

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA-UNIFOR
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ANASTÁCIA LEITE JUCÁ RAMALHO

AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NA
PRÁTICA DE ODONTOPEDIATRAS DE FORTALEZA
Evaluation of Emotional Issues Related to the Practice of
Odontopediatrics in Fortaleza

FORTALEZA

2005

ANASTÁCIA LEITE JUCÁ RAMALHO

**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NA
PRÁTICA DE ODONTOPEDIATRAS DE FORTALEZA**
Evaluation of Emotional Issues Related to the Practice of
Odontopediatrics in Fortaleza

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Psicologia da Universidade de Fortaleza, como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração:

Orientador: Profa. Dra. Regina Heloisa Maciel.

Fortaleza

2005

R165aRamalho, Anastácia Leite Jucá.

Avaliação dos aspectos emocionais envolvidos na prática de odontopediatras de Fortaleza / Anastácia Leite Jucá Ramalho. - 2006.

78 f.

Cópia de computador.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2006.

“Orientação : Profa. Dra. Regina Heloisa Maciel.”

1.Odontólogos – Aspectos psicológicos. 2. Odontopediatria. 3. Stress.

I. Título.

CDU 616.314-051:159.9

**AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS EMOCIONAIS ENVOLVIDOS NA PRÁTICA DE
ODONTOPEDIATRAS DE FORTALEZA**
**Evaluation of Emotional Issues Related to the Practice of Odontopediatrics in
Fortaleza**

Anastácia Leite Jucá Ramalho

Aprovada em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Grace Sampaio Teles- UNIFOR

Dr. José Jeová Siebra Moreira Neto- UFC

Dra. Regina Heloisa Maciel -UNIFOR

Dra. Tereza Glaucia Rocha Matos- UNIFOR

Dedico esse trabalho aos meus filhos, Pedro e Ana Maria,
verdadeiros presentes de Deus em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me fazer compreender que a vida é muito mais do que, simplesmente, nascer e morrer.

Aos meus pais e familiares, em especial à minha mãe, Maria José, pelo maravilhoso exemplo de que sempre é tempo de recomeçar, ou melhor, de começar a viver.

Ao meu marido, Rommel, por me ensinar que o verdadeiro amor apóia, mas também liberta o outro para sonhar.

À Célia, filha escolhida, pela demonstração de que o que todo ser humano precisa para ser feliz e desenvolver suas potencialidades é apoio, incentivo e, principalmente, amor.

Aos professores da Clínica Infantil do Curso de Odontologia da UNIFOR, mais que colegas, amigos, pelo apoio e incentivo incondicional a esse trabalho.

Aos professores do Mestrado em Psicologia da UNIFOR, pelos novos conhecimentos que com certeza diferenciarão e engrandecerão minha prática diária.

Às Dras. Sylvia Cavalcante, Tereza Gláucia Matos e Grace Sampaio Teles, por me ensinarem que a verdadeira sabedoria é melhor transmitida com simplicidade.

À Dra. Regina Heloisa Maciel, primeira a acreditar nesse trabalho, pela orientação, disponibilidade, paciência e, principalmente, pela amizade construída nessa fase de minha vida profissional e pessoal. Obrigada, amiga.

À Fernanda Nícia que, além dos papéis de prima, irmã e amiga tão bem desempenhados em minha vida, revelou-se uma fiel colega de turma, prestativa, incentivadora e dedicada.

À Ana Inês, André, Ana Letícia, Álvaro, Cristiane, Eveline, Érika, Fabiana, Fernanda, Gláucio, Luisa, Márcio, Terezinha, Rossana, Rosane, Fátima, colegas da VI Turma de Mestrado em Psicologia que na sua diversidade de saberes e sentimentos conseguiram enriquecer, ainda mais essa experiência acadêmica com profundos ganhos pessoais e afetivos.

À Dra. Lília Ramalho Martins, mestre em Informática, pela demonstração de que mesmo nos momentos que mais precisamos de ajuda podemos ser tão necessários.

A todos os colegas odontopediatras, sujeitos da pesquisa, pela fundamental colaboração. Sem vocês o trabalho não seria possível. Em especial, à Dra. Karine Landim.

Ao Presidente da Assembléia Legislativa do Estado do Ceará, Deputado Marcos Cals, que por entender a qualificação profissional não apenas como um ganho pessoal, mas também como melhoria para a instituição e para a sociedade, me apoiou liberando-me para realização desse mestrado.

Enfim, a todos que de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização desse trabalho que, mais que uma simples pesquisa, era um projeto de vida.

**“Se uma pessoa fizesse apenas o que entende, jamais
avançaria um passo.”**

(Clarice Lispector)

RESUMO

Com o objetivo de avaliar os aspectos emocionais envolvidos na prática odontopediátrica e conhecer o índice de *burnout* de um grupo de odontopediatras de Fortaleza, realizamos uma pesquisa de campo descritiva, utilizando triangulação de métodos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e aplicação de questionários contendo a Escala de Maslach. A população estudada é composta por 76 dentistas registrados no CRO-CE (2003) na especialidade de odontopediatria, e a amostra foi composta por aproximadamente 50% da população. Foram realizadas 4 entrevistas e recebidos 38 questionários respondidos. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas através da categorização dos dados obtidos e os questionários foram avaliados através do programa SPSS para Windows (versão 9). Com a discussão e confronto dos dados quantitativos e qualitativos, concluímos que os odontopediatras de Fortaleza apresentam um alto índice global de *burnout* (54,89) quando comparados com outras categorias profissionais da área de saúde, tendo a falta de realização profissional (39,73) como a grande responsável por esse elevado índice e a despersonalização (2,36) como o fator que menos contribuiu para a sua elevação. Ao contrário do esperado, não encontramos relação entre a falta de realização profissional e o tipo de paciente (crianças) atendido e sim com a não valorização e reconhecimento dos pais e com a baixa remuneração que a especialidade oferece. Esses problemas não são exclusivos da odontopediatria e seria interessante estender o estudo a toda classe odontológica como meio de diagnóstico de saúde/doença nessa categoria profissional.

Palavras-chave: Dentistas, Odontopediatria, Estresse, Falta de Realização Profissional, *Burnout*

ABSTRACT

Aiming at an evaluation of the emotional aspects involved into the odontopediatric practice and at knowing the *burnout* level of a group of odontopediatricians in Fortaleza, State of Ceará, Brazil, we accomplished a descriptive field research using a triangulation of methods. We promoted semi-structured interviews and the application of questionnaires containing the Malasch Scale. The studied population was integrated by 76 dentists registered in the CRO-CE (2003) specialized in odontopediatrics and the sample was represented by approximately 50% of that population. We promoted 4 interviews and received 38 answered questionnaires. The interviews were recorded, transcribed and analyzed through the categorization of the obtained data and the questionnaires were evaluated through the software SPSS for Windows (version 9). After the discussion and confrontation of the quantitative and qualitative data we concluded that the odontopediatricians in Fortaleza present a high global level of *burnout* (54,89) when compared to other professional categories of the health area, showing the lack of professional accomplishment (39,73) as the greatest responsible for that high level and the depersonalization (2,36) as the factor that less contributed to its uprise. Contrary to our expectation, we didn't find any relationship between the lack of professional accomplishment and the kind of patients (children) assisted but, nonetheless, with the personal devaluation and the parents' recognition and also with the low wages related to that professional specialty. These problems are not exclusive of the odontopediatric area and it would be interesting to extend the study to the whole odontological class as a means of health/sickness diagnosis within that professional category.

Key-words: Dentists, Odontopediatrics, Stress, Lack of Professional Accomplishment, *Burnout*

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Características dos odontopediatras entrevistados.....	46
Tabela 2: Índice geral médio de <i>burnout</i> e suas subescalas.....	67
Tabela 3: Índice global de <i>burnout</i> e subescalas para os diferentes tipos de contrato.	74
Figura 1: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta “Eu me sinto frustrado com o meu trabalho”.	68
Figura 2: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta “Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com minha clientela”.	69
Figura 3: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta “Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho”.	70
Figura 4: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta “Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho”.	70
Figura 5: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta “Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com minha clientela”.	71
Figura 6: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta “Eu posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas”.	71
Figura 7: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta “Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho”.	73

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 A ODONTOLOGIA NA CONTEMPORANEIDADE	15
1.2 SAÚDE/DOENÇA E TRABALHO	18
1.3 ESTRESSE E BURNOUT.....	22
1.3.1 Estresse na Atividade do Odontólogo.....	30
1.3.2 Condições Determinantes do Estresse na Odontopediatria	36
1.4 OBJETIVOS DA PESQUISA	41
2 MÉTODO.....	43
2.1 FASE QUALITATIVA	43
2.1.1.Participantes	44
2.1.2 Procedimento.....	46
2.2 FASE QUANTITATIVA	48
2.2.1 Participantes	48
2.2.2 Instrumento e Procedimento.....	49
3 RESULTADOS e DISCUSSÃO	50
3.1 QUALITATIVOS.....	50
3.1.1 Grau de Satisfação Profissional.....	51
3.1.2 Grau de Satisfação Profissional e Promoção de Saúde e Desenvolvimento do Paciente	52
3.1.3 Satisfação Profissional e Aprendizado Pessoal.....	54
3.1.4 Mau Comportamento Infantil como Obstáculo à Prática Odontopediátrica	55
3.1.5 Mau Comportamento Infantil e Problemas Familiares	56

1.3.6 Problemas Físicos como Obstáculo à Prática	
Odontopediátrica	57
3.1.7 Gênero e Suas Influências.....	58
3.1.8 Tempo de Atuação Profissional e Amadurecimento	60
3.1.9 Tempo de Atuação e Insatisfações.....	62
3.1.10 Despolitização da Classe Odontopediátrica e Problemas Financeiros	63
3.1.11 Serviço Público e Clínicas Particulares.....	64
3.2 QUANTITATIVOS.....	65
3.2.1 Características da Amostra Estudada.....	66
3.2.2 Estresse e Burnout	66
3.2.3 Estresse, Gênero e Tempo de Trabalho.....	72
3.2.4 Estresse e Tipo de Contrato	73
3.3 DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS.....	74
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
6 ANEXOS	92
Anexo I Carta de Informação	
Anexo II Termo de Livre Consentimento	
Anexo III Escala de <i>burnout</i>	

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a odontologia, como as outras profissões da saúde, experimenta uma série de transformações de natureza científica relevantes para o seu engrandecimento social e humanitário. A inclusão do dentista no PSF (Programa de Saúde da Família), juntamente com médicos e enfermeiros, coloca-o em um novo campo de trabalho ainda mais próximo do contexto sociocultural dos pacientes, obrigando-o a ter uma visão mais integral dos mesmos. Contudo, segundo Faria (2003), o conhecimento adquirido pelo profissional ainda é desvinculado das inúmeras e complexas dimensões do ser humano. Os dentistas, em sua formação básica, recebem pouco ou nenhum conhecimento de como proceder frente aos problemas de ordem psicológica e socioeconômica dos pacientes. Por outro lado, a autora acredita que o avanço tecnológico da odontologia contemporânea, principalmente no campo estético, tem sido responsável por um resgaste da auto-estima dos pacientes, tornando as pessoas mais seguras, mais confiantes e, ainda, socialmente mais felizes.

No entanto, mesmo frente a esses avanços, a odontologia ainda é vista com temor pela população que necessita de seus serviços. Algumas profissões e ocupações humanas carregam consigo alguns mitos como: “os advogados são ladrões”, “os políticos são corruptos”, “os psicólogos são loucos” e “os dentistas são sádicos”. O mito do sadismo associado ao dentista, embora de uma forma um tanto caricata, relaciona o exercício da profissão a uma característica de

personalidade do profissional – sádico – baseado na crença de um poder - o dentista dominador e o paciente dominado (Barthes,2002).

O reconhecimento da ansiedade ou do temor que o tratamento odontológico pode originar no paciente remonta à época em que a odontologia não era considerada uma ciência, mas sim uma atividade “artesanal”, muitas vezes exercida por escravos, pajés, monges e até mesmo barbeiros, de forma arcaica, causando bastante dor. A odontologia praticada no século XVI restringia-se quase que somente às extrações dentárias. As técnicas eram rudimentares, nada era empregado para minorar a dor, o instrumental era inadequado e as condições sanitárias precárias. Além disso, a população atendida era das mais pobres e incultas (Porto e Menezes, 2004). O barbeiro ou “sangrador”, como era chamado, devia ser forte, impiedoso, impassível e rápido, gerando grande temor aos que precisavam de seus serviços (Barbosa, 2003). Até hoje, esse medo aflige grande parcela da população, sendo responsável pela imagem negativa associada ao profissional dentista ou à sua atividade profissional (Gradwohl, 2001).

É claro que o dentista não é um “sádico autoritário”, mas é assim representado no imaginário das pessoas. Concretamente, o odontólogo ou cirurgião-dentista ou simplesmente dentista é o profissional que se dedica à prevenção e ao tratamento dos males da boca, das gengivas e dos dentes com vistas ao bem-estar do paciente (Koogan/Houaiss,1998). Mas será que o profissional dentista, ao contrário do que diz o mito que o associa ao sadismo, não está sujeito, como tantos outros profissionais na atualidade, a fatores de medo e estresse originados na sua prática profissional?

O objetivo principal deste trabalho é avaliar o nível de estresse na atividade odontopediátrica e discutir o significado e os sentimentos advindos dessa especialidade, a partir do depoimento de odontopediatras que a exercem cotidianamente.

1.1 A Odontologia na contemporaneidade

Apesar de toda a modernização que a ciência odontológica apresenta, ainda somos um país de desdentados (Lima, 2003) e é notório o descompasso entre as conquistas técnico-científicas e a pobreza global. A situação bucal no Brasil ainda está abaixo da média internacional. Segundo Covre e Alves (2002), 29 milhões de brasileiros nunca obtiveram nenhum tratamento odontológico apesar de o Brasil, em comparação aos países americanos, asiáticos, europeus e oceânicos, possuir maior número de cursos de odontologia. Sória, Boldini e Filho (2002) acreditam que o setor odontológico brasileiro está atravessando uma fase paradoxal, caracterizada pelo excesso de profissionais no mercado e pelo grande contingente populacional carente de tratamentos odontológicos.

A atual política brasileira de saúde pública revela um esforço, por parte de seus dirigentes, talvez unilateral, em relação a mudanças nesse caótico quadro, ou seja, embora todos tenham direito à saúde, vários brasileiros não têm acesso a nenhum tipo de cobertura assistencial médica e, principalmente, odontológica. Para Barbosa (2003), os esforços em relação à implementação de projetos como os do “médico da família” e da “saúde bucal”, ainda são

insuficientes. Ela define a assistência odontológica no Brasil como uma prática predominantemente privada, curativa e socialmente excludente, a maior parte do tempo e do dinheiro gastos com saúde bucal está no setor privado e a grande massa da população tem acesso limitado ou nenhum a este sistema de atenção odontológica. Problemas gerados pela má gestão dos recursos públicos destinados à saúde e pela carência de equipamentos e materiais adequados nas instituições públicas fazem com que o dentista continue a exercer uma odontologia curativa e arcaica, provavelmente gerando desconforto e sofrimento aos pacientes.

Os paradigmas básicos da profissão liberal do dentista sofreram grandes alterações nas últimas décadas. Saímos de uma odontologia essencialmente curativa para uma prática de promoção de saúde bucal e geral do paciente. Atualmente, é uma ciência dividida em especialidades que classificam o dentista de acordo com a sua atuação. Sendo assim, temos dentistas que tratam dos males das gengivas e periodonto (periodontistas); os que tratam os canais radiculares (endodontistas); aqueles que previnem, interceptam ou corrigem as maloclusões (ortodontistas); os que atendem exclusivamente bebês e crianças (odontopediatras); dentre outras especialidades.

