



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC

**SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES
COM E SEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

CARLOS SANTOS DE CASTRO FILHO

Fortaleza - CE
2008

CARLOS SANTOS DE CASTRO FILHO

**SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES
COM E SEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira

Fortaleza – CE
2008

CARLOS SANTOS DE CASTRO FILHO

**SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA EM
TRABALHADORES COM E SEM ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICA**

Mestrado em Saúde Coletiva
Universidade de Fortaleza

Aprovado em: 12/12/2008

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira (UNIFOR)
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Delane Maria Rego (UFRN)
Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a. Léa Maria Bezerra de Menezes (UFC)
Membro Efetivo

Prof. Dr. Aldo Angelim Dias (UNIFOR)
Membro Suplente

Dedico este trabalho a minha mãe Zenilda e as
minhas filhas Júlia e Virgínia.

AGRADECIMENTOS

A Deus criador do céu e da terra, por está sempre presente em meus sonhos e em minhas realizações, tornando todo possível.

Ao programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Seus professores, funcionários e a coordenadora Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva.

A Profa. Dra. Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira, além de orientar-me neste trabalho, me proporcionou ferramentas para que eu pudesse seguir ainda mais longe.

A dois colegas que procuro ter como exemplo Profa. Dra. Léa Maria Bezerra de Menezes e Prof. Dr. Aldo Angelim Dias.

A empresa DAKOTA NORDESTE S.A. pelo incentivo ao engrandecimento científico de seus colaboradores e parceiros.

Ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST-Horizonte) pelo apoio, incentivo e principalmente por acreditar em nosso trabalho.

A coordenadora do curso de odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) Profa. Dra. Maria Eneide Leitão de Almeida e os demais colegas do Núcleo de Estudo em Saúde Bucal Coletiva (NESBUC).

A Fundação Cearense de Amparo a Pesquisa (FUNCAP).

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A meu pai Carlos por me incentivar, mostrar caminhos e principalmente nunca deixar que eu desista de atingir minhas metas e sonhos.

A minha mãe Zenilda aquela que me deu à vida, me protegeu na infância, me orientou na adolescência e hoje me apóia no certo e me corrige no errado.

A minha irmã Karla pela orientação, exemplo e amizade constante.

As minhas filhas Júlia e Virgínia que apesar de sua tenra idade, souberam entender minhas ausências.

A Érika fiel companheira, sem você tenho certeza que não teria conseguido.

“A porta que Deus abre ninguém pode fechar”.
Apocalipse 3.7

RESUMO

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impactos negativos no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade. Estudos apontam para possíveis benefícios da assistência odontológica em diversos segmentos de nossa sociedade. Todavia, não existem estudos em uma mesma população de trabalhadores observando sua saúde bucal, sua qualidade de vida, e a relação destas com acesso a assistência odontológica. Este estudo objetivou analisar a influência da presença da assistência odontológica na saúde bucal e qualidade de vida de trabalhadores. Estudo quantitativo, exploratório e transversal, em um município da região metropolitana de Fortaleza-Brasil. A coleta de dados se deu a partir de um questionário composto de 22 questões sócio-econômico-demográficas e características do atendimento odontológico das empresas, o OI DP (*Oral Impacts on Daily Performances*) e o WHOQOL-BREF. Participaram do estudo, 356 trabalhadores. CPOD médio de 16,58 foi observado no grupo estudado, onde a empresa que possui assistência odontológica própria (F1) obteve melhores índices que a empresa que nunca possuiu assistência odontológica (F4). A média de sextantes hígidos, com sangramento e com cálculo dental, das empresas foi de, respectivamente: 64,5%, 23,5% e 6,2%, onde a empresa F1 obteve os melhores índices e a empresa F4 os piores. O uso de prótese superior se apresentou mais freqüentemente que o uso de prótese inferior em todas as empresas. Os resultados indicam que os trabalhadores de empresas com assistência odontológica apresentaram melhores condições de saúde bucal, que os seus colegas de empresas sem assistência odontológica. Trabalhadores da empresa com assistência odontológica própria apresentaram os valores mais altos para todos os domínios do WHOQOL-BREF, demonstrando melhor qualidade de vida geral. O impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos trabalhadores, foi relativamente comum (77%), mas pouco grave, com valor médio máximo de 18,8%. Conclui-se que trabalhadores de empresas que possuem assistência odontológica (própria ou privada) apresentaram maiores facilidades relacionadas ao acesso à assistência odontológica, melhores níveis de satisfação relacionados ao atendimento recebido, melhores índices de saúde bucal e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: saúde bucal, qualidade de vida, assistência odontológica.

