

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS - CESA**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**LUIZ FRANKLIN DE SOUZA**

**QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS DA REDE PÚBLICA DO**  
**MUNICÍPIO DE CASCAVEL-CE**

**BEBERIBE – CEARÁ**  
**2016**

LUIZ FRANKLIN DE SOUZA

QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS DA  
REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-CE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial á obtenção da certificação de especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Heraldo Simões Ferreira.

BEBERIBE – CEARÁ  
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Souza, Luiz Franklin de.

Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município de Cascavel-CE. [recurso eletrônico] / Luiz Franklin de Souza. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 48 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Monografia (especialização) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Especialização em Gestão em Saúde Pública, Beberibe, 2016.

Orientação: Prof. Dr. Heraldo Simões Ferreira.

1. Cirurgião-Dentista. 2. Qualidade de Vida. 3. Saúde Pública. I. Título.

LUIZ FRANKLIN DE SOUZA

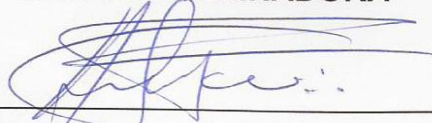
QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA  
DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-CE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde do Programa Nacional de Administração Pública (PNAP) da Universidade Aberta do Brasil/Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista.

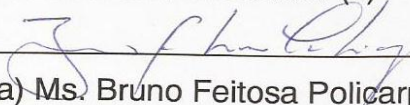
Aprovado em: 21 / 2 / 2016

Conceito: SATISFATÓRIO

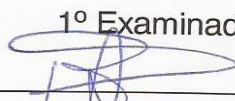
**BANCA EXAMINADORA**



Prof.(a) Dr. Heraldo Simões Ferreira  
Universidade Estadual do Ceará - UECE  
Presidente/Orientador (a)



Prof.(a) Ms. Bruno Feitosa Policarpo  
Faculdade Metropolitana de Fortaleza – FAMETRO  
1º Examinador



Prof.(a) Ms. Lúlia Feitosa Simões  
Faculdade Cearense – FAC  
2º Examinador

Dedico este trabalho aos meus pais, os dois grandes mestres da minha vida, Luiz Nascimento de Souza e Lindalva Franklin de Souza, que sempre me ajudaram a tomar as decisões mais importantes e sempre me apoiaram em todos os momentos desta minha jornada. A vocês devo minha formação humana e profissional, pois com muito amor e dedicação não mediram esforços e depositaram toda confiança em mim. Vocês são os responsáveis por essa conquista.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, em primeiro lugar, que é o criador de todas as coisas e cuida de cada criatura sua com amor de Pai. Sinto a cada dia esse cuidado e amor.

A Nossa Senhora que é Mãe e que me acolhe como filho e me faz sentir esse abraço acolhedor.

Aos meus pais Luiz Nascimento e Lindalva Franklin, que são os melhores do mundo e aos meus irmãos Lucas Franklin, Gabriel Franklin, Lenice Franklin, Lucimara Franklin que sempre torceram por mim e se alegram com essa conquista.

Ao amigo Ângelo, de modo particular, que se fez tão presente e solícito como um membro da família. Sou grato por todo seu apoio, pois sem sua ajuda tudo seria mais difícil. Deus disse: quem tem um amigo fiel encontra um tesouro!

A minha amiga, Sanayra Sousa, mesmo distante fisicamente vibra comigo a cada etapa conquistada.

Aos colegas, minha segunda família, onde na pós-graduação nos conhecemos, nos aceitamos, nos aturamos durante esse período e nos tornamos mais que colegas, mais que amigos, tornamo-nos irmãos. Em especial Miriam, que é pra mim exemplo de profissional, meu muito obrigado. Essa vitória nós conquistamos juntos.

As tutoras do curso Cynthia e Fabiana, que me transmitiram com tanta capacidade e dedicação todo conhecimento com riqueza e zelo.

Ao professor Heraldo que foi um grande motivador. Obrigado pela dedicação e compreensão. Por mais longa que seja a caminhada o importante é dar o primeiro passo.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram pra minha formação.

“A única de maneira de sermos  
ludibriados é julgarmo-nos mais  
inteligentes que os outros [...]”

(Sir Rochefoucaud)

## RESUMO

A busca para se manter competitivo no mercado de trabalho não deve ocasionar ao cirurgião dentista uma queda na sua qualidade de vida, pois sem dúvida, o prejuízo se dará em dimensões de sua vida, afetando desta forma sua família, seus amigos, seu ambiente de trabalho e comprometendo sua atuação como agente transformador da sociedade a qual está inserido. A pesquisa quantitativa foi desenvolvida com 20 cirurgiões dentistas da rede pública do município de Cascavel, no Ceará. O objetivo foi avaliar a qualidade de vida em profissionais que são cada vez mais exigidos em sua atuação. O estudo foi realizado no segundo semestre do ano de 2015. A coleta de dados se deu por meio de aplicação do questionário baseado no inventário de Lipp (1996). A análise da situação e resultados revelou que 15% da amostra estudada apresentaram boa qualidade de vida, ou seja, com sucesso nos quadros afetivo, social, profissional e saúde. Este estudo detecta alterações na esfera pessoal e profissional destes indivíduos, mostrando que a grande maioria não possui qualidade de vida. A discussão em torno da qualidade de vida no trabalho proporciona orientações para melhorar a qualidade de vida pessoal, frisando a importância do equilíbrio entre as exigências da vida laboral e as necessidades pessoais, destacando que para se obter sucesso na qualidade de vida é necessário um bom desempenho profissional e individual.

**Palavras-chave:** Cirurgião-dentista. Qualidade de vida. Saúde pública.



## **ABSTRACT**

The quest to stay competitive in the labor market should not lead to the surgeon dentist a drop in their quality of life, because without doubt, the damage will be in dimensions of his life, thus affecting your family, your friends, your environment work and compromising its role as an agent of the company to which it is inserted. The quantitative research was conducted with 20 dentists from the public network in the city of Cascavel, in Ceara. The objective was to evaluate the quality of life for professionals who are increasingly required in its operations. The study was conducted in the second half of the year 2015. The data collection was carried out through the questionnaire based on the inventory Lipp (1996). The situation analysis and results showed that 15% of the sample showed good quality of life, ie successfully in affective frameworks, social, professional and health. This study detects changes in personal and professional sphere of these individuals, showing that the vast majority do not have quality of life. The discussion on the quality of working life provides guidance to improve the quality of personal life, stressing the importance of balance between the demands of working life and personal needs, stressing that to achieve success in the quality of life a good one is necessary professional and individual performance.

**Keywords:** Dental surgeon. Quality of life. Public health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>15</b>
3.1 A ODONTOLOGIA NO BRASIL.....	15
3.2 A PRÁTICA DA ODONTOLOGIA.....	19
3.3 QUALIDADE DE VIDA.....	20
3.4 QUALIDADE DE VIDA PESSOAL.....	21
3.5 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.....	22
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>28</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
4.2 CENÁRIO E PERÍODO DA PESQUISA.....	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
4.4 SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	29
4.5 COLETA DE DADOS.....	30
4.6 INSTRUMENTO.....	30
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
5.1 QUALIDADE DE VIDA DOS DENTISTAS ENTREVISTADOS.....	32
5.2 QUALIDADE DE VIDA: SEXO MASCULINO X SEXO FEMININO.....	39
5.2 QUALIDADE DE VIDA POR TIPO DE CONTRATO DE TRABALHO.....	39
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
6.1 CONCLUSÕES.....	41
6.2 RECOMENDAÇÕES PARA FUTUROS TRABALHOS.....	42
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>46</b>
APÊNDICE A – INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA.....	47
APÊNDICE B – CARTA-CONVITE.....	50

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como “o completo estado de bem-estar físico, psíquico e social”. Portanto, saúde abrange qualidade de vida e também o resultado do total funcionamento do indivíduo em seu ambiente. O trabalho e as condições em que ele é realizado são fatores preponderantes no estado de saúde do indivíduo (REGIS FILHO; LOPES, 2001).

