



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA E SAÚDE**



**THAÍS PÉREZ IGLESIAS**

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
BUCAL DA PREFEITURA DE SALVADOR-BAHIA, NOS ANOS DE 2016-2017**

Salvador, Bahia

2017

THAÍS PÉREZ IGLESIAS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
BUCAL DA PREFEITURA DE SALVADOR-BAHIA, NOS ANOS DE 2016-2017**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Odontologia e Saúde da  
Faculdade de Odontologia da Universidade  
Federal da Bahia, como requisito para  
obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Maria Cristina Teixeira Cangussu

Salvador, Bahia

2017

Iglesias, Thaís Pérez

**Qualidade de vida relacionada à saúde dos profissionais de saúde bucal da prefeitura de Salvador- Bahia, nos anos de 2016-2017./ Thaís Pérez Iglesias– Salvador, 2017**

84 fls

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde.

*Quality of life of professionals working in the Oral Health teams in the city of Salvador-Bahia, in the years 2016 and 2017.*

1. Qualidade de vida 2. Qualidade de vida em saúde 3. Equipe de saúde bucal.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
ODONTOLOGIA E SAÚDE**

**TERMO DE APROVAÇÃO**

**C.D. THAÍS PEREZ IGLESIAS**

**“QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE BUCAL DA PREFEITURA DE  
SALVADOR-BAHIA, NOS ANOS DE 2016-2017”**

**BANCA EXAMINADORA:**

*Maria Cristina T. Cangusso*

**Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangusso (Orientadora)**  
Professora da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Odontologia

*Maria Isabel Pereira Vianna*

**Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna (Examinador Interno)**  
Professora da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Odontologia

*Liliane Elze Falcão Lins Kusterer*

**Profa. Dra. Liliane Elze Falcão Lins Kusterer (Examinador Externo)**  
Professora da Faculdade de Medicina/UFBA

À Deus por ter me proporcionado tanto;

À meus pais, Pepe e Carmen, que nunca mediram esforços em prol da minha  
educação;

A minha irmã, Érika, pelo companheirismo, por ter me dado Arthur;

À meu marido, Augusto, pelo amor e compreensão

## **Agradecimentos**

À minha família, pelo imenso amor e constante estímulo.

À minha orientadora Tininha, pela disponibilidade e ensinamentos.

À coordenação de Saúde Bucal da Prefeitura de Salvador, em nomes de Ticiane Mendonça e Janine Baultar, pelo apoio.

Aos meus colegas e professores do curso, pela companhia e torcida.

Aos amigos que direta ou indiretamente estiveram comigo nesta empreitada e que torceram por esta conquista.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Saúde pela oportunidade oferecida.

“Junta-te aos bons e serás como eles.”  
(Provérbio Português)

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 Saúde do Trabalhador, Odontologia e Esfera Pública.....	15
2.1.1 Saúde do Trabalhador.....	14
2.1.2 Problemas Ocupacionais em Odontologia.....	16
2.1.3 Odontologia na Esfera Pública.....	18
2.2 Qualidade de Vida relacionada à saúde em profissionais de saúde.....	21
2.2.1 Trabalho e Qualidade de vida.....	21
2.2.2 Qualidade de Vida relacionada à saúde.....	22
3. OBJETIVOS.....	27
3.1. Objetivo Geral.....	27
3.2 Objetivos Específicos.....	27
4. METODOLOGIA.....	28
4.1 Desenho de estudo.....	28
4.2 Local de Estudo.....	28
4.3 População de Estudo.....	30
4.4 Coleta de Dados.....	31
4.5 Análise de Dados.....	33
4.6 Aspectos Éticos.....	35
5. RESULTADOS.....	36

5.1 Cirurgiões-dentistas.....	36
5.2 Equipe auxiliar.....	43
6. DISCUSSÃO.....	51
7. CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICES.....	71
ANEXOS.....	78

## Resumo

**Introdução:** O trabalhador tem papel central na construção de um sistema de saúde de qualidade e eficaz. Na Odontologia, que tem riscos ocupacionais amplamente conhecidos, as fragilidades a que os cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal do âmbito público estão expostos têm importância no direcionamento de políticas que proporcionem maior qualidade de vida para os servidores e melhor assistência para a população. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida em saúde dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde Bucal do município de Salvador-Bahia, nos anos de 2016 e 2017, bem como identificar fatores associados à mesma. **Materiais e Métodos:** Estudo de corte transversal realizado com servidores efetivos das equipes de Saúde Bucal da cidade de Salvador, Bahia, nos anos de 2016 e 2017. Considerou-se como variável dependente a qualidade de vida em saúde medida pelo instrumento SF-36, representada pelos componentes físico e mental, e como variáveis independentes os aspectos sociodemográficos e características ocupacionais através de questionário fechado auto aplicado, estruturado com 71 questões de múltipla escolha. Foi realizada a análise descritiva e a análise de regressão linear múltipla. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia com parecer 955.707 de 2015. **Resultados:** Os 230 cirurgiões-dentistas que responderam à pesquisa mostraram melhores resultados nos domínios vitalidade e capacidade funcional (51,49 e 51,35, respectivamente) e piores no estado geral de saúde e aspectos sociais (43,25 e 46,78, respectivamente). Tiveram como variáveis estatisticamente significantes para componente físico ( $p < 0,05$ ) a história de pós-graduação em Saúde Coletiva, maior autonomia no trabalho e satisfação com a contribuição do trabalho para a sociedade. Menores escores foram associados à presença de filhos e à insatisfação com o tipo de acesso dos pacientes à unidade de saúde e com o relacionamento com os pacientes. Maior pontuação no componente mental foi associada à etnia branca, ausência de filhos e satisfação com o relacionamento com pacientes, com a autoavaliação para o trabalho, com a capacidade de trabalho e com cursos e treinamentos disponibilizados pela prefeitura. Os 192 técnicos e auxiliares em saúde bucal tiveram maiores pontuações em vitalidade e

aspectos físicos (52,37 e 46,33, respectivamente) e piores no estado geral de saúde e capacidade funcional (42,21 e 46,33, respectivamente). Maiores pontuações do componente físico relacionaram-se com etnia branca, modalidade de equipe com técnico e auxiliar em saúde bucal, concurso público, jornada de trabalho de 20 horas, cooperação entre os níveis hierárquicos, satisfação com disposição para o trabalho e presença de exercícios físicos na rotina. O maior escore do componente mental relacionou-se com: existência de cooperação entre os níveis hierárquicos e satisfação com a capacidade de autoavaliação no trabalho, disposição, carga horária e com o relacionamento com os colegas. O maior tempo de formação, por sua vez, influenciou negativamente este componente. **Conclusão:** Aspectos sociodemográficos, ocupacionais e do processo de trabalho influenciam na qualidade de vida em saúde dos profissionais de saúde bucal da prefeitura de Salvador-Bahia e apontam para a necessidade de implementação de políticas na área de saúde do trabalhador, a fim de manter um bom nível da mesma.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, Qualidade de vida em saúde, Equipe de saúde bucal.

## Abstract

**Introduction** The worker plays a central role in the construction of an effective and quality health system. In dentistry, which has widely known occupational hazards, the fragilities to which dental surgeons, dental auxiliaries and dental technicians in the public sphere are exposed are important in directing policies that provide higher quality of life for the employees and better service for the population. **Aim** To evaluate the health quality of life of professionals working in the Oral Health teams in the city of Salvador-Bahia, in the years 2016 and 2017, as well as to identify factors associated with it.

**Materials and Methods** A cross-sectional study was carried out with effective servers of the Oral Health teams of the city of Salvador, Bahia, in the years 2016 and 2017. Physical and mental components of the quality of life measured by the SF-36 instrument was considered as dependent variable and the independent variables was sociodemographic and occupational aspects present in a closed questionnaire self applied, structured with 71 multiple choice questions. Descriptive analysis and multiple linear regression analysis were performed. This study was approved by the research ethics committee of the Faculty of Medicine of Bahia with number 955.707 of 2015.

**Results:** 230 dentists who responded SF-36 showed better results in the areas of vitality and functional capacity (51,49 and 51,35, respectively) and worse in general health and social aspects (43,25 and 46,78, respectively). They had as statistically significant variables for physical component ( $p < 0.05$ ) postgraduation in Collective Health, greater autonomy at work and satisfaction with the contribution of work to society. Lower scores were associated with the presence of children and dissatisfaction with the patients access to the service and the relationship with the patients. Higher scores in the mental component were associated with white ethnicity, absence of children and satisfaction with the relationship with patients, with self-evaluation for work, with work capacity and with courses and training provided in the service. The 192 technicians and auxiliaries in oral health had higher scores on vitality and physical aspects (52.37 and 46.33, respectively) and worse on general health and functional capacity (42.21 and 46.33, respectively). Higher scores of the physical component were related to white ethnicity, team modality with assistant and auxiliary in oral health, 20-

hour working day, public tender, cooperation among hierarchical levels, satisfaction with disposition to work and presence of physical exercises in the routine. The highest score of the mental component was related to: existence of cooperation between the hierarchical levels and satisfaction with the capacity of self-evaluation in the work, disposition, workload and with the relationship with the colleagues. In turn, longer graduation time negatively influenced this component. **Conclusion:** Socio-demographic, occupational and, mainly, the work process influences the quality of life of health professionals of oral health in the city of Salvador-Bahia and show the need to implement policies in the area of worker health in order to maintain a good level of this.

**Keywords:** Quality of life, Quality of life in health, Oral health team.

## 1. Introdução

Os recursos humanos no Sistema Único de Saúde (SUS) são sujeitos sociais importantes para que o Estado, apoiado nos ditames da Constituição Brasileira, garanta a saúde como direito à população. (COSTA, 2010) Na perspectiva da equipe odontológica estar cada vez mais inserida nos serviços públicos de saúde, é de suma importância que a administração pública conheça, promova e implante programas específicos que envolvam a qualidade de vida do servidor e as possíveis interferências do ambiente laboral nesta.

A prática da Odontologia com problemas ocupacionais amplamente conhecidos como ambiente sem obedecer a critérios ergonômicos e constante risco de contaminação, tem, no âmbito público, condição muitas vezes agravada. Equipamentos sem manutenção, falta de materiais e dificuldades de gestão ainda hoje se configuram obstáculo para o desenvolvimento do SUS e também ameaçam a qualidade de vida dos profissionais que a ele servem. (LIMONGI-FRANÇA, 2004; CHAVES, 2007)

Nesse contexto, os fatores que interferem na qualidade de vida em saúde dos servidores da saúde do Município de Salvador ainda não são conhecidos. O melhor entendimento pode diminuir a incidência de doenças ocupacionais, insatisfação e desmotivação, além de melhorar a qualidade dos serviços ofertados para a população. Assim, a situação-problema a ser analisada na pesquisa passa pelo seguinte questionamento: como está a qualidade de vida em saúde dos profissionais inseridos nas equipes de saúde bucal de Salvador e quais fatores estão associados a esta?

## **2. Revisão de Literatura**

### **2.1 Saúde do Trabalhador, Odontologia e Esfera Pública**

#### **2.1.1 Saúde do Trabalhador**

A saúde dos trabalhadores é um campo da saúde pública que atua visando promover e proteger a saúde de pessoas no exercício do trabalho. Esta área estabelece relação de causalidade entre doenças e trabalho, além de identificar situações laborais que favorecem o aparecimento e agravamento de doenças. (MENDES e DIAS, 1991)

O seu surgimento deu-se no contexto da Revolução Industrial do século VIII como tentativa de medicalizar as doenças relativas ao trabalho a fim de que as associações causais entre este e a morbidade operária fossem reduzidas. A Medicina do Trabalho, como era denominada, centralizava-se na figura do médico, mas evoluiu com a incorporação de preceitos das relações entre doença e seus possíveis determinantes, numa abordagem ambientalista, com valorização dos ambientes e agentes presentes e a esta nova forma de compreensão da relação saúde e trabalho deu-se o nome de Saúde Ocupacional. (WAISSMANN e CASTRO, 1996). A Saúde Ocupacional passou, então, a realizar a "promoção da saúde", conscientização sobre comportamento, "estilo de vida" e, por fim, se superpôs ao modelo hegemônico anterior na maioria dos locais de trabalho. (MENDES e DIAS, 1991)

No Brasil, a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1986 definiu a saúde dos trabalhadores como: condições dignas de vida; pleno emprego; trabalho estável e bem remunerado; oportunidade de lazer; autonomia e representatividade de classe; acesso a serviços de saúde; entre outros. (BRITO e PORTO, 1991). Já a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994 teve como ponto principal de discussão a necessidade de se construir uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador unificada ao Sistema Único de Saúde. (BRITO e PORTO, 1991)

A partir daí, a vigilância em saúde do trabalhador tem sido abordada em perspectiva sociotécnica, na qual a prevenção pode surgir de ações estratégicas articuladas interinstitucionalmente, de modo a analisar e a intervir nos fatores determinantes e condicionantes dos problemas de saúde relacionados aos processos de trabalho. (BRASIL, 2001) Mais recentemente, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a qual define as diretrizes e a estratégia da atuação do SUS nos diversos níveis para o desenvolvimento da atuação integral na área, reafirma o arcabouço teórico, o conjunto de princípios e diretrizes da Saúde do Trabalhador e preconiza, de forma explícita, a ênfase na vigilância. (BRASIL, 2012)

No Brasil, muitos serviços públicos e privados funcionam com graves problemas estruturais quanto a recursos materiais, profissionais e salariais, além de falta de iniciativas de caráter intersetorial para o desenvolvimento de ações no próprio setor de saúde que possam ser usadas com referência nas várias experiências inovadoras e exitosas que legitimam a importância da ação pública no campo. (LACAZ, 2010) Estudo realizado por Machado e Santana (2011) alertou para a existência de dificuldades importantes na adoção de políticas na área de Saúde do Trabalhador: impedimentos burocráticos no uso e na gestão de recursos; falta de parâmetros epidemiológicos, populacionais e de perfis produtivos na distribuição de recursos; queda da participação dos trabalhadores no controle social devido a estrangulamentos diversos como a perda de representação dos trabalhadores e precária democracia nos locais de trabalho.

### **2.1.2 Problemas Ocupacionais em Odontologia**

O trabalho, com todas as suas implicações, pode predispor o indivíduo a situações de sofrimento, todas impactando em sua saúde física e mental. (SILVA, 2005) De acordo com Silva et al. (2012) profissões relacionadas a serviços humanos e atendimento ao público são apontadas como de alto risco para transtornos afetivos e estresse. A Odontologia, por exemplo, torna o indivíduo mais vulnerável à ansiedade e à carga de esforço físico e mental

porque prioriza habilidades manuais em busca de perfeição no tratamento, lida com a angústia da dor do paciente e com a crescente expectativa do mesmo por resultados.

Estudo como o de Oliveira (1996) demonstrou que complicações relacionadas ao estresse psicológico são as mais relatadas pelos profissionais da saúde. Leggat, Kedjarune e Smith (2007), por sua vez, numa revisão extensa de literatura no Pubmed com o tema “Problemas ocupacionais em Odontologia”, incluindo estudos com equipe auxiliar, constataram que as interferências na saúde dos profissionais persistem na Odontologia moderna como desordens músculo-esqueléticas, acidentes perfurocortantes e dermatites de contato que trazem alerta para cuidados com manipulação de materiais, uso do amálgama e exposição à radiação. (GRIGOLETTO et al., 2008)

Os auxiliares no consultório odontológico, por sua vez, atuam na prevenção de doenças profissionais causadas por agentes mecânicos, pois os dentistas que trabalham com este auxílio apresentam menor fadiga, podendo ficar mais concentrados ao paciente, sem precisarem movimentar-se para ter acesso aos instrumentos ou para preparar o material. Além de todos os riscos colocados acima em relação ao cirurgião-dentista, a equipe auxiliar encontra-se em maior vulnerabilidade para doenças ocupacionais, como, por exemplo, acidentes perfuro-cortantes porque são normalmente responsáveis pela lavagem do instrumental odontológico. (GRAÇA, ARAÚJO, SILVA, 2003)

A prática odontológica também tem como agravante o elevado risco de problemas ocupacionais em virtude de hábitos e posturas advindas da profissão. (KONKEWICZ, 2005). A dinâmica de trabalho do cirurgião-dentista exige que ele permaneça sentado durante grande parte do dia, com posturas inadequadas, sem períodos de repouso e sob forte tensão temporal para realizar diversos movimentos lentos e precisos com as mãos, fixando o olhar em pequenos pontos. Este cenário expõe às desordens músculo-esqueléticas

e pode ser considerado, também, como fator de isolamento em relação aos colegas de profissão. (LEGGAT et al., 2007; YARID, ALVES, ALMEIDA, 2013)

Garbin et al. (2015) e Gazzola, Sartor e Ávila (2008) investigaram a prevalência de distúrbios músculo-esqueléticos e encontraram resultados similares relacionados ao trabalho de 71 odontólogos de Caxias do Sul e 204 dentistas do serviço público em São Paulo, Brasil, respectivamente. A maioria dos dentistas das duas pesquisas apresentou sintomas, sendo mais comuns dores na cervical, ombros e lombar, que também configuravam as principais causas de absenteísmo ao trabalho.