ABSTRACT

Oral health problems have been considered important causes of negative quality of life in individuals and society. Studies have shown that dental assistance can bring positive benefits for segments of the community. However, there is a lack of studies observing oral health, quality of life and their relationship with access to dental assistance in the same community. The objective of the present study was to analyse the influence of the presence of dental assistance in oral health status and quality of life of industry workers. This is a quantitative, exploratory and transversal study developed in a city of the metropolitan area of Fortaleza-Brasil. Data collection occurred with the aid of a questionnaire made of 20 questions regarding socio-economic and demographic issues, as well as characteristics of the dental treatment in industries, the ODP (*Oral Impacts on Daily Performances*) and WHOQOL-BREF. 356 workers participated in this study. Mean DMFT was 16,58 in the study group, where the company with its own dental assistance program (F1) presented better indexes than the company which have never had dental assistance program (F4). The average of sections free of periodontal disease, with bleeding, and with dental calculus was respectively: 64,5%, 23,5% e 6,2%, where the company F1 presented the best indexes, while company F4 the worse ones. The use of superior prosthesis was more frequent than the use of inferior prosthesis in all companies. The results indicate that workers of companies with dental assistance present better oral health conditions than those from companies with no dental assistance programs. Workers from companies with dental assistance programs presented higher values for all for all WHOQOL-BREF domains, demonstrating better general quality of life. The impact of oral health conditions in workers quality of life was common (77%), but not strong, where the mean maximum value found was 18,8%. In conclusion, it can be said that workers from companies with dental assistance programs get easier access to dental assistance, better levels of satisfaction with the assistance provided, better oral health indexes and better quality of life.

Palavras-chave: oral health, quality of life, dental assistance.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

1. Valor de CPOD total e de seus componentes por empresa	29
2. Freqüência do índice periodontal por sextantes nas empresas pesquisadas	29
3. Freqüência de relato de dificuldade para o atendimento odontológico nas empresas investigadas	40
4. Distribuição das média do WHOQOL-Bref por empresa	41
5. Distribuição do OIDP por fábrica e performance	42

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.1 Saúde Bucal em Adultos.....	13
1.2 Saúde no Ambiente de Trabalho	14
1.3 Condições de Saúde Bucal do Brasileiro.....	16
1.4 Qualidade de Vida	17
2. OBJETIVOS	19
2.1 Geral	19
2.2 Específico	19
3. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS	20
3.1 Tipo de estudo	20
3.2 Descrição do local de estudo.....	20
3.3 População alvo	20
3.4 Critérios de exclusão	20
3.5 Coleta de dados.....	20
3.6 Cálculo da amostra	23
3.7 Análise dos dados.....	23
3.8 Aspectos legais e éticos	23
4. APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS	24
4.1 ARTIGO 01	25
4.2 ARTIGO 02.....	35
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICES.....	52
APÊNDICE I	53
APÊNDICE II	54
APÊNDICE III	55
APÊNDICE IV	56
ANEXOS	61
ANEXO I	62

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impactos negativos no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade. O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) reconheceu que as doenças bucais causam dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, acarretando prejuízos em nível individual e coletivo.

Uma das grandes preocupações da odontologia contemporânea, diz respeito à redução das doenças que atingem o complexo buco-maxilo-facial. Tanto em países desenvolvidos como, prioritariamente, nas populações de países subdesenvolvidos. Os países desenvolvidos, conscientes desta problemática, passaram a adotar a partir da metade dos anos 70, políticas norteadoras de promoção de saúde bucal, envolvendo a educação da população e a utilização de métodos preventivos de auto-aplicação (MEDEIROS e SOUZA, 2000).

Os mesmos autores enfatizam que em países de terceiro mundo, a acomodação e o imobilismo de determinados setores, levam boa parte dos profissionais a cultivarem o pensamento de que é impossível obter-se um declínio destas afecções, principalmente em países como o Brasil, onde o tamanho da população, as diversidades étnicas e regionais, condições econômicas difíceis e políticas públicas de saúde bucal, historicamente tímidas e de pouca abrangência, mostram-se como fatores que dificultam a implementação de estratégias eficazes para solução de tais problemas.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial os programas de atenção à saúde bucal, apresentam-se como uma das principais formas de atenção odontológica prestada à comunidade.

Os benefícios de uma assistência odontológica, tanto preventiva como de tratamento e reabilitação, são observados em diversos segmentos de nossa sociedade, entre estes, podemos destacar trabalhadores e empresas (MELO, 2006).

Para Mazzilli (2007) a ampliação da atenção em saúde bucal nas empresas vem ocorrendo, a partir da inserção do cirurgião-dentista nos ambulatórios de saúde do trabalhador. Essa inserção apresenta-se como uma das alternativas mais viáveis de atendimento odontológico à população adulta. Este acrescenta ainda, que em empresas que oferecem tal serviço aos seus colaboradores, os índices de

absenteísmo, possibilidades de acidentes de trabalho e doenças profissionais com manifestações bucais, encontram-se significativamente diminuídos.

Sob o mesmo viés, Castro Filho (2006) concluiu, após estudo realizado com membros do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), que a presença da atenção odontológica nas empresas, repercute positivamente tanto na diminuição do absenteísmo (falta ao trabalho) como na integralidade dos cuidados à saúde dos trabalhadores.

Entretanto, ainda é escasso o conhecimento sobre a percepção do trabalhador em relação a sua saúde bucal (e a extensão desta percepção sobre a sua qualidade de vida), quando o mesmo está submetido ou não a tal assistência.

Assim sendo, existe a necessidade crescente de se verificar o impacto percebido pelos trabalhadores nestas áreas, sugerindo-se a grande necessidade de estudos que possibilitem de forma mais ampla conhecer o seu perfil em diferentes contextos sociais com a intenção de subsidiar o planejamento de políticas públicas cujos resultados gerem impactos positivos na vida cotidiana da referida população, criando-se estratégias e medidas que possibilitem a dignidade do ser humano e que possam viabilizar níveis satisfatórios de saúde aliada a uma maior produtividade.