O termo qualidade de vida tem sido constantemente utilizado para descrever situações em que, sob diversos olhares, procura-se criar condições que agreguem, objetivamente, valor e qualidade a nossa vida.

Como o trabalho assume um papel cada vez mais central na vida das pessoas, chegando mesmo a definir aspectos vitais como status e identidade pessoal, é perfeitamente previsível que as modernas tecnologias de gestão se ocupem também da Qualidade de Vida no Trabalho e dos fatores que incorporam a satisfação do indivíduo em sua atividade laboral e na humanização das situações relacionadas ao trabalho humano.

O trabalho muitas vezes não é prazeroso justamente porque ele se configura de uma forma totalmente fragmentado, sem sentido, burocratizado, repleto de normas e rotinas ou então cheio de exigências e conflitante com a vida social ou familiar (RODRIGUES, 1995).

Por outro lado, segundo Evans 1996, parece ser uma das tendências sociais mais marcantes em todo o mundo a mudança de uma ética de trabalho baseada em dever para uma centrada de prazer, onde antes tínhamos o trabalho movido pelo dever de sustentar a família, pelo dever com a empresa, pelo dever para com o empregador, agora este sentido de dever e obrigação está sendo substituído por uma nova ética baseada na eficiência e no divertimento. Ainda, segundo o autor, para que essa tendência se torne realidade é necessário ter as pessoas certas nas posições certas, sem que os fatores para um bom ajustamento entre as pessoas e o trabalho que desenvolvem são: o conhecimento, a capacidade e a habilidade. Além disso, elas devem estar envolvidas com os projetos assumidos, gostando do que fazem, tendo uma crença, um apego e um engajamento de vida com essa parcela tão importante de suas vidas.

Na odontologia, a vida laboral vem abruptamente mudando seu perfil. Segundo Kosmann (2000) a inversão da figura do cirurgião dentista enquanto profissional liberal por exclusividade, a um profissional liberal vinculado também a algum serviço público em empresas ou sindicatos, é o resultado de transformações sociais e econômicas vivenciadas por nosso país nas últimas décadas.

A odontologia amplia seu objetivo de estudo no que diz respeito à prevenção, tratamento e reabilitação para assim promover o bem-estar do paciente, podendo prevenir doenças e tratar da saúde bucal como um todo.

Esse processo de transformação da profissão ocasionado pelo avanço técnico e científico, fatores econômicos, inclusão de novos materiais e técnicas e novas relações de trabalho pode resultar em alterações em sua rotina, atuando em suas condições psicossociais podendo gerar depressão e estresse causando assim uma queda em sua qualidade de vida, afetando a sua vida social e profissional.

O trabalhador deve ser visto como ser humano, com características individuais, que tem necessidades próprias e que deve estar satisfeito com o seu trabalho da melhor forma possível. Entretanto, mesmo quando se admite como prioridade o atendimento dos anseios dos trabalhadores por melhorias na situação geral do trabalho, há necessidade de determinar quais fatores são exatamente mais importantes e qual ação os irá satisfazer mais rapidamente e de forma adequada, pois a identificação desses fatores permitirá às empresas focalizar e concentrar esforços iniciais nos pontos críticos, buscando remover causas mais agudas de insatisfação e evitando o desperdício de recursos com iniciativas de pouca repercussão imediata.

De acordo com Morais (1989), parece fundamental que se realizem mais estudos sobre a qualidade de vida no trabalho, os quais sejam capazes de diagnosticar o grau das condições de trabalho em diferentes tipos de trabalho, sob o efeito de variáveis diversas, no sentido de fornecer subsídios às organizações que estejam abertas às mudanças quais venham a contribuir para um melhor relacionamento entre o capital e o trabalho.

Por outro lado, é importante observar que as condições de trabalho do cirurgião dentista se alteraram nas últimas décadas, tanto no setor público como no

privado, em virtude da alta competitividade, mercados emergentes, clientes mais exigentes e alteração na organização temporal do trabalho, sendo que muitos profissionais que trabalham em seu consultório privado podem possuir condições bastante diferentes dos profissionais que trabalham nos serviços de saúde onde, na grande maioria das vezes, os recursos são escassos e os equipamentos não atendem à requisitos ergonômicos. Assim, é preciso que os profissionais que trabalham em serviços públicos de saúde estejam motivados e satisfeitos com o seu trabalho, de modo que possam realizá-lo de forma apropriada e da melhor maneira possível, para satisfazer uma grande demanda por serviços de odontologia e que dependem exclusivamente desse setor para suprir suas necessidades de saúde em odontologia.

A qualidade de vida no trabalho com a saúde também está relacionada com as satisfações e realização profissional. A busca incessante pela qualificação profissional da área de saúde deve ser contínua, para que essa qualidade seja alcançada. Mas a realização do processo de busca por qualidade de vida esbarra algumas vezes com os níveis de estresse e fadiga que os profissionais de saúde encontram no ambiente de trabalho em que estão ligados, ao mau funcionamento do sistema, onde geralmente há acúmulo de funções e preocupações com o bem estar dos pacientes atendidos.

Assim sendo, os objetos de estudo desta pesquisa são os parâmetros da qualidade de vida dos cirurgiões dentistas que atuam na saúde pública do município de Cascavel-Ce, buscando encontrar as causas que podem afetar a saúde desses profissionais, a fim de realizar uma análise quali-quantitativa das variáveis.

O interesse em realizar tal estudo emergiu da vivência do autor em diversos momentos que fizeram se interessar pela qualidade de vida de sua categoria, uma vez que várias mudanças sociais e econômicas do país na última década, juntamente com a grande oferta de cursos de odontologia e aumento de profissionais, onde se observa o reflexo diretamente na vida profissional dos cirurgiões dentistas, observado que houve tanto perda salarial, quanto o acúmulo de vínculos de trabalho, e também afetou o status profissional o que acarretou prejuízos a saúde da categoria.

Em uma busca no sítio eletrônico da Scielo, foram verificados 4 estudos sobre o tema proposto, todavia, nenhum foi ambientado no município de Cascavel-Ce, tal fato também justifica esta pesquisa.

O estudo pode vir a ser importante para a avaliação dos gestores municipais e servir de base para o desenvolvimento de ações e políticas de recursos humanos no SUS, a fim de melhorar as condições de trabalho dos cirurgiões dentistas.

Desta feita, formulou-se a seguinte questão da atividade investigativa: A qualidade de vida dos cirurgiões dentistas está relacionada às condições de trabalho oferecidas na saúde pública?

Pensando de forma hipotética e puramente baseada no conhecimento empírico do pesquisador, pode-se supor que as condições de trabalho oferecidas interferem de forma significativa na saúde e qualidade de vida dos cirurgiões dentistas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a qualidade de vida dos cirurgiões dentistas da rede pública do município de Cascavel no Estado do Ceará;

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Fazer um levantamento sobre qualidade de vida, para possibilitar a análise dos dados no referido município.
- Através do instrumento Inventário de Qualidade de Vida (IQV) de Marilda Lipp, levantar o índice de Qualidade de Vida dos cirurgiões dentistas da rede pública municipal de Cascavel-Ce.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A ODONTOLOGIA NO BRASIL

A odontologia é entendida como uma profissão interdependente e autônoma que atua como uma especialidade médica com características e capacitação próprias de eliminar dor, diagnosticar, propor terapêutica, preservar até a alta dos pacientes. É entre as atividades da área da saúde a que mais se distingue das demais por suas características próprias, contribuindo em muito para o equilíbrio biopsicossocial do indivíduo quanto a sua biofisiologia, função e estética. (JORGE, 2000)

A odontologia sofreu inúmeras mudanças em sua trajetória ao longo do prazo e para que chegasse a atual condição, a saúde bucal brasileira passou por diversas etapas em seu desenvolvimento.