O impacto da atividade odontológica na qualidade de vida referida pelos cirurgiões-dentistas foi estudado por diversos autores. Miranzi et al. (2011) incluíram 63 dentistas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e obtiveram o resultado que a maioria (75%) referiu estar muito satisfeito com a disposição para o trabalho, onde o cansaço pouco incomodava nas atividades diárias. Carmo et al. (2011) pesquisaram 175 odontólogos de Teresina, Piauí que apresentaram elevados níveis de autopercepção de satisfação da qualidade de vida e saúde, tendo maior parte dos indivíduos relatado a qualidade de vida como muito boa (96%), e apenas 16,6% dos indivíduos relataram insatisfação com a saúde. Já os autores Regis Filho et al. (2007) com uma amostra mais robusta de 1.583 cirurgiões-dentistas de Santa Catarina encontraram níveis de risco de estresse que variavam de moderado, elevado à alto para 69,36% dos pesquisados. Entretanto, poucos ainda são os estudos sobre o tema.

### **2.1.3 Odontologia na Esfera Pública**

No campo da Odontologia, neste novo século, diversas políticas foram formuladas e contribuíram fortemente para o crescimento da categoria odontológica na esfera pública. Alguns dos marcos foram a inclusão das equipes de Saúde Bucal no Programa da Saúde da Família, em 2000, com a Portaria nº 1444 e a Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, que promoveu, além de novas oportunidades de trabalho para os profissionais de

Odontologia, a ampliação e reorganização da Atenção Básica e da inserção da Atenção Especializada nas ações assistenciais em Odontologia. (BRASIL, 2006; ZANETTI et al.,2007)

Neste contexto, o Ministério da Saúde passou a definir mudanças nas práticas tradicionais exercidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), dentre elas: adscrição da população; integralidade da assistência; articulação da referência e contra-referência aos serviços de média e alta complexidade; definição da família como núcleo central de abordagem; humanização do atendimento; abordagem multiprofissional; estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social; educação permanente dos profissionais; além do acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas. (BRASIL, 2006)

Segundo Araújo e Rocha (2007), há grande importância do trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família (PSF) que é destacada na integralidade dos cuidados de saúde. O planejamento das ações também representa um diferencial na estratégia, havendo a necessidade de organizar a Atenção em Saúde Bucal, por meio de ferramentas do planejamento estratégico, que utilize critérios para priorização dos casos, possibilitando, assim, a organização do atendimento clínico. (SILVEIRA FILHO, 2009)

Neste cenário, fica clara a importância dos recursos humanos no âmbito dos serviços de Saúde Bucal no SUS. Porém, Chaves e Silva (2007) afirmam que a inserção dos cirurgiões-dentistas no campo público da saúde parece estar mais relacionada a uma situação de governo e de gestão favoráveis do que com a formação profissional e com a trajetória social em si, o que pode ser denominado “perfil”. Segundo as autoras, a lógica do campo privado odontológico está presente em diversos momentos e se revela tanto nas práticas como nas aspirações dos profissionais.

Então, há grande esforço para efetivação da nova forma de cuidado, mas há também muitos desafios frente à equipe de saúde bucal que recebeu uma educação mais voltada para questões biológicas, curativas e técnicas, com pouca ênfase nos fatores sócioeconômicos e psicológicos do processo saúde-doença, o que dificulta a realização de práticas pertinentes à estratégia, como visitas domiciliares e reuniões com a comunidade de abrangência para desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde. (ARAÚJO et al., 2007)

Além disso, na realidade do dia-a-dia de trabalho no SUS, muitos são os problemas enfrentados pela equipe de saúde bucal tanto no nível primário quanto no secundário: baixos salários; diversos tipos de vínculos empregatícios; condições precárias de execução das atividades essenciais; ausência de incentivos e condições inadequadas de qualificação/especialização e de infraestrutura, o que impede o desempenho da função dentro dos preceitos éticos, morais e científicos. Tais condições expõem os profissionais não somente a risco de acidentes de trabalho, mas também impulsionam a existência do preconceito social de inoperância dos trabalhadores por “falta de vontade”. (COSTA et al., 2010)

Sugere-se também que equipamentos degradados pelo uso, pela falta de manutenção, alguns por estarem ultrapassados pela evolução tecnológica e, ainda, a falha ou ausência do fornecimento de equipamentos de proteção coletivo e individual no ambiente de trabalho e de material de consumo prejudicam a qualidade e a continuidade dos serviços odontológicos públicos brasileiros e podem ser identificados, inclusive, como obstáculos para o desenvolvimento do SUS. (COSTA et al., 2010)

Pesquisas na área de Saúde Pública enfatizam pontos polêmicos das práticas odontológicas, principalmente no âmbito do PSF, como a de Pimentel et al. (2012) que estudaram 121 equipes de saúde bucal de 29 cidades no estado de Pernambuco, Brasil. Observou-se que apesar da integração observada com os membros da equipe de saúde da família e a realização de

avaliações mensais, outras ações como o diagnóstico da situação de saúde e utilização do mapa de área, são práticas pouco realizadas e que dificultam a efetividade das ações de saúde. A articulação com a comunidade também mostra necessidade de avanços. Embora haja participação nos grupos educativos, em especial de gestantes, idosos e hipertensos/diabéticos, a integração com instituições da comunidade ainda está muito focada nas escolas, privando as equipes de outras formas de participação comunitária.

Porém, na perspectiva de garantir o bem-estar dos servidores públicos, a satisfação do usuário-cidadão, a eficiência e eficácia dos serviços prestados pelos órgãos governamentais, dentre outras medidas, a Política Nacional de Humanização foi concebida como uma proposta de fusão entre gestão e atenção na busca por colocar os construtores dos processos de trabalho como protagonistas de experiências compartilhadas e intervenções nos espaços de trabalho. Desta forma, há um processo de transição instalado no país com tentativa de superar posturas legalistas e assistencialistas, de estimular o envolvimento dos trabalhadores na construção de projetos, fortalecimento de redes, produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, o que coloca em análise o sucateamento e a precarização do processo de trabalho em saúde, um dos grandes desafios da gestão da saúde pública no Brasil. (BRASIL, 2008)

## **2.2 Qualidade de Vida relacionada à saúde em profissionais de saúde**

### **2.2.1 Trabalho e Qualidade de Vida**

O trabalho ocupa papel central na vida e na condição de saúde do indivíduo, da família e da população geral. A satisfação com o ambiente de trabalho, os riscos psicossociais envolvidos e as condições de sua organização estão diretamente relacionados à qualidade de vida do profissional, podendo contribuir com a melhoria ou não da mesma. (ROVIDA et al., 2013)

Deste cenário é que surge o conceito de qualidade de vida no trabalho (QVT) que é definido como “a percepção do indivíduo dos pontos favoráveis e desfavoráveis de um ambiente laboral”. (PILATTI, 2012) Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), os riscos psicossociais no trabalho consistem, por um lado, na interação entre o trabalho, seu ambiente, a satisfação através dele e as condições de sua organização; e por outro, nas capacidades do trabalhador, suas necessidades, sua cultura e sua situação pessoal fora do trabalho que, a partir de percepções e experiências, podem influir na qualidade de vida e no rendimento do trabalhador. (OIT, 1984)

Quando o trabalho a ser realizado apresenta-se de modo sem sentido, burocratizado, repleto de normas, rotinas ou cheio de exigências, o estilo de vida de cada um pode ser afetado, fazendo com que novas doenças se manifestem, ou com que aquelas já existentes se agravem. (FLECK, 2008) Então, para um ambiente de trabalho saudável é importante que cada sujeito reconheça os sinais de alerta de exaustão emocional, que sejam estabelecidos compromissos e metas de trabalho; que se trabalhe com o máximo de organização e que os erros sejam reconhecidos, tomando medidas para corrigi-los. (LINS et al., 2015)

A prática de uma profissão, então, não deve ser considerada somente como o resultado de aptidões e habilidades do profissional. Ela resulta da conjugação de fatores psicológicos e sociais que influenciam no comportamento do homem no seu exercício e condicionam a compatibilização do profissional com seu trabalho, isto é, seu nível de ajustamento. E é esta compatibilização que nos leva à tão conhecida “satisfação profissional”. (NICOLIELO; BASTOS, 2002)

Desta forma, uma vida laboral satisfatória contribui para uma vida interpessoal, social e mesmo pessoal de qualidade, a qual consiste na habilidade de o indivíduo ajustar-se ao seu meio, assumindo responsabilidades em relação ao trabalho, mas também aos grupos social e familiar, adotando

atitudes sadias em relação à vida e com o domínio de suas emoções. (GARBIN et al., 2017)

### **2.2.2 Qualidade de Vida relacionada à saúde**

Ao se optar por um conjunto de parâmetros socioambientais e individuais para qualificar e quantificar qualidade de vida, fica claro que muitos deles independem da ação das pessoas, porém alguns têm relação direta com ações habituais, as quais refletem as atitudes e os valores individuais. (GARBIN et al., 2017) O conceito de qualidade de vida engloba, então, dois aspectos: a subjetividade, que é a perspectiva do indivíduo, e a multidimensionalidade, isto é, a qualidade de vida composta por várias dimensões. Este último tem uma consequência métrica importante dentro do campo da investigação/pesquisa, a de que não é desejável que um instrumento que mensure a qualidade de vida venha a ter um único escore, mas sim que a sua medida seja feita por meio de escores em vários domínios como, por exemplo, domínio físico, mental, social, etc. (FLECK, 2008)

A qualidade de vida relacionada à saúde é um construto complexo que pode ser definida como o nível de bem-estar derivado da avaliação que a pessoa realiza de diversos domínios da sua vida, considerando o impacto que tem na sua saúde. (VILAGUT et al., 2005) Úrzua et al. (2010), através de revisão de literatura acerca dos conceitos da qualidade de vida em saúde encontrou diversas definições para o termo em pesquisas anteriores que estão no Quadro 1. Para Ebrahim (1995), os propósitos específicos das medições em qualidade de vida em saúde são monitorar a saúde da população, avaliar o efeito de políticas sociais e de saúde, investir recursos em relação às necessidades e diagnosticar natureza, severidade, prognóstico de uma doença e avaliar os efeitos de um tratamento.

**Quadro 1: Propostas de definições de qualidade de vida relacionada à saúde.**

Publicação	Definição
Echteld, van Elderen, Van der Kamp, (2003)	Resultado cognitivo e afetivo do enfrentamento a agressores e estressores e distúrbios doença específica e elementos gerais. Experiência de satisfação com a vida e sentimentos positivos e ausência de sentimentos negativos.
Awad (1995)	Percepção do sujeito sobre os resultados da interação entre a severidade de sintomas psicóticos, efeitos colaterais de medicações e o nível de desenvolvimento psicossocial.
Burke (2001)	Avaliação subjetiva do paciente dos domínios de sua vida que são percebidos como importantes durante um determinado tempo.
Schipper (1996)	Efeitos funcionais de uma doença e seu conseqüente tratamento.
Schipper, Clinch & Powell (1990)	Efeitos funcionais de uma doença e seu conseqüente tratamento percebido pelo paciente.
Bowling (1991)	Efeitos físicos, mentais e sociais de uma doença na vida diária e o impacto dos efeitos no nível de bem-estar subjetivo, satisfação e auto-estima.
Shumaker & Naughton (1995)	Avaliação subjetiva da influência do estado de saúde atual, o cuidado com a saúde e as atividades promotoras de saúde na habilidade para alcançar e manter um nível de funcionamento geral que permita seguir as metas da vida e o que isto reflete no bem-estar geral.
Patrick & Erickson (1993)	Valor dado à duração da vida e sua modificação por impedimentos, estado funcional, percepção e oportunidades sociais que são influenciadas pela doença, dano, tratamento ou pelas políticas.
Wu (2000)	Aspectos da saúde que podem ser diretamente vivenciados e reportados pelos pacientes.
O'Boyle (1994)	Expressão de um modelo conceitual que tenta representar a perspectiva do paciente sobre a experiência passada, seu estilo de vida presente, suas esperanças e ambições para o futuro.

Fonte: Urzúa (2010), tradução livre.

Atualmente, a forma mais amplamente usada para a sua avaliação tem sido o questionário Health Survey Questionnaire (SF-36®) que dá ênfase à capacidade funcional e ao senso de bem-estar em relação ao estado de saúde. (URZÚA, 2010) Suas propriedades psicométricas avaliadas por mais de 400 artigos e o grande número de estudos já realizados permitem comparação de resultados e fazem dele o instrumento de maior potencial no campo da qualidade de vida relacionada à saúde. (GARRAT et al., 2002)

Este é um instrumento genérico e útil na comparação de grupos tanto na população geral quanto em populações portadoras de doenças específicas que incorpora 36 questões com os seguintes domínios: funcionamento físico, social, capacidade ocupacional, percepções da saúde geral, saúde mental, dor e

vitalidade (Quadro 2). O SF-36 pode ser utilizado por: auto-aplicação, através de computador, por um entrevistador treinado ou por telefone, é indicado para pessoas acima dos 14 anos de idade e tem duração de 5 a 10 minutos. (WARE JR., 2000)

**Quadro 2: Composição de itens, domínios e componentes do SF-36**

Itens	Domínios	Medidas Sumarizadas	
3a. Atividades Vigorosas 3b. Atividades moderadas 3c. Levantar ou carregar mantimentos 3d. Subir vários lances de escada 3e. Subir um lance de escada 3f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se 3g. Andar mais de um quilômetro 3h. Andar vários quarteirões 3i. Andar um quarteirão 3j. Tomar banho ou vestir-se	Capacidade Funcional	Componente Físico	
4a. Diminuir a quantidade de tempo 4b. Realizar menos tarefas 4c. Limitação em atividades 4d. Dificuldade no trabalho	Aspectos Físicos		
7. Magnitude da dor 8. Interferência da dor	Dor		
1. Avaliação global da saúde 11a. Adoecer mais facilmente 11b. Tão saudável quanto 11c. Saúde vai piorar 11d. Saúde excelente	Estado Geral de Saúde		
9a. Vigor/vontade/força 9e. Energia 9g. Esgotamento 9l. Cansaço	Vitalidade		Componente Mental
6. Interferência na vida social 10. Interferência no tempo da vida social	Aspectos Sociais		
5a. Diminuir quantidade de tempo 5b. Realizar menos tarefas 5c. Cuidado com atividades	Aspectos Emocionais		
9b. Pessoa nervosa 9c. Deprimido 9d. Calmo/ Tranquilo 9f. Desanimado/ abatido	Saúde Mental		

Fonte: Adaptado de WARE JR, John E. SF-36 health survey update. Spine, v. 25, n. 24, p. 3130-3139, 2000.