Além disso, é importante referenciar conhecimentos passados e, outros, necessariamente contemporâneos, que possam estruturar um posicionamento robusto sobre a abrangência do referido conhecimento. Este viabilizará o material necessário para o entendimento da essência e conseqüência das inerências entre fatores e variáveis que possam consubstanciar uma discussão ampla e atual sobre o tema, micro, da pesquisa em pauta.

1.1 Saúde Bucal em Adultos

Ainda são pouco freqüentes, na literatura científica, estudos abordando a temática da saúde bucal em adultos, ao contrário da saúde bucal em crianças ou escolares. Alguns grupos demográficos como os adultos trabalhadores não têm sido objeto de muitos estudos.

Apesar do aumento da expectativa de vida da população brasileira, a literatura pertinente à saúde bucal em adultos ainda encontra-se muito incipiente. No entanto, esta é uma parcela da população que além de constituir uma significativa

demanda em relação à assistência odontológica, influencia, de forma decisiva, nos hábitos pertinentes à saúde bucal de seus filhos e dependentes (PINTO, 2000).

Colussi & Freitas (2002) concluíram que a saúde bucal da população adulta brasileira não é satisfatória, evidenciada pelo importante número de indivíduos apresentado afecções odontológicas como: edentulismo, doenças periodontais e necessidade de uso de próteses.

Determinadas circunstâncias, juntas ou isoladamente, estariam colaborando para a instalação e manutenção desta realidade. Contudo, uma das mais significativas é sem dúvida o restrito número de políticas públicas em saúde bucal voltadas para este grupo populacional (SILVA, 1999).

Barbato (2007) pontua que a população adulta brasileira tem sido assistida, historicamente, por serviços de urgência destinados a tratar a dor. Fato que geralmente resulta na perda dentária, situação esta que poderia ser, pelo menos em parte, minimizada com a implementação de uma maior atenção à, prevenção e à, promoção de saúde bucal para jovens e adultos.

Outra condição colaboradora com o edentulismo da população adulta brasileira encontra-se no modelo de atenção secundária prevista nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que apesar de ser essencial para a formação de um programa de saúde bucal completo, ficou restrita a um atendimento centralizado (e.g., tratamento endodôntico e periodontal), de difícil acesso para os usuários, uma vez que a demanda é muito grande e a cobertura ainda se encontra muito incipiente (VARGAS, 2005).

Programas e políticas públicas relacionados à saúde bucal da população adulta poderiam ser estrategicamente implantados e realizados no local de trabalho do indivíduo, já que a maioria dos adultos despense mais da metade das horas em que se encontram acordados no ambiente de trabalho, onde compartilham regras e valores com seus pares, chefes ou subordinados, influenciando-se reciprocamente (GRAÇA, 1999).

1.2 Saúde no Ambiente de Trabalho

Em linhas gerais, os programas de promoção de saúde no trabalho costumam proceder, alternativamente, de uma ou de duas destas maneiras: a) utilizam conceitos gerais relacionados a bem-estar, adequação e qualidade de vida;

b) concentram-se em matérias mais específicas, como controle do consumo de álcool, do tabagismo, do estresse ou da hipertensão, usualmente, tendo como referência as políticas públicas de saúde ou metodologias desenvolvidas pela própria equipe de segurança e saúde do trabalhador das empresas (SHOU; LOCKER, 1997).

Spedo (1998) expõe alguns motivos para que sejam empreendidas ações de promoção de saúde no local de trabalho:

- Enquanto desperto, o indivíduo despende a maior parte do seu tempo no local de trabalho;
- A política da empresa, bem como seus regulamentos e regras, podem afetar (positiva ou negativamente) a saúde do indivíduo;
- Torna-se mais fácil estabelecer prioridades em grupos mais definidos;
- Os programas de promoção de saúde no local de trabalho tendem a ter maior adesão, quando comparados àqueles desenvolvidos em outros locais.

Mazzilli (2007) enumera as seguintes bases para formular projetos de promoção de saúde no ambiente de trabalho: constituição da equipe de saúde; domínio das particularidades do ambiente de trabalho; exame dos aspectos da saúde como mal, doença ou disfunção; aplicação de estratégias comprovadas para promoção de saúde; e desenvolvimentos de programas específicos ou em larga escala para cada tipo de agravo apresentado.

Midorikawa (2000) por sua vez, enumerou alguns grupos sociais beneficiados com assistência odontológica nas empresas:

- Trabalhadores;
- Empresários;
- Classe odontológica e
- Governo.

Este autor elucida que os trabalhadores se beneficiam, entre outros fatores, por terem uma maior facilidade de acesso aos cuidados odontológicos, maior controle dos fatores que causam as doenças bucais, diminuição do número de extrações dentárias, aumento da motivação, aumento do potencial de produtividade, melhoria geral da saúde e a diminuição de uma das principais causas de acidente de trabalho, que é a dor.

1.3 Condições de Saúde Bucal do Brasileiro

Apesar dos esforços que entidades governamentais (governo, estado e município), não governamentais e sociedade organizada, vêm despendendo para tentar solucionar ou minimizar, os problemas relacionados à falta ou a incipiência de saúde bucal na maior parte da população brasileira. Esta ainda se encontra muito a quem da desejada, para o início do século XXI.

Podemos destacar como principais agravos de saúde bucal, relacionados à saúde coletiva: a cárie dentária, as doenças periodontais, as oclusopatias, o câncer bucal, a perda de dentes e a necessidade do uso de prótese (BRASIL, 2001).

