquanto a outra metade referiu atividades não relacionadas ao trabalho, tais como: alimentação, conversa com colegas, alongamento caminhada, distrações, etc. A maioria deles (56%) se sente mentalmente cansada e um percentual maior ainda (72%) sente-se estressado. Apenas 12 dos cirurgiões-dentistas entrevistados trabalha com convênios, em média 50% de sua clientela, e em sua maioria (67%) não acreditam que este fato interfira no ritmo de seu trabalho. Os 33% restantes alegam que este fato faz com que eles tenham que trabalhar mais, em ritmo mais acelerado, para obterem o mesmo retorno financeiro, além deste fato contribuir também para a diminuição da qualidade do atendimento.

Os cirurgiões-dentistas concordam, em sua totalidade, que são necessários equipamentos de proteção individual para a realização de suas atividades, sendo os mais citados: luvas, máscara, jaleco e óculos de proteção. O gorro foi um dos menos votados, seguido de um voto para o avental de chumbo como equipamento de proteção. Inúmeras queixas recaíram sobre a utilização do gorro, pois consideram que o mesmo incomoda, aperta, prende a orelha, é feio, além de alguns deles considerarem desnecessário e alegarem que não existe o hábito estabelecido do seu uso. Noventa e oito por cento afirmaram utilizar estes equipamentos (guardando as observações feitas sobre o gorro, que então passa a ser utilizado só em cirurgias, e sobre o fato da utilização de máscara + óculos de proteção produzir embaçamento neste último). Apenas um entrevistado alegou utilizar EPIs exclusivamente para procedimentos cirúrgicos. Todos afirmaram que seus respectivos EPIs estavam em estado de conservação satisfatória, e que eram trocados imediatamente quando necessário. Apesar das considerações acima, 90% classificou-os como adequados à tarefa realizada, sendo que alguns ressaltaram que não os consideram suficientes para lesões perfuro-cortantes. Entre aqueles que não os consideram adequados, a maioria referiu incômodo com a utilização desses equipamentos. Oitenta por cento acha suas dimensões adequadas, novamente fazendo-se as ressalvas anteriores principalmente sobre o gorro e a máscara, assim como também, alguns acrescentaram queixas sobre a luva (como perda de tato

e não adequação às mãos). A maioria não sabia se estes equipamentos por eles utilizados eram aprovados pelo Ministério do Trabalho ou não, e 36% alegou não ter recebido treinamento para sua utilização. Dentre aqueles que receberam, a fonte de treinamento ficou praticamente dividida entre o período de graduação (60%) e pós-graduação (40%).

Quando questionados sobre o “sentimento” que possuíam em relação ao trabalho deles, os cirurgiões-dentistas assim se expressaram:

- “gosto muito mas tem certas vezes em que estou bem desanimado”;
- “gosto do que eu faço”;
- “gosto, acho gratificante, mas estressante”;
- “frustração e cansaço da profissão”;
- “gosto do que eu faço, me sinto com prazer”;
- “minha frustração é que o trabalho de Odonto não é um trabalho definitivo – se fizer um bom trabalho e não convencer o paciente de que ele precisa se prevenir da doença cárie...”;
- “gosto muito, é apaixonante, muito pazeirosa”;
- “gosto, mas acho que vai me trazer grandes problemas para o meu corpo”;
- “gosto muito, principalmente da parte de odonto social. Não gosto das outras áreas”;
- “tenho muito prazer no que faço. Me incomoda o fato da Odontologia estar caminhando cada vez mais para a cosmetologia”;
- “penso muito na prevenção. Acho ruim o comércio na área de saúde. Conheci dentistas que se preocupam muito mais com o lado comercial”;
- “um pouco frustrado em relação à Odonto. Vivia só de consultório, coisa que não consigo hoje”;
- “muito gratificante, gosto muito do que faço”;
- “gosto muito do que faço, me dá prazer”;
- “gosto mesmo do que eu faço”;
- “pode melhorar, quero me especializar”;
- “a melhor coisa do mundo”;
- “gosto muito”;
- “gosto, mas acho que é meio escravo, mas o sentimento...”;

- “se eu não precisasse falar com o público seria bom. Se tivesse só a boca estaria perfeito, seria bem melhor”;
- “gosto muito”;
- “não sei, é meu trabalho, é como enxergo”;
- “adoro meu trabalho”;
- “amo Odontologia, apaixonado, procuro tirar prazer da profissão”;
- “adoro, apaixonante”;
- “hoje em dia eu gosto. Tem hora que quero parar de trabalhar. Para atender o primeiro é difícil”;
- “trabalho difícil do ponto de vista do relacionamento do público e prazeroso em relação à técnica”;
- “gosto do que eu faço, mas acho desgastante. Não sei se seguiria o mesmo caminho. Processos de erros médicos atualmente é uma coisa que me preocupa muito”;
- “adoro”;
- “gosto demais do que faço”;
- “amo o que eu faço”
- “adoro aquilo que faço e faço relativamente bem”;
- “apaixonado”;
- “realizada”;
- “gosto muito, vontade de crescer”;
- “prazer”;
- “prazer”
- “sou apaixonado, conquistar a confiança da criança e do adolescente...”;
- “amo meu trabalho, e faço porque gosto”;
- “adoro ainda”;
- “satisfeita, gosto, gratificante”;
- “realizada”;
- “adoro minha profissão”;
- “muito prazer”;
- “bom, gosto, não posso reclamar. Estou plenamente satisfeita com a Odonto”;
- “gosto muito do que eu faço, faço por amor”;
- “aprendi a gostar do que eu faço”;

- “desgastante. Fiz Odonto porque gostava, mas atualmente acho desgastante”;
- “gosto muito do que eu faço”;
- “paixão, amor louco”.

Os percentuais encontrados nestas falas, quando agrupamos os dados, foram os seguintes: satisfeitos (66%), satisfeitos com ressalvas (26%), insatisfeitos (6%) e indiferentes (2%).

O que poderia ser melhor nos seus respectivos trabalhos, que mudanças poderiam ser feitas e quais os planos idealizados para o futuro destes profissionais pesquisados, foi por eles assim expresso:

- “pode melhorar. Dinheiro para estudar mais e tempo para curso; dinheiro para fazer Odontologia por prazer; estudar mais, aprimorar o trabalho que já existe”;
- “mais estudo. Não quero me aposentar; quero comprar um autoclave”;
- “ter uma auxiliar, diminuir o ruído, trabalhar sem dor; fazer especialização em ortodontia; sairia do consultório”;
- “aperfeiçoamento para acompanhar o mercado de trabalho; o dentista trabalhar com a saliva do paciente; trabalharia mais a prevenção, mudaria a base curricular para formar um profissional de saúde”;
- “trânsito para chegar ao trabalho, no mais estou super satisfeita; mais especialização – ortodontia. Maior investimento no curso de especialização – investir na prevenção; não mudaria nada”;
- “diminuir o tempo de trabalho; elitizar mais as técnicas de ortodontia e aprimorar os conhecimentos; preciso de mais espaço”;
- “materiais mais avançados, tecnologia de ponta, se pudesse ter; continuar trabalhando; quero trabalhos que goste de fazer, não precisa ter muitos clientes, mas só o que gosto”;
- “melhoraria nos procedimentos, mas precisaria de um retorno maior; preocupo-me com minha filha que faz Odontologia, devido a crise que estamos vivendo; diversificar o local de trabalho (à nível de consultório), pegar outras camadas sociais mais baixas”;
- “está bom; não tenho planos para o futuro; faria mudanças estéticas”;
- “se o país estivesse melhor, gostaria de ter mais tempo para os pacientes; trocaria o autoclave devido ao sinal sonoro”;

- “a estrutura do outro local onde trabalho poderia ser melhor, mais conforto, mais prático; mudaria a localização dos armários”;
- “diminuir o número de horas de trabalho, continuar trabalhando; minha filha trabalhar comigo; montar uma clínica, estou montando”;
- “o povo estar com mais dinheiro e eu trabalhar menos; comecei a operar na região dos lagos, diminuição da carga horária; montar uma equipe de especialistas”;
- “preciso de mais pausa, mais organização, agendamento; mudar para outro consultório com garagem. Montar o curso de especialização em Odontopediatria”;
- “teria menos volume e mais retorno financeiro; trabalhar sempre; trabalhar mais pausadamente”;
- “estudar mais; compactar duas especializações – implantodontia e prótese”;
- “especializar mais”;
- “sofisticar o consultório”;
- “mais tempo para o cliente; estou montando outro consultório, quero transformar no modelo de trabalho pensando em ficar mais horas com o cliente”;
- “montar a clínica numa casa para ter mais espaço”;
- “sempre pode melhorar; mudar daqui, renovar equipamentos, comprar tecnologia de ponta; equipamentos mais modernos, tecnologia mais moderna”;
- “conseguir mais pacientes; carreira na Odontologia, cursos internacionais”;
- “sim, mais estudo sempre; não tenho planos para o futuro; faria um estudo ergonômico no consultório”;
- “sim, se tivesse como trabalhar menos horas com o mesmo retorno financeiro; meus planos são atender por no máximo mais 6 ou 7 anos (na clinica) – devido ao esforço físico; diminuiria a carga horária”;
- “sim, poderia ser melhor em tudo. Mais ergonomia, aparelhos melhores, raios X digital; montar um consultório meu”;
- “continuar crescendo, não mudaria nada”;

- “quero uma estrutura de trabalho que seja compatível com a minha formação (consultório novo que está montando); parte técnica está ok”;
- “teria mais tempo livre para me organizar melhor, espaço entre um paciente e outro, tecnologia é importante, riscos: falha do profissional ainda; fazer odontogeriatría”;
- “teria uma atendente; trabalhar mais na especialidade, prosperidade financeira”;
- “consultório só meu, menos horas/dia e todo dia, teria um consultório para fazer filantropia”;
- “gostaria de trabalhar só no meu consultório”
- “o convênio vem degradando a profissão; doutorado e prova para instituição de ensino”;
- “não melhoraria nada, acho que estou bem, faço cursos; está tudo bem”;
- “se durasse para o resto da vida como é...;melhorar mais a qualidade de vida; trabalhar menos e ganhar mais”;
- “especialização”;
- “melhoraria a qualidade do material, equipamentos, qualidade do atendimento, treinamento, aperfeiçoamento; pós-graduação, outros cursos de atualização em cirurgia; o maior desafio é fazer uma Odontologia séria”;
- “se não tivesse problema financeiro para resolver...; continuar trabalhando e estudando”;
- “se me desse mais dinheiro...; crescer e ter mais clientes, mais prestígio profissional, fazer concursos para trocar de emprego”;
- “mudaria sim, se tivesse uma situação financeira melhor. Não tenho nenhum plano para o futuro”;
- “gostaria no momento de estar somente estudando; me voltei para a ciência”;
- “mudaria na área de prevenção; meus planos são aposentar na rede pública e trabalhar em periodontia”;
- “pode melhorar sim, mais estrutura, se atendesse só o que eu gosto, se tivesse mais conforto, autoclave, menos barulho e uma auxiliar; meus

- planos são trabalhar em outro lugar público e melhorar meu trabalho nas áreas em que eu gosto”;
- “meu trabalho está bom. Melhoraria se conseguisse seguir as formas de me prevenir dos riscos; aumentar a clientela, especializar mais”;
  - “a gente vai melhorando sempre, ex.: fazer a mesma coisa em menos tempo, mais prática; meus planos são fazer implante porque periodontia está ligado a implante”;
  - “seria melhor se trouxesse maior retorno financeiro; meus planos são montar um trabalho sobre cárie zero”;
  - “pode melhorar sim, acertar o consultório, equipamentos de última geração; tenho planos de tentar fazer uma especialização”;
  - “o perfil da clientela poderia ser melhor, minha especialidade; meus planos são ser dono de restaurante”;
  - “ter uma clínica mais integrada com outros profissionais, com coisas mais organizadas”;
  - “adoraria ter dedicação exclusiva, sem me preocupar com as contas para pagar; quanto aos planos para o futuro não sei”;
  - “mudaria a forma como os convênios tratam os dentistas, mudaria o tratamento dos clientes com os dentistas; meus planos para o futuro são menos convênios e mais particular”.

