

CONDICIONES FÍSICAS Y SANITARIAS DEL TRABAJO Y SATISFACCIÓN DE CIRUJANOS DENTISTAS BRASILEÑOS CON EL EMPLEO PÚBLICO

PHYSICAL AND HEALTH CONDITIONS FOR BRAZILIAN DENTAL SURGEONS AND THEIR SATISFACTION WITH PUBLIC JOB

Milene Moreira Silva ¹
Cléa Adas Saliba Garbin ²
Tânia Adas Saliba Rovida ³
Orlando Saliba ⁴
Suzely Adas Saliba Moimaz ⁵

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la percepción del cirujano-dentista del sistema brasileño de salud sobre las condiciones físicas y sanitarias del ambiente de trabajo y su satisfacción con el empleo público. **Material y método:** En este estudio de tipo encuesta transversal, fue utilizado un instrumento que sirvió de guía para la entrevista individual, realizada por cuatro encuestadores. Fueron entrevistados 40 cirujanos-dentistas del sistema público de salud de 10 municipios del estado de Sao Paulo. **Resultados:** Sobre el ambiente de trabajo, el 49 % de los profesionales lo consideró incómodo, el 45 % mostró insatisfacción con la climatización local, el 45 % con los ruidos, el 20 % con la limpieza y el 37,5 % con las dimensiones. De los entrevistados, el 92,6 % había dejado de atender pacientes por rotura de los equipos, y el 90 % del total alegó que los mismos apenas recibieron reparación de defectos. Acerca de las condiciones de uso de los equipos, el 40 % de los cirujanos-dentistas informó que el equipo era malo o pésimo, y el 37,5 % se refirió al sillón odontológico. El 32,5 % informó que el equipo y el sillón tenían más de 24 años de uso. En el 55 % de los locales, la esterilización de instrumentales se realizaba en estufas, el 35 % de los profesionales trabajaban sin auxiliar y el 22,5 % estaba insatisfecho con la bioseguridad. No obstante, el 92,5 % estaba satisfecho con el empleo público. **Conclusiones:** Las condiciones físicas de trabajo de gran parte de los cirujanos-dentistas en el sistema brasileño de salud fueron insatisfactorias; sin embargo, existe la satisfacción con el empleo público. La falta de auxiliares de odontología, de medios de esterilización adecuados y de mantenimiento preventivo del equipamiento, puede comprometer la calidad del servicio prestado.

Palabras clave: salud del trabajador; salud pública, odontología, condiciones de trabajo, exposición a agentes biológicos

ABSTRACT

Objectives: To assess the dentists' satisfaction working in health

public system about hygienic work conditions and their enjoyment about. **Material and method:** Four trained researcher applied a questionnaire formed by opened and closed inquiries, like a script for interview. There were interviewed 40 dentists from 10 cities of Sao Paulo State. **Results:** About work environment, 49 % of dentists considered it like uncomfortable, 45 % referred dissatisfaction with acclimatization rooms, 45 % with noises, 20 % with cleaning and 37,5 % with size of the dental offices. Among all participants, 92,6 % couldn't give attendance for patient due broken equipment, and 90 % cited the equipment were received maintenance as repair, because the maintenance service is not periodically and occurred only when the attendance for patient was blocked. 40 % of dentists informed that dental unit were awful, and 37,5 % referred the same conditions about the dental chair. 32,5 % informed the odontology's ensemble had more than 24 years of use. Sterilization was performed using ovens in 55 % of the service rooms and 35 % professionals were working without dental assistants. It was only demonstrated dentists dissatisfaction respect biological safety in 22,5 % of interviewed ones; however, 92,5 % were satisfied with their job in the public service. **Conclusions:** In spite of the most opinion showed dissatisfaction about the labor environment, dentists referred pleasure with the public job. Absence of dental assistants, inadequate sterilization ways and lack of preventive maintenance of equipment can be damaged to the health service quality.

Keywords: exposure to biological agents, public health, dentistry, working conditions, occupational health

INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud exigen que el trabajador sea productivo y que las actividades inherentes al ejercicio profesional sean desempeñadas con calidad. En él siempre el

¹ Máster en Odontología Preventiva y Social. Programa de Posgrado en Odontología Preventiva, Facultad de Odontología de Araçatuba, Araçatuba, FOA/Unesp, Brasil

² Coordinadora del Programa de Posgrado en Odontología Preventiva, Facultad de Odontología de Araçatuba, Araçatuba, FOA/Unesp, Brasil

³ Profesora Adjunta. Programa de Posgrado en Odontología Preventiva, Facultad de Odontología de Araçatuba, Araçatuba, FOA/Unesp, Brasil

⁴ Profesor Titular. Programa de Posgrado en Odontología Preventiva, Facultad de Odontología de Araçatuba, Araçatuba, FOA/Unesp, Brasil

⁵ Profesora Titular y Vicecoordinadora del Programa de Posgrado en Odontología Preventiva, Facultad de Odontología de Araçatuba, Araçatuba, FOA/Unesp, Brasil

Correspondencia:

Milene Moreira Silva
FOA/Unesp – Departamento de Odontología Infantil y Social.
Dirección: Rua José Bonifácio, 1193, Vila Mendonça. CEP 16015-050 Araçatuba-SP/ Brasil
Telefono: +55 (18) 3636-3249 o +55 (18) 3636-3250
Y-mail: mileninhamoreira@yahoo.com.br

ambiente de trabajo debe ser adecuado para preservar la salud del trabajador, siendo confortable, ideal y sin que se incumplan requisitos de bioseguridad. El estrés también es un factor debilitante del estado psicológico y mental del individuo ¹.