Na avaliação de resultados do SF-36, escores mais altos representam melhores estados de saúde, variando de 0 a 100. Os domínios capacidade funcional, aspectos físicos e dor têm melhor correlação com o componente

físico e contribuem para a maior parte do escore da medida sumarizada física. O componente mental relaciona-se melhor com os domínios saúde mental, aspectos emocionais e aspectos sociais, contribuindo para a medida sumarizada mental. Os três domínios vitalidade, estado geral de saúde e aspectos sociais têm vínculo com ambos componentes, mental e físico como mostra o Quadro 3 (anexo 1). (WARE JR., 2000)

Diversos estudos têm sido conduzidos com utilização do questionário SF-36 com profissionais de saúde por estarem expostos a diversos fatores de risco para uma boa qualidade de vida: estresse; demanda crescente de trabalho; tratamentos incertos; responsabilidade por sofrimento de pacientes; problemas organizacionais; falta de materiais; conflitos com equipe; entre outros. Através de busca na literatura de trabalhos que medissem qualidade de vida em saúde através do SF-36 abrangendo profissionais de saúde, considerando que é um instrumento inédito para pesquisa com cirurgiões-dentistas e auxiliares, foram encontrados 16 estudos empíricos. No Quadro 4 foram incluídos os estudos que, assim como o atual, eram transversais, pesquisassem populações sem tratamentos e tampouco acometidas por transtorno ou patologia e que apresentassem todos os escores do instrumento SF-36.

Quadro 4: Estudos empíricos que utilizam o questionário SF-36 com profissionais de saúde.

Publicação	Profissionais Analisados	Resultados/ Conclusões
Musshauer et al, 2006	1083 profissionais do sexo feminino de hospitais.	A idade esteve relacionada a todas as dimensões físicas, exceto a de Saúde Geral que tampouco se relacionou com a saúde mental. A falta de remuneração mostrou influência no Estado de Saúde Geral e a Saúde Mental foi influenciada pelos seguintes fatores: agenda de trabalho, tempo com crianças e trabalhos domésticos.
Cacciari et al, 2013	34 enfermeiros em readequação e readaptação funcional de um hospital universitário público do norte do Paraná.	Os problemas físicos foram motivo de readaptação funcional em 91% dos casos. Dos oito domínios dor, vitalidade e saúde geral receberam os piores escores e os melhores foram atribuídos a aspectos do componente saúde mental.
Fernandez-Prada et al, 2014	71 médicos residentes de um serviço de emergência no Hospital Universitário San Cecilio em Granada, Espanha.	Resultados mostram que as mulheres apresentaram uma percepção significativamente pior na qualidade de vida relacionada à saúde em relação aos profissionais do sexo masculino em todas as dimensões do SF-36, especialmente na saúde mental e nos aspectos sociais e, entre as mulheres, a vitalidade foi o melhor preditor de saúde mental e de funcionamento social. 4
Tallo et al, 2014	902 médicos do Sistema Médico de Emergência Pré-Hospitalar (SAMU) no Brasil.	O domínio da dor produziu o pior resultado na população, especialmente nos indivíduos que trabalham em turnos extensos no SAMU
Wu et al, 2010	2721 profissionais de saúde chineses.	Fatores como estresse ocupacional, tempo elevado de trabalho, trabalhar com enfermagem e realizar cirurgias são desfavoráveis para qualidade de vida. A qualidade de vida baixa esteve relacionada à performance no trabalho diminuída e aposentadoria precoce.
Suñer-Soler et al, 2012	1095 participantes (enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem) de cinco hospitais da província de Girona (Espanha).	Os médicos mostraram melhor saúde nas dimensões do componente físico do que os enfermeiros e outros profissionais ( $P < 0,01$ ). Não foram observadas diferenças estatísticas entre profissões nas dimensões do componente mental ( $P > 0,05$ ).

### 3. Objetivos

#### 3.1 Objetivo Geral

Investigar a qualidade de vida relacionada à saúde dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde Bucal (dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal) da prefeitura de Salvador-Bahia, nos anos de 2016-2017.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Mensurar a qualidade de vida em saúde dos profissionais (componente físico e componente mental).
- Identificar os fatores associados aos componentes físico e mental da qualidade de vida em saúde dos dentistas e técnicos e auxiliares em Saúde Bucal.

## **4. Metodologia**

### **4.1 Desenho de Estudo**

Estudo observacional de corte transversal.

### **4.2 Local de Estudo**

O presente estudo foi desenvolvido no município de Salvador, capital do Estado da Bahia, que ocupa extensão territorial de 693,3 km<sup>2</sup> com organização político-administrativa que compreende 10 regiões administrativas denominadas Prefeituras-Bairro e 12 Distritos Sanitários. Possui uma população estimada em 2.938.092 habitantes. Do ponto de vista regional, o município integra a região metropolitana de Salvador ao lado dos municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz. Em relação ao Plano Diretor do Estado da Bahia pertence à Macrorregião Leste, Microrregião de Salvador e à 1a Diretoria

Regional de Saúde (DIRES), sendo referência para os municípios da macro e microrregiões de saúde, e também para outros estados em relação aos procedimentos (atendimentos) de alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar. O perfil epidemiológico do município de Salvador sinaliza para mudanças nas condições de vida da população ao longo dos anos. Acompanhando a tendência para o Estado da Bahia, Salvador tem apresentado um declínio no coeficiente de mortalidade geral e infantil, seguido do aumento da expectativa de vida e da modificação do seu perfil epidemiológico, com predominância das doenças crônico-degenerativas, seguidas das causas externas e neoplasias. Dados divulgados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) indicam que, em 2013, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,660, que representa o 6º lugar no Nordeste e 383ª posição no país. Devido à sua complexa organização sociodemográfica e geográfica, as ações em saúde praticadas no município são baseadas na subdivisão geográfica em 12 Distritos Sanitários (DS) conforme Figura 1 (anexo 2).

A rede de serviços públicos de atenção à saúde bucal de Salvador conta com um total de 44 Unidades Básicas de Saúde sem Estratégia de Saúde da Família (UBSs); 73 Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família (USFs); 09 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs); 01 Centro Municipal Odontológico da Liberdade (CMOL) e 06 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) que realizam diagnóstico bucal, com ênfase na detecção de câncer de boca, periodontia, cirurgia bucomaxilofacial, endodontia, atendimento aos portadores de necessidades especiais e odontopediatria. Ressalta-se que toda a rede de serviço possui atendimento odontológico e se distribuem pelos diferentes distritos de acordo com o Quadro 5 (anexo 3).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada pela Secretaria Municipal de Saúde em 2002 como proposta de reorganização da atenção na rede básica de saúde, entendendo-a como porta de entrada e ordenadora do cuidado no SUS municipal. Do período de 2002 a 2013, a cobertura populacional da ESF no município de Salvador passou de 3% para 23%,

contribuindo para o alcance de 31,4% de cobertura de Atenção Básica (DAB/SAS/MS, 2013). Com objetivo de ampliar e qualificar a assistência em Saúde Bucal, no último Plano Municipal de Saúde (PMS 2014-2017), estabeleceu-se ampliar de 14,83 para 30% a cobertura de Saúde Bucal de Salvador e aumentar de 0,19% para 1,33% a média anual da ação coletiva de escovação dental supervisionada, além de implantação de novas equipes de saúde bucal, ampliação das ações de promoção e prevenção em saúde bucal e inauguração de centros de especialidades odontológicas.

Em 2016 registrou-se a ampliação da cobertura de 15,7 % (2012) para 26,37% (2016), existência de 144 equipes na Estratégia de Saúde da Família e totalização de 289 consultórios odontológicos, sendo 232 na atenção básica e 57 na média complexidade. Na programação anual de saúde de 2016, a meta estabelecida para cobertura populacional era de 28,20%, porém, segundo Relatório de Gestão (período de janeiro e dezembro de 2016), o alcançado foi 26,37% e, para a média anual de ação coletiva de escovação dental supervisionada, a meta que era de 0,90 não foi alcançada com contabilização de 0,54. Ademais, objetivava-se implantar 34 novas equipes de saúde bucal quando foram implantadas 31 e, como meta cumprida, a inclusão de 01 Centro de Especialidades Odontológicas no município. Já a proporção de exodontias em relação aos outros procedimentos, indicador do objetivo nacional de ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, que era 11,53 foi superada com o quantitativo de 8,68.

Para o ano de 2017 as metas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde foram as seguintes: implantação de 43 novas equipes de saúde bucal; ampliação das ações de promoção e prevenção em Saúde Bucal (292.784 escovações dentais supervisionadas e proporção de exodontia em relação aos demais procedimentos igual a 10%) e implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) com padronização do processo de trabalho concluída nos 06 CEO's com a especialidade de periodontia, totalizando as 05 especialidades mínimas ofertadas nestes serviços.

### **4.3 População de Estudo**

O estudo, por ter caráter censitário, pretendeu incluir a população de 712 indivíduos integrantes das equipes de Saúde Bucal do município de Salvador, Bahia. Os participantes eram cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal atuantes nas atenções primária e secundária dos serviços de saúde municipais, os quais incluem Unidades Básicas de Saúde (UBS`s), Unidades de Saúde da Família (USF`s), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO`s), Unidades de Pronto-Atendimento (UPA`s) e Unidades de Atendimento Odontológico de Urgência (UAO`s) distribuídas nos seguintes distritos sanitários: Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano-Valéria, Liberdade, Brotas, Barra-Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula-Beirú, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras.

### **4.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada através de questionários respondidos sem interferência do pesquisador, pelos profissionais através das seguintes modalidades:

- 1- Visita às unidades de saúde com serviço de Odontologia do município de Salvador, em horário comercial. Nas visitas o pesquisador realizou apresentação da pesquisa aos respectivos gerentes e solicitou permissão para realizar o preenchimento do questionário com os profissionais que estavam disponíveis e que concordassem em participar. As visitas foram realizadas nos meses de fevereiro, março e abril de 2017.
- 2- Reuniões distritais da equipe de saúde. Primeiramente o pesquisador promoveu uma reunião com todos os dentistas distritais, quando a

pesquisa foi apresentada e os questionários distribuídos para que esses solicitassem a participação dos dentistas e equipe auxiliar na pesquisa. As reuniões distritais visam avaliar o processo de trabalho e acontecem semestralmente com convocação de todos os cirurgiões-dentistas, auxiliares em saúde bucal e técnicos em saúde bucal de cada um dos 12 distritos sanitários de Salvador.

3- Encontros de educação continuada realizados um turno por mês (quartas-feiras à tarde) na Associação Brasileira de Odontologia (ABO) com cursos que abordam temas pertinentes a cada área e têm caráter eletivo para os profissionais. Os questionários foram distribuídos pelo pesquisador no início de cada sessão do mês de Setembro de 2016 ao mês de março de 2017.

4- Preenchimento de questionário virtual pelos profissionais que não tiveram oportunidade de fazê-lo presencialmente e que tinham interesse em participar da pesquisa. Então, foi enviado por e-mail ou através do link:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfu->

[QXg\\_Hts6u01Mpinz\\_\\_oVgo6dhzloy95ZSfmtEPKsHMfhg/formResponse](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfu-QXg_Hts6u01Mpinz__oVgo6dhzloy95ZSfmtEPKsHMfhg/formResponse)

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram todos os profissionais (cirurgiões-dentistas, auxiliares em saúde bucal e técnicos em saúde bucal) ativos da Prefeitura Municipal de Salvador, que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos os funcionários cedidos a órgãos estaduais e federais, os que não estavam em atividade no período de coleta de dados, ou seja, inativos, de férias ou afastados (licenças médica, maternidade, prêmio e por interesse particular) e os que se recusaram a participar do estudo.

Foi utilizado questionário fechado, estruturado, com 71 questões de múltipla escolha, dividido em três blocos: caracterização do participante (20 questões com aspectos sócio-demográficos e ocupacionais), avaliação do processo de trabalho (15 questões) e avaliação da qualidade de vida em saúde (através do questionário SF-36 já validado). O questionário formulado para este

estudo foi baseado nas construções de estudos anteriores como os de Melo et al. (1999), Sousa (2010) e Ferro (2012). Através deste instrumento foi possível caracterizar a amostra por cargo, faixa etária, estado civil, carga horária, tipo de vínculo, formação, experiência no serviço público e distrito sanitário de atuação. Também puderam ser analisados: ambiente, condição de trabalho e grau de satisfação com o trabalho. Considerou-se como variável dependente os componentes físico e mental de qualidade de vida em saúde e como variáveis independentes os aspectos sociodemográficos, características ocupacionais e de processo de trabalho.

A medição da qualidade de vida, por sua vez, deu-se através do questionário SF-36 que é genérico na avaliação de saúde, composto por 36 itens englobados em oito escalas, o qual investiga os seguintes aspectos: capacidade funcional (dez itens) onde é avaliada a presença e a extensão das limitações impostas à capacidade física; aspectos físicos (dois itens); aspectos emocionais (três itens); dor (dois itens); estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens) que considera o nível de energia; aspectos sociais (dois itens) que analisam a integração do indivíduo em atividades sociais e saúde mental (cinco itens) que investigam as dimensões de ansiedade, depressão, alteração do comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico.

#### **4.5 Análise de Dados**

Os dados foram revisados, digitados em planilha eletrônica e analisados a partir da obtenção das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e números absoluto e relativo para as variáveis categoriais. A fim de facilitar a análise e dicotomizar as variáveis independentes, as mesmas foram recategorizadas como, por exemplo, na caracterização sócio-demográfica que tinha como opções de resposta para etnia: branca; negra; amarela; parda; ou outra e foram englobadas nos itens negro ou pardo e

branco/amarelo/outras. Também na caracterização ocupacional quando as respostas sobre categoria de unidade de saúde do questionário eram: USF; UBS; CEO e outras foram codificadas em apenas duas categorias: USF juntamente com UBS e Ceo ou outras. Perguntas do processo de trabalho que tinham como opções de resposta pouco, médio ou muito foram definidas pelos níveis pouco ou intermediário e muito, assim como quando as opções eram insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito e insatisfeito foram trabalhadas em duas categorias: satisfeito e insatisfeito ou indiferente.

A qualidade de vida foi analisada através dos componentes físicos (10 itens de capacidade funcional, 04 de aspectos físicos, 02 de dor, 05 de estado geral de saúde, 04 de vitalidade e 02 de aspectos sociais) e dos componentes mentais que além dos domínios de estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais, incluem 03 itens de aspectos emocionais e 04 de saúde mental, todos extraídos do SF-36. Para avaliação de seus resultados, foi dado um escore para cada questão que posteriormente foi normalizado numa escala de 0 a 100 em cada componente (físico e mental), onde zero correspondeu a um pior estado de saúde e 100 a um melhor estado.

Com o objetivo de identificar as variáveis associadas ao evento procedeu-se a análise exploratória. As categorias cirurgião-dentista e equipe auxiliar foram tratadas separadamente. Foram considerados como variáveis dependentes os componentes físico e mental com as medidas normalizadas. As variáveis independentes foram trabalhadas no intuito de considerar quais delas foram significativamente influentes na qualidade de vida da população analisada. As variáveis de caracterização sociodemográfica e ocupacional foram: faixa etária ( $\leq$  39 anos ou  $>$  40 anos); etnia (negro ou pardo e branco/amarelo/outras); estado civil (solteiro ou casado/ união estável); filhos (sim ou não); tempo de formação (até 10 anos/ 10 anos ou mais); jornada de trabalho (20 horas/outras ou 40 horas); concurso público (sim ou não), instituição de graduação (pública ou privada); tempo de atuação no serviço público (até 05 anos/ 06 anos ou mais); qualificação máxima (graduação ou

pós-graduação); atuação no serviço privado (sim ou não); pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família (sim/não).

As variáveis de caracterização do processo de trabalho foram medidas através dos itens: segurança no ambiente de trabalho (pouca/intermediária ou muita); conforto no ambiente de trabalho (pouco/intermediário ou muito); dificuldades geográficas (pouca/intermediária ou muita); cooperação entre níveis hierárquicos (pouca/intermediária ou muita); interferência do tipo de acesso dos pacientes ao serviço de saúde na satisfação com o trabalho (pouca/intermediária ou muita); autonomia no trabalho (pouca/intermediária ou muita). Além destas variáveis ocupacionais, dicotomizou-se a satisfação do profissional (insatisfeito/ indiferente ou satisfeito) com relação a: capacidade para o trabalho, contribuição do trabalho para a sociedade, relacionamento com os colegas de trabalho e pacientes, capacidade de autoavaliação e com cursos e treinamentos disponibilizados pela prefeitura.