O projeto SB2000 (Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000) vem configurar-se como o levantamento de saúde bucal mais recente que se dispõe subsidiando desta forma as informações mais atuais sobre a realidade de saúde bucal da população brasileira.

Tal Levantamento epidemiológico foi realizado em 250 municípios das 5 regiões do Brasil. Tais municípios foram sorteados obedecendo aos critérios da coleta de dados da pesquisa. Ao final da coleta de dados, foram entrevistados e examinados 108.786 voluntários distribuídos em 6 grupos etários: 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos (BRASIL, 2004).

Dados oriundos deste levantamento, relativos à cárie dentária, apontam para realidades preocupantes como, por exemplo: CPOD (média de dentes perdidos, cariados ou obturados) em adolescentes alcança um índice de 6,18 enquanto que nos adultos este índice chega a 20,12. Com relação ao levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 1986, pode ser percebida uma queda de cerca de 52% no índice CPOD entre os adolescentes e uma redução de aproximadamente 10% na faixa etária de 34 a 44 anos.

Porém, tanto entre os adolescentes quanto entre os adultos, a proporção de dentes perdidos no índice CPOD (14,5% e 65,7% respectivamente) mantém praticamente os mesmos valores observados em 1986. Este dado denota a persistência do modelo assistencial mutilador com elevado índice de extrações dentárias (BRASIL, 2004).

Outro dado importante, relativo à cárie dentária, que merece destaque é a meta estabelecida pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2000 de que pelo menos 75% dos adultos e que no mínimo 50% dos idosos apresentassem 20 ou

mais dentes. No Brasil somente pouco mais de 52% da população adulta e menos de 10% dos idosos possuem 20 ou mais dentes (OMS, 2003).

Com relação às condições gengivais, a pesquisa percebeu que menos de 22% da população adulta apresenta as gengivas sadias como condição predominante. Enquanto o uso ou a necessidade de prótese tanto na arca superior quanto na arcada inferior, foi observado em 85% desta população (BRASIL, 2004).

1.4 Qualidade de Vida

A Carta de Ottawa, documento resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, no Canadá, em 1986, defende que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2001).

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (THE WHOQOL GROUP), em 1994, definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nesta definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos (FLECK, 2008).

Existem inúmeras evidências científicas mostrando a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Sob o mesmo tomo, sabe-se que muitos componentes da vida social, que contribuem para uma vida com qualidade, são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde (BUSS, 2000).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde bucal, tem sido frequentemente adotado para definir medições subjetivas de saúde bucal como parte de um instrumento multidimensional para o alcance de aspectos subjetivos de saúde (SLADE, 1997).

Para Vargas e Paixão (2005), a última década apresentou um aumento do interesse, por parte dos pesquisadores, em quantificar as conseqüências das doenças de ordem bucal. Segundo estes autores, o número de estudos que investigavam a relação entre as condições bucais e seu impacto na vida das pessoas apresentava-se de forma muito incipiente até a última década. A partir daí,

vários instrumentos passaram a ser desenvolvidos na tentativa de conhecer e avaliar a forma com que os problemas bucais têm afetado a vida diária das pessoas.

O desenvolvimento de índices e indicadores que relacionam saúde bucal com a qualidade de vida surgiu, a partir da necessidade de se conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou ainda, o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida (COHEN, 1996).

Entre os diversos índices disponíveis, dois se destacam pela facilidade de aplicação e por já terem sido validados para uso no Brasil. São eles: OIDP (*Oral Impacts on Daily Performances*) modificado por Locker (1997) para uso em odontologia e validado para uso na população brasileira (GOES, 2001) e o WHOQOL-BREF criado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998). Também devidamente validado para população brasileira (FLECK, 2008).

O *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) é um indicador sócio-odontológico baseado conceitualmente na Classificação Internacional de Impossibilidades, Deficiências e Desvantagens (WHO, 1980).

Mediante a avaliação da frequência e da severidade dos impactos que afetam o desempenho diário dos indivíduos, o OIDP fornece um escore de impacto individual. Este instrumento utiliza uma abordagem lógica de quantificação de impacto usando frequência e gravidade, distribuída em uma escala de cinco pontos. O enfoque de frequência consiste na ordenação das respostas entre as possibilidades de “freqüentemente” até “raramente ou nunca” atribuindo uma classificação numérica (de 1 a 5) para cada categoria de resposta. A classificação da severidade dá um peso à importância relativa do impacto odontológico percebido em relação a sua qualidade de vida (SHEIHAM, 2000).

O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico de aferição de qualidade de vida, aplicável a uma ampla variedade de populações (CHACHAMOVICH, 2008). Este instrumento é de fácil aplicação, sendo composto de perguntas divididas em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente), que juntos procuram traçar a percepção de qualidade de vida geral do entrevistado.

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a influência da presença da assistência odontológica na saúde bucal e qualidade de vida de trabalhadores.

2.2 ESPECÍFICOS

Descrever aspectos sócio-econômico-demográficos, de acesso e satisfação em trabalhadores de empresas com e sem assistência odontológica.

Descrever e comparar a saúde bucal e sua percepção em trabalhadores de empresas com e sem assistência odontológica.

Descrever e comparar a percepção de Qualidade de Vida dos trabalhadores de empresas com e sem assistência odontológica.

3. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Pesquisa quantitativa, exploratória e transversal.