La odontología es una de las ocupaciones más estresantes ², principalmente para las mujeres, y cuando dicho padecimiento se hace crónico, impide al cirujano-dentista tomar medidas preventivas para su salud y seguridad laboral ³. Puede causar sentimientos negativos en el profesional, tales como depresión, nerviosismo, ansiedad, autoestima baja e insatisfacción con la profesión ⁴.

Además, la odontología es una profesión de mucha exposición biológica en contacto directo con saliva, sangre, secreciones, vías respiratorias y aerosoles provenientes de la fresadora de alta rotación ^{5,6}. Hay también el riesgo químico en la manipulación de diversos productos como eugenol y resina acrílica, que penetran en el cuerpo a través de las vías respiratorias, dérmica, oral y ocular, pudiendo causar dolencias pulmonares, alergias, problemas oculares, mareos y cefalea, y riesgo de intoxicación con vapores de mercurio residuales de las obturaciones con amalgama mercurial, principalmente en ambientes calurosos, con las consecuencias correspondientes, que pueden llegar a daños neurológicos ⁷. El propio ambiente físico de trabajo puede proporcionar daños a la salud debido a la humedad, además de las radiaciones ionizantes, que pueden desencadenar alteraciones cancerígenas, trastornos en la reproducción, enfermedades neurodegenerativas y efectos psiquiátricos (leucemia, blefaritis, conjuntivitis, catarata y osteonecrosis) ^{8,9}.

Los ruidos resultantes del funcionamiento de los equipamientos odontológicos pueden alterar la salud física y mental, causando pérdida de la audición y/o hipertensión arterial ⁸. Además, están los riesgos ergonómicos que causan alteraciones musculoesqueléticas, como dolores en la parte superior del cuerpo ¹⁰.

En Brasil, el gobierno federal, a través del Ministerio de Salud, propuso la Agenda nacional de prioridades de investigaciones en salud ¹¹, que fue elaborada con el fin de trazar las líneas principales de investigación, en consonancia con los principios del Sistema Único de Salud (SUS), el sistema brasileño de salud, y de esa forma, contribuir al desarrollo de las políticas sociales. Está integrada por 20 subagendas, que comprenden tópicos más específicos y agregados de diversos temas en la intención de identificar las necesidades, prioridades y políticas en salud, evaluar el impacto de las intervenciones, elaborar estrategias de promoción, prevención y control de riesgos de salud, y construir ambientes saludables.

A pesar de poseerse estudios que corroboran los límites y parámetros de las condiciones riesgosas, faltan investigaciones en servicios evaluando principalmente a los individuos, en este caso los trabajadores de la salud, expuestos a numerosas enfermedades ocupacionales.

Lo que mantiene a los cirujanos-dentistas en el servicio público es la pasión por la odontología, a pesar de los daños

causados por el exceso de actividades y, consecuentemente, a pérdida de la productividad con el paso de los años ¹².

La calidad del trabajo depende de todos los aspectos ya citados, pero también requiere de profesional cualificado, uso de materiales de buena calidad, instrumentos y equipamientos adecuados al servicio. Estos aspectos, en el servicio público de salud, puede dejar mucho que desear y causar un fuerte descontento profesional en el cirujano-dentista, perjudicando su calidad de vida, su producción y la calidad del servicio ¹³.

Escucharla opiniones y sugerencias de los trabajadores es una forma de conocer las necesidades, prioridades, elaborar intervenciones y mejorar las condiciones de trabajo, colaborando directamente para el bienestar del profesional, e indirectamente para la calidad de los servicios de salud ofrecidos a la población.

El objetivo específico de este trabajo fue evaluar la percepción de los cirujanos-dentistas sobre las condiciones físicas y sanitarias de trabajo en los consultorios odontológicos del sistema brasileño de salud, y su satisfacción con el empleo público.

MATERIAL Y MÉTODO

Aspectos éticos

La investigación obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Pesquisa con Seres Humanos de la Facultad de Odontología de Araçatuba- FOA/Unesp (proceso FOA 2008-01660), y todos los dictámenes de la Resolución 196 del Consejo Nacional de Salud ¹⁴ fueron respetados.

Población de estudio

La población de estudio seleccionada procedió del Departamento Regional de Salud del estado de Sao Paulo - DRS-II, regional de Araçatuba, SP-, que está compuesto por 40 municipios. Participaron de la pesquisa 10 municipios, cuyos gestores autorizaron su realización.

Criterios de inclusión y exclusión

Todos los cirujanos-dentistas que trabajaban en la red pública de servicios de salud de los municipios seleccionados (n=71) fueron convidados a participar de la pesquisa. Solamente aquellos que firmaron la declaración de consentimiento libre e informado y la autorización de la divulgación de los datos de esta pesquisa, fueron incluidos en la muestra. Aquellos que en el momento de la entrevista estaban ausentes de los sus centros de trabajo y que después de dos tentativas no fueron localizados, se excluyeron de la muestra, así como aquellos que se rehusaron a responder las preguntas del cuestionario.

Instrumento y encuestador

Fue utilizado un instrumento conteniendo preguntas abiertas y cerradas sobre la percepción del cirujano-dentista en relación con las condiciones físicas y sanitarias de trabajo en el servicio público de salud. Este instrumento fue previamente validado en un estudio piloto con profesionales de la red pública de un municipio que no se incluyó en este estudio, y fueron realizadas las correcciones debidas hasta que no hubiese dudas en la interpretación de las preguntas.

El instrumento fue usado como guía para la entrevista, realizada en el propio ambiente de trabajo, individualmente por un encuestador debidamente entrenado, y cada entrevista tuvo la duración de tiempo necesaria para que cada cirujano-dentista expresase sus percepciones sin apresuramiento ni coacción.