Foram analisadas descritivamente as variáveis contínuas, com a apresentação das medidas de tendência central e dispersão e a frequência absoluta e relativa das variáveis categóricas. Para o processo de modelagem, utilizou-se a regressão linear múltipla, a partir do modelo saturado pelo método de backward, mantendo no modelo as variáveis que apresentavam pvalor <0,05 e contribuía para o ajustamento do modelo. O ajuste foi calculado utilizando a análise de variância dos resíduos e o R-ajustado para identificar o percentual de ajuste do modelo. Os programas estatísticos informatizados utilizados para a digitação do banco de dados e análise foram respectivamente o Excel ® Versão 2010 e Minitab, versão 14.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

O presente trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia através do número de parecer 955.707 do dia 23/05/2015.

## **5. Resultados**

### **5.1 Cirurgiões-dentistas**

Do total da população de 374 cirurgiões-dentistas do município de Salvador, 16 foram excluídos por exercerem funções administrativas no momento da pesquisa (12 nos distritos sanitários e 04 na coordenação de Saúde Bucal). Além destes, 18 indivíduos foram excluídos por estarem afastados ou cumprindo licenças no período. Assim, a população elegível foi de 340 profissionais. Deste universo, 231 cirurgiões-dentistas responderam à

pesquisa, porém 01 foi invalidado devido ao grande número de respostas em branco, totalizando 230 questionários analisados, correspondendo 67,65% da população. A tabela 1 mostra a distribuição dos profissionais por Distrito Sanitário assim como por categoria de unidade de saúde em que estão inseridos, revelando um percentual maior de indivíduos que atuam em Unidades Básicas de Saúde com ou sem Saúde da Família (74,35%) em relação aos Centros de Especialidades Odontológicas e outras (25,65%).

**TABELA 1. Distribuição por distrito e local de trabalho dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 2017.**

Distrito Sanitário	Nº Total de Profissionais	Nº Profissionais Analisados	Local de Trabalho	
			Unidade Básica de Saúde	Ceo/ Outras
Centro Histórico	28	16	6	10
Itapagipe	9	4	4	0
São Caetano-Valéria	25	17	12	5
Liberdade	11	2	2	0
Brotas	37	17	12	5
Barra-Rio Vermelho	46	32	17	15
Boca do Rio	6	2	2	0
Itapuã	39	15	15	0
Cabula-Beirú	50	35	28	7
Pau da Lima	32	25	25	0
Subúrbio Ferroviário	57	35	28	7
Cajazeiras	34	20	14	6
Não Respondeu	0	10	6	4
<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>230</b>	<b>171</b>	<b>59</b>

Em relação ao perfil, a população estudada compreende 60,43% de pessoas com idade menor ou igual a 39 anos, de etnia branca/amarela ou outras (53,91%) e 65,22% de pessoas casadas ou com união estável. A maioria dos indivíduos que participaram da pesquisa possui filhos (56,52%), totaliza mais de 10 anos de formado em Odontologia (64,35%) e tem jornada de trabalho de 40 horas semanais (52,61%). Prevaleram profissionais concursados (98,26%) que tinham se graduado em instituições públicas (83,04%) e 30,87% possuíam pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família. Do total, 52,61% atuam paralelamente no setor

privado e 53,91% têm 06 anos ou mais de experiência em serviço público (tabela 2).

**Tabela 2. Dados sócio-demográficos e profissionais dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 2017.**

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b><i>Faixa Etária</i></b>		
≤ 39 anos	139	60,43
> 40 anos	91	39,57
<b><i>Etnia</i></b>		
Negro ou Pardo	106	46,09
Branco/Amarelo/Outros	124	53,91
<b><i>Estado Civil</i></b>		
Solteiro	80	34,78
Casado/ União estável	150	65,22
<b><i>Filhos</i></b>		
Sim	130	56,52
Não	100	43,48
<b><i>Tempo de Formação</i></b>		
Até 10 anos	82	35,65
11 ou mais	148	64,35
<b><i>Jornada de Trabalho</i></b>		
20 horas/ Outras	109	47,39
40 horas	121	52,61
<b><i>Concurso Público</i></b>		
Sim	226	98,26
Não	4	1,74
<b><i>Instituição de Graduação</i></b>		
Pública	191	83,04
Privada	39	16,96
<b><i>Tempo de atuação no serviço público</i></b>		
Até 05 anos	106	46,09
06 anos ou mais	124	53,91
<b><i>Atuação no setor privado</i></b>		
Sim	121	52,61
Não	109	47,39
<b><i>Pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família</i></b>		
Sim	71	30,87
Não	159	69,13

Quanto às condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, apenas 14,78% se sentem muito seguros no ambiente de trabalho, confrontando com 85,22% que relatam segurança pouca ou intermediária. O conforto atinge quase o mesmo percentual do item segurança, que totalizou 15,65% dos dentistas se sentindo muito confortáveis no trabalho. Da população estudada, 25,65% dos profissionais relatam ter muita dificuldade geográfica para acesso à unidade de saúde. Em relação à cooperação entre os níveis hierárquicos, 60% dos dentistas julgam ser pouca/intermediária. O acesso dos pacientes à unidade de saúde interfere muito na satisfação com o trabalho para 41,3% dos pesquisados. A autonomia no processo de trabalho é considerada pouca/intermediária para 59,57% dos profissionais (tabela 3).

**TABELA 3. Dados de condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 2017.**

Item do Questionário Ocupacional	Pouco/Intermediário		Muito	
	Freqüência	Percentual	Freqüência	Percentual
<i>Segurança no ambiente de trabalho</i>	196	85,22	34	14,78
<i>Conforto no ambiente de trabalho</i>	194	84,35	36	15,65
<i>Dificuldade geográfica para o trabalho</i>	171	74,35	59	25,65
<i>Cooperação entre os níveis hierárquicos</i>	138	60	92	40
<i>Interferência do acesso do paciente na satisfação com trabalho</i>	135	58,7	95	41,3
<i>Autonomia no trabalho</i>	137	59,57	93	40,43

A satisfação do cirurgião-dentista da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia foi medida através de alguns itens e teve como resultados: 71,3% dos profissionais satisfeitos com o relacionamento com os colegas de trabalho; 77,39% satisfeitos com o relacionamento com os pacientes e, ainda, 64,78% que estavam satisfeitos com a capacidade de autoavaliação do trabalho. Do total, 58,26% dos entrevistados se diziam satisfeitos com a capacidade para o trabalho, 65,22% estavam satisfeitos com a contribuição do trabalho para a sociedade e 63,48% estavam satisfeitos com a equipe de trabalho. Os cursos e treinamentos da prefeitura e a carga horária de trabalho atingiram uma

pequena satisfação da população com apenas 23,04% e 24,78%, respectivamente (tabela 4).

<b>TABELA 4. Dados de condições de trabalho dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 2017.</b>				
<b>Item do Questionário Ocupacional</b>	<b>Insatisfeito/ Indiferente</b>		<b>Satisfeito</b>	
	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Freqüência</b>	<b>Percentual</b>
<i>Relacionamento com os colegas de trabalho</i>	66	28,7	164	71,3
<i>Relacionamento com os pacientes</i>	52	22,61	178	77,39
<i>Capacidade de auto-avaliação do trabalho</i>	81	35,22	149	64,78
<i>Capacidade para o trabalho</i>	96	41,74	134	58,26
<i>Contribuição do trabalho para a sociedade</i>	80	34,78	150	65,22
<i>Satisfação com equipe de trabalho</i>	84	36,52	146	63,48
<i>Satisfação com cursos/ treinamentos disponibilizados pela Prefeitura.</i>	177	76,96	53	23,04
<i>Satisfação com carga horária de trabalho</i>	173	75,22	57	24,78

Na qualidade de vida dos profissionais da Saúde Bucal do município de Salvador, Bahia, obteve-se resultados para cada um dos oito domínios do questionário SF-36 como listado na tabela 5. Os oito domínios foram agrupados nos componentes físico e mental (tabela 6). O primeiro engloba função física, desempenho físico, dor corporal e saúde em geral e o segundo é composto por saúde mental, desempenho emocional, função social, vitalidade. Os piores escores observados foram estado geral de saúde e aspectos sociais. As maiores pontuações ocorreram nos domínios vitalidade e capacidade funcional.

**TABELA 5. Média, desvio- padrão e valores mínimos e máximos dos domínios do SF-36 referentes aos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 2017.**

Domínios	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	51,35	6,58	27,78	57,14
Aspectos Físicos	50,37	9,02	27,95	56,24
Dor	48,48	8,96	19,93	62,75
Estado Geral de Saúde	43,25	1,74	38,25	45,27
Vitalidade	51,49	8,92	25,39	70,35
Aspectos Sociais	46,78	11,06	13,71	57,14
Aspectos Emocionais	49,84	9,79	23,74	55,34
Saúde Mental	48,46	9,33	16,37	64,07

**TABELA 6. Média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos dos componentes do SF-36 referentes aos cirurgiões-dentistas da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 2017.**

Componente	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Componente Físico	48,97	6,01	30,14	60,42
Componente Mental	48,57	9,9	21,55	67,22

As Tabelas 7 e 8 apresentam os coeficientes da regressão linear múltipla e níveis de significância entre os resultados do componente físico e mental do instrumento SF-36 e as variáveis independentes do questionário aplicado aos cirurgiões-dentistas da prefeitura Salvador, Bahia, nos anos de

2016 e 2017. As variáveis que mais se correlacionaram com o componente físico do SF-36 nesta população foram: presença de filhos; pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família; cooperação entre os níveis hierárquicos; tipo acesso dos pacientes à unidade de saúde; autonomia para o trabalho; relacionamento com os pacientes e contribuição do trabalho para a sociedade. As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) para este componente, na análise final, foram: indivíduos com pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família tiveram maior escore; a insatisfação com o tipo acesso dos pacientes à unidade de saúde (demanda organizada ou espontânea) influenciou negativamente o resultado; profissionais que julgam ter autonomia no processo de trabalho tiveram maior pontuação. Os que estavam insatisfeitos com o relacionamento com os pacientes tiveram menor escore enquanto e os que tinham satisfação com a contribuição do trabalho para a sociedade pontuaram mais no componente físico da pesquisa.

**TABELA 7. Coeficientes e níveis de significância entre qualidade de vida em saúde (componente físico) e aspectos sociodemográficos e ocupacionais dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura de Salvador, Bahia, 2016-2017**

Variáveis	Coeficiente	P
Filhos	-1,46	0,05
Pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família	1,53	<b>0,03</b>
Cooperação entre os níveis hierárquicos	-1,48	0,06
Acesso dos pacientes	-3,28	<b>0,00</b>
Autonomia no Trabalho	2,21	<b>0,01</b>
Relacionamento com pacientes	-1,99	<b>0,04</b>
Contribuição para sociedade	1,97	<b>0,03</b>

Em relação ao componente mental do SF-36 nesta população, as variáveis da Tabela 8 se mostraram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) na modelagem final. Os indivíduos de etnia branca/amarela ou outras tiveram melhores escores, assim como aqueles que não possuíam filhos. Em relação ao processo laboral, a satisfação com o relacionamento com os pacientes, com a autoavaliação para o trabalho, com a capacidade de trabalho e com cursos e

treinamentos disponibilizados pela prefeitura mostraram influência positiva no componente mental.

**TABELA 8. Coeficientes e níveis de significância entre qualidade de vida em saúde (componente mental) e aspectos sociodemográficos e ocupacionais dos cirurgiões-dentistas da Prefeitura de Salvador, Bahia, 2016-2017**

Variáveis	Coeficiente	P
Etnia	2,50	0,03
Filhos	2,92	0,02
Relacionamento com pacientes	4,92	0,00
Auto-avaliação para o trabalho	4,17	0,00
Capacidade de trabalho	4,70	0,00
Cursos/ treinamentos realizados pela prefeitura	3,21	0,02

## 5.2 Equipe Auxiliar

Do total da população de 338 auxiliares e técnicos em Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 11 indivíduos foram excluídos por estarem afastados ou cumprindo licenças no período. Assim, a população elegível foi de 327 profissionais. Deste universo, 196 auxiliares e técnicos em Saúde Bucal responderam à pesquisa, porém 04 foram invalidados devido ao grande número de respostas em branco, o que somou 192 questionários analisados, correspondendo a 58,71% da população. A tabela 9 mostra a distribuição dos profissionais por Distrito Sanitário assim como por categoria de unidade de saúde em que estão inseridos, revelando um percentual muito maior de indivíduos que atuam em Unidades Básicas de Saúde com ou sem Saúde da Família (70,83%) em relação aos Centros de Especialidades Odontológicas e outras (29,17%).

**TABELA 9. Distribuição por distrito e local de trabalho dos auxiliares e técnicos em Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia.**

Distrito Sanitário	Nº Total de Profissionais	Nº Profissionais Analisados	Local de Trabalho	
			Unidade Básica de Saúde	Ceo/ Outras
Centro Histórico	27	11	5	6
Itapagipe	9	5	5	0
São Caetano-Valéria	22	21	14	7
Liberdade	11	7	5	2
Brotas	35	5	4	1
Barra-Rio Vermelho	35	20	9	11
Boca do Rio	6	4	4	0
Itapuã	41	18	18	0
Cabula-Beirú	49	22	13	9
Pau da Lima	23	14	14	0
Subúrbio Ferroviário	55	25	22	3
Cajazeiras	25	16	8	8
Não Respondeu	0	24	15	9
<b>Total</b>	<b>338</b>	<b>192</b>	<b>136</b>	<b>56</b>

A equipe auxiliar dos serviços de Saúde Bucal da prefeitura municipal de Salvador compreende 78,12% de profissionais com o cargo de auxiliar de Saúde Bucal e apenas 21,88% de técnicos em Saúde Bucal. Em relação ao perfil sociodemográfico da população estudada, 53,13% de indivíduos tem idade superior a 40 anos, a extensa maioria dos pesquisados pertence às raças Negra ou Parda (93,23%) e ingressou no serviço público de saúde de Salvador através de concurso (94,27%). O estado civil teve distribuição equânime entre os indivíduos: casados ou com união estável (50,52%) e solteiros (49,48%). Os indivíduos com filhos configuraram uma pequena maioria do universo total (56,25%). Em relação às questões profissionais, 71,88% dos pesquisados cumprem 40 horas semanais de carga horária; 58,85% possuem 11 anos ou mais de formados; a discreta maioria se formou em instituições públicas (51,04%); uma pequena minoria atua paralelamente no setor privado (9,38%), exatos 50% têm 06 anos ou mais de experiência em serviço público e 73,44% praticam exercícios físicos (tabela 10).

**TABELA 10. Dados sócio-demográficos e profissionais dos auxiliares e técnicos em Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia.**

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b><i>Faixa Etária</i></b>		
≤ 39 anos	90	46,88
> 40 anos	102	53,13
<b><i>Etnia</i></b>		
Negro ou Pardo	179	93,23
Branco/Amarelo/Outros	13	6,77
<b><i>Estado Civil</i></b>		
Solteiro	95	49,48
Casado/ União estável	97	50,52
<b><i>Filhos</i></b>		
Sim	84	43,75
Não	108	56,25
<b><i>Cargo</i></b>		
Auxiliar em saúde bucal	150	78,12
Técnico em saúde bucal	42	21,88
<b><i>Tempo de Formação</i></b>		
Até 10 anos	79	41,15
11 ou mais	113	58,85
<b><i>Jornada de Trabalho</i></b>		
20 horas/ Outras	54	28,13
40 horas	138	71,88
<b><i>Concurso Público</i></b>		
Sim	181	94,27
Não	11	5,73
<b><i>Instituição de Graduação</i></b>		
Pública	98	51,04
Privada	94	48,96
<b><i>Tempo de atuação no serviço público</i></b>		
Até 05 anos	96	50
06 anos ou mais	96	50
<b><i>Qualificação máxima</i></b>		
Curso Técnico	111	57,81
Graduação	79	41,15
<b><i>Atuação no setor privado</i></b>		
Sim	18	9,38
Não	174	90,63
<b><i>Prática de exercícios físicos</i></b>		
Sim	141	73,44
Não	51	26,56

Em relação às condições de trabalho dos auxiliares e técnicos em Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, apenas 20,31% se sentem muito seguros no ambiente de trabalho e o conforto também atinge uma pequena parcela, somando apenas 23,96% de indivíduos que se sentem muito confortáveis. Da população estudada, 15,63% dos profissionais relatam ter muita dificuldade geográfica para acesso à unidade de saúde. Em relação à cooperação entre os níveis hierárquicos, 56,25% dos auxiliares e técnicos julgam ser pouca/ intermediária. O acesso dos pacientes à unidade de saúde interfere muito na satisfação com o trabalho para apenas 18,23% dos pesquisados. A autonomia no processo de trabalho é considerada pouca/ intermediária para a grande parte, totalizando 71,35% dos profissionais (tabela 11).