Inicialmente, com um quadro considerado caótico, sendo que nas décadas de 1970 a 1980, houve tentativas de reversão com ações coletivas nas áreas de administração pública, das Universidades e movimento popular e sindical, articulando às lutas gerais pela redemocratização e retomada do Estado de Direito. As conferências que aconteceram na época, no caso a 7ª Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional da Saúde Bucal e a criação de Encontro Nacional dos Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (ENATESPO) e do Encontro Científico dos estudantes de Odontologia (ECEO), representam a luta pela Odontologia e os Serviços Básicos de Saúde. Estas conferências trouxeram à tona aspectos importantes como a análise da contribuição da Odontologia em um programa nacional de Saúde e a definição do modelo de saúde bucal existente na época, considerado ineficaz, com má distribuição, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo, caráter mercantilista e monopolista e inequação dos recursos dos recursos humanos (BRASIL, 2009).

Posteriormente após a democratização e fortalecimento do Movimento pela Reforma Sanitária, surge uma nova proposta por parte das Conferências. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, houve a abordagem odontológica por meio da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), que teve como proposições a saúde bucal como parte integrante da saúde geral do indivíduo, sendo



que está “vinculada às lutas por fatores condicionantes sociais, políticos e econômicos, o que caracteriza a responsabilidade e o dever do Estado em sua manutenção” (BRASIL, 2009).

Em 1988, ocorreu um marco histórico no setor de saúde pública, resultado de propostas apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte. A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS, o qual é pautado nos princípios de universalidade, integralidade e organização de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. Esta Constituição, que é a oitava Constituição do Brasil, define o conceito de saúde, no qual o artigo 196 cita como “direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O SUS seria responsável, portanto, a promover um modelo de saúde voltado às necessidades da população, tendo o Estado o compromisso de assegurar o bem-estar social por meio de ações em saúde coletiva. Este seria um dos direitos de cidadania. (BRASIL, 2011)

Em 1989, a Política Nacional de Saúde Bucal foi fundamentada em cinco princípios: universalização, participação da comunidade, descentralização, hierarquização e integração institucional. A prioridade era dada a crianças de 6 a 12 anos, seguidas pelos adolescentes (13 a 19 anos), crianças de 2 a 5 anos, e por último, adultos. Além disso, eram priorizados serviços emergenciais seguidos das ações preventivas e de educação em saúde bucal e serviços recuperadores básicos. Como última prioridade vinham os procedimentos de especialidades básicas e de maior complexidade. Nesta mesma época, o Programa Nacional de Controle de Cárie Dental (Precad), previa a fluoretação das águas, aplicação tópica de flúor para crianças de 6 a 12 anos e apoio a dentifrícios fluoretados (BRASIL, 2009).

Em 1990, com posse do Presidente da República Fernando Collor de Melo, o Precad foi abandonado, implantando-se a proposta a fluoretação do sal no Brasil, e foi acompanhado pela redução da fluoretação das águas, que ocorreu por motivos políticos. Neste mesmo ano, foi sancionada a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, pelo Presidente da República Fernando Collor de Melo e decretada pelo Congresso Nacional, sendo publicada pelo Diário Oficial da União em 20 de

setembro de 1990. Esta lei, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regula as ações de saúde em todo o território nacional, dispondo sobre as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes. Resumidamente, esta lei coloca a saúde como direito fundamental do ser humano, e o Estado têm o dever de prover as condições indispensáveis ao seu exercício, por meio de ações e serviços de saúde. Também determina o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgão e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

No período de 1991 a 1992, houve a implantação de Procedimentos Coletivos (PC) e Procedimentos Individuais (PI) na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, SUS. Com a 2ª Conferência de Saúde Bucal, 1992, destaca-se a inserção da Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

Anos depois, entre 1995 a 2002, houve a realização de levantamento epidemiológico e introdução da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. A prestação de serviços públicos de saúde bucal caracterizava-se por ações de baixa complexidade, em sua maioria curativa e mutiladora, com acesso restrito. Isto refletiu nos dados epidemiológicos relativos às condições de saúde bucal da população brasileira, mostrados pelo levantamento epidemiológico denominado SB-Brasil 2003, realizado pelo Ministério da Saúde e concluído em 2004, cujo envolvimento contou com a participação de várias instituições e entidades odontológicas – Conselho Federal e Regional de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais, Faculdades de Odontologia, além de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006)

Este projeto contou com aproximadamente 2000 mil profissionais (Cirurgiões Dentista, auxiliares e agentes de Saúde entre outros) em 250 municípios envolvidos na realização do estudo, e com uma amostra constituída de 108.921 pessoas distribuídas nas cinco macroregiões do país, da faixa etária dos 18 meses aos 74 anos. Os parâmetros utilizados para o levantamento envolviam indicadores de cárie dentária, doença periodontal, necessidade do uso de prótese e acesso aos serviços

de Odontologia. O resultado deste levantamento trazia dados alarmantes, nos quais percebemos as condições ainda ruins da saúde bucal brasileira. Das 26.641 crianças na faixa etária de cinco anos de idade, 60% apresentaram pelo menos um dente com cárie, sendo que na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes (15 a 19 anos) apresentaram ao menos um dente com experiência de cárie. Dentre os adultos 28% apresentam ausência total de elementos dentários em pelo menos uma das arcadas e de cada quatro idosos, três não possuem nenhum dente (BRASIL, 2004).

Foi confirmada, a partir destas constatações, a realidade da prática Odontológica, a qual é privilegiada a faixa estaria escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes, mas estava deixando uma grande parcela da população em segundo plano, pois adultos e idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência, geralmente mutiladores (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Houve a necessidade de mudança desse quadro. E uma das ações implementadas foi a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, o qual significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal. Este programa visava avançar na melhoria da organização do sistema de saúde como um todo e propôs um atendimento que desse conta da universalidade, integralidade e equidade, fundamentais a quem lutou pela implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

É exigido um novo papel profissional da Odontologia, que atenda as necessidades da população e possa estar preparada para atuar na incorporação de novas tecnologias, especialização, popularização dos sistemas de odontologia de grupo (MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010).

Com a inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, juntamente com a prioridade dada pelo governo Federal ao Programa Brasil Sorridente, há uma mudança no mercado de trabalho odontológico, fazendo com que o serviço público fosse importante empregador para os profissionais de Odontologia. No entanto, estas mudanças não tem sido suficientes para produzirem impacto sobre o ensino na graduação. O quadro da saúde bucal brasileira defronta-se com a disponibilidade precária de profissionais dotados de uma visão que privilegie as reais necessidades

populacionais e que estejam preparadas efetivamente para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (MORITA ET al., 2007).