Análisis de los datos

Todos los datos fueron procesados por el programa EpiInfo versión 3.5.1¹⁵, y por el programa BioEstat

versión 5.0¹⁶. Fue empleado el Test Exacto de Fisher al nivel de significación de 5 %.

RESULTADOS

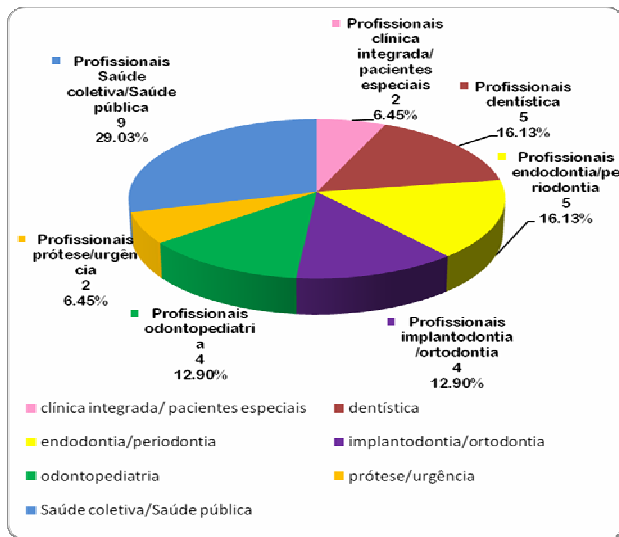
En los diez municipios participantes de la pesquisa había 71 cirujanos-dentistas registrados, estando 11 de vacaciones, 3 de licencia y 17 se rehusaron a participar en la pesquisa, quedando como muestra final 40 profesionales (56,3 %).

Gran parte de la muestra estaba compuesta por jóvenes (30 %) y adultos de mediana edad (30 %), con equilibrio entre los géneros masculino (47,5 %) y femenino (52,5 %). La mayoría (35 %) alcanzó la graduación en la última década (tabla 1), y estaba asistiendo a algún curso de posgrado (47,5 %) (figura 1). Gran parte estaba trabajando hace menos de 10 años (45 %) en el SUS. Esos profesionales laboraban en el equipo de salud bucal en la unidad básica de salud, o hasta en las escuelas públicas.

Tabla 1
Perfil de los cirujanos-dentistas que trabajan en la red pública de salud de municipios del Departamento Regional de Salud - DRS-II/SP, Araçatuba, Sao Paulo. 2010

Variable		Profesionales	
		n	%
Género	Femenino	21	52,5
	Masculino	19	47,5
	Total	40	100,0
Grupo etario	21 – 30	12	30,0
	31 – 40	9	22,5
	41 – 50	12	30,0
	51 – 60	7	17,5
	Total	40	100,0
Año de conclusión de la graduación	1971 – 1980	5	12,5
	1981 – 1990	12	30,0
	1991 – 2000	9	22,5
	2001 – 2010	14	35,0
	Total	40	100,0
¿Cuánto tiempo hace que usted trabaja en el SUS en este municipio?	Hasta 10 años	18	45,0
	10 a 19 años	12	30,0
	20 a 29 años	6	15,0
	30 años o más	4	10,0
	Total	40	100,0
Posgrados	Cursando especialización	19	47,5
	Especialización concluida	6	15,0
	Maestría concluida	2	5,0
	Ningún curso de posgrado	13	32,5
	Total	40	100,0

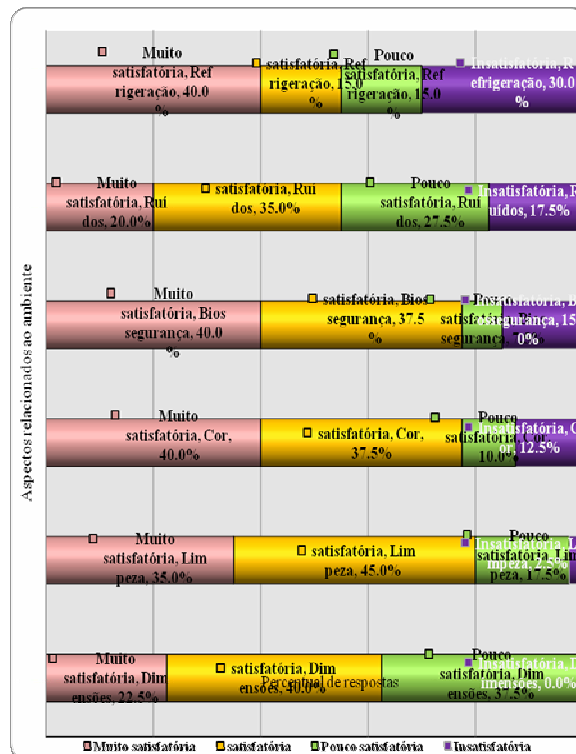
Figura 1
Área de formación en posgrado de los cirujanos-dentistas de la red pública de salud de municipios pertenecientes al DRS-II, Araçatuba-SP. 2010



En relación al confort del consultorio odontológico, gran parte de los profesionales (4 9%) lo consideró incómodo, apuntando la antigüedad de los equipos y sin mantenimiento (37,5 %) y el espacio pequeño (31,3 %) como

principales causas de descontento. La figura 2 muestra el grado de satisfacción de los cirujanos-dentistas de la red pública de salud en relación a la estructura física y ambiental de los consultorios odontológicos.

