

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO - UFES
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS - CCJE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO - PPGADM**

RAFAEL BARBOSA MARIANO

**DESVENDANDO A RELAÇÃO DENTISTA-PACIENTE: UMA ABORDAGEM
ERGONÔMICA PARA ALÉM DO FERRAMENTAL**

**VITÓRIA – ES
2012**

RAFAEL BARBOSA MARIANO

**DESVENDANDO A RELAÇÃO DENTISTA-PACIENTE: UMA ABORDAGEM
ERGONÔMICA PARA ALÉM DO FERRAMENTAL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Administração do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Ricardo Roberto Behr

CO-ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Simone da Costa Fernandes

Núcleo de Estudos em Tecnologias de Gestão e Subjetividades

**Vitória – ES
2012**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

M333d Mariano, Rafael Barbosa, 1984-
Desvendando a relação dentista-paciente: uma abordagem ergonômica para além do ferramental / Rafael Barbosa Mariano. – 2012.
138 f.

Orientador: Ricardo Roberto Behr.
Coorientador: Simone da Costa Fernandes.
Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas.

1. Ergonomia. 2. Dentistas. 3. Pacientes. 4. Cirurgiões-dentistas e pacientes. I. Behr, Ricardo Roberto. II. Fernandes, Simone da Costa. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. IV. Título.

CDU: 65

**“DESVENDANDO A RELAÇÃO DENTISTA-PACIENTE: UMA ABORDAGEM
ERGONÔMICA PARA ALÉM DO FERRAMENTAL”**

RAFAEL BARBOSA MARIANO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Administração.

Aprovada em 20 de Abril de 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Roberto Behr
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof.^a Dr.^a Simone da Costa Fernandes
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Alfredo Leite da Silva
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Rudimar Antunes da Rocha
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Agradecer é apenas um pequeníssimo gesto de gratidão àqueles que ajudaram e contribuíram para a realização dessa importante etapa da minha vida.

Em primeiro lugar a Deus, onipotente, onipresente e onisciente. Aquele que me deu a benção e força para realizá-la. É Dele essa vitória.

Aos meus pais (João e Jussara), meus avós (José Barbosa e Amélia) e minhas irmãs (Amanda e Nicole) pelo apoio, pela confiança, por acreditarem em mim e por não me deixarem desanimar nos momentos mais difíceis desse percurso.

À minha namorada, minha companheira e amiga Amanda, pelo amor, carinho e compreensão no final dessa etapa que se conclui e pela presença em todas as outras que virão.

Ao meu orientador, professor Pós-Doutor Ricardo Behr, pela compreensão, paciência e pela disposição em aceitar o desafio de me orientar, mesmo não sendo este o tema central de suas vertentes de estudo.

À minha co-orientadora, professora Doutora Simone da Costa Fernandes, que muito mais que ajudar na orientação dessa pesquisa foi uma grande amiga, exemplo de profissional e pessoa que será referência para a minha vida acadêmica e pessoal.

Aos meus pais e irmãos “postigos”, Tio Niltinho, Tia Isabel, Hanna e Igor que me acolheram como um filho/irmão nesses dois anos. Minha eterna gratidão por tudo que fizeram por mim, por me provarem a benção que é ter uma família de verdade.

Ao meu amigo de fé, meu irmão, também acadêmico Rodolpho Vasconcellos, que me fez crer no impossível, a quem devo a realização desse mestrado.

À toda família Mariano, à família Sarte, ao amigo Marlon Peixoto e Renato Baldan, e todas outras pessoas que torceram por mim.

Aos meus amigos de turma, Adelson, Charlene, Iorrana, Maíra, Camila, Thaís, Viviane, Leandro e Luana. E em especial ao grande amigo Rodrigo Kuyumjian pelas infundáveis conversas “castoridianas” e pelo apoio ao longo desses dois anos.

Agradeço também aos professores que participaram da banca de qualificação dessa dissertação, Prof. Alfredo Rodrigues Leite da Silva e Prof^a. Raquel Barone, cujas considerações, críticas e sugestões foram essenciais para o amadurecimento acadêmico da pesquisa. Também a todos os professores do PPGADM/UFES, fica o meu agradecimento.

À CAPES pelo apoio durante o curso de Pós-Graduação, possibilitando o desenvolvimento desse trabalho.

Por fim agradeço a todos os profissionais e pacientes que contribuíram para o desenvolvimento dessa pesquisa.

RESUMO

Os estudos ergonômicos existentes sobre o trabalho dos odontólogos são, em grande parte, orientados para questões relativas à postura, ao uso de equipamentos ergonômicos, ao acometimento por doenças e a outras abordagens que procuram intervir principalmente em aspectos físicos da atividade do dentista. Ao serem realizadas pesquisas cujo foco predominante seja esse, criam-se lacunas no campo de estudo em relação a outros conhecimentos que poderiam advir deste universo. Nesse sentido, buscando ampliar tal conhecimento, o objetivo dessa pesquisa foi identificar os atributos e as principais características subjetivas que permeiam a relação estabelecida entre o profissional e o paciente e quais são as suas implicações para o profissional e para os pacientes. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de cunho qualitativo que se baseou na metodologia própria da ergonomia de linha francesa – a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) –, que se utilizou de referencial teórico, entrevistas de roteiro semi-estruturado e observação direta no campo de estudo para seu desenvolvimento. Foram escolhidos vinte sujeitos de pesquisa, sendo dezesseis pacientes e quatro profissionais, que foram selecionados utilizando-se critérios de idade e gênero. O acompanhamento dos profissionais se deu no seu local de trabalho (consultórios ou clínicas odontológicas) e tiveram a duração de uma semana em cada um. Para maior facilidade na compreensão dos resultados obtidos nas entrevistas e nas observações no campo, os aspectos mais importantes foram divididos em dois grupos, o dos pacientes e o dos profissionais. Para os pacientes os pontos mais importantes se relacionaram ao medo de ir ao dentista, aos altos valores cobrados pelos profissionais, aos critérios utilizados pelos mesmos para escolherem ou continuarem indo ao profissional que os estavam atendendo e aos fatores que determinaram a confiança no dentista. Para os profissionais, os aspectos mais relevantes da relação estabelecida com os pacientes dizem respeito à desvalorização percebida na sua atividade de trabalho, às situações que geram estresse, à pressão e aos constrangimentos experimentados no dia a dia de trabalho e ao fator experiência e ensino acadêmico para lidar com tais situações. Concluiu-se que a relação estabelecida entre o odontólogo e o paciente é complexa e tem implicações que vão muito além do que acontece dentro do ambiente físico do consultório, afetando não só a vida profissional, mas a vida pessoal de pacientes e dentistas.

Palavras-chave: Ergonomia; Dentistas; Pacientes; Cirurgiões-dentistas e pacientes.

ABSTRACT

The existing ergonomic studies concerning dentists' work of are largely oriented to posture issues, to the use of ergonomic equipment, to the ensuing diseases and other approaches that seek to intervene mainly in dentist physical activity. As best part of researches are conducted on said focus, gaps are created in this study field, since other relevant aspects are could be lift from this universe. In this sense, seeking to expand knowledge in this area, this research goal was to identify the attributes and the main subjective characteristics that permeate the relationship between professionals and patients and what are the implications for the both. To this end, was carried out a qualitative research methodology which was based on a specific french ergonomic analytical apparatus – the Ergonomic Work Analysis (EWA) - and used for research development its theoretical framework, semi-structured interviews and direct observation in study field. Twenty people were choosen for study, being sixteen patients and four professionals, selected using age and gender criteria. The monitoring of the professionals was performed at their workplace and lasted one week each. For ease in understanding the results, the most important aspects were divided into two groups, named patients and professionals. For patients the most relevant points were related to fear going to the dentist, to the high cost charged by professionals, to the criteria used by them to choose the professional or to continue the treatment with the choosen one, and, finally, the factors influencing trust building. For professionals, the most relevant aspects of the relationship with patients relates to perceived devaluation of their activity, stressing situations, pressures and constraints experienced in daily work and, finally, the seniority (experience) factor, also mentioning the need of academic courses teaching how to deal with such situations. It was concluded that the relationship between the dentist and the patient is complex and has implications that go far beyond what happens within the physical environment of the office, affecting not only professional, but personal life of patients and dentists.

Key words: Ergonomics; Dentists; Patients; Dentists and Patients

LISTA DE ABREVIATURAS

ABERGO – Associação Brasileira de Ergonomia
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal
AET – Análise Ergonômica da Trabalho
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFO – Conselho Federal de Odontologia
COSIPA – Companhia Siderúrgica Paulista
CSN – Companhia Siderúrgica Nacional
EPI – Equipamento de Proteção Individual
GAPP – Grupo Associado de Pesquisa e Planejamento
HFS – Human Factors Society
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEA – International Ergonomics Association
IES – International Ergonomics Society
LER – Lesão por Esforço Repetitivo
NR 17 – Norma Regulamentadora 17
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SELF – Societé d’Ergonomie de Langue Française
TSB – Técnico de Saúde Bucal
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVO GERAL	13
1.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.2 JUSTIFICATIVA	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 A FORMAÇÃO DA ODONTOLOGIA.....	18
2.2 CARACTERÍSTICAS DA RELAÇÃO ENTRE O CIRURGIÃO-DENTISTA E O PACIENTE	22
2.2.1 COMUNICAÇÃO	24
2.2.2 ADESÃO AO TRATAMENTO	26
2.2.3 SATISFAÇÃO DO PACIENTE	29
2.2.4 DIFICULDADES E CONFLITOS	32
2.3 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA ERGONOMIA.....	38
2.4 ERGONOMIA.....	42
2.5 AS DUAS CORRENTES ERGONÔMICAS	45
2.5.1 TAREFA E ATIVIDADE	49
2.5.2 A COMPLEXIDADE DO TRABALHO.....	51
2.5.3 VARIABILIDADE E A ERGONOMIA COGNITIVA	54
2.6 A ERGONOMIA NO BRASIL	56
2.7 A ERGONOMIA NO CAMPO DA ODONTOLOGIA	59
2.8 ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO.....	63
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	67
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	67
3.2 SUJEITOS DE PESQUISA	68
3.3 MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	70
3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	73
3.5 LIMITAÇÕES DO MÉTODO	75
4 RESULTADOS DE PESQUISA E DISCUSSÃO.....	76
4.1 ANÁLISE DOS DADOS A PARTIR DOS PACIENTES.....	76
4.1.1 O medo de ir ao dentista	76
4.1.2 Valores dos tratamentos odontológicos	84
4.1.3 Critérios de escolha e manutenção do profissional.....	89
4.1.4 Fatores que geram confiança no profissional.....	92
4.2 ANÁLISE DOS DADOS A PARTIR DOS DENTISTAS	96
4.2.1 Desvalorização profissional.....	96

4.2.2	Estresse na atividade de trabalho	104
4.2.3	Pressão e constrangimentos do trabalho	113
4.2.4	Ensino acadêmico e experiência.....	118
5.	CONCLUSÕES	121
6.	REFERÊNCIAS	127
7.	APÊNDICES.....	133
8.	ANEXOS	137

1. INTRODUÇÃO

As relações humanas são componentes fundamentais na realização comportamental de um indivíduo. É na relação com o outro que o sujeito se compreende e se enxerga como pessoa, como indivíduo social, como parte integrante da sociedade em que vive. As interações humanas se iniciam ainda na infância, quando se aprende a relacionar com as pessoas mais próximas e continuam através do tempo, acompanhando-o em todos os estágios da vida – escola, grupo de amigos, trabalho, relacionamentos afetivos – e são parte fundamental na construção da personalidade do indivíduo.

Os traços distintivos da personalidade de cada um, as características psicológicas, o modo de agir, a história de vida e a diversidade cultural, tornam as relações interpessoais engendradas de particularidades que sugerem um alto nível de complexidade. Tal característica se estende desde as relações com as pessoas mais próximas até aquelas estabelecidas com pessoas desconhecidas, como as relações comerciais por exemplo.

A relação dentista-paciente é uma das muitas relações que são estabelecidas durante a vida de uma pessoa, e também é marcada pela complexidade característica das relações humanas. Essa dimensão ganha proporções ainda maiores quando se leva em conta não só as implicações para o paciente, mas também para o profissional, no contexto de trabalho no qual está inserido.

Dentro das diversas análises que podem ser feitas a partir da atividade do dentista, a interação entre ele e os pacientes é uma das mais interessantes e ao mesmo tempo uma das mais complexas, pois os desdobramentos que dela advêm impactam no tratamento que será realizado, na vida do paciente e até mesmo na saúde do profissional (MATIAS, 2004).

Quando se vai ao dentista, pressupõe-se que será realizado um tratamento odontológico que pode ser rápido e de simples realização, como a limpeza dos dentes e remoção de tártaro por exemplo, ou difícil e demorado como um tratamento de canal ou um implante. Qualquer que seja, estará em jogo uma enorme

quantidade de sentimentos do paciente – tais como medo, fobia e ansiedade – que têm uma grande influência no tratamento, e só poderão ser controlados ou vencidos dependendo da relação e do grau de confiança estabelecida pelo profissional com ele (GARCIA, 2005).

A confiança e o estabelecimento dessa boa relação são formados por diferentes aspectos que estão ligados diretamente à interação estabelecida entre as partes. Dentre essas, pode-se citar a capacidade de comunicação, a empatia e a satisfação do paciente com o tratamento recebido, tanto o técnico quanto o tratamento emotivo (SINHA *et al*, 2006). Quando se consegue atingir níveis satisfatórios dos aspectos citados a relação estabelecida se torna mais sólida e trazem benefícios das mais diversas ordens, como uma maior facilidade na realização do tratamento, a menor probabilidade de acontecerem eventos que tragam estresse e, por fim, uma maior satisfação do paciente.

Além disso, o tratamento odontológico envolve questões muito mais sérias e abrangentes que afetam a vida do paciente do que meramente uma questão funcional como se poderia imaginar à primeira vista. A privação no consumo de determinados alimentos, a estética, o convívio ou a retração social são algumas áreas da vida de uma pessoa que podem ser afetadas mediante um problema bucal e que conferem ainda mais importância ao grau de confiança estabelecido entre profissional e paciente para a realização do tratamento (SILVA, 2007).

Outro importante ponto dessa relação que merece destaque está ligado à variedade de pessoas a serem atendidas pelo odontólogo. Cada uma tem as suas particularidades, o seu jeito e a sua maneira de reagir frente às diferentes situações que podem surgir em um tratamento. Ou ainda aquelas que demandam condições especiais para a sua realização, como os pacientes portadores de necessidades especiais, crianças e até dependentes químicos (POSSOBON *et al*, 2007).

Essa heterogeneidade cria uma ampla diversidade de situações que exigem do profissional uma grande quantidade de saberes e diferentes maneiras de agir frente a elas, procurando resolvê-las da melhor maneira possível. Ao mesmo tempo, o profissional deve procurar manter um bom relacionamento com cada um, buscando deixar os pacientes satisfeitos com o atendimento prestado.

Essas situações evidenciam uma demanda existente nos cursos de odontologia oferecidos no país para que, além de formar profissionais bem preparados tecnicamente, não deixem de lado aspectos ligados à administração e às diversas relações interpessoais que são estabelecidas pelo dentista no exercício da sua profissão (MODAFFORE; FIGUEIREDO, 2010).

A ergonomia leva em conta esses inúmeros eventos de possível ocorrência. Para isso, usa o conceito de “complexidade” para referir-se à quantidade de elementos que compõem um determinado sistema e à maneira como estes elementos se relacionam (LEPLAT, 2004). Quando esses elementos são identificados e podem ser previstos, a análise se torna mais simples e a atividade menos complexa. Mas quando possui muitos elementos que podem agir sobre ela ou quando esses elementos são desconhecidos, a atividade é considerada mais complexa.

O estudo e a identificação dessas situações adversas na atividade de trabalho (por meio do estudo das variabilidades) e a maneira como os trabalhadores agem diante destas situações são objeto de estudo da ergonomia, cujo objetivo é compreender e apresentar soluções e propostas que tornem a atividade de trabalho melhor e mais eficiente para quem a pratica.

A Associação Internacional de Ergonomia (IEA - International Ergonomics Association) conceitua a ergonomia da seguinte maneira¹:

A Ergonomia (ou Fatores Humanos) é uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, e à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos a projetos a fim de otimizar o bem estar humano e o desempenho global do sistema.

Quando se leva em conta que a maioria das pessoas passa grande parte das suas vidas no seu local de trabalho, evidencia-se a importância que há em se manter as boas condições do mesmo para a boa saúde dos trabalhadores, no que tange aspectos de integridade física e psicológica, de bem estar e de saúde mental dos trabalhadores. Do contrário, as más condições de trabalho podem ser fonte de estresse, de cansaço físico e mental, frustração, acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e outros.

¹ Dados retirados do site www.iea.cc, acessado em 25/03/2011

Assim, procurando oferecer elementos para a compreensão do processo que envolve uma maior humanização dessa relação, essa dissertação procurará responder a seguinte questão: quais são os atributos e as características da relação dentista-paciente e como se dão os aspectos subjetivos que permeiam esta relação?

1.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo desta pesquisa é, portanto, identificar os atributos, características e aspectos subjetivos existentes na relação dentista-paciente na perspectiva da análise ergonômica.

1.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1** Identificar e compreender os diferentes aspectos subjetivos inerentes à relação dentista-paciente que são importantes e que interferem na atividade de trabalho do profissional;
- 2** Identificar como são geridas as relações interpessoais entre o dentista e os pacientes tendo como base orientadora a Análise Ergonômica do Trabalho;
- 3** Compreender os pontos relevantes da relação dentista-paciente sob a ótica dos pacientes e;
- 4** Compreender como os profissionais lidam com as situações adversas (incidentes críticos) que acontecem no seu dia a dia, dentro do consultório odontológico;

1.2 JUSTIFICATIVA

Ao buscar identificar os diferentes aspectos da relação entre o dentista e o paciente, a partir da observação direta no campo onde a mesma acontece e por meio de entrevistas com os sujeitos desta relação, esta pesquisa propõe que se chegue a uma abordagem ainda pouco explorada. Na revisão bibliográfica realizada em periódicos da área da ergonomia e da área da saúde, percebe-se uma grande quantidade de trabalhos que procuram fornecer contribuições em relação aos aspectos físicos da profissão, como a postura na realização do trabalho, o uso de equipamentos de segurança e a incidência de doenças relacionadas ao trabalho. Os ganhos de conhecimento adquiridos por meio dessas pesquisas podem ser percebidos em trabalhos como aqueles realizados por Kosmann (2000) e Rasia (2004).

A pesquisa acadêmica no campo da Ergonomia cresceu muito nos últimos anos, o que pode ser demonstrado pela quantidade de artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado na área. No campo da odontologia a preocupação maior destes estudos é com os aspectos que interferem na saúde do odontólogo e tem uma boa justificativa para isso. A profissão de cirurgião-dentista está entre aquelas onde há maior incidência de abstinência e afastamento prematuro do trabalho pelos inúmeros fatores inerentes à sua prática de trabalho e que interferem negativamente na sua saúde (ANVISA, 2006). Contudo, não se verifica a mesma preocupação na realização de estudos que elucidem os aspectos subjetivos da relação entre o paciente e o dentista e a sua influência na atividade do profissional.

A boa relação dentista-paciente permite ao paciente ter confiança no profissional que o irá atender, fator fundamental para um tratamento eficaz e para a avaliação positiva que o mesmo terá do profissional ao final do tratamento. É por meio da confiança no dentista que o paciente dará “autorização” para o mesmo trabalhar em uma parte tão sensível do corpo como são a boca e os dentes. Além disso, é confiando na honestidade do profissional que o paciente acreditará no diagnóstico realizado e, conseqüentemente, no preço a ser pago.

Por outro lado, quando esta relação não é bem estabelecida ou o profissional não consegue suprir as expectativas do paciente, principalmente relacionadas à forma como é tratado, o paciente pode mudar de profissional para realizar tratamentos futuros. Existe ainda a possibilidade do mesmo sofrer danos psicológicos como traumas e medo, situações que não são difíceis de serem encontradas nas salas de espera dos consultórios e que contribuem para a “cultura do medo” de ir ao dentista que existe na sociedade (COLARES *et al*, 2004).

Portanto, o estudo dos componentes e atributos da relação paciente-dentista contribui para a compreensão e o aprofundamento dos aspectos importantes desta relação. Os resultados advindos desta pesquisa possibilitarão que sejam elucidadas a percepção e a importância que os odontólogos estudados dão a essa relação e em que essas percepções se aproximam daquilo que foi citado pelos pacientes e dos resultados das considerações do pesquisador.

É importante ressaltar também que um estudo na área ergonômica cujo foco não é o ferramental, além de ser relevante para suprir uma lacuna deixada pela academia, também se destaca por contribuir com conhecimentos que são prerrogativas dos cursos de odontologia, presentes nas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia, conforme aborda em seu artigo 3º:

Art. 3º O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, **humanista**, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em **benefício da sociedade** (*Grifo nosso*).

Já no Art. 5º inciso II, é definido como um dos objetivos do cirurgião-dentista:

II - atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, **sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o** (*Grifo nosso*).

A humanização do tratamento e a valorização do ser humano são preocupações nas diretrizes dos cursos de graduação em odontologia, fatores que estão diretamente ligados à relação paciente-dentista. Por isso, tendo conhecimento dos aspectos fundamentais de humanização, os profissionais poderão focar os fatores do

atendimento que conduzam a experiências positivas em detrimento aos sentimentos negativos pelos pacientes, procurando suprir não só uma necessidade imediata apresentada, mas também desejos que muitas vezes não são explicitados pelos pacientes.

Para apresentar os resultados dessa pesquisa, o trabalho foi dividido nos seguintes capítulos, a saber: no capítulo um serão abordadas diferentes características da atividade do profissional, em especial da relação paciente-dentista. Por isso será feito um histórico sobre a consolidação e a evolução da odontologia no país até os dias atuais e serão apresentadas características peculiares dessa relação, salientando aspectos da complexidade inerentes a ela.

No capítulo dois serão abordados os pontos principais que constituem a ergonomia: seus conceitos fundamentais, sua história e evolução, sua contribuição para a odontologia e por fim serão aprofundados os conceitos da ergonomia de linha francesa, que orientam o desenvolvimento dessa pesquisa.

No capítulo três será apresentado o caminho metodológico escolhido para o desenvolvimento dessa pesquisa, bem como a apresentação dos sujeitos que participaram das entrevistas (pacientes e profissionais) e os métodos de coleta e análise dos dados.

Por fim, nos capítulos quatro e cinco serão apresentados os resultados da pesquisa (e discussões) e as considerações finais respectivamente.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Utilizou-se a ergonomia como ciência norteadora para fornecer os aspectos teóricos que sustentam essa pesquisa, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos e as implicações que existem no relacionamento paciente-dentista.

É importante salientar que um estudo ergonômico utiliza dois critérios principais na busca em atingir seus objetivos: o primeiro tem como foco as pessoas, e abrange aspectos relativos à saúde, segurança, conforto, facilidade de uso, satisfação, interesse e prazer no trabalho. O segundo objetivo é voltado para o desempenho da organização (nesse caso, da atividade de trabalho do odontólogo), e se traduz em aspectos relacionados à eficiência, produtividade, confiabilidade, qualidade, durabilidade e outros (FALZON, 2007; DANIELLOU, 2007; WISNER, 2004).

Todavia, a eficácia em se buscar um melhor desempenho está também diretamente ligada às condições de saúde e de satisfação do trabalhador, que se não estiver saudável ou satisfeito com o seu trabalho, acabará produzindo menos. Dejours (2004, p. 204) corrobora esta afirmação:

Os dois reducionismos possíveis na avaliação da melhoria são insustentáveis: se forem considerados apenas os critérios de eficácia na avaliação da melhoria, há o risco de sacrificar a saúde, a segurança, e até a vida do homem no culto da produtividade. Ao contrário, se leva em consideração somente os critérios humanos de melhoria da situação, podemos chegar a desastres econômicos, o que não seria também racional.

Nesse sentido, a abordagem principal desse trabalho se deu nos diferentes aspectos que permeiam a relação entre o dentista e o paciente, tendo como foco principal o trabalhador, a maneira como essa relação influencia a sua atividade de trabalho e também a sua saúde. Entretanto, buscando uma compreensão mais ampla dos diferentes aspectos dessa relação, foram também avaliados os pontos de vista e considerações dos pacientes acerca de diversos ângulos da relação estabelecida com o profissional. Sendo assim, buscou-se um referencial teórico que desse embasamento para o desenvolvimento dessa pesquisa, que será melhor explorado nos tópicos seguintes.

2.1 A FORMAÇÃO DA ODONTOLOGIA

A odontologia teve, historicamente, desde os primeiros profissionais que se iniciaram na área, a iniciativa privada como o seu “berço” de desenvolvimento, onde a maioria dos profissionais atuou e onde continuam atuando. A esfera pública também tem a sua representatividade. Apesar de exercer um papel secundário na escolha da maioria dos profissionais no contexto de trabalho, seu papel mais efetivo se dá nas relações e definições de mecanismos de regulação do exercício profissional. (MENDES, 2005). Tal atribuição é extremamente importante e foi ao longo do tempo crucial para os rumos que a odontologia tomou e para a maneira como se encontra atualmente (ZANETTI, 1999).

Segundo Kosmann (2000), nos primórdios da odontologia no Brasil, a profissão era exercida de forma bastante empírica e se regulava pela “corporação de ofício”, onde os profissionais eram conhecidos como “tira-dentes”. A profissão era normalmente exercida de maneira concomitante com outras atribuições, como ferreiro, sapateiro e barbeiro, e era exercida por escravos e por quaisquer outras pessoas que quisessem e tivessem condições de ter acesso à “formação” extremamente empírica e baseada na prática que existia na época.

Zanetti (1999) afirma que posteriormente, no final do século XIX, surgiram as primeiras universidades que ofereciam o curso de odontologia. A partir daquele momento, a odontologia passaria a ter seus ensinamentos pautados por estudos científicos. Entretanto, seriam necessários alguns anos para que os profissionais diplomados tivessem uma diferenciação positiva frente aos práticos que atuavam há mais tempo e já faziam parte da cultura da sociedade. Foi necessário inclusive o uso do poder de fiscalização da polícia para fazer valer o direito de exercerem a profissão com exclusividade. Por isso, somente a partir de 1930 é que a odontologia conseguiu se consolidar de fato, e os profissionais formados nas universidades começaram a ser reconhecidos e valorizados (WARMLING *et al*, 2006).

Zanetti (1999) explica a história da odontologia no Brasil por meio do que ele chama de “*golden age*” (época de ouro), dividida em quatro fases principais: a primeira é chamada de instituição, que tem início por volta de 1850 e termina nos anos 1930, e

representa o início das atividades odontológicas e a transição de uma profissão empírica para científica. A segunda vai dos anos 30 até os anos 60 e representa a sua consolidação. A expansão é a terceira fase e vai dos anos 60 aos anos 80. Por fim, no decorrer dos anos 80 e 90 se deu a sua crise e esgotamento.

Warmling *et al* (2006) afirmam que com o crescimento no número de profissionais formados em faculdades e com a lenta mudança na cultura das pessoas acostumadas ao trabalho dos práticos, dos anos 30 aos anos 60 poucas mudanças ocorreram de fato na odontologia, que teve como principal característica dessa época a formação de uma poderosa indústria de equipamentos, insumos e medicamentos médicos-odontológicos, e a realização de intensos movimentos com o objetivo de adequar fortemente a prática odontológica à racionalidade científica.

O grande apogeu da odontologia se deu para Zanetti (1999) no início dos anos 60, uma época em que a procura pelos serviços odontológicos crescia graças a um fenômeno social presente em grande parte da população da época, a cárie. Na visão do autor, o crescente número de pessoas que procuravam tratamento odontológico para o combate dessa doença frente ao reduzido número de profissionais que existiam na época, acarretaram duas situações que ditaram as mudanças estruturais do setor e a maneira como a odontologia se desenvolveu, sendo determinantes para a sua atual configuração:

Em primeiro lugar, um dos grandes passos dados na direção da expansão da profissão se dá pelo que Zanetti (1999) chama de “maximização e otimização da oferta”, que acarretou também a prática da cobrança de “valores máximos” pelos profissionais que atuavam no mercado. Esses termos referem-se àquela época em que o número de profissionais era pequeno frente a uma demanda por serviços que crescia (por causa da cárie principalmente) à medida que os práticos eram preteridos em relação aos profissionais graduados. Tal fato permitiu a cobrança de valores altos dos pacientes e possibilitou a consolidação econômica da classe.

Porém, a cobrança de valores máximos é algo difícil de ser sustentado em qualquer mercado ou economia, principalmente quando o número de profissionais (oferta) aumenta, como era o caso da odontologia. Com isso, surgiram as medidas e táticas de diferenciação concorrencial entre os profissionais, que podiam ser medidas de

cunho positivo – que agregavam valor ao trabalho do profissional – ou de cunho negativo – que causavam (e continuam causando) prejuízos à profissão por levarem a uma concorrência predatória.

A segunda consequência advinda da cárie enquanto fenômeno social foi a grande quantidade de jovens que quiseram seguir a profissão pela promessa de ótimos ganhos financeiros e o amplo número de profissionais que procuraram se especializar em matérias específicas na resolução de problemas advindos da cárie. A Dentística², a Endodontia³ e a Prótese⁴ são exemplos dessas áreas (ZANETTI, 1999).

Mendes (2005) afirma que nesse contexto foi iniciada uma corrida para a abertura de mais cursos de graduação em todo o país para suprir a grande demanda por ensino superior que crescia de maneira constante. Tal fato levou o Brasil a figurar no contexto mundial como um dos países com maior número de instituições de ensino superior em odontologia e um dos campeões mundiais na produção de profissionais. O aumento repentino no número de instituições de ensino superior foi feito sem um planejamento prévio do governo, o que levou ao seu crescimento de maneira desordenada.

Todo esse desenvolvimento que a odontologia estava passando coincidiu com um momento extremamente propício e de grande expansão da economia brasileira, cujo crescimento era alimentado por investimentos estrangeiros realizados no país. Essa época de grande prosperidade ficou conhecida mais tarde como o “milagre econômico brasileiro” e também influenciou no crescimento acelerado da odontologia, uma vez que com toda essa ascensão, muito mais pessoas tiveram condições financeiras de realizarem um tratamento odontológico (ZANETTI, 1999).

Mas os anos 80 marcaram o fim da fase de expansão da odontologia e o início da fase de crise e esgotamento. A mudança no cenário econômico no início daquela década foi marcada por uma série de medidas tomadas pelo governo que visavam ajustar a economia brasileira à crise mundial que iniciara nos anos 70, mas que trouxeram duras consequências ao mercado nacional. A direção política e

² Área da odontologia que atua na estética e na reconstrução dos dentes.

³ Área da odontologia que atua no tratamento das partes internas do dente.

⁴ Área da odontologia que atua na reposição de tecidos bucais e dentes perdidos.

econômica tomada pelo governo deu fim ao milagre econômico brasileiro, tendo como consequência a redução no poder de compra das pessoas.

Zanetti (1999) afirma que todas as mudanças no cenário da economia do país, a odontologia passou também por uma crise, na qual além de haver uma redução na procura pelos serviços, havia um grande contingente de profissionais disputando um mercado que se tornava escasso e outro grande contingente de profissionais que continuava a se formar nas instituições de ensino superior ano após ano.

O mesmo autor ainda afirma que outro fator histórico que também contribuiu para a mudança nos rumos da odontologia no país foi a utilização de novas tecnologias para a prevenção de cáries para a população brasileira por meio do poder público. Ainda nos anos 80 foram realizadas políticas preventivo-promocionais pela parceria do Estado com a iniciativa privada, que visavam à expansão da cobertura com fluoretação (flúor) das águas de abastecimento público, dos cremes dentais produzidos no país e a ampla divulgação de informações importantes para o autocuidado. Tais mudanças provocaram uma transição epidemiológica na saúde bucal da população brasileira, que passou a ter uma incidência menor de cáries e a precisar menos dos serviços odontológicos (ZANETTI, 1999).

Foi a partir dessas modificações, ocorridas principalmente na década de 80 e 90, que a prática odontológica sofreu as principais alterações que caracterizaram o perfil da profissão nos anos seguintes e ditou os seus rumos. E é neste contexto, de maneira paralela ao desenvolvimento da odontologia, que o caráter distintivo da relação dos profissionais com os seus pacientes também foi consolidada, desenvolvida e moldada, pelo ensino acadêmico das faculdades e universidades espalhadas pelo país e pela experiência que os profissionais adquiriram ao longo do tempo.

Com o intuito de expandir os conhecimentos acerca desses aspectos distintivos, os próximos tópicos trazem diferentes abordagens pautadas em estudos e pesquisas atreladas a essa temática.

2.2 CARACTERÍSTICAS DA RELAÇÃO ENTRE O CIRURGIÃO-DENTISTA E O PACIENTE

A relação entre o paciente e o profissional odontólogo caracteriza-se pela sua complexidade e pela ampla quantidade de fatores que nela estão presentes. São muitas as características dessa relação, tanto quando é avaliada sob a ótica do paciente quanto pela ótica do profissional. Os desdobramentos e as análises que podem ser realizadas a partir dessas características evidenciam o interesse em aprofundar os conhecimentos da temática em questão.