Por outro lado, o dentista pode exercer sua atividade profissional em um consultório particular (dentista particular) ou ser funcionário público, atuando em postos de saúde, hospitais, repartições ou escolas públicas (dentista público) ou, ainda, exercê-la em ambas as esferas.

O dentista particular pode ser dono de seu consultório, pode usar um consultório alugado, ou pode, ainda, trabalhar sozinho ou ter outro dentista para

dividir com ele os horários de atendimento e as despesas. Seu consultório pode estar situado em casas, em salas comerciais ou em clínicas multidisciplinares localizadas nos mais diversos bairros da cidade.

Existem duas categorias de dentista particular de acordo com a clientela que ele atende: o particular exclusivo e aquele que, além dos pacientes particulares, atende convênios médico-odontológicos. No caso do dentista particular, seus honorários são provenientes, exclusivamente, do seu trabalho do dia-a-dia, obrigando-o a não ter um horário definido, ou seja, atende até o último paciente que aparecer e, inclusive, atende emergências em qualquer horário da semana, bem como sábados e domingos, afinal não “deve deixar seu paciente na mão”.

O dentista do sistema de saúde pública não é o “dono” de seu consultório, atende em hospitais, postos de saúde, escolas e repartições públicas espalhados por todo o estado ou município. Sua clientela é a população carente que, normalmente, não tem acesso à educação e à saúde senão pelos meios públicos. Ele tem salário fixo, direito a férias, 13º salário e às vezes gratificações ou licenças remuneradas para participação em cursos e eventos científicos de sua área. Não é responsável pela aquisição e manutenção do consultório que trabalha e possui uma carga horária semanal definida.

Na medida em que a prestação de serviços em odontologia está se modificando e se adequando aos novos tempos, os profissionais da área, assim como os das profissões chamadas autônomas – medicina, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outras - ficam sujeitos às novas formas de organização do trabalho que, por sua vez, vêm acompanhadas de novas exigências da clientela.

Trata-se de uma mudança na direção de uma menor autonomia e, conseqüentemente, uma maior exposição às formas “taylorizadas” de controle de seu trabalho e de suas condições de trabalho. Isto pode estar expondo esses profissionais a condições estressantes, como ocorre com outros trabalhadores assalariados. Inclusive, para Barros e Mello (2006), diversos estudos epidemiológicos e qualitativos têm demonstrado a relação entre a falta de controle e de autonomia dos dentistas sobre a organização do trabalho e os diversos problemas de saúde, como as doenças cardiovasculares, gastrointestinais, o sofrimento mental e até mesmo os acidentes de trabalho.

1.2 Saúde/ doença e trabalho

O trabalho, enquanto categoria conceitual, tem sido abordado de diversas formas, sejam elas provenientes da física (trabalho é igual a deslocamento vezes a força), seja da economia (trabalho enquanto atividade de produção), entre outras. Assim, a palavra trabalho pode aparecer associada a diversas situações, oriunda de diferentes campos do conhecimento humano.

Karl Marx (1987), citado por Neto, Oliveira e Vasconcelos (2004), ao desenvolver a idéia de trabalho alienado, sugeriu a noção de trabalho enquanto atividade vital ou vida produtiva. Nessa visão, o trabalho em vez de constituir-se fonte de realização e finalidade básica do homem, é convertido em meio de subsistência e fonte de alienação. Os produtos do trabalho humano aparecem como coisas alheias e estranhas ao seu produtor, passando a levar uma

existência autônoma sob a forma de mercadoria. Freud (1980), citado por Tittoni (1994), acredita no trabalho como um meio pelo qual o homem procura relacionar-se com o mundo externo na busca do prazer e de evitar o sofrimento, uma vez que é através do intercâmbio com a natureza que o homem produz os valores de uso necessários à satisfação de suas necessidades. Assim sendo, para Tittoni (1994), do ponto de vista marxiano, o trabalho aparece vinculado à consciência e à objetivação do ser humano e, do ponto de vista do pensamento freudiano, o trabalho aparece como mecanismo de vinculação à vida em sociedade.

Nas sociedades contemporâneas, o trabalho representa um importante valor e tem considerável influência sobre a satisfação e a produtividade, assim como sobre o sofrimento dos trabalhadores. A ética protestante do trabalho representa o antigo jargão de que quanto mais eu trabalhar, melhor me tornarei como pessoa. Vários ditados populares reafirmam essa mensagem que nos persegue insistindo que o trabalho é igual à virtude, sendo o único meio que dignifica o ser humano. Como exemplos, citamos alguns ditados populares: “Mente ociosa, oficina do diabo” ou “Quem não trabalha, não deve comer”. Esse importante valor atribuído ao trabalho pode ser uma fonte de compreensão dos sentidos que ele tem para os que o realizam e como tais significados se relacionam com a identidade e conseqüente comprometimento do trabalhador com o seu ofício (Donkin, 2003).

Embora o trabalho dos profissionais autônomos tenha se mantido relativamente ileso à alienação decorrente da industrialização que tomou conta do

trabalho artesanal desde o início da revolução industrial, assistimos, atualmente, à mercantilização dos procedimentos médicos, odontológicos e áreas afins.

A compreensão sobre o significado do trabalho na constituição do ser humano comporta inúmeras interpretações que se expressam nas diversas concepções teóricas e metodológicas acerca da relação entre saúde/doença e trabalho. É evidente a constatação de que o trabalho provoca desgaste no trabalhador. Para Jacques e Codo (2002), tal constatação implica considerar que o processo de desgaste do homem não ocorre somente por processos naturais, como o envelhecimento ou a doença em sua dimensão exclusivamente biológica. Para os autores, os fatores psicossociais são fundamentais nesse processo.

No entanto, as relações entre saúde/doença mental e trabalho não são fáceis de detectar. E não poderia ser diferente. O trabalho é o modo de ser do homem e, assim, invade e permeia todos os níveis de sua atividade, de seus afetos, de sua consciência, tornando-se difícil de pesquisar, já que os sintomas da doença se escondem em todos os lugares. Além disso, porque as relações entre saúde /doença mental e trabalho manifestam-se em um plano individual, embora determinadas pela estrutura social, fica difícil reconstruir os nexos entre o individual e o social, quando se fala de sofrimento psíquico.

De acordo com Jacques e Codo (2002), alguns princípios básicos vêm se constituindo como fundamentais ao campo de estudo da saúde/doença mental e trabalho, tais como:

a) uma abordagem interdisciplinar, na qual epidemiologia, psicologia organizacional e do trabalho, sociologia, macroeconomia, psicologia clínica e/ou psiquiatria concorrem para explicar o problema;

- b) uma compreensão holística e dialética da empresa e do trabalhador;
- c) a interpretação entre fatores objetivos, intersubjetivos e subjetivos do trabalho;
- d) a organização do trabalho como algo em eterna construção.

Morin (2001) acredita que a organização do trabalho deve oferecer aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, de praticar e de desenvolver suas competências, de exercer seus julgamentos e seu livre-arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar. Três estados psicológicos teriam assim um impacto importante na motivação e na satisfação de uma pessoa no seu trabalho: o sentido que ele encontra na função exercida, o sentimento de responsabilidade que vivencia em relação aos resultados obtidos, e o conhecimento de seu desempenho no trabalho. Ele finaliza afirmando que um trabalho só tem sentido para alguém quando o acha importante, útil e legítimo.

Se o trabalho confronta com o desejo do trabalhador, ele resulta em uma carga psíquica que em geral aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui. Quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível ou quando a relação do trabalhador com a organização é bloqueada, o sofrimento começa. A energia pulsional, por não encontrar descarga no exercício do trabalho, se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. Para Dejours (1994), tais sentimentos negativos retornam para o corpo, desencadeando uma tradução somática de uma carga psíquica excessiva. E, caso não ocorra uma interrupção da evolução do processo, ou seja,

nenhuma mudança acontecer ao nível da organização do trabalho, este pode desencadear uma descompensação não só psíquica como também somática.

Durand (2000) afirma que podemos visualizar no indivíduo que adoece particularidades do seu local de trabalho, da sua função, das exigências da sua chefia, enfim, da sua vida dentro e fora do trabalho. Para a autora, é como se a consciência de cada indivíduo que adoece utilizasse a doença para expressar seu desacordo com o trabalho que anula o que ele tem de melhor a oferecer. A autora ainda acredita que as doenças ocupacionais são de época, ou seja, constituem respostas que o ser humano dá aos sofrimentos e desafios que cada período histórico coloca.

1.3 Estresse e *burnout*

Estresse é um termo inglês cujo uso se popularizou e é empregado com vários significados. Na literatura encontramos estresse como estímulo (“o trânsito é um estresse imenso”) ou como reação (“o chefe está irritado, com um estresse insuportável!”) e, dificilmente, como processo, o que corresponde à sua verdadeira natureza (Seger, 2002). Oriundo da física, o termo estresse significa qualquer força aplicada sobre um sistema levando-o à deformação ou à destruição.

Selye (1965), um endocrinologista canadense, após diversos estudos sobre as reações ao estresse, transferiu o conceito de estresse da física para a medicina e a biologia. Para ele, o estresse é o resultado da exposição continuada

do organismo à Síndrome Geral de Adaptação (SAG). A SAG é definida como o esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações consideradas ameaçadoras à vida e ao seu equilíbrio. A SAG é constituída por três fases: alarme, resistência e exaustão. Cada fase apresenta processos e reações específicas, tanto na dimensão orgânica quanto na psicológica, processos esses que devem ser suportados pelo organismo que utiliza grande parte de sua energia durante a reação. Assim, quando a SAG ocorre com freqüência em um curto espaço de tempo, pode provocar o stresse do organismo.

Para Lipp (1996), estresse é definido como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um meio ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo, que a faça extremamente feliz. Enfim, é um processo e não uma reação única.

A permanência da homeostase orgânica se dá por meio de um sistema de estimulação proprioceptiva, de *feedbacks* e auto-regulação. Essa ativação garante o funcionamento orgânico regular e normal e com ele a sobrevivência. O estresse provoca uma extrapolação desses parâmetros regulares, forçando o organismo a atividades e reações muito maiores e complexas que as homeostáticas (Seger, 2002). Segundo esses autores, os sintomas típicos da fase de alarme são: taquicardia, dor de cabeça, pressão alta ou extremamente baixa, sudorese, sensação de esgotamento, irritabilidade, fadiga crônica, zumbido nos ouvidos, pressão no peito, distúrbios gastrointestinais, mãos e pés frios, músculos sempre tensos, pesadelos e outros mais. Na fase de resistência, os sintomas são mais de natureza psicológica, pois os de natureza física

desaparecem devido ao organismo ter elevado o seu nível normal de ativação e, no seu lugar, surgem: sensações de medo, nervosismo, apetite oscilante, ranger de dentes, queda de cabelo, ansiedade, roer de unhas, isolamento social e impotência sexual temporária. Já na fase de exaustão, os sintomas manifestados são específicos da patologia que vier a se instalar, ou seja, há um colapso energético do órgão vulnerável, aparecimento de uma patologia orgânica ou óbito súbito. Sendo assim, o estresse pode ser entendido como um estado intermediário entre a saúde e a doença. Um estado durante o qual o corpo luta contra o agente causador do desequilíbrio.

O agente estressor pode ser definido como tudo que cause uma quebra na homeostase interna, que exija alguma adaptação. Existem estressores externos e internos. Os externos independem do mundo interior da pessoa, acontecem fora do seu corpo e da sua mente. Já os estressores internos são determinados pelo próprio indivíduo (Lipp, 1996).

Para Vasconcellos (2002), existem dois tipos de estresse: o “eustresse” e o “distresse”. Entende-se por eustresse (do grego “eu” que significa “bom”), os estímulos positivos que nos incentivam a lutar por um ideal, a progredir na vida profissional e a promover o nosso bem-estar. Ainda que seja uma ativação exacerbada e induza a uma descarga de hormônios, a reação de alarme é normal e o comportamento adaptativo é natural de qualquer organismo vivo, uma vez que, após essa fase de excitação, retorna ao estado de equilíbrio. É comum relacionarmos o eustresse com situações de estresse que nos proporcionam uma sensação agradável como: a vitória do time preferido, passar no vestibular, um beijo apaixonado, dentre outras. Assim sendo, não é correto

afirmar que o estresse é sempre algo ruim, pois em algumas situações ele pode ser responsável pela nossa motivação, inclusive até aumentando o nível de energia no nosso corpo, possibilitando o alcance de maiores graus de progresso físico e mental. O termo *distresse* (do grego “dis” que quer dizer “mau”) refere-se aos estímulos negativos que afetam o equilíbrio da vida humana, que devemos combater ou controlar, visto que as conseqüências dessa estratégia de adaptação tornam-se trágicas para o próprio organismo. Exausto pela atividade excessiva, tendo gastado toda a sua energia e incapacitado de voltar à fase de repouso, o organismo adapta-se alterando seus índices normais de atividade orgânica e concentra o processo de reação interna em um determinado órgão (a Síndrome Geral de Adaptação muda para uma Síndrome de Adaptação Local) e o órgão entra em colapso, desenvolvendo então uma patologia (Seger, 2002).

Para Lipp (1996), na área emocional, o estresse pode produzir desde apatia, depressão, desânimo e sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, até raiva, ira, irritabilidade e ansiedade, além de ter o potencial de desencadear surtos psicóticos e crises neuróticas. Para a autora, o estresse também contribui para a etiologia de várias doenças graves afetando a qualidade de vida individual e coletiva. Dentre essas patologias podemos citar a hipertensão arterial, úlcera gastroduodenal, câncer, psoríase, vitiligo, retração gengival, depressão, pânico e surtos psicóticos. Mas é importante entendermos que o estresse não é a única causa destas patologias, e sim uma ação desencadeadora ou agravante da problemática.

Para Aubert (1996), o estresse relacionado à atividade profissional também se apresenta como uma perturbação momentânea quando ocorre uma

ultrapassagem das capacidades de adaptação. Mas, seja em razão da diminuição das fontes de estresse, seja em razão da adaptação bem-sucedida às novas exigências do trabalho, o organismo volta ao estado de normalidade. Porém, se as fontes estressoras persistirem de maneira intensa e repetida e ultrapassarem as capacidades de adaptação do indivíduo, origina-se uma situação que o autor denomina de neurose profissional. Para ele, a neurose profissional é uma afecção psicogênica persistente, cujos sintomas são a expressão simbólica de um conflito interno psíquico no qual o desenvolvimento está ligado a uma situação organizacional ou profissional determinada.

Selye (1965) e seus seguidores focalizaram as pesquisas em estressores físicos e respostas fisiológicas do estresse, porém as atuais pesquisas enfatizam os estressores psicológicos e as respostas psicológicas aos estímulos, podendo o estresse ser entendido como um processo psicobiofisiológico e ser denominado de biopsicossocial em que os aspectos e elementos se inter-relacionam em busca da resposta mais adequada, satisfatória e sensata possível (Seger, 2002).

A chamada síndrome de *burnout* identifica um tipo específico de resposta de estresse que pode ocorrer em alguns tipos de atividades. O termo *burnout* é uma composição dos termos ingleses *burn* (queimar) e *out* (exterior), sugerindo assim que a pessoa consome-se física e emocionalmente. Segundo Gil-Monte e Peiró (1999), a síndrome se caracteriza como uma resposta a fontes crônicas de estresse emocional e interpessoal no trabalho. É um estado de exaustão mental ou física causado pelo estresse excessivo ou prolongado e, normalmente, acompanhado por sentimentos de infelicidade, falta de esperança e

desenvolvimento de atitudes e conceitos negativos em relação ao trabalho, à vida e às outras pessoas.