Todos eles reconhecem-se como profissionais de saúde e como trabalhadores. Poucos entrevistados consideraram o trabalho realizado pelo conselho da categoria como satisfatório, e um, inclusive, acha que a classe é quem não valoriza e não participa do Conselho. A grande maioria, porém, teceu queixas em relação ao órgão. Quanto ao sindicato, a classificação também não foi boa, destacando-se que o Sindicato tem melhorado nos últimos tempos, na opinião de alguns. Seja num caso ou em outro, a maioria dos entrevistados não se declara muito interessado, ou com maiores conhecimentos sobre a participação destes dois órgãos. No entanto, a maioria mostra-se preocupada com a questão da fiscalização, com o grande número de faculdades e de cirurgiões-dentistas no mercado, assim como também o que alguns classificam como “prostituição” da profissão (“grande número de profissionais com preços cada vez mais baixos”). Algumas sugestões foram feitas a estes órgãos principalmente no que se refere a

fiscalização, a um maior empenho pelos interesses da maioria dos cirurgiões-dentistas sem distinção de especialidades, a uma maior valorização profissional, maior luta contra os convênios, promoção de mais cursos de aperfeiçoamento e maior divulgação de informações sobre a profissão, medidas mais enfáticas com relação à questão preventiva, à ética e à quebra do monopólio do conhecimento da saúde em relação à população, além de maior vinculação à vida acadêmica, aos serviços públicos e à vida política do país.

Quase 70% deles declararam-se habitualmente preocupados com a própria saúde no trabalho, enquanto que cerca de 10% só declararam preocuparem-se com o tema, de vez em quando. Quando questionados se alguma sugestão poderia ser feita ao presente trabalho, alguns disseram que acharam o questionário bem completo, bem abrangente, o trabalho interessante e que chama a atenção. A maior parte parabenizou a iniciativa, alguns fazendo votos de que esta não seja mais uma “dissertação de prateleira”, de que desejam ver os seus resultados e obter “dicas” de como melhorar o consultório, e um chegou a comentar que até a presente data, “médico do trabalho só havia aparecido na vida dele para a realização de exames periódicos”.

## DISCUSSÃO

A discussão do presente trabalho será feita na seqüência que foi estabelecida na apresentação dos resultados. Considerando que os dados numéricos (percentuais ou absolutos), que foram mencionados naquele capítulo, não sofreram, na sua grande maioria, além dos já anteriormente citados, nenhum tratamento estatístico mais aprofundado, faremos uma discussão baseada nos objetivos do trabalho anteriormente expostos, principalmente, no objetivo de fazer deste um trabalho exploratório, de matriz fundamentalmente qualitativa, que venha chamar a atenção para o tema e provocar novos interesses de pesquisa.

A primeira discussão que surge, fala das características pessoais dos entrevistados onde há uma discreta predominância do sexo feminino sobre o masculino. Outros trabalhos com cirurgiões-dentistas, também têm demonstrado percentuais maiores para o sexo feminino do que para o masculino (Aguirre, 1993), e corroborando com nossa pesquisa, dados atuais do Conselho Federal de Odontologia revelam que existem no Estado do Rio de Janeiro 22 087 cirurgiões-dentistas, dos quais, 11 433 (52%) são do sexo feminino enquanto 10 654 (48%) do sexo masculino.

Compõem, os entrevistados, um grupo com praticamente a mesma idade de formatura, a saber: enquanto os homens têm a média de idade em torno de 40 anos e cerca de 18 anos de formados, portanto formados desde os 22 anos de idade, em média, as mulheres, com uma média de 36 anos de idade e 15 de formadas, também formaram-se, em média, desde os 21 anos de idade. Estes números podem revelar uma amostra com algum tempo de vivência profissional, o que de uma certa forma pode sugerir que as respostas do estudo em questão tenham sido dadas como fruto de uma experiência já adquirida pelos entrevistados.

O fato de boa parte deles fazer referência ao desejo de se especializar quando questionados sobre os planos em relação ao futuro profissional pode, por um lado, sugerir a necessidade que os cirurgiões-dentistas sentem de possuir uma especialização, em tempos em que este

fato é cultural e financeiramente valorizado e, por outro lado, pode também sugerir a dificuldade que estes ainda encontram para fazê-la, visto a demanda de tempo e custo advindos da mesma. Em nossa amostra, 35 entrevistados (70%) declararam possuir especialização lato sensu ou até a nível de mestrado ou doutorado, o que pode ser entendido como a caracterizar uma amostra com uma possibilidade maior de acesso a informações.

Parece-nos importante a caracterização desta amostra em relação a exercerem ou não uma outra atividade além da atividade de cirurgião-dentista, que foi objeto de nossa pesquisa, realizada nos consultórios particulares de cada um deles. Embora a maioria exercesse outra atividade, esta continuava sendo a de cirurgião-dentista por nós estudada, só que em outros consultórios públicos ou particulares. A segunda atividade mais citada, professor universitário, guarda também uma característica importante: eram professores de faculdades de Odontologia que lidavam permanentemente com a clínica odontológica. Nestas duas atividades, foi interessante notar que aqueles que faziam parte de estabelecimentos públicos acreditavam estar sujeitos a riscos ainda maiores em relação a sua profissão. Chamamos atenção ainda para alguns que declararam atividades administrativas, inclusive com o uso de computadores nestas atividades, para o caso do ex-técnico de raios X, que foi o único a declarar a utilização de dosímetro (não no consultório mas na antiga atividade de técnico de raios X) e foi aquele quem declarou ter apresentado linfoma de Hodgkin na época em que exercia tal atividade, e para o caso do agricultor que fez questão de nos informar que não fazia uso de qualquer tipo de agrotóxico.

Outros comentários podem ser tecidos a partir das informações fornecidas sobre os riscos a que estão sujeitos. Vale lembrar que estamos discutindo sobre informações que os entrevistados revelam ter recebido, apenas o que eles informam espontaneamente, uma vez que não foi feita nenhuma verificação em grade curricular, ou coisa parecida, seja à nível de graduação ou de pós-graduação.

Primeiramente, notamos o fato de que todos, sem exceção, fizeram menção aos riscos biológicos. Seja considerando dos

fins do século passado até a época atual, onde presenciamos a preocupação com a epidemia da AIDS, identificada pela primeira vez no Brasil em 1980, segundo dados do Ministério da Saúde (2000), seja no início do século passado onde a principal preocupação biológica corria por conta da infecção pelos bacilos da tuberculose e da sífilis (Lima e Ito, 19??), a preocupação com os riscos biológicos sempre pareceu existir. Nos dias atuais, de acordo com o Ministério da Saúde (1996), “entre as doenças de reconhecida transmissão ocupacional na prática odontológica destacam-se a hepatite B, como a de maior risco de contaminação, o herpes, como a de maior frequência, e a aids”. Em relação a hepatite B, o trabalho de Santos (1995) mostra que “existe um risco potencial do cirurgião-dentista e acadêmico de odontologia de serem portadores. Quanto mais tempo o estudante avança na graduação, maior é a probabilidade de contrair a doença. O mesmo acontece quando é considerado o tempo de formado do cirurgião-dentista”. Resultado semelhante constatou Ottoni (1995), ao estudar marcadores sorológicos de infecção pelo vírus da hepatite B entre estudantes de Odontologia antes e depois do início do contato com pacientes odontológicos e entre dentistas e profissionais de área não biológica no município de Belo Horizonte (MG). Constatou-se maior proporção de indivíduos positivos no final do curso entre os acadêmicos, e também maior percentual de positivos em dentistas, quando comparados com profissionais de área não biológica. Aguirre (1993) refere que o risco de contágio por hepatite B é três vezes maior para os cirurgiões-dentistas.

Em contrapartida, a preocupação de informar e fazer com que os cirurgiões-dentistas tomassem medidas preventivas contra riscos biológicos só parece ter se tornado mais real com o advento da epidemia da AIDS. Guandalini (1998) afirma que, no Brasil, a preocupação com o emprego de medidas de controle de infecção como os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), esterilização do material, desinfecção do equipamento e ambiente, antissepsia da boca do paciente e outras medidas que podem prevenir a transmissão de doenças na clínica odontológica somente teve início na década de 80. Fatinato (1992) afirma que após o advento da AIDS, as técnicas de assepsia têm sido melhor observadas entre os cirurgiões-dentistas. Nesta pesquisa

encontrou-se que entrevistados formados há mais tempo, referiram ter sido informados, durante sua graduação, principalmente de riscos ergonômicos (ex.:postura, etc.) e físicos (principalmente radiação ionizante e ruído). Mais adiante, a hipótese de o tempo de formado possuir relação com o tipo de risco referido foi testada. Na fala destes entrevistados, equipamentos de proteção individual, tais como luvas, máscara, gorro, entre outros, só eram utilizados, na época de sua formação, em procedimentos cirúrgicos. Este dado também parece-nos coerente, considerando o advento dos raios X no final do século XIX e sua inicial utilização indiscriminada, com a observação de seus efeitos adversos também em cirurgiões-dentistas, já no início do século XX, onde grande número de leucemias eram observadas nestes profissionais, assim como também radiolesões nas extremidades dos dedos, advindas do hábito de segurar o filme radiológico na boca do paciente para realização de radiografias. Em contrapartida, naqueles cirurgiões-dentistas com menos tempo de formado, a tônica principal recai sobre o risco biológico, e nem tanto com relação a riscos físicos ou ergonômicos, fato supostamente coincidente com o advento da epidemia da AIDS, de acordo inclusive com a opinião dos referidos autores. Riscos químicos foram os de menor menção. Apesar de um estudo mais direcionado para riscos de acidentes não ter sido realizado neste trabalho, chamou-nos a atenção o grande número de referências de lesões pérfuro-cortantes por eles relatadas, uma ausência de referência espontânea a este tipo de risco quando inicialmente questionados, a “naturalidade” com que este relato era feito quando diretamente perguntados, assim como também o fato de considerarem este risco, de uma certa forma, “inevitável” na sua profissão.