Diferentes sentimentos podem ser despertados nos pacientes, tanto positivos (como o alívio de dores ou a autoestima pela resolução de um problema), como aqueles negativos que são comumente associados à atividade odontológica. Encontrar pessoas com medo, traumas e até pânico de ir ao dentista não é tarefa difícil (MORAIS, 2003). Enquanto para uns o fato de ir ao dentista não significa nada de especial, chegando até a dormirem durante o tratamento, para outros só o fato de se sentarem em uma cadeira odontológica é motivo suficiente para começarem a sofrer e ficarem temerosas, desconfortáveis e ansiosas.

Do outro lado estão os dentistas, trabalhadores (muitas vezes solitários) aos quais recai o peso de grandes responsabilidades, que tem que lidar com uma grande contingente de variáveis – que vão muito além daquelas relacionadas ao tratamento propriamente dito – durante um dia de trabalho. Trabalhar em local extremamente limitado, que exige um alto grau de concentração (e muitas vezes de tensão), com uma postura corporal bastante desgastante e ainda tendo que se relacionar bem com os pacientes, em especial aqueles que se queixam de medo ou trauma de ir ao dentista, são algumas das atribuições desses profissionais que também colaboram para a complexidade existente na relação entre ele e o paciente (COLARES *et al*, 2004).

Para uma maior aproximação com o objeto da pesquisa, foi realizada uma revisão bibliográfica em estudos que abordassem aspectos dessa relação e suas implicações. Foi constatado, entretanto, que de uma maneira geral existe uma carência de estudos nessa área. Mesmo na literatura internacional, em especial nos

Estados Unidos, onde foi encontrada grande variedade do tema, existe ainda uma escassez de pesquisas que avaliem a relação entre o ortodontista e o paciente e seus efeitos sobre os sujeitos que a compõem (SINHA *et al*, 1996).

No Brasil, estudos que abordam a relação dentista-paciente acompanham as tendências internacionais. Identificou-se que existem poucos estudos que permitam uma discussão mais ampla sobre o tema tratado. Encontrou-se, contudo, estudos que tratam de alguns aspectos dessa relação, porém de maneira fragmentada e isolada. Dentre esses, grande parte tem o foco orientado para as questões que são importantes para os pacientes apenas, deixando de lado o impacto que existe nessa relação na atividade de trabalho do dentista e as consequências para a sua saúde.

Em sua pesquisa, Matias (2004) relata a escassez de trabalhos científicos reservados a essa temática, e aponta para a importância de estudos que tratem do estresse na odontologia. No seu entender, a má relação entre o paciente e o dentista representa um problema de saúde pública por trazer diversos problemas para a população em geral, para a profissão, para os pacientes, para o profissional e também para seus familiares.

De maneira diferente, essa escassez não foi observada quando se trata da relação entre médicos e pacientes. Muitos são os estudos que têm o médico, e não o dentista, como sujeito de estudo. Dentre eles destacam-se os realizados por Franco *et al* (2005), Garcia (2005) e Santos (2004).

Apesar de médicos e dentistas serem sujeitos de pesquisa diferentes, em uma abordagem mais analítica, observou-se uma essência comum em suas relações com o paciente. Por isso, quando se percebeu uma aproximação relevante, as informações e os resultados de alguns desses estudos foram utilizados para melhor compreensão da relação paciente e dentista.

Sendo assim, foram então elencados quatro temas centrais para a análise desse relacionamento, que foram recorrentes nos resultados das pesquisas e tiveram maior atenção da literatura: a comunicação; a adesão ao tratamento; a satisfação do paciente e as dificuldades e conflitos que fazem parte desse contexto. Vale ressaltar que esses temas são altamente articulados entre si, de maneira que se influenciam

e acabam sendo influenciados. Os diversos aspectos dos mesmos serão aprofundados nos tópicos que se seguem.

2.2.1 COMUNICAÇÃO

A comunicação que é estabelecida entre o profissional e o paciente foi um dos aspectos mais citados por autores como Sinha (1996) e Garcia (2005), quando se tratava das características mais importantes dos profissionais atribuídas pelos pacientes. A importância da comunicação no relacionamento está, segundo eles, diretamente ligada à satisfação e aos aspectos subjetivos de avaliação do paciente e são determinantes para uma boa relação.

Sinha *et al* (1996) salientam que por diversos fatores a boa comunicação é um dos aspectos fundamentais da relação dentista-paciente e deve ser objeto de atenção, para ser bem estabelecida tanto pelo paciente quanto pelo profissional. Em primeiro lugar, o paciente pode repassar informações mais ricas e mais precisas ao profissional, que por sua vez terá melhores condições de realizar um correto diagnóstico e por consequência realizar o tratamento de maneira assertiva e com melhor qualidade.

Um segundo ponto explorado pelo autor mostra ainda a importância de o profissional conseguir fazer-se entender e explicar para o paciente de maneira correta o problema encontrado e o procedimento que será realizado, bem como as etapas em que o tratamento será dividido. Essa simples postura diminuiu a ansiedade, o medo e o estresse percebidos pelos pacientes pesquisados.

Entretanto, quando o contrário acontece, ou seja, quando há uma comunicação “pobre”, o paciente pode interpretar que existe uma falta de interesse e preocupação por parte do dentista e levá-lo à insatisfação dos resultados e do tratamento (SINHA *et al*, 1996).

Garcia (2005) explora diferentes desdobramentos da comunicação entre o profissional da área de saúde e o paciente. Um deles está relacionado com o

diagnóstico, etapa prévia ao tratamento que é de grande importância para a resolução do problema e que muitas vezes possui falhas por ser muito breve e por não serem repassadas as informações necessárias a respeito do histórico de saúde do paciente. Ainda segundo o autor, a habilidade de comunicação e a habilidade de estabelecer uma boa relação interpessoal entre as partes são muitas vezes associadas a características pessoais das pessoas, mas que também podem ser aprendidas e por isso devem ser ensinadas com o objetivo de fortalecer e melhorar a qualidade das relações entre o paciente e o profissional.

Já Freeman (1999) aborda outro elo da comunicação, o saber ouvir. Para o autor, o dentista deveria ouvir mais os pacientes para descobrir os sintomas que o afligem e para conhecer quais são os sentimentos envolvidos em relação ao tratamento, por meio de uma comunicação adequada. Com isso os pacientes se sentirão mais determinados a cuidar da sua saúde bucal e a executar as orientações repassadas pelo profissional (FREEMAN, 1999).

Em pesquisa desenvolvida por Ferguson (2002) também fica claro a importância que existe na comunicação estabelecida entre o profissional e o paciente. O autor realizou uma revisão de literatura em pesquisas realizadas nos Estados Unidos com o objetivo de evidenciar como a cultura, a etnia e principalmente a língua (idioma falado) entre médicos e pacientes afetava a qualidade no relacionamento e a comunicação entre ambos, além de como essas variáveis interferiam no tratamento e nos resultados da saúde do paciente.

Os resultados da pesquisa apontaram que a diferença cultural e principalmente a barreira que existia na diferença entre o idioma falado entre as partes eram fatores cruciais para a qualidade da relação entre o profissional e o paciente. Os pacientes que não eram proficientes em Inglês, por exemplo, eram menos propensos a gerar respostas empáticas, menos propensos a estabelecer relações com os profissionais, menos propensos a receber informações suficientes e eram pouco incentivados a participar das decisões acerca do tratamento. Como consequência os pacientes acabavam não aderindo ao tratamento da forma como deveriam ou da forma como se esperava e acabavam diminuindo a satisfação com os profissionais que os estavam atendendo.

A pesquisa demonstrou ainda que mesmo nos casos em que foram contratados intérpretes para facilitarem o entendimento, a relação estabelecida entre o profissional e o paciente sofria grandes prejuízos, o que evidencia a importância do contato direto que é estabelecido entre o profissional e o paciente.

A comunicação e a maneira de tratar o paciente se mostraram importantes pilares dessa relação de acordo com os autores pesquisados. É certo que existem vários fatores que os pacientes levam em conta no momento de avaliar um profissional, mas é principalmente por meio desse “manejo” – da forma como ele é tratado –, que será possível conseguir, por exemplo, a sua adesão ao tratamento. Ou seja, é por meio do relacionamento estabelecido que se conseguirá que o paciente se comprometa também com o tratamento e, com isso, os resultados sejam atingidos de maneira mais rápida e eficiente. O próximo tópico permitirá maior compreensão desse aspecto.

2.2.2 ADESÃO AO TRATAMENTO

A importância da humanização no atendimento aos pacientes vem ganhando cada vez mais espaço na área da saúde e na literatura que trata sobre o assunto (FRANCO *et al*, 2005). Prova disso foi a implantação pelo Ministério da Saúde no ano de 2000 do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização. Tal preocupação advém das benéficas percebidas pelos usuários quando têm acesso a um tratamento mais humanizado. Dentre elas se pode destacar a melhora no processo terapêutico do paciente e na sua disposição em prosseguir com as prescrições repassadas para o processo de recuperação da sua saúde, consequência de um maior comprometimento com o tratamento proposto.

Nesse sentido, Franco *et al* (2005) procurou entender como a relação entre médicos e os pacientes influenciavam na implantação de um programa de saúde da família em três diferentes cidades. A relação estabelecida entre o médico e o paciente foi caracterizada como o principal fator para aquilo que o autor chama de “autonomia do

paciente”, em relação à vigilância e promoção da sua saúde e à efetiva participação na prevenção de doenças e participação no controle social. A maneira com que o médico conduzia o atendimento, se prestava atenção a todos os aspectos importantes relatados pelos pacientes e se tinha uma abordagem mais prescritiva que preventiva, determinaram a forma como o paciente iria agir a partir da consulta.

No campo da odontologia Sinha *et al* (1996) abordam o quanto a adesão ao tratamento é dependente da interação dentista-paciente, pelo incentivo dado ao paciente para cooperar e seguir as instruções regulamentares. Os autores evidenciam que em tratamentos ortodônticos é exigido que o paciente tenha uma atitude pró-ativa para que o tratamento atinja os resultados esperados.

Um tratamento desse tipo, onde em geral o paciente tem que utilizar um aparelho dentário para corrigir algum problema e demanda de um tempo mínimo para se alcançar os resultados esperados, é de fundamental importância o cuidado e o comprometimento do paciente para se alcançarem os resultados almejados. Desta forma, a sua adesão faz com que seja possível alcançar os objetivos do tratamento em um tempo mais curto, além de resultar em uma redução de despesas envolvidas no tratamento ortodôntico (SINHA *et al*, 1996).

Ainda segundo pesquisa dos autores, a característica mais importante que o profissional deveria ter para conseguir a aderência do paciente ao tratamento é a polidez. O modo porventura não cortês como o ortodontista falava ou criticava a maneira como o paciente cuidava dos dentes ou do aparelho, por exemplo, teve uma influência negativa sobre a adesão do paciente. Em contrapartida, a preocupação do profissional com o bem estar do paciente, a comunicação verbal de forma calma e confiante, e a segurança, foram variáveis significativas na adesão do paciente ao tratamento.

Klatchoian *et al* (2003) também demonstram como a adesão ao tratamento é de extrema importância para que o tratamento seja bem sucedido. Nesse tipo de tratamento (ortodôntico), os pacientes têm uma grande participação no tratamento, uma vez que são eles os responsáveis por utilizar de maneira correta aparelhos extra bucais, elásticos e em higienizar a boca de maneira correta, dentre outros cuidados. Por isso grande parte dos atrasos percebidos nos tratamentos se deram

por fatores ligados à não cooperação do paciente – como o fato de faltar às consultas, higienizar a boca de forma incorreta e por utilizar o aparelho extra bucal incorretamente.

Salienta-se também o desafio que os dentistas encontram em conseguir a adesão dos pacientes devido à complexidade dos aspectos psicológicos dos mesmos. Com isso os métodos mais comuns utilizados para se alcançar tal objetivo se referem ao relacionamento entre o profissional e o paciente e à maneira como este é conduzido. Dentre esses se podem listar elogios ao paciente, deixá-lo consciente das consequências da não cooperação, explicar e discutir as etapas do tratamento com o paciente, entre outros (KLATCHOIAN *et al*, 2003).

Já para Freeman (1999), a adesão ao tratamento está ligada à maneira como o paciente foi tratado nos consultórios odontológicos na infância, em relação à maneira pelo qual suas famílias se relacionavam com os serviços odontológicos e a traumas e experiências negativas vivenciadas. Assim, os fatores psicossociais podem interferir diretamente na promoção da saúde do paciente e na mudança de hábitos, e devem ser alvo da atenção dos profissionais, de maneira que sirva de norte para a maneira como irão agir.

Garcia (2005) aborda o desafio dos profissionais em terem habilidade para que o paciente se sinta comprometido em seguir as prescrições repassadas e se comprometa ao tratamento. A correta comunicação é apontada como um fator preponderante no empenho do paciente, uma vez que a intenção em seguir o tratamento recomendado pelo médico estava associada principalmente à tomada de decisão compartilhada entre o médico e paciente. Por isso o autor aborda a necessidade de serem realizadas pesquisas que indiquem medidas objetivas para se prever a adesão ao tratamento.

Percebe-se assim que uma maior adesão e comprometimento do paciente ao tratamento é fator de grande relevância à recuperação de sua saúde. Chegar aos resultados esperados do tratamento de maneira mais rápida e eficiente é um dos múltiplos fatores que levam o paciente a se sentir satisfeito não só com o tratamento, mas também com o profissional que o está atendendo. Essa satisfação

é formada ainda por diversos outros critérios de grande relevância para a relação paciente e dentista, conforme serão vistos.

2.2.3 SATISFAÇÃO DO PACIENTE

Os aspectos da relação entre o paciente e o dentista relacionados à satisfação do paciente são muito variados e dependem de uma série de fatores para que o profissional consiga alcançar a satisfação do seu cliente. Isso sem levar em conta ainda que muitas vezes se tratam de aspectos pautados em grande subjetividade, que são construídos baseado em critérios diferentes de uma pessoa para a outra. Não é a toa que a literatura reserva grande parte dos trabalhos (principalmente aqueles relacionados ao marketing dos serviços odontológicos) aos fatores que levam à satisfação do paciente, os motivos pelos quais os mesmos escolhem, continuam ou mudam de profissionais para realizarem o seu tratamento.

Os aspectos subjetivos são determinantes no momento da escolha do serviço de um profissional em relação a outro. Zenke e Chaaf (*apud* SANTOS, 2004, p. 30) relatam, por exemplo, que muitas vezes, por existir uma dificuldade na avaliação pelos pacientes do produto físico e tangível advindos de um tratamento odontológico, os critérios utilizados por eles serão baseados na percepção individual e em aspectos subjetivos dos quais teriam maior competência para avaliar.

Já Newsome e Wright (1999) apontam para a importância dos aspectos técnicos e da competência técnica do profissional na avaliação final e satisfação do paciente. Na concepção dos autores, as pessoas têm dificuldades em fazer uma avaliação do atendimento recebido baseando-se nesses critérios, e por isso formam as impressões a respeito dos serviços baseando-se em outros aspectos, sendo relacionados principalmente ao desempenho afetivo. Foi encontrada na revisão de literatura realizada pelos autores que os aspectos que mais tinham influência na satisfação do paciente eram a competência técnica, seguido de fatores interpessoais, convivência, custos e outras facilidades.

Abrams *et al.*(1986) também destacam que as habilidades técnicas não são necessariamente suficientes para satisfazer o paciente, nem para convencê-lo de que recebeu um tratamento de qualidade. Por isso outros fatores da prática odontológica devem ser considerados, como os fatores humanos e psicológicos relacionados aos cuidados.

Nas explicações de Sinha *et al* (1996), o estabelecimento de uma relação estreita do profissional com o paciente não é algo fácil de conseguir. Mas a satisfação do paciente deve ser constantemente buscada, pois é o meio mais eficiente pelo qual o profissional consegue obter os melhores resultados.

Nesse sentido, observa-se que, devido à não permissão de propagandas e promoções da atividade odontológica, a satisfação do paciente ganha mais relevância e evidencia uma situação bastante característica da atividade odontológica: a indicação do dentista feita por uma pessoa que já é paciente a outra pessoa.

Por não serem permitidas propagandas e promoções mais efetivas por causa do código de ética da profissão, o cirurgião-dentista tem nos “pacientes antigos” que se sentiram satisfeitos com o tratamento dispensados a eles as maiores fontes para encontrarem novos pacientes por meio da indicação daqueles á outras pessoas.

A indicação de um paciente, que utilizando critérios pessoais (e subjetivos) daquilo que considerou um bom atendimento ou um bom profissional, para o “novo” paciente, é de fundamental importância na escolha deste e torna-se ponto crucial na atividade do dentista. Se as qualidades intangíveis puderem ser sentidas por um paciente, além da sua fidelização, o profissional ainda terá novos pacientes advindos da indicação que o mesmo fará para amigos, familiares e outras pessoas do seu círculo social (MODAFFORE E FIGUEIREDO, 2010).

Para fazer essa avaliação positiva, os pacientes levam em consideração aspectos que vão além da humanização do tratamento, abrangendo outros fatores. Em pesquisa realizada por Junior e Mialhe (2007) e Garbin *et al* (2008), foram identificados outros aspectos considerados importantes ou muito importantes para os pacientes. Dentre eles destacam-se aqueles relativos à biossegurança, como o uso de jaleco, óculos, roupa branca, luvas e máscara; à estrutura física, como a

decoreção, higiene, localização, fachada e facilidade em estacionar; à administração e gestão do consultório, como o cumprimento dos horários, facilidade em agendar uma consulta, pessoal auxiliar treinado e bom preço.

Mas são os aspectos relativos à humanização que podem ser considerados os mais importantes para a satisfação dos pacientes. O estudo realizado por Garcia *et al* (2005) mostrou que o comportamento do ortodontista está diretamente ligado à satisfação do paciente, indicando que a boa relação entre o profissional e o paciente tem fortes influências na satisfação do paciente. Por isso, no entender dos autores, os profissionais da área devem se preocupar constantemente em oferecer um tratamento mais humano aos pacientes, de maneira confortável e acolhedora, além de fornecer as informações corretas sobre o problema e sobre os procedimentos que serão executados.

Em pesquisa realizada por Sinha *et al* (1996), foram levantados oito comportamentos principais do dentista que afetavam diretamente a satisfação do profissional percebida pelo paciente: o comportamento educado do dentista; o repasse de informações (no que tange a explicar o tratamento e o que seria feito e a ouvir o que o paciente tinha a dizer); a atitude calma e confiante do profissional; realizar o tratamento sem pressa; a preocupação do dentista em não infligir dor ao paciente; a simpatia; atitudes que fizessem o paciente se sentir bem vindo ao consultório e a preocupação do profissional com a saúde bucal do paciente em longo prazo.

Ao contrário, um paciente insatisfeito, que não se sinta tratado com respeito, pode levar a sentimentos de indiferença em relação ao profissional e pode não cumprir as instruções prescritas. O mesmo autor apregoa que quando as expectativas dos pacientes não eram atingidas, os mesmos tendiam a se sentirem decepcionados, menos satisfeitos, não conseguiam cumprir as normas nem manter os compromissos do tratamento firmados com o profissional. Verificou-se que o impacto psicológico advindo de uma eventual insatisfação pode aumentar o grau de ansiedade, adesão ao tratamento e levar a um mal resultado como consequência (SINHA, 1996).

Tais insatisfações podem gerar problemas e ocasionar conflitos, o que muitas vezes pode representar situações de estresse e ansiedade não só para o paciente, mas também para o odontólogo, que tem que lidar com situações de estresse, tensão e conflitos da melhor maneira possível.

2.2.4 DIFICULDADES E CONFLITOS

Como todas as relações humanas, a interação dentista-paciente é complexa e marcada por conflitos de interesse. Tais conflitos podem surgir pela própria natureza (histórico-social) do paciente e do dentista, ou ainda em virtude da situação de enfermidade do paciente, ou por diversos outros motivos. Essas situações têm uma influência direta na maneira como será conduzida a relação entre as partes e pode conduzir a um resultado negativo não só no desenvolvimento do tratamento, mas em inúmeros outros pontos.

Matias (2004) destaca aspectos dessa complexidade e os possíveis transtornos que podem advir dessa relação e chama a atenção ainda para a possibilidade de o estresse contínuo no ambiente de trabalho acarretar prejuízos à integridade física e psicológica do profissional e para o seu convívio familiar e social.

Um ponto salientado na pesquisa desenvolvida por Kosmann (2000) mostra como os aspectos psicossociais relacionados ao atendimento aos pacientes considerados “difíceis” são motivos de preocupação e desgaste, e as consequências que as situações que são criadas acarretam para o profissional. Por esse motivo a autora sugere que devem ser buscadas soluções de médio e longo prazo que busquem novas formas de atendimento e gerenciamento, que melhorem as condições de trabalho e que tornem o ambiente dos profissionais mais eficaz.

Moore e Broodsgard (2001) também verificaram em seus estudos que os dentistas que se sentiam estressados tinham dificuldades em detectar quando os pacientes estavam ansiosos para a realização do tratamento. Com isso, a relação estabelecida entre o profissional e o paciente acabava sendo prejudicada, uma vez que pacientes que se encontravam nesse estado necessitavam e requeriam um tempo extra para o

tratamento e estratégias diferenciadas para lidar com a ansiedade do cliente, buscando o sucesso do tratamento. De acordo com os autores, tais situações nem sempre eram identificadas e, portanto, não eram implantados esses "cuidados extras".

Ao mesmo tempo em que os profissionais devem procurar satisfazer as necessidades do paciente e fazer o máximo para agradá-lo e tratá-lo bem, eles têm que saber lidar com diversos sentimentos e emoções negativas do paciente. Estes sentimentos estão normalmente relacionados ao medo da dor, ao medo da anestesia, ao incômodo com o barulho da caneta de alta rotação e a outros fatores que, quando acompanhados de más experiências passadas, tornam o tratamento difícil e exigem um alto nível de paciência, calma e delicadeza do profissional.

O fato de a boca e os dentes serem locais muito sensíveis, de o paciente não conseguir ver o que está acontecendo e de existir a presença dos medos e anseios durante o tratamento, dão mais importância ao fator confiança, que só é conseguido mediante o estabelecimento de uma boa relação entre as partes.

Matias (2004) cita, por exemplo, que a "simples" aplicação de uma anestesia em um paciente com trauma ou com medo pode ser tão complexo que podem acarretar no profissional uma série de constrangimentos psicológicos e físicos a curto e longo prazo, de modo que vários dentistas pesquisados admitiram terem repensado suas carreiras por conta de todo estresse que lhes acometiam ao terem que lidar com situações desse tipo. Na concepção do autor existe uma cultura de medo na sociedade ao visitar um dentista, que além do medo propriamente dito, causa também ansiedade, traumas e problemas psicológicos gerais que atrapalham o desenvolvimento da atividade do profissional.

Também Klatchoian *et al* (2003) apregoam que o consultório odontológico é um local gerador de grande ansiedade para os pacientes, e essa ansiedade demanda do dentista uma gama de conhecimentos para saber lidar com pacientes que sofrem desse mal, o que pode vir a interferir no equilíbrio físico e emocional do dentista. Além dos fatores que provocam aversão dos pacientes ao tratamento (como equipamentos e instrumentos) e o fato de ter uma parte de seu corpo "invadida" (que

leva o paciente a uma esquivada natural), existe ainda o medo e o pré-conceito já presentes na cultura e no imaginário das pessoas.

O medo também é outro fator importante que influencia a relação entre o dentista e o paciente. Kanegane *et al* (2006) salientam que o medo é uma resposta primária de defesa a um estímulo imediato que pode ser a exposição a uma situação desconhecida, por exemplo. No estudo realizado pelos autores, a maioria dos pacientes pesquisados que relatavam medo de ir ao dentista era do gênero feminino e que, por causa do medo, mais da metade relataram ir ao dentista estritamente quando necessário.

Muitas vezes o medo é causado devido a situações ocorridas na infância ou adolescência durante tratamentos odontológicos e é um dos principais fatores pelos quais os pacientes adiam a ida ao dentista ou os impede de comparecer a consultas já agendadas (BOTTAN *et al*, 2007; KLATCHOIAN *et al*, 2003). Silva *et al* (2009) advogam que o medo de ir dentista é o segundo maior medo da população em geral, e que é necessário que os profissionais busquem modificar os conceitos negativos de experiências passadas, de maneira a promover uma maior adesão do paciente ao tratamento.

Prandi (2001) e Cruz *et al* (1997) atribuem a “cultura do medo” de ir ao dentista à imagem passada por filmes e pela mídia em geral que associam a prática odontológica à tortura, ao castigo, à punição e à dor, onde o dentista assume o papel de carrasco, de uma pessoa cruel.

Garcia (2005) destaca que o componente cultural presente na sociedade em relação ao medo dos profissionais da área de saúde – de maneira especial o cirurgião-dentista – não deve ser ignorado. Segundo ele, as experiências vividas anteriormente pelos pacientes e as experiências de outros membros da família também são importantes aspectos influenciadores na manutenção dessa cultura que perdura e podem se tornar verdadeiros obstáculos para o desenvolvimento do tratamento odontológico.

Mas o trauma e o medo sentido por muitos pacientes é apenas uma variável de toda complexidade que envolve o tratamento odontológico e, por conseguinte, a relação paciente-dentista. Matias (2004) apregoa, por exemplo, que a estética e aspectos

funcionais do aparelho dentário são diretamente afetadas pela falta do tratamento odontológico e trazem uma série de impactos negativos não só para a saúde, mas também para a vida do paciente. Dentre essas, se podem relacionar o mau hálito e aspectos relacionados à função, à estética e à beleza, que podem trazer situações desconforto ou dores ao se alimentar, dificuldades em relação à comunicação e a fala, dentre outros. Todos esses fatores podem interferir na vida social e no convívio com outras pessoas, causando retração social e até baixa estima (MATIAS, 2004).

Nessa mesma linha, Silva (2007) retrata a importância da atenção que deve ser dispensada pelo profissional ao paciente, especialmente quando se leva em conta o prejuízo social que os mesmos podem ter caso não se submetam ao tratamento odontológico. Para o autor, a estética, a fonação e a redução na capacidade mastigatória são algumas das consequências de uma eventual perda dentária advindas de um problema de saúde bucal. Ademais, a falta dos dentes ou a incorreta utilização de próteses podem levar a problemas na fala, dificuldade em aceitação da aparência física, dificuldade de socialização, diminuição da autoestima e sentimento de humilhação.

Kosmann (2000) preconiza que não é só o paciente que sofre as interferências que um tratamento pode ter em diferentes esferas da vida. O profissional vê também outras áreas da sua vida serem afetadas quando, por exemplo, para atender uma necessidade do paciente, tem que agendar uma consulta ou um tratamento para uma hora diferente daquela na qual está acostumado a atender. Ou ainda ter que deixar o convívio familiar e outros interesses pessoais ao realizar um tratamento de urgência num final de semana.

Wycoff (*apud* MATIAS, 2004 p. 22) também discorre sobre a desagradável e estressante situação dos atendimentos de emergência, inesperados e muitas vezes inconvenientes, retirando o dentista do seu repouso.

Na concepção de Possobon *et al* (2007), além de o dentista ter que lidar constantemente com pacientes que sentem medo ou são vulneráveis à dor (e por isso exigem uma série de habilidades de manejo da dor, medo e diversas outras variáveis psicossociais) ainda trabalham sob intensa pressão pela busca da perfeição técnica e estética do trabalho que estão desenvolvendo. Além disso, ainda

existem os pacientes não colaborativos que causam uma influência adversa no estado emocional do profissional. Nesse sentido, a autora afirma que a odontologia parece não acompanhar a evolução que a área demanda no tratamento e na resolução desses problemas.

O estresse na atividade do dentista é atribuído a outros fatores que fazem parte do contexto da atividade de trabalho dos mesmos. Seger (*apud* MATIAS, 2004, p.9) cita alguns pontos relevantes que contribuem para o estresse dessa classe, dentre as quais se podem citar as pressões econômicas, o tempo, os ruídos do equipamento, a radiação, a repetição do trabalho, o fato de passar o dia todo confinado dentro do consultório e a competição profissional, dentre outros.

Outra situação citada por diversos autores refere-se à dificuldade e ao impacto emocional sofrido pelos odontólogos no atendimento de crianças. Para Ingersoll *et al* (1984) a dificuldade em lidar com crianças não colaboradoras e seus pais durante o tratamento é um dos eventos mais causadores de ansiedade e tensão nos profissionais. Os comportamentos impróprios destas crianças impedem a atuação do dentista e acabam gerando atrasos não somente durante o seu tratamento, mas também para os pacientes marcados nos horários seguintes.

Os autores também ressaltam que os dentistas não são remunerados pelo tempo gasto no tratamento, mas na realização de procedimentos específicos e completos, o que demonstra que além do “prejuízo” emocional, existe também um prejuízo financeiro por ter que realizar um tratamento em mais sessões que se o fizesse em um paciente colaborativo.

Matias (2004) e Klatchoian *et al* (2003) citam a odontopediatria como exemplo de uma especialidade que exige um alto nível de paciência dos odontólogos, que além de terem que saber lidar com situações adversas pela pouca idade do paciente, ainda tem que muitas vezes lidarem com os pais ou responsáveis, que acabam interferindo no tratamento e acabam tornando-se grande fonte de estresse.

Ademais, existem outros tipos de pacientes que o cirurgião-dentista poderá ter contato, como estelionatários e usuários de drogas, que exigirão outra abordagem no tratamento e até mesmo uma precaução judicial para evitar problemas futuros. No entender de Sinha *et al* (1996), existe o risco de um paciente que não fique

satisfeito com o tratamento recebido ou com o serviço executado levar a processos jurídicos que podem vir a ser muito caros e inconvenientes.

Nesse sentido, Melani e Silva (2006) e Tanaka e Garbin (2003) observam em seus estudos o crescente número de processos abertos contra os dentistas. De acordo com os autores, os motivos que mais levam os pacientes a partirem para um processo judicial se referem ao não cumprimento de contratos, a erros no tratamento e a omissão no tratamento. Percebeu-se que os profissionais por eles pesquisados não se preocupavam com o correto preenchimento dos contratos e prontuários que possibilitassem o acompanhamento dos procedimentos executados e os resguardaria em caso de um eventual problema.

Esses e outros diversos aspectos relacionados à humanização e à maneira como os pacientes são tratados revelam a importância que existe na relação estabelecida entre o dentista e o paciente. Estudos realizados por Pizzato (2000), Reis (2010) e Modaffore e Figueiredo (2010) apontam para a fundamental importância que os aspectos de humanização têm nas relações entre o paciente e o cirurgião-dentista para a atividade do profissional, principalmente quando se leva em conta a “cultura do medo” que existe em ir ao dentista e à inevitável presença da dor em alguns procedimentos odontológicos. As diversas situações e circunstâncias que acontecem no contexto de trabalho exigem desse profissional conhecimento, habilidades e atitudes específicas que, na grande maioria das vezes, não lhes são ensinadas nos cursos de graduação e pós-graduação (MODAFFORE; FIGUEIREDO, 2010).

São essas e outras inúmeras variáveis intrínsecas à relação dentista-paciente que devem ser geridas pelo profissional. Neste ímpeto, a ergonomia é apresentada e utilizada nessa pesquisa como referência teórica. Seu desenvolvimento se dará por meio da escola de pensamento da ergonomia de linha francesa, tendo como base metodológica a Análise Ergonômica do Trabalho, conforme será explicado nos tópicos seguintes.

2.3 HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DA ERGONOMIA

A palavra ergonomia é composta por duas palavras gregas que significam trabalho (*ergon*) e leis e regras (*nomos*), ou leis e regras do trabalho (MONTMOLLIN, 1990). Wojciech Jastrzebowski a utilizou pela primeira vez em 1857 em um artigo intitulado “Ensaio de ergonomia ou ciência do trabalho, baseada nas leis objetivas da ciência sobre a natureza”. Contudo, sua ampla utilização só se deu a partir de 1947, quando o engenheiro Murrel aplicou seus conhecimentos para incrementar as atividades de indústrias e atividades civis (WISNER, 2004).

O dia 12 de julho de 1949 é considerado a data oficial do nascimento da Ergonomia, quando cientistas se reuniram na Inglaterra pela primeira vez com o objetivo de aprofundarem os estudos sobre o tema (IIDA, 1990). Mas a adaptação das condições e ferramentas de trabalho às características humanas já estavam presentes no início da humanidade. Quando o homem das cavernas procurou moldar e adaptar pedras, utensílios e o ambiente que estavam inseridos para que pudessem ser mais ajustáveis e mais anatômicos às suas condições, ali já se estava praticando a ergonomia (ABRAHÃO *et al* , 2009).

Para Lida (1990) o desenvolvimento dessa ciência sempre esteve ligado e sempre contribuiu para a história e desenvolvimento do homem. Na revolução industrial ocorrida no século XVIII e na Primeira Guerra Mundial (1914–1917) surgiram os primeiros estudos sistemáticos, principalmente na área da fisiologia, que buscavam resolver problemas relacionados às péssimas condições de trabalho a que os trabalhadores eram submetidos e ao aumento da produção bélica. Esses estudos foram o laboratório para a ampla utilização dessa ciência anos mais tarde na Segunda Guerra Mundial e no advento das fábricas no pós-guerra.

Nesse sentido Wisner (2004) também relata que a Segunda Grande Guerra (1939 – 1945) é considerada um marco para a ergonomia, pois foi a partir dos estudos realizados e do ganho de conhecimento adquirido nessa época que a aplicação de muitos benefícios para a indústria civil foi possível. O estímulo inicial para os estudos ocorreu com a necessidade de adaptar as novas tecnologias que estavam surgindo

– aviões, tanques, radares e equipamentos eletrônicos – aos soldados, que sentiam grande dificuldade em operá-los.