Figura 2
Grado de satisfacción de los cirujanos-dentistas de la red pública de salud en relación con la estructura física y ambiental del consultorio odontológico. Araçatuba-SP. 2010



Los equipamientos odontológicos presentaron prolongado tiempo de utilización (figura 3), pero a pesar de eso, el 90 % de los cirujanos-dentistas relataron que hacen mantenimiento de los mismos solamente cuando es necesario para reparar defec-

tos, y la mayoría de las veces (65 %), hecha por un técnico contratado por el propio municipio. La mayoría de los cirujanos-dentistas considera que los mismos se encuentra en buen estado para el uso (figura 4).

Figura 3
Tiempo de uso de los equipamientos odontológicos de la red pública de salud. Araçatuba-SP. 2010

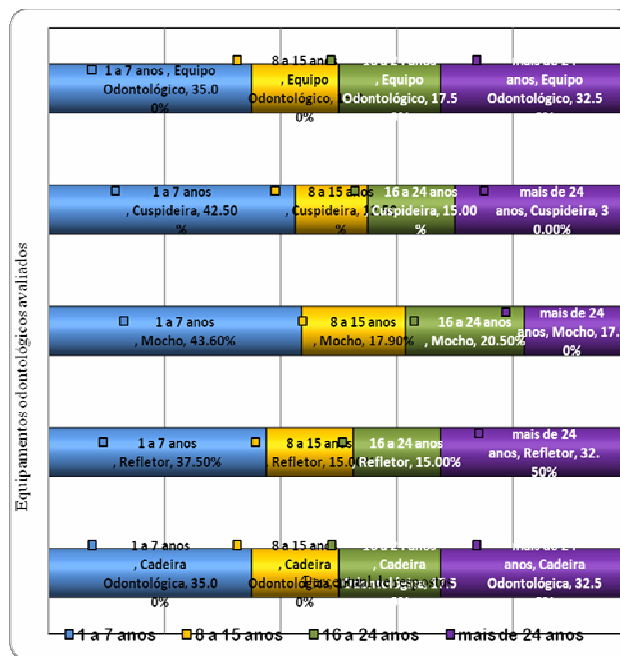
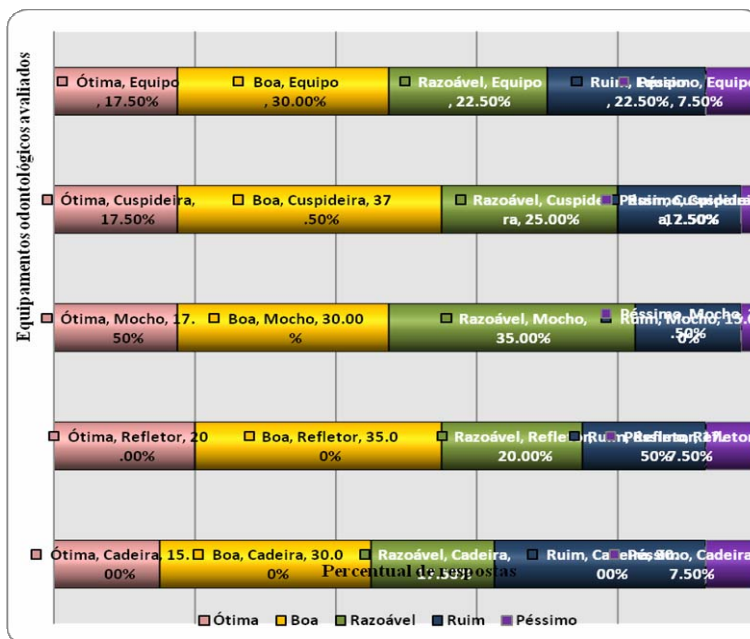


Figura 4
Percepción de los cirujanos-dentistas de la red pública de salud en cuanto a las condiciones del equipamiento odontológico. Araçatuba-SP. 2010



El equipamiento presente en los consultorios odontológicos de la red pública incluía fotopolimerizador (95 %), equipo de rayos X (55 %), autoclave (62,5 %), estufa (55 %), aparejo de profilaxis/raspado (37,5 %), bomba de vacío (15 %), caneta de alta-rotación (95 %), micromotor de baja rotación (80 %), contra-ángulo (87,5 %) y pieza recta (42,5 %). La mayoría de los cirujanos-dentistas los clasificó como aparatos de buena (40 %) y óptima (22,5 %) condición de uso.

Respecto a la calidad de los materiales de consumo, los cirujanos-dentistas clasificaron como óptima (15 %) y buena (45 %), aunque el 43,6 % no han tenido la oportunidad de opinar en la compra de esos materiales. De entre el 56,4 % restante, el 68,2% opinaba cuando juzgaban necesario y eran atendidos siempre (31,8 %), algunas veces (40,9 %) o frecuentemente (22,7 %). Impresionantemente, el 67,5 % de esos profesionales ha dejado de atender pacientes, más de una vez (77,8 %), principalmente debido a equipos rotos (92,6 %), pero también por falta de materiales de consumo (25,9 %), falta de agua (14,8 %) y falta de energía eléctrica (14,8 %).

La mayoría de los profesionales (65 %) asistentes de consultorio y de sala de espera (55 %), demostró satisfacción (59,1 % satisfecho y 22,7 % muy satisfecho) con el ambiente.

De modo general, los cirujanos-dentistas relataron estar satisfechos con la profesión, pues el 35,0 % se juzgó muy satisfecho, el 50,0 % satisfecho, el 10,0 % “no satisfecho/no insatisfecho”, el 2,5 % muy insatisfecho y el 2,5 % no respondió esta pregunta. Ningún profesional respondió estar insatisfecho con la profesión. Vale resaltar que la satisfacción con la profesión difiere de la satisfacción con el trabajo, pues este último incluye los aspectos laborales como carga horaria, condiciones de trabajo y salario, entre otros.