Após o período de graduação, relatam que o principal risco de que foram informados foi o risco biológico. Esta informação parece-nos novamente coincidente com o advento da epidemia da AIDS, considerando que os participantes têm em média 16 anos de formados. Pires, L. C., 1998, cirurgiã-dentista elaboradora e organizadora do Manual de Biossegurança para Estabelecimentos Odontológicos, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre afirma que “historicamente, os profissionais que atuam em Odontologia não têm se

preocupado com as infecções em seus consultórios. Quando interrogados sobre o assunto, dizem que seus métodos são eficientes, dando-lhes segurança assim como a seus pacientes. Este é o grande problema, pois comprovadamente, os microorganismos têm driblado as medidas de segurança adotadas na atualidade, colocando em risco profissionais e pacientes, e a falta de cuidados em relação a biossegurança tem propiciado a intensificação do ciclo de infecções cruzadas”. E, finalmente afirma que: “A consciência de que nem tudo que “brilha” está desinfectado ou esterilizado surgiu nos últimos 15 anos com o advento da AIDS. Ela é apontada como a responsável pela tomada de consciência dos profissionais de saúde para a necessidade de adoção de medidas preventivas”.

Além disso, a visão do paciente que recebe o atendimento odontológico, também parece reforçar esta idéia. De acordo com o trabalho de Discacciati (1999), a maioria dos pacientes odontológicos acredita que “o HIV possa ser transmitido durante o tratamento odontológico, e muitos não continuariam o tratamento se seu cirurgião-dentista atendesse a pacientes com AIDS ou fosse HIV soropositivo. Aqueles entrevistados que haviam sido atendidos por profissionais que utilizavam os artigos do Equipamento para Proteção Individual (EPI) de forma adequada se mostraram mais dispostos a continuar o tratamento caso viessem a saber que seu cirurgião-dentista atende pacientes com AIDS”. Dados como estes podem fazer com que os profissionais de Odontologia sejam cada vez mais impulsionados a prevenção de riscos biológicos, pois como também afirma o mesmo autor, “em relação a AIDS , os profissionais da Odontologia têm muito a melhorar em suas atitudes, mesmo que grandes progressos tenham sido alcançados nos últimos anos, com o aumento do número de pessoas infectadas, mais e mais cirurgiões-dentistas estão considerando que indivíduos HIV soropositivos poderão estar entre seus pacientes, o que trouxe algumas mudanças de comportamento”. Também, conforme demonstrado por Rosa (2001), “para o controle da infecção na clínica odontológica se devem considerar os riscos gerais e os próprios de cada especialidade”. Um endodontista, por exemplo, tende, a princípio, a estar muito mais exposto ao contato com sangue e outras secreções, assim como também a

uma maior utilização de radiações ionizantes. Desse modo, além de comentarmos sobre os riscos biológicos a que todos os entrevistados estão sujeitos, outros riscos também merecem citação.

O risco físico, por exemplo, agora focado no risco provocado pelas radiações ionizantes – raios X, permanece como questão relevante na prática odontológica, como demonstrado por Aguiar (1994), Saguy (1996), Salineiro (1997), e Watanaba (2000), pois como afirmam alguns deles, “a ciência é concisa em afirmar que não existe dose de radiação totalmente inócua aos seres vivos”. Em nosso resultado, apesar de verificarmos que a maioria acredita haver risco na utilização das radiações ionizantes, havia praticamente uma ausência de utilização de EPIs para prevenção destas radiações (avental de chumbo, etc.), assim como também havia um número mínimo de consultórios devidamente construídos como determina a legislação em vigor em relação à radioproteção (paredes blindadas, etc.). Além disso, quando questionados sobre prevenção, a maioria citou a distância como a medida suficiente a ser tomada, esquecendo-se porém que a distância é uma das medidas, e que somente ela não é o suficiente se não houverem também outras, tais como por exemplo, algum anteparo de chumbo entre a fonte e o cirurgião-dentista, de acordo com a Portaria nº 453 do Instituto de Radioproteção e Dosimetria (IRD). Diante destas considerações, suspeitamos que talvez este tipo de risco não esteja sendo considerado como deveria, tal como vemos na habitual fala encontrada entre os cirurgiões-dentistas quando se referem às radiações ionizantes: “ \_ A dose é pequenininha, não há problema algum”; ou, por outra, que as medidas para sua prevenção, não sejam de real conhecimento destes profissionais.

Outro risco físico relevante refere-se ao ruído. Gomes (1989) relata que “a preocupação com os efeitos dos ruídos sobre a saúde dos trabalhadores é muito antiga”, desde Ramazzini, quando descrevia a Doença dos Bronzistas e o ruído provocado pelo martelar o bronze levando à surdez. Gomes aponta ainda que “o ruído pode ser considerado como o risco de doença profissional que atinge maior número de trabalhadores em nosso meio”. Camargo (1988) afirma que “podemos resumir o ruído como um som desagradável, que incomoda”, e mais

adiante refere ainda que “as pessoas só se despertam para este aspecto quando são individualmente afetadas. Aí, já pode ser tarde demais, principalmente se se estabelecer uma surdez profissional, a qual é irreversível”. Finalmente, diz que “o ruído também traz outras conseqüências não auditivas, tais como insônia, aumento da pressão arterial, irritabilidade, falta de atenção e outras”. Nas entrevistas, todos consideraram o ruído como uma fonte de risco e a grande maioria realizou algum procedimento preventivo principalmente relacionado a isolamento, e uma menor porção optou por mudança para aparelhos produtores de menores ruídos. No nosso caso, a turbina foi apontada como uma das principais produtoras de ruído, fato que foi exaustivamente estudado por Souza (1998). Por outro lado, Camargo (1998) afirma ainda, que a mesma tecnologia que é capaz de gerar o ruído através do processo de industrialização, também já é capaz de gerar produtos mais silenciosos, que “por uma série de interesses econômicos, políticos, e até pessoais, nem sempre são adquiridos e adaptados ao nosso meio”. Neste raciocínio, salientamos que o fator econômico foi fortemente declarado por nossos entrevistados quando faziam referências à possibilidade de melhoria dos ruídos na sua fonte de geração. A maioria, quando fazia intervenções, era tentando controlar os meios de transmissão sonora, através de medidas de isolamento. Uma outra forma de prevenção seria a realização de pausas periódicas durante o trabalho, o que entre os nossos entrevistados não foi observado na maioria. Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (2001), “é comum a coexistência de vários outros fatores que podem agredir diretamente o órgão auditivo e influir no desenvolvimento da perda auditiva por meio da interação com os níveis de pressão sonora ocupacional ou não-ocupacional. Destacam-se entre eles: agentes químicos (ex.: solventes), agentes físicos (ex.: vibrações) e agentes biológicos (ex.: vírus)”.

Vibração foi um risco físico não referido espontaneamente por nenhum dos entrevistados, porém reconhecida sua existência na grande maioria deles, com uma parcela muito pequena referindo incômodo ou medidas de proteção para tal risco.

O risco ergonômico, principal objeto de queixa em nossa pesquisa, continua sendo razão de vários estudos entre os cirurgiões-dentistas, tais como: Barros (1991, 1993, 1995); Caldeira (2000) que estudou distúrbios osteo-musculares relacionados ao trabalho na prática odontológica; Capriglione (1998); Castro (1999); Figlioli (1998); Lopes (1994), que relacionou a incidência da Síndrome do Túnel do Carpo de caráter ocupacional com os procedimentos odontológicos; e ainda Orenha (1998); Porto (1997); Saguy (1994, 1996); Saliba (1998) e Silva (1994), para citar apenas alguns. As queixas posturais concentraram-se principalmente nos membros superiores e coluna vertebral, as porções consideradas mais envolvidas na execução do trabalho. O ambiente físico por eles utilizado recebeu aprovação de 78% a 92 % dos entrevistados, porém existiam queixas com relação à operação dos instrumentos, que eram considerados pesados. Já em trabalho realizado por Orenha (1999) que propôs um modelo de avaliação ergonômica das salas de atendimento clínico odontológico e quantificou o seu nível de satisfação ergonômica, 75% das salas obtiveram nível regular. Aproximadamente uma quarta parte dos nossos entrevistados trabalha com convênios, e destes, um terço deles considera que este fato aumenta o ritmo de trabalho e diminui a qualidade do atendimento. Este fator também organizacional do trabalho do cirurgião-dentista, pode interferir no agravamento das questões ergonômicas que envolvem a sua função.

De acordo com Daniellou (1998), “uma situação de trabalho profissional pode ser descrita como uma confrontação de uma pessoa, que tem suas próprias características, a objetivos e meios de trabalho socialmente determinados”. Estas características próprias de cada pessoa apresentam um leque muito grande com variáveis que caminham desde a consideração dos ritmos biológicos, efeitos dos acontecimentos da vida, até características interindividuais como sexo, antropometria, lateralidade, passando por horas de trabalho e experiência acumulada.

A enorme variabilidade interindividual de trabalhadores, contrapõe-se à relativa unicidade dos meios de trabalho, e neste contexto a Ergonomia tenta adaptar os meios de trabalho à grande maioria da população de trabalhadores potenciais. E, uma das tarefas

essenciais da Ergonomia é que introduz uma distinção muito clara entre a tarefa designada ao trabalhador e a atividade que ele põe em funcionamento para realizar esta tarefa, ou seja, o que ele usa de suas funções fisiológicas e psicológicas em concreto num dado momento. Segundo Leplat & Hoc (1998) indicam, uma definição geral seria: tarefa é o que se deve fazer e atividade é o que se faz.

De acordo com Montmollin (1998), existem duas formas de ergonomia: a ergonomia do componente humano, que se refere às correntes de orientação humanista da psicologia das organizações, e que engloba elementos como postura e movimentos, informações e operações e fatores meio ambientais; e a ergonomia centrada na análise da atividade. Além disso, enquanto a ergonomia do componente humano é multidisciplinar, a ergonomia centrada na atividade é fundamentalmente transdisciplinar, e sua questão central é a atividade. Neste tópico, Teiger (1998) sugere uma visão de totalidade, uma visão de conjunto ofertada ao trabalho e não uma visão fragmentada. Receamos que determinadas “instruções” que estejam sendo oferecidas aos cirurgiões-dentistas, seja à nível de graduação, seja à nível de pós-graduação, estejam, como na queixa de alguns, “fora da realidade” por eles vivenciada, ou melhor, que algo possa estar acontecendo que faça com que isto pareça verdade para eles, ou ainda, que cada uma das ciências que estudam esta atividade e procuram estabelecer normas e práticas adequadas, estejam atuando de forma fragmentada, sem a necessária visão do conjunto da atividade. Desta forma, tenta o cirurgião-dentista atender as diversas instruções que lhe são sugeridas num contexto muitas vezes físico e sócio-econômico desfavorável. Talvez o que foi por eles classificado como “adequação” das recomendações recebidas seja um pouco fruto desta situação.