3.2 Descrição do local de estudo

O estudo foi realizado no Parque Industrial de Horizonte, município da região metropolitana de Fortaleza – CE. Seu parque fabril é constituído de pequenas, médias e grandes empresas, distribuídas em diversas áreas de transformação como: têxtil, fiação, calçados, automobilística, fundição, envasamento de bebidas entre outras de menor importância sócio-econômica.

3.3 População alvo

Trabalhadores, maiores de 18 anos do sexo masculino e feminino, das indústrias com ou sem assistência odontológica do município de Horizonte - CE.

3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores com menos de dois anos na empresa, assim como as empresas que possuíam menos de 100 funcionários.

3.5 Coleta de dados

A pesquisa foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, trabalhadores de empresas com mais de 100 funcionários, com e sem assistência odontológica responderam a um questionário com informações sobre o seu perfil sócio-econômico-demográfico e qualidade de vida. Na segunda etapa, estes trabalhadores foram avaliados através de um exame odontológico, baseado no Projeto SB Brasil (BRASIL, 2004).

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST-Horizonte) forneceu a listagem das empresas do município, das quais, foram selecionadas as empresas enquadradas nos grupos supracitados. Das 26 empresas inicialmente identificadas restarão, após a aplicação dos critérios de exclusão apenas 4 instituições. Que são distribuídas da seguinte forma: 1 com assistência odontológica da própria empresa, 1 com assistência odontológica terceirizada, 1 que possuía

assistência odontológica (até dezembro de 2007 e não a possui mais) e 1 que não possui assistência odontológica.

Etapa 1

Aos trabalhadores das 4 empresas selecionadas, foi aplicado, pelo pesquisador, um questionário constituído de três partes. A primeira parte composta de questões sócio-econômico-demográficas e características do atendimento odontológico das empresas, a segunda parte composta pelo questionário ODP - *Oral Impacts on Daily Performances* (observa e mensura a percepção de qualidade de vida sobre o impacto que as condições bucais trazem ao seu cotidiano) e a terceira parte composta pelo questionário WHOQOL-BREF - *World Health Organization Quality Of Life* (instrumento genérico para aferição de qualidade de vida). Tal instrumento possibilitou a quantificação dos aspectos subjetivos percebidos pelo entrevistado em relação a sua saúde bucal e a sua qualidade de vida. Ambos os instrumentos necessitaram de pouco tempo para aplicação e já foram validados para utilização no Brasil (GOES, 2001).

A impressão e o fornecimento dos documentos (questionário, termo de consentimento livre e esclarecido, comunicado para a empresa e autorização da empresa), foram de responsabilidade do pesquisador. Assim como canetas e qualquer outro material necessário para a realização da coleta de dados.

A aplicação do questionário foi realizada pelo pesquisador, momento em que o mesmo fez a leitura do questionário e respondeu as eventuais dúvidas por parte dos colaboradores. Não houve tempo mínimo ou máximo para a entrega do questionário respondido. No entanto, verificou-se que os colaboradores necessitaram, em média, de 12 minutos para responder o instrumento proposto nesta etapa da pesquisa.

Etapa 2

Após responderem o questionário, foi solicitado aos voluntários, que os mesmos fossem submetidos a um exame clínico para levantamento do índice CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados), condição periodontal e necessidade e uso de prótese.

O exame clínico foi realizado por uma cirurgiã-dentista (voluntária) treinada e calibrada segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), utilizando iluminação natural.

Para realização desta etapa da pesquisa foram necessários os seguintes materiais descartáveis: luvas, máscaras, gorro, abaixador de língua, papel toalha e gaze. O local do exame contava apenas com luz natural e uma cadeira plástica.

A condição periodontal dos voluntários foi avaliada através do Índice Periodontal Comunitário (IPC), recomendado atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999). Que segue os seguintes códigos:

- 0 (saúde periodontal);
- 1 (sangramento à sondagem);
- 2 (cálculo, porém a tarja preta da sonda está visível);
- 3 (bolsa periodontal de 4-5 mm e margem gengival sobre a tarja preta);
- 4 (bolsa periodontal de 6 mm ou mais e tarja preta da sonda não visível);
- X (sextante excluído por ter menos de dois dentes presentes).

Utilizou-se sonda idealizada para o exame periodontal, que apresenta na extremidade uma esfera de 0,5 mm, com uma tarja preta entre 3,5 e 5,5 mm e anéis ou marcas aos 8,5 e 11,5 mm (OMS, 1999).

Optou-se por analisar o uso e a necessidade de prótese para os arcos superior e inferior. Com relação à necessidade de prótese, além dos espaços oriundos de exodontias já realizadas, identificaram-se futuros espaços protéticos deixados após exodontias dentárias indicadas e a necessidade de substituição das próteses desgastadas ou avariadas (BRASIL, 2001).

Etapa 1 e 2

O pesquisador fez o contato com as empresas e juntos estabeleceram os dias e horários das aplicações dos questionários e realização de exames, que sempre foram realizados em horário de trabalho e em local (sala) favorável para realização de tal atividade.

As empresas foram comunicadas a respeito do número de trabalhadores que deveriam ser submetidos voluntariamente à pesquisa. Cada empresa forneceu uma lista com todos os funcionários que preenchiam os critérios de inclusão. Após este passo, foi realizada uma seleção aleatória para identificação dos trabalhadores que seriam convidados a participar da pesquisa. Para cada trabalhador que não aceitou participar da pesquisa, um novo colaborador foi aleatoriamente selecionado até que todas as etapas da pesquisa pudessem ser realizadas.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado e lido pelo pesquisador antes da entrega do questionário. Após a assinatura do mesmo, o questionário e em seguida exame clínico, foram realizados.