Wisner (1994) e Laville (2007) citam a aplicação de tais conceitos, sobretudo na aviação de guerra. A *Royal Air Force* (Força Aérea Real Britânica), por exemplo, procurava razões pelas quais os pilotos tinham tantas dificuldades em operar as aeronaves, mesmo sendo as mais modernas que poderiam ter à disposição na época.

Em consonância com os autores, Vidal (2010) aponta a falta de um padrão das informações repassadas aos pilotos e a falta de comandos mais fáceis como as principais causas dos acidentes. A partir dessas constatações algumas medidas puderam ser adotadas, como a homogeneização no tipo de avião utilizado, a criação de um padrão nos instrumentos de bordo e na apresentação das informações aos pilotos, o que reduziu drasticamente o número de acidentes.

Abrahão *et al* (2009) explica que os primeiros estudos realizados foram liderados por uma equipe com profissionais de diferentes áreas – engenheiros, psicólogos e fisiologistas –, com o objetivo de evitar que situações como aquelas, onde soldados acabavam morrendo pela imperícia no controle dos novos equipamentos, continuasse acontecendo. Ainda segundo a autora, nessas primeiras intervenções foram desenvolvidos mecanismos como botões, pedais e alavancas como forma de adaptar as máquinas aos indivíduos que iriam operá-las, além de procurarem facilitar a leitura dos instrumentos e de adaptar o funcionamento das novas tecnologias às capacidades cognitivas do homem.

Mas para Laville (2007), foi a partir de 1950 que a Ergonomia passou a ser amplamente utilizada, em especial na produção civil. No contexto do cenário pós-guerra, as indústrias americanas e europeias estavam se adequando à escassez de matéria prima e à falta de mão de obra especializada frente à grande demanda advinda da necessidade de reconstrução de cidades e países destruídos pela guerra (LAVILLE, 2007).

Vidal (2010) relata que os conceitos clássicos da administração científica preconizados por Taylor, Fayol e Henry Ford formaram as bases nas quais as indústrias da época se apoiaram para que, graças à redução dos custos e ao

aumento da produtividade advindos da utilização de determinadas técnicas, pudessem obter maior lucratividade. Couto (2007) lembra que a redução de preços dos produtos e a produção em massa conseguidas graças à aplicação de tais conceitos permitiram que inúmeros trabalhadores passassem a ter acesso a uma gama de produtos que até então não lhes era acessível, o que possibilitou o aquecimento da economia de diversos países e um consequente aumento na produção.

Mas os altos índices de produtividade que se desejava obter e a falta de preocupação com os trabalhadores levaram a uma má aplicação desse ferramental administrativo nas indústrias, o que ocasionou uma série de problemas na produção e principalmente para os trabalhadores. Ainda de acordo com o autor, pode-se citar:

- a) Aumento na velocidade da esteira com o objetivo de se produzir mais, o que gerava fadiga e aumento de lesões nos trabalhadores;
- b) Colocação da pessoa que tinha maior habilidade no início da esteira de produção, o que gerava uma grande sobrecarga para os demais trabalhadores;
- c) Definição dos índices de produtividade baseado nos operários que conseguiam ter um rendimento maior e que nem sempre eram alcançados pelos demais trabalhadores;
- d) Definição de índices de produtividade sem que fossem levadas em conta as dificuldades e a perda de tempo inerente a cada tarefa;

O resultado foi um grande aumento no índice de absenteísmo nas indústrias em decorrência dos crescentes casos de lesões nos trabalhadores. Isso acabou gerando uma grande pressão dos movimentos sociais, principalmente dos sindicatos dos trabalhadores, que reivindicavam além de melhores condições e melhor organização dos tempos de trabalho, uma revisão no excesso de fragmentação e divisão existente das tarefas (COUTO, 2007). Neste contexto a ergonomia começa a dar os primeiros passos no uso civil, pois foi utilizada para identificar e propor soluções para aqueles e outros possíveis problemas que pudessem estar influenciando negativamente o trabalho dos operários.

Outro importante passo relatado por Lida (1990) para a sua concretização, foi o trabalho dos mesmos profissionais que trabalharam no aperfeiçoamento dos

materiais bélicos durante a Segunda Guerra Mundial na concepção de produtos de uso doméstico. Eles perceberam que aparelhos e máquinas usadas nas residências também tinham problemas em sua concepção, e tal como as máquinas utilizadas na guerra, poderiam receber melhorias que observassem as características físicas, psíquicas e cognitivas de quem as iria usar (ALMEIDA, 2011; IIDA, 1990).

E foi a partir da criação de importantes institutos de estudo na Inglaterra, França e Estados Unidos que a ergonomia foi difundida e passou a ser largamente aplicada (LAVILLE, 2007). Dentre esses, pode-se destacar:

- I. Em 1949, na Inglaterra, a primeira sociedade de ergonomia fundada pelo engenheiro inglês K. F. H. Murrell, a *Ergonomics Research Society*, que era integrada por psicólogos, fisiologistas e engenheiros com o objetivo de adaptar o trabalho ao homem;
- II. Em 1959 a *Human Factors Society* (HFS) e a *International Ergonomics Society* (IES) nos Estados Unidos;
- III. Em 1963 a *Société d'Ergonomie de Langue Française* (SELF) na França;

A partir de 1980 notou-se uma mudança na base tecnológica das indústrias que modificou as relações do trabalhador com o trabalho que executava, pois o mesmo deixou de ser um executor direto e passou a ser um controlador das tarefas. Daniellou (2007) mostra que com isso a ergonomia passa a abordar não só questões relacionadas ao constrangimento do corpo do trabalhador diante das situações de trabalho, mas também a abordar questões de ordem cognitiva e da compreensão da percepção humana no ambiente de trabalho.

De lá para cá, o conceito de adaptação do trabalho ao homem veio se desenvolvendo, chegando ao conceito utilizado atualmente pela IEA, que contempla variáveis que vão além daquelas de aspecto físico, mas também de ordem cognitiva, social, organizacional, do ambiente de trabalho, entre outras. Por isso, Abraão *et al* (2009) afirma que a ergonomia de hoje supera o conceito inicial e simplista de “Homo Economicus” proposto pelo taylorismo, que toda tarefa é passível de ser organizada mediante o cumprimento rígido de regras, normas e prescrições, e passa a tratar da complexidade existente no desempenho do trabalho, revelando o seu

objetivo de transformá-lo nas diferentes dimensões, de acordo com as características e limites do trabalhador.

2.4 ERGONOMIA

O contexto a que as pessoas estão inseridas durante suas jornadas diárias de trabalho é muitas vezes caracterizado por diversos elementos que podem submetê-las a condições inapropriadas para a sua correta execução. A falta de informação ou o não uso das mesmas em benefício próprio pela falta de costume ou pela correria do dia-a-dia levam a quadros, onde não só a saúde do trabalhador é comprometida, mas também sua segurança e sua produtividade.

Neste sentido, a ergonomia surge como a ciência que pretende organizar, modificar e adaptar diferentes condições e contextos de trabalho para que as atividades possam ser realizadas de maneira mais eficiente, visando principalmente à saúde e à segurança do trabalhador.

Wisner (1987, p.38), um dos mais importantes autores da área, considera que Ergonomia é “o conjunto dos conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, de segurança e de eficácia”.

A Associação Brasileira de Ergonomia define ergonomia como "o estudo das interações do homem com o trabalho, máquinas, equipamentos e meio ambiente, visando melhorar a segurança, conforto e eficiência das atividades humanas" ⁵.

De maneira semelhante, Montmollin (1990) afirma que a Ergonomia é uma disciplina que propõe analisar os processos de interação entre os indivíduos e as “máquinas”, para modificar processos ao atuar sobre as competências dos indivíduos e sobre a organização do trabalho ou da máquina.

⁵ Informação retirada do site www.abergo.org.br em 05/06/11

Laville (2007) também complementa que a Ergonomia pode ser definida como um conjunto de conhecimentos sobre o homem empregados na resolução de problemas do conjunto homem-trabalho.

Por fim, Lida (1990) conceitua a ergonomia como sendo o estudo que visa adaptar o trabalho ao homem. Ressalta-se que o sentido de trabalho empregado aqui é bastante amplo e ultrapassa os limites de máquinas e equipamentos nas empresas e indústrias, mas contempla todas as situações que fazem parte do relacionamento do homem com o seu trabalho.

O desenvolvimento que a disciplina teve nos últimos 50 anos foi enorme, e hoje ela extrapola os seus objetivos iniciais e passa a ter uma aplicação em diversos campos de atuação. Falzon (2007) e Montmollin (1990) citam três áreas principais de atuação da ergonomia:

- I. **Ergonomia Física** – Tem a sua relação com os primeiros estudos ergonômicos e se fundamenta nos aspectos físicos da situação de trabalho tais como a postura, a manipulação de objetos, a carga física, os movimentos repetitivos, os problemas ósteo-musculares, dentre vários outros. Por isso, recorre a outras áreas de conhecimento que abordam características anatômicas, antropométricas, fisiológicas e biomecânicas do homem.
- II. **Ergonomia Organizacional** – Tem o foco na otimização dos sistemas sócio-técnicos da organização, podendo atuar na estrutura organizacional da empresa, nas regras e em seus processos. Aborda principalmente questões ligadas à comunicação, à gestão das pessoas, trabalho em equipe, cultura organizacional, dentre outros.
- III. **Ergonomia Cognitiva** – A ergonomia cognitiva tem o foco na interação entre as pessoas e as variáveis do seu meio de trabalho. Compreende principalmente os temas ligados à carga mental dos trabalhadores, os processos de decisão, o desempenho especializado, a confiabilidade humana, a formação profissional e o estresse.

Vidal (2010, p.28) aborda a abrangência do escopo da ergonomia no desenvolvimento de alternativas que deem conta dos problemas que surgem nas atividades profissionais. Tais maneiras se diferenciam da seguinte forma:

1. Quanto à Abordagem – Relaciona-se com a forma como serão tratados os problemas na atividade de trabalho. O mesmo pode ter uma orientação voltada para o produto final que se está produzindo, ou orientada para o projeto de sistemas de trabalho, onde se levará em conta aspectos macro da atividade de produção;
2. Quanto à Perspectiva – Se relaciona com os aspectos da ação ergonômica na atividade real de trabalho e terá uma orientação voltada para dois aspectos – para a concepção de novos produtos, novos processos e novos métodos de trabalho, que é chamada de ergonomia de concepção, ou uma orientação voltada para a intervenção em uma realidade de trabalho já existente, que é chamada de ergonomia de intervenção;
3. Quanto à Finalidade – Dependendo do objetivo que a ação ergonômica quer obter, seu desenvolvimento poderá ter quatro finalidades, a saber: ergonomia de enquadramentos (significa o estabelecimento de padrões e parâmetros previamente estabelecidos a partir de um caderno de especificações); ergonomia de correção (execução de uma mudança a partir de uma análise inicial); ergonomia de remanejamento (refere-se a mudanças mais ou menos amplas em relação ao que já existe na atividade) e a ergonomia da modernização (quando estas mudanças causam um impacto na base técnica do processo de produção).

Com essa grande abrangência, são muitas as situações do trabalho humano que a ergonomia pode contribuir. Por causa dessa grande diversidade de situações e por ser uma ciência relativamente nova, a ergonomia utiliza uma série de conhecimentos advindos de outras disciplinas, que são fundamentais para a compreensão e intervenção nestes contextos e é uma especificidade da ergonomia. Essa particularidade é chamada de multidisciplinaridade, e é uma característica já presente desde os primeiros estudos, quando foram reunidos profissionais de diferentes áreas com um objetivo comum.

Hoje, no entanto, além da psicologia, da fisiologia e da engenharia, uma grande quantidade de outras disciplinas contribui para os estudos ou para as intervenções ergonômicas. Daniellou (2004) cita a administração (gestão), a sociologia, a medicina, a antropologia, a economia e a contabilidade como exemplos dessas áreas de conhecimento.

Leplat (2007, p.35) aborda a multidisciplinaridade existente na ergonomia.

A ergonomia é uma disciplina jovem, sua história é recente. Enraíza-se, portanto, necessariamente em disciplinas mais antigas. Além disso, está em evolução [...], uma evolução que se expressa mais como uma expansão que como um retraimento, da qual decorrem problemas de delimitação, de gestão de influências, empréstimos e intercâmbios.

Por isso, antes de ser desenvolvido um trabalho na área, devem ser avaliadas as características da situação que se pretende intervir para que se saiba qual orientação que o projeto ergonômico terá.

Entretanto, mesmo com essa abrangência, tal disciplina ainda tem a aplicação restrita a áreas recorrentes de atuação, normalmente ligadas a aspectos físicos que interferem na atividade de trabalho. Na odontologia, por exemplo, os trabalhos ergonômicos abordam principalmente os aspectos físicos que interferem na saúde e na produtividade do odontólogo, tais como postura, design de produtos e doenças do trabalho como a Lesão por Esforço Repetitivo (LER). Outros aspectos que fazem parte do contexto de trabalho acabam sendo deixados de lado e não podem, por isso, dar contribuições para os casos estudados.

A prevalência de estudos que abordam as questões citadas (que são ligadas à ergonomia de linha americana) acontece também em outras áreas de conhecimento, e podem ser explicadas pela base histórica na qual a Ergonomia se desenvolveu.

2.5 AS DUAS CORRENTES ERGONÔMICAS

Os estudos ergonômicos desenvolveram-se ao longo da história em dois paradigmas principais. A primeira linha de estudos, que é amplamente conhecida, é chamada de anglo-saxônica ou clássica e foi desenvolvida por britânicos e americanos. A segunda é chamada de ergonomia francesa e foi inicialmente desenvolvida na França, sendo posteriormente difundida em todo o mundo e possui hoje ampla aplicação.

O enfoque da ergonomia clássica foi o primeiro a ser desenvolvido e remonta dos primeiros estudos ergonômicos durante a Segunda Guerra Mundial e nas condições

extremamente rígidas e repetitivas da produção de massa dos anos 50. O paradigma na qual ela se fundamenta é o da aplicação de conhecimentos científicos sobre o funcionamento do homem no projeto dos meios de trabalho, ou seja, seu enfoque são os aspectos físicos na relação do homem com a máquina, e na adaptação desta ao homem (WISNER, 2004; MONTMOLLIN, 1990).

Almeida (2011) relata que por meio do conhecimento de diferentes áreas (antropometria, psicologia, fisiologia e biomecânica) e da realização de estudos prioritariamente por meio de simulações em laboratórios, os ergonômistas desta linha trabalhavam na tentativa de diminuir os problemas advindos da exposição do trabalhador a diversas situações prejudiciais e na diminuição dos problemas provocados pela sua realização. Mas o autor evidencia também que além destes, o aumento na produtividade era o principal fator motivador da intervenção, o que muitas vezes levava os valores humanos a virem em segundo plano.

Nesta abordagem o objetivo é modificar e ajustar as estações de trabalho e o maquinário para as características comuns de grande parte de trabalhadores que os operavam. Os ergonômistas utilizavam como medida padrão o chamado “homem médio” (gênero masculino, branco, jovem e saudável) para realizarem seus estudos. Tempos depois essa medida foi substituída pelo “homem estatístico”, que abrangeria um contingente maior de pessoas como base para a realização das pesquisas (ALMEIDA, 2011).

O ponto central dessa corrente é, portanto, a adaptação e o ajuste das ferramentas de trabalho ao homem. Segundo Vidal (2010, p.10), essa corrente busca responder à seguinte pergunta: “o que se sabe acerca do ser humano e que pode ser empregado nos projetos de instrumentos, dispositivos e sistemas?” Tais estudos se baseiam em procedimentos experimentais realizados em laboratórios, avançadas técnicas de simulação e a confrontação das interfaces entre os sistemas e as pessoas.

Por outro lado, a corrente francesa surge na França em meados do século XX, advinda da demanda das indústrias da época para que se realizassem estudos nas situações reais de trabalho. Os responsáveis em propor as mudanças não estavam convencidos que as teorias que estavam em voga nos Estados Unidos, propostas

por Elton Mayo, Maslow e Herzberg, pudessem incrementar a produtividade (LAVILLE, 2007).

A primeira abordagem ergonômica que priorizava uma atividade real de trabalho foi proposta por Suzanne Pacaud em 1949 e por Obrendame e Faverge em 1955, e recomendavam a realização de um estudo etnográfico antes da projeção de um posto de trabalho (WISNER, 2004). Mas apenas em 1966 é que a análise da situação real de trabalho foi formalizada por Alain Wisner ao propor o conceito de AET (Análise Ergonômica do Trabalho), importante metodologia que hoje é largamente utilizada em trabalhos ergonômicos, e que será abordada nesta pesquisa num momento posterior.

No seu início, a ergonomia francesa partiu dos conhecimentos advindos do paradigma anglófono para a realização de suas atividades. Mas a prática da análise ergonômica do trabalho nas situações reais onde o mesmo acontecia, e não em condições de laboratório como era preconizado na escola americana, levou a questionamentos e constatações que enfraqueceram o paradigma inicial e fizeram a ergonomia de linha francesa trilhar caminhos próprios (DANIELLOU, 2004).

Laville (2007, p.28) também destaca essa diferença:

Foi ao longo desse período que a ergonomia francófona construiu progressivamente sua especificidade em relação à ergonomia anglo - saxã: tornou-se uma ergonomia particularmente centrada na análise da atividade estudada em situação de trabalho, ou seja, a atividade situada em seu contexto técnico e organizacional e nas relações entre os constrangimentos de produção.

A ergonomia francesa se estruturou então no estudo específico do trabalho humano com a finalidade de melhorá-lo (MONTMOLLIN, 1990; WISNER, 2004). Almeida (2011) completa ainda que o modelo francês volta-se mais para as subjetividades e experimentações, não visando à concepção de máquinas como ponto central e se posiciona de maneira contrária ao experimentalismo e ao acúmulo de dados distantes da realidade advindos da ergonomia clássica.

Esse paradigma aborda os conceitos de tarefa (trabalho prescrito – o que deve ser feito) e de atividade (trabalho real – o que é feito realmente), e sua preocupação centra-se na organização do trabalho. Busca responder às seguintes perguntas

relacionadas ao trabalho: o que faz, quem faz, como faz, e de que maneira poderia fazê-lo melhor? (ALMEIDA, 2011).

A corrente francófona pretende ter uma abordagem mais individualizada e ao mesmo tempo mais abrangente. Mais individualizada no sentido de analisar a situação real de trabalho de um ou de vários trabalhadores específicos daquela realidade que se pretende estudar. E mais abrangente quando ultrapassa o limite da adaptação dos equipamentos e do posto de trabalho aos trabalhadores, quando passa a considerar aspectos cognitivos e psicológicos ao invés de considerar apenas aspectos antropométricos e fisiológicos (ABRAHÃO *et al*, 2009).

Apesar das diferenças entre ambas vertentes ergonômicas, é preciso salientar que as abordagens se complementam e não se pode dizer que uma seja mais adequada do que a outra. A escolha de uma das duas vai depender dos objetivos aos quais a pesquisa pretende alcançar (MONTMOLLIN, 1990; DANIELLOU, 2007; ALMEIDA, 2011).

Ainda falando sobre a ergonomia francesa, a que interessa neste momento, o seu objetivo de compreender o trabalho para depois transformá-lo passa por outros conceitos que fundamentam este paradigma.

Daniellou (2004) cita a diferença entre trabalho prescrito e real, a atividade cognitiva na realização do trabalho e a complexidade do trabalhador e do trabalho a ser executado como conceitos fundamentais da ergonomia francesa. Nessa mesma linha, Tersac (2004) também cita importantes conceitos como a variabilidade, a atividade de regulação (que pode ser entendida pelos aspectos cognitivos na realização do trabalho) e a evolução do conceito de tarefa para atividade.

Pela importância e centralidade desses conceitos para a compreensão da ergonomia (em especial a de linha francesa), tais conceitos serão abordados e aprofundados nos tópicos seguintes.

2.5.1 TAREFA E ATIVIDADE

A evolução da noção de tarefa para a noção de atividade é uma dos principais conceitos da ergonomia de linha francesa e é considerada um dos fundamentos da análise do trabalho. Tersac (2004) ressalta a diferença que existe nas exigências da tarefa (aquilo que é determinado que se faça) e no que acontece de verdade (as atitudes e sequências operacionais pelas quais o indivíduo responde à tarefa). O próprio trabalhador é o criador do seu trabalho, de forma que a sua compreensão é de grande importância para futuras modificações de melhoria da atividade (FALZON, 2004).

Nos primeiros trabalhos ergonômicos era utilizado o conceito de tarefa, que está associado ao trabalho prescrito e que foi preconizado nos trabalhos realizados por Taylor e pela aplicação em larga escala nas indústrias da época.

Para Montmollin (1990), tarefa é o conjunto de elementos objetivos relacionados ao operador e o trabalho: a máquina, os procedimentos prescritos, os objetivos a atingir, as diversas limitações.

Falzon (2007, p.9) também conceitua tarefa como:

[...] o que se deve fazer, o que é prescrito pela organização. A tarefa prescrita é o que se espera implícita ou explicitamente do operador. Ela reúne, portanto, a tarefa explicitada e a tarefa esperada.

Sua essência está diretamente ligada à necessidade de padronização dos meios de produção, com o objetivo dos produtos fabricados seguirem sempre a mesma qualidade, consumindo o mesmo tempo de montagem e gerando os mesmos custos. Para isso, o gestor responsável por sua elaboração uniformizava as exigências do trabalho, normatizava os procedimentos e estabelecia regras rígidas de tempo, levando em conta uma situação desejável, onde exista um trabalhador jovem e saudável, que seria capaz de desempenhar aquelas atividades de uma maneira ótima.

Assim, o papel do trabalhador era reduzido a um mero executor de tarefas, sendo desconsideradas as competências que poderiam ser adquiridas ao longo da experiência desse funcionário, a complexidade que aquela tarefa poderia ter e muito

menos as situações adversas (variabilidades) que poderiam ocorrer na realização do trabalho e também em relação ao comportamento humano.

Diferente da noção de tarefa, a atividade de trabalho – que é hoje considerada o fio condutor da análise ergonômica – considera dimensões que vão além daquelas contempladas pela tarefa. Nela, são determinadas não só as características e normas da empresa, mas também as características dos trabalhadores, pois se fundamenta no conceito que o trabalho sofre transformações por influência do trabalhador e este também sofre modificações por conta do trabalho.

Para Montmollin (1990) a atividade é o comportamento real do trabalhador no seu local de trabalho, tanto físico (gestos, posições), quanto mental (raciocínios, verbalizações). E a ergonomia se baseia na atividade do trabalhador, uma vez que a atividade é um processo em evolução, original e complexo que busca a adaptação e a transformação da tarefa.

Abrahão *et al* (2009, p. 38) conceitua atividade da seguinte maneira:

O trabalho real, ou atividade, designa a maneira do ser humano mobilizar suas capacidades para atingir os objetivos da produção. Assim, a premissa é que o trabalho demanda um investimento cognitivo e físico para resolver o que não é dado pela organização e pela situação de trabalho [...]

Seguindo esta linha, Falzon (2007, p.9) complementa que:

A atividade é o que é feito, o que o sujeito mobiliza para efetuar a tarefa. [...] A atividade não se reduz ao comportamento. O comportamento é a parte observável, manifesta, da atividade. A atividade inclui o observável e o inobservável: a atividade intelectual ou mental.

O conceito de atividade tem uma abrangência muito maior nos estudos ergonômicos que o conceito de tarefa, uma vez que tenta dar conta não só das dimensões fisiológicas, ambientais e organizacionais de uma situação de trabalho, mas também das racionalidades cognitivas inerentes a ela, pois a eficácia do trabalho depende da ação criativa do operador (FALZON, 2004).

Na análise do trabalho real, existe a preocupação em elucidar a maneira como o trabalhador desenvolve as suas tarefas, tanto aquelas que foram prescritas pela organização quanto aquelas a que se deparam no dia-a-dia, para as quais não existem prescrições sobre a maneira correta de agir. A atividade assume uma função fundamental no trabalho e é por meio da análise da atividade que se pode

descobrir e dar valor à variabilidade das situações de trabalho e também dos trabalhadores, no que tange os aspectos biológicos e psicológicos dos mesmos.

Schwartz (1994) tem uma abordagem interessante a respeito dos conceitos de tarefa e atividade sob a ótica da ergologia. Apesar desta ciência se diferenciar da ergonomia por ter um enfoque mais filosófico em relação ao trabalho, existe uma grande aproximação em diversos outros pontos entre essas duas ciências. A noção de tarefa e atividade, que são tratados na ergologia como normas antecedentes e renormalizações da atividade real do trabalho, é um exemplo dessa aproximação.

Na visão de Schwartz (1994), abordar o trabalho somente pelo aspecto da prescrição pode não permitir a elucidação de aspectos mais profundos, pois o trabalho é o local onde acontece a recriação de tudo aquilo que foi formulado previamente. A atividade de trabalho não tem um caráter totalmente padronizável, por isso a renormalização da atividade de trabalho, a maneira como o trabalhador age e como ele é afetado física e psicologicamente, são objetos de interesse da ergologia e da ergonomia.

Por isso a análise da atividade do dentista no seu campo de trabalho é de grande importância para se conhecer os diferentes aspectos da relação dentista-paciente. É por meio dela que será possível conhecer e compreender a complexidade que existe nesta relação, os incidentes críticos (variabilidades) que podem ocorrer, a maneira como o profissional as gerencia e o seu impacto na atividade de trabalho e na vida do profissional.

2.5.2 A COMPLEXIDADE DO TRABALHO

A partir do momento em que se passou da análise da tarefa para a análise da atividade do trabalhador em campo, a noção de complexidade tomou nova dimensão. A complexidade é algo inerente a todo o processo de trabalho, que por sua vez pode ser analisado e estudado por diversos ângulos.

De acordo com Tersac (2004, p.87), o trabalho é um objeto complexo porque “implica reencontrar o vínculo entre o discurso sobre o trabalho e a maneira como cada sociedade o descreve, o pensa e o avalia”; “[...] porque é incontestavelmente um objeto multidimensional”; e porque “[...] se trata, ao mesmo tempo, de uma noção abstrata e de uma variedade de práticas, o que nos impede de adotar um ponto de vista único e normativo”.

Para Leplat (2004), a complexidade de uma tarefa pode ser medida de acordo com o número de elementos que compõem aquele sistema e a relação existente entre eles. O modelo de estudo será baseado na representação que o pesquisador faz daquele sistema, sendo possível que um mesmo sistema tenha diferentes vertentes de pesquisa e possa ter diferentes classificações de complexidade.

O autor destaca que uma atividade de trabalho também poderá ser definida como complexa de acordo com o agente que a executa, de maneira que a mesma tarefa poderá ser considerada complexa para um trabalhador iniciante com pouca experiência e não complexa para um trabalhador experiente que há 15 anos realiza o mesmo trabalho. Ou ainda, esta poderá ser classificada como complexa para este mesmo trabalhador experiente, dependendo das etapas que aquela tarefa é dividida.

Tersac (2004) observa que, devido a essa complexidade existente nos sistemas de trabalho, o mesmo não pode ser objeto de estudo de uma única disciplina. Deste ponto surge uma reflexão a respeito da importância da ergonomia no estudo da complexidade do trabalho, uma vez que por ser uma ciência multidisciplinar, ela consegue abranger e dar subsídio para pesquisas em uma grande quantidade de áreas.

Na acepção de Vidal *et al* (2002), a ergonomia contemporânea passa a abranger a noção de complexidade quando muda o seu objetivo da elaboração experimental de recomendações acerca dos fatores humanos para a análise situada da atividade, que é onde se encontra com a realidade dos sistemas socio-cognitivos que liga pessoas, tecnologias e a organização. Tais sistemas são assim caracterizados como complexos porque um sistema analítico clássico tem o foco em aspectos funcionais apenas, por isso não consegue dar conta de toda a dimensão que pode ser compreendida, deixando assim alguns *gaps*.

Em consonância com os conceitos citados pode-se considerar a relação que é estabelecida entre o paciente e o dentista como complexa. São muitos os fatores que influenciam e que contribuem para a sua complexidade. Estes fatores podem estar relacionados, por exemplo, com a complexidade que é inerente a cada pessoa, que pelas diferentes formas de agir e pelos diferentes interesses, pode por si só representar fonte de estresse e problemas no relacionamento do paciente com o dentista.

Ou com o contexto profissional, em que o dentista deve se preocupar com o bom atendimento, com a satisfação do paciente, com a concorrência e diversos outros fatores ao mesmo tempo. Ou ainda com as diferentes situações que podem se apresentar nesta relação, conhecidas ou não, que exigirão diferentes posturas e atitudes do profissional.

A maneira de agir frente a estas situações, por não serem muitas vezes abordadas nas faculdades, requerem do profissional a utilização de outros saberes – pessoais, históricos e características próprias – para agir e resolver aquela situação apresentada. Uma das formas de compreender a maneira como o trabalhador utiliza suas faculdades, atributos e características próprias na realização do trabalho, é a utilização do conceito do “uso de si” criado por Schwartz (1994).

Para o autor, a distância que existe no que é prescrito pela organização para o que realmente acontece de fato, exige que os trabalhadores reconstruam seus modos operatórios e assumam uma forma de gestão daquela atividade muito além daquilo que foi inicialmente prescrito. Por isso, trabalhar envolve sempre uma dramática do uso de si. O ato de trabalhar é sempre um drama, pois envolve o trabalhador por inteiro e é o espaço de tensões problemáticas, de negociações de normas e de valores. A expressão “uso de si” indica justamente que não há somente execução nessa dramática, mas o uso de toda a subjetividade do trabalhador, com toda a mobilização que apenas uma abordagem prescrita não poderia dar conta.

Portanto, as diferentes situações, a maneira de agir dos profissionais, e o impacto que as mesmas têm no trabalho do profissional é que determinarão o quão complexa poderá ser classificada a sua atividade de trabalho. Em grande parte dos trabalhos existentes não há uma possibilidade de se tentar prescrever todas as

tarefas do trabalho com o intuito que tudo se mantenha sob controle, uma vez que todo tipo de trabalho está sujeito a ocorrências que saem do previsto. Essas situações adversas e imprevistas que estão fora do que é imaginado tornam a sua identificação e a compreensão de como os trabalhadores agem de grande importância nos estudos ergonômicos, por meio da variabilidade e da ergonomia cognitiva.

2.5.3 VARIABILIDADE E A ERGONOMIA COGNITIVA

A variabilidade está diretamente relacionada com os incidentes críticos e demais situações não previstas no trabalho, decorrente dos homens, dos equipamentos ou da matéria prima na atividade de trabalho. Sua utilização no campo da ergonomia surgiu a partir do momento em que o conceito de tarefa deu lugar ao conceito de atividade. Nesta nova abordagem, que leva em conta as diferentes situações que os trabalhadores têm que enfrentar, que não estão previstas nos manuais e nos procedimentos padrão, o estudo das variabilidades ganha importância na medida em que propõe adequações dos postos de trabalho aos trabalhadores, visando a sua saúde e produtividade.

Abrahão (2000) aponta que fontes de variabilidade podem vir do ambiente organizacional (em relação a materiais, equipamentos, procedimentos e outros) ou do indivíduo, que podem ser de natureza inter e intraindividuais (da própria pessoa ou do grupo), levando-se em conta os aspectos físicos, psíquicos e cognitivos dos mesmos. Neste último caso serão levados em conta a experiência como história das representações mentais, o envelhecimento como história biológica e outras intrinsecamente ligadas à história do trabalho, onde acontecem de fato no contexto real da atividade.

Para agir diante das variabilidades, toda pessoa utiliza seu capital genético, a sua história e as marcas acumuladas na vida aliadas ao seu modo de vida, seus costumes pessoais e seus aprendizados. Este conjunto de fatores influencia a forma

como são abordadas as situações de trabalho com as quais este indivíduo é cotejado.

Wisner (1994) destaca o grau de dificuldade que o trabalhador encontra para identificar as alterações e variações que afetam o funcionamento do sistema e que ocorrem durante o processo de trabalho em que está inserido. Este fato remete para a importância de um olhar externo ao processo para auxiliar na melhoria do sistema.

O conceito de trabalho prescrito entende a resposta do trabalhador frente às variabilidades como um afastamento do trabalho prescrito, e considera por isso um risco à produção. Porém, para a análise do trabalho real esta resposta é considerada uma forma de gestão desta variabilidade e por isso deve ser estudada. Quando um trabalhador desenvolve táticas para agir diante das variabilidades, ele estará utilizando seus processos cognitivos para interpretar a conjuntura e selecionar a ação que melhor se adéque à resolução dos problemas encontrados.

Abrahão (2000) apregoa que a variabilidade está sempre presente na situação real de trabalho, e que é neste contexto que as características do indivíduo, as exigências da atividade e a organização do trabalho interagem e devem ser pesquisadas para facilitar a qualidade de vida no trabalho e melhorar a produtividade. Nesse sentido, a ergonomia, por meio da Ergonomia Cognitiva, busca compreender quais são os processos mentais – percepção, memória, raciocínio – utilizados na execução do trabalho e como os mesmos são administrados.

Leplat (2007) confirma a importância dos estudos ergonômicos sobre essa vertente quando afirma que a ergonomia tem a proposta de construir conhecimentos sobre o ser humano em atividade, em seu contexto de trabalho, e por isso deve ter uma abordagem holística que leve em conta não só aspectos físicos, mas também de ordem cognitiva e social na sua abordagem.