Os estudos de riscos químicos também continuam sendo feitos: Coelho (2002), Saguy (1998) e Salcedo (1993). Algumas falas dos entrevistados demonstram a preocupação com a utilização do mercúrio e principalmente queixam-se da falta de divulgação quanto ao destino que deve ser dado aos resíduos odontológicos, sem considerar ainda a possibilidade de riscos de acidentes (queimaduras, etc.) com substâncias químicas.

Paumgartten (1993) escreve quanto a avaliação de risco de substâncias químicas, que “ virtualmente todas as substâncias químicas podem causar efeitos adversos, dependendo da dose e das condições em que os indivíduos são a ela expostos. A toxicologia, isto é, o estudo dos efeitos danosos de substâncias químicas, em organismos vivos, fornece a base de dados científicos na qual se apoia a avaliação de risco de efeitos adversos para a saúde. Avaliação de risco (AR) é o processo de se estimar a probabilidade que um composto químico tem de vir a produzir efeitos adversos numa dada população, em determinadas condições de exposição. A avaliação de risco consiste de quatro estágios: identificação da periculosidade (IP); avaliação da exposição (AE); avaliação da relação dose-efeito (ADE) ; e caracterização do risco (CR). O processo de avaliação de risco como um todo possibilita a realização da análise custo (risco) / benefício e, portanto, do gerenciamento do risco, em bases racionais. A capacidade de se realizar a avaliação de risco é, assim, condição *sine qua non* para a tomada de decisões que estejam voltadas para alcançar um equilíbrio entre desenvolvimento econômico e uma adequada proteção da saúde pública e do meio ambiente”. Quando observamos um trabalho que faz uso de substâncias químicas e também libera resíduos, como é o caso do cirurgião-dentista, a complexidade na avaliação da saúde do trabalhador que utiliza substâncias químicas, assim como também as diferentes e inúmeras variáveis incluídas quando intentamos um estudo dentro da Saúde Ambiental, preocupamo-nos quando registramos que a maior parte dos nossos entrevistados espontaneamente não referiu a existência deste tipo de risco, assim como também enquanto alguns demonstravam preocupação com a manipulação do mercúrio metálico, alguns chegaram a revelar que não acreditam na possibilidade deste tipo de intoxicação. Especificamente, este tipo de pensamento contrapõe-se ao estudo de Glina (1997) que após avaliar a exposição ocupacional ao mercúrio metálico no módulo odontológico de uma unidade básica de saúde, localizada na cidade de São Paulo, concluiu, com relação à saúde que havia: 1) prevalência de sintomas relativos ao Sistema Nervoso Central; 2) sinais de quadro neurológico e/ou de quadro psíquico, mas não de quadro gastrointestinal; 3) intoxicações crônicas de leves a moderadas em 62,5% dos trabalhadores

(vale ressaltar neste item, porém, que foram avaliados também além dos cirurgiões-dentistas, os seus assistentes). Além disso, observou-se ainda a existência de riscos combinados e simultâneos na situação de trabalho. Silva, 1997 estudando profissionais da área de saúde, anotou, entre outras conclusões, que existe um desconhecimento dos trabalhadores por ela estudados quanto à relação entre a exposição aos agentes químicos e conseqüentes danos à saúde. Câmara (1990) fazendo um estudo comparativo dos efeitos do mercúrio entre dentistas e médicos que trabalham na Universidade Federal do Rio de Janeiro diz entre outras coisas que: “1) os dentistas apresentavam um quadro de morbidade diferente dos médicos da UFRJ, ocorrendo um número estatisticamente maior de morbidade referida por rins e aparelho digestivo e de sinais e sintomas de nervosismo, irritabilidade e parestesia; 2) os dentistas e os médicos da UFRJ apresentaram teores semelhantes de mercúrio no cabelo, fato este que pode ser explicado por alterações recentes no processo de trabalho dos dentistas, que diminuiu a exposição ao mercúrio”. Possivelmente, outros estudos e maiores informações neste campo ainda mostram-se necessários. Enfatizando a complexidade deste tipo de estudo, Augusto (1998) faz uma abordagem crítica do uso isolado de indicadores biológicos e ambientais no monitoramento e vigilância em saúde frente ao risco de exposição ocupacional a substâncias químicas, e aponta para a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e participativa.

Considerando as informações fornecidas sobre riscos, se testarmos estatisticamente a hipótese da existência da relação entre o tempo de formado (maior ou menor do que 15 anos) e o tipo de risco referido pelos cirurgiões-dentistas - biológico e outros tipos (principalmente ergonômico e físico), teremos a seguinte tabela de contingência 2x2:

Tempo de formado .	Tipo de risco referido		Total
	Biológico	Outros Riscos	
< 15 anos	17	8	25
> 15 anos	3	15	18
Total	20	23	43

onde o valor do Qui quadrado é igual a  $11,07$ .

Calculando o grau de liberdade:  $GL = (L-1) \times (C - 1)$ , onde  $GL =$  grau de liberdade;  $L = n^\circ$  de linhas ; e  $C = n^\circ$  de colunas.

$$GL = (2 - 1) \times (2 - 1) = 1 \times 1 = 1$$

Comparando o valor do Qui-quadrado encontrado com o valor tabelado, com 1 grau de liberdade, temos aos níveis de significância alfa iguais a:

1% - 6,64.	<	11,07
5% - 3,84.		
10% - 2,71		

Observamos que o valor calculado é maior do que o valor tabelado, donde concluímos por rejeitarmos  $H_0$  para todos os níveis de significância. Considerando que  $H_0$  advoga que não existem diferenças significativas entre o tempo de formado e o tipo de risco referido, e rejeitamos  $H_0$ , podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de formado e o tipo de risco referido pelos cirurgiões-dentistas, no presente estudo. A probabilidade de estarmos cometendo um erro do tipo 1, ou seja, estarmos rejeitando a Hipótese Nula, e esta ser verdadeira é menor do que 1%.

Consideramos, neste teste, os tipos de risco referidos no período de graduação pois todos os nossos entrevistados são graduados, enquanto no que tange a pós-graduação, a variável não é comum a todos, assim como também, alguns negaram a existência de outras fontes de

informações. Outra observação a ser feita, é que quando nos referimos ao risco biológico, fazemos menção principalmente a AIDS, que foi a doença de maior referência entre os entrevistados, seguido da hepatite.

Neste ponto da discussão, ampliam-se as reflexões. Como estarão os cirurgiões-dentistas sendo informados em relação aos riscos concernentes à sua profissão? Estarão ao sabor dos modismos das infecções prevalentes à sua época, ou dos principais riscos em voga? Não existirá, em momento algum, uma firme determinação que se proponha a, a partir de uma avaliação dos riscos que envolvam a profissão, formar profissionais cientes e capazes de se prevenirem dos riscos, sem que uma nova epidemia ou um novo fato apareça na lista das doenças que podem afetar os cirurgiões-dentistas, ameaçando-os novamente? E o que estará faltando a estes profissionais para que a adoção de medidas preventivas seja uma realidade? O Conselho Federal de Odontologia em artigo publicado a respeito de Biossegurança, Medeiros et col, 1999, afirmam que “não se pode admitir, nos dias atuais em que a ciência tem comprovado o caráter infeccioso e multifatorial das principais doenças que afetam o ser humano, que o profissional da Odontologia, seja o único da área de saúde dispensado desse conhecimento, visto que tanto a Enfermagem quanto a Medicina já enfatizaram a necessidade do trabalho seguro, evitando-se infecções cruzadas, desde o início de seus cursos de graduação”. Assim, a necessidade de informação é notável, e a grande maioria revela de uma forma ou de outra, receber estas informações.

Quando questionamos sobre os órgãos ligados à categoria, sindicato dos cirurgiões-dentistas e Conselho Regional, os entrevistados fazem referências positivas sobre receberem informações destas organizações e novamente a maior tônica prevalece sobre o risco biológico. Outras fontes ainda foram citadas, principalmente cursos, congressos, conversa com colegas, entre outros, e em todos eles a maior referência ainda é sobre o risco biológico. A esta altura, cabe um questionamento: se, a necessidade de informação é notável, e a grande maioria revela receber informações, principalmente sobre riscos biológicos, então, onde reside a questão? Estarão sendo estas informações utilizadas em sua maioria? Nas respostas em relação a

utilização, apesar da maioria afirmar que as utiliza, algumas queixas importantes são apontadas nas falas dos entrevistados, principalmente no que se refere a(o):

- \* considerarem a prática inadequada à teoria;
- \* dificuldade de se habituarem a estas práticas;
- \* necessidade de disciplina para a realização das mesmas;
- \* custo financeiro;
- \* e, ao desconhecimento ainda de algumas normas ou a alegação de falta de tempo para apreendê-las.

E mesmo entre aqueles que afirmam a utilização das mesmas, as falas apontam para três características importantes:

- \* o custo financeiro veiculado à utilização;
- \* a veracidade das mesmas, algumas vezes, com os entrevistados procedendo verificações antes da utilização;
- \* e, a percepção nas falas, de uma certa adequação das normas à prática individual, haja vista a seguinte afirmativa: “Se for levar a sério a questão da Biossegurança, não se faz mais nada!”

As próprias informações em si, apesar de consideradas eficientes/suficientes pela maioria, receberam críticas, principalmente no que tange ao fato da:

- \* necessidade de serem mais enfáticas e mais detalhadas;
- \* necessidade de serem mais frequentes;
- \* carência de alguns tipos de informações (queixam-se de que alguns itens ficam duvidosos, ou simplesmente não são informados).

Além das informações, quando estudamos a questão dos EPIs, apesar da maioria revelar utilizá-los, haviam determinadas queixas, principalmente quanto ao gorro e a utilização dos óculos de proteção, que devem ser consideradas. Quando questionados ainda sobre o risco de lesão perfuro-cortante, apesar da maioria acusar utilização de luvas, quase todos referiram que não acreditavam serem elas capazes de preveni-los deste risco. Outros estudos, tanto entre cirurgiões-dentistas quanto entre acadêmicos de Odontologia, vêm mostrando que ainda não existe o hábito realmente estabelecido do uso destes EPIs na atuação deste profissional. Ottoni (1995) encontrou nos seus estudos em estudantes de Odontologia a utilização de máscara cirúrgica em 91,7%

deles, enquanto 16,7% declarou usar luvas regularmente. Entre os cirurgiões-dentistas, estas proporções foram respectivamente de 49,8% e 9,4%. Segundo resultados do trabalho de Cunha (1997), cerca da metade dos alunos lavavam as mãos antes de colocarem as luvas e 97,5% utilizavam proteção respiratória, porém o uso de óculos não foi observado em 68,8% deles. Finalmente, Discacciati (1999) afirma que “ao longo dos anos, estudos vem relatando maior adequação por parte dos profissionais, em relação ao uso do Equipamento para Proteção Individual (EPI) . As taxas de utilização de luvas variam de 23% até 98,9%”.