Interrogados sobre la satisfacción con el empleo, el 47,5 % relató estar satisfecho, el 45 % dijo estar muy satisfecho, y apenas el 5 % estaba poco satisfecho. Solo un profesional (2,5 %) no respondió la pregunta. Ningún profesional declaró estar insatisfecho.

La satisfacción con el trabajo no está relacionada estadísticamente con la satisfacción de los cirujanos-dentistas con el confort ($p=1,000$) y la bioseguridad en el consultorio odontológico de la red pública ($p=0,4225$), satisfacción con la profesión ($p=1,000$), la formación de posgrado en salud colectiva o salud pública ($p=0,4423$), y el tiempo de servicio en el SUS ($p=0,4423$), según resultó de la aplicación del Test Exacto de Fisher.

DISCUSIÓN

Los profesionales de odontología pertenecientes al Departamento Regional de Salud-II (DRS) del estado de Sao Paulo presentaron tiempo de formado y de servicio en el SUS inferiores a los hallados en la literatura. En cuanto a edad, distribución de género y formación de posgrado en

salud pública o salud colectiva, son similares cuando se compararon con los profesionales de otras regiones y estados brasileños¹⁷⁻²⁰.

Badan, Marcelo y Rocha²¹ enfatizan que los cirujanos-dentistas recién formados presentan dudas sobre salud colectiva, subestimando y desvalorizando esa importante área odontológica. La falta de capacitación de ese profesional²² compromete la calidad del servicio ofrecido a la población y se agrava cuando su contratación es hecha sin criterio alguno, siendo apenas por indicación²³; esto es, se corre el riesgo de contratar profesionales sin perfil, conocimiento y dedicación al sistema público de salud.

La inserción de la odontología en el Sistema Único de Salud se dio a través de la Resolución nº 1 444 del Ministerio de Salud²⁴, que estableció el impulso financiero a las prefecturas para que se formase el equipo de salud bucal. Si la interpretación por los gestores de ese incentivo fuera equivalente a una oportunidad de mejora financiera, la expansión de la odontología en los servicios públicos de salud deja de ser una forma de reorganización de la atención básica y pasa a ser un “crecimiento odontológico” desorganizado y desestructurado²³.

En Australia los cirujanos-dentistas optan por trabajar en la red pública por el hecho de tener un salario fijo, incentivos financieros y aumento salarial conforme al tiempo de servicio¹⁸. Actualmente en Brasil, la única ola principal razón que los atrae es el salario fijo, pues en la mayoría de los municipios no existe plantilla de empleo, profesión y salario²⁵.

En relación a la estructura física y ambientación de los consultorios odontológicos, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria – ANVISA²⁶, órgano gubernamental operante del Sistema Único de Salud, preconiza en la normalización que los profesionales de salud trabajen en áreas limpias, de tamaño suficiente para atender pacientes de forma confortable, con buena climatización e iluminación y sin mucho ruido.

Los ambientes de atención odontológica deben tener tanto iluminación natural como artificial, reflector con mínimo de 15 000 lux, temperatura confortable de 20 a 24 °C, humedad relativa del aire entre 20 y 40 % y ruidos entre 60 y 70 dB²⁷.

El consultorio odontológico, en tanto, presenta cinco tipos de riesgos para la salud del dentista: físico (provocado por ruidos, calor, frío, humedad, radiaciones, etc.), químico (polvos, gases, vapores etc.), biológico (hongos, virus, parásitos, bacterias, etc.), ergonómico (posturas inadecuadas, monotonía, repetitividad, exceso de fuerza, horas extras, etc.) y accidentes (por iluminación inadecuada, máquinas y equipamientos inadecuados y/o sin protección)²⁸. Cuando los estímulos para cada riesgo son excesivos, causan daños en la salud del profesional, tales como pérdida de la audición, problemas respiratorios, ópticos y dermatológicos, lesiones músculoesqueléticas y contaminación, entre otros²⁸.

Los ruidos provienen de las fresadoras de alta-rotación, micromotor, aspirador y compresor, aires condicionados y/o ventiladores y teléfono, entre otros ²⁷. Garbin et al ²⁹, por su parte, constataron que los ruidos sobrepasan el límite de 65dB(A) (confort acústico), llegando a 83,4 dB(A) durante procedimientos odontológicos que requieren el máximo de atención, y según Pernambuco ²⁸, en esa frecuencia, los ruidos causan irritabilidad y alteraciones nerviosas, perjudicando la concentración del profesional. Para evitar daños se recomienda la lubricación de los aparatos de alta y baja rotación, mantenimiento técnico de equipamientos y aparatos, localización adecuada del compresor y uso de protectores auditivos ³⁰. Si el 45 % de los profesionales de este estudio demostraron insatisfacción con los ruidos, muy probablemente es porque el límite de confort acústico fue transgredido.

En relación al cromatismo, se recomienda que las paredes sean de colores fríos como azul y verde en tonos pastel, pues transmiten tranquilidad y frescor, y color blanco para el techo porque además de mejorar la iluminación ambiental, transmite calma y seguridad ³¹. Apenas el 22,5 % de los entrevistados demostró insatisfacción con el color del ambiente de trabajo, o sea, en la mayoría de los consultorios odontológicos de la red pública, los colores son aceptables por los cirujanos-dentistas.