3.6 Cálculo da amostra

Para o cálculo amostral da pesquisa, utilizou-se como base o teste estatístico ONE WAY ANOVA. Onde foi adotado $\alpha= 0,05$, $\beta= 0,10$ e $d= 0,20$. Designando para cada um dos 4 grupos , uma amostra de 89 voluntários (NORMAN; STREINER, 2000).

3.7 Análise dos dados

O levantamento, a consolidação, a tabulação e a análise dos dados, foram realizados de acordo com os objetivos da pesquisa. O programa SPSS 15.0 for Windows (SPSS INC., Chicago, IL. USA) foi utilizado nesta etapa da pesquisa.

3.8 Aspectos legais e éticos

A participação dos colaboradores das empresas na pesquisa foi voluntária, e este poderia deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo ao seu vínculo empregatício. Não foi fornecido as empresas a listagem final dos colaboradores que aceitaram ou recusaram participar da pesquisa.

Esteve salvo guardado o anonimato dos participantes e foram respeitados os princípios éticos e legais da resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e aprovada sob o protocolo 07-151 e seguiu suas recomendações.

4. APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

A partir da conclusão da coleta dos dados e da tabulação destes, foi verificada uma quantidade significativa de informações, que propiciaram as respostas para atender ao objetivo geral e aos objetivos específicos deste trabalho.

Atendendo as normas da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), optou-se pelo formato de artigos para conclusão do mestrado em saúde coletiva. Desta feita, em decorrência dos objetivos propostos a serem atingidos e dos resultados encontrados, foram escritos dois artigos.

O primeiro destes, intitulado “**Saúde Bucal de Trabalhadores com e sem Assistência Odontológica**”, será enviado para a revista *Journal of Dental Research*, e segue suas normas de formatação. Este artigo buscou analisar a saúde bucal de trabalhadores de empresas com e sem assistência odontológica.

O segundo artigo, intitulado “**Saúde Bucal: Acesso, Satisfação e Qualidade de Vida em Trabalhadores com e sem Assistência Odontológica**”, será enviado para a revista *Community Dentistry and Oral epidemiology*. Este estudo por sua vez, abordou questões de acesso, satisfação e qualidade de vida e sua interface com a saúde bucal.

4.1 ARTIGO 01

SAÚDE BUCAL DE TRABALHADORES COM E SEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

RESUMO

A assistência odontológica em empresas privadas tem crescido nos últimos anos, porém pouco se sabe sobre a influência desta na saúde bucal dos trabalhadores, sendo este o objetivo do presente trabalho. Estudo quantitativo, exploratório e transversal em um município da região metropolitana de Fortaleza-Brasil. Participaram do estudo trabalhadores de empresas que possuíam mais de 100 funcionários (n=356). CPOD médio de 16,58 foi observado no grupo estudado, onde a empresa que possui assistência odontológica própria (F1) obteve melhores índices que a empresa que nunca possuiu assistência odontológica (F4). A média de sextantes hígidos, com sangramento e com cálculo dental, das empresas foi de, respectivamente: 64,5%, 23,5% e 6,2%, onde a empresa F1 obteve melhores índices que a empresa F4. O uso de prótese superior se apresentou mais freqüentemente que o uso de prótese inferior. Os resultados indicam que os trabalhadores de empresas com assistência odontológica apresentaram melhores condições de saúde bucal, que os seus colegas de empresas sem assistência odontológica.

Palavras-chave: saúde bucal, assistência odontológica, empresa.

INTRODUÇÃO

Uma das grandes preocupações da odontologia contemporânea, diz respeito à redução das doenças que atingem o complexo Buco-Maxilo-Facial, preocupação esta que se estende tanto a países desenvolvidos como, prioritariamente, nas populações de países subdesenvolvidos (MEDEIROS e SOUZA, 2000).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial os programas de atenção à saúde bucal, apresentam-se como uma das principais formas de atenção odontológica prestada à comunidade. Porém também existem outras possibilidades

de assistência odontológicas, como a prestada por médias e grandes empresas para seus trabalhadores e dependentes (MELO, 2006).

Para Mazzilli (2007) a ampliação da atenção em saúde bucal nas empresas vem ocorrendo, a partir da inserção do cirurgião-dentista nos ambulatórios de saúde do trabalhador. Sob o mesmo viés, Castro Filho (2006) concluiu, após estudo realizado com membros do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), que a presença da atenção odontológica nas empresas, repercute positivamente tanto na diminuição do absenteísmo (falta ao trabalho) como na integralidade dos cuidados à saúde dos trabalhadores.

Apesar destes esforços, as condições de saúde bucal do brasileiro ainda se encontram muito a quem da desejada, para o início do século XXI. Onde podemos destacar como principais agravos de saúde bucal: a cárie dentária, as doenças periodontais, as oclusopatias, o câncer bucal, a perda de dentes e a necessidade do uso de prótese (BRASIL, 2004).