Frente a todas estas considerações, verificamos que o profissional acusa receber informações, no entanto, em sentido contrário, apresentam algumas questões em relação a estas mesmas informações, seja por “suspeitarem” das mesmas e necessitarem de “confirmações”, seja por não compreenderem claramente certas normas, ou ainda questionarem a sua necessidade/validade. Assim como também, no que tange ao uso de EPIs, apesar da maioria acusar sua utilização, esta não se dá com todos os EPIs, e, além disso, algumas queixas são referidas revelando a dificuldade do estabelecimento do hábito de seu uso. Parece-nos interessante que novas e amplas pesquisas venham a estudar o que estes profissionais pensam das medidas de prevenção, e quais as reais motivações que fazem com que a adoção destas práticas não sejam, se não unânimes, que pelo menos atinjam um número bem mais abrangente de cirurgiões-dentistas.

O Ministério da Saúde (2001) refere que “os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado”. A classificação das doenças relacionadas ao trabalho, proposta por Schilling, dispõe as doenças em três grupos principais, conforme Ministério da Saúde (2001), a saber:

Grupo I : doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, strito sensu, e pelas intoxicações agudas de

origem ocupacional. Ex.: doenças profissionais legalmente reconhecidas, intoxicação por chumbo, silicose.

Grupo II : doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais freqüentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para os quais o nexó causal é de natureza eminentemente epidemiológica. A hipertensão arterial e as neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico. Outros exemplos: doença coronariana, doenças do aparelho locomotor, varizes dos membros inferiores.

Grupo III : doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Nas nossas entrevistas, dentre os 92% que declararam alguma alteração patológica, 82% acreditam que algumas, senão todas as alterações, têm relação com sua atividade profissional. Entre as patologias relatadas, a maioria delas refere-se a doenças do aparelho locomotor ou distúrbios circulatórios (principalmente varizes de membros inferiores e hipertensão arterial sistêmica), doenças estas que são agrupadas, de acordo com a classificação de Schilling, no grupo II, onde o trabalho pode ser um fator de risco. Então, se freqüentes estudos são realizados em cirurgiões-dentistas, com relação a doenças do aparelho locomotor, inclusive apontando medidas preventivas, e se por outro lado, estas doenças são reconhecidamente passíveis de terem no trabalho um fator de risco, porque a persistência de tamanha prevalência deste tipo de lesão entre cirurgiões-dentistas, e porque as medidas preventivas não estão plenamente incorporadas na prática destes profissionais?

No que tange ao sentimento por eles revelado em relação à profissão escolhida, e aos planos/mudanças que intentam para o futuro, a maioria revelou falas sugestivas de satisfação com a profissão, enquanto o restante assinalou falas reveladoras de um certo descontentamento. Interessante notar que neste último grupo, a média de tempo de formado

foi menor (11,9 anos) do que no grupo anterior (16,0 anos). Três comentários importantes devem ser feitos, neste tópico: 1) grande parte revela aspirações de especialização; 2) boa parcela deles, de uma forma ou de outra, refere-se à questão dos honorários recebidos, e gostariam que estes fossem mais elevados; 3) alguns deles fazem referências a melhorias que poderiam ser feitas, incluindo uma interessante fala, onde se lê: “trabalhar sem dor”. Quando testados, nossos dados não foram estatisticamente significativos, porém, Bastos (2002), em valioso estudo com cirurgiões-dentistas na cidade de Bauru (SP), sobre satisfação profissional conforme o tempo de formado, revela dados estatisticamente significativos, constatando que “há uma relação estabelecida entre o tempo de atuação no mercado de trabalho e a satisfação profissional, estando os profissionais recém-formados mais insatisfeitos, pelo menos em alguns aspectos. Além disso, notou-se que a Odontologia não tem conseguido oferecer a estes novos profissionais tudo aquilo que esperavam enquanto estudantes. Nem mesmo suas atuais aspirações têm sido realizadas”. Conclui ainda, que “a maioria dos entrevistados dos dois grupos” (formados com maior tempo de trabalho e recém-formados – até 5 anos após a formatura) “considera que os honorários recebidos pela prática odontológica não são elevados”. Bastos (2002) estudou ainda o trabalho em conjunto do pessoal auxiliar e encontrou diferença significativa entre a satisfação profissional dos dois grupos, estando os recém-formados menos satisfeitos. Foi considerado que “o desempenho do pessoal auxiliar apresenta muita relação com a satisfação que o profissional pode apresentar com seu trabalho”.

Na análise dessas duas questões, prazer e sofrimento, no âmbito do trabalho, percebemos que este “vilão”, o trabalho, pode ser, na verdade, gerador de sentimentos amplamente antagônicos entre si. Senão vejamos.

Quando Dejours (2000) estuda a questão da banalização do mal, ele afirma que este é um processo que desdramatiza o mal e, por outro lado, mobiliza um número cada vez maior de pessoas. Se transportarmos este conceito para o âmbito do trabalho, como proposto pelo autor, perceberemos que a banalização, neste caso, refere-se à colaboração com um sistema de gestão empresarial que ameaça e distorce

a comunicação, gerando miséria e pobreza cada vez maior. Se somarmos a isto a diminuição crescente da mobilização coletiva contra a injustiça, teremos a configuração do quadro desenhado pelo trabalho que passa como um sistema razoável e justificado, realista e racional, aceito e aprovado pela maioria, preconizado como modelo a ser seguido em nome do bem, da justiça e da verdade.

A dinâmica psicológica do processo de banalização é então induzida e mobilizada pelo trabalho (psicopatologia do trabalho). Isto induz a um verdadeiro paradoxo em relação ao trabalho, que se apresenta como um processo de reapropriação e realização do ego, e ao mesmo tempo, como um processo de aprendizagem da injustiça. Quem define então, de que lado vai estar o trabalho é o Medo, o medo da atividade do trabalho, que é um sofrimento que à medida que cresce, cresce também a incompatibilidade com o trabalho, gerando a necessidade de criarem-se estratégias de defesa para evitar-se o surgimento de crises psíquicas e doenças mentais. Assim, as estratégias de defesa passam a funcionar então como um meio eficaz de atenuação da consciência moral e de aquiescência ao “exercício do mal”.

Na verdade, o que se apregoa como “antídoto” contra o medo é a coragem, que se apresenta segundo Dejours (2000), estritamente vinculada à virilidade e conseqüentemente aos homens. Assim, para ser homem é preciso ser viril e portanto corajoso, e quando se é homem conseqüentemente se é viril e portanto corajoso. E, esta virilidade é evocada no trabalho, nas situações de hesitação, exclusão ou medo (de acidentes, de fracasso, etc.– como afirma Cru (1987)), quando ela neutraliza, na medida do possível, as reações da consciência moral desencadeadas pelo exercício da violência (ex.: cinismo das guerras das empresas – que podem, por exemplo, aproveitar-se de ocasiões oportunas para mascarar suas verdadeiras intenções, ex: crise de energia, onde as empresas podem aproveitar a ocasião para demitir ainda mais funcionários). Esta mentira arraigada culturalmente na sociedade tem atravessado tempos e tempos sem se questionar se esta analogia procede, sem se questionar, por exemplo, como as mulheres conseguiram desenvolver uma coragem que não esta baseada na virilidade. É a

distorção comunicacional baseada na mentira. Não se banaliza a violência sem se construir, difundir, transmitir e racionalizar a mentira.

Consideramos que este ângulo de visão favorece a compreensão dos processos de saúde/doença encontrados, ou melhor, “escondidos” no trabalho dos cirurgiões-dentistas, e a análise destes pode contribuir em muito para a construção de ambientes individuais e coletivos mais saudáveis.

## CONCLUSÃO

Inicialmente, na observação da amostra estudada, pudemos supor tratar-se de uma amostra com uma certa prática profissional (devido a considerações sobre tempo de formado, entre outros), assim como também, possivelmente, com uma maior possibilidade de acesso à informações (devido, entre outros, a considerações sobre especializações). Considerando estas características, este estudo sugeriu que:

- os cirurgiões-dentistas não parecem possuir mais próxima e diversificada noção dos diferentes riscos que envolvem a sua atividade profissional;
- pode existir um desconhecimento importante por parte dos cirurgiões-dentistas sobre riscos relacionados às substâncias químicas que manipulam;
- possivelmente existe um desconhecimento e/ou minimização dos efeitos das radiações ionizantes e práticas de proteção radiológica por parte dos cirurgiões-dentistas;
- é provável que haja uma maior concentração de informações e práticas de proteção, por parte dos cirurgiões-dentistas, envolvendo principalmente riscos biológicos;
- os cirurgiões-dentistas talvez tenham a idéia de que determinados riscos são “inevitáveis” e/ou inerentes à profissão, como pode ser o caso dos acidentes por lesões pérfuro-cortantes.

Além disso, julgamos oportuno assinalar que:

- o tempo de formado mostrou-se estatisticamente significativo (com alfa menor que 1%) em relação ao tipo de risco focado pelos entrevistados. Cirurgiões-dentistas com menor tempo de formado

referiram maiores informações com relação às práticas de proteção contra riscos biológicos, do que os com maior tempo de formado;

- o tipo de risco referido pelos cirurgiões-dentistas com menor tempo de formado pode estar associado à eclosão da epidemia da AIDS, conforme foi afirmado por alguns autores;
- da mesma forma os tipos de riscos (físico e ergonômico) mais focados pelos entrevistados com maior tempo de formado pode estar associado ao advento dos raios X no final do século XIX, e sua inicial utilização indiscriminada;
- novas pesquisas parecem ser necessárias para avaliação das motivações causais dos cirurgiões-dentistas não utilizarem, na sua totalidade, Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para os diferentes riscos a que estão sujeitos;
- parece-nos que a maioria dos problemas de saúde referidos pelos nossos entrevistados pode ter, de acordo com a classificação de Schilling no grupo II, o trabalho como um fator de risco;
- os cirurgiões-dentistas parecem considerar que podem existir fatores de risco para sua saúde no exercício de sua profissão;
- os dados referentes ao sentimento por eles referido em relação ao tempo de formado, não foram estatisticamente significativos.

Assinalamos, também, nossa preocupação frente à escassa literatura concernente ao assunto estudado, qual seja o da avaliação de informações que são fornecidas aos cirurgiões-dentistas e às práticas que são por eles vivenciadas. Este fato pode também ser visto como suspeito de que possa haver uma necessidade de se reavaliar conteúdos, formas de transmissão, aceitabilidade e compreensão de informações, assim como também talvez seja o momento de atentar-se para o que os

cirurgiões-dentistas, utilizadores das práticas preconizadas, pensam e têm a dizer sobre elas.

Vale ainda ressaltar uma pequena consideração sobre o questionário, que, quando realizamos a pesquisa de pré-campo, pareceu-nos bastante apropriado. No entanto, quando efetivamente fomos a campo, com um número maior de entrevistados, passamos a considerar a necessidade de diminuição do número de variáveis para eventuais posteriores estudos, a fim de produzir um questionário menos extenso, com uma maior profundidade nas respostas, tanto nas perguntas importantes quanto às secundárias.