No entender de Abrahão *et al* (2009), um dos objetivos da Ergonomia Cognitiva é compreender como o indivíduo seleciona as informações pertinentes para agir em situação, com o intuito de elaborar recomendações que favoreçam a captação, o tratamento e, principalmente, a utilização das informações mais pertinentes.

Vidal (2010) ressalta que a cognição se refere a aspectos mentais da atividade de trabalho das pessoas e contempla a mobilização operatória das capacidades mentais do ser humano em diferentes situações de trabalho.

Nas palavras de Falzon (2007, p.5), a ergonomia cognitiva tem uma grande abrangência:

A ergonomia cognitiva trata dos processos mentais, tais como a percepção, a memória, o raciocínio e as respostas motoras, com relação às interações entre as pessoas e outros componentes de um sistema. Os temas centrais compreendem a carga mental, os processos de decisão, o desempenho especializado, a interação homem-máquina, a confiabilidade humana, o estresse profissional e a formação, na sua relação com a concepção pessoa-sistema.

Assim, a Ergonomia Cognitiva permite analisar as representações mentais, as estratégias, a memorização, dentre outros, utilizados pelo trabalhador na realização de uma tarefa. Observando os comportamentos cognitivos do operador é possível compreender como são utilizadas as suas características pessoais diante daquela atividade, os limites de atuação diante de uma situação de trabalho e os objetivos da atividade a serem atingidos. Dito de outra forma, é possível compreender os aspectos complexos da relação entre o trabalhador e seu ambiente.

A ergonomia, a sua aplicação e a utilização dos conceitos apresentados em trabalhos da área vêm ganhando cada vez mais espaço nas pesquisas realizadas no Brasil e merece, por isso, que se conheça a sua trajetória.

2.6 A ERGONOMIA NO BRASIL

A Ergonomia teve o seu início no Brasil vinculado às áreas de Engenharia de Produção e Desenho Industrial, cuja aplicação se referia a normas e padrões orientados para a população brasileira. O precursor da abordagem ergonômica no país foi o professor Sérgio Penna Kehl, que lecionava na Politécnica da USP e foi o fundador do Grupo Associado de Pesquisa e Planejamento (GAPP), cujas ações

envolviam a aplicação da Ergonomia como um item de consultoria a empresas de grande porte, como a CSN, COSIPA e Metrô de São Paulo⁶.

Depois deste primeiro passo, os estudos na área passaram a se espalhar por outras universidades do país, onde o tema passou a ser abordado em diversos cursos já existentes e quando passou a ser tema de dissertações de mestrado, teses de doutorado e temas de livros⁷. Dentre elas destaca-se a UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) que em 1989 abriu o primeiro mestrado em ergonomia do país e continua hoje em pleno funcionamento, oferecendo também o doutorado e conta com profissionais capacitados que se especializaram nos maiores centros de pesquisa da área com especialistas renomados e respeitados mundialmente.

Apesar de a ergonomia ter sido iniciada no Brasil tendo uma vertente mais próxima daquela praticada nos Estados Unidos, na década de 80 houve uma aproximação grande com a ergonomia francesa, quando diversos estudantes brasileiros fizeram mestrado e doutorado na França com aquele que é considerado o patrono da ergonomia no Brasil e um dos maiores nomes mundiais no assunto, Alan Wisner (ABRAHÃO *et al*, 2009).

Ainda na década de 80 foi fundada a Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO), uma associação sem fins lucrativos cujo objetivo é o estudo, a prática e a divulgação das interações das pessoas com a tecnologia, a organização e o ambiente, considerando as suas necessidades, habilidades e limitações⁸. Ela é a entidade que reúne os diversos núcleos de ergonomia do país, divulga os conhecimentos produzidos na área e ainda é a responsável pela certificação de profissionais e núcleos de pesquisa voltados à ergonomia.

Um importante passo dado nessa época pelo país no campo da ergonomia, visando à prevenção de acidentes e a saúde do trabalhador foi a Norma Regulamentadora 17 (NR 17). Diante do grande número de trabalhadores (principalmente digitadores) que estavam sofrendo com doenças ocupacionais, deu-se início à tentativa de implantação de uma série de regras que tinham o objetivo de prevenir que outras

^{6 e 7} Dados da Universidade Federal Fluminense retirados do site: www.uff.br, acessado em 24/05/2011

⁸ Dados retirados do site www.abergo.org.br, acessado em 16/02/2011

pessoas sofressem os mesmos problemas. Foi então constituída uma equipe de trabalho composta por médicos e engenheiros para analisar a atividade de trabalho em diversas empresas. Constatou-se a presença de fatores que contribuíam para o desenvolvimento das Lesões por Esforços Repetitivos, como o pagamento de prêmios de produção, a ausência de pausas, a prática de horas-extras, a dupla jornada de trabalho, dentre outros⁹.

A partir daí deu-se início a um movimento sócio-político, que contava com a participação da sociedade civil para a alteração das normas deficitárias que estavam em vigor na época e a adição de outros pontos de interesse dos trabalhadores. Durante dois anos foram realizados inúmeros debates, reuniões e seminários para conseguirem que em 1990 a redação final fosse aprovada pelo governo. Vale ressaltar que houve um intenso embate político, onde de um lado estava a equipe de ergonomia, que buscava alterar a legislação em benefício dos trabalhadores, e do outro lado a classe patronal de empresários, que viram seus interesses sendo ameaçados e tentaram alterar as proposições levantadas.

Apesar dos esforços contrários, a NR 17 entrou em vigor e possibilita hoje estabelecer parâmetros ergonômicos que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, levando em conta critérios de conforto, segurança e desempenho. Por isso regulamenta condições ambientais do posto de trabalho, jornada de trabalho, mobiliário, organização do trabalho, pausas, folgas, e outros aspectos.

Atualmente a Ergonomia tem seu campo de atuação cada vez maior no país, pois conta com diversas empresas de consultoria, centros de pesquisa que atuam em diferentes regiões do Brasil, e é estudada em diversas universidades brasileiras, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Belo Horizonte, Brasília, e Recife.

As pesquisas e trabalhos científicos produzidos nesse campo trouxeram grandes contribuições para diversas profissões e permitiram que profissionais pudessem trabalhar com mais segurança e sem prejuízos à sua saúde. Um exemplo dessas áreas é a odontologia, que pela posição que o dentista trabalha, pelos diversos

⁹ Dados retirados do site www.ergomais.com.br, acessado em 05/07/2011

riscos presentes no consultório e por vários outros fatores inerentes à atividade, tem uma relação bastante próxima com a ergonomia.

2.7 A ERGONOMIA NO CAMPO DA ODONTOLOGIA

A ergonomia tem na odontologia um campo fértil e propício para o desenvolvimento de trabalhos ergonômicos, o que pode ser comprovado pela quantidade de material científico desenvolvido ao longo do tempo que abordam aspectos ergonômicos no trabalho dos odontólogos, principalmente aqueles relacionados à dor.

Rio e Rio (2000, p.10) conceituam ergonomia odontológica como a “aplicação dos conceitos de ergonomia à prática odontológica, com o objetivo de racionalizá-la, de acordo com as características do trabalho odontológico”. Esta, visa propiciar maior conforto no trabalho, prevenir o estresse, a fadiga visual, física e psíquica, prevenir sintomas como a dor, a dormência e a perda de força, além dos constrangimentos musculoesqueléticos relacionados à atividade de trabalho.

Os conceitos de ergonomia foram introduzidos na odontologia na década de 50 por meio de um artigo escrito por Eccles e Powel no Reino Unido. Devido à grande demanda advinda dos problemas de saúde que acometiam os profissionais e com o objetivo de melhorarem os índices de produtividade, novos estudos foram realizados e novos conceitos foram criados a partir daí. Como exemplo tem-se o conceito de “trabalho a quatro mãos”, que hoje é utilizado amplamente na área e remete ao trabalho do cirurgião-dentista auxiliado por um Auxiliar de Saúde Bucal (ACD) ou por um Técnico de Saúde Bucal (TSB) (CUSTODIO, 2006).

Os profissionais de odontologia estão entre aqueles onde incidem as maiores porcentagens de abstinência do trabalho, seja por incapacidade temporária ou permanente. Por isso, a maioria dos trabalhos científicos tem o seu foco voltado para o ferramental, para os instrumentos e para o mobiliário, com o objetivo de tornar a atividade desses profissionais mais fácil (ANVISA, 2006).

A ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) traz, por exemplo, uma série de riscos ocupacionais presentes na atividade de trabalho do odontólogo, bem como a proposição de uma série de medidas para evitá-los ou reduzi-los. O risco ocupacional é conceituado como a probabilidade de acontecer um evento adverso que implique em perda ou dano ao profissional.

Nesse sentido, os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos e os riscos oriundos da falta de conforto e higiene são os fatores mais citados a que estão sujeitos os profissionais que atuam em assistência odontológica.

A título de exemplo, podem ser citados alguns eventos encontrados nos consultórios odontológicos referentes a tais riscos:

1. Riscos Físicos – Estão relacionados principalmente à iluminação deficitária ou excessiva, ao ruído e à umidade. O ruído, por exemplo, pode advir de uma série de equipamentos necessários para a realização do trabalho: compressores de ar, turbina de alta velocidade, sugadores de saliva e outros. Segundo pesquisa realizada por Lacerda *et al* (2002), que mediu os níveis de ruído produzidos por tais equipamentos em um determinado consultório odontológico, embora o ruído gerado pelos equipamentos naquela ocasião não representasse fonte de dano à saúde, o autor ressalta que devem ser sempre fonte de precaução, pois o mesmo pode ocasionar dificuldade de concentração, redução na produtividade, erros e acidentes.
2. Riscos Químicos – São vários os produtos químicos que podem afetar a saúde do dentista, principalmente quando manuseados de maneira errada ou quando o profissional não utiliza os equipamentos de segurança necessários. Dentre estes estão materiais como o mercúrio, a procaína, soluções esterilizantes a frio, materiais para forramento, revestimento, moldagem e a resina, que podem causar o aparecimento de dermatites e outras doenças relacionadas a problemas de pele. O mercúrio, por exemplo, tem uma grande capacidade de dano, pois uma vez ingerido, fica

concentrado no sistema nervoso e renal do profissional e pode trazer prejuízos irreparáveis à sua saúde (SAQUY, 1998; ANVISA, 2006).

3. Riscos Biológicos – Diferentes doenças podem ser transmitidas em um tratamento odontológico, inclusive doenças graves como a tuberculose, herpes, hepatite B e AIDS. Os microrganismos dessas e de outras várias doenças são transmitidas pelo sangue ou pela saliva do paciente ao dentista que, apesar de se prevenir ao utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI), ainda está suscetível à contaminação ocasionada por algum acidente que exponha a saliva ou o sangue do paciente ao contato direto com outras partes do seu corpo, podendo resultar em uma contaminação (SAQUY, 1998; ANVISA, 2006).

4. Riscos Ergonômicos – A ausência de equipamentos projetados de maneira ergonômica, a ausência de um profissional auxiliar e a postura adotada pelo profissional são alguns dos riscos ergonômicos que o profissional está sujeito. Além disso, a quantidade de esforços repetitivos em um campo de atuação bastante limitado como é a boca do paciente e a atenção e responsabilidade constante durante um procedimento são apontados como os principais causadores de dores (na cabeça, pescoço, mãos, costas, membros inferiores e superiores), de doenças como a LER, de afastamento funcional temporário e até mesmo do afastamento permanente dos dentistas (KOSMANN, 2000; ANVISA, 2006).

5. Riscos Mecânicos e de Acidentes – Relacionado aos riscos mecânicos ou de acidentes estão os aspectos relacionados ao espaço físico onde o profissional atua, dentre os quais se podem citar: espaço físico subdimensionado; arranjo físico inadequado; instrumental com defeito ou impróprio para o procedimento; perigo de incêndio ou explosão; edificação com defeito; improvisação na rede elétrica e hidráulica; e a ausência de EPI's. As instalações que abrigam os consultórios odontológicos são caracterizadas pela intensa relação que existe das mesmas com as

funções e atividades exercidas nesses ambientes. Por isso a correta definição da infraestrutura por meio de soluções arquitetônicas e pela divisão planejada dos espaços são importantes, não só para a segurança dos dentistas e dos pacientes, mas também para a maior qualidade da assistência prestada (ANVISA, 2006).

6. Riscos pela Falta de Conforto e Higiene – Já os aspectos da ordem do conforto e da higiene estão relacionados com: sanitários em número insuficiente e sem separação por sexo (principalmente quando um número maior de profissionais trabalham no mesmo local), falta de produtos de higiene pessoal (sabonete líquido e toalha descartável nos lavatórios, entre outros), ausência de água potável para consumo, não fornecimento de uniformes, ausência de ambientes arejados para lazer e confortáveis para descanso, ausência de vestiários com armários para a guarda de pertences, falta de local apropriado para lanches ou refeições, entre outros (ANVISA, 2006).

Contudo, ainda que seja importante esta abordagem, este cenário aponta para uma tendência que já é recorrente nos estudos da área: a prevalência de estudos ergonômicos da linha americana em detrimento aos estudos de linha francesa, e a prevalência na abordagem de problemas relacionados ao ambiente físico e à sua adaptação ao profissional em detrimento de outras possíveis abordagens de ordem cognitiva.

Custódio (2006) e Rasia (2004) também ressaltam esse fato ao afirmar que na revisão da literatura sobre a ergonomia na odontologia ainda são incipientes os estudos com a abordagem francesa, ou seja, estudos ergonômicos voltados para a análise da atividade. Kosmann (2000) também destaca a falta de estudos que abordem, por exemplo, as situações imprevistas durante um tratamento, as situações que fazem parte do relacionamento entre pacientes e dentistas, as situações de emergência e tantas outras que requerem o conhecimento e a capacidade de tomar decisões.

Os cirurgiões-dentistas sofrem, além do constrangimento físico, um constrangimento psíquico advindo dessas situações de pressão e de desgaste que já são características próprias da sua atividade de trabalho. O trabalho monótono, automatizado e rotinizado da profissão, o cansaço mental ocorrido pelo alto nível de precisão, a habilidade mental exigida em um tratamento são eventos bastante representativos dessa característica (CUSTODIO, 2006; KOSMANN, 2000; RIO; RIO, 2000).

Mas a relação com o paciente também pode ser fonte de constrangimentos psicológicos. Situações de estresse motivadas por uma situação adversa com o paciente (e às vezes com seus familiares), a cobrança em terminar o tratamento no prazo, a pressão em não deixar o paciente esperando na sala de espera, dentre outros, podem ser exemplos dessas situações (RASIA, 2004). Esse é mais um aspecto de estudo da atividade de trabalho que não é comumente abordado pelos trabalhos ergonômicos realizados, que seguem, de maneira geral, os moldes da escola americana.

A pesquisa proposta por este trabalho tem o foco justamente nestas questões de ordem cognitiva, que leve em conta todo o contexto de pressão onde se encontram os profissionais, aliado às diversas complexidades que podem surgir na relação entre o dentista e o paciente. Por isso, se fundamenta na abordagem da ergonomia de linha francesa, que parte da compreensão da atividade real de trabalho.

Nesse sentido, ganha relevância a Análise Ergonômica do Trabalho (AET), imprescindível ferramenta no desenvolvimento de trabalhos ergonômicos, em especial os que seguem a linha francófona.

2.8 ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO

A análise ergonômica do trabalho e sua abordagem mais global e abrangente é o ponto central de estudo da ergonomia francesa. Por isso torna-se imprescindível a presença do pesquisador na situação de campo onde o trabalho é realizado. É por meio das observações dos fatos e relações daquele contexto que pode ser dado um

novo sentido para os problemas encontrados e um novo olhar pode ser lançado para explicá-lo e analisá-lo (DANIELLOU, 2004).

A AET tem a propriedade de analisar diferentes aspectos de uma mesma atividade estudada devido à análise da situação real de trabalho. Por isso Christol (2004, p.222) preconiza que:

[...] ela [AET] permite também essa integração-apropriação de conhecimentos dispersos, na realidade bastante heterogêneos, e lhe permite desenvolver a capacidade de mobilizar os conhecimentos adequados face a uma situação particular.

Nas palavras de Wisner, um dos grandes responsáveis pela consolidação dessa metodologia, a característica essencial da AET é:

[...] ser um método destinado a examinar a complexidade, sem colocar em prova um modelo escolhido a priori [...] A AET aparece como a ferramenta essencial de orientação da intervenção ergonômica. [...] permite a descrição da alternância das fases de construção e de resolução de problemas (WISNER, 2004, p.42).

Dejours, em consonância com as considerações de Wisner acrescenta:

[...] é a partir dos conhecimentos adquiridos pela observação do trabalho (análise ergonômica da atividade) e do homem (fisiologia, psicologia, sociologia) que se organiza a ação ergonômica. [...]. Esta análise permite, por vezes, trazer à luz contradições entre o homem e a tarefa, com o objetivo de dar conta das disfunções, que a ação de transformação se esforça em seguida, para reduzir (DEJOURS, 2004, p. 202).

Essa metodologia permite buscar em diferentes estudos científicos as teorias, métodos e conhecimentos para a resolução dos problemas que caracterizam a situação. Wisner (2004) afirma que as transformações que podem ocorrer no trabalho podem ser de diversas áreas, como a organização do trabalho, aspectos técnicos, na gestão da empresa, como indicador de necessidades de treinamento, dentre muitos outros.

Existem diversos modelos criados por diferentes autores para a realização de uma Análise Ergonômica do Trabalho. Nessa pesquisa, será abordado o modelo proposto no Manual da Análise Ergonômica do Trabalho escrito por dois autores brasileiros, Neri dos Santos e Francisco Antonio Pereira Fialho (SANTOS; FIALHO, 1997).

Na acepção dos autores, as etapas da AET seguirão uma sequência pré-estabelecida:

1. **Quadro teórico de referência:** Esse primeiro passo exige que já se tenha definida a demanda que se pretende estudar. Depois, o problema deve ser situado dentro de um quadro teórico de referência, definindo as bases teóricas para a formulação da questão de pesquisa. Feito isso, confronta-se a demanda com o referencial e tenta-se responder às seguintes perguntas: O que deve ser pesquisado, o que deve ser esclarecido e o que deve ser mais bem conhecido? A partir daí é mais fácil definir o caminho pelo qual o pesquisador irá trilhar.

2. **Análise ergonômica da situação de trabalho:** Essa etapa é dividida em três sub-etapas: a primeira é a Análise da Demanda, que tem o objetivo de definir o problema a ser estudado. Nesta fase, os primeiros dados da situação de trabalho são levantados, permitindo a formulação das hipóteses de primeiro nível. Depois é realizada a Análise da Tarefa, que consiste na análise das condições de trabalho da empresa. Nesta fase, a partir das hipóteses previamente estabelecidas pela análise da demanda, é definida a situação de trabalho a ser analisada, isto é, delimitado o sistema homem/tarefa a ser abordado. E por último a Análise das Atividades, onde será observado o comportamento do trabalhador na situação de trabalho em relação a posturas, ações, gestos, comunicações, direção do olhar, movimentos, verbalizações, raciocínios, estratégias, resoluções de problemas, modos operativos e tudo mais que pode ser observado e inferido nas condutas dos indivíduos.

3. **Síntese ergonômica da situação de trabalho:** A síntese do trabalho analisado é também dividida em três etapas: o diagnóstico, o caderno de encargos de recomendações ergonômicas e memorial descritivo dos avanços dos conhecimentos científicos em ergonomia.

Essa metodologia é de grande importância para os trabalhos ergonômicos, especialmente aqueles buscam a compreensão de uma atividade de trabalho com o objetivo de intervir e modificar um contexto de trabalho. Nesse sentido, vale ressaltar que apesar de se basear na metodologia descrita por Santos e Fialho (1997) de

Análise Ergonômica do Trabalho, essa pesquisa seguirá um caminho metodológico próprio com o intuito de estar alinhada e atingir os objetivos a que se propõe.

Sendo assim, a primeira e a segunda etapa da AET (quadro teórico de referência e a análise ergonômica da situação de trabalho) foram cumpridas com toda a pesquisa bibliográfica realizada, com a delimitação dos objetivos do estudo e com a realização da pesquisa no campo de trabalho dos profissionais. No próximo capítulo será mais bem explicado o trajeto metodológico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Tendo em vista os objetivos que esse estudo pretendeu alcançar, principalmente no que tange à elucidação dos aspectos subjetivos e de outros pontos relevantes da relação dentista-paciente, optou-se pela pesquisa de cunho qualitativo.

Bogdan e Biklen (1994, p. 16) afirmam que a pesquisa qualitativa deve ser utilizada quando se pretende “investigar os fenômenos em toda a sua complexidade em contexto natural, privilegiando a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação”.

Minayo e Sanches (1993, p. 244) também apoiam essa consideração ao afirmarem que “é no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa”.

A tentativa de entender o fenômeno e a sua complexidade, exigem que seja dada uma atenção em relação à maneira como os profissionais (sujeitos) encaram a realidade por eles vivida. Nesse sentido, Godoy (1995, p. 58) diz que a pesquisa qualitativa “envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos [...]”.

Essa pesquisa também será descritiva, pois tem a intenção de delinear com precisão os fenômenos e os fatos obtidos da realidade estudada (TRIVIÑOS, 1987).

Gil (1999) diz que os estudos descritivos são aqueles que identificam e descrevem as características de determinado fenômeno, população ou situação. Essa etapa será importante pois permitirá que essa pesquisa elucide e analise as situações e características de trabalho do profissional em questão, os fatores externos que influenciam e são influenciados por ele e as características do profissional, o que corresponde à etapa de Análise da Tarefa preconizada pela AET.

3.2 SUJEITOS DE PESQUISA

Os sujeitos selecionados para o desenvolvimento da pesquisa foram escolhidos de maneira que pudessem trazer o máximo de contribuições possíveis para a elucidação dos diferentes aspectos da relação paciente-dentista. Por isso foram selecionados intencionalmente quatro cirurgiões-dentistas e dezesseis pacientes, divididos por gênero e idade.

O número de sujeitos que participaram da pesquisa foi definido para que se conseguisse ter uma análise mais abrangente possível dos aspectos que se pretendia identificar, tendo em vista o prazo para a realização da pesquisa.

A escolha dos profissionais para a realização da pesquisa foi feita observando-se os dados estatísticos do Conselho Federal de Odontologia (CFO), de maneira que os escolhidos representassem as características da maioria dos profissionais que atuam no país em relação ao gênero e idade. Segundo pesquisa realizada por este órgão, os profissionais estão divididos no Brasil da seguinte forma: Em relação ao gênero existe um quase empate: 56% dos profissionais são do gênero feminino e 44% do gênero masculino. Em relação à faixa etária, cerca 57% tem entre 26 e 40 anos de idade (MORITA *et al*, 2010). Portanto, tendo como parâmetro esta distribuição, os profissionais escolhidos foram divididos para essa pesquisa da seguinte maneira:

1. Dois profissionais do gênero masculino e dois profissionais do gênero feminino;
2. Um do gênero masculino e um do gênero feminino com idade até 40 anos e os outros dois com idade a partir de 41 anos;

A divisão dos profissionais por idade também teve o objetivo de verificar como o fator experiência interferia na sua relação com o paciente, além de elucidar se o ensino acadêmico recebido por esses profissionais em diferentes épocas propiciaram alguma melhora no estabelecimento desta relação e se ajudaram nas situações do seu dia-a-dia.

Já em relação ao gênero, pôde ser observado como cada um lida com os pacientes, se existe diferenças no atendimento e na percepção em relação aos pacientes, e como cada um vê o seu trabalho e suas nuances. Em relação aos pacientes, também pôde ser verificado se esse era um critério no momento de escolher o profissional que iria atendê-los.

Vale ressaltar ainda a dificuldade encontrada pelo pesquisador em selecionar profissionais que se dispusessem a colaborar com a pesquisa e que se encaixassem no perfil pré-estabelecido. Apesar de explicar o objetivo da pesquisa e que a mesma não traria nenhum tipo de “prejuízo” para os profissionais, para o consultório (ou clínica) ou para os próprios pacientes, muitos não consentiram com a realização da mesma. A explicação do fato pode vir de uma hipótese levantada por um dos profissionais que participaram da pesquisa, que relatou o medo que muitos profissionais sentiriam em participarem desse tipo de pesquisa por exporem seu trabalho, e com isso seus erros, a execução de procedimentos de maneira incorreta dentre outros fatores.

Todavia, o perfil daqueles profissionais que aceitaram participar da pesquisa foi o seguinte:

Tabela 1
Perfil dos Sujeitos de Pesquisa - Dentistas

	Gênero	Idade	Estado Civil	Possui Especialização?	Tempo que Exerce a Profissão	Outras Informações
Profissional 1	Feminino	28 anos	Solteira	Sim, em Endodontia	4 anos	Possui consultório próprio em Vila Velha e atende também em duas clínicas em Cariacica
Profissional 2	Masculino	40 anos	Casado	Sim, em Prótese	13 anos	Possui consultório próprio em Cariacica e atende também em consultório de terceiros em Vitória
Profissional 3	Feminino	45 anos	Casada	Sim, em Prótese	18 anos	Possui consultório próprio em Vila Velha
Profissional 4	Masculino	55 anos	Casado	Não	30 anos	Não possui consultório próprio e atende em uma clínica em Cariacica e trabalha em uma empresa governamental em Vitória

Quanto aos pacientes, foram selecionados dezesseis sujeitos, divididos seguindo os mesmos critérios de gênero e idade dos profissionais. Os pacientes escolhidos iriam

começar ou já estavam realizando um tratamento com um dos dentistas selecionados. A fim de preservar a identidade dos mesmos, será feita referência a eles no decorrer da pesquisa como *Paciente 1*, *Paciente 2* e assim sucessivamente.

3.3 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

A primeira etapa da coleta de dados foi realizada com a pesquisa bibliográfica, o que permitiu que com os conhecimentos levantados, o objeto de estudo e as questões que se pretendeu conhecer com a pesquisa fossem delimitados.

Dando prosseguimento ao seu desenvolvimento, foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a observação direta assistemática para a coleta de dados no campo. Para garantir que o tempo e os métodos escolhidos estavam de acordo e seriam suficientes para se atingir os objetivos da pesquisa, foi realizado um teste piloto onde o pesquisador acompanhou o dia-a-dia do profissional por uma semana e fez diversas entrevistas com pacientes e com o profissional. Após essa primeira ida a campo, verificou-se com o orientador e com a co-orientadora dessa pesquisa os resultados, foram feitos os ajustes e foi dada continuidade ao seu desenvolvimento.

Com o intuito de descobrir como se dão as atividades realizadas pelo profissional, as suas adaptações e regulações frente às situações do dia-a-dia e a maneira como o mesmo gere a relação com paciente, foi utilizada a observação direta.

Segundo Lüdke e André (1986, p. 25), a observação é usada como o principal método de investigação naqueles estudos onde se pretende investigar aspectos específicos da atividade pesquisada e “possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, o que apresenta uma série de vantagens”. Sendo assim, o pesquisador tem um papel fundamental na construção das informações, pois utilizará de seus saberes e dos conhecimentos de experiências passadas para entender e interpretar os dados coletados.

A observação direta de uma situação de trabalho também é de fundamental importância nos trabalhos ergonômicos, como mostra Christol (2004, p.221):

Assim, para obter uma melhor adequação da tarefa aos operadores que vão efetuar-la, o ergonômista baseia-se não apenas nos conhecimentos oriundos das disciplinas citadas, mas também em conhecimentos extraídos, com todo o rigor de um cientista, da situação a ser transformada ou de uma situação apresentando uma grande proximidade com a situação projetada (situação de referência); ele baseia-se, também, em conhecimentos resultantes de sua própria experiência.

Lüdke e André (1986) também afirma que em pesquisas qualitativas, a observação direta ganha ainda mais importância por permitir que o pesquisador chegue mais perto da “perspectiva dos sujeitos”. É acompanhando o objeto de estudo *in loco* que o pesquisador tem a possibilidade de apreender informações e situações que não seriam facilmente externalizadas em uma entrevista ou em outro método de coleta de dados qualquer. É fazendo parte das experiências diárias do sujeito que, além de obter informações com uma maior fidelidade, o pesquisador também tem a possibilidade de encontrar novas facetas do problema estudado e novas soluções.

A realização da observação em cada consultório ou clínica teve a duração de aproximadamente uma semana, e foi realizada de maneira assistemática, isso é, não seguiu um padrão pré-estabelecido. A escolha dos dias e períodos em que as mesmas foram realizadas dependeu de variáveis como a quantidade e o perfil dos pacientes que seriam atendidos naquele dia ou período.

A observação foi feita nas salas de espera dos consultórios e clínicas. Houve a tentativa de também acompanhar os tratamentos e procedimentos *in loco* (dentro dos consultórios), mas a falta de espaço e a própria situação de estar presente em um momento íntimo do paciente (em ficar com a boca aberta), algumas vezes sentindo fortes dores ou medo, tornou a presença do pesquisador inviável nesse contexto.

Como meio de apreender os aspectos relevantes e impressões do que estava sendo observado bem como avaliar o progresso da pesquisa e dos dados que estavam sendo coletados, foi também utilizado um caderno de campo para registro das percepções do pesquisador.

De maneira concomitante com a observação direta foram também realizadas entrevistas com os atores da realidade pesquisada.

Na ótica de Lüdke e André (1986, p. 34) a grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que “ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos”.

Apoiando este fato, Richardson (1999, p.207) salienta que:

A melhor situação para participar na mente de outro ser humano é a interação face a face, pois tem o caráter, inquestionável, de proximidade entre as pessoas, que proporciona as melhores possibilidades de penetrar na mente, vida e definição dos indivíduos.

Dejours (2004, p. 208) também destaca a importância desta fonte de dados na perspectiva ergonômica:

[...] Estes últimos (os dados) não são acessíveis pela observação direta. É preciso construir esses dados e esta construção passa também por múltiplos elos intermediários, que implicam o viés da experiência humana, por informações provenientes de fontes esparsas na empresa e por uma cooperação de numerosos atores.

Sendo assim, foram realizadas entrevistas dirigidas de roteiro semi-estruturado, que se caracterizam por um roteiro de perguntas previamente elaboradas sobre um assunto específico, que podem ser complementadas por outras questões que se façam necessárias durante a realização da mesma. O roteiro utilizado encontra-se no Apêndice A e B deste relatório de pesquisa.

Na concepção de Triviños (1987, p. 146), uma das características principais da entrevista semi-estruturada é o fato das questões básicas previamente elaboradas seguirem as teorias e hipóteses nas quais se apoiam a pesquisa, permitindo assim o foco nas questões relevantes. O autor complementa que a entrevista semi-estruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de tornar importante a presença atuante do pesquisador na coleta das informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Outro objetivo de seguir a entrevista com essa proposta era que o entrevistado, mesmo tendo liberdade para discorrer sobre os assuntos em pauta, não saísse do

foco daqueles temas específicos escolhidos pelo pesquisador para serem o roteiro da entrevista. As perguntas foram criadas e dispostas com a preocupação que no início constassem perguntas mais genéricas e menos específicas para que o entrevistado se sentisse mais a vontade na medida em que a entrevista transcorresse.

Outro ponto observado na elaboração das perguntas foi que aquelas consideradas centrais para a pesquisa fossem feitas de diferentes maneiras em momentos diferentes da entrevista, com o intuito de extrair o maior número de informações possíveis sobre aquele tema.

As entrevistas foram realizadas nas salas de espera dos consultórios ou clínicas, onde o pesquisador era apresentado ao paciente pela secretária ou pelo próprio profissional (quando este estava presente na sala de espera), que esclarecia a temática da entrevista e era pedida a sua colaboração. Uma vez autorizada, as entrevistas eram gravadas e tiveram a duração média de 18 minutos cada.

Na maior parte das vezes as entrevistas eram feitas antes de ser realizado o tratamento ou o procedimento, enquanto os pacientes esperavam para serem atendidos. Este procedimento foi adotado pois se percebeu que os pacientes se mostravam mais dispostos e propensos a responderem as perguntas antes de serem atendidos.

Com a utilização desses três métodos de coleta de dados apresentados foi possível identificar e compreender as situações e informações mais relevantes da relação paciente-dentista daquele contexto estudado.