Es preocupante observar profesionales que estén poco satisfechos o insatisfechos con la bioseguridad de los locales, pues exponerse a condiciones de trabajo que coloquen tanto la salud del profesional como la del paciente en riesgo, es una violación del Código de Ética en Odontología ³² (Cap. III, Art.5°- V). En su capítulo II, artículo 3°, inciso IV, se garantiza el derecho del dentista de rehusarse a ejercer la profesión en condiciones que no sean dignas, seguras y saludables. Schroeder, Marin y Miri ³³ resaltan que desde egresados el dentista posea el conocimiento de las normas de bioseguridad, de su importancia y del uso de equipos de protección personal EPP, mas Knackfuss, Barbosa y Mota ³⁴ destacan que existen profesionales que después de insertados en el mercado de trabajo, no respetan la conservación de la cadena aséptica y/o no utilizan EPP. Gonçalves y Ramos ²⁰, en su estudio con cirujanos-dentistas de la red pública de salud, verificaron muchas reclamaciones de los profesionales en relación con las precarias condiciones de las unidades de salud que comprometen la bioseguridad local.

Según relatos de los cirujanos-dentistas entrevistados en el presente estudio, infelizmente el equipamiento para esterilización disponible en la mayoría de los consultorios odontológicos de la red pública todavía es la estufa. La esterilización por vapor seco (estufa) es recomendada para óleos y algunos tipos de brocas y alicates ortodóncicos, pudiendo ocurrir fallas porque las estufas no reciben mantenimiento adecuado, o monitoreo mediante termómetro, además de demorar más y exigir altas temperaturas ³⁵. La autoclave (vapor saturado a alta presión) destruye los microorganismos por la acción combinada de la temperatura,

la presión y la humedad, y dependiendo del modelo del aparato, los patrones de tiempo, temperatura y presión varían entre 121 °C a 127 °C (1 atmósfera de presión) por 15 a 30 minutos, y 132 °C a 134 °C (2 atmósferas de presión) por 4 a 7 minutos de esterilización ³⁵.

Souza y Roncalli ²³ detectaron en otras unidades brasileñas de salud falta de material de consumo, como guantes de procedimiento, y falta de instrumental clínico suficiente para atender la demanda, lo que impedía la atención al paciente. Falta de material de consumo también fue una de las justificativas de los participantes del presente estudio para la no atención. Los accidentes de trabajo en la área odontológica todavía son altos y se agravan por la falta de protocolos post-accidentes que deberían ser adoptados por los cirujanos-dentistas ³⁶. Así, parece que los gestores no están preocupados con la calidad del servicio de salud ofrecida a los usuarios del SUS y con las condiciones de insalubridad en que se encuentran los trabajadores de la salud. Por otro lado, los trabajadores y los equipos de salud tienen el deber de participar del planeamiento de las acciones en salud en los municipios y llevar esas preguntas para la discusión en los foros competentes al control social, los consejos y conferencias de salud.

Obsérvase que en la red pública no se hace inversión en equipamientos odontológicos, pues la mayoría de los consultorios, independiente de la región brasileña, consta de equipos viejos, rotos, defectuosos o hasta desactivados, necesitando de mejora en la infraestructura para garantizar un servicio odontológico de calidad al usuario ^{13,20,23}. Sin embargo, los profesionales en el presente estudio han respondido que se hace mantenimiento de los equipos; los mismos especificaron que eso sólo ocurría cuando ya dejaban de funcionar, y es la principal razón de que los cirujanos-dentistas no realizaran la atención clínica.

La participación del asistente de consultorio permite agilizar y mejorar a calidad de la atención odontológica ³⁷, contribuyendo indirectamente, con el servicio humanizado, pues el procedimiento se hace más rápido, eficaz y ocurre el ajuste de horario, lo que previene la prolongada espera del paciente para su atención. En Brasil los asistentes odontológicos son direccionados para diversas y diferentes actividades en el sistema público de salud, variando entre actividades de promoción de salud y tratamientos ³⁸. También Lazeris, Calvo y Regis-Fijo ²⁵ encontraron en su estudio ausencia del asistente odontológico en los centros públicos de salud pesquisados. Con todo, Saliba et al ³⁹ opinan que los cirujanos-dentistas no han aprendido a trabajar con auxiliares por no saber delegar funciones.

Otro aspecto de la Política Nacional de Humanización (PNH) ³⁵ es la presencia de la sala de espera, cuya estrategia municipal y estadual específica es propiciar financiamiento de proyectos que mejoren la ambientación de los servicios como salas de charla, espacios de confort para el paciente, mobiliario adecuado, comunicación visual, etc., valorizándola a través de la organización de espacios de trabajo saludables y acogedores. En el presente estudio, la

mayoría de los consultorios odontológicos de la red pública de salud posee una sala de espera, que provoca satisfacción en el profesional de odontología. En tanto, Pinheiro y Oliveira⁴⁰ llaman la atención sobre el hecho de que los propios profesionales de la red no han comprendido por completo la PNH, restringiendo la visión de recibimiento del paciente por los cirujanos-dentistas solamente al proceso de triagem.

La satisfacción con la profesión parece estar ligada a la salud mental y la capacidad del trabajador para realizar el servicio con calidad, al orgullo y amor por la odontología, al idealismo de la profesión, al servicio solidario, a la confianza que el paciente deposita en el profesional, a la relación profesional-paciente y al hecho de cuidar y contribuir a la salud ajena^{17,41}.

Miaje, Gonçalves y Furuse⁴¹ resaltan que a pesar de los profesionales presentar ese amor por la profesión, ellos no apoyarían a sus hijos a seguirla y no la cursarían nuevamente. Los recién formados se frustran con los empleos alcanzados en el mercado de trabajo, debido a las condiciones ofrecidas, y demuestran más insatisfacción que los profesionales que trabajan hace más tiempo, pues no encontraron todo aquello que soñaban cuando eran universitarios⁴². La prevención tanto de esos sentimientos negativos como de las dolencias ocupacionales, pueden ser ejecutada por medio de la adecuación de las condiciones de trabajo buscando armonía en el ambiente; diagnóstico de los efectos negativos de ese ambiente y corrección; orientación científica en la rehabilitación profesional y prevención de accidentes⁴³. Las actitudes preventivas contribuyen claramente con la mejoría de la calidad de vida de los profesionales⁴⁴.