Finalmente, lembramos Bernstein (1996), que escreve: “A idéia revolucionária que define os limites entre os tempos modernos e o passado é o domínio do risco: a noção que o futuro é mais que um capricho dos deuses e que homens e mulheres não são passivos perante a natureza. Até que seres humanos descobrissem uma maneira de cruzar o limite, o futuro foi um espelho do passado ou o domínio escuro dos oráculos e adivinhos que seguraram o monopólio sobre o conhecimento dos eventos futuros. Mostrando ao mundo como entender risco, medir e avaliar suas conseqüências, eles (um grupo de pensadores) converteram risco, levando para primórdios que dirigem a sociedade moderna ocidental. Como Prometeu, eles desafiaram os deuses e investigaram a escuridão na pesquisa da luz que converteu o futuro de inimigo para uma oportunidade”.

Sem intentarmos exatamente desafiar os deuses, gostaríamos sim de transformar as descobertas deste trabalho, em desafios para os pesquisadores e novas conquistas para a saúde dos trabalhadores cirurgiões-dentistas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDE, C.A .; ARMONIA, P. L.; ROCHA, R.G. & TORTAMANO, N.,1993. Riscos de intoxicação aguda por compostos fluorados de uso odontológico. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*; 47(6):1193-202, nov-dez. tab.

AGUIAR, A . E. de, 1994. A nocividade da radiação-X usada em Odontologia: uma revisão de conceitos. *Arquivo do Centro de Estudos do Curso de Odontologia*,. 30(1/1):25-33, jan. 1993 – dez 1994. tab.

AGUÍRRE V.L.; HEREDITA ALBARRÁN, A . L. & SALAS ARCE MINOR, E.,1993. Actitudes y prácticas de los cirujanos dentistas com respecto al control de infecciones en la práctica dental. *Revista Asociación Dental Mexicana*; 50(5):285-90, sept-oct. tab.

ALEXANDER, G., 1975. Posicionamento e Postura do Odontólogo no Trabalho. *Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada*, Rio de Janeiro, 27(1):194-197, jan/mar.

ALMEIDA-FILHO, N. de, 1992. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador: Editora APCE-ABRASCO.

ANJOS, L. A. & FERREIRA, J. A., 2000. A avaliação da carga fisiológica de trabalho na legislação brasileira deve ser revista! O caso da coleta de lixo domiciliar no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(3): 785-90.

ARANGO, H. G., 2001. *Bioestatística, teórica e computacional*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

BARROS, O . B., 1993. *Ergonomia II : o ambiente físico de trabalho, a produtividade e a qualidade de vida em odontologia*. São Paulo: Editora Pancast, 385 p. ilus, tab. (BR)

BARROS, O . B., 1991. *Ergonomia I : a eficiência ou rendimento e a filosofia correta de trabalho em odontologia*. São Paulo: Editora Pancast, 196 p. ilus, tab. (BR).

BARROS, O . B., 1987. *Ergonomia III: auxiliares em odontologia ACD – THD – TPD – APD*. São Paulo: Editora Artes Médicas. 163 p. ilus.

BASTOS, J.R. de M. & NICOLIELO J., 2002. Satisfação Profissional do Cirurgião-Dentista conforme tempo de formado. *Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru*, 10(2):pp. 69-74.

BRASIL, Portaria nº 453, do Instituto de Radioproteção e Dosimetria (IRD), Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), Rio de Janeiro. <http://www.ird.org.br>

BRASIL, 1999. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à Segurança e Medicina do Trabalho. Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978 . Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V do Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. *Segurança e Medicina do Trabalho*. 42ª edição. São Paulo: Editora Atlas S. A.

BREZINA, A . J. & BARANCHUK,L. N., 2000. Riesgos del ejercicio profesional:estrés. *Revista da Associação de Odontologia da Argentina*, 88(6): 599-609, nov. – dic., ilus. tab.

CÂMARA, V. de M.; CAMPOS, R.C.; FRANKEL, P.; PEREZ, M. A . & FALCÃO, M. P., 1990. Estudo Comparativo dos Efeitos da Utilização de Mercúrio por Dentistas. *Cadernos de Saúde Pública* 6(2) 186-200, abril/jul.

CAMARGO, L. O . S., 1988. Surdez: fim do silêncio. In: *Saúde do Trabalhador*, ( A. L. Pimenta & D. C. Filho ) São Paulo: Editora Hucitec.

CANGUILHEM, G., 1982. *O Normal e o Patológico*. Tradução de M. T. R. de C. Barrocas. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 2ª edição, 270 p.

CAPONI, S., 1997. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. In: *História, Ciências, Saúde*, vol.IV (2):287-307.

CAPONI, S. , 2000. *Da Compaixão à Solidariedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CAPRIGLIONE, M. ; FIGLIOLI, M. D. & GUANDALINI, S.L., 1988. Ergonomia em endodontia. In: *Endodontia* ( C. R. Berner ) pp. 141-82, São Paulo: Editora Pancast, ilus. tab. (BR).

CASTRO, S. L. de & FIGLIOLI, M. D., 1999. Ergonomia aplicada a dentística. Avaliação da postura e posições de trabalho do Cirurgião-Dentista destro e da auxiliar odontológica em procedimentos restauradores. *Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica*, 3(14):58-62. ilustr.

COCHRAN, W. G. , 1965. *Técnicas de Amostragem*. Tradução e publicação cooperativa do Setor de Recursos Técnicos da Aliança – Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional – USAID e pela Editora Fundo de Cultura S. A . – Rio de Janeiro. 555 p.

COELHO, A .J. M., 2002. Endocrine disruptors and dental materials: health implications associated with their use in Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, mar./apr., vol 18, nº 2, p.505-509. ISSN 0102-311X.

CUNHA, V.J.; ROCHA, S. C. ; ONOFRE, M. A .; CAMPOS, A. A. & SPOSTO, M.R., 1997. Avaliação do controle da infecção cruzada nas clínicas de graduação do curso de odontologia. *Revista de Odontologia da Universidade Estadual Paulista*, 26(2): 307-16,jul-dez. ilustr.

CRU, D. & DEJOURS, C., 1987. Saberes de Prudência nas Profissões da Construção Civil. Nova Contribuição da Psicologia do Trabalho à análise da prevenção de acidentes na Construção Civil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* , São Paulo, vol. 15, nº 59, p.30-34. Jul/ago/set.

DANIELLOU, F.,1988. El análisis del trabajo: criterios de salud, criterios de eficacia económica. In: *Ergonomia: conceptos y métodos* (J.J. Castilho & J. Vilena, eds.), pp.197-210, Madri: Editorial Complutense.

DEJOURS, C. A., 2000. *A Banalização da Injustiça social*. Tradução de Monjardim L. A. - 3ª edição - Rio de Janeiro: Editora FGV. 160 p.

DEJOURS, C.A., 1998. O Sofrimento no Trabalho. *Revista Critique Communiste*, nº 158:11-16. Tradução provisória de A. I. S. C. de Melo & B. F. de S. Filho, Revisão de M. Athayde.

DISCACCIATI, J. A. C.; NEVES, A. D. & PORDEUS, I. A., 1999. Aids e o Controle de Infecção Cruzada na Prática Odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, v. 13, n. 1, p. 75-82, jan/mar.

DOUGLAS, M. & WILDAVSKY, A., 1982. *Risk and Culture*, Berkeley, University of California Press.

FATINATO, V.; SHIMIZU, M. T.; ALMEIDA, N.Q.& JORGE, A. O. C., 1992. Esterilização e Desinfecção em Odontologia: AIDS e hepatite. *Revista Brasileira de Odontologia*, 49(5):31-8, set-out.

FIGLIOLI, M.D. ; CASTRO, J. R. F. de & PORTO, F. de A., 1998. Ergonomia aplicada a endodontia . In: *Endodontia: tratamento de canais radiculares* (M. R. Leonardo. & J.M. Leal) pp. 803-21, ilus. São Paulo: Editora Panamericana. (BR)

FREITAS,C.M., 2000. A contribuição dos estudos de percepção de riscos na avaliação e no gerenciamento de riscos relacionados aos resíduos perigosos. In: *Resíduos Sólidos, Ambiente e Saúde, uma visão multidisciplinar* (C. L. S. Sisino & R. M. de Oliveira, org.) 142 p.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FREITAS, C.M. & GOMEZ, C.M., 1997. Análise de riscos tecnológicos na perspectiva das ciências sociais. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 03(03);485-504.

GAIO, F.J. & BERNARDES, M. G., 1975. Um Estudo Ergonômico das Tarefas Profissionais do Dentista. *Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada*, Rio de Janeiro, 27(1):187-193, jan/mar.

GARRET, A., 1974. *A entrevista, seus princípios e métodos*, tradução de Maria de Mesquita Sampaio e outros, 6ª edição, Rio de Janeiro: Livraria Agir Editora, 239 p.

GLINA, D.M.R.; SATUT, B. T. & ANDRADE, E. M. O . A . C., 1997. A Exposição Ocupacional ao Mercúrio Metálico no Módulo Odontológico de uma Unidade Básica Localizada na Cidade de São Paulo, *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 13 (2):257-267, abr-jun.

GOMES, J. da R., 1989. In: *Tópicos de Saúde do Trabalhador* ( F. M. Fischer ; J. da R. Gomes & S. COLACIOPPO, org.) São Paulo: Editora Hucitec .

GUANDALINI, S.L.; MELO, N. S. F. de O . & SANTOS, E. C. de P., 1998. *Biossegurança em odontologia*. Curitiba: Editora Odontex, 150 p.

JAPIASSU, H. F., 1988. *Introdução ao pensamento epistemológico*. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 202 p. ilustr.

JASANOFF, S., 1993. Bridging the two cultures of Risk Analysis. *Risk Analysis*, 13(2): pp.123-129.

KERGOAT, D.,1989. Lutas Operárias e Relações Sociais de Sexo: da construção do sujeito coletivo no universo do trabalho do operário. *Anais do Seminário Internacional Padrões Tecnológicos e Políticos de Gestão: Comparações Internacionais*, pp. 257-274. São Paulo: USP/BID.

LAURELL, A . C. & NORIEGA, M., 1987. Para o Estudo da Saúde na sua Relação com o Processo de Trabalho. In: *Processo de Produção e Saúde*, São Paulo: Editora Hucitec.

LEPLAT,J. & HOC, J. M., 1988. Tarea y actividad en el análisis psicológico de situaciones. In: *Ergonomia: conceptos y métodos* ( J. J. Castilho e J. Vilena, eds.), pp. 181-196, Madri: Editorial Complutense.

LIMA, S. N. M. & ITO, I. I., [19??]. *O Controle de Infecções no Consultório Odontológico*. Sistema Beda de Controle de infecção no consultório – Editado por DabiAtlante

LOPES, A. & VILANACCI NETO, R., 1994. A Síndrome do Túnel Carpal: um risco profissional para o Cirurgião-Dentista. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*; 48(6): 1545-52, nov-dez. ilustrado.

MATTOS, U. A. O . et al, 1997. Dental Office Noise Evaluation. In: *Proceedings of the Triennial Congress of the International Ergonomics Association Tampere*, Finland.

MATTOS, U. A. O. et al, 1997. Study of Mercury Amalgam Trituration Methods in Odontological Use. In: *Proceedings of the Triennial Congress of the International Ergonomics Association Tampere*, Finland.