Para Borges et al (2002), a primeira descrição sistemática da síndrome de *burnout* foi realizada pelo psiquiatra Herbert J. Freudenberg, em 1974. A partir daí, numerosos estudos surgiram, inicialmente centrados nas descrições clínicas do fenômeno e em constatações não empíricas de sua relativa frequência. Nos anos 80, desenvolveram-se pesquisas empíricas sobre o fenômeno e colocaram-se em foco as categorias ocupacionais em que a síndrome aparece com maior frequência: aqueles trabalhos que implicam em cuidar do outro, como o dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, dentistas etc) e da educação.

Gil-Monte e Peiró (1997) diferenciam os estudos da síndrome de *burnout* sob duas perspectivas de conceituação e abrangência do fenômeno: a clínica e a psicossocial. Para eles, a primeira define a síndrome como um estado relacionado com experiências de esgotamento, decepção e perda de interesse pela atividade de trabalho surgidas pelo desgaste diário dos profissionais que trabalham em contato direto com outras pessoas. Esse esgotamento seria o resultado da persistência de um conjunto de objetivos inalcançáveis. A segunda perspectiva é a psicossocial e entende a síndrome como um processo que se desenvolve através da interação de características do ambiente de trabalho e características pessoais. Enfim, podemos entender *burnout* como conseqüência de um desajuste entre as necessidades/desejos do trabalhador e dos interesses da empresa ou organização.

Borges et al (2002) consideram a síndrome um problema que afeta principalmente os profissionais voltados para atividades de cuidado com os

outros, em especial aqueles com problemas. Gil-Monte e Peiró (1999) acreditam que a maior incidência da síndrome de *burnout* se dá em profissionais de serviços que prestam uma função assistencial ou social. Os autores ainda acreditam que a deteriorização na qualidade de vida no trabalho desses profissionais tem repercussões sobre a sociedade em geral. Ajudar ao outro sempre foi reconhecido como algo nobre, da essência cristã, mas só agora nos damos conta dos grandes custos emocionais que isso implica.

Maslach e Leiter (1999) assumem o caráter multidimensional da síndrome, afirmando que ela se manifesta através de três componentes distintos: o esgotamento ou exaustão emocional, a redução da realização pessoal no trabalho e a despersonalização do outro. O esgotamento emocional refere-se a sentimentos de fadiga e redução dos recursos emocionais necessários para lidar com a situação estressora. O segundo componente refere-se à percepção da deteriorização da autocompetência e à falta de satisfação com as realizações e os sucessos de si próprio no trabalho. O terceiro componente se refere a atitudes negativas, ceticismo, insensibilidade e despreocupação com respeito às outras pessoas. Ainda segundo Borges et al (2002), as dimensões da síndrome referentes à despersonalização e redução da realização pessoal no trabalho são inerentes às profissões de cuidados humanitários.

O processo é dinâmico e acontece seqüencialmente. Seu progresso em estágios nos dá a oportunidade de reconhecer os sintomas e de tomar as medidas necessárias para preveni-lo (Gil-Monte e Peiró, 1999). Inicia-se com o desenvolvimento dos sentimentos de baixa realização pessoal e esgotamento

emocional em paralelo e, posteriormente, em resposta a ambos, instala-se a despersonalização do outro como maneira de afrontamento ou defensiva.

Para Maslach e Leiter (1999), o desgaste físico e emocional não se refere apenas à presença de emoções negativas, mas trata-se também da ausência de emoções positivas. Os fatores etiológicos da síndrome são classificados em facilitadores e desencadeadores. Os facilitadores são as variáveis de caráter pessoal que facilitam ou inibem a ação dos estressores sobre o indivíduo, enquanto que os desencadeadores são os percebidos como crônicos no ambiente de trabalho. Para eles, a identificação dos desencadeadores no ambiente de trabalho permite o planejamento de ações preventivas.

Em se tratando de formas de prevenção de *burnout*, França e Rodrigues (1997) defendem que se deve aumentar a variedade de rotinas para evitar a monotonia, prevenir o excesso de horas extras, dar melhor suporte social às pessoas, melhorar as condições sociais e físicas do trabalho e investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores.

Estudos como o de Borges et al (2002), que analisa o relacionamento entre os valores organizacionais, como a cultura da organização, e os níveis da síndrome de *burnout*, e o de Robayo-Tamayo (1997), que explora a associação direta entre a síndrome e os valores atribuídos pelos profissionais, no caso as enfermeiras e auxiliares de enfermagem, às organizações onde trabalham, justificam a importância e a necessidade de pesquisas na área para subsidiar a prevenção da síndrome e, conseqüentemente, melhoria da saúde do trabalhador.

No caso específico das profissões de saúde, o estudo do estresse decorrente do trabalho, na forma da síndrome de *burnout*, pode levar a um

melhor entendimento dos conflitos e dificuldades no relacionamento profissional-paciente e melhorar o atendimento da população.

1.3.1 Estresse na atividade do odontólogo

Inúmeras transformações ocorreram nos procedimentos odontológicos desde o surgimento da prática artesanal, na antiguidade, até a sofisticada odontologia contemporânea. O arsenal ou equipamento de trabalho deu um “salto” tecnológico incomparável! Nos consultórios dentários, podemos encontrar: bomba a vácuo, potente alta rotação, aparelhos a laser, ultra-som para endodontia e periodontia, microcâmeras que oferecem uma visão ampliada da boca e dos canais radiculares. São tecnologias que permitem visualizações e tratamentos nunca antes sonhados. Microcomputadores arquivam todos os dados dos pacientes e organizam o consultório em relação a pagamentos e recebimentos; celulares e *palmtops* conectam os dentistas com seus pacientes, fornecedores e colegas a qualquer momento e sofisticados *softwares* permitem levar o consultório e seus arquivos nos celulares, tornando os dados passíveis de serem acessados em qualquer tempo ou lugar. Os laboratórios farmacêuticos lançam quase que diariamente produtos ou medicamentos que prometem uma ação e resultados sempre melhores que os outros já utilizados. Esses medicamentos são explorados insistentemente na mídia, informando não só o profissional como também os pacientes, que passam a cobrar de seus dentistas o seu uso na clínica odontológica. Se, por um lado, essas transformações

facilitaram determinados procedimentos, por outro, levaram o profissional a um estresse constante na busca da informação e permanente contato com o consultório e pacientes.

Segundo Codo, Sampaio e Hitomi (1993), o trabalho pode ser descrito como algo mágico porque é duplo: possui um valor de troca e um valor de uso. Sabemos que um dos fatores determinantes na formação da identidade do trabalhador, segundo os autores, é essa inevitável tensão entre o trabalho como valor de uso (Trabalho Concreto) e como valor de troca (Trabalho Abstrato). Para eles, tudo se iguala com tudo pelo valor de troca e, ao mesmo tempo, tudo se diferencia de tudo pelo valor de uso. A dualidade do trabalho como mercadoria, como valor de uso e valor de troca tem correspondência direta com seu modo de expressão, como trabalho concreto e abstrato, segundo seu valor perante a sociedade. Quando o indivíduo se integra, principalmente, ao mercado de trabalho, ele é portador dessa dupla dimensão, entretanto a força de trabalho é uma mercadoria que não dispõe de flexibilidade a gosto do freguês, porque ela é também o próprio freguês.

O odontólogo como qualquer outro profissional vive essa tensão entre o valor de uso e o valor de troca de sua atividade. Percebe o que significa exercer a odontologia na esfera pública e na esfera privada, podendo esse trabalho ser para ele uma realização pessoal, uma atividade altruísta ou uma forma de obter sua subsistência. O que os pesquisadores na área de estudos sobre o trabalho não têm dúvidas é de que quanto maior a identificação do trabalhador com o seu trabalho, maior é o comprometimento dele com a sua atividade e melhor ele se sentirá na realização desse trabalho. Por outro lado, o trabalhador pouco

comprometido com seu trabalho e realizando tarefas monótonas e pouco criativas, sem controle, sem flexibilidade e criatividade pode vir a sentir o estresse decorrente do trabalho e, conseqüentemente, apresentar problemas de saúde.

De acordo com o National Research Council and Institute of Medicine (2001), existe uma forte relação entre os distúrbios musculares na região lombar da coluna e a satisfação, monotonia, alta exigência e estresse no trabalho. Dejours (1994b) acredita que o trabalho ocupa grande parte de nossas vidas e, infelizmente para muitos, é fonte de infelicidade, ressentimento e estresse. Assim, o trabalho pode afetar a saúde física e mental dos trabalhadores.

Para Nuto, Calvasina e Barbosa (2002), a profissão de cirurgião-dentista impõe aos seus praticantes estresses dos mais variados níveis e nem sempre o profissional toma consciência dele, percebendo-o somente após a sua somatização.

Para Lima (2003), o trabalho odontológico traz consigo desgastes físico, mental, psicológico e intelectual os quais iniciados na clínica, são permeáveis ao lar e afetam tanto o desempenho profissional quanto o convívio pessoal. O autor afirma ainda que a atividade odontológica induz ao sedentarismo, aos esforços repetitivos geradores de problemas posturais, aos distúrbios visuais e auditivos e à solidão das quatro paredes da clínica, enfim ao estresse.

A atividade odontológica, de acordo com o local do atendimento, possui distintas formas de organização. O sentido do trabalho para um profissional que é um simples empregado, quando atua nos sistemas públicos de saúde, tem um significado diferente de quando ele assume a dupla função de

empregado/empregador na sua clínica dentária. Inclusive, é comum que o dentista do sistema público de saúde sofra algum desconforto em ter que atuar com materiais muitas vezes de qualidade inferior, o que pode colocar em jogo seu nome profissional, fazendo-o sentir medo de fracassar.

Em relação ao custo-efetividade dos tratamentos privados ou públicos, parece existir uma certa tranquilidade do dentista público em ser menos cobrado por erros cometidos ou pela falta de infra-estrutura oferecida. Mesmo com essa “regalia”, o dentista público não está isento de sofrimentos e medos, pois devido às recentes mudanças na política trabalhista brasileira a estabilidade funcional não mais existe. Os baixos salários e a falta de um plano de cargos e carreiras mais justos, além das alterações nas regras da aposentadoria, são alguns dos fatores responsáveis por tais inquietações.

Nos tratamentos particulares, a idéia é a procura por melhor qualificação, portanto, maior exigência. Barbosa (2003) afirma que os planos de saúde odontológicos, na sua maioria, têm atingido parcelas da população com menos renda, enquanto que as parcelas de renda mais alta continuam preferindo escolher seu dentista, pois isto permite um maior poder de exigência em relação à efetividade dos tratamentos dentários e o profissional precisa fazer frente a essa demanda.

Apesar do alto nível de cobrança por parte dos pacientes particulares e dos baixos preços dos honorários aplicados nas tabelas dos convênios, o dentista particular, como qualquer outro profissional liberal, não tem salário fixo, ganha pelo que trabalha. Comumente, ele não se permite momentos de lazer ou de ócio sem que um grande peso na consciência o atormente. Também é comum

representar para a sociedade um papel de bem-sucedido, sempre muito ocupado, o que o faz pagar um ônus muito alto para permanecer no topo dessa lista. Afinal, a aquisição de novas tecnologias, a manutenção de uma clínica particular de alto padrão e a participação em congressos e eventos científicos custam caro e o obrigam a trabalhar cada vez mais, entrando em um círculo vicioso em que o lazer ou o ócio se distanciam mais e mais de suas vidas. Após horas de uma exaustiva jornada de trabalho, o dentista não tem um tempo para si, para sua livre expressão, um tempo feito por ele e para ele. Como diria Munné (1980), seu tempo é heterocondicionado pelo sistema social/produtivo, ou seja, não é o dentista quem determina o seu tempo livre nem o que vai fazer, mas esse tempo é condicionado pelos valores culturais e sociais a que pertence. Isso é tão verdade que em rodas de conversas com dentistas não é incomum que o assunto seja sempre o mesmo: pacientes e seus casos “espetaculares”. Poucos são os que lêem outro tipo de assunto, que sabem o que se passa no mundo, que atuam em outras áreas como as artes, a música, enfim seus mundos são bem fechados, diria até limitados à boca de seus pacientes e às quatro paredes de seus consultórios. Mas acreditamos na necessidade do ser humano de sentir-se “ser”, de perceber-se “pessoa” e de desenvolver outras potencialidades criativas, afetivas, além do trabalho. Afinal, o que diariamente presenciamos são queixas por mais tempo para lazer, para esportes, para namorar, para brincar ou ficar com os filhos, enfim, até para nada fazer.

Outro importante fator que vem experimentando grandes transformações e, portanto, é fonte de inúmeras inquietações para o dentista é o relacionamento profissional/paciente. Nuto, Calvasina e Barbosa (2002), fazendo

uma retrospectiva, afirmam que no inconsciente coletivo ficou a idéia de que o dentista é um doutor com poder, status e riqueza. Um todo poderoso que não sente, mas provoca medo e dor.

Para Guedes-Pinto e Corrêa (1985), a sociedade, nas práticas de saúde, associa o sofrimento somente aos pacientes e defende a máxima de que o dentista não sofre, faz sofrer. Embora o próprio saber científico defina o sujeito ativo no espaço (o dentista) do sujeito passivo (o paciente) e a distribuição espacial do consultório dentário determine uma hierarquia do dentista sobre seus doentes (a posição do paciente deitado ou sentado na cadeira odontológica o torna inferior ao dentista), tais condições não evitam que o profissional tenha medo do fracasso profissional ou de perder seus pacientes. Para Nuto, Calvasina e Barbosa (2002), o dentista, de um “todo poderoso” não tão bem-visto, gradualmente, com os aprendizados do cotidiano, transforma-se em um “ser humano”, que, além de doar conhecimentos técnicos, necessita saber lidar com suas emoções e com as emoções dos outros.

Essa relação paciente-profissional se torna bem mais frágil no sistema público de saúde. O dentista não tem autonomia para escolher dos pacientes que trata. Na sua grande maioria, são pessoas carentes que trazem consigo alguns males ou doenças que podem ser transmitidas pelo íntimo contato exigido pela prática odontológica como também as medidas de biossegurança nem sempre estão disponíveis nos órgãos públicos, fazendo com que o dentista se mantenha distante, temeroso, prejudicando a relação com o paciente.

Atualmente, o dentista como qualquer outro profissional ou trabalhador também está sujeito às mudanças ocorridas nos meios de produção e no modo

de produção capitalista. Ele é considerado pelo Código de Defesa do Consumidor, como prestador de serviço e, conseqüentemente, subordinado às suas normas e leis. Essa nova visão originou mudanças nas atribuições do dentista que, além de suas funções técnicas, deve doravante elaborar um prontuário adequado e apto a constituir um elemento de prova útil na demonstração de inoccorrência de culpa profissional.

Finalmente, a odontologia, como qualquer outra atividade profissional produtiva, não fica alheia à crise política e econômica que assola o país. Sofre com a pouca oferta de empregos tanto na esfera pública como na privada e com as baixas remunerações oferecidas, gerando no profissional insatisfações e frustrações, influenciando negativamente sua qualidade de vida.

1.3.2 Condições determinantes do estresse na Odontopediatria

Para Guedes-Pinto e Corrêa (1985), o profissional que atende crianças necessita ter algumas qualidades básicas como: amar as crianças, fazer-se gostar por elas, gostar de tratá-las, conhecimentos de odontologia e especificamente de odontopediatria, conhecimento de psicologia infantil, paciência, intuição e bom senso, certa capacidade de persuadir e convencer, certa expressão de autoridade, aptidão para a especialidade e capacidade de manter diálogos com a criança. Os autores complementam dizendo que o odontopediatra deve possuir alguns atributos intrínsecos, de personalidade, e físicos e que na ausência destes, provavelmente, terão maiores dificuldades na

atuação profissional. Tais atributos seriam: boa aparência física, segurança profissional, habilidade e rapidez, ordem e cuidado com o instrumental utilizado e conhecimento do desenvolvimento físico e emocional das crianças. Pois, segundo os autores, eles têm de lidar com um ser em pleno desenvolvimento e crescimento físico-psico e social e com as ansiedades e medos dos pais e acompanhantes (Sandrini, 1991; Aberastury, 1996; Corrêa, 1998; Zagury, 2000 e Gradwohl, 2001).