### 3.2 A PRÁTICA DA ODONTOLOGIA

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

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

As Leis Federais que regulam a Odontologia em território nacional são: LEI 5081 de 24 de agosto de 1966; DECRETO-LEI 150 de 9 de fevereiro de 1967 e a LEI 6215 de 30 de julho de 1975 (CONSELHO DE ODONTOLOGIA, 2004). A lei de 5081 trata de legalidade do exercício da Odontologia em território brasileiro, assegurando o direito aos indivíduos habilitados por escola ou faculdade oficial, ou reconhecida, após registro de diploma junto ao Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia e Conselho Regional da Odontologia. No artigo sexto, são descritos os atos legais à profissão, decorrentes de conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica, em curso regular de Odontologia em Instituições de Ensino Superior ou em cursos de pós-graduação. Os artigos sétimo ao décimo primeiro tratam das restrições legais ao exercício odontológico em território. (CONSELHO

REGIONAL DE ODONTOLOGIA, 2004) O Decreto-Lei 150 trata da obrigatoriedade o registro do diploma junto aos conselhos regionais de Odontologia para a legitimação do direito ao exercício profissional. Lei 6215 garante o direito ao C.D. de emissão de atestados com o valor legal para justificar falta ao serviço por motivo de doenças bucodentárias. (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA, 2004)

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

### 3.3 QUALIDADE DE VIDA

O conceito de “Qualidade de Vida” não apresenta definição consensual. Para a OMS (Organização Mundial da Saúde), é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, o contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações”. (THE WHOQOL-GROUP, 1994).

Lipp (1996) define qualidade de vida como sendo: “o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde. Torna-se necessário que a pessoa tenha sucesso em todos esses quadrantes para que seja considerada como tendo uma boa qualidade de vida. Não adianta você ter muito sucesso só na sua carreira, ou só na área social e não ter nas outras áreas”.

Portanto a qualidade de vida faz parte da vivência do ser humano e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades; cada meio social, conforme seus valores têm um conceito específico para qualidade de vida. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos. (RODRIGUES, 1999).

De acordo com Fleck (2004), a qualidade de vida está relacionada fundamentalmente com a cultura de cada indivíduo e de cada organização, sendo determinada essencialmente pela filosofia, pelo clima participativo, pela missão e

principalmente pelo desejo dos indivíduos em pertencer a ela. A qualidade de vida deixou de ser associada à prática de exercícios físicos e atualmente, essa preocupação passou a ser assunto nas organizações, podendo ser um fator decisivo na retenção de talentos. Está presente no dia a dia das pessoas que buscam satisfação, a dignidade, o bem estar, o cuidado com a saúde física e mental e, sobretudo está relacionada com os diversos fatores que determinam se uma pessoa tem ou não uma vida saudável e adequada.

### 3.4 QUALIDADE DE VIDA PESSOAL

De acordo com Lipp (1996) a qualidade de vida está diretamente relacionada com as necessidades de e expectativas humanas e a consequente satisfação desta. É claro que para obter tal realização pessoal é importante o bem estar e a saúde mental do indivíduo. Desenvolver qualidade de vida é mais que uma exigência interna e pessoal, é uma reivindicação. Para ter qualidade de vida pessoal, é preciso estar de bem com a família, com os amigos e consigo mesmo. Todos somos gerentes da própria vida, da própria saúde, da própria evolução humana e espiritual.

Por isso, por meio do processo de melhoria da qualidade de vida, busca-se um estado permanente de equilíbrio entre a saúde física, o domínio, a vivência das emoções e a elevação da consciência através de valores e crenças. A partir desse equilíbrio pessoal e interior as relações interpessoais agregam qualidade e busca-se uma harmonia com o meio ambiente.

Segundo Edllin e Golanty (1992 *apud* ALVAREZ, 1996) o processo mental talvez seja o mais importante para a saúde, porque ele determina como o indivíduo idealiza seu meio psíquico e social nos quais suas atitudes sobre a vida e como interagir com os acontecimentos para manter a qualidade de vida.

Para Roeder (2003), “as avaliações sobre Qualidade de Vida devem incluir o desempenho no trabalho e as funções de relações sociais, como também enfatizar a experiência subjetiva de vida da pessoa”. Elaborar as atividades em seus momentos adequados, trabalhar na empresa e descansar em casa, não misturar trabalho e vida pessoal e manter uma vida pessoal saudável são condições básicas para um bom desempenho profissional. Percebe-se que tomar consciência dos problemas não

basta para melhorar as condições físicas e psíquicas. É necessário mudar hábitos. As pessoas devem parar de se preocuparem com as dificuldades e se ocuparem delas. Essa é a única maneira de resolverem o que os incomodam.

### 3.5 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

França (apud Vasconcelos, 2001), considera que Qualidade de Vida no Trabalho é o conjunto das ações de uma empresa que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo.

De acordo com Bittencourt (2003), pesquisar sobre a qualidade de vida dos cirurgiões dentistas se torna relevante, pois este profissional é extremamente trabalhador, perfeccionista, priorizando suas habilidades manuais, nem que para alcançar essa perfeição tenha que se expor ao sofrimento, estresse, relações de conflito com pacientes e familiares, ansiedades e carga excessiva de trabalho. Soma-se a essas condições, as múltiplas jornadas de trabalho, carga horária que dificulta e reduz a qualidade do trabalho e da atenção, uma ausência de serviços de vigilância a saúde do trabalhador, além de centros universitários distantes da realidade de mercado formando profissionais em descompasso com as normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os pressupostos teóricos, tais como Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), segundo Macedo (1993) afirmam que para que o trabalhador possa desenvolver todas as suas competências sem que para isso sofra desgastes físicos e psicológicos que possam ocasionar doenças ocupacionais, diversos programas, pesquisas e estudos foram criados com foque na satisfação e motivação como metas para que o trabalho exerça melhor suas tarefas.

Nas sociedades ocidentais, o trabalho ocupa papel central nas relações sociais. Como o seu sentido varia de grupo para grupo, diversos estudiosos buscam compreender quais motivos exercem influência sobre a motivação do sujeito ao trabalho, e quais lhe garante satisfação afetando em sua produtividade. Morin (2001) destaca que a organização do trabalho tem por objetivo dar sentido ao produto desenvolvido pelo trabalhador, dentro de um contexto onde possa praticar e

desenvolver suas competências, exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar. Regis; Lopes (2001) afirma que é no trabalho que as pessoas têm condições de descobrir suas potencialidades de crescimento como ser humano, de valorizar-se e desenvolver auto-estima, sendo responsável pela tomada de posturas saudáveis diante da vida e da organização.

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

Segundo Bittencourt (2003), os programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e promoção da saúde proporcionam ao indivíduo maior resistência ao estresse, maior estabilidade emocional, maior motivação, maior eficiência no trabalho, melhor auto-imagem e melhor relacionamento, resultando em diminuição de acidentes, de custos de saúde assistencial e de absenteísmo, fazendo com que a organização melhore sua imagem, aumentando sua produtividade e melhorando o ambiente organizacional. Walton (1973) desenvolveu um modelo de Qualidade de Vida no Trabalho onde destaca oito fatores que afetam de maneira significativa o trabalhador no seu ambiente de trabalho. Estes fatores surgiram de questionamentos a cerca de como conceituar e medir qualidade de vida no trabalho; quais critérios devem ser adotados e como se relacionam; e como estabelecer um elo entre eles e a produtividade do trabalhador buscando uniformidade destes critérios em todos os grupos de trabalho.

A Primeira categoria trata da compensação tida como a remuneração recebida pelo trabalho realizado. Como indicador Walton (1973) utilizou: renda adequada, ou seja, a adequação da remuneração às necessidades e padrão de vida do trabalhador; equidade interna, busca adequar a remuneração equilibrando-a entre todos os membros da organização e a equidade externa, que trata de equiparar a remuneração da organização com o mercado de trabalho. Walton (1973) abordou em sua segunda categoria as condições de segurança e saúde no trabalho. Destaca cinco indicadores de análises: ambiente físico compreende higiene,



iluminação, ventilação e arrumação; jornada de trabalho como as horas trabalhadas em relação às tarefas desempenhadas; a saúde ocupacional através de programas preventivos e exames de saúde de rotina; a salubridade refere-se às condições ambientais propícias à saúde e por fim aos recursos materiais disponíveis para a execução das tarefas.