No hubo asociación estadísticamente significativa entre satisfacción con el trabajo y el tiempo de servicio, en tanto, según Levin¹², ese sentimiento surge después de 15 años de profesión porque el dentista se involucra más con la parte administrativa y no delega funciones en los asistentes de consultorio, acumulando funciones de esa forma. El idealismo y el amor por la profesión son fuertes factores que impulsan al profesional a tener más empeño y dedicación en el trabajo¹².

En la literatura se cita que la satisfacción con el empleo está ligada principalmente a la satisfacción salarial, la satisfacción con el equipo de trabajo, al tiempo personal disponible, la formación académica, la carga horaria de trabajo y el servicio administrativo, entre otras razones⁴⁵.

Las condiciones de trabajo interfieren mucho en la calidad de vida del profesional, pudiendo perjudicar su salud en los campos físico, psicológico y de relaciones sociales, pues la odontología expone a sus profesionales a los riesgos de dolencias ocupacionales y, consecuentemente, compromete la calidad del servicio ofrecido al paciente^{18,45}. La satisfacción con el empleo es un fuerte factor que colabora en la prevención del síndrome de burnout, un trastorno de estrés elevado en que el individuo se encuentra en estado de despersonalización, exhausto emocionalmente, con senti-

mientos de frustración en cuanto a la realización profesional, depresión, sentimiento de soledad, nerviosismo exagerado sin causas evidentes, ansiedad y tensión⁴.

La odontología es una de las profesiones más estresantes y cuando se trabaja dentro de una extensa carga horaria o jornada de trabajo, el profesional está más sujeto a los factores que causan estrés, tal como mantener altos niveles de concentración para realizar los procedimientos odontológicos, presión constante, tratamiento de menores de edad que no colaboran, interacción con las personas y la propia dificultad de cada procedimiento, que causa síntomas presentes en el síndrome de burnout¹.

Se percibe, no obstante, que hay preocupación de los gobiernos en evaluar el sistema nacional de salud⁴⁶; por ello, los estudios de evaluaciones del sistema engloban muchos aspectos importantes para mejorías públicas, pero dejan de evaluar la opinión de sus profesionales, en especial, los del área odontológica.

Invertir en nuevos equipamientos, garantizar el mantenimiento frecuente de los mismos, mejorar las condiciones físicas de los consultorios y salas de espera, emplear más asistentes odontológicos, capacitación de los profesionales, aumento salarial y plan de profesiones son acciones que pueden mejorar la calidad de vida de los profesionales de la red pública de salud, y el paciente es beneficiado por recibir una atención humanizada y de calidad.

Se concluye que en la percepción de los cirujanos-dentistas del sistema brasileño de salud, las condiciones físicas de trabajo de gran parte de esos profesionales en el SUS eran insatisfactorias. La falta de asistentes de odontología, medios de esterilización adecuados y de mantenimiento preventivo de los equipos, puede comprometer la calidad del servicio prestado, coloca en riesgo la salud de los profesionales y de los pacientes, principalmente en lo relativo a la contaminación cruzada. Con todo, los profesionales demostraron satisfacción con el empleo público.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rada RE, Jhonson-Leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *The J Am Dent Assoc.* 2004;135(6):788-94.
- 2 Gale EN. Stress in dentistry. *N Y State Dent J.* 1998;64(8):30-4.
- 3 Radillo BEP, Gómez SZ, Velasco MAA, Fernández MA, López TMT, Franco MAR. El cirujano dentista ante estrés no percibido como un riesgo ocupacional. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 2011; 12(1):10-5.
- 4 Puriene A, Aleksejuniene J, Petrauskiene J, Balciuniene I, Janulyte V. Self-perception mental health and job satisfaction among lithuanian dentists. *Ind Health.* 2008;46(3):247-52.
- 5 Centers of Disease Control. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during