A fragilidade do ser que atendem pode ser um fator de estresse. Talvez tenham receio de que seu atendimento possa causar alguma iatrogenia ou ser fonte de trauma psicológico para o pequeno paciente.

Essa fragilidade está relacionada, principalmente, ao desenvolvimento psicológico da criança. O odontopediatra precisa ter consciência de que a criança não é um adulto em miniatura. Segundo Spitz (1988), a personalidade do adulto é uma organização claramente definida e hierarquicamente estruturada, a da criança está em formação. A segunda diferença entre a criança e o adulto é quanto ao meio ambiente. O meio que cerca o adulto é constituído de numerosos fatores e é extremamente diversificado, com inúmeros indivíduos, grupos ou coisas inanimadas que influenciam e interagem com sua personalidade. Já o ser humano, ao nascer, não tem mundo, ou seja, não é capaz de distinguir entre o eu e o meio ambiente externo. Ele sente, mas as suas sensações não estão localizadas no espaço (Tuan, 1983). O primeiro ambiente que a criança descobre é a sua mãe. Na realidade, na visão psicanalítica de Winnicott, há um estágio de fusão entre a mãe e o bebê e as psicopatologias profundas são caracterizadas pelas angústias decorrentes de falhas no processo de instalação do indivíduo no

mundo (Cervini,1998). Para Winnicott, nos primeiros seis meses de vida, o bebê depende inteiramente do meio, representado, nessa época, pela mãe ou por seu substituto. O mais importante, segundo Cervini (1998), é o desconhecimento do estado de dependência por parte do bebê. Na sua mente, ele e o meio são uma coisa só (Násio,1995). Dos seis meses aos dois anos, a criança pequena passa para uma fase de dependência relativa da mãe e dos substitutos parentais. A dependência é relativa porque a criança se conscientiza de sua sujeição e, por conseguinte, tolera melhor as falhas de adaptação da mãe, podendo, assim, até tirar proveito delas para se desenvolver. Sendo assim, os adultos são necessários, não somente para a sobrevivência biológica da criança, mas também para desenvolver seu sentido de mundo objetivo (Tuan,1983). A criança, tão logo aprende a andar, quer ir atrás da mãe e explorar o ambiente. Quanto mais hostil for o ambiente, maior a dependência da proteção do adulto. Nesse caso, o consultório odontológico ou o próprio odontopediatra podem representar um mundo estranho que infunde medo à criança pequena, principalmente se a mãe não estiver por perto, já que ela é o seu refúgio e seu ambiente. A questão que se levanta diante dessas constatações é a de que o odontopediatra pode se sentir angustiado ao tomar consciência de que pode ser fonte de sofrimento para o seu paciente infantil.

A relação do odontopediatra com os pais ou responsáveis também pode ser fonte geradora de estresse para o profissional. Alguns pais, por diferentes motivos, acompanham ou entendem o crescimento e desenvolvimento físico e emocional de seus filhos de diferentes maneiras. Enquanto alguns se sentem felizes e aliviados pela independência que os filhos alcançam dia a dia,

outros se sentem ameaçados e ressentidos porque seu “bebê” já não é mais totalmente dependente deles (Steiner,1992). Essa relação é bem vivenciada nos consultórios odontopediátricos, onde muitos pais passam seus medos e angústias para os filhos, modificando seu comportamento e sua atitude frente ao tratamento odontológico. Com isso, o odontopediatra além de estabelecer uma boa relação com a criança e de realizar tratamentos com padrões técnicos aceitáveis, ainda deve manter com os pais ou responsáveis uma relação amigável e aberta, o que nem sempre é possível, visto que a relação não depende só dele.

Outro problema enfrentado atualmente pelos odontopediatras é que as crianças, dado o tipo de vida a que estão sujeitas, repleta de atividades e horários, são mais tensas. A televisão, os computadores, os jogos eletrônicos, os compromissos, a vida familiar fragmentada, entre outros fatores sociais, modificaram os padrões de comportamento infantil, tornando as crianças pequenos adultos mais exigentes e até mais violentos.

Em alguns casos, a criança não coopera com o profissional, dificultando o tratamento odontológico pela falta de maturidade inerente à pouca idade, o que pode gerar no odontopediatra medo ao realizar algumas intervenções clínicas mais complicadas. O receio de fracassar perante os pacientes se relaciona ao medo de perdê-los, comprometendo assim, concomitantemente, suas fontes de realização profissional e financeira.

Essa não cooperação por parte do pequeno paciente, muitas vezes leva o profissional a alterar seu plano de tratamento ou até mesmo a não realizar o tratamento mais eficiente para o caso. O odontopediatra necessita, portanto, ser criativo e maleável sem perder o rigor científico.

Outro problema que a falta de cooperação infantil gera é o aumento no número de visitas chamadas de “consultas de controle de comportamento”. Essas consultas são apenas aproximações ao tratamento para criar um clima mais cooperativo e aumentar a confiança do pequeno paciente. Como vivemos em um mundo em que tempo é dinheiro, tais consultas para os pais ou responsáveis são desgastantes não só pelo aumento do custo final do tratamento como também pelo deslocamento e pelas ausências de seus trabalhos, visto que o paciente infantil não vai sozinho ao consultório. Além disso, muitos pais se recusam a pagar por essas “consultas”, argumentando que nenhum tratamento é realizado, apenas o dentista fica “conversando e brincando” com a criança, não entendendo ou não querendo compreender que a saudável relação conquistada nessas visitas são os fundamentos básicos para a boa prática odontopediátrica.

O cuidar de crianças, em nossa sociedade, é uma função quase que exclusivamente feminina e não é diferente no caso da odontopediatria. Segundo o Conselho de Odontologia do Ceará (CRO-CE, 2004), de 76 (setenta e seis) cirurgiões dentistas inscritos na especialidade de odontopediatria, apenas 02 (dois) são homens. Para Lima (2003), a sociedade contemporânea sobrecarrega a mulher com uma multiplicidade de papéis: de mãe, de esposa, de administradora do lar e de profissional. O autor afirma que as características maternais comuns ao gênero feminino fazem com que a odontopediatra “adote” os sofrimentos dos filhos, do companheiro e dos pacientes, propiciando maior desencadeamento de estresse. Também um estudo feito por Peretz, Glaucher e Ram (2003), avaliando os sentimentos de odontopediatras frente aos seus pacientes, detectaram que, apesar de não haver diferenças estatisticamente

significantes entre os gêneros, as mulheres relataram sentir mais agressão que os homens.

Investigar as práticas, percepções e sentimentos de um grupo de odontopediatras sobre sua profissão, pode levar a um melhor conhecimento dos fatores geradores de medo e estresse nessa atividade profissional e, eventualmente, levar a ações para a sua prevenção. Os medos e o estresse dessa categoria profissional integram, direta ou indiretamente, consciente ou inconscientemente, o contexto terapêutico em que os pacientes estão envolvidos, podendo tornar-se um fator iatrogenizante para a enfermidade desses pacientes (Seger, 2002).

Por outro lado, a prática odontológica, como toda atividade da área de saúde, traz na sua essência a ajuda ao outro, a cura da dor e dos males físicos, originando no profissional um sentimento altruísta. O odontopediatra experimenta, ainda, o sentimento de confiança e de carinho que a criança nele deposita. A conquista desse pequeno paciente muitas vezes tem um sabor especial, principalmente, quando no início do tratamento ele era uma criança medrosa e arredia. Acompanhar o crescimento e desenvolvimento físico e emocional das crianças também é algo gratificante para o profissional dentista.

1.4 Objetivos da pesquisa

O trabalho teve como objetivo principal investigar as percepções e os sentimentos de um grupo de odontopediatras sobre o seu trabalho, bem como o

impacto desse trabalho sobre o seu estado de estresse, verificando aspectos de sua prática profissional e os sentimentos positivos e negativos dela oriundos, além do nível de estresse dessa categoria profissional.

Mais especificamente, a pesquisa teve dois objetivos:

1. Descrição da prática profissional e sentimentos e percepções sobre ela,
2. Avaliação do nível de estresse dos profissionais.

2 MÉTODO

Para a consecução dos objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa de campo descritiva através da triangulação de métodos, ou seja, do uso combinado de diferentes métodos de pesquisa (Fleury, Shinyashik & Stevanato, 1997).

Inicialmente, utilizamos um método qualitativo para coletar informações pormenorizadas das percepções de quatro odontopediatras de Fortaleza-CE, em relação aos sentimentos advindos de sua atividade profissional. Em um segundo momento, no intuito de identificar e classificar o nível de estresse dessa categoria profissional, lançamos mão de um método quantitativo, aplicando a Escala MBI (Maslach Burnout Inventory) modificada por Codo (2002).

Em se tratando de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, tendo sido aprovada conforme parecer n 77/2005 de 30 de outubro de 2005.

2.1 Fase qualitativa

Ao optar por um método qualitativo, nos baseamos em alguns pressupostos teóricos, dentre eles o de que as abordagens qualitativas são

capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (Lefèvre, Lefèvre e Teixeira, 2000).

Na fase qualitativa da pesquisa, procurou-se entender o fenômeno de como o odontopediatra percebe a sua atividade profissional e quais os seus sentimentos em relação a essa atividade, investigando como ele experimenta e interpreta tal fenômeno.

2.1.1.Participantes

Foram entrevistados quatro dentistas especialistas em odontopediatria, aqui denominados de entrevistados F1, F2 e M1 e M2, registrados no CRO-CE (Conselho Regional de Odontologia).

Na seleção dos sujeitos, levamos em consideração três critérios de inclusão que acreditamos determinarem diferenças na percepção da profissão e na ocorrência do estresse relacionado ao trabalho: gênero, tempo de atuação na especialidade e local de atendimento. O critério de tempo de atuação na especialidade foi observado no sentido de investigar, através dos discursos dos sujeitos, se a experiência ou o tempo de exercício profissional era promotor ou aliviador do estresse ou de outros sentimentos relacionados à atividade odontopediátrica. O gênero é uma variável importante na medida em que, de acordo com o CRO-CE (2004), dos 76 especialistas em odontopediatria da cidade de Fortaleza, apenas dois eram do gênero masculino. Assim sendo,

selecionamos dois odontopediatras do gênero feminino e dois do gênero masculino com o intuito de verificar se havia diferenças importantes entre os gêneros e o porquê do número reduzido de profissionais do sexo masculino.

Em relação ao local de atuação profissional, foram selecionados dois odontopediatras que atuavam em consultórios particulares e dois funcionários públicos que exerciam a odontopediatria em instituições públicas. Através desse critério, procurou-se identificar determinantes das percepções da profissão relacionados ao contexto sociocultural onde o profissional desenvolve suas atividades e se os diferentes locais de trabalho eram responsáveis por diferentes sentimentos em relação a sua prática.

A escolha dos sujeitos foi realizada aleatoriamente entre os profissionais que constavam da lista de especialistas em odontopediatria da cidade de Fortaleza, fornecida pelo CRO-CE (2004). Após cada escolha, os critérios norteadores da pesquisa (gênero, tempo e local de atuação profissional) foram observados. Quando o sujeito escolhido não se enquadrava nos parâmetros definidos, nova escolha era realizada. Os profissionais selecionados foram contatados para verificar sua disponibilidade e vontade de participar do estudo. Uma vez encontrados os quatro participantes, a busca foi encerrada e as entrevistas realizadas. As características individuais dos entrevistados podem ser vistas na Tabela 1.

Tabela 1: Características dos odontopediatras entrevistados

Apelido	Sexo	Idade (anos)	Tempo de Formação (anos)	Tipo de Trabalho
F1	feminino	50	25	Serviço público
F2	feminino	25	02	Consultório particular
M1	masculino	39	15	Serviço público
M2	masculino	36	11	Consultório particular

O convite aos participantes foi facilitado devido ao conhecimento prévio da pesquisadora com os profissionais, mas todos os cuidados necessários foram tomados para que os vínculos de amizade ou profissionais não interferissem na veracidade dos dados coletados.

Todos os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e esclarecidos sobre sua condição de voluntários. Todos concordaram com o uso dos dados coletados para os fins da pesquisa e após terem lido a carta de informação (Anexo I) e o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II), os assinaram.

2.1.2 Procedimento

O instrumento utilizado nessa fase da pesquisa foi a entrevista aberta. A grande vantagem desse instrumento é favorecer a captação imediata e corrente da informação desejada, além de permitir correções, esclarecimentos e

adaptações que a tornam mais eficaz na investigação aprofundada de um determinado fenômeno (Hübner D'Oliveira, 1984). Para que os entrevistados relatassem suas experiências na sua essência, realizamos entrevistas não estruturadas desenvolvidas segundo os temas que emergiam durante a entrevista.

Como ponto de partida para as entrevistas foi solicitado aos participantes um relato sobre a forma como se dá seu trabalho no consultório particular ou no serviço público, pontuando, especificamente, seus sentimentos em relação a sua prática profissional.

As entrevistas foram individuais, com dia, hora e lugar previamente agendados, de acordo com a conveniência dos participantes. O tempo das entrevistas não foi limitado.

No início das entrevistas, os participantes pareciam incomodados ou não muito à vontade para falarem de si com um colega de profissão, concentrando o discurso sobre os aspectos técnicos da profissão. Com o passar do tempo na entrevista e com um discreto direcionamento dos temas, eles relaxaram e as falas passaram a ser mais pertinentes ao assunto em estudo.

Todos os participantes concordaram com a gravação das entrevistas. As entrevistas gravadas foram posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. Anotações também foram realizadas.

2.2 Fase quantitativa

Na segunda parte do estudo, utilizamos um método quantitativo: baseado na aplicação de uma escala de *burnout* (baseada na Maslach Burnout Inventory, modificada por Codo, 2002) (Anexo III) para a identificação e a classificação do nível de estresse em uma amostra de odontopediatras de Fortaleza.

2.2.1 Participantes

Como já explicitado, segundo a lista fornecida pelo CRO (2004), existem 76 profissionais registrados na especialidade de odontopediatria na cidade de Fortaleza. Encaminhamos os questionários a todos os profissionais da lista. A taxa de retorno foi de 50%, correspondendo a 38 questionários. Os 50% que não responderam não o fizeram pelas seguintes razões:

- 6 não responderam por não mais atuarem na especialidade;
- 2 por não mais residirem em Fortaleza;
- 6 por não terem sido encontrados e
- 24 porque não quiseram ou não tiveram interesse em participar da pesquisa.

2.2.2 Instrumento e procedimento

Nos estudos sobre o *burnout*, pela sua capacidade de aferir com precisão, a escala mais utilizada internacionalmente é a escala de Maslach . Assim, decidimos aplicar essa mesma escala no nosso estudo. Com esse intuito utilizamos a escala de *burnout* de Maslach traduzida e validada por Codo (2002), o que permite realizar comparações com outras pesquisas já realizadas, como a de Gil-Monte e Peiró (1999), com profissionais de saúde da Espanha.

Segundo Maslach e Leiter (1999), a lista Maslach de características do desgaste físico e emocional (Maslach Burnout Inventory-MBI) é um questionário confiável para a avaliação de como os empregados sentem o próprio trabalho, oferecendo uma perspectiva concisa da energia, do envolvimento e da eficácia dos funcionários no trabalho. A escala é composta por três fatores: Exaustão Emocional, Envolvimento Pessoal no Trabalho e Despersonalização, distribuídos em 22 itens.