3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

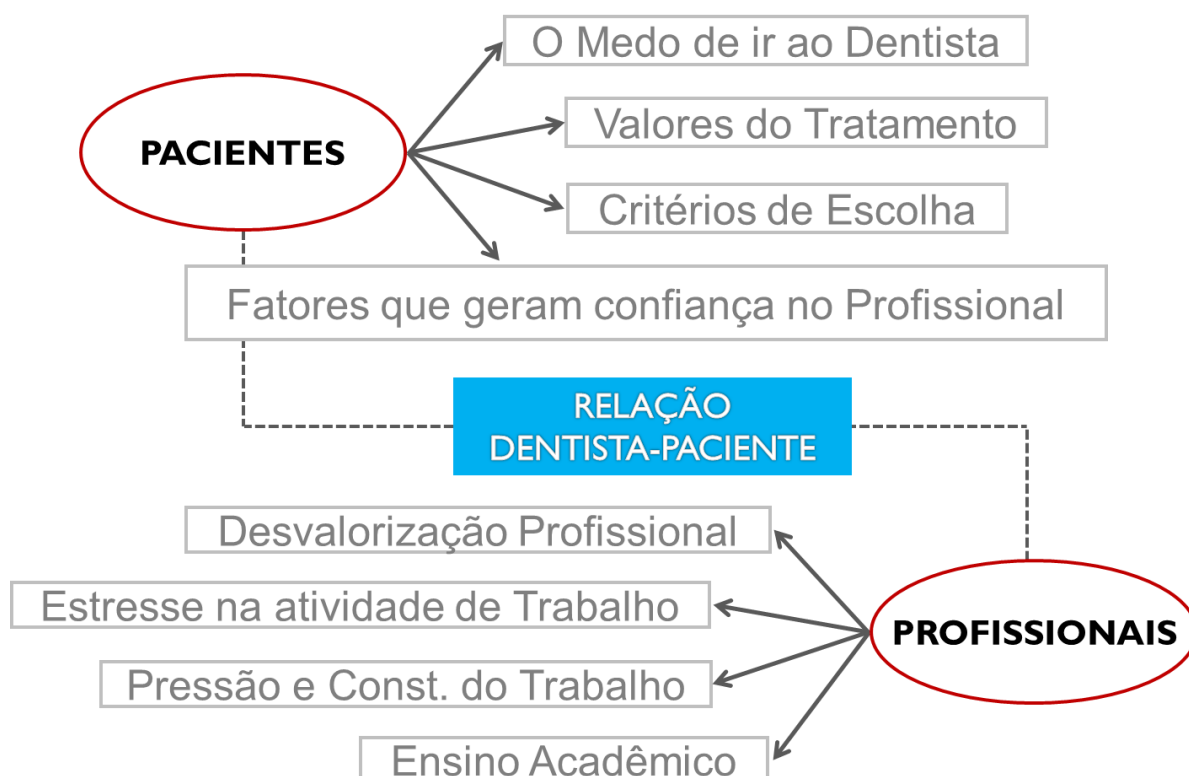
Para o tratamento e análise dos dados, o resultado das entrevistas passou pelo procedimento metodológico proposto por Bardin (2002) denominado análise de conteúdo.

Segundo a autora, pode-se conceituar a análise de conteúdo como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens. [...] o interesse não reside na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (por classificação, por exemplo) relativamente a outras coisas. Estes saberes deduzidos dos conteúdos podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica, econômica [...]. (BARDIN, 2002, p.2)

A análise do conteúdo das entrevistas realizadas foi feita pelo método de análise de categorias temáticas não definidas *a priori*. Ou seja, as unidades (categorias) são elencadas durante a análise das entrevistas transcritas, na medida em que se percebe sua recorrência e importância no discurso do sujeito. Assim, buscou-se identificar a frequência de determinados termos e referências no discurso dos entrevistados, que foram codificados e categorizados de maneira que representassem com maior propriedade as características da relação paciente-dentista e os aspectos que interferiam na mesma, além de permitir uma reflexão mais profunda.

Foram encontradas oito categorias principais que foram divididas de acordo com a fala dos profissionais e dos pacientes. A figura a seguir apresenta as mesmas:



Cabe ressaltar que apesar de terem sido divididas em categorias diferentes, o conteúdo das mesmas é altamente articulado entre si, de maneira que se influenciam e são influenciados mutuamente. Por isso, aspectos que são importantes a determinadas categorias serão também abordados em outras categorias pelo alto grau de importância e influência.

3.5 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

Os limites presentes nesta pesquisa se relacionam a algumas características inerentes à pesquisa qualitativa. Dentre elas pode-se elencar, por exemplo, a precisão das informações coletadas no campo, que necessariamente podem não retratar a realidade histórica, mas sim a compreensão de um momento específico. Isto acontece porque as percepções das pessoas tendem a ser voláteis, ou seja, estas percepções podem variar em diferentes períodos de tempo.

Outra característica de uma pesquisa de cunho qualitativo é o fato de não ser possível que seja feita uma generalização dos resultados obtidos, pois se deve considerar o universo exclusivo de dezesseis sujeitos de pesquisa (profissionais e pacientes) que contribuíram com a pesquisa, que não necessariamente representam a totalidade de todos pacientes e profissionais. Além disto, a coleta e a análise dos dados pode ter características muito individuais em decorrência da subjetividade do pesquisador. O tipo de pergunta, a forma como foram verbalizadas, a como foram interpretados os dados podem comprometer os resultados da pesquisa.

Neste estudo também não foram realizadas medidas fisiológicas de posturas, esforços e da atividade de trabalho para a avaliação de dor e desconforto por conta da subjetividade do tema proposto e da necessidade em se manter os limites da área de pesquisa para alcançar os objetivos propostos.

Portanto, concluído o trajeto metodológico adotado nessa pesquisa, o capítulo seguinte tratará sobre os resultados e respectivas discussões e considerações acerca do tema.

4 RESULTADOS DE PESQUISA E DISCUSSÃO

Esse capítulo tem o objetivo de detalhar e organizar os dados relativos às análises das entrevistas dos profissionais e pacientes, os dados obtidos a partir da observação direta e as considerações do pesquisador acerca dos temas tratados. A fim de apresentar os atributos e principais características da relação paciente-dentista, bem como a maneira como se dá a interação entre os sujeitos, serão apresentadas primeiramente as categorias encontradas na fala dos pacientes seguidas das categorias encontradas na fala dos profissionais.

4.1 ANÁLISE DOS DADOS A PARTIR DOS PACIENTES

4.1.1 O medo de ir ao dentista

A relação entre medo e a experiência odontológica é um ponto determinante, recorrente e de grande influência na relação que é estabelecida entre o dentista e o paciente. Ao tratar de um paciente não estará só em jogo problemas de saúde bucal, mas também toda uma carga psicológica e uma história de vida que podem levar a atitudes e situações adversas pelo medo experimentado por alguns desses pacientes.

Para Modaffore e Figueiredo (2010, p. 125) o medo é uma “reação em resposta a um perigo realmente presente ou potencial”, que está presente na atividade odontológica e varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com a personalidade e do organismo de cada um. Isso explica o motivo de diferentes pacientes reagirem de diferentes maneiras a um mesmo tratamento.

Dos dezesseis pacientes pesquisados, nove relataram experimentar algum tipo de sentimento adverso além do medo ao visitarem o dentista e se submeterem a um tratamento odontológico. Estes, ao serem perguntados o que sentiam ao visitarem o dentista ou qual a primeira coisa que lhes vinha à cabeça quando se falava em

tratamento odontológico, responderam de maneira mais recorrente que além do medo, pensavam também na ansiedade, na dor, na sensação de mal estar e no pavor.

As diferentes situações que podem ocorrer por conta do medo, o impacto na vida do paciente e a dificuldade em lidar com ele devem ser destacadas e merece atenção especial. Pelo contato do pesquisador com essas pessoas durante o acompanhamento nos consultórios, pôde-se perceber a dificuldade que as mesmas tinham em lidar com esse medo, se mostrando muitas vezes mais forte que a vontade delas em realizar e finalizar o tratamento, mesmo em situações onde a consequência dos problemas bucais sofridos eram as dores.

A sensação percebida era de que se submeter a um tratamento odontológico para essas pessoas era um verdadeiro martírio, uma situação geradora de grande estresse e de efeito psicológico bastante importante, a ponto de fazerem uso de medicamento controlado para conseguirem superá-lo e realizarem o tratamento. A fala da *paciente 7* retrata bem essa dificuldade:

Eu acho que já se tornou uma coisa assim, porque eu não sou uma pessoa medrosa. Dor mesmo, eu não sinto dor, eu aguento entendeu? Eu sou uma pessoa que eu me controlo, uma pessoa que na hora de tragédia eu sou calma. Mas falou em dentista, eu não sei. Eu não consigo entender.
(Paciente 7)

O medo de realizar o tratamento se mostrou tão grande para a paciente citada que ao terminar a entrevista (que foi realizada enquanto a mesma aguardava na sala de espera para ser atendida) a paciente pediu que o pesquisador continuasse a entrevista como forma de postergar a entrada dela no consultório e para deixá-la mais calma.

Percebeu-se também que por conta do medo, outros pacientes imaginavam situações irreais ou muito piores do que poderia de fato acontecer. Essas situações fantasiosas, além de aumentar a ansiedade e o medo de realizarem o tratamento, faziam com que postergassem a ida ao dentista. Um exemplo dessa situação foi a fala de uma paciente que alegou sempre continuar sentindo dores mesmo após a aplicação de anestesia durante o tratamento – situação impossível de acontecer de acordo com o dentista que estava realizando o tratamento.

Outro exemplo de situação criada, fruto da imaginação e do medo pode ser observada pela fala da *paciente 16*.

O único medo que eu tenho a respeito do dentista é quando ele tá lá mexendo com aqueles negócios lá dentro da boca, parece que ele vai deixar cair aquilo. Tipo assim, quando ele tá tirando a sujeira, quando tá raspando lá parece que aquele negócio vai cair dentro. Igual quando você ouve na televisão falando que o médico foi fazer uma cirurgia e deixou um instrumento dentro da pessoa, é a mesma coisa. Eu fico com medo. (Paciente 16)

Apesar da constante presença do medo nas salas de espera, percebeu-se que o mesmo não estava associado à figura do dentista e não tinha uma conotação pessoal que desabonasse a conduta do profissional que os estava atendendo. Ao contrário, aqueles pacientes que se sentiam temerosos ou que carregavam alguma fobia, isentavam os profissionais que os estava atendendo naquela ocasião de qualquer culpa pelos seus medos, ligando-os sempre a outros fatores e a situações passadas. Dentre esses, pode-se citar a broca, o barulho da caneta de alta rotação, a agulha (anestesia), ao receio de se machucar, à dor e ao medo de acontecer novamente situações que foram traumáticas no passado.

[...] o problema não é com o dentista, é comigo. Eu não sei nem como eu consegui fazer o implante. Tinha um dentista que eu ia que eu chegava a dormir na cadeira com ele entendeu? Porque ele tinha uma mão super leve. Mas quando chegava a parte do motorzinho eu ia subindo na cadeira. Aí eu percebi isso. Agora não porque agora que eu percebi e estou até tentando mudar isso. Mas eu percebo que eu ia fazendo de tudo para eu poder adiar o dia de ir ao dentista. Não que eu tenha problema com eles. (Paciente 7)

Eu tenho medo dele passar alguma coisa e me machucar, só isso. Aqueles instrumentos lá, de passar em algum lugar e me machucar. Principalmente aquele motorzinho, eu fico com medo de ir deslizando e pegar no lugar errado. (Paciente 9)

O medo e o trauma sofrido por alguns pacientes se mostraram tão grandes e tão complexos, que alguns deles ficaram cinco, dez e até quarenta anos sem voltar ao dentista para realizar um tratamento ou mesmo uma limpeza. Ainda que estivessem sofrendo as consequências advindas de um problema de saúde bucal como a dor, a ida ao dentista era adiada o máximo de tempo possível por causa do medo.

Esse fato observado corrobora a abordagem de Bottan *et al.* (2007) e Klatchoian *et al* (2003) que destacaram em seus estudos o medo como um dos principais motivos que levam os pacientes a faltarem a consultas previamente agendadas, a se

afastarem dos consultórios odontológicos e a adiar o maior tempo possível a ida ao dentista.

O receio ao tratamento odontológico gera um problema cíclico. Ao adiar a ida ao dentista, os pacientes assumem o risco de sofrer problemas dentais sérios, uma vez que não estarão realizando o tratamento preventivo de limpeza, aplicação de flúor e outros procedimentos de prevenção. Sendo assim, quando chega ao ponto de terem que procurar o profissional por algum problema, o tratamento já deixa de ter um aspecto preventivo e assume um caráter curativo e emergencial.

Tratamentos desse tipo além de serem muito mais caros, também são normalmente invasivos, desconfortáveis e geradores de dor, o que só faz aumentar o receio, o medo e o trauma desses pacientes em ir ao dentista. Assim eles deixam de ir ao dentista por medo. Porém, quando chegam ao ponto de terem que ir, o problema é mais sério e envolve procedimentos que contribuirão ainda mais para o medo ou trauma que tem, fazendo-os afastar ainda mais dos consultórios odontológicos.

As consequências negativas advindas dessa situação vão muito além de um tratamento mais dolorido ou desconfortável. O reflexo negativo na vida pessoal, na saúde e no convívio pessoal dessas pessoas é notório e deixa clara a importância do cirurgião-dentista em saber lidar e contornar os medos dessas pessoas como forma de ajudá-los a manter a saúde bucal em boas condições.

Muitas foram as consequências relatadas por pacientes na sua vida pessoal. Dentre elas, destacam-se a dos *pacientes 6 e 15*:

[...] de vez em quando eu tinha vergonha de conversar com outras pessoas porque eu tinha o dente estragado, aquele mau hálito que dava. Talvez até em relação ao trabalho assim, eu trabalhei muito na roça. Mas às vezes você chegava com uma aparência ruim, com os dentes da frente assim, a pessoa tinha uma má impressão de você. Eles podiam pensar assim, esse cara não cuida direito nem dos dentes dele, como vai trabalhar comigo? (Paciente 15)

Minha irmã operou os dentes dela por não ir ao dentista. Ela ficou com mau hálito durante anos. Porque quando a gente era pequena meu pai levava a gente periodicamente. Depois que ficou adulto a gente que tinha que ir, pelas próprias pernas, certo? Ela nunca foi. [...] Teve situação horrível da mãe de amiga dela ligar para a minha mãe para falar que ela estava com mau hálito por conta disso. Ninguém conseguia falar com ela. (Paciente 6)

A *paciente 7* foi uma das que relataram sentir mais medo (ou pavor, segundo palavras dela) de ir ao dentista, e o seu tratamento já perdurava por anos. Na ocasião da pesquisa, a profissional que a estava atendendo já era a sexta a tentar terminar o tratamento que ela, pelo medo, não conseguia finalizar. As consequências sofridas e relatadas por ela por conta dos problemas bucais que a acometiam enquanto o tratamento não terminava foram bastante relevantes. Dentre eles podem-se citar fortes dores de cabeça, dificuldades para se alimentar e prejuízo no convívio com outras pessoas, pois deixava de participar de festas de amigos e da família por não conseguir mastigar o alimento e porque a prótese que usava ficava se soltando a todo o momento.

Outro caso bastante representativo e que chamou a atenção para a interferência em outras esferas da vida pessoal, foi o do *paciente 12*, que há 40 anos não ia ao dentista. A decisão de procurar um profissional e vencer o medo se deu porque seus dentes já estavam em uma situação de deterioramento tal que lhe restavam poucos na boca, e os poucos que ainda existiam estavam bastante quebrados ou cariados. A situação desse paciente era tão severa que o tratamento que estava sendo realizado era uma reabilitação total, ou seja, todos os dentes que ainda restavam foram retirados e estavam sendo colocados implantes no lugar.

A fala desse senhor retrata o constrangimento e o impacto que problemas bucais podem ter na vida de uma pessoa:

É como eu te disse, a dor [pelo fato de os dentes estarem quebrados e deteriorados] eu não sentia. O dente quebrava, o dente estragava mas eu não sentia a dor. A dor que eu mais sentia era a dor de não poder conversar com ninguém para poder me expressar. Às vezes o cara conta uma piada e você tem que botar a mão na boca ou então esconder o rosto para achar graça na piada, porque aparece o dente deteriorado. E hoje não, hoje a minha qualidade de vida já melhorou muito. Hoje eu estou conversando aqui com você sem me preocupar. A última vez que eu fui ao médico, eu fui porque eu estava com câncer. Eu fui conversar com ele sobre isso que eu sentia e ele falou para mim "olha, a primeira coisa, vamos cuidar deste câncer seu e a segunda coisa eu vou fazer questão de você ir ao dentista, porque você está conversando comigo constrangido". Eu falava com dificuldade, conversava assim, sem falar as coisas com clareza entendeu? Porque eu era inibido por causa da aparência (Paciente 12).

Além do prejuízo social e pessoal, um problema bucal extremo como o relatado pelo *paciente 12* pode trazer problemas de saúde que não se restringem à boca. O mesmo paciente relatou que em uma visita ao cardiologista para resolução de um problema de saúde que lhe acometia, o médico o aconselhou que resolvesse o

problema bucal rapidamente, uma vez que esse poderia ter agravado ou até mesmo gerado o problema cardíaco que o paciente apresentava.

A informação de que um problema dentário poderia impactar em uma doença do coração e que, por conseguinte poderia trazer risco de morte causou surpresa ao pesquisador. A informação foi confirmada pelo profissional que estava sendo acompanhado, que ainda disse haver estudos que indicavam a influência de problemas dentários a outras doenças como a artrite e a artrose, principalmente em idosos. Com o intuito de comprovar as informações repassadas pelo paciente também de maneira científica, o pesquisador buscou estudos acadêmicos que tratavam do assunto.

Em pesquisa realizada por Cavezzi e Zanatto (2003), é relatado que a endocardite infecciosa é uma das principais doenças que podem ser causadas advindas de problemas de saúde bucal. A endocardite infecciosa é um processo infeccioso presente na superfície do endocárdio (camada interna do coração) que envolve as válvulas cardíacas e exige um acompanhamento intenso pela gravidade do problema. Essa doença pode ser causada por um microrganismo presente na cavidade oral que causa infecções orais, tais como as periodontites crônicas, comuns em pessoas que possuem uma saúde bucal comprometida.

Como se percebe, as consequências acontecem nas mais variadas áreas da vida da pessoa. Contudo, os mais prejudicados com os medos e traumas sentidos são os próprios pacientes, que apesar de tudo se mostraram muitas vezes impotentes diante dos efeitos nefastos que o medo lhes causava.

[...] todo tratamento meu, já viu, é uma coisa. Parece que eu tenho um carma, é uma coisa, porque eu não consigo acabar. Eu não conluo e eu vejo que sou eu que estou enrolando. Eu arrumo mil motivos para não terminar. [...] Agora eu vejo né? Eu vejo o tanto mal que faz. Faz mal para o seu bolso, faz mal para sua vida social, faz mal para a saúde. Interfere em tudo, mas você pensa que não entendeu? (Paciente 7)

E o prejuízo que advém do medo não se restringe apenas aos pacientes. A atividade de trabalho e a saúde dos profissionais também sofrem importantes influências ao lidarem e terem contato com situações extremas com pacientes que sofrem desse mal. Tais pacientes demandam do profissional a realização de um tratamento diferenciado, que consome um tempo maior na consulta e muitas vezes exige que o

tratamento seja planejado e realizado em um número maior de vezes. Outras consequências para o profissional serão mais bem aprofundadas à frente no tópico 4.2.1- “Desvalorização do Profissional”.

Como dito anteriormente, o medo dos pacientes é principalmente materializado nos aspectos físicos relativos ao tratamento como a agulha da anestesia ou a caneta de alta rotação. Todavia, perceberam-se duas situações que ajudam a compreender os motivos que levaram os pacientes a terem seus medos incorporados a esses materiais.

A “cultura do medo” de ir ao dentista presente na sociedade é uma delas. Alguns pacientes, que mesmo não tendo nenhuma experiência negativa no passado que envolvesse dores ou traumas, alegaram sentir gastura e medo de ir ao dentista e se encaixam nessa primeira categoria. Essa situação está de acordo com Prandi (2001), Cruz *et al* (1997) e Garcia *et al* (2005), que relatam em suas pesquisas a imagem de agressor que a sociedade tem do cirurgião-dentista, ratificada pela mídia, e que contribui para a “cultura do medo” de ir ao dentista que existe e perdura no imaginário das pessoas.

Mas as situações mais recorrentes estavam ligadas à segunda categoria, que representam os tratamentos traumáticos realizados anteriormente (normalmente enquanto criança ou adolescente) por profissionais que não tinham cuidado ou se preocupavam com o paciente, e pela presença dos chamados “profissionais práticos”, cuja atuação é irregular por não terem formação acadêmica e que continuam a atuar no mercado pelos baixos preços cobrados.

Bottan *et al.* (2007) e Klatchoian *et al* (2003) corroboram esse fato ao atribuírem o medo que muitas pessoas sentem a processos traumáticos vividos na infância e adolescência. Pelas falas de vários pacientes, percebeu-se como o (mau) tratamento dispensado aos pacientes em épocas passadas foi o grande responsável pelos traumas e medos de dentista das pessoas.

[...] Mas teve uma vez que eu fiz uma vez no dentista prático e eu me ferrei [sic], porque agora eu estou tendo que penar na mão dele. (Paciente 14)

[...] a primeira vez que eu fiz, não tinha tanta facilidade, eu sofri muito a primeira vez que eu fui ao dentista. Era difícil você trabalhar com o dentista porque doía muito, eu sentia muita dor. O meu sogro era dentista prático e

naquela época existia pouco dentista formado, aí eu comecei com ele.
(Paciente 12)

[...] Na minha época quando eu nasci não tinha dentista. Dentista era muito pouco. Eu nasci em 59 e naquela época tinham muitos práticos que acabaram com a boca da gente. Eu sou a consequência de não ter muitos dentistas e ser muito caro naquela época e por causa dos práticos.
(Paciente 4)

[...] Tive sim [má experiência com dentista], quando eu tinha 12 anos. Eu tive uma inflamação nesta parte de cima da boca aí estava tudo cheio de pus. Eu cheguei ao dentista e ele só furou e me mandou embora. Quando eu saí na rua e andei uns 200 metros eu desmaiei e me levaram para o hospital. Aí eu nunca mais voltei e fiquei um tempão sem ir ao dentista.
(Paciente 15)

Duas considerações podem ser feitas acerca da relação entre o dentista e o paciente a partir das exposições realizadas nessa categoria, porém com apenas uma vertente: a importância que existe nessa relação. A primeira consideração é a respeito dos impactos negativos que podem advir de um profissional cuja competência técnica e social (aspectos humanísticos) não seja a adequada para lidar e tratar dos pacientes. Tratamentos mal realizados, não ouvir os pacientes, não se importar se estavam sentindo dores, não conversar e não explicar o tratamento foram as queixas dos pacientes que passaram por situações traumáticas no passado em relação aos profissionais.

Apesar da incômoda e inevitável presença de dores em alguns tratamentos odontológicos, foi a falta de manejo dos profissionais em relação ao tratamento que causou as consequências para os pacientes como as citadas pelo paciente 12 que ficou 40 anos sem ir ao dentista.

Por outro lado, são os profissionais com características opostas a estes que terão condições de executar tratamentos com qualidade técnica e atributos mais humanos. Os mesmos que podem causar danos são também aqueles que poderão ter a habilidade necessária para ajudar os pacientes que sofreram traumas a superarem os seus medos e conseguirem realizar o tratamento, diminuindo assim as chances de sofrerem prejuízos à sua saúde bucal e ao convívio social. Tudo a depender da maneira como irá agir, tratar e conduzir a sua relação com o paciente.

As características relatadas que ajudaram os pacientes a realizar o tratamento e passar por cima do medo foram o fato de saber conversar, explicar o tratamento e o

que seria feito, ter calma e paciência, além de se preocupar se estavam sentindo dores, conforme pode ser observado nas falas abaixo.

[...] Antigamente você ia ao dentista e ele extraía o seu dente, falava que tinha que extrair o seu dente e pronto e acabou. Hoje em dia não, você vai ao dentista e ele te explica o que o seu dente tem, e eu acho isso importante. Te dar a explicação do que você tem no dente, qual seria o tratamento que tem que ser feito. (Paciente 15)

Ah não, os outros dentistas não. Eu falei que agora eu volto só nele. Porque ele ouve a gente. A realidade é que o paciente precisa de ser ouvido, pelo menos eu acho né? (Paciente 14)

[...] o outro dentista que eu fui foi uma das piores [experiências], porque aqui ele ainda é novinho. O outro lá não. Ele anestesiava e não adiantava nada. Aqui ele conversa, não sei. Cada pessoa é de um jeito e lá ele já ia arrancando, não espera nem a anestesia pegar. Aqui não, ele senta, conversa, tira raio-x. O tratamento aqui é outro. (Paciente 16)

As características do dentista foram os aspectos mais citados como sendo importantes aos pacientes em diversos aspectos da relação entre ele e o profissional. Mas outros fatores também foram recorrentes na fala dos pacientes e a relevância e os desdobramentos que estes têm na atividade do profissional e nesta relação merecem destaque e serão abordados nas próximas categorias.

4.1.2 Valores dos tratamentos odontológicos

Os valores cobrados pelos profissionais nos tratamentos se mostrou um aspecto importante da relação dentista-paciente pelas diversas implicações na atividade de trabalho do dentista e também para os pacientes. Para aqueles, os valores cobrados são baixos e existe uma grande desvalorização das pessoas frente ao trabalho por eles realizado. Para estes os valores são altos e impedem que tenham acesso de maneira mais recorrente e efetiva.

Percebeu-se inicialmente pela fala dos pacientes e dos profissionais que a prestação de serviços de assistência à saúde bucal da população fornecida pelo setor público é bastante deficiente, carente e não consegue suprir a demanda da população. De acordo com os relatos dos pacientes, em especial os mais carentes – que são aqueles com maiores necessidades de um serviço gratuito de atenção básica à

saúde –, o atendimento oferecido pelos postos de saúde eram ruins, pois o agendamento de consultas era extremamente difícil e o tratamento em si não tinha qualidade (tanto técnica quanto em relação ao material utilizado).

O *profissional 3*, que já trabalhou em uma prefeitura, também relatou a dificuldade de atender na rede pública pela falta de material, pelo uso de materiais com baixa qualidade, pelo grande contingente de pessoas a serem atendidas frente ao baixo número de profissionais e etc. Tais situações levaram-no ao ponto de usar material comprado com recursos próprios para não deixar pessoas que estavam sentindo dores sem o atendimento pela falta de materiais.

Modaffore e Figueiredo (2010) também ressalta a incapacidade do Estado em garantir a saúde de forma gratuita e universal para a população, mesmo sendo um direito básico da população. A carência na área pode ainda ser comprovada pelos dados publicados pela última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE, que relatou existirem cerca de 29 milhões de brasileiros que nunca fizeram qualquer tipo de tratamento odontológico.

Sendo assim, pela falta de estrutura do Estado em fornecer um atendimento de qualidade à população, alguns pacientes entrevistados tiveram que recorrer ao atendimento da rede privada para realizarem o tratamento. Além disso, recorrem também aos profissionais autônomos para corrigirem procedimentos mal executados anteriormente nos postos de saúde, mesmo considerando os preços praticados por esses profissionais altos.

Outro fator percebido pelo pesquisador em relação à reclamação dos pacientes quanto aos custos pagos no tratamento está ligado à cultura da população e ao medo já relatado que afasta as pessoas durante anos dos consultórios odontológicos.

Constatou-se que, apesar de existirem outros motivos (como os culturais e econômicos), grande parte das pessoas que alegavam sentir medo de se submeterem ao tratamento odontológico, seja por qual motivo for, eram as mesmas pessoas que passaram a maior quantidade de tempo sem visitar o dentista. Também essas pessoas admitiram procurar o dentista apenas em situações onde o problema bucal que apresentavam passava a despertar dor e assim não

conseguiam mais adiar a realização do tratamento. As pessoas que agiam dessa maneira foram aquelas que necessitaram de tratamentos maiores, mais complexos e por consequência com valores também maiores.

Outro grupo de pessoas que reclamaram dos valores pagos pelos tratamentos está ligado à cultura curativa em detrimento da cultura preventiva presente na população. Grande parte das pessoas não tem o hábito de procurar o dentista regularmente de seis em seis meses como é orientado pelos profissionais. Esse acompanhamento periódico tem a intenção de prevenir, cujo objetivo é não permitir que doenças bucais se instalem ou se agravem nos pacientes, pela realização de procedimentos de limpeza e aplicação de produtos que protegem os dentes.

Grande parte dos pacientes pesquisados admitiu não ter esse cuidado e não seguir essa orientação, tornando raras as visitas ao dentista, que só acontecem com o surgimento de problemas ou com o fato de sentirem dor.

[...] eu só venho [ao dentista] quando eu começo a sentir alguma coisa. Não estou acostumada a ir sem ter nada para fazer não (Paciente 10).

Fiquei bastante tempo sem ir ao dentista, por isso que agora eu estou pensando aqui (Paciente 14).

Eu só vou ao dentista quando o dente dói. A minha esposa não, ela já vai antes para prevenir. Mas eu devo ir de dois em dois anos (Paciente 5).

Bom, agora eu quero ver se eu vou com frequência né? Mas eu não ia mais por [falta de] condições. Porque o tratamento é caro e no posto você sabe como é (Paciente 11).

Por outro lado, uma parcela daqueles que participaram da pesquisa – seis pacientes – mostraram ter consciência em relação à importância de visitarem o dentista constantemente e não se importavam em pagar um preço mais alto, desde que o tratamento fosse bem executado. O fato de já terem realizado tratamentos em clínicas chamadas “populares”, que cobram preços bem inferiores aos praticados no mercado, e por terem sofrido as consequências maléficas de tais escolhas, tornou o valor cobrado menos importante que a qualidade do atendimento que receberiam nos consultórios e clínicas. As clínicas cujos valores cobrados eram baixos foram associadas a atendimentos de baixa qualidade, com materiais ruins e sem prestarem a devida atenção aos pacientes.

[...] Hoje que eu trabalho e tenho o meu dinheiro, eu prefiro ir numa pessoa que eu vejo que é mais cara mas que te dá uma atenção melhor, que faz o

serviço legal [...]. Tem uma clínica aqui perto que eu falei que eu não volto nela mais, porque querem fazer o negócio rápido. O tratamento meu foi caro aqui, mas eu estou pagando feliz e tranquila, sem sombra de dúvida. (Paciente 14)

[...] Hoje também pela questão financeira, o modo como você pode pagar também é muito importante. Porque tem gente que fala que é caro e tal, mas ele não sabe que ele cobra para fazer um tratamento bom. (Paciente 15)

Os valores cobrados também despertou nos pacientes a sensação de estarem sendo explorados ou “passados para trás”. Um importante fator intrínseco à atividade odontológica é o fato de os pacientes (na grande maioria das vezes), além de não entenderem os aspectos técnicos da odontologia ou os problemas bucais, também não conseguem ver o que está acontecendo dentro da sua boca, ou ver o que o dentista está fazendo. Assim, o paciente não tem outra saída senão confiar no diagnóstico do profissional, no tratamento por ele proposto e conseqüentemente no valor cobrado.

Outro ponto bastante relevante quando se trata do custo dos procedimentos odontológicos é a crescente presença dos planos de saúde odontológica no contexto estudado. Esses planos se organizam de duas maneiras: a primeira e principal é fazendo parcerias com empresas privadas, que em troca de poderem oferecer planos odontológicos como benefícios salariais aos funcionários, pagam para essas redes um valor mensal, que varia dependendo do plano de assistência escolhido e da quantidade de funcionários que a empresa possui. Os funcionários dessas empresas podem então desfrutar de tratamentos odontológicos na rede de dentistas cadastrados, a um preço muito inferior ao que seria cobrado caso o tratamento fosse feito de maneira direta e particular.

A segunda modalidade é semelhante à primeira, com a diferença que os planos podem ser ofertados a qualquer pessoa que pague um valor mensal a administradora do plano (não sendo necessário ser funcionário de alguma empresa) e podem ser estendidos a toda família do contratante.

Os benefícios trazidos por essas redes para os pacientes são bastante atraentes. Para as redes os benefícios também são grandes. Sua atuação e crescimento se dão oferecendo serviços considerados caros a um preço inferior àqueles praticados

no mercado para uma parcela da população que não podem arcar com os custos do tratamento.

Com isso os profissionais que são credenciados a tais planos são mais procurados que aqueles que trabalham de maneira autônoma, o que teoricamente seria uma vantagem para os dentistas credenciados. Entretanto, a percepção dos profissionais acerca dos planos é diferente e será melhor aprofundada no item 4.2.1.

Mas apesar de fazer o elo entre o serviço odontológico e a população que não tem condições de pagar, alguns pacientes relataram terem recebido tratamento diferenciado de alguns consultórios e clínicas pelo fato de serem “pacientes do plano”.

Eu senti bastante diferença porque eu peguei a lista da Unimed e liguei para alguns dentistas. Liguei para um e para outro, mas quando eu liguei para cá eu senti bastante diferença. [...] Você liga e quando fala que é do plano parece que é só mais um. Os agendamentos dos outros eram absurdos. Igual eu falei com ela "oh, eu quebrei o dente, eu preciso fazer". Então assim, os outros bem distantes e bem diferentes. Não passa confiança não. Aqui foi o contrário, eu já senti bastante confiança (Paciente 8).

A variável “preço” se mostrou então importante na relação entre o odontólogo e o paciente. Os valores cobrados pelos profissionais são considerados caros pelos pacientes e por isso alteram a imagem que fazem do profissional, se tornando inclusive critério de escolha do profissional que os atenderá e se continuarão a realizar os tratamentos.

Além disso, com a consciência do déficit no serviço de saúde pública na área odontológica no Brasil e da prevalência de uma cultura curativa em relação à preventiva, é papel do profissional atuar junto aos seus pacientes, por meio da relação estabelecida com os mesmos, de maneira que se consiga mudar a consciência e as atitudes das pessoas.

Percebeu-se, que a variável “preço” não se limita em sua acepção financeira, mas foge aos números e passa a caracterizar um bom profissional para os pacientes.

Essa variável é, porém, apenas mais uma frente a muitas outras utilizadas pelos pacientes como critério de escolha dos profissionais ou como critério para continuarem a frequentar o mesmo profissional. Esses critérios tiveram também atenção dos pacientes e serão abordados em seguida.