Dados retirados do projeto SB2000 (Condições de Saúde Bucal da população Brasileira no Ano 2000), relativos à cárie dentária, apontam para realidades preocupantes como o CPOD (dentes perdidos, cariados ou obturados) nos adultos chegando a 20,12 (BRASIL, 2004). O mesmo estudo identificou que menos de 22% da população adulta apresenta as gengivas saudáveis como condição predominante. Enquanto que o uso ou a necessidade de prótese na arca superior, arcada inferior ou em ambas as arcadas, observado foi de 85% desta população.

Determinadas circunstâncias, juntas ou isoladamente, estariam colaborando para a instalação e manutenção desta realidade. Contudo, uma das mais significativas é sem dúvida o restrito número de políticas públicas em saúde bucal voltadas para este grupo populacional (SILVA, 1999).

Como Barbato (2007) coloca, a população adulta brasileira tem sido assistida, historicamente, por serviços de urgência destinados a tratar a dor, fato que geralmente resulta na perda dentária. Situação que poderia ser, pelo menos diminuída, se houvesse a implementação de uma maior atenção à prevenção e a promoção de saúde bucal para jovens e adultos. Programas e políticas públicas relacionados à saúde bucal da população adulta poderiam ser estrategicamente implantados e realizados no local de trabalho do indivíduo. Pois a maioria dos adultos despense mais da metade das horas em que se encontram acordados no ambiente de trabalho (GRAÇA, 1999).

Diversos grupos sociais podem ser beneficiados com a atenção odontológica no ambiente de trabalho, que sejam: os trabalhadores, os empregadores, os cirurgiões dentistas e até governo (MIDORIKAWA, 2000).

Apesar da existência desses programas em algumas empresas e do crescente interesse, por parte de pesquisadores, sobre este assunto, pouco se sabe sobre questões relativas as condições de saúde bucal de trabalhadores de empresas com ou sem assistência odontológica, que é o objetivo do presente artigo.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo quantitativo, exploratório e transversal no Parque Industrial de Horizonte, município da região metropolitana de Fortaleza - CE, Brasil. Os participantes desta pesquisa foram os trabalhadores maiores de 18 anos, de ambos os sexos, das indústrias com ou sem assistência odontológica do município. Foi adotado como critério de exclusão para o trabalhador, estar há menos de dois anos na empresa. E para as empresas, possuir menos de 100 funcionários.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST-Horizonte) forneceu uma lista contendo as 26 empresas do município. Destas 26 empresas, foram selecionadas 4 que não se enquadravam nos critérios de exclusão, distribuídas da seguinte forma: uma possui assistência odontológica da própria empresa (F1), uma possui assistência odontológica terceirizada (F2), uma havia possuído assistência odontológica e não mais possui (F3), e uma que nunca possuiu assistência odontológica (F4).

Cada empresa forneceu uma lista com todos os funcionários que preenchiam os critérios de inclusão, e estes foram aleatoriamente selecionados para participar da pesquisa.

Para o cálculo amostral da pesquisa, utilizou-se como base o teste estatístico One-way anova. Onde foi adotado $\alpha= 0,05$, $\beta= 0,10$ e $d= 0,20$. Designando para cada uma das 4 empresas, uma amostra de 89 voluntários (NORMAN; STREINER, 2000).

Após responderem o questionário (abordando quesitos de ordem sócio-demográfica e características do atendimento odontológico da empresa), foi solicitado aos voluntários, que os mesmos fossem submetidos a um exame clínico para levantamento do índice CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados), condição periodontal e verificação do uso ou necessidade de uso de prótese.

O exame clínico foi realizado por uma cirurgiã-dentista (voluntária) treinada e calibrada segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), utilizando iluminação natural.

O programa SPSS 15.0 for Windows (SPSS INC., Chicago, IL. USA) foi utilizado. Onde o levantamento, a consolidação, a tabulação e a análise dos dados, foram realizados de acordo com os objetivos da pesquisa.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e aprovada sob o protocolo 07-151.

RESULTADOS

Foram entrevistados e examinados 356 voluntários, divididos em quatro grupos distintos: F1 (empresa que possui assistência odontológica da própria empresa), F2 (empresa que possui assistência odontológica terceirizada), F3 (empresa que havia possuído assistência odontológica e não mais possui) e F4 (empresa que nunca possuiu assistência odontológica). Cada um destes subgrupos detendo 89 voluntários. Destes, 189 (53,1%) participantes eram do sexo masculino. A maioria (69,9%) dos entrevistados possuía entre 18 e 39 anos.

A média de CPOD total apresentado foi de 16,58. O Índice de Dentes Perdidos Cariados e Obturados (CPOD) encontrado entre os participantes da pesquisa apresentou variações tanto no seu valor total, quanto para cada um de seus componentes, nominalmente, número de dentes cariados, perdidos e obturados (Tabela 1). Houve diferença dos índices CPOD entre as empresas (One-way anova; $p < 0,001$). Ficando os trabalhadores da empresa com assistência odontológica própria (F1) com o melhor índice (CPOD total = 10,97) e a empresa que nunca possuiu assistência odontológica (F4) com o pior índice (CPOD total = 22,83). Fato semelhante foi observado com o componente obturado (One-way anova; $p < 0,001$). No componente cariado o índice foi melhor nas empresas F1 e F2 (empresa com assistência odontológica própria e terceirizada, respectivamente), e pior na empresa que nunca possuiu assistência odontológica (F4). Enquanto que no componente perdido os melhores índices foram apresentados pelos trabalhadores das empresas com assistência odontológica F1 e F2 (4,72 e 5,34; respectivamente) e o pior ficou com os trabalhadores da empresa que já possuiu assistência odontológica F3 (7,64) - One-way anova; $p = 0,007$.