Em relação à distribuição dos instrumentos da pesquisa, uma parte dos questionários foi deixada nos consultórios particulares ou nos serviços públicos com as devidas explicações quanto ao seu preenchimento, e posteriormente coletados. Outra parte foi aplicada em data, local e horário previamente agendados pelos participantes, ou seja, aplicados pessoalmente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Qualitativos

Os dados coletados foram analisados, buscando uma categorização inicial, ou seja, classificando-os e organizando-os em um conjunto de categorias descritivas e estabelecendo novas conexões, relações e explicações acerca do tema investigado: a atividade odontopediátrica e os sentimentos oriundos do atendimento a bebês e crianças da cidade de Fortaleza-CE. Utilizamos para a análise o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000). O DSC, segundo seus criadores, é uma estratégia metodológica com a finalidade de tornar mais clara uma dada representação social que, através do modo discursivo, é melhor visualizada à medida que ela aparece, não sob a forma artificial de quadros ou tabelas, mas sob a forma mais viva e direta de um discurso de indivíduos reais e concretos. Na elaboração do DSC, parte-se dos discursos em estado bruto que são analisados e decompostos em ancoragens e/ou idéias centrais presentes em cada um dos discursos individuais e em todos eles reunidos, e que termina sob uma forma sintética, buscando a reconstituição discursiva da representação social. Resumindo, o DSC é como se o discurso de todos fosse o discurso de um.

É importante lembrar que procuramos considerar tanto o conteúdo manifesto como o conteúdo latente do material, não fazendo uma análise restrita

ao que estava explícito, mas tentando dar importância e observando também as mensagens implícitas, à linguagem do corpo, enfim, ao “não dito”.

À luz dos objetivos do trabalho, analisamos o conteúdo das entrevistas buscando conhecer a percepção dos entrevistados acerca do significado de sua práxis, quais os sentimentos advindos dessa atividade, que obstáculos e quais os fatores facilitadores para a sua realização, obtendo as idéias centrais descritas a seguir.

3.1.1 Grau de satisfação profissional

De um modo geral, podemos dizer que as respostas indicam um excelente grau de satisfação desses profissionais em relação à especialidade. Quando perguntados sobre o que significava para eles exercer a odontopediatria, todos iniciaram suas falas com as palavras “gratificante” ou “alegria”, mesmo que cada um tenha uma explicação ou justificativa diferente para tais sentimentos. Para exemplificar, reproduzimos, a seguir, alguns trechos selecionados dos depoimentos.

Bem... a odontopediatria é bem gratificante por ser uma área que trabalha com pequenos pacientes e que a gente vê que a vida inicia quando a mãe pensa em engravidar.....Então, para mim, a odontopediatria é nobre, é uma coisa que me

traz uma satisfação imensa! Sabe, eu sempre vi a odontopediatria como uma coisa boa e nunca como um trabalho apenas para meu sustento. (F1)

...exercer a odontopediatria é uma especialidade bastante gratificante, pois dá ao odontopediatra a possibilidade de acompanhar o crescimento da criança... (M1)

.....traz alegria a cada conquista. Cada paciente é um obstáculo que tenho que ultrapassar.... (F2)

.....a ingenuidade da criança é facilmente transmitida para a gente, então isso acaba contagiando e o sentimento é o melhor possível! É gostoso atender em odontopediatria..... na verdade são sentimentos muito bons oriundos dessa especialidade. (M2)

3.1.2 Grau de satisfação profissional e promoção de saúde e desenvolvimento do paciente

Em todas as respostas há uma tendência a acreditarem que a odontopediatria é gratificante, principalmente porque permite o acompanhamento do crescimento físico e emocional do paciente, tornando assim o profissional responsável pela sua futura saúde bucal e geral. Isso pode ser percebido nos trechos abaixo, extraídos das entrevistas.

....é bastante gratificante, pois dá ao odontopediatra a possibilidade de acompanhar o crescimento da criança e, através de medidas preventivas, conseguir que o paciente possa ter uma excelente condição de saúde bucal e no futuro ser um adulto sem cárie e sem doença periodontal. (M1)

...daí o que entendo por odontopediatria é que deveríamos pensar em um plano de tratamento a partir da gestação, para que as mães bem orientadas saibam receber os filhos e dar a devida estimulação que é tão importante para a saúde bucal do pequeno paciente. E, para mim, a odontopediatria tem, assim, um valor extraordinário! (F1)

...então, nesse sentido, é muito agradável! A alegria de ver uma criança sorrindo, de você ver que está fazendo o bem a um ser humano pequeno e indefeso traz para a gente o sentido de dever cumprido, de estar ajudando uma criança a se desenvolver. (M2)

...e é isso que me motiva, a cada dia, atender crianças. É cada um ter um jeito especial, ter um comportamentozinho diferente e, conseqüentemente, uma maneira diferente de ser abordado. Também estimula e gratifica poder contribuir para o desenvolvimento deles. (F2)

3.1.3 Satisfação profissional e aprendizado pessoal

Outros motivos também foram citados como responsáveis pela motivação e satisfação em exercer a odontopediatria, principalmente o aprendizado que o profissional tem no lidar com crianças e a manutenção da criança interior que existe dentro de cada um. Vejamos, a seguir, trechos das entrevistas que demonstram essa idéia central.

...a odontopediatria tem assim um valor extraordinário. Sempre gostei de trabalhar com criança por achá-la fidedigna às solicitações do profissional. Acredito que trabalhar com criança nos faz uma eterna criança. A gente convive bem no dia-a-dia com as crianças porque tem momentos que você sorri com elas, acha graça da maneira, das respostas e isso faz com que a gente tire um pouco daquele estresse que é normal em qualquer profissão. Muitas vezes você vira criança junto. Você é uma criança maior, você está se divertindo e produzindo ao mesmo tempo. (F1)

...às vezes você tem paciente que foi indicação de colegas que não conseguiram atendê-lo e você consegue atender, realizar um procedimento de forma satisfatória, isso para o profissional é algo muito gratificante!... Pessoalmente, eu acho que o profissional odontopediatra cresce muito nesse lidar com crianças. Porque o que você vê e vivencia pode ser aplicado com os seus filhos. E lidar com os filhos de outras pessoas é muito interessante porque você lida com várias educações, várias maneiras de educar. (M1)

...é gostoso atender na odontopediatria. Você aprende com a criança. Tem criança com uma fortaleza de caráter que faz com que a gente aprenda no trato com ela, aprenda a conviver, aprenda a lidar com algumas situações de difícil comportamento psicológico. É bom ver que está fazendo o bem, ajudando uma mãe, ajudando uma criança a sorrir. (M2)

3.1.4 Mau comportamento infantil como obstáculo à prática odontopediátrica

Quando questionados sobre os maiores obstáculos presentes na sua atividade profissional, a resposta unânime foi o comportamento infantil ou o mau comportamento frente ao atendimento odontológico. Transcrevemos, abaixo, trechos dos depoimentos dos entrevistados.

O estresse do odontopediatra está muitas vezes ligado ao comportamento infantil... Na minha opinião, o principal, o calcanhar de Aquiles da odontopediatria, está no manejo do paciente odontopediátrico, em você controlar o comportamento do paciente. (M1)

O comportamento da criança é uma das coisas básicas. Atender uma criança de qualquer idade que é muito estável, muito tranqüila, é muito simples. Na minha cabeça, as coisas começam a se tornar especialidade de odontopediatria quando começam a vir os problemas de comportamento. É tanto que a impressão que temos é a de que os clínicos gerais só atendem às crianças mais tranquilas e para o especialista só são encaminhadas as crianças com os piores problemas de

comportamento. E com elas é que vêm os problemas e os desafios do especialista. (M2)

...e às vezes é difícil porque em cada momento a criança está com um comportamento diferente do outro. Porque qualquer coisa que aconteça na vida da criança, no seu dia-a-dia, interfere até no procedimento odontológico. (F2)

...muitas vezes o trabalho em odontopediatria é cansativo, e você tem que ter uma decisão imediata, principalmente quando estamos à frente de uma criança não cooperadora que apesar de termos tudo para dar um bom tratamento não conseguimos devido ao indesejável comportamento. (F1)

3.1.5 Mau comportamento infantil e problemas familiares

Segundo os entrevistados, o comportamento infantil difícil ou arredoio ao tratamento odontológico independe do grau de complexidade ou de dor do procedimento proposto. Parece influenciado pelos pais ou responsáveis ou por problemas familiares, conforme podemos perceber nos trechos citados, abaixo, extraídos das entrevistas.

Quando o paciente é não colaborador e temos que realizar um procedimento odontológico, muitas vezes o profissional se estressa pois o manejo da criança no consultório odontológico se torna bastante difícil. E isso ocorre tanto para os

procedimentos simples como: profilaxia, aplicação de flúor e selantes, como para os procedimentos complexos como: extensas restaurações, pulpecctomias ou pacientes, por exemplo, com cárie de mamadeira. (M1)

...a partir das mães, da maneira com que elas colocam os filhos frente ao profissional, eles vão com aceitação ou não. Quando a criança entra no teu consultório dando escândalo, por trás disso existem problemas familiares. Existe alguma babá que transmitiu um medo que de alguma forma ela relaciona com o trabalho de odontologia. (F1)

Mas ao mesmo tempo é difícil porque você não trabalha apenas com o paciente infantil. Você trabalha com a família inteira e o profissional tem que conquistar não só a criança mas o pai, a mãe, o responsável, quem quer que seja. Então, se a mãe ou o pai fizerem alguma coisa ou brigarem, ou a criança estiver triste ou acontecer qualquer besteirinha na vida dela, no momento do procedimento odontológico ela é modificada. E é muito difícil para não dizer impossível que o profissional possa atuar ou interferir nos problemas familiares que dificultam sua prática. (F2)

1.3.6 Problemas físicos como obstáculo à prática odontopediátrica

Um dos entrevistados relatou como grande obstáculo a sua prática um problema físico: dores crônicas na coluna lombar. Para ele, sua limitação física associada ao mau comportamento infantil no consultório odontológico, em

algumas situações, inviabiliza a sua atividade profissional. O trecho a seguir, coletado de seu depoimento, confirma essa referência:

Para mim, pessoalmente, pode ser considerado um obstáculo a questão física. O trato com a criança requer uma boa condição física. Você tem que estar sempre falando e ter o domínio do comportamento da criança. Para mim, que tenho um problema de coluna, em alguns momentos, tenho muita dificuldade para manter a criança parada enquanto converso com ela. Tenho que estar levantando e sentando, e não estar na posição postural correta de atendimento, para mim, é um obstáculo. A posição incorreta na cadeira e os momentos que eu não tenho apoio das costas no mocho é um dos maiores obstáculos nos meus atendimentos odontopediátricos. (M2)

3.1.7 Gênero e suas influências

O gênero do profissional não surgiu espontaneamente nas falas como sendo um fator facilitador ou dificultador da prática odontopediátrica. Sendo assim, perguntamos se, durante os anos de atividade, eles poderiam relatar algum fato que, devido ao gênero a que pertencem, tenha influenciado a prática profissional na especialidade.

M1 não acredita que o gênero influencie na sua atividade e, sim, que ele sofra influência da subjetividade dos pais ou da criança. Já M2, apesar de

também acreditar na subjetividade do pequeno paciente, atribui ao gênero alguma influência quanto ao critério de indicação de pacientes por outros especialistas em odontologia. F2 acredita na preferência das mães pelos profissionais masculinos, devido à postura física e emocional deles. Além de relatar que vê as odontopediatras como profissionais que mais facilmente se descontrolam frente aos desafios exigidos pela especialidade. Mas F1 acredita na maior habilidade das odontopediatras no trato com a criança devido ao próprio instinto maternal presente nas mulheres. Reproduzimos, a seguir, os depoimentos extraídos das entrevistas demonstrando essas divergências de opiniões.

Não vejo que possa ter dificuldade ou favorecimento. Às vezes, tem paciente que você se dá melhor se for do sexo feminino, crianças meninas. Outros casos, você se dá melhor se for do sexo masculino. Então, não vejo uma diferença entre um homem ou uma mulher, entre um odontopediatra do sexo masculino ou do sexo feminino. Também não vejo vantagem ou desvantagem nesses atendimentos.
(M1)

É assim, na maioria das mães, eu não vi nenhuma diferença. A maior diferença ainda é dos colegas. As crianças encaram a gente de uma maneira razoavelmente normal. Não vi tanta diferença. Uma ou outra mãe vai ter preferência. Mas eu acho pequena a porcentagem. A maior diferença que eu enxerguei, ainda, foi em relação aos colegas. Às vezes, ele vai nos indicar um paciente e pergunta: Você faz só odontopediatria ou faz também outra especialidade? Então a indicação do colega é mais difícil. O colega vê o odontopediatra do sexo feminino mais

capacitada para atender crianças do que as próprias mães. Com as mães nunca tive muito problema. Eu, pessoalmente, nunca tive tanto problema. (M2).

É... Eu acho que, pela experiência que eu tenho, as profissionais mulheres são muito intransigentes. Elas gritam e, às vezes, até perdem a cabeça, ficam mais nervosas que os homens. Os homens, eu não sei se é pelo fato deles serem homens e talvez as crianças respeitarem mais por medo ou por eles já terem um estilo próprio de comportamento, eu os acho mais seguros.. Então, quando a mãe vai à procura do profissional, se ela já tiver tido uma experiência passada com mulher e tiver um homem em que possa optar, eu, na minha experiência, acredito que ela escolha o profissional masculino. (F2)

Acredito que a habilidade feminina no trato com a criança e o instinto maternal facilitam a atuação profissional do odontopediatra do gênero feminino. (F1)

3.1.8 Tempo de atuação profissional e amadurecimento

Os sujeitos também foram questionados se percebiam relação entre o tempo de atuação profissional e mudanças nas expectativas ou nos sentimentos que tinham para com a sua prática. Um maior tempo de atuação na especialidade foi descrito como fator facilitador de seus trabalhos, principalmente de amadurecimento e aceitação de suas limitações pessoais, como podemos ver nos relatos, abaixo, transcritos das entrevistas.

Mas por outro lado, hoje eu tenho mais experiência, mais habilidade para lidar com todas essas diferenças e essas dificuldades, do que há 15 anos atrás. Então, hoje em dia, eu me sinto mais capacitado para obviamente atender uma criança do que há 15 anos atrás. E, hoje em dia, também me sinto mais maduro para contornar qualquer situação difícil que ocorra com meu paciente do que quando comecei a profissão. E essa maturidade me deu uma certa tranquilidade, pois, atualmente, vejo claramente a existência de um limite muito tênue entre o que você considera ideal para fazer, assim como aquela restauração maravilhosa, com aquela escultura perfeita e tudo maravilhoso, e o que você pode fazer.... E, para a gente que gosta de trabalhar com a odontologia ideal nem sempre isso é possível. Então, com o tempo, com a experiência, você vai entendendo e aceitando que está fazendo o que é possível. (M1)

O tempo me fez conhecer melhor as crianças. Tive o caso de um menino que nunca tinha me dado trabalho e um dia, de repente, ele chegou e chorou bastante. Então, quando ele saiu, eu liguei para a mãe e perguntei o que estava ou se estava acontecendo algo com ele. Ela disse que o pai estava saindo de casa, nessa semana. Eu sabia que o problema não era comigo, com a odontologia e, sim, com ele. Algumas vezes, temos que ser psicólogas também. (F1)

3.1.9 Tempo de atuação e insatisfações

Para dois dos sujeitos entrevistados, F2 e M2, o tempo de atuação profissional, além da maturidade, trouxe algumas insatisfações, mudanças e frustrações em relação às expectativas iniciais, principalmente financeiras e de reconhecimento dos pais. Vejamos seus relatos, abaixo, reproduzidos.