4.1.3 Critérios de escolha e manutenção do profissional

Apesar de serem muito parecidos, os critérios utilizados pelos pacientes para escolher o dentista ou para continuarem a frequentar o mesmo por anos acabam tendo importâncias diferentes. Na medida em que o tratamento avança, a relação com o dentista se consolida e os critérios mudam. Neste tópico estão elencados aqueles mais relevantes e citados pelos pacientes entrevistados.

Uma das primeiras percepções em conversa com os pacientes foi que, em relação à escolha, como é uma etapa que antecede o tratamento e, os aspectos referentes ao tratamento em si ainda não podem ser avaliados (como a qualidade técnica do profissional, a qualidade do material utilizado e até a maneira como o profissional age durante o tratamento), os pacientes tendem a observar outras questões relativas aos atributos físicos do consultório.

Tais atributos permitem uma avaliação mais fácil que aqueles que levam em conta os aspectos mais complexos, como os referentes ao tratamento por exemplo. Esses se referem de maneira geral à aparência e à localização do consultório, ao atendimento recebido pelo telefone, à forma como foram tratados pelas secretárias e à facilidade em marcar um horário para consulta.

Os consultórios e as clínicas visitadas apresentavam uma estrutura e um visual condizente com as propostas de realizarem tratamentos da área de saúde. No acompanhamento dos profissionais, o pesquisador visitou um consultório onde só existia um equipamento odontológico e, por isso, apenas um profissional atendia (*profissional 3*) e três clínicas com dois equipamentos odontológicos cada, onde atendiam dois profissionais ao mesmo tempo (*profissionais 1, 2 e 4*).

Em geral os mesmos eram bem organizados, bem estruturados e aparelhados, de maneira a proporcionar maior conforto aos pacientes. Todos eram divididos em sala de espera, o consultório propriamente dito e uma sala de esterilização. Apenas uma clínica possuía um banheiro exclusivo para os profissionais que atendiam e outro para os pacientes, tendo o restante apenas um banheiro de uso coletivo.

Todas as salas de espera contavam com uma mesa e uma cadeira para auxiliar do dentista, sofás e ou cadeiras para os pacientes, um filtro de água com copos descartáveis além de revistas e televisão (em apenas duas clínicas) para a distração dos pacientes enquanto esperavam o atendimento. Dentro de cada sala dos consultórios também existia uma mesa que os profissionais utilizavam para conversas com os pacientes antes ou após a execução de algum procedimento.

Outro ponto bastante citado estava relacionado com as técnicas de higiene. Pelo tratamento odontológico envolver o contato direto dos diversos equipamentos e instrumentais que o dentista utiliza com a boca do paciente, as técnicas de asseio antes e depois de cada atendimento foram elencadas como pontos de grande importância. O dentista ter o cuidado de tirar a luva para atender ao telefone ou pegar qualquer outro objeto que não fosse utilizado no tratamento, a utilização de roupas brancas, o uso de instrumentais novos e a utilização de EPI's (óculos, jaleco, touca e outros) foram alguns desses pontos. As falas dos *pacientes 15 e 4* mostram essa preocupação.

[...] você chegar e ver se ele está vestido, se está de luva, se o lugar está limpinho. Acho que isso é importante, você chegar e sentar na cadeira dele e ver que tem aquele plástico filme lá tampando os equipamentos. Você vê ali que ele coloca as agulhas todas novas e isso aí eu observo também, eu acho importante, principalmente com o dentista que trata da boca né? Tem que ter atenção com o aspecto de limpeza, de atenção ao ambiente do consultório (Paciente 15)

Acho que a primeira coisa seria a confiança né? A segunda o visual não só físico delas que trabalham, mas também do consultório. Você nota que tá sempre limpo que tem higiene né? (Paciente 4)

Durante o acompanhamento dos profissionais, percebeu-se que entre um atendimento e outro as auxiliares se encarregavam de limpar a cadeira onde eram realizados os tratamentos e outras partes as quais os pacientes tinham contato direto, principalmente com a boca. A cada novo paciente era utilizado um novo kit esterilizado, que continha as principais ferramentas utilizadas para o atendimento.

Também foi perguntado o que mais desagradava ou incomodava os pacientes quando eram submetidos ao tratamento odontológico. As respostas se relacionavam principalmente à dor, ao barulho do motor, ao fato de ter que arrancar os dentes e ao fato do tratamento ser mal executado e ter que ser realizado novamente. Outras respostas que não estavam relacionadas ao tratamento em si, mas às

características dos profissionais, também foram citadas como fator de insatisfação ou características que não lhes agradava (GARBIN, 2008).

Dentre essas se podem citar a dispersão durante o tratamento para falar ao telefone ou para conversar com terceiros, (o que trouxe receio ao paciente se o tratamento estava sendo bem realizado), a facilidade em marcar um horário na agenda que não fosse muito distante, a disponibilidade do profissional em atender casos de urgência e fora do horário normal de funcionamento e principalmente o atraso no atendimento. Este foi observado inclusive como fato gerador de estresse nas salas de espera em alguns momentos.

A questão de cumprir a agenda e existir facilidade para agendar a consulta para uma data próxima também se mostrou importante para os pacientes e podem ser observadas nas falas abaixo, quando perguntados sobre o que levava a escolher um profissional (ou deixar de ir a outros) e o que o dentista fazia que o paciente menos gostava, respectivamente.

Em geral a facilidade de ter contato com o dentista. Não é questão dos dentistas terem sido ruins. Mas quando eu encontro muita dificuldade em marcar uma hora, e tal, aí eu procuro outro onde eu tenha mais facilidade. É a disponibilidade. (Paciente 3)

Eu estava com uma dentista péssima, marcava horário e não cumpria, eu perdi praticamente três dentes. Mas como é parente eu continuei, mas foi muito decepcionante. [...] Mas era irresponsável em questão de horário, em marcar e não cumprir. Quantas vezes eu ligava e ela falava que tinha esquecido. Ou então eu chegava ao consultório e ela estava em casa ainda. [...] Eu acho que o primordial é essa questão de horário. Igual eu estou aqui, eu já saí mais cedo da outra escola que eu trabalho e tenho compromisso daqui há pouco, vamos ver que horas ela vai me atender. (Paciente 13)

Além dos aspectos físicos, procurou-se saber também dos pacientes se o gênero era um critério importante para escolha do profissional que os iria atender. A maioria dos entrevistados afirmou ser um critério indiferente no momento da escolha, sendo dada mais importância a outros fatores como a capacidade técnica e o relacionamento estabelecido com o dentista. Os poucos que tiveram opinião contrária afirmaram preferir profissionais do gênero feminino por possuírem características como competência, sensibilidade, sinceridade, delicadeza e por passar maior confiança.

Os aspectos físicos do consultório, a observação às normas de higiene e outros aspectos citados são, sem dúvida, de grande importância para os pacientes, como

foi mencionado. Mas nenhum outro atributo teve tanta importância quanto aqueles que se referiam às características do profissional.

O número de atributos e o grau de importância de cada um foi bastante diferente de um paciente a outro. Assim, ao fazer a análise das entrevistas, constatou-se que a existência das características elencadas como importantes pelos pacientes convergiam para majorar um ponto revelado como determinante nessa relação: a confiança no profissional. Tais características ou fatores que geram confiança serão discutidas no próximo tópico.

4.1.4 Fatores que geram confiança no profissional

A confiança no profissional foi identificada como ponto central da relação entre o paciente e o dentista. Como relatado por um dos profissionais acompanhados na pesquisa, sem o mínimo de confiança, o paciente não se sentaria na cadeira nem mesmo para fazer um orçamento. É por meio da confiança que o tratamento será realizado, que a relação com o paciente será bem estabelecida e que os pacientes conseguirão vencer medos ou traumas vividos em situações passadas para realizarem o tratamento.

Pela fala dos pacientes entrevistados percebeu-se que a confiança é algo bastante subjetivo, cujas situações que exigiam a confiança do profissional e as características que este deveria ter para alcançar um grau de confiança satisfatório eram bastante diferentes e variava de uma pessoa para outra, a depender daquilo que para elas era considerado importante.

No momento de realização do tratamento odontológico, o paciente é o sujeito passivo da relação que se desenvolve. A própria posição de ficar deitado com uma parte tão sensível do corpo exposta como é a boca já o torna a “parte frágil” da relação.

Aliado a isso está ainda o desconhecimento quase total sobre o problema bucal que lhe acomete (qual é e em quais dentes se encontra o problema, a forma de tratar) e

o fato de não conseguir ver o que está acontecendo dentro da sua boca. Sendo assim, até mesmo os valores cobrados pelo profissional, se são justos e se estão de acordo com o tamanho do seu problema, terão que ser creditados à confiança no profissional que o estará atendendo.

Pela fala dos pacientes percebe-se como essas situações são importantes e levadas em conta nas suas considerações:

Olha, eu sou um cara meio cético assim sabe? (risos) [...]. Eu não confio demais não, em função de eu não conseguir ver por dentro [...]. Teve uma vez que a dentista mexeu três vezes no mesmo dente. (Paciente 5)

Ela explicou sim, mas não adianta perguntar. Eu vou perguntar e ela vai falar uma coisa que eu não sei. Então tem que ter sinceridade. (Paciente 5)

[...] Ser transparente né? Ver realmente o que tem que fazer, porque a gente não entende, não está vendo. Vai estar abrindo, fazendo. E eu quebrei o dente comendo pipoca, o dente estava só uma casquinha. Aí eu fui à emergência lá da Unimed Vitória e aí o cara já me sentou e já foi fazendo. Ele falou que precisava de uma prótese e acho que se tivesse jeito de fazer lá ele já faria logo. E aí ele já falou assim na lata, eu fiquei com uma raiva. Pensei "será que é isso mesmo ou ele quer ganhar dinheiro na prótese?" (Paciente 8)

Todas essas concentram o foco na confiança que o profissional passa aos pacientes. Essa confiança é adquirida principalmente pela maneira como é estabelecida e conduzida a relação interpessoal pelo profissional, e esse bom relacionamento encontra razão de existir nos diversos aspectos de uma comunicação clara e eficiente. A explicação de qual é o problema do paciente, de que modo e em quantas etapas será realizado o tratamento, mesmo que o paciente não entenda todos os aspectos do que o dentista está falando, são importantes fatores constitutivos da confiança segundo opinião dos mesmos.

Essa característica encontrada corrobora as pesquisas realizadas por Sinha *et al* (1996), Garcia (2005) e Freeman (1999) que ressaltam como os diferentes aspectos da comunicação eficiente são importantes para relação entre profissional e paciente. As falas dos *pacientes 9, 12 e 15*, quando perguntados sobre o que o dentista fazia que mais lhes agradava, também demonstram esses aspectos.

Me passar a informação [é o mais importante]. "Vou fazer isso e isso no seu dente, porque o dente é assim e está assado". Ele te instrui sobre o que ele vai fazer no seu dente e te dá uma aula prática ali do que é o dente e isso é o importante. Antigamente você ia ao dentista e ele extraía o seu dente, falava que tinha que extrair o seu dente e pronto e acabou. Hoje em dia

não, você vai ao dentista e ele te explica o que o seu dente tem, e eu acho isso importante (Paciente 15).

É a conversa né? O primeiro é a conversa. Antes de você fazer um tratamento primeiro ele conversa com você, explica o que vai ser feito, explica o que vai acontecer, explica que não vai ter dor nenhuma que eu posso ficar tranquilo. Então isso é imprescindível. Até hoje às vezes ele me explica alguma coisa que eu não entendo, mas ele explica e tal, fala como é que é, como é que vai ser feito e tal (Paciente 12).

A sinceridade, ele olhar para você e ser sincero com você. Falar com você tem isso, isso e isso e te mostrar o que está acontecendo, te explicar, se você não entendeu, te explicar de novo. Os termos técnicos muitas vezes a gente não entende, então ele te explica de uma forma melhor (Paciente 9).

A maneira de agir do profissional e a forma de tratar e se preocupar com o paciente também foram citadas como um importante elo da confiança do paciente. Percebeu-se que a maior necessidade relatada pelos pacientes era terem as suas queixas e exposições ouvidas pelos dentistas, principalmente quando se tratava de algum medo ou trauma que o paciente carregava ou em relação à dor no momento do tratamento.

Além disso, a importância da preocupação relatada pelos pacientes foi além do tratamento odontológico em si, abrangendo também questões referentes à sua vida particular.

É por causa da anestesia, não é que não pode [engravidar], mas tem que evitar, pelo menos nos três primeiros meses. E ele não deixou. A primeira coisa que ele fez foi chamar o meu marido aqui. Ele falou assim "evita porque é melhor". [...] E ele sempre me pergunta se eu estou me cuidando direito e eu digo que estou. Eu achei legal da parte dele essa preocupação. (Paciente 14)

O *profissional 2* foi aquele que mais prezava por esse aspecto da confiança, por meio das suas atitudes e preocupação com os pacientes. Um exemplo dessa preocupação foi observada com aqueles pacientes que haviam se submetido a uma intervenção mais traumática como uma cirurgia. Nesses casos o profissional fazia questão de passar o número do seu telefone pessoal e o telefone de sua residência e pedia que os pacientes ligassem para ele no período da noite, mesmo que não tivessem sentindo dores, para informarem a ele como estavam se sentindo. Essa atitude suscitava nos pacientes alto grau de confiança no profissional e satisfação no tratamento realizado.

Outras características como ser simpático, paciente e calmo, ter uma boa técnica, estar sempre se atualizando e realizar um tratamento bem feito também foram citados como fatores essenciais para a construção da confiança no profissional.

Nota-se nesse ponto um aspecto interessante. Apesar de considerarem importante o fato de o profissional estar se atualizando em termos de conhecimento técnico, nem todos terão condições de avaliar se a técnica utilizada é atual ou não. Assim, esses fatores podem ser incorporados às características do profissional, à medida que outros fatores forem supridos, como o uso de EPI's, a higiene e a maneira de explicar o tratamento. Logo, a incorporação de "atualização técnica" ou do "uso de uma boa técnica" pode ser resultado de uma "atualização qualquer", de uma explicação detalhada dos procedimentos, ou até mesmo de características do consultório.

Os pacientes daqueles dentistas que conseguiam disponibilizar um atendimento mais humano, cordial e afetivo foram aqueles que relataram estar mais satisfeitos com o profissional e com o tratamento que estava sendo realizado. Esses pacientes foram os que se mostraram mais interessados no tratamento e mais propícios a colaborar para o bom andamento do mesmo, o que comprova as abordagens de Sinha *et al* (1996) e Franco (2005), que mostram como a relação interpessoal com o profissional é de fundamental importância para a adesão do paciente ao tratamento.

Obter a confiança do paciente é de extrema importância para a atividade do dentista. Em primeiro lugar porque, uma vez conquistada, o profissional poderá realizar o tratamento de maneira mais rápida e eficaz, mesmo que o paciente tenha sofrido com experiências traumáticas ou tenha medo de se submeter ao tratamento odontológico. Nota-se que as consequências positivas para a sua atividade de trabalho serão percebidas na medida em que atrasos na agenda serão evitados e as situações de estresse advindas de pacientes com essas características serão mais facilmente contornadas.

Um segundo ponto advindo do fator confiança traz benefícios ainda maiores para o profissional. Constatou-se nas entrevistas que a grande maioria dos pacientes já eram pacientes antigos, o que demonstra que naquelas relações pesquisadas existia um grau de confiança antigo entre as partes, caso contrário os tratamentos seriam

interrompidos na metade ou os pacientes não continuariam a visitar aquele mesmo dentista por tanto tempo. Esses mesmos pacientes afirmaram que indicariam ou já haviam indicado o profissional para outras pessoas próximas a ela.

Acho que além de tratar bem, hoje em dia, antes de eu fazer qualquer coisa eu procuro informação das pessoas que já passaram por ali entendeu? Procuo a indicação, uma prova de quem já esteve ali na prática como é o dentista. Eu mesmo vim por causa de uma pessoa que já faz tratamento com ele há 12 anos, ele e a família, e me falou "vai lá no Dr. X que ele é bom". E eu mesmo depois que vim já indiquei dois amigos de trabalho. A indicação para mim, no meu ponto de vista é muito importante. (Paciente 15)

[...] uma amiga nossa falou comigo para eu vir aqui, eu expliquei para ela que eu estava com um problema e ela falou para eu procurar ele, que ele é o melhor aqui e vai fazer um serviço melhor para você, então eu procurei ele e realmente é verdade. (Paciente 12)

Esse fato revela que quando o paciente sente essa confiança no profissional, o mesmo faz questão de fazer a sua indicação a outras pessoas, o que é algo de grande importância para a atividade dos dentistas e se mostrou ser algo natural, de acordo com o relato dos pacientes. Inclusive muitos daqueles que estavam realizando o tratamento se tornaram pacientes dos profissionais por indicação de outros pacientes que faziam parte do seu círculo social.

Assim, tendo sido pontuado os pontos principais depreendidos das falas dos pacientes, serão aprofundados nos próximos tópicos os temas e categorias mais importantes quando se analisa a relação entre paciente e dentista sob a ótica dos profissionais.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS A PARTIR DOS DENTISTAS

4.2.1 Desvalorização profissional

O acompanhamento dos profissionais e o resultado das análises das entrevistas realizadas mostraram existir uma divergência entre a percepção dos pacientes e a percepção dos profissionais no que se refere aos valores cobrados pelos tratamentos. Conforme apontado na categoria 4.1.2 "Os Valores dos Tratamentos",

para aqueles, os valores cobrados são muito caros, o que impede a muitos de visitarem o dentista com mais frequência e terem acesso ao tratamento odontológico.

Porém, do outro lado estão os profissionais, cuja percepção é a de que existe uma grande desvalorização do seu trabalho por parte dos pacientes. Tal divergência caracteriza a complexidade existente na relação do profissional com o paciente. Para Leplat (2004), na ergonomia, a complexidade de um sistema (dentre outras coisas) é assinalada baseando-se nas diferentes vertentes de pesquisa possíveis de um mesmo objeto, amparado pela representação que o pesquisador faz dele. E essa representação só foi possível pelo acompanhamento da atividade do odontólogo no campo de trabalho, deixando em segundo plano o conceito de tarefa e avaliando-se a situação real de trabalho, conforme preconiza a Análise Ergonômica do Trabalho.

A desvalorização relatada é percebida pelos profissionais em relação aos planos de convênio odontológicos e até por trabalhos acadêmicos que em sua maioria não levam em conta a perspectiva dos profissionais, mas apenas a dos pacientes. Ao ser apresentada a temática dessa pesquisa para uma das profissionais, a mesma demonstra essa indignação.

É bom que seja feita esse tipo de pesquisa mesmo, pois a gente vê muita coisa sobre a satisfação dos outros, dos pacientes, mas ninguém quer saber se a gente está satisfeito! (Profissional 3)

Ao realizar a pesquisa bibliográfica, percebeu-se que existe uma predominância de trabalhos acadêmicos existentes que tratam de diversos aspectos subjetivos relacionados aos pacientes. O que sentem, o que os agrada, o que os desagrada, o que lhes é importante e etc. Mas quando o assunto em pauta era o ponto de vista do dentista, a partir também de uma abordagem mais subjetiva, a quantidade de trabalhos caía drasticamente. O que existe é uma prevalência de estudos de caráter objetivo, que tratam de aspectos físicos relacionados à atividade de trabalho, como a postura, a incidência de doenças relacionadas ao trabalho e a exposição aos riscos físicos e biológicos a que estão expostos.

A desvalorização dos pacientes em relação ao trabalho dos odontólogos foi um ponto recorrente na fala dos profissionais em algum momento da entrevista. Quando

não foi associada ao valor cobrado pelos procedimentos, estava relacionada à desvalorização dos profissionais enquanto pessoa.

O paciente é ruim, ele não tem dó da gente. Ele acha que você tem que atender no horário que ele quiser. Ele acha que você não tem que almoçar, que você não tem suas coisas para resolver. Cada um quer resolver o seu problema e não está nem aí para a gente. [...] Uma vez eu estava com pneumonia e estava passando mal no consultório. Aí resolvi que não iria atender mais pois eu não estava tendo condições. A senhora que estava marcada para a tarde foi ao consultório questionar porque eu não iria atender mesmo passando mal já que eu estava lá dentro. (Profissional 3)

Em relação aos valores cobrados, percebe-se um conflito de interesses entre o ponto de vista dos pacientes e o ponto de vista dos profissionais. Enquanto para os pacientes os valores cobrados são bastante altos, a ponto de se sentirem lesados, para os profissionais existe uma grande desvalorização do serviço por eles prestado, principalmente quando comparado a outras profissões da área da saúde.

[...] teve um paciente que eu estava fazendo o tratamento nele e ele perguntou qual era o preço da coroa e eu falei "é tanto". Aí ele virou para mim e falou "ah eu vou ser dentista também" ou às vezes fala que o dentista está roubando. Eu acho isso uma desvalorização do profissional que está te acompanhando, te atendendo bem. [...] Eu acho que os pacientes querem tratamento odontológico igual você vai lá e compra uma banana no mercado. Eles acham que é um bem palpável. E você não vende produto, você vende serviço. Porque é que quando você vai fazer uma cirurgia no coração, cobram vinte e cinco mil reais e todo mundo acha normal? Uma cirurgia plástica é seis mil e é o preço? Porque põe mais em risco a saúde? Tudo bem, mas o médico não está ali só vendendo a prótese em si, depende da técnica dele e isso o paciente não vê no consultório odontológico. Tem um descaso. Acho que culturalmente o dentista não tem muito valor no mercado. [...] E aí pode-se ir vinculando que o tratamento odontológico é muito caro, mas se você for parar para analisar você paga aí cem reais numa restauração que teoricamente vai durar dois anos, mas se for bem feita ela dura muito mais que isso, muito mais mesmo. Pode durar uns vinte anos. Mas você tem que trabalhar com um prazo menor com o paciente, que é de dois anos. O que você faz de serviço hoje que dura dois anos? Você vai ao salão de beleza faz uma escova progressiva é duzentos reais, antigamente era quatrocentos. Faz uma unha por semana de vinte reais pé e mão, vai cortar seu cabelo é caríssimo. Então eu pergunto, é caro? Eu falo, eu brinco sempre com os meus pacientes "ah doutora, mas a prótese vai durar cinco anos?" eu falo "quando você bota um pneu no carro quanto tempo que ele dura? Quanto você pode rodar com o pneu?" Depende do tanto que você anda. Agora uma prótese na boca que você tá deglutindo o tempo todo, você usa a prótese vinte e quatro horas por dia, você usa uma restauração feita no seu dente vinte e quatro horas por dia. Cada deglutição que você faz você está gastando entendeu? Então, é caro? Então eu acho que são por essas coisas que as pessoas têm essa concepção de que é caro. E eu fico chateada quando você pega um paciente um pouco mais instruído igual aquele. Poxa ele é engenheiro, tem que valorizar o serviço. Vem me falar "ah eu vou ser dentista desse jeito"? (Profissional 3)

Como se pode perceber, o valor do tratamento odontológico é um ponto importante da relação entre o paciente e o dentista, que pelas implicações dela advindas deve ter uma atenção maior. Essas implicações se referem principalmente à saúde dos pacientes e profissionais. Enquanto para alguns pacientes o valor cobrado os afasta dos consultórios por anos, o que gera diversas consequências para a sua saúde, para a maioria dos dentistas pesquisados a consequência principal se dá na pressão e na necessidade de realizarem grande quantidade de tratamentos para terem um retorno financeiro satisfatório.

Pelo mau atendimento oferecido pela rede pública e pela dificuldade em terem acesso aos serviços odontológicos na rede privada de maneira direta, os pacientes estão cada vez mais se associando às redes de planos odontológicos, que atuam oferecendo serviços odontológicos mais baratos à população.

Porém, em tese, para conseguirem valores mais baixos que os praticados no mercado uma das partes têm que sair perdendo (ou deixando de ganhar). Nesse caso quem deixa de ganhar são os profissionais. Os valores que esses planos pagam são muito menores que os valores cobrados quando o tratamento é realizado de modo particular. Como exemplo, pode-se citar o valor de uma restauração que custa oitenta reais quando realizada no tratamento particular e vinte e três reais quando realizada pelo plano odontológico, levando-se em conta a tabela do convênio que paga os valores mais altos dentre aqueles aos quais os dentistas pesquisados eram cadastrados.

Percebeu-se nas conversas com os profissionais que a presença desses planos no mercado é cada vez maior e cada vez mais consolidada, fato que pode ser confirmado pela grande quantidade de profissionais que são cadastrados. Mas ao observar a diferença nos valores pagos e toda a consequência advinda da pressão em trabalhar mais para obterem maiores rendimentos, faz-se o questionamento dos motivos que levam os profissionais a se cadastrarem a tais planos, uma vez que os preços pagos são tão baixos.

Segundo os profissionais pesquisados que são credenciados a tais planos, um dos principais motivos que os leva a aderirem aos convênios é a indicação que é feita dos “pacientes de planos” a outros pacientes que não são conveniados, e que se

tornam também clientes (pacientes) dos dentistas. Ou seja, mesmo que exista uma desvalorização promovida pelos baixos valores pagos pelos convênios, muitos profissionais acabam se filiando pela possibilidade de aumentarem os “pacientes particulares” pela indicação dos pacientes que são cadastrados ao convênio.

Outro ponto que também justifica a adesão aos planos, foi o fato de os profissionais ficarem grande parte do seu tempo ociosos. Segundo eles, por não existirem pacientes particulares suficientes para cobrirem todo o dia de trabalho, é preferível ganhar pouco que ganhar nada.

[...] eu queria parar de atender plano, aí um dia eu resolvi e parei de atender. Mas só que tem a Dra Vanessa¹⁰ lá que formou agora [outra profissional que atende na mesma clínica onde o profissional 1 atende]. Quando eu cheguei lá, tinha acabado de formar também, então eu falei "eu vou atender qualquer coisa que vier", e a Dra Vanessa também [tem essa linha de raciocínio]. Aí eu falei que eu não ia atender mais plano e comecei a atender só particular, mas aí eu comecei a ficar com a agenda um pouco vazia. Aí eu falei (para a secretária) "não, o que sobrar de tempo aí você bota paciente do convênio para mim, para eu não ficar a toa. Antes fazer pouco do que fazer nada né?". Mas o bom do convênio é que você faz toda a ficha de uma vez. Mas na hora que você vai ver, você fez um milhão de coisas e deu trezentos reais, se eu fosse cobrar particular dava mais de mil reais, você entendeu? (Profissional 1)

Dessa fala, depreende-se também um fato que chama a atenção. Os profissionais que se formam e entram no mercado acabam muitas vezes aceitando qualquer proposta de emprego que lhes apareça pela dificuldade em entrar no mercado e começarem a trabalhar. Esta situação faz com que exista uma “aceitação” dos profissionais em relação aos baixos valores cobrados. Para o *profissional 4* isso demonstra a desunião da classe, que não se une para combaterem a desvalorização que existe nos preços pagos e para mudarem o cenário em que se encontram.

Realmente, eu perco um tempo grande e não compensa atender plano sabe? E eu acho que a classe dos dentistas é muito desunida. Os médicos se unem, falam que não vão atender e não atendem. E o dentista não, ele aceita pois tem gente que cobra dez reais numa extração. Como é que você vai competir com esse povo? Então eu acho que plano nunca vai melhorar. (Profissional 4)

Assim, tendo optado por atender pacientes dos planos, percebeu-se que os profissionais pesquisados assumiram uma postura de trabalho mais intensa. Por receberem valores mais baixos dos planos, os dentistas atendiam um número maior de pacientes para terem um bom “volume” no final do mês e o tratamento era todo

¹⁰ Nome fictício usado para preservar os participantes da pesquisa.

planejado para que fosse realizado rápido e em poucas seções, para que valesse a pena realizar os atendimentos.

[...] se você for botar a remuneração dos planos, nenhum procedimento cobriria os custos. Uma restauração eles pagam vinte, vinte e três reais. Então a gente atende por quê, no caso da restauração? Você vai fazer o atendimento, você faz o planejamento, então você marca e procura fazer três, quatro restaurações no mesmo atendimento. Então você vai ganhar por produção. Se você for marcar o cliente para fazer uma restauração por vez, aí não dá. (Profissional 3)

Essa postura de “ganhar por produção” e de fazer tudo de uma só vez nos pacientes foi recorrente aos profissionais credenciados aos planos. Tal atitude acaba afetando a relação do paciente e do dentista, na medida em que o tempo reservado para o atendimento é diminuído para que haja uma maior otimização da “produção” diária. O paciente, em especial aqueles com medos ou traumas, também sentem essa interferência, principalmente pela necessidade em ter que realizar todo o tratamento de uma só vez. Se a realização de uma restauração já é motivo suficiente para gerar uma crise de ansiedade ou medo, a realização de quatro restaurações no mesmo tratamento pode acabar piorando bastante os seus receios.

Outro fator relacionado aos planos pelos pacientes foi o fato de alguns dentistas e clínicas utilizarem materiais de pior qualidade nos atendimentos a pacientes de convênios. Apesar de os três profissionais que trabalham com planos odontológicos afirmarem que o fato de atenderem pelo plano não interfere na qualidade dos materiais utilizados nos procedimentos, o único profissional que não é credenciado afirmou que para os procedimentos realizados no seu consultório (grande parte são procedimentos cirúrgicos), para atender pelo plano a qualidade do material a utilizar ficaria comprometida.

Eu não trabalho com planos de saúde. O plano de saúde hoje só vale a pena em relação à parte financeira em procedimentos de maior complexidade. Porque como tem poucas pessoas fazendo aquele tratamento, o convênio vai lá e te paga um valor melhor. Os procedimentos básicos são todos eles preços muito, muito baixos. E não permitem que a gente trabalhe mantendo uma qualidade em termos de material. Você é obrigado a trabalhar com um material inferior para conseguir trabalhar com aquele preço. E isso aí é um raciocínio que eu nunca gostei e não gosto de seguir. (Profissional 2)

Já para os que atendem pelo plano, os únicos serviços que os mesmos executam são os básicos, pois nos mais complexos, que exigem maior tempo e maior esforço

(como o tratamento de canal e prótese), os valores pagos não cobririam os custos e se tornariam menos atrativos.

Mas aqui eu não atendo canal pelo plano, porque num canal de molar que eu cobro trezentos e cinquenta reais, pelo plano é cento e poucos reais. E é um trabalho demorado sabe? Normalmente são sessões de uma hora e normalmente são três ou quatro sessões, então não compensa você atender. Eu vou ficar cobrando numa sessão de canal vinte reais por uma hora de trabalho? Não compensa (Profissional 1).

Assim, percebe-se que mesmo não havendo diferenciação por parte dos profissionais em relação ao tratamento dispensado ao paciente particular e o de convênio, estes acabam sendo tratados de maneira diferente por terem acesso restrito aos tipos de tratamento que podem ser executados.

Mais um efeito advindo desse volume que tem que ser mantido em um dia de trabalho é que, para atender a uma quantidade maior de pacientes, o tempo para o tratamento e a atenção dispensada ao paciente acabam tendo que ser também menores. Percebeu-se, por exemplo, que nenhum dos profissionais preenchia a ficha de anamnese¹¹, coletando todas as informações por meio de um documento com assinatura do paciente como forma de se resguardarem de eventuais problemas jurídicos que pudessem ter. As perguntas referentes à ficha eram feitas apenas verbalmente, o que em caso de algum problema mais sério, seu valor jurídico poderia ser questionado.

[...] Por exemplo, agora, com paciente de convênio que você tem que atender muito, o que é que acontece, o paciente senta ali e a primeira coisa que eu faço, isso é norma, "o que é que te trouxe aqui? o que está te incomodando?". Principalmente paciente de convênio entendeu? Porque você já vai direto na necessidade dele. [...] Aí você já parte para uma investigação mais minuciosa, para você não correr o risco de atender pelo plano e ser negligente né? Porque de repente quando você vai atender pelo plano você faz uma anamnese mais ou menos, e não adianta, você não é perfeita 24 horas. (Profissional 3)

Com o atendimento tendo que ser executado de maneira mais rápida, incorre-se também no risco de que algum procedimento seja executado de maneira errada, o que abre a possibilidade de o profissional acabar sofrendo um processo judicial ou ter que repetir o procedimento. Além disso, para manter um volume de trabalho considerável ao final do dia, etapas do tratamento também tem que ser executadas

11 A ficha de anamnese é um tipo de entrevista, cujo objetivo é produzir um diagnóstico seguro e um tratamento correto, além de possibilitar a prevenção de eventuais problemas para o profissional. Para melhor visualização, vide Anexo I.

mais rapidamente ou não são executadas (em alguns casos mais simples), como a anestesia.

[...] a gente trabalha com anestesia e tenta trabalhar um pouco o lado psicológico, você vai segurando as pontas porque de vez em quando você não quer dar anestesia. Eu tenho muita reticência em dar anestesia [...] porque toma muito tempo. Quando você anestesia o paciente você tem que esperar dez minutos a anestesia fazer efeito. Aí atrasa o procedimento. E como eu tenho que trabalhar por produção, em questão de convênio, se eu não anestesiá-lo é melhor para mim, é mais rápido. (Profissional 3)

Entretanto, apesar de nenhuma situação dessas ter ocorrido nos consultórios pesquisados e pelo fato de os profissionais não se negarem a aplicá-la quando necessário, existe a possibilidade de que em outros casos isso não ocorra, para que se “ganhe” tempo. Deixar de aplicar a anestesia ou não esperar que a mesma faça efeito foram situações relatadas por alguns pacientes como desagradáveis e que motivaram a presença do dor.

Essa pressa no atendimento, as atitudes tomadas por alguns profissionais e a diferenciação no atendimento de pacientes de convênios foi relatado pelo *profissional 1*.

[...] mas isso [os convênios] não afeta o tratamento com o paciente de forma nenhuma. Eu sei que existem lugares que tratam diferente, eles tem materiais diferentes e às vezes tratam com uma rapidez né? Colocam 15 minutos para pacientes de planos. Eu não, até na minha agenda eu não marco os pacientes baseado se são de plano ou não. Se tiver tantos pacientes de plano para o dia pode marcar que não tem problema, eu não diferencio não. [...] Eu conheci uma dentista que ela fazia todo o procedimento igualzinho. Porque quando chega o paciente, você abre o dente para fazer a restauração. Mas quando tá muito profundo você tem que fazer forramento¹², porque se você colocar uma resina ali direto pode causar uma pulpíte¹³, a pessoa vai para casa e vai sentir dor no dente. Isso acontece mesmo. E tem gente que restaura o dente do paciente, abre, às vezes nem tira a cárie toda se tiver muito profunda, para não ter que fazer proteção, aí tampa aquilo ali, literalmente tampa, porque não tratou entendeu? (Profissional 1)

Por fim, os planos odontológicos se mostraram ainda fonte de estresse e situações de exaltação dos profissionais. Os convênios possuem uma série de regras e normas de procedimentos para a verificação dos procedimentos realizados (normalmente por meio de raio-x) e pagamento dos mesmos aos dentistas. Contudo, não é incomum que aconteçam situações onde o profissional faz um tratamento (que

¹² Procedimento de preparo do dente necessário em restaurações ou tratamentos de canal.

¹³ Pulpíte é a inflamação da polpa dentária, um tecido conjuntivo especializado localizado no interior do órgão dentário e revestido de tecidos mineralizados.

é informado por meio de uma ficha repassada às centrais dos planos para posterior conferência com o raio-x) e o mesmo não é pago¹⁴.

A decisão de pagá-los ou não é baseada na avaliação de dentistas que trabalham para o plano. Estes fazem a avaliação dos raios-x e decidem se o tratamento foi ou não bem feito. Se sim, o pagamento ao dentista que fez o tratamento é realizado, caso contrário, não é pago e o profissional tem que refazer o tratamento, o que torna ainda maior o prejuízo sofrido. A indignação dos dentistas pesquisados se deu justamente pelo fato da avaliação dos dentistas dos planos ser totalmente subjetiva, sem estar baseada em critérios claros e por muitas vezes não concordarem com a avaliação negativa do trabalho realizado.

Alguns planos também costumam atrasar os pagamentos, o que foi motivo de situações de grande estresse presenciadas pelo pesquisador, onde o profissional teve que ameaçar entrar no PROCON para resolver o problema e o plano pagasse o que estava devendo à profissional.

Mas essa é apenas uma das muitas situações de estresse às quais o profissional está exposto. Outras situações presenciadas e relatadas pelos profissionais serão abordadas no tópico seguinte.

4.2.2 Estresse na atividade de trabalho

São muitas as situações de estresse e de pressão a que os profissionais estão expostos no dia-a-dia e que muitas vezes ou são criadas pelos pacientes ou interferem de alguma maneira na relação do profissional com ele. Para se ter uma ideia da interferência de situações desse tipo na atividade laboral dos dentistas, ao serem perguntados se achavam a sua profissão estressante, três dos quatro profissionais pesquisados a consideraram estressante por diferentes motivos.

¹⁴ Esse procedimento é chamado de Glosa pelo plano e se refere aos procedimentos informados pelos profissionais para pagamento, mas que são anulados e não são pagos.

Vale ressaltar inicialmente que dois dos profissionais pesquisados (os profissionais 2 e 3), quando acompanhados, estavam trabalhando em seus respectivos consultórios. Outro profissional (*profissional 1*), apesar de possuir um consultório em sociedade com outro dentista, quando acompanhado, estava trabalhando em uma clínica odontológica onde ganhava comissão pelos procedimentos executados. E o último profissional, que não avaliou a sua profissão como estressante, não possuía consultório e trabalhava apenas em consultórios de terceiros ou em empresas, onde executava uma parte do trabalho considerada por ele mesmo um pouco mais simples que as demais (próteses dentárias) por não gerar dor ao paciente.

Percebeu-se nos profissionais que trabalhavam nos seus respectivos consultórios maiores níveis de preocupação e de tensão. Constatou-se a partir da observação direta que uma grande quantidade de afazeres e uma grande quantidade de controles administrativos eram de responsabilidade dos profissionais, que além das obrigações referentes ao tratamento odontológico em si, também tinham que “encontrar tempo” para a sua realização.

Apesar de todos os profissionais contarem com a ajuda das auxiliares, ainda assim os processos administrativos de maior responsabilidade como o preenchimento das fichas de convênio (para posterior recebimento dos valores dos tratamentos), a conferência dos valores pagos pelos mesmos, o controle dos materiais enviados e recebidos do laboratório e os controles administrativo-financeiros, na maioria das vezes não eram delegados às mesmas, e ficavam sob a responsabilidade dos dentistas.

Desse modo, trabalhando com a agenda completamente cheia na maioria dos dias da semana, sobravam muito poucos momentos livres em que poderiam fazê-los. Tal fato os obrigava a utilizarem o curto espaço de tempo entre um paciente e outro, que deveria ser usado para descanso antes do próximo atendimento, a se ocuparem com esses afazeres administrativos.

Como se pode perceber pela fala do *profissional 2*, a falta de confiança em delegar funções de maior responsabilidade às secretárias exige que ele tenha que administrar e executar essas funções, o que acaba tendo um alto custo no que se refere ao estresse pela quantidade de atribuições conferidas a ele.

O que me estressa – e isso é de ordem pessoal – é porque no tratamento eu estou controlando o material que está vindo. Na área de prótese e implante, por exemplo, eu controlo o fornecedor que está me entregando o material, o laboratório que está fazendo, o modelo que foi feito para esse paciente, como é que está esse trabalho. Então são vários pontos controlados e todos se comunicam, e é eu que vou controlar. Se eu delego isso para secretária e a peça não chega no laboratório, eu vou ter que brigar com ela pelo fato de a peça não ter ido a tempo para o laboratório. Se sou eu que tenho que mandar, eu não vou brigar comigo mesmo né, eu tenho que mandar. (Profissional 2)

Apesar de ser uma situação de estresse que teoricamente gera consequências apenas para o profissional, esta acaba também interferindo na relação do dentista com o paciente. Na medida em que ele é colocado sob uma situação de estresse e pressão pela grande quantidade de afazeres e responsabilidades, aumenta o risco de erros, atrasos e de oferecer um tratamento pior aos pacientes.

Outras situações que fazem parte do cotidiano do dentista também geram sentimentos de tensão e conflitos, mas nenhum outro foi tão citado pelos profissionais como o relacionamento com os pacientes. Foram as diversas situações advindas do relacionamento com o paciente que tiveram maior destaque na fala dos profissionais e foram aquelas em que se percebeu maiores efeitos para o dentista.

O *profissional 2* aponta por exemplo a falta de comprometimento dos pacientes com o desenvolvimento do tratamento como uma das situações estressantes às quais os profissionais estão expostos. Conforme Matias (2004) aponta, ao realizar um tratamento, já existe uma grande carga de concentração e cuidado que a circunstância exige, pelas limitações do espaço para trabalhar, pela administração do tempo, pelo fato de infligir dor ao paciente e pela responsabilidade em entregar um trabalho bem feito. Acontece que muitos tratamentos exigem que o paciente esteja empenhado e comprometido com a sua resolução não só durante o tratamento realizado dentro do consultório, mas também depois.

Porém isso nem sempre acontece. O paciente muitas vezes não é colaborativo e não adere ao tratamento, o que coloca todo o tratamento realizado a perder e põe em cheque a competência técnica do profissional, situação causadora de estresse para o profissional.

Para mim é estressante [a profissão] porque eu me sinto responsável pelo que eu estou fazendo. Quando eu te proponho um tratamento eu estou propondo um resultado, de maneira que eu tenho obrigação de te entregar esse resultado. O problema é que nem todo paciente consegue entender

que esse resultado não depende só do profissional. Depende da interação do profissional com o paciente. Você vai fazer uma cirurgia no paciente, se ele não tiver cuidado durante o pós operatório, a cicatrização não vai ser boa. O resultado pode não ser bom. Você faz um tratamento periodontal no paciente, que é um tratamento de gengiva, não adianta eu fazer um bom tratamento nele se ele não fizer uma boa higienização em casa. Se ele não está suscetível ao aconselhamento de mudança de hábito, tanto de higiene quanto de ordem de alimentação. (Profissional 2)

A fala do profissional ressaltando a importância da interação do paciente com o profissional na adesão ao tratamento encontra amparo na literatura pelos trabalhos de Franco *et al* (2005), Sinha *et al* (1996), Klatchoian *et al* (2003), Freeman (1999) e Garcia *et al* (2005), que mostram a importância que existe na relação entre o dentista e o paciente para a adesão deste ao tratamento. É por meio da forma como o dentista irá conduzir essa relação que o paciente se sentirá motivado a contribuir para o tratamento e, por conseguinte, ajudará no tratamento e melhorarão seus níveis de satisfação com o profissional.

A ocorrência de situações adversas durante o tratamento dentro do consultório também foram apontadas pelos profissionais como fonte de tensão, especialmente quando se tratava de pacientes com medo ou trauma de dentistas. Esse tipo de paciente exige uma abordagem diferente e uma atenção muito maior do dentista para conseguir estabelecer um grau de confiança tal que seja possível realizar o tratamento.

Pela fala dos profissionais e dos próprios pacientes percebe-se que as medidas mais eficientes na superação desses medos e traumas estavam relacionadas com a maneira como o profissional iria conduzir o tratamento. Explicar detalhadamente o que seria feito, explicar o problema que lhes acometia, ter calma, paciência e se preocupar se o paciente estava sentindo dor foram as características mais citadas e importantes na opinião de ambas as partes para a superação do medo e para terem confiança no profissional.

Tais atitudes também vão ao encontro dos trabalhos de Sinha *et al* (1996), Freeman (1999), Garcia *et al* (2005) e Ferguson e Candib (2002) que tratam da importância que existe nos diversos aspectos da comunicação entre o dentista e o paciente. Em especial no que tange à explicação do tratamento e o fato de saber ouvir o paciente, se preocupando com seus medos e anseios como forma de diminuir a ansiedade de pacientes com essas características.

Já em relação à ergonomia, conforme relata Abrahão (2000), a elucidação dessas situações adversas – chamadas de variabilidades – e a maneira como os profissionais agem diante delas (por meio da ergonomia cognitiva) são de fundamental importância para que sejam realizadas adequações e para melhoria na qualidade de vida no trabalho.

Outro ponto também importante se refere à maneira como cada profissional age diante dessas situações. Apesar de algumas atitudes serem as mesmas, como explicar o tratamento e agirem com paciência, a maneira como cada profissional agia era distinta de um para o outro. Essa diferença é preconizada pela Ergonomia Cognitiva, como explica Falzon (2007), que busca compreender como são utilizadas as características de cada trabalhador na resolução dos problemas, uma vez que estarão em jogo o capital genético daquele trabalhador, sua história de vida, costumes, educação, dentre outros.

Mas nem sempre uma boa conversa é suficiente para convencer o paciente. Existem aqueles que apesar da conversa e do bom relacionamento não facilitam a realização do tratamento. Daí, as situações que podem acontecer acabam se tornando fonte de estresse para os dentistas pelo grande esforço que tem que ser despendido.

Você estressa é com paciente chiliquento [...] paciente fresco, entendeu? Cheio de não me toque, isso me deixa um pouco estressada. [...] O que me deixa estressada é pegar um paciente muito nervoso que mesmo você tentando acalmar, ele não é receptivo ao tratamento. Tem paciente que senta ali e você vai encostar a mão nele e ele já segura a sua mão. Aí isso aí sim, quer me tirar do sério, quer acabar com a nossa amizade é segurar a minha mão ou encostar em mim enquanto eu estou trabalhando. Porque significa que ele não tem auto controle. Ele precisa de tratamento e eu não trabalho com criança. Eu trabalho com adulto e o adulto parte do pressuposto que ele tem que se controlar. E isso me tira do sério com o paciente. (Profissional 3)

A postura adotada pelos pacientes nesses casos demanda do dentista um grande esforço físico, mental e cognitivo. O *profissional 3* relatou como exemplo a extrema calma e paciência exigida por um paciente que sofria de claustrofobia e que a todo momento, de maneira repetitiva, se levantava da cadeira odontológica durante o tratamento para conseguir respirar. Além de todo o estresse criado para lidar com o paciente, situações desse tipo causam atrasos na agenda por demandar um tempo maior para a realização dos procedimentos.

[...] tem pacientes que me roubam as energias. Mas isso é uma coisa muito subjetiva né? Eu sinto às vezes que depois de um determinado paciente eu me sinto muito cansada. Eu acho que eu tive que desprender um atendimento mais diferenciado, o lado psicológico do paciente, o estado emocional do paciente às vezes ele suga tanta energia. [...] Às vezes eu atendo o dia inteiro paciente de planos e não fico tão cansada igual a determinados pacientes que eu tenho que ficar explicando e detalhando o tratamento toda hora entendeu? (Profissional 3)

A importância do profissional, da forma como ele se relaciona com o paciente é um ponto fundamental para a realização do tratamento em pacientes com medo e que sofreram com experiências passadas, e foi salientado tanto por pacientes como por profissionais. Mas existe uma grande exigência cognitiva do profissional, principalmente em relação à paciência e a calma para lidar com tais situações de maneira satisfatória, o que pode ser fonte de constrangimento físico e psíquico. A dificuldade em lidar com pacientes desse tipo confirma os registros de Custódio (2006), Kosmann (2000) e Rio e Rio (2000), que também apontam para o estresse advindo da relação com pacientes pouco colaborativos e que sofrem pelo medo.

Observa-se, contudo, que o campo aponta para questões que vão além do que os autores tratam. Além dos pacientes com medos e traumas, as atitudes e as posturas adotadas por determinados pacientes são também fonte de tensão e de estresse para o profissional. A falta de compreensão, a falta de paciência e a desvalorização do trabalho do profissional são componentes da relação dentista e paciente que a tornam complexa pelo alto grau de subjetividade que existe na maneira de agir das pessoas, cada uma de uma forma diferente e cada uma acreditando que aquela é a maneira correta de agir. A fala do *profissional 2* exemplifica algumas dessas ocasiões.

Existe uma situação que me gera um estresse. Eu posso te citar três: [O primeiro] é aquele paciente que não tem paciência de chegar na sala de espera e esperar um atraso, ele acha que ele tem que chegar e ser atendido na hora. Quando eu estou fazendo um tratamento cirúrgico, eu não posso parar a cirurgia para atender ele. Se tiver que atrasar eu atraso, aí o paciente começa a se estressar lá. [O segundo é] Aquele paciente que leva 15 anos estourando a boca por não ter tratado, não interessa o motivo, se foi por relaxo ou se foi por questões financeiras, chega no consultório e quer que você resolva em um mês. [...] E o terceiro é o que mais me irrita, aquele paciente que quer fazer uma barganha com o preço e acaba sendo grosseiro com você. "Você faz por tanto e o fulano de tal faz por tanto", pode ir lá e fazer com o fulano de tal. Eu bato no ombro e falo para fazer lá porque eu não tenho condições de fazer (Profissional 2).

A *profissional 3* também citou a falta de paciência e as características incomuns de alguns pacientes como fatores geradores de tensão e estresse. Dentre as situações

relatadas, uma envolvia um paciente que ao ligar para marcar uma consulta com a secretária, se via no direito de exigir ser atendido no horário e dia estabelecidos por ele, nem que para isso fosse necessário desmarcar os outros pacientes que estavam previamente agendados.

Mas existem casos em que as tensões são causadas por fatores extras, que não são relacionadas a atitudes dos pacientes ou por descuido dos profissionais, mas que acabam também trazendo consequências. Os tratamentos odontológicos – em especial os mais complexos – são previamente planejados e divididos em diversas etapas baseando-se no diagnóstico feito pelo profissional, e são executadas na medida em que o mesmo avança. A explicação dos procedimentos, em como será dividido (em quantas etapas) é discutido e explicado previamente para o paciente para que o mesmo possa estar ciente e possa fazer o seu planejamento financeiro para arcar com os valores acordados.

Porém, podem acontecer diferentes eventos que acabam modificando o planejamento inicial, como a identificação de que o problema bucal do paciente é mais grave que aquele inicialmente diagnosticado, e acabam com isso “rompendo” o trato realizado inicialmente. Quando isso acontece, o tratamento fica maior e mais difícil, o que acarreta atrasos no tempo total previsto do tratamento, na agenda do dia e muitas vezes implica no aumento do valor previamente acordado, o que é motivo para discordâncias, desconfianças e chateação por parte do paciente.

Segundo o *profissional 1* esses eventos são mais comuns no trabalho do endodontista, que ao iniciar o tratamento de canal, pode encontrar uma situação pior que aquela diagnosticada por meio do raio-x.

Situações inesperadas como essa são outros exemplos de variabilidades (situações adversas e não prescritas que o trabalhador é exposto na sua atividade) do trabalho do odontólogo que exigem dele habilidade e grande competência cognitiva para lidar com ela de maneira eficiente, conforme mostram Vidal (2010), Falzon (2007) e Abrahão (2000).

Outra circunstância citada pelos profissionais como fonte de estresse foi o atraso na agenda. Pela observação direta percebeu-se que essa é uma situação comum, acontecendo de maneira recorrente nos consultórios pesquisados, algumas vezes

por breves momentos e outras por períodos mais longos. As razões para os atrasos foram as mais diferentes possíveis: um problema bucal maior do que se esperava encontrar antes de iniciar o tratamento, pelo atraso de algum fornecedor na entrega de produtos utilizados, pelo atraso na entrega de materiais do laboratório, pelo encaixe na agenda de um paciente relatando estar sentindo dores, dentre outras impressões.

O atraso é possivelmente aquele que cria situações de tensão de maneira mais frequente no dia a dia de trabalho, pois além de envolver aquele paciente que está sendo atendido naquele momento, envolve também todos os outros que serão atendidos depois, e pode se tornar fonte de reclamação e insatisfação dos pacientes, como pôde ser observado com as conversas com os pacientes nas salas de espera.

Os profissionais têm consciência da insatisfação criada pelo atraso na agenda, e quando acontecem ocorrências que levam ao atraso, acabam também se sentindo tensos e preocupados.

Sim, às vezes quando eu encontro alguma dificuldade no tratamento, aí eu já começo a suar. “Me dá um suador” [sic] se acontecer alguma coisa que complicou e aí às vezes eu atraso. Eu sei que o paciente está lá fora me aguardando e isso me causa um estresse. (Profissional 1)

Observou-se que as medidas mais comuns utilizadas pelos profissionais para contornarem situações desse tipo era informar aos próximos pacientes que aguardavam para fazerem o tratamento que por um imprevisto, os horários sofreriam um atraso. Além disso, era facultado ao paciente a opção de remarcar a consulta para outra data próxima caso ele não pudesse esperar, sem custos adicionais ao mesmo. Essa se mostrou uma estratégia eficaz que, apesar de não resolver o problema, deixava os pacientes menos propensos a ficarem nervosos.

As regras definidas pelos profissionais para marcar os horários na agenda se mostraram diferentes entre um e outro. Com os profissionais 1 e 4 a secretária marcava os horários dependendo da etapa do planejamento que seria realizado naquele dia, e por isso variavam de 30 em 30 minutos ou de uma hora em uma hora. O *profissional 2*, por atender casos maiores e mais complexos, tinha como padrão a marcação de horários de uma em uma hora. Já a *profissional 3* adotava uma tática que mais se diferenciava das demais. Pela quantidade de pacientes que marcavam

a consulta e não iam, a mesma decidiu marcar pacientes com um espaço curto de tempo entre eles ou a marcar dois pacientes para o mesmo horário.

Para ela o risco assumido em agir dessa forma acabava valendo a pena pois muitos horários estavam ficando vagos, e como atendia uma grande quantidade de pacientes dos planos odontológicos, ela tinha que ter um grande número de pacientes atendidos ao final do mês para ter um rendimento satisfatório.

Ainda em relação aos atrasos dos tratamentos, outro ponto considerado importante pelos dentistas para o bom andamento do consultório foi o fato de trabalharem com fornecedores e laboratórios de confiança. Quando estes não têm uma postura de trabalho adequada e entregam os materiais atrasados ou de maneira diferente daquilo que foi pedido pelos profissionais, geram atrasos no planejamento, no tratamento, faz com que os pacientes retornem diversas vezes ao consultório para verem se a peça feita pelo laboratório ficou boa, dentre outros. Situações desse tipo, principalmente por não dependerem exclusivamente deles, foram apontadas como causas de estresse e nervosismo pelos dentistas.

O que me deixa estressada é o laboratório fazer isso que ele faz comigo. Eu passo o negócio para eles e eles fazem errado. Eu acho que, por exemplo, a minha parte de prótese não depende só de mim, eu trabalho com laboratório e eu dependo do serviço de outra pessoa. Por exemplo, eu pedi para ele fazer uma prótese de tal jeito e ele fez da cabeça dele. Aí chega aqui e não está bom. Aí eu tenho que pedir a paciente para esperar mais dez dias para começar. Então isso para mim é estressante. (Profissional 3)

Acontecimentos desse tipo que geram atrasos no tratamento e perda de tempo em ir ao consultório para não ser realizado procedimento nenhum, impactam diretamente na satisfação do tratamento pelo paciente. Nos casos onde aconteceram situações dessa natureza, os profissionais acompanhados tiveram que mostrar toda a sua diplomacia e habilidade interpessoal para driblar a situação, sem deixar (ou tentando evitar ao máximo) que o paciente ficasse insatisfeito.

Por fim, é importante salientar que na medida em que essas questões afetam a saúde do trabalhador e a sua atividade de trabalho, automaticamente estão também afetando a relação dele com seus pacientes. Uma pessoa estressada tem tendência a ficar mais irritada, menos paciente, menos propenso a estabelecer uma comunicação adequada, menos propenso a ouvir o paciente e perceber o seu nível

de ansiedade e de medo, ainda mais se a fonte do estresse for o próprio paciente como foi relatado por alguns profissionais.

Mas não foram só as situações de estresse, nervosismo e preocupação que foram observadas pelo pesquisador e apontadas pelos profissionais. Existem também aquelas que geram pressão para os profissionais, que pela recorrência e pelos desdobramentos na atividade do profissional, serão abordadas na próxima categoria.

4.2.3 Pressão e constrangimentos do trabalho

As situações de pressão do trabalho do odontólogo são pontos relevantes da sua atividade. Tais situações foram relacionadas ao compromisso em executar um trabalho bem feito e com boa qualidade técnica, no tempo e no orçamento previamente acordados com os pacientes e principalmente a questões de ordem econômico-financeira.

O trabalho do odontólogo, a profissão de dentista, traz consigo uma insegurança financeira que é inerente aos trabalhadores autônomos. Com exceção daqueles que trabalham com a carteira de trabalho assinada ou daqueles que são funcionários públicos, muitos dentistas – que são donos dos seus próprios consultórios ou que trabalham em consultórios e clínicas de terceiros ganhando uma porcentagem dos tratamentos realizados – não possuem as seguranças e benefícios que aqueles gozam. Certeza de recebimento de uma quantia pré-determinada no final do mês, garantia de férias anuais, décimo terceiro salário, contribuições para aposentadoria e recebimento de auxílio-doença no caso de um acidente de trabalho são alguns destes.

É verdade que os profissionais que não possuem tais benefícios poderiam ter acesso a estes, caso decidam realizar as contribuições para o governo e pagar os impostos para tal. Mas o fato é que essa situação faz parte da realidade de muitos desses profissionais e implica no seu modo de agir, na sua atividade de trabalho e também na sua relação com o paciente, conforme foi observado e relatado por eles.

Além do mais, mesmo tendo essa segurança e benefícios, a atividade de trabalho do dentista em si, por depender única e exclusivamente dele para realizar o tratamento (e existirem ganhos conseqüentemente) já implica em uma situação natural de pressão da atividade do odontólogo.

Nesse sentido, pela fala dos profissionais nas entrevistas e pelo acompanhamento realizado, percebeu-se a preocupação dos mesmos em relação à quantidade de pacientes que seriam atendidos e a implicação financeira ao final do mês no caso de uma queda na demanda pelos serviços odontológicos. Tal preocupação foi mais recorrente aos profissionais que atendem pacientes de planos odontológicos por conta dos baixos valores pagos nos procedimentos e pela necessidade em executarem muitos tratamentos durante o mês.

Essa pressão em atender uma quantidade grande de pacientes aliada com a busca em manter os atendimentos no horário acaba tendo implicações na saúde dos trabalhadores. Uma situação que exemplifica isso foi observada no consultório da *profissional 3* pela falta de precaução ao utilizar o aparelho de raio-x, um aparelho que necessita de grande cuidado por emitir radiação.

Normalmente, quando existia a necessidade de realizar essa operação, a profissional programava o raio-x para disparar dentro de um prazo pré-determinado, o que permitia que a dentista saísse da sala do consultório junto com a auxiliar para não se exporem à radiação. Contudo, nos momentos em que a agenda estava muito cheia (o que não era incomum) ou atrasada, esse procedimento que exige um tempo maior para a execução não era seguido, o que fazia com que a profissional e a auxiliar acabassem ficando dentro do consultório e, assim, expostas à radiação.

Outra norma de trabalho que deveria ser observada em todo procedimento mas que muitas vezes é preterida é o preenchimento da ficha de anamnese, como já abordado. Os profissionais relataram não a preencherem da maneira correta (utilizando um formulário próprio como maneira de terem um documento assinado pelo paciente) por acharem que estariam “perdendo tempo” ou que se a utilizassem com todos os pacientes acabariam atrasando muito o tempo de trabalho. Com isso eles acabam se colocando em uma situação de risco, pois caso o paciente tenha alguma doença ou esteja fazendo uso de medicamentos que tenham uma interação

negativa com a anestesia, por exemplo, podem levar o paciente a problemas de saúde mais graves e o profissional ser responsabilizado por isso.

A pressão pela busca de bons retornos financeiros também tem implicações no horário de trabalho dos profissionais. Os dentistas pesquisados trabalham de segunda a sexta-feira, em média 8 horas por dia, com exceção do *profissional 2* que trabalha 12 horas diárias. Apesar do maior tempo de trabalho, a média de pacientes atendidos por dia por todos os profissionais é o mesmo, entre 8 a 10 pacientes. O horário de almoço dos profissionais é bastante volátil e muda de acordo com os agendamentos. Se a agenda está atrasada o horário de almoço é diminuído ou às vezes nem acontece, situação que também ocorre quando existe algum paciente que não pode ser atendido em outro horário ou que precisa ser atendido com urgência.

O resultado dessa jornada de trabalho que exige alto nível de concentração, atenção e perpassa por situações de estresse e pressão é o constrangimento físico. Além do cansaço já natural pela atividade de trabalho e pela postura adotada para a sua realização, o mesmo é piorado, de maneira que muitos profissionais além de se sentirem cansados ao final de um dia de trabalho, também se sentem dessa maneira logo pela manhã.

No final do dia eu me sinto cansado sim, por trabalhar 12, 13 horas direto sem parar. No período da tarde eu fico de 2 [da tarde] até as 8 horas da noite trabalhando direto, trabalhando sem parar. Apesar de achar que isso é errado eu não consigo mudar. (Profissional 2)

Me sinto [cansada] sim. Tem dia de manhã que eu levanto com muita dor na coluna (Profissional 1).

Me sinto cansada, tem pacientes que me roubam as energias (Profissional 3).

Tal fato causa certa estranheza, uma vez que a agenda é marcada pelos próprios profissionais ou pela secretária, e por isso, teoricamente, poderiam ter não só horários de almoço pré-definidos, mas também horários de lanches no meio dos períodos do dia. Apesar disso nenhum profissional segue essa diretriz, preferindo sacrificarem o tempo de relaxamento e de descanso que teriam em prol de atenderem um maior número de pacientes ou de cumprirem o cronograma estabelecido para o dia.

Nenhum dos profissionais acompanhados fazia algum tipo de alongamento ou qualquer outro tipo de exercício entre um paciente e outro com o intuito de descansarem e diminuírem a carga de pressão e estresse. Os mesmos também não tinham horários de descanso pré-estabelecidos nos períodos do dia para lancharem e fazerem uma pausa. Apenas quando “sobrava tempo” é que eram feitas essas paradas para descanso.

A função das secretárias, ou Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), também se mostrou diferente nos consultórios pesquisados e de grande importância para a atividade de trabalho do dentista. De maneira geral todas as ASB tinham a função de fazer os agendamentos das consultas, recepcionarem os pacientes que chegavam ao consultório, limpar e esterilizar o material de trabalho dos dentistas e fazer alguns trabalhos administrativos, como pagamento de contas em bancos e compra de materiais de trabalho. A ASB do *profissional 3* no entanto, possuía mais atribuições que as demais, sendo responsável também em auxiliar a profissional durante o tratamento com a instrumentação e na preparação dos materiais utilizados no tratamento.

A maior assistência da auxiliar durante o tratamento e nas questões administrativas foi considerado o formato mais adequado de trabalho pelo pesquisador, pois percebeu-se que com o maior auxílio desta, o tratamento era realizado de maneira mais rápida e mais eficiente, além de garantir maior tempo livre aos dentistas pela menor quantidade de atribuições. Essa constatação está em consonância com o trabalho de Queluz *et al* (2008) que além de salientar esses benefícios, atribui ainda à presença da auxiliar maior observação às normas de biossegurança, permitir que o trabalho seja executado de maneira mais ergonômica pelo profissional, a redução de doenças ocupacionais, maior facilidade na administração da clínica e maior rentabilidade financeira.

A presença da ASB também é importante na relação paciente e dentista na medida em que ao avaliarem o seu grau de satisfação com o tratamento, a maneira como foram tratados e a forma como foram recepcionados, os pacientes estavam também avaliando a postura das auxiliares nesses critérios.

Como dito, as situações de estresse, pressão e a própria atividade de trabalho do dentista (envolvendo a postura, concentração e etc.) são fontes de cansaço físico e mental. A presença de dores esporádicas nas costas e nos braços foi citada por três dos quatro profissionais pesquisados. Por isso, todos faziam algum tipo de atividade física e até mesmo fisioterapia para evitarem ou diminuïrem as dores que lhes acometiam.

Outra medida adotada por um dos profissionais com o objetivo de diminuir o estresse do dia e ficar mais relaxado para a realização dos tratamentos foi a utilização de músicas durante o tratamento. Percebeu-se que a música além de deixar o profissional mais relaxado, fazia também com que os pacientes se sentissem mais tranquilos durante o tratamento.

Tendo em vista as diversas situações de estresse e pressão a que são submetidos, julgou-se pertinente avaliar se essas situações interferiam na vida pessoal dos profissionais, que mostraram diferenciar e separar bem os problemas da vida profissional com a vida pessoal.

Não, não levo mais [problemas para casa]. Já levei. Eu me deixava influenciar muito pelos meus casos aqui de prótese que não dava certo, eu sofria muito. Hoje não mais, eu saio daqui e não quero nem saber [...] O aparelho queimou essa semana, não pensei nele em casa e nem comentei com ninguém, principalmente com meu marido que acaba sofrendo né? Fica toda a vida mastigando aquilo e eu não quero saber, eu tenho mil contas para pagar, dois mil de laboratório para pagar agora, já somei meus cheques e vi que não vai dar. Mas o que eu vou fazer, me descabelar? Amanhã eu me descabelo. (Profissional 2)

Não, já consegui há muito tempo fechar a porta e largar os problemas aqui dentro (Profissional 4).

Em síntese, percebe-se que apesar dos problemas e dos altos níveis de pressão a que os profissionais estão submetidos no seu dia-a-dia, os mesmos conseguem não permitir que causem interferência na sua vida pessoal.

Por fim, pela observação no campo e pela análise das entrevistas percebeu-se que a pressão é também um fator com alto grau de relevância na relação paciente e dentista. Pela necessidade de terem alta rotatividade de pacientes no trabalho, o tempo dispensado ao relacionamento, à conversa e ao atendimento acabava sendo preterido pelo tempo gasto com o tratamento rápido. Outro ponto também observado se relaciona aos cuidados que deveriam ser tomados pelo profissional para evitar

problemas com interações medicamentosas ou alérgicas dos pacientes por meio da ficha de anamnese. Apesar de serem feitas perguntas relativas que constam na anamnese, sem o roteiro das perguntas e o seu correto preenchimento, corre-se o risco de o profissional sofrer as implicações judiciais por algum problema que venha a ocorrer caso o paciente tenha a sua saúde prejudicada.

Constatou-se também que os profissionais com mais experiência possuíam as habilidades certas para lidarem com as situações de estresse, de pressão e com todas as outras que poderiam trazer problemas para a relação do dentista com o paciente. Dessa forma procurou-se também identificar a influência do ensino acadêmico para os profissionais e se os preparavam para lidarem da maneira correta com os pacientes.

4.2.4 Ensino acadêmico e experiência

O papel da universidade na atividade do cirurgião-dentista e o fator experiência emergiram da fala dos profissionais e foi notado na observação direta como ponto relevante na relação paciente e dentista.