**TABELA 11. Dados de condições de trabalho dos auxiliares e técnicos em Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 2017.**

Item do Questionário Ocupacional	Pouco/Intermediário		Muito	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
<i>Segurança no ambiente de trabalho</i>	153	79,69	39	20,31
<i>Conforto no ambiente de trabalho</i>	146	76,04	46	23,96
<i>Dificuldade geográfica para o trabalho</i>	162	84,37	30	15,63
<i>Cooperação entre os níveis hierárquicos</i>	108	56,25	84	43,75
<i>Interferência do acesso do paciente na satisfação com trabalho</i>	157	81,77	35	18,23
<i>Autonomia no trabalho</i>	137	71,35	55	28,65

A satisfação dos auxiliares e técnicos em Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia foi medida através de alguns itens e teve como resultados: 57,81% dos profissionais satisfeitos com o relacionamento com os colegas de trabalho; 65,63% satisfeitos com o relacionamento com os

pacientes e, ainda, 61,46% que estavam satisfeitos com a capacidade de autoavaliação no trabalho. Do total, 66,15% dos entrevistados se diziam satisfeitos com a capacidade para o trabalho, 64,06% estavam satisfeitos com a contribuição do trabalho para a sociedade e 61,46% estavam satisfeitos com a equipe de trabalho. Os cursos e treinamentos da prefeitura e a carga horária de trabalho atingiram uma menor satisfação da população com apenas 20,83% e 45,31%, respectivamente (tabela 12).

**TABELA 12. Dados de condições de trabalho dos auxiliares e técnicos em Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 2017.**

Item do Questionário Ocupacional	Insatisfeito/ Indiferente		Satisfeito	
	Freqüência	Percentual	Freqüência	Percentual
<i>Relacionamento com os colegas de trabalho</i>	81	42,19	111	57,81
<i>Relacionamento com os pacientes</i>	66	34,38	126	65,63
<i>Capacidade de auto-avaliação do trabalho</i>	74	38,54	118	61,46
<i>Capacidade para o trabalho</i>	65	33,85	127	66,15
<i>Contribuição do trabalho para a sociedade</i>	69	35,94	123	64,06
<i>Equipe de Trabalho</i>	74	38,54	118	61,46
<i>Cursos/treinamentos disponibilizados pela Prefeitura</i>	152	79,17	40	20,83
<i>Carga Horária de Trabalho</i>	105	54,69	87	45,31

Na qualidade de vida dos profissionais da Saúde Bucal do município de Salvador, Bahia, obteve-se resultados para cada um dos oito domínios do questionário SF-36 como listado na tabela 13. Os oito domínios foram agrupados nos componentes físico e mental (tabela 14). O primeiro engloba função física, desempenho físico, dor corporal e saúde em geral e o segundo é composto por saúde mental, desempenho emocional, função social, vitalidade.

Os piores escores observados foram estado geral de saúde e capacidade funcional. As maiores pontuações ocorreram nos domínios vitalidade e aspectos físicos.

**TABELA 13. Média, desvio- padrão e valores mínimos e máximos dos domínios do SF-36 referentes aos técnicos e auxiliares em Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 2017.**

Domínios	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade Funcional	46,33	10,07	17,29	57,14
Aspectos Físicos	50,8	8,76	27,95	56,24
Dor	49,26	10,54	19,93	62,75
Estado Geral de Saúde	42,21	16,7	38,25	45,27
Vitalidade	52,37	8,8	27,75	70,35
Aspectos Sociais	48,41	10,88	13,71	57,14
Aspectos Emocionais	49,2	10,84	23,74	55,34
Saúde Mental	47,19	10,87	16,37	64,07

**TABELA 14. Média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos dos componentes do SF-36 referentes aos auxiliares e técnicos em Saúde Bucal da Prefeitura Municipal de Salvador-Bahia, 2017.**

Componente	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Componente Físico	47,38	7,97	22,4	60,59
Componente Mental	49,36	10,1	18,3	69,33

As Tabelas 15 e 16 apresentam os coeficientes da regressão linear múltipla e níveis de significância entre os resultados do componente físico e mental do instrumento Sf-36 aplicado aos técnicos e auxiliares em Saúde Bucal da Prefeitura de Salvador, Bahia nos anos de 2016-2017 e as variáveis independentes. As variáveis que tiveram associação com o componente físico do SF-36 nesta população foram: etnia, modalidade de equipe, vínculo empregatício, jornada de trabalho, cooperação entre os níveis hierárquicos, disposição para o trabalho, prática de exercícios físicos e relacionamento com os colegas ( $p < 0,05$ ), exceto o relacionamento com os colegas. Pertencer à etnia branca, amarela ou outras influenciou positivamente o componente físico da investigação, assim como estar inserido em equipe com técnicos e auxiliares em saúde bucal, vinculação à prefeitura por meio de concurso público, estar satisfeito com a jornada de trabalho, com cooperação entre os níveis hierárquicos no processo de trabalho, com a disposição para o trabalho e praticar exercícios físicos.

**TABELA 15. Coeficientes e níveis de significância entre qualidade de vida em saúde (componente físico) e aspectos sociodemográficos e ocupacionais dos auxiliares e técnicos em saúde bucal da Prefeitura de Salvador, Bahia, 2016-2017**

Variáveis	Coeficiente	P
Etnia	5,48	<b>0,02</b>
Modalidade de Equipe	3,51	<b>0,02</b>
Vínculo empregatício	3,52	<b>0,00</b>
Jornada de trabalho	6,12	<b>0,00</b>
Cooperação entre os níveis hierárquicos	2,46	<b>0,03</b>
Disposição para o trabalho	3,58	<b>0,00</b>
Exercícios físicos	2,40	<b>0,02</b>
Relacionamento com colegas	-1,64	0,06

As variáveis que se associaram com o componente mental do SF-36 nesta população foram: tempo de formado, capacidade de auto-avaliação, cooperação entre os níveis hierárquicos, disposição para o trabalho, carga horária e relacionamento com os colegas ( $p < 0,05$ ). Possuir muito tempo de

formado mostrou associação negativa sobre o componente mental. Por outro lado, influenciaram positivamente no resultado deste componente: satisfação com a capacidade de autoavaliação no trabalho, com a cooperação entre os níveis hierárquicos, com a disposição para o trabalho, com a carga horária de trabalho e com o relacionamento com os colegas.

**TABELA 16. Coeficientes e níveis de significância entre qualidade de vida em saúde (componente mental) e aspectos sociodemográficos e ocupacionais dos auxiliares e técnicos em saúde bucal da Prefeitura de Salvador, Bahia, 2016-2017**

Variáveis	Coeficiente	P
Tempo de Formado	-3,65	<b>0,00</b>
Capacidade de auto-avaliação no trabalho	3,84	<b>0,01</b>
Cooperação entre os níveis hierárquicos	3,30	<b>0,01</b>
Disposição para o trabalho	6,54	<b>0,00</b>
Carga Horária	3,13	<b>0,02</b>
Relacionamento com os colegas	2,21	<b>0,01</b>

## 6. Discussão

Na presente investigação, os cirurgiões-dentistas mostraram piores pontuações do questionário SF-36 nos domínios estado geral de saúde e aspectos sociais e melhores resultados nos domínios vitalidade e capacidade funcional. Maiores escores do componente físico, que envolve função física, desempenho físico, dor corporal e saúde em geral, tiveram como variáveis estatisticamente significantes a história de pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família; maior autonomia no trabalho e satisfação com a contribuição do trabalho para a sociedade. Menores escores foram associados à presença de filhos e à insatisfação com o tipo de acesso dos pacientes à unidade de saúde e com o relacionamento com os pacientes. A maior pontuação na investigação do componente mental, que é composto por saúde mental; desempenho emocional; função social e vitalidade, foi influenciada pela etnia branca, ausência de filhos e satisfação com o relacionamento com pacientes, com a autoavaliação para o trabalho, com a capacidade de trabalho e com cursos e treinamentos disponibilizados pela prefeitura.

Já os técnicos e auxiliares em saúde bucal mostraram piores pontuações nos domínios estado geral de saúde e capacidade funcional e melhores em vitalidade e aspectos físicos. Maiores pontuações do componente físico relacionaram-se com etnia branca, modalidade de equipe com técnico e auxiliar em saúde bucal (modalidade 2), vínculo empregatício de concurso público, jornada de trabalho de 20 horas, existência de cooperação entre os níveis hierárquicos, satisfação com disposição para o trabalho e presença de exercícios físicos na rotina. O maior escore do componente mental teve como variáveis estatisticamente significantes: existência de muita cooperação entre os níveis hierárquicos e satisfação tanto com a capacidade de autoavaliação quanto com a disposição para o trabalho, bem como com a carga horária e

com o relacionamento com os colegas. O maior tempo de formação, por sua vez, influenciou negativamente este componente da pesquisa.

O concurso público para profissionais de saúde de Salvador, edital nº 01/2011, teve como proposta a abolição vínculos trabalhistas de TAC (termo de ajustamento de conduta), REDA (regime especial de direito administrativo) e terceirização denominados precários que, segundo Araújo (2006) “é a ausência de proteção social do trabalho, isto é, situação em que este se realiza desprovido de certos direitos e benefícios constitucionalmente assegurados”. A “precarização do trabalho” contribuiu decisivamente para a existência de alguns problemas como a falta ou o pouco compromisso dos trabalhadores com a instituição e com os usuários do sistema e a baixa qualidade dos serviços. (BRASIL, 2007). Além disso, permitiu a histórica troca de pessoal, no final de cada mandato eletivo, que caracterizou uma alta rotatividade de trabalhadores e dificuldade de formação de vínculo entre os usuários e as equipes de saúde, além de problemas de cunho trabalhista e mudança de políticas de gerenciamento. (COSTA et al., 2010) Atualmente, no âmbito dos serviços de saúde bucal de Salvador, poucos são os indivíduos que ainda estão vinculados de forma precária à prefeitura com 98,26% de dentistas e 94,27% de auxiliares concursados, fator que influenciou positivamente o escore mental do SF-36 da última categoria.

A extinção de contratos sem concurso público é um dos princípios norteadores das Diretrizes Nacionais para a instituição do Plano de Carreira que é o conjunto de normas que disciplinam o ingresso e instituem oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal dos trabalhadores no âmbito do SUS (PCCS-SUS). (BRASIL, 2006) Este é um instrumento que visa à valorização dos profissionais com contratação somente por concurso e que tende a promover existência de vínculos, o desenvolvimento na carreira do trabalhador, concessão de gratificações ou adicionais no interesse da administração ao trabalhador pelo exercício de condições especiais, fatores estes que resultam em fixação do profissional no SUS e que interferem na continuidade de programas de saúde. (COSTA, 2010) Na prefeitura municipal

de Salvador, há, segundo a pesquisa, uma proporção grande de indivíduos que atuam com exclusividade no SUS com 43,39% de cirurgiões-dentistas e 90,63% da equipe auxiliar que diz não atuar no setor privado. Este é um dado relevante na medida em que o profissional que atua em paralelo em outro serviço tende a não ter tanta disposição e, muitas vezes, compromete a sua função pública.

Esta tendência de mudança na gestão de pessoas no município de Salvador acompanhou um movimento de todo o país, pois, a partir do ano 2000, o Ministério da Saúde passou a estimular a promoção da saúde bucal, o que proporcionou a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família e o crescimento da assistência pública em saúde bucal como um todo, inclusive no nível secundário, representado pelo grande crescimento de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). (CAMPOS, 2007) No atual estudo, a inserção da força de trabalho na atenção primária mostrou ser muito mais amplo com 74,35% dos dentistas e 70,83% dos auxiliares atuando em Unidades Básicas de Saúde com ou sem Saúde da Família em relação aos Centros de Especialidades Odontológicas e outros serviços como Urgências Odontológicas.

O fato de, nesta pesquisa, um percentual grande (46,09%) dos dentistas terem menos de 05 anos atuando no serviço público revela que os mesmos não tinham experiência anterior ao concurso na área. Além disso, 30,87% possuíam pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública e Saúde da Família, variável que mostrou ser estatisticamente significativa para o componente físico da qualidade de vida em saúde desta população. No movimento, então, de capacitá-los ainda mais e prover educação continuada é que possuem encontros mensais organizados pelo próprio serviço e a satisfação com estes cursos (apenas 23,04% satisfeitos) mostrou influenciar positivamente o componente mental da investigação.

A inclusão dos dentistas nesse novo mercado de trabalho não exclui a possibilidade de insatisfação com o processo de trabalho que pode gerar

alterações físicas e emocionais, e, conforme a capacidade de execução de tarefas cotidianas, pode comprometer a qualidade do serviço prestado aos usuários e até mesmo o desempenho da equipe. (MIRANZI et al., 2011) Como agravante, os profissionais, em sua maioria, exercem a função com carga horária elevada, tendo 52,61% dos dentistas e 71,88% dos auxiliares e técnicos em saúde bucal 40 horas semanais de jornada de trabalho.

Na literatura internacional há pesquisas que avaliam a qualidade de vida (QV) e/ ou satisfação do profissional da saúde, em especial do dentista, porém, são poucos os estudos nacionais que retratam o perfil epidemiológico, bem como a qualidade de vida em saúde dos mesmos. (LOGAN et al., 1997; PURIENE et al., 2008) Por se tratar, ainda, de um mercado de trabalho em expansão, considera-se importante conhecer o perfil e a qualidade de vida dos profissionais que, mais especificamente, atuam no âmbito do serviço público. Soma-se a estas questões, a necessidade de utilizar instrumentos apropriados e confiáveis para mensurar a QV dos cirurgiões-dentistas, bem como incluir a equipe auxiliar de auxiliares e técnicos em saúde bucal na investigação.

Muitos estudos empíricos nacionais visaram medir a qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas com instrumentos diferentes do utilizado na presente pesquisa. Miranzi et al. (2011), por exemplo, trabalharam com o questionário idealizado pelo World Health Organization (OMS) WHOQOL- 100 com 63 dentistas do serviço público de saúde de Uberaba, Minas Gerais. Devido à grande extensão deste questionário, autores como Nunes et al. (2006) preferiram a versão abreviada da OMS chamado WHOQOL- bref com o qual estudaram 237 dentistas do município de Goiânia, Goiás. Roviada et al. (2011) também lançaram mão do WHOQOL- bref para pesquisa com a população de 56 dentistas prestadores de serviço na Secretaria Municipal de Saúde de Araçatuba, São Paulo. Assim como Carmo et al. (2011), porém fora do contexto de serviço de saúde público, com 175 odontólogos atuantes em Teresina, Piauí. Mais recentemente, Domiciano et al. (2014), com uma amostra pequena de 8 cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde de Iturama, Minas Gerais pesquisaram a qualidade de vida também com o

WHOQOL- bref. Apesar da metodologia distinta, os resultados destes estudos mostram que cirurgiões-dentistas, a despeito de sofrerem uma carga de estresse alta e estarem muito vulneráveis a problemas ocupacionais, parecem manter uma boa média de qualidade de vida. Já na presente investigação, pouco mais da metade dos cirurgiões-dentistas se mostraram satisfeitos com sua equipe de trabalho (63,48%), com a contribuição do trabalho para a sociedade (65,22%) e com a capacidade para o trabalho (58,26%).