Em relação às expectativas, eu achava que a odontopediatria pudesse me fornecer, realmente, um aspecto financeiro bem melhor e que as mães ao término do tratamento ficassem mais agradecidas pelo fato de você estar reestabelecendo a saúde do paciente. Eu acho que a gente é ainda muito tratada como serviço mesmo. Como uma prestação de serviço, enquanto nossa prática envolve muitos outros aspectos. Realmente, minha expectativa era bem maior e, hoje, eu vejo que não é desse jeito e que eu tenho que me conformar porque, realmente, o mundo está muito capitalista, as mães, as pessoas em geral estão com outro pensamento e vai ser muito difícil mudar isso. (F2)

Na verdade, quando eu decidi pela odontopediatria, eu decidi pelo amor, pelo que eu gostava de fazer, pelo desafio de tomar conta de uma criança, pelo desafio de tomar conta dela psicologicamente, de eu poder servir e, na verdade, de obter resultados satisfatórios em relação ao seu tratamento. Com o passar do tempo, a desvalorização profissional, a baixa remuneração, a dificuldade física de atender uma criança com dificuldade de comportamento, associadas às dificuldades de valorização das mães, a vontade de atender na especialidade foi diminuindo e aparecendo a necessidade de ter que associar com outra especialidade. Devido às dificuldades financeiras de conseguir me manter, tive

que associar a ortodontia, que é uma especialidade muito próxima da odontopediatria. (M2)

3.1.10 Despolitização da classe odontopediátrica e problemas financeiros

Para M1, a baixa remuneração financeira da especialidade odontopediátrica passa pela despolitização da classe e pela crise financeira geral que ocorre atualmente no Brasil, como aparece no seu relato.

...agora quanto à questão financeira, entrando pela questão política, caberia à classe de odontopediatras se fortalecer e se organizar e lutar por melhores condições de trabalho, melhores remunerações, por uma tabela de procedimentos diferenciada da do clínico geral ou até mesmo, da de outros especialistas. Então minha opinião é que a gente deveria se reunir e procurar uma saída para melhorar as nossas condições de trabalho e de remuneração. (M1)

Olha, graças a Deus não é o meu caso, mas acredito que a odontologia está passando por um momento difícil como a própria situação econômica do país está passando por um momento muito delicado. Onde cada dia que passa as pessoas trabalham mais e ganham menos. (M1)

3.1.11 Serviço público e clínicas particulares

Tanto os sujeitos que atuam em clínicas particulares como os que atuam em serviço público se referem à crise financeira como um reflexo de um problema econômico nacional ou mundial e não como característica exclusiva da especialidade odontopediátrica. E quando questionados se preferiam atuar em serviços públicos ou em clínicas particulares, F2 e M1 que trabalham em serviço público, apesar de demonstrarem satisfação com o seu trabalho, relataram que, futuramente, desejariam atuar, também, em clínicas particulares. Isso por acreditarem que nos consultórios particulares as condições de trabalho são melhores. Vejamos suas declarações, abaixo, transcritas.

Eu gosto de atuar nas duas vertentes: tanto no serviço público como no privado. No momento não estou atendendo em consultório particular, mas quero, futuramente, se Deus quiser, voltar a atuar em consultório particular. Mas como eu tive a possibilidade de passar em um concurso público, hoje em dia eu estou realizado profissionalmente. (M1)

Não acho que teria outros sentimentos se atuasse em clínica particular. É como eu falei, é o pensamento geral de hoje que está diferente. É muito só troca de serviços. Mas, em termos de melhores condições de trabalho para o profissional, acredito que a clínica particular tenha mais a oferecer. Afinal os atendimentos têm horários previamente agendados e as condições físicas geralmente são mais satisfatórias. Já em termos de estresse e de número de atendimentos, não vejo diferenças significativas entre o serviço público e o particular. (F2)

Já M2 acredita que existem diferenças entre os atendimentos públicos e privados. Sendo que essas diferenças são o resultado da falta de oferta de especialistas odontopediatras nos serviços públicos. Para ele, a grande maioria dos atendimentos a crianças nas repartições públicas é feita por clínicos gerais, como relata a seguir:

O que vejo são poucos odontopediatras atendendo nos serviços públicos e a grande demanda odontopediátrica sendo atendida por clínicos gerais. Sendo assim, os serviços públicos são ruins, não são bons e a grande diferença está em ser atendido por um especialista ou não. O especialista é totalmente diferente tem dedicação em atender, tem as técnicas de manejo para tratar criança com comportamento ruim, tem carinho e o cuidado necessários, além do aprendizado técnico-científico ensinado nos cursos de especialização. (M2)

3.2 QUANTITATIVOS

Os dados coletados através dos questionários foram digitados em uma tabela do programa Excell e, posteriormente, analisados através do programa estatístico SPSS (versão 9).

3.2.1 Características da amostra estudada

A amostra estudada foi composta por 38 profissionais, correspondentes a 50% da população total de odontopediatras de Fortaleza (N=76).

Em relação ao tempo médio de atuação na especialidade de odontopediatria da população em estudo, o tempo máximo de atuação profissional é de 36 anos e o tempo mínimo é de 1,5 anos, com desvio padrão de 8,5 anos.

Quanto ao gênero, como já havíamos detectado na lista fornecida pelo CRO-CE (2004), há uma predominância de especialistas do gênero feminino, 94,7% da amostra (N=36).

Analisando o tipo de contrato, ou seja, o local de atuação profissional desses especialistas, 52,6% (N=20) exercem a odontopediatria em consultórios particulares; 5,3% (N=2) em serviços públicos e 42,1% (N=16) em ambas as modalidades.

Quando analisamos os 47,4% de odontopediatras que atuam nos serviços públicos, encontramos apenas cerca de 18 especialistas em toda rede pública de Fortaleza. Número, com certeza, insignificante, para a enorme demanda de pacientes infantis carentes de atendimento odontológico existente nesse município.

3.2.2 Estresse e burnout

O índice geral de *burnout* é obtido através da somatória dos pontos correspondentes às respostas dadas nos 22 itens da escala. O índice geral médio de *burnout* para a amostra estudada bem como as pontuações nas diferentes subescalas do instrumento podem ser vistas na Tabela 2.

Tabela 2: Índice geral médio de *burnout* e suas subescalas

	N	Média	DP
Índice Global de <i>burnout</i>	38	54,89	7,57
Cansaço emocional	38	12,79	6,70
Despersonalização	38	2,37	3,08
Falta de realização profissional	38	39,74	5,39

Para a amostra estudada, o índice global médio de *burnout* encontrado foi de 54,89 pontos, com desvio padrão de 7,56 pontos. Índice considerado elevado quando comparado com outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento, como o trabalho de Rodriguez e Vasquez (2003) realizado com profissionais de saúde da Espanha. O índice global de *burnout* encontrado para médicos foi de 47,45 pontos e, para enfermeiros foi de 47,44 pontos, com respectivos desvios padrões de 6,94 e 7,98.

Como mostra a Tabela 2, o fator que mais contribuiu para o elevado índice global de *burnout* na amostra foi a falta de realização profissional, totalizando 39,73 pontos dos 54,89 pontos obtidos no estudo. O fator que menos contribuiu para a elevação desse índice foi a despersonalização, com apenas 2,36 pontos.

Essa falta de realização fica bem explícita quando, ao serem questionados se se sentiam frustrados com o seu trabalho, mais da metade da população, 63,1% (N=24), de alguma forma respondeu negativamente (nunca, raramente), como mostra a Figura 1. Mas, contraditoriamente, 94,8% (N=36), ou seja, a grande maioria relatou sentir-se freqüentemente, muito freqüentemente ou sempre estimulada, após trabalhar com a sua clientela (vide Figura 2). Dado que desvincula essa falta de realização profissional com o tipo de paciente que eles atendem. Isso foi também demonstrado na fase qualitativa da pesquisa, na qual todos os entrevistados relataram uma grande satisfação em exercer a odontopediatria, principalmente, pelo aprendizado no trato com a criança e por ser uma especialidade que permite o acompanhamento do crescimento físico e emocional desses pequenos pacientes, tornando-os responsáveis pela sua futura saúde bucal e geral.

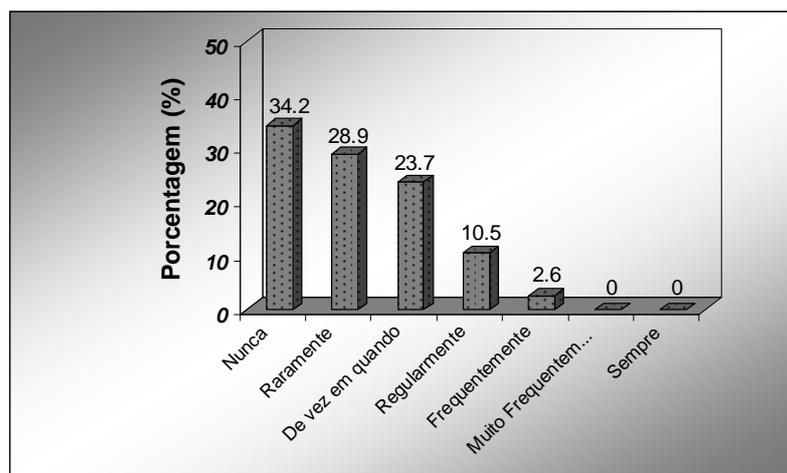


Figura 1: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta “Eu me sinto frustrado com o meu trabalho?”.

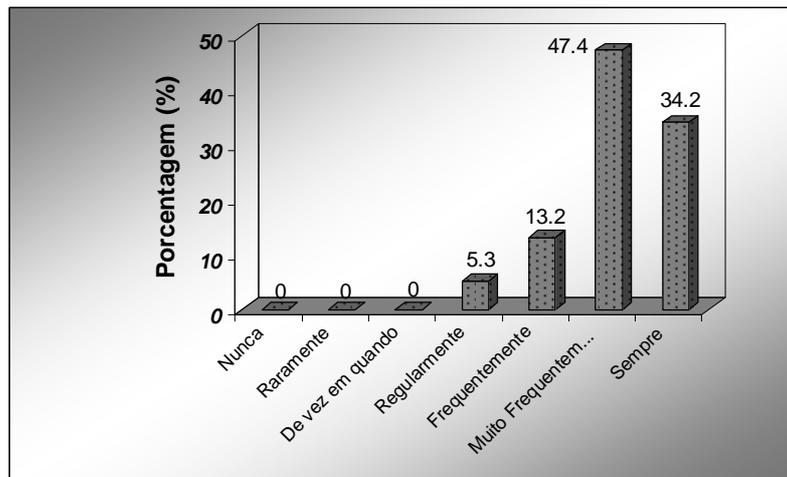


Figura 2: Distribuição da frequência de respostas à pergunta “Eu me sinto estimulado, depois de trabalhar lado a lado com minha clientela?”.

Talvez pelo motivo de se sentirem estimulados com a clientela, os odontopediatras participantes acreditem em diferentes graus, mas, na sua totalidade, estar realizando coisas importantes na atividade que exercem, como mostra a Figura 3. Além disso, 91,1% (N=35) acreditam estar influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do seu trabalho sempre, muito freqüentemente e freqüentemente (Figura 4) e 97,3% (N=36) dos participantes acreditam que freqüentemente, muito freqüentemente ou sempre sejam capazes de criar, facilmente, um ambiente tranquilo com sua clientela (Figura 5). Apenas 2,6% (N=1) relatou nunca poder entender facilmente o que sente a sua clientela (Figura 6).

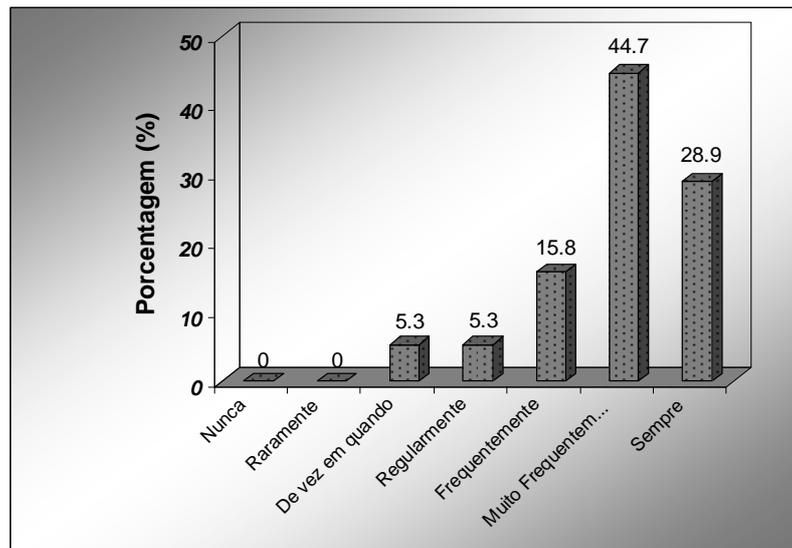


Figura 3: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta "Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho?".

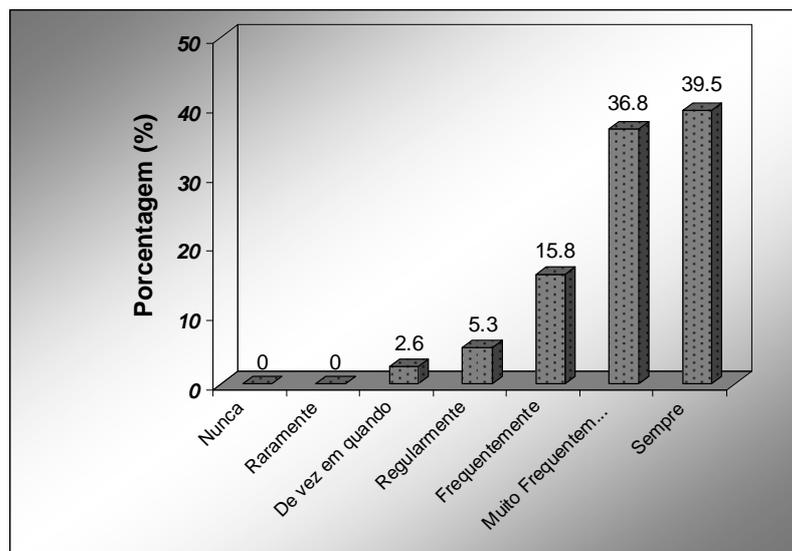


Figura 4: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta "Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho?".

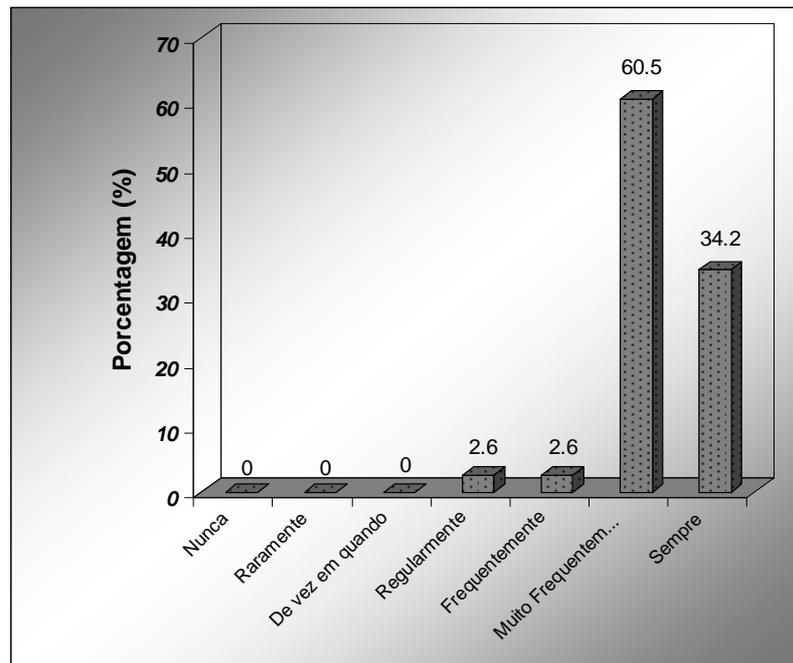


Figura 5: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta “Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com minha clientela?”.