MATTOS, U. A. de O. & RODRIGUES, C.L.P.,1984. *Metodologia da Avaliação Ergonômica*. Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

MEDEIROS, U. V. de; RAMOS I. N. C. & DI GIORGIO M. K., 1999. *Biossegurança*. Conselho Federal de Odontologia, Rio de Janeiro.

MICHELAT, G., 1982. In: *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária* ( M. J. M. Thiollent), 3ª edição, Editora Polis.

MINAYO, M. C. de S., 1999. *O Desafio do Conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª edição, São Paulo – Rio de Janeiro: Editora Hucitec- Abrasco.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL, 1996. *Hepatites, AIDS e Herpes na Prática Odontológica*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. 56 p. ilustr.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL, 2000 . *Controle de Infecções e a prática odontológica em tempos de aids: manual de condutas* – Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. 118 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL, 2001. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os serviços de saúde* ( E. C. Dias; I. M. org. e Almeida et al, col.) – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, Representação do Brasil na OPAS/OMS 580 p.il.

MONTMOLLIN, M., 1988. Ergonomías. In: *Ergonomia: conceptos y métodos* ( J. J. Castilho e J. Vilena, eds.), pp. 69-78, Madri: Editorial Complutense.

MORIN, E., [199?]. *O problema epistemológico da complexidade*. Publicações Europa-América, Edição nº 6038/6481.

ODDONE, I., et al [1977] 1986. A luta contra a nocividade e a Reforma Sanitária: Uma proposta. In: *Ambiente de Trabalho e Saúde: a luta dos trabalhadores pela saúde* (I. Oddone et al.), p.114-133. São Paulo: Hicitec.

OTTONI, C. M. C.; PENNA, F. J.; OLIVEIRA, C. G. & SOUZA, C. J. C. G., 1995. Prevalência de marcadores sorológicos de hepatite B em estudantes de Odontologia e dentistas em Belo Horizonte, Brasil. *Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana*, 118(2):108-14, feb.l

ORENHA, E. S., 1999. *Proposta de um modelo de avaliação ergonômica da sala de atendimento clínico odontológico*. Tese de Doutorado, Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Federal Paulista, s.nº; 201 p. ilus, tab. ( BR ).

ORENHA, E. S. ; ELEUTÉRIO, D.& SALIBA, N.A , 1998. Organização do atendimento odontológico no serviço público: trabalho auxiliado,

produtividade e ambiente físico. *Revista de Odontologia da Universidade Estadual Paulista*, 27(1):215-24, jan-jun, ilus, tab.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998 . *Organização Mundial de Saúde CID 10*. Tradução Centro Colaborador da OMS para classificação de Doenças em Português. 6ª edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 10ª revisão.

PIRES L.C.( elab e org.), 1998. *Manual de Biossegurança para Estabelecimentos Odontológicos*. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre / Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde.

PORTO, F. de A . & CASTRO, J. R. F de , 1987. Organização do Trabalho em odontologia. In: *Clínica Odontológica: conceitos atuais*.(N. Garone Neto) São Paulo: Editora Artes Médicas, pp.45-82, ilus.

REGIS FILHO, G.I. & LOPES, M. C.,1997. Disorders suffered by surgeon-dentists due to cumulative trauma: Epidemiologic and Ergonomic aspects. In: *Proceedings of the Triennial Congress of the International Ergonomics Association Tampere*, Finland.

ROSA, A. C.; MOLGATINI, S. L.; PIOVANO, S. H. & MARCANTONI, M., 2001. Control de la infección en odontología: parte II, *Bol. Asoc. Argent. Odontol.*, Ninos; 30(2):18-23,jun..ilus.

SAGUY, P. C.; CRUZ FILHO, A . M. da ; SOUZA NETO,M. D. de & PÉCORA, J.D., 1998. A Ergonomia e as doenças ocupacionais do

cirurgião-dentista: Parte III: agentes químicos e biológicos, *Revista de Odontologia do Brasil Central*, 7(23):50-4, jun.

SAGUY, P. C.; CRUZ FILHO, A . M. da ; SOUZA NETO,M. D. de & PÉCORA, J.D., 1996. A Ergonomia e as doenças ocupacionais do cirurgião-dentista: Parte II: a ergonomia e os agentes mecânicos, *Revista de Odontologia do Brasil Central*, 6(20):14-8, dez. ilus.

SAGUY, P. C.; CRUZ FILHO, A . M. da ; SOUZA NETO,M. D. de & PÉCORA, J.D., 1996. A Ergonomia e as doenças ocupacionais do cirurgião-dentista: Parte I: introdução e agentes físicos, *Revista de Odontologia do Brasil Central*, 6(19):25-8, set. ilus.

SAGUY, P. C.; PÉCORA, J.D. & SAGUY SOBRINHO J. , 1994. Iluminação do consultório odontológico , *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, 48(5):1467-70, set-out. ilus.

SALCEDO, Z. , 1994. *Prática Odontológica y concentración de mercurio en orina Maracay,Estado Aragua, 1993*, Maracay, s. n.; ene. 126 p. ilus.

SALIBA, T. A . ; ELEUTÉRIO, D.; SALIBA, C. A . & MOIMAZ, S. A .S., 1998. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares, *Revista pós-graduação*, 5(3): 171-6, jul-set. tab, graf.

SALINEIRO, S.L. & CAPELOZZA, A . L. A ., 1997. Avaliação das condições de radioproteção de cem consultórios na cidade de Araçatuba, Estado de São Paulo. *Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru*; 5(1/2):65-70,jan-jun.

SANTOS, C. N. dos; HADDAD, J.J.& SANTOS, W. A . G. , 1995. Análise da incidência de hepatite entre cirurgiões-dentistas, acadêmicos de odontologia e seus familiares, *Revista de Odontologia do Brasil Central*, 5(16): 18-23, dez. ilus, tab.

SANTOS FILHO & BARRETO , 2001. Atividade Ocupacional e Prevalência de Dor Osteomuscular em Cirurgiões-Dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1):181-93 Rio de Janeiro. Jan/jun.

SCHWARTZ, Y.,[1999] 2000. *Trabalho e Uso de Si* .Entrevista com pesquisadores do Departamento de Ergologia – APST (mimeo)

SILVA, C. M.,1994. A Ergonomia na Odontologia. In: *Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS*. Guia curricular para formação de técnico em higiene dental para atuar na rede básica do SUS; área curricular I; prevenindo e controlando o processo saúde – doença bucal. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, pp. 137-46, ilus. (BR)

SILVA, M. A . da ; GIUNTINI, P. B. & MENEGUIN, S.H., 1997. A percepção dos profissionais da saúde frente à exposição a riscos químicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 50(4):591-8, out-dez.

SOUZA, H.M.M.R. de, 1998. *Análise Experimental dos Níveis de Ruído Produzidos por Peças de Mão de Alta Rotação em Consultórios Odontológicos: Possibilidade de Humanização do Posto de Trabalho*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

STENGERS, I. , 1990. *Quem tem medo da ciência: ciências e poderes*. Tradução de Eloísa de Araújo Ribeiro, São Paulo: Editora Siciliano,175 p.

TEIGER, C. 1998. El trabajo, esse oscuro objeto de la Ergonomia. In: Ergonomia: conceptos y métodos (J. J.Castilho e J. Vilena, eds.), pp. 141-162, Madri: Editorial Complutense.

THIOLLENT, M. J. M., 1982. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*, 3ª edição, Editora Polis.

VIEIRA, S., 1980. *Introdução à Bioestatística*, 3ª edição, Rio de Janeiro: Editora Campos.

WATANABE, P. C. A .; PARDIN, L. C.; ARITA E. S., 2000.Discussão das diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, 54(1):64-72, jan-fev. ilus,tab.

## ANEXO 01

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr<sup>o</sup> (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de mestrado realizada em consultórios odontológicos, pela mestranda Andréa Vaospasse Cocco Faria sob a orientação do Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Willian Waissmann. Você foi selecionado de forma aleatória e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a Instituição. O objetivo deste estudo é analisar a percepção de riscos dos cirurgiões-dentistas em sua prática profissional. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder o questionário apresentado pela pesquisadora, e permitir a medição do ruído existente em seu consultório odontológico, através de medidor apropriado. O benefício advindo de sua participação será a possibilidade de contribuir com uma dissertação que visa a melhor compreensão da percepção que o cirurgião-dentista tem dos riscos existentes na sua profissão. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos

pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Dr<sup>a</sup> Andréa Vaospasse Cocco Faria

---

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> William Waissmann

CESTEH

Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana

Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Manguinhos - Rio de Janeiro

Tel.:2598 2682

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar

-----

ANEXO 02

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA ÀS PROFISSIONAIS CIRURGIÕES-  
DENTISTAS PARTICIPANTES DA PESQUISA: PERCEPÇÃO DE  
RISCO NA PRÁTICA DO CIRURGIÃO -DENTISTA

ENTREVISTA N° \_\_\_\_\_

1) DADOS PESSOAIS:

SEXO : FEMININO

MASCULINO

IDADE: \_\_\_\_\_

ANO FORMATURA: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

2) CONSIDERAÇÕES GERAIS:

A) Há quanto tempo o(a) Dr<sup>o</sup> (a) atua na clínica odontológica?

\_\_\_\_\_

B) O(A) Dr<sup>o</sup>(a) exerce ou já exerceu alguma outra atividade profissional além do consultório odontológico?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_

NÃO

C) O(A) Dr<sup>o</sup>(a) acredita estar exposto a algum tipo de risco no exercício do seu trabalho?

SIM

NÃO

TALVEZ

Qual? \_\_\_\_\_

D) O(A) Dr<sup>o</sup>(a) acredita estar exposto a algum tipo de risco em outras atividades profissionais fora do seu trabalho no consultório odontológico?

SIM

NÃO

TALVEZ

Qual? \_\_\_\_\_

E) O(A) Dr<sup>o</sup>(a) recebeu algum tipo de informação sobre os riscos do exercício de sua profissão, no período de graduação?

SIM

NÃO

NÃO LEMBRO

Qual? \_\_\_\_\_

F) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> recebeu algum tipo de informação sobre os riscos do exercício de sua profissão em algum momento depois de graduado?  
SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO LEMBRO

G) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> é sindicalizado?  
SIM  NÃO

H) O sindicato lhe oferece informações sobre a possibilidade de riscos relacionados a sua atividade profissional?  
SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO LEMBRO

I) O Conselho de Classe do(a) Dr<sup>o(a)</sup> oferece informações sobre a possibilidade de riscos relacionados a sua atividade profissional?  
SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO LEMBRO

J) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> recebeu informações sobre a possibilidade de riscos relacionados a sua atividade profissional de qualquer outra fonte?  
SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO LEMBRO

K) Se o(a) Dr<sup>o(a)</sup> recebeu informações sobre a possibilidade de riscos relacionados a sua atividade profissional, você utiliza estas informações de alguma forma?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  AS VEZES

L) Em caso negativo, favor explicitar os motivos ?