Na terceira categoria, Walton (1973) destaca o uso e desenvolvimento das capacidades do colaborador que necessita de autonomia para planejar e executar suas tarefas, múltiplas habilidades através de criatividade e raciocínio, retro-informação constante pela análise do processo de trabalho e desempenho profissional, significado da tarefa a ser executada; para que a mesma faça sentido e tenha relevância em sua vida e na organização e identidade com a tarefa fazendo com que o trabalhador seja parte integrante de sua ação. Na quarta categoria foram contemplados os itens crescimento e segurança organizacional de carreira, interpretada como possibilidade de promoção profissional; crescimento profissional através do desenvolvimento de suas atribuições.

Walton (1973) em sua quinta categoria enfoca a integração social na empresa, considerando a auto-estima do trabalhador no seu ambiente de trabalho. Três indicadores foram levantados: a ausência de preconceitos entre os membros da organização; o relacionamento estabelecendo confiança mútua entre diversos funcionários, indiferente da posição hierárquica e o senso comum que enfatiza o espírito coletivo e relacionamentos extra-organizacionais. A sexta categoria engloba o constitucionalismo através de: direito à privacidade, respeitando a individualidade do funcionário; direito de posicionamento pela liberdade de expressão sem apreensão ou boicotes e direito de tratamento equânime em todos os assuntos, como direitos trabalhistas, por exemplo.

Na sétima categoria analisa-se o trabalho e o espaço total de vida, comparando o tempo dependido entre trabalho e a vida pessoal. Foram usados três indicadores: papel balanceado no trabalho, significado do trabalho e tempo para o lazer, a relevância social da vida no trabalho foi abordada na oitava categoria, onde Walton (1973) através de dois indicadores: valorização do trabalhador e a responsabilidade social da organização analisam o impacto do trabalho desenvolvido, a percepção de sua importância pelo trabalhador bem como o impacto

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

A significância do trabalho é o grau em que o indivíduo percebe o trabalho como sendo importante, valioso e significativo. A percepção da responsabilidade pelos resultados trata-se de até que ponto o indivíduo se sente pessoalmente responsável. O conhecimento dos resultados do trabalho envolve a medida que o indivíduo entende, em uma base regular, o quanto está efetivamente executando a tarefa. Como terceiro modelo vemos as quatro dimensões da qualidade de vida no trabalho de Westley (1975), onde através de indicadores econômico, políticos, psicológicos e sociológicos são apresentados os problemas que dificultam a qualidade de vida no trabalho bem como as soluções para resolvê-los.

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

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

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

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

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

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

por uma organização deve levar em conta os mais diversos aspectos, específicos outros mais abrangentes da vida do indivíduo.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

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

### 4.2 CENÁRIO E PERÍODO DA PESQUISA

O cenário da pesquisa se deu no município de Cascavel-Ce, por se tratar da região de atuação do autor e seu interesse em caracterizar a Qualidade de Vida dos Cirurgiões Dentistas que prestam serviço município.

Cascavel é um município brasileiro da Região Metropolitana de Fortaleza, do estado do Ceará. Sua população estimada em 2014 é de 69.498 segundo o IBGE. O município é dividido em 6 distritos: Cascavel (sede), Caponga, Guanacés, Cristais, Jacarecoara e Pitombeiras. Boa parte do território é coberta por várias espécies de mata serrana, cerrados, caatinga arbustiva aberta e densa, mais ao interior, e por tabuleiros costeiros, mais próximos ao litoral. Apresenta também regiões de mangue próximo à foz do rio Choró. Suas praias atraem turistas e o clima é tropical quente.

No âmbito da saúde a rede é composta por unidades de atenção básica, onde são ofertados os serviços odontológicos da atenção básica nos períodos manhã e tarde, de segunda a sexta. Em relação às urgências odontológicas, não existem serviços que prestem atenção em odontologia à população fora do horário normal do expediente das unidades de saúde, ou seja, nenhum serviço de pronto-atendimento possui odontologia, sendo que dessa forma o atendimento aos traumas de face é encaminhado para hospitais da atenção terciária na capital do Estado.

Os cirurgiões-dentistas obedecem a jornadas de 20 e 40 horas, com uma média de atendimento de 06 a 10 pessoas conforme orientação das Portarias do Ministério da Saúde nº 267/2001 e nº 1.101/2002. Com a instalação das equipes de saúde bucal no programa de saúde da família, os cirurgiões-dentistas começaram a incorporar novas práticas, como visitas domiciliares, realização de campanhas preventivas na comunidade, e uma maior participação no gerenciamento dos

serviços através de um controle social mais amplo, exigindo a participação dos profissionais.

A pesquisa foi realizada durante o último trimestre do ano de 2015.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os serviços públicos de Odontologia do município de Cascavel-Ce contam com 20 cirurgiões-dentistas, distribuídos em unidades de saúde na sede e nos distritos do município. Os instrumentos foram entregues a todos os cirurgiões-dentistas através da coordenação da saúde bucal municipal, e foram recolhidos após período combinado, usando da mesma estratégia. A resposta foi de 100% dos profissionais, portanto 20 (vinte) cirurgiões-dentistas foram utilizados como amostra, sendo 8 (oito) do sexo feminino e 12 (doze) do sexo masculino.

Como se tratando de pessoas e com variáveis em que a resposta pode ser influenciada pelas aspirações dos entrevistados, como por exemplo, a vaidade, o complexo de superioridade, a vergonha de revelar uma situação negativa, etc., não se pode a priori afirmar que uma das variáveis citadas acima é mais conveniente do que as outras, resultando em respostas nem sempre fidedignas.

#### 4.4 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

A amostra deste estudo foi intencional, circunscrita apenas a cirurgiões-dentistas da rede pública municipal e Cascavel-Ce, que atendem basicamente na atenção básica, visto que os serviços de média e alta complexidade (procedimentos especializados) praticamente não são ofertados a população nesta região, ficando restrito apenas a alguns poucos serviços e ao CEO (Centro de Especialidade Odontológica).

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

Desta maneira, não houve necessidade de agrupá-los por especialidade, visto que quase a totalidade trabalha em unidades básicas, com procedimentos compreendidos na atenção básica padronizada conforme Tabela do Sistema de

Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (tabela SIA/SUS), que serve para análise de produção dos serviços próprios ou referenciados do Sistema Único de Saúde.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi procedida de conversas com os responsáveis pelos serviços de odontologia. Os profissionais recebiam esclarecimentos sobre a intenção do trabalho, bem como do conteúdo e significado dos instrumentos empregados.

Os dados foram coletados tendo como amostra, cirurgiões-dentistas da rede pública municipal, durante 3 (três) meses.

Uma carta-convite e um instrumento de entrevista, chamado de Inventário de Qualidade de Vida, desenvolvido por Marilda Lipp (1996).

O instrumento, baseado na literatura de Lipp (1996) foi usado para avaliar qualidade de vida dos entrevistados.

Após entrega dos questionários, foi estipulado um prazo de 02 semanas para a entrega do material a coordenação de saúde bucal do município na Secretaria Municipal de Saúde, que comunicava ao pesquisador que os recolhia então. Esta metodologia foi escolhida, pois não acarretaria em prejuízo de tempo ao serviço, possibilitando maior liberdade e conforto ao entrevistado em responder o instrumento.