Numa visão panorâmica dos resultados, mais da metade dos cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos em saúde bucal disseram estar satisfeitos com o relacionamento com os colegas de trabalho e com os pacientes, com a capacidade para o trabalho e com a equipe de trabalho. Estes números desmistificam o estereótipo de que o ambiente público é um local hostil e sinônimo de insatisfação profissional. Apesar disto, apenas uma pequena parte da amostra de dentistas (24,78%) e 45,31% da equipe auxiliar revelou satisfação com a carga horária do trabalho, índice que pode ser explicado pela recente mudança do método de controle de carga horária dos profissionais para sistema de ponto eletrônico e que pode ter influenciado, dentre outros fatores, na qualidade de vida em saúde desta população.

No âmbito da qualidade de vida em saúde, a aplicação do instrumento SF-36 é inédita em cirurgiões-dentistas e equipe auxiliar, mas ele já foi amplamente utilizado em estudos com outros profissionais de saúde, principalmente da área de enfermagem. Cacciari et al. (2013) pesquisaram 34 enfermeiros em readequação e readaptação funcional de um hospital universitário público do norte do Paraná e mostrou resultados para o SF-36 melhores, porém próximos, do presente estudo nos domínios de estado geral de saúde, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, sendo mais representativa a diferença nestes dois últimos domínios. A população de cirurgiões-dentistas e auxiliares da Prefeitura Municipal de Salvador teve média de escore de aspectos emocionais de 49,52 e o estudo com enfermeiros mostrou média de 60,8. Em relação ao domínio de saúde mental, a média do estudo em Salvador nos dois grupos (dentistas e equipe auxiliar) foi de 47,83,

enquanto o do Paraná foi de 60,80. Considerando que os enfermeiros pesquisados estavam em readequação e readaptação funcional, o resultado do presente estudo revela-se ruim por se tratar de profissionais que estando ativos encontravam-se, muito provavelmente, em condições normais de saúde.

Suñer-Soler et al. (2012) pesquisaram 1095 enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem de cinco hospitais da província de Girona (Espanha) e encontraram resultados para os componentes do SF-36 muitos superiores aos do presente estudo em todos os itens, como, por exemplo, a capacidade funcional que, neste, teve média de 48,84 entre os cirurgiões-dentistas e equipe auxiliar e na pesquisa espanhola teve média de 91,6. O aspecto físico, no estudo de Salvador, teve escore médio de 50,59 enquanto, em Girona, obteve-se 80,6 de média. A diferença de resultados pode ser justificada pela disparidade econômica e cultural entre os países e, ainda, pelo fato de atual pesquisa incluir profissionais inseridos em um sistema público de saúde, caracterizado por muitas fragilidades, problemas estruturais e de gestão. Outro estudo espanhol conduzido por Fernandez-Prada et al. (2014) com 71 médicos residentes de um serviço de emergência no Hospital Universitário San Cecílio em Granada (Espanha) mostra discrepância ainda maior com o atual e similaridade com o conduzido no mesmo país, pois os aspectos físicos somaram 89 de média e a capacidade funcional 97,98.

Já pesquisa conduzida por Wu et al. (2010) com 2721 profissionais de saúde de duas províncias da China, que a despeito de aspectos políticos e culturais muito distintos tem posição econômica similar à brasileira, encontrou médias para os componentes (físico e mental) semelhantes às do presente estudo. A média dos escores de componente físico no trabalho chinês girou por volta de 49 enquanto o componente mental teve valor aproximado de 47,5. Na pesquisa atual, os componentes físicos totalizaram 48,97 e 47,38 e os mentais 48,57 e 49,36 para o grupo de cirurgiões-dentistas e auxiliares, respectivamente.

Numa realidade muito mais próxima, pesquisa de Freire et al. (2015) incluiu 59 profissionais (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem) das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA e não encontraram diferença estatisticamente significativa no resultado de qualidade de vida em saúde medida pelo SF-36 entre as diferentes profissões que teve as seguintes médias entre os ativos: capacidade funcional 83,2; limitação por aspectos físicos 89,3; dor 69,5; estado geral de saúde 83,2; vitalidade 70,3; aspecto social 86,2; aspecto emocional 84,4 e saúde mental 85. Estes escores são superiores aos do presente estudo e a diferença pode estar relacionada ao fato de a atual pesquisa ter sido conduzida em serviços públicos de saúde e a de 2015, no ambiente privado.

Por outro lado, os autores Oliveira et al. (2015) estudaram a qualidade de vida em saúde de 160 enfermeiros do Hospital das Clínicas de Uberlândia, Minas Gerais, conjuntura semelhante à do presente estudo por se tratar de um serviço público brasileiro, apesar de um ter gestão federal e o outro municipal. A pesquisa, apesar de não incluir escores absolutos do questionário SF-36, teve como conclusão que a qualidade de vida em saúde desta população mostrou-se baixa.

Em relação aos resultados de qualidade de vida em saúde obtidos através do instrumento SF-36 observa-se resultado muito semelhante entre as categorias estudadas, tanto nas médias dos componentes físicos quanto dos componentes mentais. Os cirurgiões-dentistas obtiveram melhores médias nos domínios de capacidade funcional, estado geral de saúde, aspectos emocionais, de saúde mental e no componente físico, enquanto a equipe auxiliar superou nos domínios de aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais e na média do componente mental.

Porém, as variáveis interferentes nos componentes físicos e mentais dos dois grupos foram diferentes, provavelmente porque, apesar de estarem inseridos no mesmo ambiente de trabalho, existe uma realidade socioeconômica para cada categoria de profissionais, demonstrado pela sabida

diferença salarial entre dentistas, técnicos e auxiliares. Em relação à etnia, enquanto 46,09% dos cirurgiões-dentistas se consideram negros ou pardos, quase a totalidade (93,23%) da amostra de auxiliares e técnicos em saúde bucal estão inseridos neste grupo étnico. E esta variável aparece associada ao componente mental da qualidade de vida em saúde no grupo de cirurgiões-dentistas, onde ser branco, amarelo ou de outra etnia influenciou positivamente o escore. Já para os auxiliares e técnicos em saúde bucal, ser branco/ amarelo ou outra influenciou positivamente no componente físico do SF-36.

A dificuldade geográfica no trabalho, que tem como parâmetro a localização da moradia dos profissionais em relação à unidade de saúde (quase sempre periférica) é considerada grande para 25,65% dos cirurgiões-dentistas e para 15,63% dos técnicos e auxiliares em saúde bucal. A sensação de segurança e de conforto no ambiente de trabalho é muita para 14,78% e 15,65% dos dentistas e para 20,31% e 23,96 %, respectivamente, dos auxiliares e técnicos.

Há também distintas funções entre os grupos com, na maioria das vezes, uma relação de hierarquia estabelecida entre os profissionais de nível superior e os de nível técnico. A satisfação com a equipe de trabalho esteve presente em 63,48% dos dentistas e a cooperação entre os níveis hierárquicos foi considerada pouca ou intermediária para 60% dos dentistas. Já no grupo da equipe auxiliar, a satisfação com a equipe de trabalho foi de 61,46% e a cooperação entre os níveis hierárquicos foi considerada pouca ou intermediária para 56,25% dos pesquisados. Este último item foi estatisticamente significativo na qualidade de vida em saúde apenas para o grupo de técnicos e auxiliares em saúde bucal, influenciando positivamente tanto o componente mental quanto o físico, o que revela a importância da parceria do cirurgião-dentista com a equipe auxiliar, de modo que haja boa comunicação, ajuda e parceria entre eles.

Algumas das variáveis trabalhadas como, por exemplo, relacionamento com os pacientes, é definida de maneira bem distinta entre os grupos e tende a

ser mais crítica e delicada para o dentista que deve dar diagnóstico e planejar o tratamento do que para a equipe auxiliar que normalmente cumpre papel mais de apoio e interfere menos. Além disso, com a constante falta de material e de manutenção dos equipamentos odontológicos, é natural que o dentista fique mais exposto do que técnicos e auxiliares no redirecionamento e cuidado dos mesmos. Assim, este fator não mostrou significância para o grupo auxiliar, e, apesar de 77,39 % dos dentistas julgarem satisfação, o não estar satisfeito com o relacionamento com os pacientes esteve associado a menores escores do componente físico e estar satisfeito revelou maiores escores no componente mental dos odontólogos.

A forma de acesso dos pacientes na unidade (demanda espontânea ou demanda organizada), que é um fator crítico tanto no processo de trabalho da equipe de saúde bucal quanto na satisfação do usuário do SUS, mostrou influenciar muito na satisfação com o processo de trabalho de 41,3% dos dentistas, de maneira que quanto mais influência é sentida pelos profissionais, maior tendência a escores baixos do componente físico do SF-36.

Ainda em relação ao perfil sociodemográfico da população pesquisada, a presença de filhos se associou a pior escore de saúde física, mas não foi estatisticamente significativa no grupo de cirurgiões-dentistas (56,52% deles disseram possuir filhos) e ter filhos foi preditor positivo na pontuação do componente mental de saúde do SF-36. Este resultado não concorda com o estudo de Musshauer et al. (2006) com 1083 profissionais do sexo feminino de hospitais na Áustria que revelou que número elevado de horas com cuidados com crianças influenciou negativamente em sete dos oito domínios do questionário SF-36 também aplicado nesta população.

Wu et al. (2010) em pesquisa com 2721 profissionais de saúde chineses encontraram fatores como idade elevada, estresse ocupacional e tempo elevado de trabalho, interferentes na qualidade de vida em saúde da população. A qualidade de vida baixa esteve relacionada à performance no trabalho diminuída e aposentadoria precoce e a idade avançada esteve

associada principalmente a baixo escore do componente físico do SF-36. Na presente pesquisa, 60,43% da população de cirurgiões-dentistas e 46,88% dos auxiliares e técnicos em saúde bucal possuíam idade menor ou igual a 39 anos, o que pode ser considerado um grande percentual de indivíduos jovens nas equipes de saúde bucal da Prefeitura de Salvador e pode estar relacionado ao fato de o concurso ser recente, mas esta variável não mostrou associação com a qualidade de vida em saúde de nenhum dos grupos pesquisados. A jornada de trabalho mostrou influenciar tanto o grupo de profissionais chineses quanto o do nosso estudo, onde uma menor jornada de trabalho influenciou positivamente os componentes físico e mental do grupo de auxiliares e técnicos.

Em Taiwan, estudo de Shen et al. (2005) com 573 enfermeiras de hospitais psiquiátricos mostrou que a carga horária de trabalho, juntamente com outros fatores sociodemográficos e ocupacionais, influenciou tanto na saúde geral quanto no componente mental da qualidade de vida em saúde medida pelo SF-36, e concorda com o resultado para a equipe de técnicos e auxiliares em saúde bucal da prefeitura municipal de Salvador que, para os mesmos, a jornada de trabalho esteve associada ao componente mental e físico da pesquisa. No presente estudo, apenas 24,78% dos dentistas e 45,31% dos auxiliares e técnicos mostraram satisfação com carga horária e trabalho.

Lin et al. (2015) pesquisaram 1404 trabalhadores de saúde na China e, através da medida da qualidade de vida em saúde pelo instrumento SF-36, concluíram que uma melhor qualidade de vida em saúde influencia positivamente na performance do trabalhador, concordando com o presente estudo no qual a capacidade do trabalho foi estatisticamente significativa para o componente mental do SF-36 para os cirurgiões-dentistas e a disposição para o trabalho foi preditora de melhor escore de qualidade de vida (componente físico e mental) para os técnicos e auxiliares em Saúde Bucal. Entre os dentistas, 58,26% estavam satisfeitos com a capacidade para o trabalho e no grupo da equipe auxiliar a satisfação totalizou 66,15% dos

indivíduos. Peralta et al. (2012) utilizaram o SF-36 para medir a qualidade de vida em saúde e o Índice de Capacidade para o trabalho (ICT) numa população de 100 indivíduos que atuam no nível primário de saúde na Argentina, assim como 43,11% da população do presente estudo que diz atuar em unidades básicas de saúde, e mostrou que melhores índices de capacidade de trabalho também correspondem a maiores pontuações de qualidade de vida em saúde, principalmente nos domínios de função física, aspectos emocionais e saúde mental.

No Brasil, Tallo et al. (2014) em estudo com 902 médicos do Sistema Médico de Emergência Pré-Hospitalar (SAMU) de Minas Gerais, Ceará, São Paulo, Maranhão e Paraná mostraram que o tempo de formado teve influência no resultado do domínio social que está incluído tanto no componente mental quanto no físico do instrumento SF-36. Na presente pesquisa, 64,35% dos cirurgiões-dentistas tinham 11 anos ou mais de formados, 58,85% da equipe auxiliar também estavam nesta faixa e esta variável influenciou o componente mental do SF-36 no grupo de auxiliares e técnicos em saúde bucal.

Freire et al. (2015) pesquisaram 59 profissionais médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem da Bahia e de Pernambuco e encontraram que a prática de exercícios físicos teve influência nos domínios limitação por aspectos físicos, aspecto social e saúde mental do questionário SF-36, assim como no grupo de auxiliares e técnicos em saúde bucal do presente estudo que teve exercícios físicos (73,44% afirmaram praticar) como preditor de um melhor escore do componente físico do mesmo instrumento. Este resultado sinaliza que o estímulo à atividade física, assim como copiar modelos amplamente usados de instituir atividades (ginástica laboral, pilates e fisioterapia) no próprio ambiente de trabalho pode ter retorno positivo para os profissionais.

A administração pública deve permanentemente buscar e promover ações para o desenvolvimento pessoal e profissional de seus servidores, aperfeiçoamento das condições ambientais gerais, qualidade de vida,

promoção da saúde, segurança e integração social. Há diversos modelos de políticas e ações que visam melhorar o ambiente e trabalho e, conseqüentemente, a qualidade de vida do trabalhador com grande fomento de estudos com esta temática como o de Cutshall et al. (2011) que, em estudo piloto com 12 enfermeiras, propõe meditação como alternativa para combater o estresse ocupacional e teve escore de vitalidade do SF-36 melhorado em todas as profissionais que adotaram a prática.

Fradelos et al. (2014), investigando a qualidade de vida em saúde de 100 enfermeiras da Grécia através do SF-36, apontam para a importância do suporte social para um melhor resultado dos componentes e que pode ser, inclusive, um novo campo de atuação da Psicologia. Wu et al. (2010) em pesquisa também com SF-36 sugerem recreação, autocuidado e suporte social para o grupo de 2721 profissionais de saúde chineses incluídos no estudo. Após comprovar a relação de dor de cabeça com a qualidade de vida em saúde medida através do SF-36 em 34 enfermeiras do sistema público de saúde da Inglaterra, Joslin et al. (2014) mostram que a gestão do estresse psicológico pode ser benéfica na prevenção e tratamento do sintoma neste grupo ocupacional e que tal abordagem pode até proporcionar economia financeira para o sistema de saúde quando da diminuição de licenças e aposentadorias, além de melhorar a qualidade de vida dos enfermeiros e aumentar o padrão do cuidado que prestam aos seus pacientes.

Seguindo, então, o modelo de investigação do presente estudo, é de fundamental importância avaliar, de forma sistemática, a satisfação dos servidores, pois, nesse processo de autoconhecimento, as sondagens de opinião interna são uma importante ferramenta para detectar a percepção dos funcionários sobre os fatores intervenientes na qualidade de vida para um melhor resultado e organização do trabalho. Peralta et al. (2012) sugerem, para profissionais de saúde da atenção primária argentina, um seguimento do estado de saúde que inclua, além do controle médico periódico, uma rotina de aplicação do questionário SF-36 para uma perfeita vigilância dos mesmos, em

nível individual e coletivo, a fim de detectar mudanças na saúde e aplicar medidas para melhorar as condições de trabalho.