- exposure-prone invasive procedures. *MMWR Recomm Rep.* 1991;40(RR-8):1-9.
- 6 Discacciati JAC, Sander JA, Castilho LS, Resende VLS. Verificação da dispersão de respingos durante o trabalho do cirurgião-dentista. *Rev Panam Salud Publica.* 1998;3(2):84-87.
 - 7 Freitas NBB. Riscos devido a substâncias químicas. São Paulo: Kingraf; 2000.
 - 8 Anselmo CWSF, Bion FM, Catanho MIJA, Medeiros MC. Possíveis efeitos adversos dos campos eletromagnéticos (50/60 hz) em humanos e em animais. *Cienc Saúde Coletiva.* 2005;10(supl):71-82.
 - 9 Brasil. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde do Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 - 10 Santos-Filho SFB, Barreto SM. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(1):181-93.
 - 11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
 - 12 Levin RP. Reclaiming the passion for dentistry. *J Am Dent Assoc.* 2008;139(6):765-6.
 - 13 Reibnitz Júnior C, Caetano JC, Prado ML. A contribuição do trabalho odontológico na resolução de problemas de saúde da população: a concepção de alunos de Odontologia. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2009;19(1):189-206.
 - 14 Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996. [Internet] [citado 8 Dic 2010]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.
 - 15 Epi Info™, a database and statistics program for public health professionals. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
 - 16 Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AAS. BioEstat: aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. 2007. Belém: MCT/CNPq; 2007.
 - 17 Villalba JP, Madureira PR, Barros NF. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2009;27(3):262-8.
 - 18 Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirujanos-dentistas que atuam em um serviço público. *Ver Saúde Pública.* 2006;40(6):1019-26.
 - 19 Hopcraft MS, Milford E, Yapp K, Lim Y, Tan V, Goh L, Low CC, Phan T. Factors associated with the recruitment and retention of dentists in the public sector. *Journal of Public Health Dent.* 2010;70(2):131-9.
 - 20 Gonçalves ER, Ramos FRS. O trabalho do cirurgião-dentista na estratégia de saúde da família: potenciais e limites na luta por um novo modelo de assistência. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2010;14(33):301-14.
 - 21 Badan DEC, Marcelo VC, Rocha DG. Percepção e utilização dos conteúdos de saúde coletiva por cirujanos-dentistas egressos da Universidade Federal de Goiás. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(supl 1):1811-8.
 - 22 Medeiros CLA, Queiroz MDD, Souza GCA, Costa ICC. Expectativas de cirujanos-dentistas sobre a inserção da saúde bucal no programa saúde da família. *Rev. Eletrônica de Enfermagem.* 2007;9(2):379-88 [Internet] [citado 15 Ene 2011]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a07.htm>.
 - 23 Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(11):2727-39.
 - 24 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção básica prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família. *Diário Oficial da União,* 29 dez. 2000.
 - 25 Lazeris AM, Calvo MCM, Regis-Filho GI. A formação de recursos humanos em odontologia e as exigências do setor público: uma contribuição para serviços de saúde públicos e de qualidade. *Rev Odonto Ciênc.* 2007;22(56):166-6.
 - 26 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC nº50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União,* 20 mar. 2002.
 - 27 Pereira ER, Freitas VRP. Aspectos fisioterápicos na promoção da saúde do cirurgião-dentista. *Ação Ergon.* 2001;1(2):108-11.
 - 28 Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Manual de biossegurança no atendimento odontológico. Divisão Estadual de Saúde Bucal de Pernambuco; 2001.
 - 29 Garbin AJI, Garbin CAS, Ferreira NF, Ferreira NL. Evaluación de la incomodidad ocupacional: nivel del ruido de una clínica de graduación. *Acta Odontol Venez.* 2006;44(1):42-6.
 - 30 Tôrres BO, Fernandes MJM, Félix SSS, Costa ICC. A Perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR) na formação acadêmica: conhecimentos e medidas de prevenção. *Odontol Clín Cient.* 2007;6(2):151-4.
 - 31 Azevedo MFM, Santos MS, Oliveira R. O uso da cor no ambiente de trabalho: uma ergonomia da percepção. *Ensaio de Ergonomia: Rev Virt Ergon.*

- 2000 [Internet] [citado 5 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.eps.ufsc.br/ergon/revista/artigos/rubia.pdf>.
- 32 Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica. 2006 [Internet] [citado 23 Ene 2011]. disponible en: http://www.cro-rj.org.br/doc/codigo_etica%202006.pdf.
- 33 Schroeder MDS, Marin C, Miri F. Biossegurança: grau de importância na visão dos alunos do curso de graduação de Odontologia da Univille. Rev Sul-Bras Odontol. 2010;7(1):20-6.
- 34 Knackfuss PL, Barbosa TC, Mota EG. Biossegurança na odontologia: uma revisão de literatura. Ver Grad. 2010; 3(1) [Internet] [citado 5 Ene 2011]. Disponible en: <http://revistasaletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/graduacao/article/viewFile/6751/4905>.
- 35 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
- 36 Garbin AJI, Presta AA, Garbin CAS, Lima DC. Ocurrencia de accidentes ocupacionales y conducta en la práctica odontológica. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2006;7(1-2):29-33.
- 37 Orenha ES, Eleutério D, Saliba, NA. Organização do atendimento odontológico no serviço público: trabalho auxiliado, produtividade e ambiente físico. Rev Odontol Unesp. 1998;27(1):215-24.
- 38 Frazão P, Castellanos RA. La participación del personal auxiliar de odontología em los sistemas locales de salud. Rev Panam Salud Publica. 1999; 5(2):106-15.
- 39 Saliba TA, Eleutério D, Saliba CA, Moimaz SAS. Trabalho odontológico auxiliado em serviços públicos e particulares. RPG Rev Pós-grad. 1998;5(3): 171-6.
- 40 Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. Interface-Comunicação, Saúde Educ. [Internet] [citado 16 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010ahead/aop3710.pdf>.
- 41 Mialhe FL, Gonçalo CS, Furuse R. Satisfação profissional de uma amostra de Cirurgiões-Dentistas. Odontol Clín Cient. 2008;7(2):139-43.
- 42 Nicolielo J, Bastos JRM. Satisfação profissional do cirurgião-dentista conforme tempo de formado. Rev Fac Odontol Bauru. 2002;10(2):69-74.
- 43 Hernández PHA. El paradigma dinámico en salud ocupacional. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2007;8(2):59-68.
- 44 Aguilera-Velasco MA, Fernández MA, Figueroa RMR, Figueroa MGM, Radillo BEP. Intervención socioeducativa y promoción de salud ocupacional. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2008;9(2):50-60.
- 45 Garcia PPNS, Terence RL, Souza AC. Avaliação de Cirurgiões-Dentistas quanto ao uso de pessoal auxiliar na organização do atendimento clínico. Rev Odontol Unesp. 2004;33(1):25-32.
- 46 Araújo MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010;27(3):230-6.

Recibido: 30 de julio de 2012

Aprobado: 30 de mayo de 2013