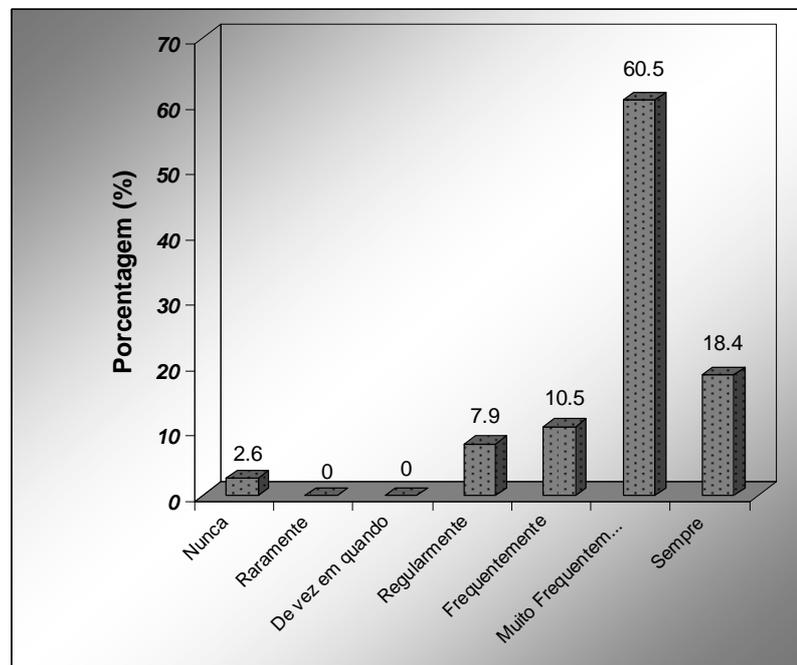


Figura 6: Distribuição da freqüência de respostas à pergunta “Eu posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas?”.

3.2.3 Estresse, gênero e tempo de trabalho

A relação entre gênero e estresse não foi possível de ser avaliada, uma vez que a quantidade de odontopediatras masculinos é muito reduzida, apenas 2 na amostra pesquisada. No entanto, é interessante notar que em termos de tendência, os dois odontopediatras mostram uma maior despersonalização (3,5) do que as mulheres (2,3), embora, em relação ao cansaço emocional, não ocorra diferença significativa entre os gêneros.

Em relação ao tempo de trabalho na especialidade, também não foram encontradas associações significativas. Assim, parece que o tempo de atuação na especialidade não é um fator que influencia o nível de estresse relacionado a essa atividade. Inclusive, quando questionados se se tornaram mais insensíveis como pessoas desde que começaram com esse trabalho, 65,8% (N=25) da amostra responderam negativamente e apenas 2,6% (N=1) responderam positivamente (Figura 7).

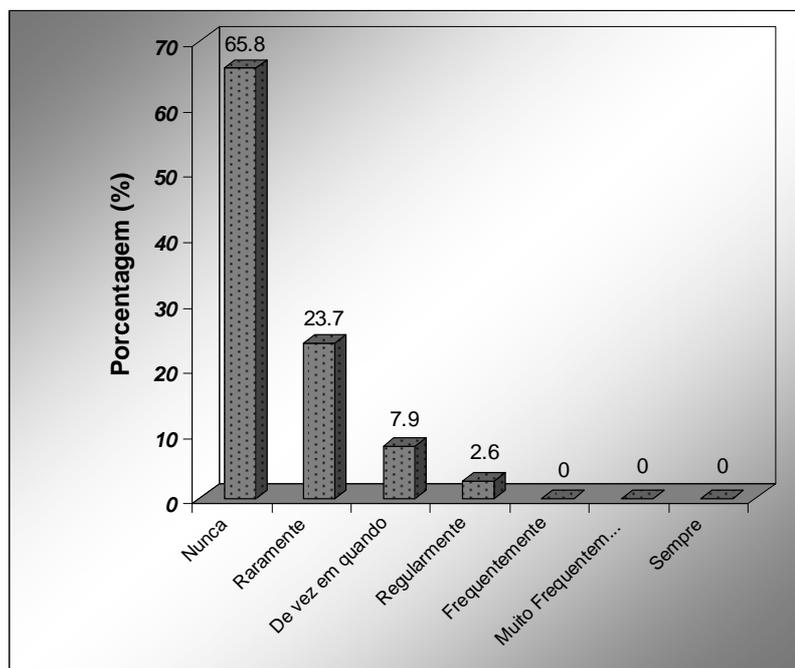


Figura 7: Distribuição da frequência de respostas à pergunta “Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho”.

3.2.4 Estresse e tipo de contrato

Embora o tipo de contrato não tenha sido responsável por diferenças significativas nessa categoria profissional (ANOVA, $p > 0,05$), a Tabela 3 apresenta os índices globais de *burnout* para cada tipo de contrato. Nota-se que o índice foi ligeiramente menor nos profissionais que atuavam somente em serviços públicos. Eles também apresentaram menores índices de cansaço emocional, despersonalização e de falta de realização profissional quando comparados com

os odontopediatras que atuavam somente em clínicas particulares ou, simultaneamente, em serviços públicos e particulares.

Tabela 3: Índice global de *burnout* e subescalas para os diferentes tipos de contrato.

Tipo de Contrato	Índice Global de <i>Burnout</i>		Cansaço Emocional		Despersonalização		Falta de Realização Profissional	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Consultório Particular (N=20)	56,65	7,97	14,25	7,21	2,75	3,70	39,65	5,52
Serviço Público (N=2)	47,00	7,07	8,00	2,83	0,50	0,71	38,50	3,54
Particular e Público (N=16)	53,69	6,59	11,56	6,07	2,12	2,31	40,00	5,65

3.3 DISCUSSÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

Através das entrevistas e questionários aplicados a um grupo de especialistas em odontopediatria de Fortaleza, podemos dizer que essa categoria profissional, embora tenha apresentado um alto índice global de burnout (54,89), quando comparado com os índices de categorias profissionais similares, apresenta um alto grau de satisfação em exercer sua prática, principalmente, pelo relacionamento estabelecido com a criança. Inclusive, os odontopediatras entrevistados se colocam como co-responsáveis no correto desenvolvimento físico e emocional desse pequeno paciente.

Gil-Monte e Peiró (2003) não encontraram diferenças significativas entre os índices de *burnout* apresentados por profissionais espanhóis especialistas e de atenção primária da saúde, mas discutem que podem existir

determinadas especialidades que desenvolvam níveis mais altos de *burnout*. Isso porque os autores consideram que a origem da síndrome se relaciona às condições de trabalho e, em especial, ao clima social da organização e às relações interpessoais desenvolvidas em cada caso. Assim, as diferenças culturais entre profissionais brasileiros e espanhóis poderiam explicar, em parte, as diferenças obtidas neste estudo. Por outro lado, é provável a existência de diferenças nos níveis de estresse entre diferentes especialistas da classe odontológica, nos levando a sugerir a continuação do nosso estudo para toda a classe de cirurgiões- dentistas.

É importante, no entanto, ressaltar as limitações dos dados obtidos aqui, uma vez que a amostra da pesquisa quantitativa foi bastante reduzida, apenas 38 odontopediatras, correspondendo a 50% da população total da cidade de Fortaleza. O ideal seria, para confirmação desses dados, que tivéssemos conseguido, senão a totalidade dos questionários respondidos, pelo menos um número maior de colaboradores.

Observou-se nas entrevistas o grau elevado de satisfação dos profissionais. Os participantes entrevistados acreditam que parte dessa satisfação se dê pelo imenso aprendizado que o trato com a criança é capaz de oferecer e, ainda, porque acreditam que o trabalho com as crianças mantém viva a sua própria infância, resgatando sonhos e alegrias adormecidos com a maturidade. A conquista desse pequeno paciente muitas vezes tem um sabor especial, pois a confiança e o carinho, uma vez adquiridos, dificilmente serão perdidos. Para os sujeitos entrevistados, mesmo os problemas oriundos do comportamento infantil inadequado ao tratamento odontológico podem ser solucionados com a

colaboração dos pais e amenizados com o tempo de experiência profissional. Esse grau de satisfação relacionado com o atendimento à criança confirma, provavelmente, o baixo índice de despersonalização dessa categoria profissional, de apenas 2,36 pontos, dos 54,89 pontos do índice global de *burnout*. Sendo assim, acreditamos que o cuidar de crianças passa pela realização psicológica do profissional e, por ser algo “gostoso” de fazer, não cause despersonalização.

Outro fator que pode talvez estar contribuindo para o baixo índice de despersonalização é a escolha da especialidade baseada, inclusive, no gostar de cuidar de crianças, característica tão relacionada ao gênero feminino, nas sociedades ocidentais. Isso justificaria a superioridade do número de profissionais mulheres, 94,7% (N=36), em relação ao de homens que a exercem (5,3%, N=2). Mas essa diferença parece estar mais relacionada a um tabu estabelecido culturalmente do que pelas características intrínsecas dos gêneros, visto que não houve unanimidade nas respostas dos entrevistados. Os odontopediatras do gênero masculino relataram que não se sentiam prejudicados ou inferiorizados no trato com o paciente infantil, mas que sentiam preconceito em relação às indicações de outros profissionais. Já uma das entrevistadas do gênero feminino (F2) relatou que acredita que as mães preferiam os profissionais masculinos porque tinham mais força física no lidar com a criança, contradizendo a outra entrevistada (F1) que relaciona a característica maternal da mulher com a facilidade no trato com o paciente infantil. Para Rodriguez e Vasquez (2003), em condições de trabalho semelhantes, as mulheres desenvolvem níveis mais baixos de *burnout* que os homens, principalmente de esgotamento emocional e despersonalização. A justificativa dos autores passa pela própria condição

cultural ou padrões de socialização ocidental, segundo os quais as mulheres são condicionadas para o cuidar do outro e os homens são educados para não expressar suas emoções. No entanto, no nosso estudo, os índices globais foram muito semelhantes entre os dois gêneros e os homens apresentaram um índice maior de despersonalização e as mulheres um índice maior de cansaço emocional.

Apesar dos relatos de grande satisfação em exercer a odontopediatria, no estudo quantitativo, foram encontrados altos índices de falta de realização profissional (39,73) como o fator que mais contribuiu para o índice global. Pelos relatos dos entrevistados, no entanto, pode-se desvincular essa falta de realização profissional da natureza da atividade em si e dos relacionamentos com o tipo de paciente que atendem, ou seja, a criança, e relacioná-la, provavelmente, com a baixa remuneração financeira da especialidade e, talvez, podemos também avaliar tal divergência pela dificuldade dos entrevistados em falarem de si, de suas insatisfações, diretamente com um colega de profissão.

Os sujeitos da pesquisa, quando questionados se sentiam-se frustrados com o seu trabalho, responderam negativamente. As frustrações mais relatadas nas entrevistas foram: desvalorização profissional, baixa remuneração financeira, dificuldades físicas oriundas dos atendimentos a pacientes com problemas de comportamento, além de falta de reconhecimento e valorização do especialista pelos pais ou responsáveis. Assim, parece que os profissionais estão satisfeitos com a natureza da atividade em si, mas se sentem frustrados em relação aos entornos da profissão.

Como vimos anteriormente, a compreensão sobre o significado do trabalho na constituição do ser humano comporta inúmeras interpretações que se expressam nas diversas concepções teóricas e metodológicas acerca da relação entre saúde/doença e trabalho. Mas tais relações, segundo Jacques e Codo (2002), não são fáceis de detectar, visto que o trabalho é o modo de ser do homem, e assim sendo permeia todos os níveis de sua atividade, de seus afetos, de sua consciência. Além do que, tais relações também são manifestadas em um plano individual, embora determinadas pela estrutura social, ficando difícil reconstruir os nexos entre o individual e o social quando falamos de sofrimento psíquico. Mesmo assim, o que pudemos perceber nos sujeitos pesquisados foi que eles parecem não saber conviver, sem sofrimento, com o valor de troca atribuído ao seu trabalho. Sabemos que a odontologia, como qualquer outra atividade profissional liberal, nas últimas décadas, tem passado por inúmeras mudanças nos meios de produção e no modo de produção capitalista. As antigas políticas de saúde pública levaram a uma prática odontológica, essencialmente, privada, curativa e excludente, fazendo com que a grande massa da população não tenha acesso ou tenha um acesso limitado ao dentista. Assim sendo, aquela estabilidade financeira que os dentistas podiam ter antigamente, cede lugar a um mercado altamente competitivo e instável, além de o profissional dentista ser considerado pelo Código de Defesa do Consumidor como um prestador de serviço subordinado às suas normas e leis. Isso foi descrito com grande insatisfação por uma das entrevistadas (F2) que relatou sentir-se muito incomodada por ser tratada como mero prestador de serviço, enquanto que para ela a prática odontopediátrica envolve muitos outros aspectos. Essa grande

frustração deve ter origem na percepção altruísta que os odontopediatras, como qualquer outro profissional de saúde, têm da sua atividade, pois quando questionados se acreditavam estar influenciando positivamente a vida de outras pessoas através de seus trabalhos ou se têm realizado muitas coisas importantes neste trabalho, todos responderam, de alguma forma, positivamente. Sentimento esse que os odontopediatras parecem não encontrar nos pais ou responsáveis de seus pequenos pacientes, gerando grande frustração e insatisfação profissional. Inclusive, essa relação pais/profissional parece ser um dos pontos chave para o sucesso do odontopediatra em sua prática, visto que a saúde psíquica da criança, segundo a visão psicanalítica de Winnicott, depende da desvinculação do bebê da mãe, ou seja, do correto processo de instalação do indivíduo no mundo (Tuan, 1983). Assim também para Nuto, Cavasina e Barbosa (2002), o relacionamento profissional/paciente vem experimentando grandes transformações. O dentista está deixando de ser um “todo poderoso” e transformando-se em um ser humano com sentimentos e emoções. Mas, pelos relatos dos entrevistados, eles não parecem sentir essas transformações quando em relação com as crianças que atendem. Já com os pais e responsáveis, essa relação é bastante frágil, difícil e, principalmente, geradora de estresse e insatisfações.

Outro fator analisado como fonte geradora de estresse para o odontopediatra foi o local de atuação profissional. Era esperado que os profissionais que atuam em seus consultórios particulares fossem mais realizados profissionalmente e tivessem um menor índice global de *burnout*. Mas o que a pesquisa revelou foi que não há diferenças significativas entre os tipos de contratos de trabalho. Um dos sujeitos (F2) não encontra diferença em termos de

estresse nos atendimentos realizados em serviços públicos ou privados. Já M2, percebe diferenças nesse dois tipos de atendimento, não pelo local de atuação, mas pela falta de profissionais especialistas nos serviços públicos. Apenas cerca de 18 especialistas odontopediatras atuam na rede pública de Fortaleza. Número com certeza insignificante para a enorme demanda de pacientes infantis carentes de atendimento odontológico existente no município. Também, para a nossa surpresa, o índice global de *burnout*, de cansaço emocional e de despersonalização apresentaram uma tendência à queda nos profissionais que atuam exclusivamente em serviços públicos. Isto pode estar refletindo as condições favoráveis do serviço público no que se refere à estabilidade financeira, salário fixo, jornada de trabalho definida, pouca responsabilidade com o paciente e baixo nível de exigência do paciente, demonstrando que na atual conjuntura econômica do país talvez seja mais fácil ser empregado do que empregador. Esta interpretação foi relatada por um dos entrevistados (M1) que, atualmente, atua somente no serviço público, onde se sente realizado profissionalmente e, com uma certa tranquilidade, em relação a sua situação financeira. Além do que, a prática em consultórios particulares, na atualidade, cada vez mais cede lugar aos planos de saúde, nos quais o profissional de autônomo passa a ser um prestador terceirizado que perde a autonomia, inclusive de escolha de planos de tratamento e de preço dos seus honorários, gerando com certeza muita insatisfação e sofrimento em sua prática. O custo financeiro de manutenção dos consultórios particulares atualizados, inclusive tecnologicamente, é muito alto, o que acaba gerando estresse e, principalmente, influenciando no tempo de lazer e ócio desses profissionais. Assim sendo, os

odontopediatras que atuam em consultórios particulares parecem ter seu tempo condicionado pelo sistema social/produtivo, o que ficou claro no relato de um dos sujeitos (M2), quando afirma que está trabalhando demais, inclusive porque a baixa remuneração da especialidade o levou a ter que atuar em outra especialidade, a ortodontia, que oferece melhor retorno financeiro. Já para os demais sujeitos, a crise financeira não é característica apenas da especialidade de odontopediatria, mas um reflexo de um problema econômico nacional ou mundial. Talvez por isso os odontopediatras, na fase quantitativa da pesquisa, quando questionados se achavam que estavam trabalhando demais, responderam positivamente: 84,2% (N=32) de alguma forma acreditam estar trabalhando muito.