A valorização dos recursos humanos e melhoria das condições laborais têm total interferência no serviço que é executado e o próprio profissional pode servir de parâmetro desta devolutiva para a sociedade. Nesta investigação, a satisfação com a contribuição do trabalho para a sociedade, por parte dos profissionais pesquisados, mostrou interferir na qualidade de vida em saúde dos cirurgiões-dentistas com 65,22% deles satisfeitos e, em número muito similar (64,06%), da equipe auxiliar mostrando satisfação. Uma maior atenção à saúde do trabalhador, planejamento de políticas e adoção de práticas de promoção à saúde dos mesmos podem, então, melhorar este índice que trás uma importante reflexão sobre o que papel a ser exercido, consciência social e disposição para pensar, elaborar e executar sempre o melhor trabalho.

O presente estudo tem como limitações o fato de ser transversal, ter usado o método de auto-resposta do questionário com possibilidade de variadas interpretações e de ter gerado, nos participantes, receio em responder sobre aspectos pessoais e do trabalho, mesmo com o caráter sigiloso da pesquisa. Apesar da taxa de resposta de 67,54% para cirurgiões-dentistas e 58,71% para auxiliares e técnicos em saúde bucal, o conhecimento adquirido é de suma importância para sinalizar fragilidades do serviço e da relação com seus recursos humanos, de maneira que motive e direcione políticas para o aprimoramento dos mesmos. A possibilidade de seguimento desta pesquisa, com alcance maior da população-alvo, aprofundamento de elementos agora identificados e inclusão de outros que sejam pertinentes proporcionará o fomento do conhecimento na área de saúde do trabalhador no serviço público e também pode servir de inspiração para outros municípios do Brasil.

## **7. Conclusão**

Para os cirurgiões-dentistas da prefeitura municipal de Salvador ressalta-se a interferência da presença de filhos na qualidade de vida em saúde dos mesmos. Além desta, todas as outras variáveis que influenciaram o nível de qualidade de vida estão relacionadas ao processo de trabalho (autonomia no trabalho, satisfação com a contribuição para a sociedade, tipo de acesso e relacionamento com os pacientes, autoavaliação para o trabalho, capacidade de trabalho e cursos e treinamentos disponibilizados pela prefeitura) que revela a grande importância do ambiente laboral na vida pessoal, no bem-estar e na saúde dos trabalhadores.

Destaca-se a questão étnica que se associou tanto ao componente mental dos cirurgiões-dentistas quanto ao físico da equipe auxiliar. Este último grupo, que também sofreu interferências de variáveis do processo de trabalho, foi mais influenciado por características ocupacionais como vínculo por concurso público, tempo de formação jornada de trabalho e modalidade de equipe na qualidade de vida em saúde.

Os resultados apontam para a necessidade de adoção de políticas na área de saúde do trabalhador por parte da Prefeitura Municipal de Salvador, principalmente no tocante aos fatores relacionados ao processo de trabalho dos servidores. Recomenda-se que mais pesquisas sejam realizadas para que um maior número de profissionais venha a ser atingido e que os aspectos

agora sinalizados sejam aprofundados a fim de que um bom nível de qualidade de vida em saúde se mantenha nesta população.

### Referências Bibliográficas

ARAÚJO LM, MACHADO MH, VITALINO HA, PAIVA J, TOLOZA DC. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. Cad RH Saúde 2006; 3:163 -173.

ARAÚJO MBS, ROCHA PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12:455-64.

AZEVEDO, F. A. et al. Mercúrio. AZEVEDO, FA; CHASIN, AAM Metais: gerenciamento da toxicidade. São Paulo: Atheneu, p. 299-352, 2003.

AWAD A, VORUGANTI L, HESELGRAVE R, A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. Qual Life Res 1997; 6: 21-6., n. 10, p. 1383-1394, 1995.

BOWLING A. Measuring Health: A review of Quality of Life Measurement Scales. Open University Press: Buckingham, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil; Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 114)

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: proposta para discussão e aprovação. Brasília: Ministério da Saúde; 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2012.

BRITO, JC de; PORTO, MF de S. Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

BURKE C. Testing an Asthma quality of life model. *Journal of theory construction & testing* 2001; 5: 38-4

CACCIARI, Pâmella et al. Estado de saúde de trabalhadores de enfermagem em readequação e readaptação funcional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 6, 2013.

CARMO, Ivaldo Coelho et al. Fatores associados à sintomatologia dolorosa e qualidade de vida em odontólogos da cidade de Teresina-PI. *Rev. bras. epidemiol*, v. 14, n. 1, p. 141-150, 2011.

CHAVES, Sônia Cristina Lima; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Professional practices in public dental healthcare: case study of two municipal districts, Bahia State, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p. 1697-1710, 2007.

CICONELLI, R. M. et al. 1. Introdução 1.1. Contexto. *Rev bras reumatol*, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

COSTA, Adriana Cristina Oliva et al. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, v. 9, n. 2, p. 119-123, 2010.

CUTSHALL, Susanne M. et al. Evaluation of a biofeedback-assisted meditation program as a stress management tool for hospital nurses: a pilot study. *Explore: The Journal of Science and Healing*, v. 7, n. 2, p. 110-112, 2011.

DOMICIANO, Layanne Freitas et al. Avaliação da autopercepção da qualidade de vida do Cirurgião-Dentista da rede pública. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, v. 3, n. 5, 2014.

EBRAHIM, Shah. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social science & medicine*, v. 41

ETCHELD M, Van Elderen T, Van Der Kamp L, Modeling Predictors of quality of life after coronary angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine* 2003; 26: 49-60. 11.

FERNÁNDEZ-PRADA, María et al. Calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos internos residentes que realizan guardias en un Servicio de Urgencias: una perspectiva de género. *Revista médica de Chile*, v. 142, n. 2, p. 193-198, 2014.

FERRO, Fernanda Fernandes. Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho e a ESF: uma revisão de literatura. Curso de especialização em atenção Básica em Saúde da Família. UFMG, Brumadinho-MG, 2012.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Problemas conceituais em qualidade de vida. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, v. 2008, p. 19-28, 2008.

FRADELOS, Evagelos et al. Assessment of burn-out and quality of life in nursing professionals: the contribution of perceived social support. *Health psychology research*, v. 2, n. 1, 2014.

FREIRE, Cícero Beto et al. Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 1, p. 26-31, 2015.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; GONÇALVES, Patrícia Elaine; SALIBA, Orlando. Síndrome de burnout: o estresse do cirurgião-dentista moderno. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, v. 60, n. 2, p. 131-133, 2006.

GARBIN, Artênio José Ísper et al. MUSCULOSKELETAL DISORDERS AND PERCEPTION OF WORKING CONDITIONS: A SURVEY OF BRAZILIAN DENTISTS IN SAO PAULO. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, v. 30, n. 3, p. 367-377, 2017.

GAZZOLA, Franciele; SARTOR, Natália; ÁVILA, Simone Nunes. Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos em odontologistas de Caxias do Sul. *Revista Ciência & Saúde*, v. 1, n. 2, p. 50-56, 2008.

GRAÇA, Claudia Cerqueira; DE ARAUJO, Tânia Maria; PINTO SILVA, Cruiff Emerson. Prevalência de dor musculoesquelética em cirurgias dentistas. *Revista Baiana de saúde pública*, v. 30, n. 1, p. 59, 2014.

GRIGOLETTO, Jamyle Calencio et al. Exposição ocupacional por uso de mercúrio em odontologia: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2, p. 533-542, 2008.

JOSLIN, Lucy et al. Quality of life and neck pain in nurses. *International journal of occupational medicine and environmental health*, v. 27, n. 2, p. 236-242, 2014.

KONKEWICZ, Loriane Rita. Controle de infecção em odontologia. Souza VHS, Mozachi N. *O Hospital. Manual do Ambiente Hospitalar*. Curitiba: Maxi Gráfica, p. 707-726, 2005.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades. *O avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador*. São Paulo: Expressão Popular, p. 199-230, 2010.

LEGGAT, Peter A.; KEDJARUNE, Ureporn; SMITH, Derek R. Occupational health problems in modern dentistry: a review. *Industrial health*, v. 45, n. 5, p. 611-621, 2007.

LOGAN HL, Muller PJ, Berst MR, Yeane DW. Contributors to dentists' job satisfaction and quality of life. *J Am Coll Dent*.1997; 64(4):39-43.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. Qualidade de vida no trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, v. 45, n. 1, p. 96-96, 2005.

LIN, Wei-Quan et al. Workplace violence and job performance among community healthcare workers in china: the mediator role of quality of

life. *International journal of environmental research and public health*, v. 12, n. 11, p. 14872-14886, 2015.

LINS, Liliane et al. Health-related quality of life of students from a private medical school in Brazil. *International journal of medical education*, v. 6, p. 149, 2015.

MACHADO, J. M. H.; SANTANA, V. (Orgs.). 1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal da Bahia, 2011.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de saúde pública*, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida e perfil dos dentistas da Estratégia de Saúde da Família do Triângulo Mineiro, Brasil. *Saúde Coletiva*, v. 50, n. 08, p. 120-125, 2011.

MUSSHAUSER, Doris et al. The impact of sociodemographic factors vs. gender roles on female hospital workers' health: do we need to shift emphasis?. *Journal of occupational health*, v. 48, n. 5, p. 383-391, 2006.

NICOLIELO, Juliana; BASTOS, José Roberto de Magalhães. Satisfação profissional do cirurgião dentista conforme tempo de formado. *Rev. Fac. Odontol. Bauru*, v. 10, n. 2, p. 69-74, 2002.

NUNES, Maria de Fátima; FREIRE, Maria do Carmo Matias. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Revista de saúde pública*, v. 40, n. 6, p. 1019-1026, 2006.

O'BOYLE C. The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL). *Internacional Journal of Mental Health* 1994; 23 (3): 3-23.

OLIVEIRA, Maria Amélia Vallim de. Administrando o stress: com técnicas de programação neurolingüística. Editora Gente, 1996.

OLIVEIRA, Larissa Kattiney et al. Temporomandibular disorder and anxiety, quality of sleep, and quality of life in nursing professionals. *Brazilian oral research*, v. 29, n. 1, p. 1-7, 2015.

PATRICK D, Erickson P. Health Status and Health Policy. Allocating Resources to Health Care. Oxford University Press 1993; 22.

PERALTA, Norma et al. Validez y confiabilidad del Índice de Capacidad para el Trabajo en trabajadores del primer nivel de atención de salud en Argentina. *Salud colectiva*, v. 8, n. 2, p. 163-173, 2012.

PILATTI, Luiz Alberto. Qualidade de vida no trabalho e teoria dos dois fatores de Herzberg: possibilidades-limite das organizações. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, v. 4, n. 1, 2012.

PIMENTEL, Fernando Castim et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo

porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cad Saude Publica*, v. 28, n. sSuppl, 2012.

PURIENE A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J, Balciuniene I, Janulyte V. Self-perceived mental health and job satisfaction among Lithuanian dentists. *Ind Health*. 2008; 46(3):247-52.

RÉGIS FILHO, Gilsée Ivan; LOPES, Mônica Cristina. Qualidade de vida no trabalho: a empresa holística e a ecologia empresarial. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 2007

ROVIDA, Tânia Adas Saliba et al. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam no serviço público. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, v. 15, n. 4, 2013.

OIT Factores Psicosociales. Naturaleza, incidencia y prevencion. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre medicina del trabajo. Novena reunión. Ginebra: OIT, 1984.

SCHIPPER H, Clinch J, Powell V. Definitions and conceptual issues. En Spilker B, ed. *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, 1990; 11-24

SCHIPPER H, Clinch J, Olweny C. En Spilker B, ed. *Quality of life and pharmaeconomics in clinics trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; 11-23.

SHEN, Hsiu-Chuan et al. Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. *Journal of occupational health*, v. 47, n. 3, p. 218-225, 2005.

SHUMAKER SA, Naughton MJ. The international assessment of health related quality of life: a theoretical perspective. En Shumaker SA, Berzon RA, Eds. *The International Assessment of Health related quality of life. Theory, Translation, Measurement and Analysis*. New York: Rapid Communication 1995; 3-10.

SILVA, Jandira Maciel da et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. *Ciência & saúde coletiva*, v. 10, n. 4, 2005.

SILVA, R. et al. Aspectos relacionados à qualidade de vida e atividade física de policiais militares de Santa Catarina-Brasil. *Motricidade*, v. 8, n. 3, 2012.

SILVEIRA FILHO AD. A Saúde Bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. [http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art\\_psf/artigo\\_rbsf\\_toni.pdf](http://paginas.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_psf/artigo_rbsf_toni.pdf) (acessado em 12/Jan/2009).

SUNER-SOLER, R. et al. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, v. 20, n. 4, p. 305-313, 2013. SOUSA, Walter Rodrigues de. *Qualidade de vida no trabalho (QVT): o caso dos servidores da universidade de Brasília (UnB)*. 2010.

TALLO, Fernando Sabia et al. An evaluation of the professional, social and demographic profile and quality of life of physicians working at the Prehospital

Emergency Medical System (SAMU) in Brazil. *Clinics*, v. 69, n. 9, p. 601-607, 2014.

URZÚA, ALFONSO. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, v. 138, n. 3, p. 358-365, 2010

VILAGUT, Gemma et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, v. 19, n. 2, p. 135-150, 2005.

WAISSMANN, William; CASTRO, Jose Airamir Padilha de. A evolução das abordagens em saúde e trabalho no capitalismo industrial. In: *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar*. FIOCRUZ, 1996. p. 15-25.

WARE JR, John E. SF-36 health survey update. *Spine*, v. 25, n. 24, p. 3130-3139, 2000.

Wu AW. Quality of life assessment in clinical research: application in diverse populations. *Medical Care* 2000; 38: II130-5.

WU, Siying et al. Quality of life and its influencing factors among medical professionals in China. *International archives of occupational and environmental health*, v. 83, n. 7, p. 753-761, 2010.

YARID, S. D.; ALVES, C. C. N. G. N.; ALMEIDA, T. Y. L. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas da cidade de Jequié – Bahia. p. 41–49, 2013

ZANETTI CHG. Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica. [http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo\\_amplo/psf\\_caminho.htm](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/psf_caminho.htm) (acessado em 04/ Ago/2007).

ZINET, C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. *Caros Amigos*, São Paulo, v. 187, p. 16-19, out. 2012.