#### 4.6 INSTRUMENTO

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

Os teste traz a seguinte orientação para quem o realiza:

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

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

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

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



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 QUALIDADE DE VIDA DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS ENTREVISTADOS

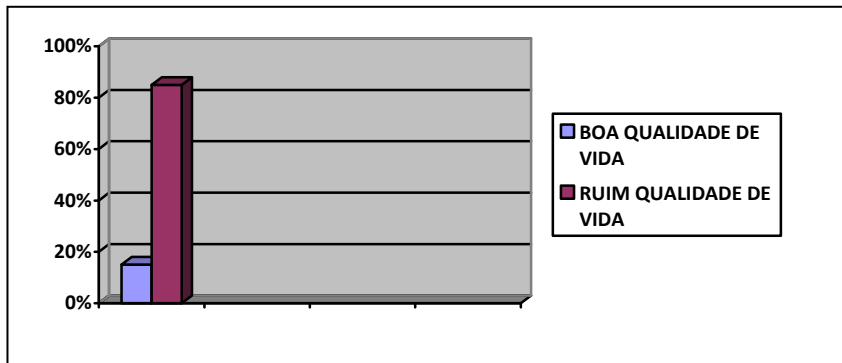
O inventário baseado em Lipp (1996), apresentou apenas 3 (15%) dos entrevistados com qualidade de vida considerada adequada em todos os quadrantes (social, afetivo, profissional e saúde). Destes 3 respondentes, 2 (10%) são de sexo masculino e 1 (5%) são do sexo feminino.

Em relação aos 2 (dois) entrevistados do sexo masculino que obtiveram sucesso em todos os quadrantes, ambos eram solteiros, com uma jornada de trabalho respectiva de 10 horas e 12 horas diárias de trabalho. Ambos atuam há 2 anos, é importante salientar que os dois profissionais exercem alguma atividade educativa.

Em relação à única mulher que obteve sucesso em todos os quadrantes, essa era solteira, trabalhava em dois empregos, declarou se dedicar a atividades educativas e possui uma jornada de trabalho superior a 10 horas. Estas variáveis poderiam ocasionar insucesso em pelo menos um dos quadrantes analisados. Talvez o fato dela ser recém formada e exercer a profissão a menos de 1 ano faça com que se sinta mais segura e cheia de animo em relação ao trabalho, diminuindo sua ansiedade.

A maioria dos entrevistados, ou seja, 17 (85%) dos cirurgiões-dentistas obtiveram insucesso em um ou mais dos quadrantes alistados. Conclui-se que por ser uma população jovem, 16 (80%) dos profissionais entre 20 e 39 anos, com pouco tempo de exercício da profissão, é natural que apresentem uma insatisfação em relação a sua vida pessoal e profissional. (DAVIDONE, 1996).

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

**Figura 1: Resultado do inventário de qualidade de vida**

Fonte : Autor

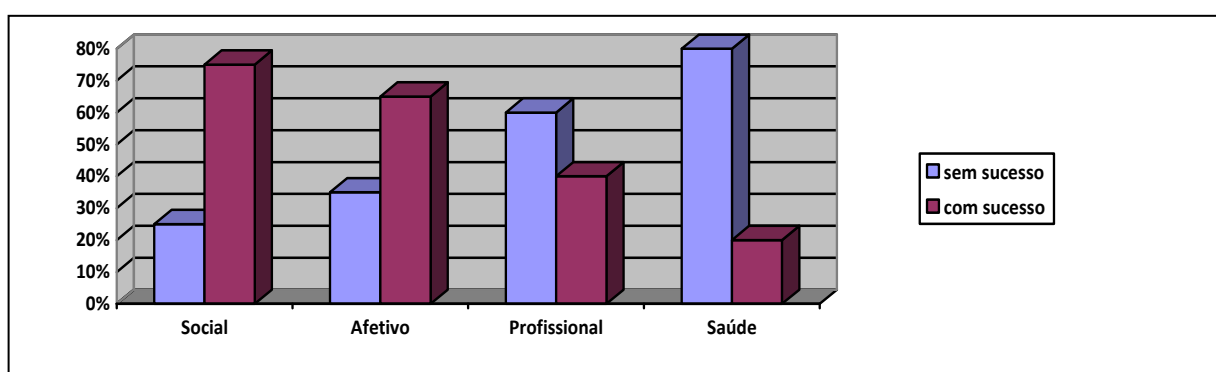
Na análise individual dos quadrantes observa-se: quadrante social, 75% da população avaliada obteve sucesso e os outros 25% não obtiveram sucesso neste quadrante. A maioria disse gostar de passear sem pressa ou horários, seguidos pelas afirmações ter amigos os quais socializo em casa e gostar de conversar sobre assuntos não relacionados ao seu trabalho. Como a maior parte da população é jovem acredita-se possuírem uma vida social mais ativa, o que justificaria os passeios, os encontros com amigos e o gostar de conversar sobre assuntos não relacionados ao trabalho.

**QUADRO 1:** Resultado do Inventário de Qualidade de Vida aplicado aos cirurgiões dentistas.

QUADRANTES	SUCESSO	SEM SUCESSO
Social	75%	25%
Afetivo	65%	35%
Profissional	40%	60%
Saúde	20%	80%

**QUADRO 2:** Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante social

QUADRANTE SOCIAL	Freq.Absoluta		Freq.(%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.Tenho amigos com os quais socializo em casa	19	01	95%	05%
2.A maior parte dos meus amigos dependem de mim para algo importante	03	17	15%	85%
3.Gosto de conversar sobre assuntos não relacionados ao meu trabalho	20	00	100%	00
4.Há horas em que acho que visitar e receber amigos em casa é uma perda de tempo	05	15	25%	75%
5.Converso com meus vizinhos	14	06	70%	30%
6.Sinto-me desconfortável	09	11	45%	55%
7.Colaboro com alguma instituição de caridade	09	11	45%	55%
8.As vezes me esquivo de atender telefonemas de amigos	11	09	55%	45%
9.Prefiro conversar sobre negócios, mesmo em uma festa	01	19	5%	95%
10.Gosto de passear sem pressa ou horários	18	02	90%	10%

**Figura 2: Qualidade de Vida – Resultado por quadrantes**

Fonte: Autor

No quadrante afetivo, 13 (65%) dos respondentes obtiveram sucesso. Entre os itens com maior aprovação estão: às vezes fico lembrando pequenos episódios bons da minha vida 19 (95%), recebo afeto 20 (100%), dou afeto 19 (95%) e admiro

e gosto de mim mesmo 20 (100%) (LIPP, 1996). Os índices com aprovação menor são: sou comunicativo e alegre com meus filhos 9 (45%) e minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela semanalmente 10 (50%). (LIPP, 1996).

**QUADRO 3:** Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante afetivo

QUADRANTE AFETIVO	Freq.Absoluta		Freq.(%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.Tenho um relacionamento afetivo estável – esposa(o) namorada (o)	19	01	95%	05%
2.Sou admirado por minhas qualidades além da minha atuação profissional	19	01	95%	05%
3.Sou comunicativo e alegre com meus filhos	11	09	55%	45%
4.Minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela semanalmente	10	10	50%	50%
5.Recebo afeto	20	00	100%	00
6.Dou afeto	19	01	95%	05%
7.Admiro e gosto de mim mesmo	20	00	100%	00
8.Gosto de observar a natureza e faço sempre	13	07	65%	35%
9.As vezes fico lembrando pequenos episódios bons da minha vida	19	01	95%	05%
10.Comemoro com prazer as datas importantes para mim	16	04	80%	20%

Os números apresentados mostram-nos que os entrevistados não apresentam maiores problemas em relacionar-se afetivamente com outras pessoas. Entretanto, no que tange a vida familiar, os cirurgiões-dentistas através de suas respostas demonstraram um desempenho inferior aos outros itens. A jornada de trabalho elevada, o número de cada vez maior de empregos faz com que os indivíduos relacionem-se a maior parte do tempo com colegas de trabalho e clientes, e cada vez menos com seus familiares. Walton (1973) afirma ser importante exercer papel balanceado no trabalho e dedicar tempo para o lazer e família.