Embora todos os sujeitos tenham descrito o tempo de atuação profissional como fator de melhor capacitação no trato com a criança e, conseqüentemente, de menor estresse na sua atividade profissional, na análise quantitativa o tempo de trabalho não apareceu como um fator de diminuição ou aumento do índice global de *burnout* e suas subescalas, ao contrário do que afirma Lima (2003). O autor acredita que o trabalho odontológico traz consigo os desgastes físico, mental, psicológico e intelectual e que a atividade odontológica induz ao sedentarismo, aos esforços repetitivos geradores desde problemas posturais a distúrbios visuais e auditivos, além da solidão das quatro paredes, enfim ao estresse.

O National Research Council and Institute of Medicine (2001) diz existir uma forte relação entre os distúrbios musculares na região lombar da coluna e a satisfação, monotonia, alta exigência e estresse no trabalho. Nuto, Cavasina e

Barbosa (2002) afirmam que a profissão de cirurgião-dentista impõe ao seu praticante estresse dos mais variados níveis e que tal “estresse profissional” nem sempre é consciente e tende a ser percebido somente após sua somatização. No entanto, quando questionados se se sentiam como se estivessem no seu limite, 65,8% (N=25) responderam raramente. No discurso do sujeito M2, percebemos que ele, ao relatar problemas de dores crônicas na coluna lombar, não o fez como consequência da postura profissional e, sim, como obstáculo para a sua prática, caracterizando, assim, a falta de conhecimento da relação estresse profissional e doenças crônicas. Os demais entrevistados não relataram nenhum tipo de manifestação somática do estresse talvez porque, segundo Magalhães (2005), as mais recentes pesquisas mostram que tudo é muito relativo, ou seja, o que é estresse para alguns não o é para outros, principalmente no ambiente profissional. Ou seja, cada pessoa vivencia o estresse de forma muito particular.

Apesar dessa subjetividade, é importante ressaltar que, atualmente, a síndrome do *burnout* ou SQT (Síndrome de Quemarse por el Trabajo) segundo Gil-Monte e Peiró (2003) é responsável por um custo que supera os 20.000 milhões de euros por ano. Custo relacionado, principalmente, com faltas por doenças ou acidentes de trabalho vinculados, direta ou indiretamente, com a SQT. A síndrome gera também outros custos. Para os autores, além dos problemas de saúde física podem aparecer problemas psicológicos que podem culminar em situações depressivas, automedicação e aumento no consumo de drogas e tóxicos. Daí a necessidade de mais estudos na área para identificar os fatores causais da síndrome e das condições de trabalho que a ocasionam na busca de prevenir ou reduzir os atuais índices encontrados aqui.

Outro importante fator que justifica a necessidade de mais pesquisas e atenção por parte das autoridades e gestores de saúde, em relação aos estudos sobre SQT, é que o profissional acometido pela síndrome está sujeito a cometer mais erros e negligências, o que leva a um aumento de reclamações e de denúncias e a uma prática de saúde mais defensiva, com menos diálogo e, conseqüentemente, menos humanizada. Rodriguez e Vazquez (2003) descrevem a SQT como uma enfermidade estigmatizante que leva muitos profissionais a temerem ser identificados como portadores e perderem seu prestígio perante os pacientes, o respeito dos colegas e até o seu trabalho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desta pesquisa foi avaliar o nível de estresse na atividade odontopediátrica e discutir o significado e os sentimentos advindos dessa especialidade, a partir dos depoimentos de odontopediatras que a exercem cotidianamente.

Algumas questões relacionadas aos sentimentos advindos da profissão têm a ver com os relacionamentos estabelecidos na sua prática. Os odontopediatras gostam do que fazem e, principalmente, gostam do trato com as crianças. O que parece incomodar é a relação com os pais e responsáveis e não com a criança. Assim, apesar do alto índice global de *burnout* da categoria profissional estudada, o nível de despersonalização é baixo. Embora os relatos apontem para uma grande satisfação com a atuação na especialidade, existe, hoje, um enorme grau de falta de realização profissional ocasionado, principalmente, pela desvalorização da especialidade e pela baixa remuneração que ela oferece.

Os resultados quantitativos mostraram que o tempo de atuação profissional não afeta o índice de estresse e a satisfação com a profissão. Nos relatos dos entrevistados, no entanto, o discurso enfatiza uma maior tranquilidade nos atendimentos após um certo período na profissão. Talvez essa tranquilidade maior seja quebrada pela falta de reconhecimento e pelos outros fatores psicossociais que envolvem a profissão, não permitindo que o profissional tire real

proveito de suas própria condição de um maior treinamento e diminuição da tensão na realização dos procedimentos nas crianças.

O gênero profissional também parece não ser um fator decisivo ou determinante de maior ou menor estresse na atuação do odontopediatra, apesar do número reduzido de profissionais homens na população e amostra estudada.

Era esperado que os profissionais que atuam em consultórios particulares fossem mais satisfeitos devido a sua autonomia de horário de trabalho, de realização de planos de tratamento mais sofisticados e por deterem melhores condições de trabalho do que os profissionais de serviço público. Mas isso não foi confirmado nem na pesquisa qualitativa, nem na quantitativa. Os discursos dos profissionais demonstraram satisfação e desejo de uma relativa estabilidade financeira oferecida pelo serviço público e que o atendimento privado, devido à crise econômica que assola o país, não pode mais oferecer.

O alto índice global de *burnout* encontrado nos leva a sugerir que esse trabalho seja estendido a toda a classe odontológica, no intuito de prevenir ou diminuir os riscos de doenças relacionadas com a prática profissional e, conseqüentemente, os custos financeiros e pessoais oriundos da síndrome.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1996). *Abordagens à psicanálise de crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aubert, N. (1996). A neurose profissional. In J. F. Chanlat (Coord.) *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. Volume II*. São Paulo: Atlas.
- Barbosa, G. M. S. (2003). *Obrigatoriedade da odontologia nos planos de referência: ampliação da oferta?* Projeto apresentado ao Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- Barthes, J. (2002). Mitos e Estereótipos na ação profissional em Psicologia e Odontologia. In L. Seger. *Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora*. 4 ed. São Paulo: Santos.
- Borges, L. O.; Argolo, J .C. T.; Pereira, A. L. S.; Machado, E. A. P. & Silva, W. S. (2003). A síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (1), 189-200.
- Cervini, E. (1998). A casa-ambiente: anotações sobre Arquitetura e Psicanálise de Winnicott. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 1 (3), 63-88.
- Codo, W. (2002). *Educação: carinho e trabalho. Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. Petrópolis: Vozes.

- Codo, W.; Sampaio, J. J. C. & Hitomi, A. H. (1993). *Indivíduo, trabalho e sofrimento*. Petrópolis: Vozes.
- Corrêa, M. S. N. P. (1998). *Odontologia na primeira infância*. São Paulo: Santos.
- Covre, E. & Alves, L. S. (2002). *Regulação e saúde dos planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- CRO-CE. (2004). *Lista de odontopediatras especialistas da cidade de Fortaleza-CE, inscritos no Conselho Regional de Odontologia-CE*. Documento interno, Fortaleza, Outubro.
- Dejours, C. (1994a). A carga psíquica do trabalho In C. Dejours; E. Abdoucheli & C. Jayet. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise de relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1994b). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In J. F. Chanlat (Coord). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. Volume I. São Paulo: Atlas.
- Donkin, R. (2003). *Sangue, suor e lágrimas: a evolução do trabalho*. São Paulo: Makron Books do Brasil.
- Durand, M. (2000). *Doença ocupacional: psicanálise e relação de trabalho*. São Paulo: Escuta.
- Faria, C. C. M. (2003). *O Significado da estética odontológica: um estudo fenomenológico em adultos em Fortaleza*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Fortaleza: Universidade de Fortaleza.

- Fleury, M. T. L.; Shinyashik, G. T. & Stevanato, L. A. (1997). Arqueologia teórica e dilemas metodológicos dos estudos sobre cultura organizacional. In F. C. P. Motta & M. P. Caldas (Orgs.). *Cultura Organizacional e Cultura Brasileira*. São Paulo: Atlas.
- França, A. C. L. & Rodrigues, A. L. (1997). *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico em el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Sínteses.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268.
- Gradwohl, M. P. B. (2001). *Medo e ansiedade no consultório odontológico infantil: estudo exploratório das relações psicodinâmicas mãe-criança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Fortaleza: Universidade de Fortaleza.
- Guedes-Pinto, A. C. & Corrêa, M. S. N. P. (1985). *Conduta clínica e psicologia em odontologia pediátrica*. São Paulo: Santos.
- Jacques, M. G. & Codo, W. (2002). Introdução. In M. G. Jacques & W. Codo (Orgs.). *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes.
- Koogan, A & Houaiss, A. *Enciclopédia e dicionário ilustrado*. Rio de Janeiro: Delta, 1998.
- Lefèvre, F.; Lefèvre, A. M. C. & Teixeira, J. J. V. (2002). *O discurso do sujeito coletivo*. Porto Alegre: EDUCS.

- Lima, D. F. (2003). *O estresse da cirurgiã-dentista: subsídios para uma proposta de intervenção educativa*. Dissertação de Mestrado em Educação e Saúde. Fortaleza: Universidade de Fortaleza.
- Lipp, M. (1996). *Pesquisas sobre stress no brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. São Paulo: Papyrus.
- Magalhães, I. (2005). *Gestão holística de pessoas: qualidade de vida e bem-estar no trabalho*. Fortaleza: Printcolor.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1999). *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste. guia para vencer o estresse na empresa*. Campinas: Papyrus.
- Mello, P. B. M de (2006). *Odontologia do trabalho: uma visão multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio.
- Morin, E. M. (2001). Os sentidos do trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, 41 (3), 8-19.
- Nasio, J.-D. (1995). *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto, Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- National Research Council and Institute of Medicine. (2004). *Musculoskeletal disorders and the workplace: low back and upper extremities/ panel on musculoskeletal disorders and the workplace*. Washington DC, National Academy Press. Disponível em: National Academies Press <<http://www.nap.edu>>. Acesso em 11/08/2004.
- Neto, E. A.; Oliveira, E. G. & Vasconcelos, J. G. (2004). *Mundo do trabalho: debates contemporâneos*. Fortaleza: UFC.

- Nuto, S.; Calvasina, P. & Barbosa, H. (2002). *Saber cuidar de gente, não só de dente! Um repensar na relação dentista-paciente*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza.
- Peretz, B.; Glaucher, H. e Ram, D. (2003). Child-management Techniques are differences in the way female and male pediatric dentists in Israel practice? *Braz. Dent. J* 14 (2), 82-86.
- Porto, J.; Menezes, J. D. V. (2004). *Roteiro histórico da odontologia no Ceará no século XX*. Fortaleza: IMPRECE.
- Robayo-Tamayo, M. (1997). *Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado, Curso de Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de Brasília. Brasília, DF.
- Rodriguez, C. B. & Vazquez, K. (2003). Se quema la sanidad española? *Revista de Economía de la Salud, En Portada*, 134-138.
- Sandrini, J. C. (1991). *Desenvolvimento psicológico da criança e técnicas de controle comportamental em odontologia pediátrica*. Monografia do curso de Especialização em Odontopediatria. Ponta Grossa: ABO.
- Seger, L. (2002). *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora*. 4a ed São Paulo: Santos.
- Selye, H. (1965). *Stress, a tensão da vida*. São Paulo: IBRASA.

Sória, L. M.; Boldin, R. & Filho, C. C. L. (2002). Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6),1551-1559.

Spitz, R. A. (1988). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.

Steiner, D. (1992). *Compreendendo seu filho de 1 ano*. Rio de Janeiro: Imago.

Tittoni, J. (1994). *Subjetividade e trabalho: A experiência no trabalho e sua expressão na vida do trabalhador fora da fábrica*. Porto Alegre: Ortiz.

Tuan, Y. F. (1983). *Espaço e lugar: a perspectiva da experiência*. São Paulo: Difel.

Vasconcellos, E. G. (2002). O Modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In L. Seger (Org). *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora*. 4a ed. São Paulo:Santos.

Zagury, T. (2000). *Limites sem trauma*. 6a ed. Rio de Janeiro: Record.

ANEXOS

ANEXO A

CARTA DE INFORMAÇÃO

A presente pesquisa tem como objetivo discutir as experiências geradoras de sofrimento psíquico na relação dos odontopediatras com seus pacientes infantis, como, também, identificar o nível de stress nessa atividade profissional.

Dentre os benefícios que a pesquisa poderá originar para o grupo profissional em estudo, teremos o conhecimento dos fatores geradores de medo e stress na atividade odontopediátrica, possibilitando a prevenção ou a remoção desses fatores e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida para esses profissionais.

O local da pesquisa será acordado entre os sujeitos e pesquisador, sem que qualquer ônus financeiro em relação ao deslocamento ou transporte seja creditado aos sujeitos.

Será garantido o esclarecimento, antes e durante a pesquisa, a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa.

O sujeito tem liberdade de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para ele.

Será garantido o sigilo que assegure a privacidade do paciente quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão publicados em revista científica de circulação nacional.

OBS: A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos - COÉTICA/UNIFOR. Endereço: Av. Washington Soares 1321- CEP 60811-340- Fortaleza-CE.

Eu, (responsável pelo sujeito) _____, li a carta de informação acima, entendi e não tenho mais nenhuma dúvida a respeito da mesma. Dessa forma, consinto a participação de (nome do sujeito) _____ no referido estudo.

Fortaleza-CE, ____ de _____ 2005.

Assinatura do Responsável

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____
Portador(a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa da **CARTA DE INFORMAÇÃO AO PACIENTE**, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o sujeito e/ou seu representante legal pode a qualquer momento retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar desta pesquisa e ciente de que todas as informações prestadas tornaram-se confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (art. 9 do Código de Ética Odontológica).

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 2005

Assinatura do Sujeito ou
Representante Legal.

Pesquisador Responsável
Anastácia Leite Jucá Ramalho
Rua: Gilberto Studart 1325/800
Papicú- Fortaleza-CE-60190-750
Fones: 3262-23-59/99979080

ANEXO C

ESCALA DE MEDIÇÃO DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Por favor, leia com atenção as afirmações abaixo e indique sua concordância circulando o número correspondente à frase.

1. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.
2. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.
3. Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.
4. Eu posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas.
5. Eu sinto que eu trato alguns dos meus clientes como se eles fossem “objetos”.
6. Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.
7. Eu trato de forma adequada os problemas de minha clientela.
8. Eu me sinto esgotado com o meu trabalho.
9. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
10. Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.
11. Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.
12. Eu me sinto muito cheio de energia.
13. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.
14. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.
15. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns de meus clientes.
16. Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.
17. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela.
18. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com minha clientela.
19. Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.
20. Eu me sinto como se estivesse no meu limite.
21. No meu trabalho eu lido com os problemas emocionais com muita calma.
22. Eu sinto que os clientes me culpam por alguns de seus problemas.