\_\_\_\_\_

M) Em caso afirmativo, de que forma o(a) Dr<sup>o(a)</sup> utiliza estas informações?

\_\_\_\_\_

N) Em caso afirmativo, o (a) Dr<sup>o(a)</sup> considera estas informações eficientes/suficientes?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  AS VEZES

O) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> apresenta algum problema de saúde ( Varizes, Hemorróidas, Dores nos Membros Superiores, Surdez)?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  AS VEZES

Qual? \_\_\_\_\_

P) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> acha que algum (ns) deste(s) problema(s) de saúde podem ter sido causados pelo seu trabalho?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO SEI

## 2) ESPAÇO DE TRABALHO / EXIGÊNCIAS FÍSICAS:

A) O posto de trabalho do(a) Dr<sup>o(a)</sup> apresenta dimensões compatíveis com a sua atividade?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

B) A posição dos equipamentos e dos controles lhe permite ter uma postura satisfatória ?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

C) E um controle correto com a mão e o pé?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

D) A posição do assento lhe permite ter uma postura satisfatória ?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

E) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> pode ficar sentado o tempo todo ou a maior parte dele?

SIM  NÃO

F) A altura do assento é satisfatória em relação à postura e à visão?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

G) O assento é confortável?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

H) As características dos controles manuais são compatíveis com as forças exigidas para operá-los?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

I) A altura da superfície de trabalho é compatível com as suas dimensões?

SIM  NÃO

J) Os controles podem ser alcançados sem curvar o corpo ou se expor fisicamente?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

K) Há algum tipo de vibração?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_

NÃO

L) Em caso afirmativo, ela perturba de algum modo o seu trabalho?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

M) Em caso afirmativo, o(a) Dr<sup>o(a)</sup> toma algum tipo de medida para se precaver desta vibração?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

N) Há algum risco de queimadura?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO SEI

O) Em caso afirmativo, o(a) Dr<sup>o(a)</sup> toma algum tipo de medida para se prevenir deste risco?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  AS VEZES

P) E de alguma lesão perfuro-cortante, há risco?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO SEI

Q) Em caso afirmativo, o(a) Dr<sup>o(a)</sup> toma algum tipo de medida para se prevenir deste risco?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

R) Há algum tipo de ruído?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO SEI

S) Em caso afirmativo, o(a) Dr<sup>o(a)</sup> toma algum tipo de medida para se prevenir deste risco?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

T) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> corre algum tipo de risco na manipulação dos materiais utilizados? Quais?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO SEI

U) Em caso afirmativo, o(a) Dr<sup>o(a)</sup> toma algum tipo de medida para se precaver deste risco?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

V) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> corre algum tipo de risco com radiação?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO SEI

X) Em caso afirmativo, o (a) Dr<sup>o(a)</sup> toma algum tipo de medida para se prevenir deste risco?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO SEI

W) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> tem o risco de sofrer algum tipo de contaminação advinda do paciente no seu trabalho?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO SEI

Y) Em caso afirmativo, o(a) Dr<sup>o(a)</sup> toma alguma medida para se prevenir deste tipo de risco?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO SEI

### 3) ÓRGÃOS DO SENTIDO:

A) A atividade do(a) Dr<sup>o(a)</sup> exige muito da visão?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

B) A iluminação existente é suficiente?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

C) Há algum sinal auditivo na sua tarefa?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

D) Estes sinais, se existentes, podem ser facilmente distinguidos e detectados?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

E) A tarefa do(a) Dr<sup>o(a)</sup> exige muito do tato?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

F) O ( A) Dr<sup>o(a)</sup> sente dificuldade em reconhecer alguma coisa necessária durante a sua tarefa pelo tato?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

G) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> algumas vezes sente-se sem equilíbrio na execução de sua tarefa?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

H) A tarefa do(a) Dr<sup>o(a)</sup> precisa de equilíbrio?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

I) A tarefa do(a) Dr<sup>o(a)</sup> exige um bom olfato?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

#### 4) ESFORÇO FÍSICO E MENTAL / ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A) A tarefa do(a) Dr<sup>o(a)</sup> envolve grande esforço muscular?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

B) Há alguma porção muscular que o(a) Dr<sup>o(a)</sup> considere mais envolvida no seu trabalho ?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO

C) Alguma porção fica mais sobrecarregada?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO

D) A tarefa do(a) Dr<sup>o(a)</sup> exige precisão de movimentos?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

E) A tarefa do(a) Dr<sup>o(a)</sup> é realizada em turnos?

SIM  NÃO

F) Quantas horas O(a) Dr<sup>o(a)</sup> trabalha por dia? \_\_\_\_\_

G) E por semana? \_\_\_\_\_

H) Qual o tempo médio de horas extras? \_\_\_\_\_

I) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> realiza pausas para descanso durante o seu trabalho?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

J) Em caso afirmativo, de quanto em quanto tempo? \_\_\_\_\_

K) Em caso afirmativo, o que o(a) Dr<sup>o(a)</sup> faz durante este período de descanso? \_\_\_\_\_

L) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> se sente mentalmente cansado?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

M) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> se sente estressado?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

N) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> trabalha com convênios?

SIM  NÃO

O) Em caso afirmativo, em que percentual de clientes? \_\_\_\_\_

P) Em caso afirmativo, o(a) Dr<sup>o(a)</sup> acredita que isto interfere no seu ritmo de trabalho ?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

Porque? \_\_\_\_\_

##### 5) EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:

A) São necessários equipamentos de proteção individual na sua atividade?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

B) Se afirmativo, o(a) Dr<sup>o(a)</sup> os utiliza?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

C) Se o(a) Dr<sup>o(a)</sup> não os utiliza, porque? \_\_\_\_\_

D) Em caso afirmativo, os EPIs estão em estado de conservação satisfatório?

SIM  NÃO  A MAIORIA DELES

E) O(A) Dr<sup>o(a)</sup> os considera adequados à tarefa que realiza?

SIM  NÃO  A MAIORIA DELES

F) As dimensões dos EPIs são adequadas a(o) Dr<sup>o</sup> (a) ?

SIM  NÃO  A MAIORIA DELES

G) Estes equipamentos utilizados são aprovados pelo Ministério do Trabalho?

SIM  NÃO  NÃO SEI

H) O(A) Dr<sup>o</sup>(a) recebeu treinamento para utilizá-los?

SIM  Qual? \_\_\_\_\_ NÃO  NÃO LEMBRO

I) Os EPIs são imediatamente substituídos por outros quando estão danificados?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

#### 6) OUTROS ASPECTOS:

A) Qual o sentimento do(a) Dr<sup>o</sup>(a) em relação ao seu trabalho?

\_\_\_\_\_

B) O(A) Dr<sup>o</sup>(a) acha que seu trabalho poderia ser melhor? Em que?

\_\_\_\_\_

C) Que planos o(a) Dr<sup>o</sup>(a) faz para o futuro em relação ao seu trabalho?

\_\_\_\_\_

D) Quais mudanças o(a) Dr<sup>o</sup>(a) proporia ao seu trabalho atualmente?

\_\_\_\_\_

E) O(A) Dr<sup>o</sup>(a) se considera um profissional de saúde?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

F) O(A) Dr<sup>o</sup>(a) se reconhece como um trabalhador?

SIM  NÃO  NA MAIORIA DAS VEZES

G) O(A) Dr<sup>o</sup>(a) considera satisfatório o trabalho realizado pelo Conselho de sua categoria? \_\_\_\_\_

H) O(A) Dr<sup>o</sup>(a) considera satisfatório o trabalho realizado pelo Sindicato de sua categoria? \_\_\_\_\_

I)O(A) Dr<sup>o(a)</sup> teria algum tipo de sugestão a estes órgãos? \_\_\_\_\_

J) Habitualmente o(a) Dr<sup>o(a)</sup> tem algum tipo de preocupação com a sua saúde no seu trabalho? Qual? \_\_\_\_\_

K)O(A) Dr<sup>o(a)</sup> teria mais algum tipo de sugestão a este trabalho? \_\_\_\_\_

Comentários:

---

ANEXO 03

CLASSIFICAÇÃO DOS PRINCIPAIS RISCOS OCUPACIONAIS EM GRUPOS, DE ACORDO COM A SUA NATUREZA E A PADRONIZAÇÃO DAS CORES CORRESPONDENTES

GRUPO 1: VERDE	GRUPO 2: VERMELHO	GRUPO 3: MARROM	GRUPO 4: AMARELO	GRUPO 5: AZUL
Riscos Físicos	Riscos Químicos	Riscos Biológicos	Riscos Ergonômicos	Riscos de Acidentes
Ruídos	Poeiras	Vírus	Esforço Físico Intenso	Arranjo Físico Inadequado
Vibrações	Fumos	Bactérias	Levantamento e Transporte Manual de Peso	Máquinas e Equipamentos sem Proteção
Radiações Ionizantes	Névoas	Protozoários	Exigência de Postura Inadequada	Ferramentas inadequadas ou defeituosas
Radiações Não Ionizantes	Neblinas	Fungos	Controle Rígido de Produtividade	Iluminação inadequada
Frio	Gases	Parasitas	Imposição de ritmos excessivos	Eletricidade

Calor	Vapores	Bacilos	Trabalho em turno e noturno	Probabilidade de incêndio ou explosão
Pressões Anormais	Substâncias, compostos ou produtos químicos em geral		Jornadas de trabalho prolongadas	Armazenamento inadequado
Umidade			Monotonia e repetitividade	Animais peçonhentos
			Outras situações causadoras de stress físico e/ou psíquico	Outras situações de risco que poderão contribuir para a ocorrência de acidentes

## ANEXO 04

### LISTA TABULAR DE INCLUSÃO E SUBCATEGORIAS DE 4 CATEGORIAS

- CAPÍTULO 01 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias.
- CAPÍTULO 02 - Neoplasias ( tumores).
- CAPÍTULO 03 - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários.
- CAPÍTULO 04 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.
- CAPÍTULO 05 - Transtornos mentais e comportamentais.
- CAPÍTULO 06 - Doenças do Sistema Nervoso.
- CAPÍTULO 07 - Doenças do Olho e anexos.
- CAPÍTULO 08 - Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide.
- CAPÍTULO 09 - Doenças do Aparelho Circulatório.
- CAPÍTULO 10 - Doenças do Aparelho Respiratório.
- CAPÍTULO 11 - Doenças do Aparelho Digestivo.
- CAPÍTULO 12 - Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo.
- CAPÍTULO 13 - Doenças do Sistema Osteo-muscular e do Tecido Conjuntivo.
- CAPÍTULO 14 - Doenças do Aparelho Genito-urinário.
- CAPÍTULO 15 - Gravidez, Parto e Puerpério.
- CAPÍTULO 16 - Algumas afecções originadas no período Perinatal.
- CAPÍTULO 17 - Mal formações congênitas, Deformidades e Anomalias.
- CAPÍTULO 18 - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificadas em outra parte.
- CAPÍTULO 19 - Lesões, Envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas.
- CAPÍTULO 20 - Causas externas de morbidade e de mortalidade.
- CAPÍTULO 21 - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde .