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

**QUADRO 4:** Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante afetivo.

	Freq.Absoluta		Freq.(%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
<b>QUADRANTE PROFISSIONAL</b>				
1.Sou competente em meu trabalho	20	00	100%	00
2.Tenho metas quanto ao que quero fazer	20	00	100%	00
3.Meu trabalho é reconhecido por outros	15	05	75%	25%
4.Não tenho medo do futuro no que se refere ao trabalho	11	09	55%	45%
5.Ganho satisfatoriamente	03	17	15%	85%
6.Se pudesse pararia de trabalhar	06	14	30%	70%
7.Sinto que contribuo para o sucesso da empresa	19	01	95%	05%
8.Escolhi a profissão errada para mim	00	20	00	100%
9.Meu trabalho me oferece segurança	05	15	25%	75%
10.Se fosse possível mudaria de emprego	11	09	55%	45%

No quadrante profissional: Apenas 8 (40%) dos profissionais declararam ser bem sucedidos e 12 (60%) afirmaram não ter obtido sucesso neste quadrante. Analisando a tabela com os resultados do quadrante e fazendo uma comparação com as dimensões de Qualidade de Vida no Trabalho, nota-se que ao responder as questões relativas ao desempenho no trabalho e suas repercussões sociais, tais quais: sou competente em meu trabalho, tenho metas quanto ao que eu quero fazer, meu trabalho é reconhecido por outros e sinto que contribuo para o sucesso de

minha empresa, obteve-se mais de 90% de respostas afirmativas, o que nos leva a crer que o trabalho está permitindo o uso e desenvolvimento de capacidades, possuindo relevância social (WALTON, 1973), fornece identidade de tarefa e feedback (HACKMAN e OLDHAM, 1975), possui projetos de cargos referente a capacidade e expectativas sociais do trabalhador (WERTHER e DAVIS, 1983), permitindo participações nas decisões, fazendo com que o empregado tome parte no processo (HUSE e CUMMINGS, 1985).

Apesar da maioria dos entrevistados não ter atingido sucesso nesse no quadrante profissional, os cirurgiões-dentistas entrevistados estão satisfeitos com sua profissão. E aos que responderam se escolheram a profissão errada, 100% responderam que não, 55% declararam que não mudariam de emprego se fosse possível, o que nos leva a acreditar que não mudariam de profissão, apenas de emprego.

Em relação à remuneração, o percentual de respondentes satisfeitos apresenta um considerável decréscimo, quando comparado a outros indicadores. Os que responderam estar satisfeitos com a remuneração contabilizam apenas 15% dos respondentes, partindo dos indicadores abordados por Walton (1973) em relação à remuneração: renda adequada para seu padrão de vida, equidade interna, ou seja, equilíbrio entre remuneração dos membros de uma organização e equidade externa, equilíbrio entre remuneração da empresa e do mercado de trabalho, percebe-se que em um ou mais dos indicadores não está satisfazendo a categoria.

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

Como consequência de praticamente metade dos entrevistados (51%) não possuem medo do futuro no que se refere ao trabalho, onde 49% responderam afirmativamente e em relação a segurança oferecida pelo trabalho só 25% responderam que sim. Westley (1979) afirma que um dos problemas que afeta a qualidade de vida no trabalho é o indicador político, que causa insegurança no

indivíduo dada à centralização do poder nas mãos dos superiores. E com isso os trabalhadores podem ser despedidos a qualquer momento, gerando ansiedade e toda sorte de doenças ocupacionais.

**QUADRO 5:** Inventário de Qualidade de Vida – resultado do quadrante saúde.

QUADRANTE SAÚDE	Freq.Absoluta		Freq.(%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.Raramente sinto cefaleias	12	08	60%	40%
2.Minha pressão arterial está normal	16	04	80%	20%
3.Não tenho problemas dermatológicos	09	11	55%	45%
4.Não é freqüente ter azia	16	04	80%	20%
5.Faço check-up regularmente	07	13	35%	65%
6.Vou ao dentista todo ano	11	09	55%	45%
7.Faço exercícios físicos pelo menos três vezes por semana	13	07	65%	35%
8.Minha alimentação é saudável	11	09	55%	45%
9.Utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso	03	17	15%	85%
10.Consigo me desligar dos problemas para descansar	06	14	30%	60%
11.Tomo calmantes regularmente	00	20	00	100%
12.Tenho estabilidade emocional	16	04	80%	20%
13.Sofro de ansiedade e angústia	05	15	25%	75%
14.Meu peso está dentro da média	13	07	65%	35%
15.Durmo bem	19	01	95%	05%

No quadrante saúde, o estudo levantou que 4 (20%) dos profissionais obtiveram sucesso, enquanto 16 (80%) fracassaram ao responder questões relativas à sua saúde. Entre as respostas que apresentaram maior preocupação estão: faço exercícios físicos pelo menos três vezes por semana com 35% de respostas negativas e utilizo técnicas de relaxamento quando tenso com 85% de respostas negativas. Segundo Tagliavini e Poi (1998), ao analisarem um estudo publicado pela NASA, agência espacial norte-americana, afirmam que os profissionais ativos têm

um nível de produtividade diária constante, enquanto os sedentários apresentam queda de 50% e nas 2 horas últimas do dia. Soma-se a ocorrência maior de doenças cardíacas, câncer de cólon e diabetes, entre outras enfermidades decorrentes do sedentarismo.

Quanto à alimentação, 55% afirmam alimentar-se corretamente, resposta coerente se analisarmos que 65% declararam estar com peso dentro da média. Apesar de 65% dos profissionais não fazerem check up regulamente, 80% declara possuir pressão arterial normal, com 60% dos cirurgiões-dentistas raramente apresentado quadros de cefaléia.

Quando questionados sobre crises de ansiedade e angústia, 75% responderam não apresentar sintomas, tanto que 90% afirmam ter estabilidade emocional com 100% dos profissionais respondendo não tomar calmantes com regularidade. Em relação ao sono 95% afirmam dormir bem, mesmo com 30% de a amostra declarar não conseguir se desligar dos problemas para descansar. Os valores correspondem aos dados obtidos pelo perfil dos cirurgiões-dentistas em relação ao sono que nos apresenta 75% dos profissionais dormindo entre 7 e 8 horas por dia.

## 5.2 QUALIDADE DE VIDA: SEXO MASCULINO X SEXO FEMININO.

No quadrante social houve 9 homens (75%) e 6 mulheres (75%) com boa qualidade de vida. No quadrante afetivo houve 9 homens (75%) e 4 mulheres (50%) com boa qualidade de vida. No quadrante profissional houve 5 homens (41,6%) e 3 mulheres (37,5%) com adequada qualidade de vida. No quadrante saúde apenas 3 homens (25%) e 4 mulheres (50%) obtiveram boa qualidade de vida. Portanto entre os que apresentam sucesso entre todos os quadrantes os homens apenas 16,6% e as mulheres apresentam apenas 12,5% .

## 5.3 QUALIDADE DE VIDA POR TIPO DE CONTRATO DE TRABALHO.

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



quadrantes, os que trabalham em 3 ou mais, representam apenas 14% (01) dos bem sucedidos.

O assalariamento da profissão, o grande número de profissionais no mercado e a perda de poder aquisitivo da população, obriga grande parte dos profissionais a exercerem jornadas de trabalho cada vez mais longas, em diversos empregos, o que além de exaurir pelo cansaço físico e mental ocasionando doenças ocupacionais, afasta o indivíduo da família acarretando desagregação familiar e social, afetando negativamente na qualidade de vida do cirurgião-dentista e de sua família. Zanetti (1999 apud REIBNITZ, 2003) afirma que o mercado de serviços curativos de massa vem passando por mudanças que estão provocando o seu esgotamento, ocasionando uma inversão no modelo clínico na forma liberal tradicional para outros tipos de exercícios profissionais (públicos, conveniados, entre outros...).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 6.1 CONCLUSÕES

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

Como objetivo teve-se a avaliação da qualidade de vida dos cirurgiões dentistas do serviço público municipal de Cascavel-Ce. Para tal relatou-se a história da odontologia no Brasil, passando pela caracterização da prática odontológica e suas particularidades. Por fim levantaram-se modelos de qualidade de vida, qualidade de vida pessoal, qualidade de vida no trabalho, sendo que a qualidade de vida no trabalho nos permite identificar que o trabalho ocupa grande parte da vida do indivíduo e irá interferir nas outras esferas de sua existência.

Utilizaram-se questionários de qualidade de vida, aplicando aos 20 cirurgiões dentistas que atuam na rede pública municipal do município de Cascavel-Ce. Houve maior participação masculina, maioria entre 24 e 39 anos, mostrando uma população jovem que se encontra pouco tempo expostos as adversidades da profissão.

Os dados mais alarmantes foram que apenas 15% das amostras apresentaram boa qualidade de vida caracterizado por todos os quadrantes satisfatórios, apesar de alguns quadrantes obterem desempenho melhor como no quadrante social com 75% de aprovação, o quadrante relativo a saúde foi o que obteve maior índice de insucesso com 80% de reprovação. É importante salientar que como profissionais da saúde, os cirurgiões dentistas deveriam possuir acepções e práticas mais condizentes com seus saberes e fazeres, dessa forma cuidar da própria saúde para manter os níveis de qualidade de vida se torna uma prática fundamental.

O levantamento da qualidade de vida dos profissionais do serviço público pode servir de base para o desenvolvimento e implantação de uma política de recursos humanos no Sistema Único de Saúde, melhorando as condições de trabalho, propiciando mais saúde aos funcionários, que trabalharão com mais prazer

transferindo qualidade ao serviço prestado. Aliás, como foi abordado, fatores externos à organização também devem ser considerados, pois interferem na performance profissional podendo causar desajustes que acarretarão em desempenho inferior ao esperado.

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

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

## 6.2 RECOMENDAÇÕES PARA FUTUROS TRABALHOS

Como recomendações para futuros trabalhos, pode-se destacar:

- Avaliar a qualidade de vida de outros profissionais do Sistema Único de Saúde;
- Avaliar qualidade de vida no trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ, B.R. **Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Trabalhadores.**

Monografia (Pós-Graduação em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 1996.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 2 dez. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Brasília: **CONASS**, 2011. 291p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_us\\_v.1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_us_v.1.pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em : [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 2 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004.** Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior- SINAES e dá outras providências. Disponível em : <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/leisinaes.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA. **Legislação odontológica.** Disponível em: <[www.crosc.org.br](http://www.crosc.org.br)> Acesso em: 15 dez. 2015

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Cadastro do cirurgião-dentista.** Disponível em: <[www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br)> Acesso em : 15 dez. 2015

COSTA, J.F.R.;CHAGAS, L.D.;SILVESTRE, R.M. (Orgs.) A política nacional de saúde bucal no Brasil; registro de uma conquista histórica. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2006. 67p. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Sala5545.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 015

EVANS, P. Carreira, sucesso e qualidade de vida. **Revista de Administração de Empresas.** n.3, v.36, p.14-22, jul/ago/set. 1996.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-Bref**. Rev. Saúde Pública, v. 34, n.2, p.178-83, 2004.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Development of the job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, v. 60, n.2, p.59-70, 1975.

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

JORGE, Waldir Antônio. Urgências Sistêmicas em Consultório Odontológico. In: **Atualização na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

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

LIPP, M. N. (org). **Pesquisa sobre Estresse no Brasil: saúde, ocupação e grupo de risco**. São Paulo: Papyrus, 1996.

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

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 41, n.3, p.8-16, jul/set 2001.

MORAES, L. R. F. **Resgatar a questão da qualidade de vida no trabalho - Uma imposição atual**. Tendências do Trabalho. p.21-22, abr 1989.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá; **Dental Press**, 2010. 96p.

MORITA, M. C. ET AL. Projeto Pró-Saúde Odontologia: relato das atividades iniciais em Universidades do Estado do Paraná. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.

8,2,p.5357,jun.2007b.Disponível.em:<[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n2/Relato%20\\_v8%20n2\\_.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n2/Relato%20_v8%20n2_.pdf)> Acesso em: 2 de Nov.2015

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

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

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial**. Petrópolis: Vozes, 1999.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de Vida no Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995.

ROEDER, M. A. **Atividade física, saúde mental & qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

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

THE WHOQOL GROUP. **Development of the WHOQOL: Rationale and current status**. International Journal of Mental Health, v.23, p.24-56, 1994.

VASCONCELOS, A. F. **Qualidade de Vida no trabalho**. In: **Caderno de Pesquisa em Administração**. São Paulo, n.1, v.8, p. 23-41, janeiro/março. 2001<sup>a</sup>.

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

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

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

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – INVENTÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA**

<b>QUADRANTE SOCIAL</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.Tenho amigos com os quais socializo em casa				
2.A maior parte dos meus amigos dependem de mim para algo importante				
3.Gosto de conversar sobre assuntos não relacionados ao meu trabalho				
4.Há horas em que acho que visitar e receber amigos em casa é uma perda de tempo				
5.Converso com meus vizinhos				
6.Sinto-me desconfortável				
7.Colaboro com alguma instituição de caridade				
8.As vezes me esquivo de atender telefonemas de amigos				
9.Prefiro conversar sobre negócios, mesmo em uma festa				
10.Gosto de passear sem pressa ou horários				

<b>QUADRANTE AFETIVO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.Tenho um relacionamento afetivo estável – esposa(o) namorada (o)				
2.Sou admirado por minhas qualidades além da minha atuação profissional				
3.Sou comunicativo e alegre com meus filhos				
4.Minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela semanalmente				
5.Recebo afeto				
6.Dou afeto				
7.Admiro e gosto de mim mesmo				
8.Gosto de observar a natureza e faço sempre				
9.As vezes fico lembrando pequenos episódios				



bons da minha vida				
10.Comemoro com prazer as datas importantes para mim				

<b>QUADRANTE PROFISSIONAL</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.Sou competente em meu trabalho				
2.Tenho metas quanto ao que quero fazer				
3.Meu trabalho é reconhecido por outros				
4.Não tenho medo do futuro no que se refere ao trabalho				
5.Ganho satisfatoriamente				
6.Se pudesse pararia de trabalhar				
7.Sinto que contribuo para o sucesso da empresa				
8.Escolhi a profissão errada para mim				
9.Meu trabalho me oferece segurança				
10.Se fosse possível mudaria de emprego				

<b>QUADRANTE SAÚDE</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.Raramente sinto cefaléias				
2.Minha pressão arterial está normal				
3.Não tenho problemas dermatológicos				
4.Não é freqüente ter azia				
5.Faço check-up regularmente				
6.Vou ao dentista todo ano				
7.Faço exercícios físicos pelo menos três vezes por semana				
8.Minha alimentação é saudável				
9.Utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso				
10.Consigo me desligar dos problemas para descansar				
11.Tomo calmantes regularmente				
12.Tenho estabilidade emocional				

13.Sofro de ansiedade e angústia				
14.Meu peso está dentro da média				
15.Durmo bem				

A correção do teste:

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

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

QUADRANTES	SUCESSO	SEM SUCESSO
Social		
Afetivo		
Profissional		
Saúde		

## APÊNDICE B – CARTA-CONVITE PARA PARTICIPAR DO ESTUDO

Você está participando de um estudo a respeito de Qualidade de Vida do Cirurgião-Dentista servidor público municipal. O questionário em anexo, faz parte da Dissertação de Pós Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

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

Grato antecipadamente,

Luiz Franklin de Souza

luizfranklin321@hotmail.com.br