## APÊNDICE 1- Termo de consentimento livre e esclarecido utilizado na pesquisa

### TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Processo de Trabalho da Equipe de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família no Município de Salvador- Bahia” de autoria das pesquisadoras Maria Cristina Teixeira Cangussu e Thaís Pérez Iglesias. Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo, e antes de assiná-lo, peço que o (a) Sr.(a) leia atentamente cada item deste documento e sinta-se à vontade para realizar os questionamentos que julgar necessários. Objetivo do estudo: Analisar o processo de trabalho do cirurgião-dentista e equipe auxiliar na Saúde da Família no Município de Salvador. Para participar deste estudo o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você responderá a um questionário, mas seu nome não será conhecido ou citado. Será mantido sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto e serão utilizados apenas para fins de pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, após este tempo, serão destruídos. A sua participação é voluntária e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Caso participe, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Também lhe será garantido o direito de, durante as entrevistas, recusar a responder perguntas ou falar de assuntos que possam lhe causar qualquer tipo de desconforto ou sentimentos desagradáveis. Em qualquer momento da pesquisa você poderá solicitar esclarecimento com a pesquisadora Thaís Iglesias através do número (71) 991119373 ou email tai\_iglesias@hotmail.com. Possíveis benefícios: o estudo vai trazer benefícios para os usuários do sistema único de saúde, equipe de saúde, gestão municipal e para a pesquisa científica em Odontologia ao avaliar e identificar como se dá o processo de trabalho e qualidade de vida dos profissionais, aspectos éticos e bioéticos estimulando debates sobre qualificação do trabalho na saúde da família e conhecimento de sua qualidade de vida. Desconfortos e riscos: O estudo poderá trazer risco de possível constrangimento para o (a) entrevistado frente a alguns questionamentos sobre o processo de trabalho profissional, mas, como será mantido sigilo, se minimiza tal risco, não gerando prejuízos para a atuação profissional. Todos os questionários serão anônimos no objetivo de preservar seu sigilo e privacidade. Os resultados da pesquisa serão publicados em periódicos científicos. Este termo de consentimento será utilizado em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador

Assinatura:

## APÊNDICE 2- Questionário utilizado na pesquisa

BLOCO I: Caracterização do Participante	
<b>1. Data:</b>	<b>2. Distrito:</b>
<b>3. Nome da Unidade de Saúde:</b>	<b>4. Bairro:</b>
<b>5. Etnia:</b>	<b>6. Estado civil</b>
(0) Branco	(0) Solteiro
(1) Negro	(1) Casado
(2) Pardo	(2) União estável
(3) Amarelo	(3) Divorciado
(4) Outro	(4) Separado
	(5) Viúvo
<b>7. Número de filhos:</b>	
<b>8. Qual a modalidade de equipe de saúde bucal você faz parte?</b>	<b>9. Qual seu cargo?</b>
(0) ____ Modalidade 1 (com auxiliar de saúde bucal)	(0) CD
(1) ____ Modalidade 2 (com auxiliar e técnico de saúde bucal)	(1) ASB
(2) ____ Não sei	(2) TSB
	<b>10. Qual o seu tempo de formado (em anos)?</b>
	(0) Menos de 1
	(1) De 1 a 5 anos
<b>11. Qual a sua idade (em anos)?</b>	(2) De 6 a 10 anos
(0) 20 a 29	(3) 11 ou mais
(1) 30 a 39	<b>12. Qual a sua qualificação máxima?</b>
(2) 40 a 49	(0) Curso técnico
(3) 50 a 59	(1) Graduação
(4) 60 a 69	(1) Pós-Graduação
<b>13. Você atua no setor privado?</b>	<b>14. Qual o tipo de instituição em que você se graduou?</b>
(0) Sim	(0) Pública
(1) Não	(1) Privada
(2) Não sei	(2) Não sei
<b>15. O seu vínculo empregatício com o serviço é através de concurso público?</b>	<b>16. Você possui pós-graduação em Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Saúde da Família?</b>
(0) Sim	(0) Sim
(1) Não	(1) Não
(2) Não sei	(2) Não sei
<b>17. Qual o seu tempo de atuação na atenção primária no serviço público (em anos)?</b>	<b>18. Qual a sua jornada de trabalho contratada na Atenção Primária?</b>
(0) Menos de 1	(0) 20 horas
(1) De 1 a 5 anos	(1) 40 horas
(2) De 6 a 10 anos	(2) Outras _____
(3) 11 ou mais	<b>20. Em qual categoria de unidade de saúde você atua?</b>
<b>19. Com que frequência você pratica exercícios físicos?</b>	(0) USF
(0) Nunca	(1) UBS
(1) Às vezes	(2) CEO
(2) Sempre	(3) OUTRA _____

BLOCO II: Avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho			
	Pouco	Médio	Muito
a) Em que medida você se sente seguro no seu ambiente de trabalho?	1	2	3
b) Em que medida você se sente confortável no seu ambiente de trabalho?	1	2	3
c) Você tem dificuldade geográfica em relação ao trabalho?	1	2	3
d) Existe cooperação entre os níveis hierárquicos no seu trabalho?	1	2	3
e) O acesso dos pacientes à unidade (marcações, acolhimento, demanda espontânea) interfere na sua satisfação com o trabalho?	1	2	3
f) Você se sente disposto para o trabalho?	1	2	3
g) Você tem autonomia no trabalho?	1	2	3
	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito
h) O quanto você está satisfeito com o relacionamento com seus colegas de trabalho?	1	2	3
i) O quanto você está satisfeito com seu relacionamento com os pacientes?	1	2	3
j) Como você se sente em relação à sua capacidade de auto-avaliação do trabalho?	1	2	3
k) O quanto você está satisfeito com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3
l) O quanto você está satisfeito com a contribuição do seu trabalho para a sociedade?	1	2	3
m) O quanto você está satisfeito com sua equipe de trabalho?	1	2	3
n) Você está satisfeito com os cursos/ treinamentos disponibilizados pela Prefeitura?	1	2	3
o) Você está satisfeito com a sua carga horária de trabalho?	1	2	3

BLOCO II: Avaliação da Qualidade de Vida em Saúde (SF-36)				
<b>1- Em geral você diria que sua saúde é:</b>				
Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

<b>2- Comparada a um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?</b>				
Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

**3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?**

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

**4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?**

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

**5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?**

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

**6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?**

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?**

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

**8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?**

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.**

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

**10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo à sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?**

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

**11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?**

	Definitiva mente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes Falso	Definitiva mente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

## APÊNDICE 3- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE MEDICINA DA  
BAHIA DA UFBA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DE TRABALHO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): SIGNIFICADO DO TRABALHO.

**Pesquisador:** Liliane Elze Falcão Lins Kusterer

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 41144815.1.0000.5577

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 955.707

**Data da Relatoria:** 23/02/2015

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado, do programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho da UFBA.

Pretende conhecer a problemática do desenvolvimento das funções exercidas pelos cirurgiões dentista (CD) nas unidades de saúde da família e o impacto na saúde destes trabalhadores pelas dificuldades geradas a partir das necessidades no seu entorno, que possam resultar em sofrimento do profissional, assim como, seu impacto na saúde bucal da coletividade. É um estudo descritivo, qualitativo exploratório, que utiliza um questionário de entrevista semiestruturada, observação participativa do pesquisador e o questionário SF36 para avaliação da qualidade de vida dos CDs integrantes das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS). Na introdução faz menção à questão referente à formação acadêmica principalmente tecnicista, biológica e curativa dos cirurgiões dentista e a relação destes com um ambiente multiprofissional e interdisciplinar, modelo que caracteriza as unidades de ESF. A investigação será realizada através dos questionários a serem aplicados, que irão permitir uma análise da saúde dos participantes da pesquisa.

**Endereço:** Largo do Terreiro de Jesus, s/n

**Bairro:** PELOURINHO

**CEP:** 40.026-010

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-5564

**Fax:** (71)3283-5567

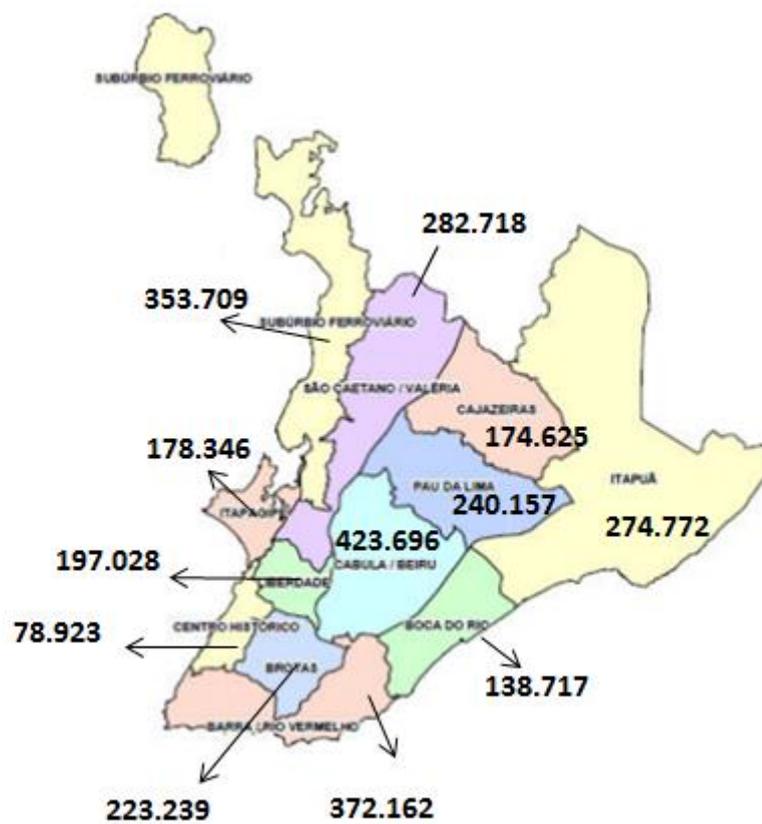
**E-mail:** cepfmb@ufba.br

## ANEXO 1- Quadro 3: Resumo do conteúdo do SF-36 e parâmetros de escore.

Média	DP	Confiabilidade	Menor Escore possível (floor)	Maior escore possível (ceiling)
84,2	23,3	0,93	Muito limitado em realizar toda as atividades físicas, incluindo banhar-se ou vestir-se.	Realiza todos os tipos de atividades físicas incluindo as mais vigorosas sem limitações devidas a saúde.
80,9	34	0,89	Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como consequência da saúde física.	Nenhum problema com trabalho ou outras atividades diárias.
75,2	23,7	0,9	Dor muito severa e extremamente limitante.	Nenhuma dor ou limitação devido à dor.
71,9	20,3	0,81	Avalia sua saúde geral como muito ruim e acredita que ela piorará.	Avalia sua saúde pessoal como excelente.
60,9	20,9	0,86	Sente-se cansado ou esgotado todo o tempo.	Sente-se cheio de energia e vigor todo o tempo.
83,3	22,7	0,68	Interferência extrema e frequente de problemas físicos e emocionais nas atividades sociais.	Atividades sociais não sofrem interferência por problemas físicos ou emocionais.
81,3	33	0,82	Problemas com o trabalho ou outras atividades diárias como consequência de problemas emocionais.	Nenhum problema com trabalho ou outras atividades diárias.
74,7	18,1	0,84	Sentir-se nervoso ou deprimido todo o tempo.	Sentir-se feliz, calmo, tranquilo todo o tempo.

Fonte: WARE JR, John E. SF-36 health survey update. Spine, v. 25, n. 24, p. 3130-3139, 2000.

ANEXO 2- Figura 1: Distritos Sanitários com respectiva população total, Salvador- BA, 2016



Fonte: SMS/NTI (2016)

### ANEXO 3- Quadro 5: Rede de serviços de saúde bucal do município de Salvador por Distrito Sanitário, 2016.

Quadro 5: Rede de serviços de saúde bucal do município de Salvador por Distrito Sanitário, 2016.

<b>DS CENTRO HISTÓRICO</b>	<b>DS PAU DA LIMA</b>	<b>DS SÃO CAETANO/ VALÉRIA</b>	<b>DS SUBÚRBIO</b>
USF IRACI IZABEL (GAMBOA)	USF CANABRAVA	USF ALTO DO CABRITO	USF NOVA CONSTITUINTE
USF TERREIRO DE JESUS	USF CAMBONAS	USF JAQUEIRA DO CARNEIRO	USF CONGO
UBS RAMIRO DE AZEVEDO	USF NOVA BRASÍLIA	USF NOSSA SENHORA DE GADALUPE (ALTO DO PERU)	USF VISTA ALEGRE
UBS DR. PÉRICLES ESTEVES CARDOSO (BARBALHO)	USF BOM AVELAR	USF BOA VISTA DE SÃO CAETANO	USF ILHA AMARELA
UBS PELOURINHOS (19 CS)	UBS PIRES DA VEIGA	USF BOA VISTA DO LOBATO	USF ILHA DE MARÉ
UBS SANTO ANTÔNIO	UBS CECY ANDRADE	USF BOM JUÁ	USF FAZENDA COUTOS III
CEO CARLOS GOMES	UBS CASTELO BRANCO (20 CS)	USF FIAS	USF FAZENDA COUTOS II
	UBS CANABRAVA	USF ANÔNIO LAZZAROTTO	USF RIO SENA
<b>DS BARRA-RIO VERMELHO</b>	UBS NOVA BRASÍLIA	USF RECANTO DA LAGOA	USF ALTO DE COUTOS II
USF FEDERAÇÃO	UBS NOVO MAROTINHO	UBS FREI BENJAMIN (VALÉRIA)	USF SÃO JOÃO DO CABRITO
USF GARCIA	UBS SETE DE ABRIL	UBS MARECHAL RONDON	USF ITACARANHA
USF MENINO JOEL		UBS PÉRICLES LARANJEIRAS (18 CS)	USF ALTO DO COUTOS
USF CLEMENTINO FRAGA	<b>DS ITAPUÁ</b>	UPA SAN MARTIN	USF ALTO DA TEREZINHA
USF ALTO DAS POMBAS	USF ALTO DO COQUEIRINHO	UPA VALÉRIA	USF SÃO JOSÉ DE BAIXO
USF PROF. IVONE SILVEIRA (CALABAR)	USF ARISTIDES MALTEZ		USF ALTO DO CRUZEIRO
UBS DR. OSVALDO CAMPOS (SANTA CRUZ)	USF MUSSURUNGA	<b>DS CABULA-BEIRU</b>	USF BOM JESUS DOS PASSOS
UBS ENGENHO VELHO DA FEDERAÇÃO	USF EDUARDO B. MAMEDE	USF DE BARREIRAS	USF ILHA AMARELA
UBS SANTA TEREZINHA	USF PARQUE SÃO CRISTÓVÃO	USF DEP. CRISTÓVÃO FERREIRA (SARAMANDAIA)	USF BATE CORAÇÃO
UBS PROF. SABINO SILVA (9ª CS)	USF NOVA ESPERANÇA	USF PROF. CARLOS DE SANTANA (DORON)	USF BEIRA MANGUE
UPA BARRIS	UBS DR ORLANDO IMBASSAHY (BAIRRO DA PAZ)	USF FERNANDO FILGUEIRAS (ALTO DA CACHOEIRINHA)	USF SÃO TOMÉ DE PARIPE
CEO FEDERAÇÃO	UBS JOSÉ MARIANE (7 CENTRO)	USF PROF. HUMBERTO DE CASTRO (PERNAMBUEZINHO)	USF ESTRADA DA COCISA
CRDC- DR. ADRIANO PONDÉ	UPA SÃO CRISTÓVÃO	USF PROF. GUILHERME RODRIGUES DA SILVA (ARENOSO)	UBS SERGIO AROUCA
	UPA DR. HELIO MACHADO	USF CALABETÃO	UBS FAZENDA COUTOS
<b>DS LIBERDADE</b>	CEO MUSSURUNGA	USF SUSSUARANA	UPA PARIPE
USF SAN MARTIN		UBS EDSON TEIXEIRA	UPA ADROALDO ALBERGARIA
USF SANTA MÔNICA	<b>DS ITAPAGIPE</b>	UBS DO CSU PERNAMBUÉS	CEO PERIPERI
UBS BEZERRA LOPES (3 CS)	USF JOANES CENTRO OESTE	UBS SANTO INÁCIO	
SEMAI	USF JOANES LESTE	UBS CALABETÃO	<b>DS CAJAZEIRAS</b>
UBS M. CONCEIÇÃO SANTIAGO IMBASSAHY (16 CS)	UBS MINISTRO ALKIMIN	UBS ENGOMADEIRA	USF CAJAZEIRAS IV
01 CENTRO MUNICIPAL ODONTOLÓGICO DA LIBERDADE (CMOL)	UBS VIRGÍLIO DE CARVALHO	UBS ANÍSIO TEIXEIRA (11 CS)	USF CAJAZEIRAS X
		UBS MATA ESCURA	USF CAJAZEIRAS XI
<b>DS BROTAS</b>	<b>DS BOCA DO RIO</b>	UPA PIRAJÁ	USF CAJAZEIRAS V
USF CANDEAL PEQUENO	USF DE PITUAÇU	UBS ARENOSO	USF BOCA DA MATA
USF VALE DO MATATU	USF PARQUE DE PITUAÇU	UBS RODRIGO ARGOLO (6 CS)	USF YOLANDA PIRES
USF SANTA LUZIA	USF ZULMIRA BARROS-COSTA AZUL	CEO ALTO DA CACHOEIRINHA	USF JARDIM DAS MANGABEIRAS
UBS MANOEL VITORINO	UBS ALFREDO BUREAU (12 CS)		USF PALESTINA
UBS MARIO ANDREA	UBS DR. CESAR DE ARAÚJO		UBS NELSON DOURADO
UBS CARDEAL DA SILVA			CEO CAJAZEIRAS
2 UAO			
UPA BROTAS			