Os cursos de nível superior têm papel determinante na atividade de qualquer profissional, seja nos requisitos técnicos, seja nos requisitos sociais da profissão. No entanto, na odontologia – que é uma profissão que exige muita técnica e precisão para a realização do tratamento – as instituições de ensino superior tendem a direcionar a sua atenção para os procedimentos técnicos e às doenças bucais, deixando de lado os processos que permeiam a relação paciente e dentista. Com isso os estudantes de odontologia acabam sendo um reflexo dessa visão e a maneira como compreendem a profissão e a maneira como atuarão, voltada para uma abordagem mais técnica e menos humanística (GARCIA *et al*, 2005).

Os profissionais acompanhados, especialmente aqueles que têm maior tempo de formado, são frutos dessa diretriz de ensino.

[...] porque na época que eu estudei a faculdade era aquele negócio que só tinha as disciplinas profissionalizantes, a gente aprendia a fazer

odontologia. Não tinha aquele foco de receber o cliente, atender, se preocupar. Então poderia fazer melhor pelo paciente, mas [o foco] era só tratar. Aí com o tempo, com o decorrer dos anos a gente foi mudando essa mentalidade no atendimento dos clientes. Na faculdade especificamente não tinha essa preocupação não. A orientação era só tratar ali e resolver (Profissional 4).

Na faculdade a gente não aprende isso não, a lidar com o paciente não. Até que tem a parte de psicologia na faculdade sim, que a gente estuda que nós estamos invadindo a intimidade dele né, que a gente mexe dentro da boca e tem gente que se sente mal, tem gente que tem vergonha de mostrar a boca [...], mas eu acho que é mais o meu jeito de lidar assim. Porque se uma pessoa já é mal educada, ela vai ser mal educada no trabalho também (Profissional 1).

Apenas a *profissional 1*, que tinha o menor tempo de formado, afirmou ter tido uma disciplina que tratava de questões relativas à psicologia a ser utilizada com os pacientes. Contudo, a mesma profissional não atribuiu a sua maneira de agir aos ensinamentos na faculdade, que considerou superficial. Pelo contrário, imputou tais conhecimentos ao seu jeito de agir normalmente e à educação recebida pela família.

Os profissionais disseram construir o saber de como tratar o paciente pautado em dois eixos principais. O primeiro são os cursos de aperfeiçoamento, atualização e pós graduação que abordavam esse relacionamento de maneira mais contundente, mostrando a importância que o atendimento dispensado ao paciente tinha para o tratamento e para a sua satisfação com o tratamento e com o profissional.

O segundo e principal atribuiu a maneira de agir dos profissionais à experiência adquirida durante os anos de profissão. Foi na prática do dia-a-dia, nas diversas situações a que foram expostos, nos erros e acertos que os profissionais moldaram a sua forma de agir para deixem os pacientes satisfeitos.

Não houve orientação nesse sentido. Isso aí foi aprendizado meu, de ver o paciente e sentir que isso dá melhor resultado. Eu procuro sempre explicar para a pessoa o que vai ser feito. O orçamento, por exemplo, que eu faço, uma coisa que eu peguei por hábito, eu nunca passo só uma opção de tratamento para a pessoa, eu sempre procuro dar duas, três opções de tratamento para a pessoa e ela define o que vai fazer (Paciente 2).

A preferência pela abordagem técnica no campo da odontologia também pôde ser percebida na pesquisa bibliográfica realizada pelo pesquisador, onde foi encontrado número muito menor de trabalhos relacionados aos aspectos sociais da profissão que os estudos abordando as áreas de materiais, procedimentos, técnicas e outros.

As consequências para os pacientes de existir essa carência na formação dos profissionais é que muitas vezes são os próprios profissionais os causadores dos sentimentos de medo, ansiedade e trauma do dentista pela forma como conduzem o tratamento. Um profissional que não está preparado para lidar com uma criança, que é uma das situações que causam mais estresse para o profissional, pode resultar em um adulto receoso, que deixa de ir ao dentista por anos por medo e acaba tendo a sua saúde bucal e geral prejudicada. Essa situação foi a que causou o afastamento de alguns dos pacientes ouvidos quando eram crianças ou adolescentes, e as consequências foram relatadas nos tópicos acima.

Além disso, saber lidar e tratar de maneira correta o paciente é fator fundamental para a sua adesão ao tratamento, que culmina em procedimentos mais rápidos, simples e eficientes. Desta forma, por interferir diretamente na recuperação da saúde bucal e por evitar que mais problemas dessa ordem aconteçam, a relação dentista-paciente passou a ser considerada um tema de saúde pública e de interesse do governo e do Conselho Federal de Odontologia, que determina as diretrizes as quais os cursos licenciados pelo Brasil devem seguir.

Nesse sentido, a determinação do CFO nas diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em odontologia é a de que é responsabilidade das instituições de nível superior formar profissionais com um perfil humanista, ou seja, que observe o ser humano em todos os níveis, pautado por princípios éticos e legais da profissão, compreendendo a realidade cultural, social e econômica dos indivíduos que serão atendidos (BRASIL, 2003).

5. CONCLUSÕES

Quando se aborda a ergonomia no campo da odontologia, em regra geral, há uma prevalência e um direcionamento para os aspectos físicos da atividade de trabalho do odontólogo, como a postura de trabalho, a incidência de doenças do trabalho (como a DORT) e os diferentes riscos aos quais os profissionais estão expostos, como os riscos químicos e biológicos.

Procurando seguir um caminho diferente, esse estudo alcançou seu objetivo ao evidenciar por meio da ergonomia de linha francesa e pelo uso da metodologia própria dos estudos da área – a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) – os diferentes atributos e características da relação dentista-paciente. Tal caracterização foi possível, sobretudo, pela identificação dos pontos considerados centrais para os atores dessa relação – os pacientes e os profissionais odontólogos, conseguidos graças à metodologia de pesquisa escolhida.

Tendo sido baseada na AET, a metodologia que utilizou o referencial teórico, as entrevistas de roteiro semi-estruturado e a observação direta da atividade de trabalho do profissional, se mostrou bastante adequada para o estudo e compreensão do caráter distinto dessa relação. Por meio dela foi possível uma maior aproximação com o objeto dessa pesquisa e a promoção de debates sobre os resultados encontrados.

A relação entre o paciente e o dentista se apresentou com um alto grau de importância e complexidade, cuja abrangência vai muito além do fato de tratar e ser tratado de maneira cortês ou ainda de ser realizado um bom tratamento odontológico pela confiança adquirida com o profissional. A influência na vida pessoal dos pacientes e na saúde dos profissionais são exemplos de como essa relação extrapola os limites físicos dos consultórios odontológicos e adentra outros campos, aumentando a necessidade de se conhecer mais sobre a mesma e sobre os diferentes impactos que podem ser causados por ela.

Em relação ao primeiro objetivo específico – identificar e compreender os aspectos subjetivos que interferem na atividade do profissional – pode-se concluir que a

relação dentista-paciente tem grande influência na atividade de trabalho do profissional, especialmente no que tange às situações de desgaste e estresse no dia-a-dia de trabalho. Muitas foram as situações causadoras de estresse relatadas pelos profissionais, dentre as quais se podem citar a pressão em realizar um tratamento com perfeição, a mudança no planejamento proposto aos pacientes por alguma situação não esperada, atrasos na agenda e a necessidade de obterem maiores ganhos financeiros.

Entretanto, nenhuma outra foi tão recorrente quanto aquela relacionada aos pacientes, principalmente os não colaborativos e os que relatavam medo excessivo de ir ao dentista. Esse tipo de paciente foi o responsável em criar situações que demandavam do profissional alto nível de atenção e comprometimento para conseguirem realizar o tratamento. Além disso, verificou-se também que os profissionais eram os principais responsáveis em auxiliar esses pacientes a enfrentarem os seus medos e realizar o tratamento.

Outro ponto relevante que caracteriza a relação com o paciente e interfere na atividade do dentista foi a desvalorização profissional e financeira percebida pelos mesmos. Não obstante a alta carga de trabalho, responsabilidade, pressão e o alto grau de comprometimento com os pacientes e com o tratamento, constatou-se existir uma desvalorização promovida muitas vezes pelos próprios pacientes e principalmente pela política de preços exercida pelas redes de planos odontológicos.

O valor cobrado ou pago nos procedimentos se mostrou de grande importância e suscitou opiniões divergentes entre as partes. Para os pacientes, os valores cobrados eram caros e esses se sentiam muitas vezes lesados. Esse aspecto financeiro foi ainda identificado como um fator que contribui para afastarem os pacientes dos consultórios por tempo superior àquele recomendado de seis meses para prevenção e manutenção dos dentes. Além disso, percebeu-se que o valor cobrado pelo tratamento é também utilizado como critério dos pacientes para escolha do profissional que irá realizar o tratamento.

Porém, para os profissionais, a visão sobre essa questão é diferente. Para estes, existe uma desvalorização do seu trabalho, não tendo o reconhecimento e

valorização como o trabalho de outros profissionais de áreas afins, como médicos e outros profissionais, como manicures e cabeleireiras.

Os baixos valores também estão relacionados aos planos de saúde e, de maneira semelhante, interferem na relação com o paciente. A diminuição dos valores por procedimento faz com que os profissionais assumam uma alta carga de trabalho que compense os baixos valores recebidos e tenham assim um ganho razoável ao final do mês. Dessa maneira, o tempo que deveria ser reservado ao paciente para estreitar a sua relação com o profissional e aumentar o seu nível de confiança é preterido em prol de serem atendidos mais pacientes no menor tempo possível.

Outro ponto de grande importância está relacionado com o fator experiência. Verificou-se que as instituições de ensino superior não prepararam os profissionais pesquisados de maneira adequada para lidarem com as diversas situações advindas da relação com o paciente, sendo esse manejo desenvolvido principalmente em cursos de aperfeiçoamento, realizados depois de formados e normalmente depois de alguns anos de experiência e em cursos de pós-graduação. Notou-se ainda existir maior habilidade no relacionamento interpessoal proporcionalmente à experiência adquirida ao longo dos anos trabalhados.

Em relação ao segundo objetivo específico – identificar como são geridas as relações interpessoais entre pacientes e dentistas – percebeu-se que, de maneira geral, todos os profissionais pesquisados geriam as relações com os pacientes de maneira satisfatória a estes. Todos agiam, em diferentes graus e de diferentes maneiras, de acordo com aquelas características identificadas como importantes pelos pacientes. Dentre essas, destacam-se as relacionadas aos diferentes aspectos de uma comunicação eficiente, como saber explicar o tratamento, conversar, ouvir o paciente, preocupar-se se o mesmo está sentindo dores, ser simpático, calmo, ter uma boa técnica, dentre outros.

Gerir a relação com o paciente de maneira adequada se mostrou algo muitas vezes não muito fácil e nem muito simples. Diferentemente de uma empresa, onde se presume existirem funcionários para atender aos clientes, divisão de funções administrativas, e quase sempre tudo sendo exercido por pessoas que não sejam os donos, em um consultório odontológico é o dentista o responsável por tudo. Desde a

parte administrativo-financeira, passando pela negociação, recebimento e culminando na realização do tratamento (onde existem inúmeras situações atribuídas advindas de dores e medos dos pacientes), é apenas uma pessoa, o dentista, que tem que lidar com todas elas. Ainda que alguma etapa do seu trabalho não tenha dado certo ou tenha lhe causado estresse, ele nunca pode se esquecer de procurar sempre agradar o seu cliente-paciente, de maneira que ele possa sair satisfeito e indicar outras pessoas.

Verificando a relação dentista paciente sob a ótica do paciente, contemplando assim o terceiro objetivo específico, verificou-se que quando se tratava dos pacientes, os principais aspectos da relação paciente e dentista estavam relacionados com o valor cobrado pelos tratamentos odontológicos, os diferentes aspectos que os levaram a selecionar o profissional que os iria atender, a confiança no profissional para realizar o tratamento e nas interferências que os medos e traumas de experiências passadas têm na vida dessas pessoas.

Nesse sentido, a maneira como essa relação será conduzida ganha notoriedade principalmente no que tange à confiança no profissional. É a partir do grau de confiança estabelecida com o profissional que os pacientes terão maior certeza no momento de escolher o dentista, se sentirão mais confortáveis em realizar e contribuir com o tratamento (mesmo quando sentem medo ou possuem traumas advindos más experiências passadas) e até decidem pagar um preço considerado mais alto para terem acesso a um tratamento e a um atendimento de qualidade.

Os medos e traumas também tiveram papel relevante nas falas desses sujeitos. Os medos estavam normalmente ligados à anestesia, à caneta de alta rotação e à dor. Mas verificou-se também que na realidade, tais medos tinham raízes mais profundas, e estavam relacionados em grande parte das vezes a traumas advindos de experiências traumáticas em tratamentos passados, realizados principalmente na infância e adolescência.

Depreende-se dessa situação a importância que um bom relacionamento tem não só para ajudar os pacientes que sofreram traumas a superá-los, mas também para não criá-los. Afinal, foram profissionais mal preparados (ou muitas vezes sem o ensino acadêmico exigido) os responsáveis pelas situações que culminaram em traumas

nos pacientes. Por isso as faculdades deveriam preparar melhor os alunos egressos dos cursos de odontologia, a fim de formarem profissionais mais bem preparados e que contribuam para a redução da “cultura do medo” de ir ao dentista que existe na sociedade.

Constatou-se também que além das características dos profissionais elencadas como critérios de escolha, os aspectos físicos e de gestão do consultório também foram citados. Dentre eles destacam-se a aparência, a localização, a higiene, o atendimento por telefone, o atendimento das ASB, a facilidade em marcar um horário e o cumprimento da agenda.

Em relação à maneira de agir frente às variabilidades, que é o quarto e último objetivo específico do trabalho, constatou-se que as ocasiões inesperadas mais recorrentes às quais os profissionais se deparavam estavam relacionadas com o atraso na agenda, com atitudes adversas tomadas por pacientes com medo e outras situações causadoras de estresse.

Quando ocorreram tais situações, os profissionais pesquisados tomaram atitudes e tiveram habilidades suficientes para as contornarem e solucioná-las de maneira satisfatória. Na maioria das vezes, a resolução dos mesmos se deu baseando nos conhecimentos adquiridos pelos profissionais em experiências passadas e que não necessariamente tinham a ver com a prática odontológica. A educação e a maneira de se expressar foram algumas dessas características empregadas, por exemplo, no momento de explicar um atraso para o paciente.

Observou-se também que, apesar de reclamarem de dores, os profissionais não tinham o hábito de reservarem momentos de relaxamento e descanso entre as jornadas de trabalho. Esse prazo para descanso deveria ser uma prática comum, pois embora três profissionais praticassem exercícios físicos, as dores nas pernas, costas e braços eram constantes.

Apesar de essa pesquisa ter alcançado seus objetivos, uma pesquisa sempre traz apenas um recorte da realidade e, por isso, é sempre uma visão parcial de todo o universo contemplado por aquela realidade, além de ser também permeada pela visão e subjetividade do pesquisador. Contudo, apesar dessa visão parcial, os

achados e os resultados dessa pesquisa podem contribuir para a realização de novos estudos que tratem de aspectos específicos da realidade pesquisada.

Sugere-se assim a realização de estudos que aprofundem os impactos sofridos pelos profissionais com a presença das redes de planos odontológicos e como o mercado está se modificando nesse sentido.

Outra sugestão se dá na realização de pesquisas que abordem a questão dos valores cobrados pelos tratamentos odontológicos. Enquanto muitos pacientes consideram os tratamentos odontológicos caros e por isso acabam se sentindo explorados, por outro lado os profissionais se sentem desvalorizados e consideram os valores cobrados bastante baixos, principalmente quando comparados a outros profissionais. Por isso seria interessante a realização de uma pesquisa que aprofundasse esse debate e procurasse soluções para a resolução desse impasse.

Ademais, sugere-se a realização de estudos que aprofundem os impactos da cultura curativa em relação à cultura preventiva presente na sociedade, e quais são os impactos econômicos, de saúde e em relação a se submeterem ao tratamento odontológico para aquelas pessoas que são reativas ao invés de serem pró-ativas.

Também se sugere um estudo em relação às instituições de ensino superior e a maneira como elas é abordada a relação paciente dentista na grade curricular, bem como os resultados e benefícios percebidos pelos recém-formados dessas instituições acerca desse ensino na prática odontológica.

Como se percebe, as possibilidades de expansão do conhecimento na área são bastante grandes. A grande diversidade de discussões e considerações que podem ser realizadas a partir da relação que é estabelecida entre o dentista e o paciente denotam o grau de importância e a relevância em se realizar mais estudos que lancem luzes sobre o tema.

6. REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, J. I. et al. **Introdução à ergonomia da prática à teoria**. São Paulo: Blucher, 2009.
- ABRAHÃO, J. I. **Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia**. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília v. 16, n. 1, p. 49-54, 2000.
- ABRAMS, R.; AYERS C.; VOGT PETERSON, M. **Quality assessment of dental restorations: a comparison by dentists and patients**. *Community Dent Oral Epidemiol* 14: p. 317-319 1986.
- ALMEIDA, R. A ergonomia sob a ótica anglo-saxônica e a ótica francesa. **Vértices**, Campos dos Goytacazes/RJ, v. 13, n.1, p. 115-126, 2011.
- ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Ministério da Saúde. **Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos**. Brasília, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Ed., 1994.
- BOTTAN, E.R.; OGLIO, J.D.; ARAÚJO, S.M. **Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental**. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr*. 2007;(3): p. 241-6.
- BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica**. Resolução nº 42 de 20 de maio de 2003. Rio de Janeiro; 2003.
- CAVEZZI Jr. O.; ZANATTO A.R.L. **Endocardite infecciosa: odontologia baseada em evidências**. *Odontol. clín.-cient*. 2003; 2(2): p. 85-94.
- CHRISTOL, J. Questões epistemológicas sobre a ergonomia: algumas reflexões do ponto de vista de quem a pratica. In: Daniellou, F. (Org.). **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. p. 181-198.
- COLARES V. et al. **Medo e/ou ansiedade como fator inibitório para a visita ao dentista**. *Arq Odontol* 2004; 40(1): p. 59-72.
- COUTO, H. A. **Ergonomia aplicada ao trabalho: conteúdo básico: guia prático**. Belo Horizonte: Ergo Editora, 2007.

- CRUZ, J. S. et al. **A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social.** Rev Odontol Univ São Paulo, v. 11, n. 4, p. 307-313, out./dez. 1997.
- CUSTODIO, R. A. R. **Análise Ergonômica do Trabalho Aplicada à Odontologia – Clínica Geral – Um Estudo de Caso.** 2006. 100 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Itajubá, Itajubá, 2006.
- DANIELLOU, F.; FALZON, P. Metodologia da ação ergonômica: abordagens do trabalho real. In: Falzon, P. (Org.). **A ergonomia.** São Paulo: Edgard Blücher, 2007. p. 281-302.
- DANIELLOU, F. Questões epistemológicas levantadas pela ergonomia de projeto. In: Daniellou, F. (Org.). **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos.** São Paulo: Edgard Blücher, 2004. p. 181-198.
- DEJOURS, C. Epistemologia concreta e ergonomia. In: Daniellou, F. (Org.). **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos.** São Paulo: Edgard Blücher, 2004. p. 199-215.
- FALZON, P. Natureza, objetivos e conhecimentos da ergonomia. In: Falzon, P. (Org.). **A ergonomia.** São Paulo: Edgard Blücher, 2007. p. 3-20.
- FALZON, P. Os objetivos da ergonomia. In: Daniellou, F. (Org.). **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos.** São Paulo: Edgard Blücher, 2004. p. 229-239.
- FERGUSON W.J.; CANDIB L.M. **Culture, language, and the doctor-patient relationship.** Fam Med. 2002; 34: p. 353–61.
- FRANCO, A. L. e S.; BASTOS, A. C. de S.; ALVES, V. S. **A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, 21 (1), 2005, p. 246-255.
- FREEMAN R. **A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction.** British Dental Journal 1999. 186(10): p. 503-506.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GARBIN A.J.I., et al. **Marketing on dentistry: the perception of client about dental service of private clinic.** Rev Odontol UNESP. 2008; 37(2): 197-202.
- GARCIA, A. **Relacionamento interpessoal e saúde - Avanços recentes nos estudos sobre o relacionamento médico-paciente.** Em A. Garcia (Org.), Relacionamento interpessoal: Olhares diversos, 2005. p. 7-27. Vitória, ES: UFES/PPGP.

- GARCIA E.G.; ALMEIDA M.I. de **Percepções e expectativas dos usuários acerca da relação cirurgião-dentista-paciente**. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2005 jan-abr; 17(1): p. 29-39.
- GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo: v.35, n.2, p. 57-63, 1995.
- IIDA, I. **Ergonomia: Projeto e Produção**. São Paulo: Edgard Blücher, 1990.
- INGERSOLL, B. D.; NASH, D. A.; GRAMBER, C. **The use of contingent audio taped material with pediatric dental patients**. Journal of American Dental Association, 1984. 109(5), p. 717-720.
- JUNIOR, M.M.; MIALHE, F.L. **Critérios utilizados por diferentes grupos etários na escolha do cirurgião-dentista Odontologia**. Clín.-Científ. 2007, Recife, 6 (1): p. 33-37, jan/mar.
- KANEGANE K. et al. Ansiedade ao tratamento odontológico no atendimento de rotina. RGO (Porto Alegre). 2006; 54(2): p. 111-4.
- KLATCHOIAN D.A.; BARBAS A.A.; SILVA S.R.S.P.; ALMEIDA J. de **Aspectos psicológicos da relação Cirurgião-dentista-paciente no tratamento ortodôntico**. J Bras Odonto-Psicol Odontol Pacientes Espec 2003; 1(6): p. 523-6.
- KOSMANN C. **Dor e desconforto no trabalho do dentista: contribuições da ergonomia**. 2000. 142 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- LACERDA A. et al. Nível de pressão sonora de um consultório odontológico: uma análise ergonômica. In: Tuiuti Ciência e Cultura, 26., 2002, Curitiba, **Anais eletrônicos...** Disponível em: <<http://www.utp.br/tuiuticienciaecultura/FCBS/FCBS%2026/PDF/art%2002.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2011.
- LAVILLE, A. Referências para uma história da ergonomia francófona. In: Falzon, P. (Org.). **A ergonomia**. São Paulo: Edgard Blücher, 2007. p. 21-32.
- LEPLAT, J. Aspectos da complexidade em ergonomia. In: Daniellou, F. (Org.). **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. p. 57-78.
- LEPLAT, J. As relações de vizinhança da ergonomia com outras disciplinas. In: Falzon, P. (Org.). **A ergonomia**. São Paulo: Edgard Blücher, 2007. p. 33-46.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

- MATIAS K. **Ambiente profissional e percepção do estresse pelo cirurgião-dentista**. 2004. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.
- MELANI, R. F. H.; SILVA, R. D. **A relação profissional-paciente**. O entendimento e implicações legais que se estabelecem durante o tratamento ortodôntico. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, Maringá, 2006. v. 11, n. 6, p. 104-113, nov./dez.
- MENDES, H. J. **A relação entre cirurgiões-dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru – SP**. 2005. 87 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2005.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity? **Cad. Saúde Públ.** 1993, v. 9, n. 3, p. 239-262.
- MODAFFORE, P. M.; FIGUEIREDO FILHO, B. M. **Capacitação em Administração e Marketing na Odontologia**. São Paulo: Ícone, 2010.
- MORITA, M.C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. **Perfil atual e tendências do Cirurgião-Dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press International, 2010.
- MONTMOLLIN, M. **A ergonomia**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.
- MOORE, R.; BRODSGAARD I. **Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients**. Community Dent Oral Epidemiol 2001; 29: p. 73–80.
- MORAIS, E. R. B. **O medo do paciente ao tratamento odontológico** Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do RGS Porto Alegre, vol. 44, num. 1, Julho 2003, pgs. 39 - 42.
- NEWSOME P.R.H.; WRIGHT G.H. **A review of patients satisfaction: Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature**. British Dental Journal 1999 186(4): p. 166-170.
- PIZZATO, M. B. **A Percepção da Qualidade de Serviços Odontológicos segundo Cirurgiões-Dentistas e Pacientes de Clínicas Odontológicas de Florianópolis**. 2008. 159 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- POSSOBON, R. F.; et al. **O tratamento odontológico como gerador de ansiedade**. Psicologia em Estudo. Maringá, 2007. v.12, n.3, p.609-616, Set./Dez.
- PRANDI, J. R. **Cirurgião-Dentista: O Imaginário Social**. Akropolis, Umuarama, 2001. v.9, n°1, jan/mar.

- QUELUZ D. P. et al. **Pessoal auxiliar em Odontologia: Estrutura ocupacional e qualificação** Rev. ABO Nac. Vol. 16 nº 4 - Agosto/Setembro 2008
- RASIA, D. **Quando a dor é do dentista!** Custo humano do trabalho de endodontistas e indicadores de Dort. 2004. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília.
- REIS, G. A. **Valores pessoais na decisão do consumo de serviços odontológicos de Uberlândia.** 2010. 138 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2010.
- RIO, L. M. S. P; RIO, R. P. **Manual de Ergonomia Odontológica.** 1. ed. Belo Horizonte: Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, 2000.
- RICHARDSON, R. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- SANTOS, N. dos; FIALHO, F.; **Manual da Análise Ergonômica do Trabalho.** 2. ed. Curitiba: Genesis, 1997.
- SANTOS, N. S. **Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente.** 2004. 121 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- SCHWARTZ, Y. **Trabalho e Gestão: níveis, critérios, instâncias.** In: Figueiredo, M.; Athayde, M.; Brito, J. E Alvarez, D. (Orgs.). **Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo.** Rio de Janeiro: DP&A, 1994.
- SEGER, L. Modelo Psiconeuroendocrinológico de Stress. In: Psicologia & Odontologia: uma abordagem integradora. 4ed. São Paulo, 2002.
- SILVA A.M., et al. **Study of emotional and psychological factors that may interfere in the dental treatment.** Rev Inst Ciênc Saúde. 2009;27(3): p. 249-53.
- SILVA, M. E. S. **Perda dentária e expectativa de reposição protética: estudo qualitativo.** Revista Ciência e saúde Coletiva, Set. 2007
- SINHA P.K., NANDA R.S., MCNEIL D.W. **Perceived orthodontist behaviors that predict patient satisfaction, orthodontist-patient relationship, and patient adherence in orthodontic treatment.** Am J Orthod Dentofac Orthoped 1996;110(4): p. 370–6
- TANAKA H., GARBIN C.A.S. **Estudo das reclamações contra cirurgiões-dentistas no Procon de Presidente Prudente – SP.** Rev Paul Odontol. 2003;25(5): p. 30-3.
- TERSAC, G.. O Trabalho e a Abordagem ergonômica. In: Daniellou, F. (Org.). **A**

ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. p. 79-104.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIDAL, M.C. Ergonomias contemporâneas. In: **Introdução à Ergonomia** (Apostilado curso de especialização Superior em Ergonomia). Rio de Janeiro: CESERG, 2010

VIDAL, M.C.; BONFATTI, R.J.; CARVÃO, J.M. Ação ergonômica em sistemas complexos. **Ação ergonômica**, v. 1, n. 3, p. 39-64, 2002.

WARMLING, C. M. et al **Práticas sociais de regulação da identidade do cirurgião-dentista.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 11(1):115-122, 2006

WISNER, A. **A inteligência no trabalho:** textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro, 1994.

WISNER, A. Questões epistemológicas em ergonomia e em análise do trabalho. In: Daniellou, F. (Org.). **A ergonomia em busca de seus princípios:** debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blücher, 2004. p. 29-56.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho - Ergonomia:** métodos e técnicas. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

WYCOFF, S. An examination of what dentists already know about stress and burnout within dentistry. CDA JOURNAL, 1984. v 12, p. 114-117, Dec. 1984.

ZANETTI, C. H. G. A crise da Odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação Curativo de Massa. **Ação Coletiva, AOSC**, Brasília, ano 2, v. 1, n. 6, 1999.

ZENKE, R.; CHAAF, D. **A nova estratégia do marketing:** atendimento ao cliente. São Paulo: Habra.1991. 469p.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA DOS PROFISSIONAIS

- 1) Nome: _____
- 2) Idade: _____
- 3) Especialidade: _____
- 4) Estado Civil: _____
- 5) Há quanto tempo exerce a profissão?
- 6) Porque quis seguir essa profissão?
- 7) Você trabalha quantas horas diárias?
- 8) Qual é a média de pacientes atendidos em um dia de trabalho?
- 9) Quais são os principais cuidados que você toma ao iniciar um tratamento em um paciente pela primeira vez?
- 10) Você segue algum roteiro pré-determinado previamente para atender a um paciente?
- 11) Baseado em quais conhecimentos você age dessa maneira? Você aprendeu isso na faculdade?
- 12) Qual a classe econômica predominante do público que você atende?
- 13) Os procedimentos que são mais realizados normalmente envolvem dor?
- 14) Você acha a sua profissão estressante?
- 15) Quais situações te deixam mais estressado?
- 16) E como você os administra?
- 17) Você já teve ou conhece outros profissionais que tiveram problemas judiciais com pacientes?
- 18) Como você descreve a sua relação com os pacientes? Qual é a imagem que você acredita que os pacientes têm de você?

- 19) Quais problemas você enfrenta no seu dia a dia estão ligados diretamente ao relacionamento com o paciente?
- 20) Você se lembra de alguma situação estressante/incomum que aconteceu com algum paciente?
- 21) Quais tipos de pacientes tornam o trabalho mais difícil?
- 22) Você utiliza alguma técnica especial na sua abordagem com o paciente para deixá-lo mais calmo, para passar confiança?
- 23) Para você qual é a importância da relação estabelecida entre o profissional e o paciente? Em quais pontos?
- 24) Você recebe muitos novos pacientes advindos da indicação de outras pessoas que já são seus pacientes?
- 25) Você realiza alguma ação com o objetivo de fidelizar o seu paciente?
- 26) Você se sente cansado(a) ao levantar para um dia de trabalho? E no final do dia, como se sente? A que você atribui essa situação?
- 27) Você leva os problemas e outras preocupações que acontecem no consultório para sua vida pessoal?
- 28) O que você acha que poderia ser melhorado nas condições de trabalho para melhorar a sua atividade de trabalho?
- 29) Você gosta daquilo que faz?

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA DOS PACIENTES

- 1) Gênero: () Feminino () Masculino
- 2) Idade: _____
- 3) Estado Civil: _____
- 4) Você começou a visitar o dentista ainda criança?
- 5) Você vai ao dentista com que frequência?
- 6) Consulta-se sempre com o mesmo profissional? Se sim, há quanto tempo?
- 7) Como foram as suas experiências com dentistas ao longo da sua vida?
- 8) Qual a primeira coisa que vem à sua cabeça quando se fala em dentista, quando você pensa em um tratamento odontológico?
- 9) Você tem medo, gastura, ansiedade de ir ao dentista? De quê especificamente?
- 10) Você ou alguém que conhece já teve alguma má experiência com dentistas?
- 11) O que o dentista faz que você menos gosta?
- 12) E o que você mais gosta?
- 13) O que leva você a escolher um profissional em detrimento a outro ou a continuar indo no mesmo profissional? Cite pelo menos três características que você considera importante.
- 14) O que o dentista deve ter para te passar confiança?
- 15) Quando vai escolher o dentista, o gênero do profissional é levado em conta? Por quê?
- 16) O que mais te desagrada ou incomoda quando você se submete a um tratamento odontológico?
- 17) Você acha que o seu relacionamento com o dentista é importante e interfere no tratamento? Por quê?
- 18) Para você, como é um bom dentista? Quais as características que ele ou o consultório devem ter?
- 19) Você indicaria o seu dentista a outras pessoas do seu círculo social?

APÊNDICE C – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DIRETA

1. Observar e descrever o ambiente do consultório, principalmente em relação à higiene, organização e estrutura física;
2. Verificar se o profissional utiliza equipamentos de segurança e se segue os padrões para proteger o paciente;
3. Qual é a abordagem do profissional ao receber o paciente no consultório;
4. Como é a abordagem;
5. Observar qual é a postura do paciente em relação ao profissional;
6. Quais são os gestos e linguagem corporal de ambas as partes;
7. Identificar quais são as situações mais recorrentes durante um tratamento;
8. Identificar quais são as situações adversas que podem acontecer durante o tratamento e como ambas as partes reagem a ela;

8. ANEXOS

ANEXO 1 – MODELO DE FICHA DE ANAMNESE

Queixa principal e evolução da doença atual:

Questionário de Saúde

Sofre de alguma doença:

Não Sim - Qual(is) _____

Está em tratamento médico atualmente? Sim Não

Gravidez: Sim Não

Está fazendo uso de alguma medicação?

Não Sim - Qual(is)

Nome do médico assistente/telefone:

Teve alergia? Não Sim - Qual(is)

Já foi operado? Não Sim - Qual(is)

Teve problemas com a cicatrização? Sim Não

Teve problemas com a anestesia? Sim Não

Teve problemas de hemorragia? Sim Não

Sofre de alguma das seguintes doenças?

Febre Reumática: Sim Não ; Problemas cardíacos: Sim Não

Problemas renais: Sim Não ; Problemas gástricos: Sim Não

Problemas respiratórios: Sim Não ; Problemas alérgicos: Sim Não

Problemas articulares ou reumatismo: Sim Não ; Diabetes: Sim Não

Hipertensão arterial: Sim () Não ();

Hábitos:

Antecedentes familiares:

Outras observações importantes:

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

Local, Data

Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legalⁱ

ⁱ Modelo disponibilizado pelo Conselho Federal de Odontologia por meio do site www.cfo.org.br, acessado em 17/01/2012.