Tabela 1: Valor de CPOD total e de seus componentes por empresa.

CPOD	TODAS		F1		F2		F3		F4	
	Média	DP	Media	DP	Media	DP	Media	DP	Media	DP
CPOD _{cariado}	3,65	3,77	1,3	2,22	1,78	2,33	3,54	2,88	7,97	3,27
CPOD _{perdido}	6,12	6,26	4,72	5,42	5,34	5,61	7,64	7,80	6,76	5,59
CPOD _{obturado}	6,60	3,86	4,83	3,92	6,71	4,37	7,04	3,57	7,81	2,82
CPOD _{total}	16,58	7,01	10,97	6,63	13,82	6,31	18,71	4,99	22,83	3,04

Legenda: DP= desvio padrão; F1= empresas com assistência odontológica própria; F2= empresas com assistência odontológica terceirizada; F3= empresa que já possuiu assistência odontológica e não possui mais e F4= empresa que nunca possuiu assistência odontológica.

A condição periodontal dos voluntários foi avaliada através do Índice Periodontal Comunitário (IPC), recomendado atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003). Que segue os seguintes códigos: 0 (saúde periodontal); 1 (sangramento à sondagem); 2 (cálculo, porém a tarja preta da sonda está visível); 3 (bolsa periodontal de 4-5 mm e margem gengival sobre a tarja preta da sonda); 4 (bolsa periodontal de 6 mm ou mais e tarja preta da sonda não visível); X (sextante excluído por ter menos de dois dentes presentes).

Em todos os 2.136 sextantes examinados, só foram verificadas pontuações 0, 1 e 2. O teste Qui-quadrado (χ^2), apontou para diferenças significantes ($P < 0,001$) em todos os resultados de cruzamentos entre as características dos sextantes e as empresas. Onde, a empresa que possui assistência odontológica própria (F1) apresenta o maior número de sextantes hígidos e a empresa que nunca possuiu assistência odontologia (F4) apresenta o menor número de sextantes com esta característica. Diferentemente dos sextantes que apresentam sangramento ou cálculo, onde a empresa F4 apresenta maiores índices, 191 e 98 respectivamente, enquanto a empresa F1 os menores, com 63 e 10 respectivamente (tabela 2).

Tabela 2: Frequência do índice periodontal por sextantes nas empresas pesquisadas.

	F1	F2	F3	F4	TOTAL
Sextante hígido	461	400	379	245	1.485
Sextante com sangramento	63	119	131	191	504
Sextante com cálculo	10	15	24	98	147
Total	534	534	534	534	

Legenda: F1= empresas com assistência odontológica própria; F2= empresas com assistência odontológica terceirizada; F3= empresa que já possuiu assistência odontológica e não possui mais e F4= empresa que nunca possuiu assistência odontológica.

Com relação à necessidade de prótese, identificou-se os espaços protéticos presentes (sem prótese no momento do exame), futuros espaços protéticos deixados após exodontias dentárias indicadas, e necessidade de substituição das próteses desgastadas ou avariadas (BRASIL, 2001).

Nas empresas que possuem assistência odontológica (F1 e F2) foi identificado um maior uso de prótese, tanto superior (aproximadamente 37% dos trabalhadores) como inferior (aproximadamente 25% dos trabalhadores) que nas empresas sem assistência odontológica (F3 e F4), onde esta prevalência não passou de 13% (χ^2 ; $p < 0,001$). Quando analisados conjuntamente, os trabalhadores utilizavam mais prótese superior do que inferior (χ^2 ; $p < 0,001$). Essa realidade também foi encontrada nas empresas avaliadas individualmente (χ^2 ; $p < 0,05$), com exceção da empresa F4, onde não houve diferença no uso de prótese inferior e superior (χ^2 ; $p > 0,05$). Em relação à necessidade de prótese, os trabalhadores da empresa que nunca possuiu assistência odontológica (F4) apresentaram a maior necessidade de prótese (aprox. 40 %), em contra partida, os da empresa F1, com assistência odontológica própria, apresentaram os menores valores. De uma forma geral, os trabalhadores necessitavam mais de prótese inferior que superior (χ^2 ; $p < 0,001$). Porém, quando avaliadas separadamente, a empresa F4, diferentemente das outras, não demonstrou diferença entre a necessidade de prótese superior e inferior (χ^2 ; $p = 0,88$).

DISCUSSÃO

O CPOD médio das empresas (16,58) apresentou-se abaixo da média nacional (BRASIL, 2004) e acima da média encontrada em outros estudos com trabalhadores da indústria (PINTO; LIMA, 2003). Haja vista que a média de CPOD do adulto brasileiro, nesta faixa etária, é de 20,44 (BARBATO, 2007), enquanto que a média encontrada em um estudo realizado pelo SESI (Serviço Social da Indústria) com trabalhadores de todas as regiões do país, foi de 13,33 (PINTO; LIMA, 2003). É importante observar, que a empresa F1 apresentou melhor índice (CPOD total = 10,97) que as demais F2, F3 e F4 (CPOD total = 13,82; 18,71 e 22,83, respectivamente), sendo esse índice também abaixo da média nacional para as indústrias brasileiras. Esses achados apontam para a importância da assistência odontológica nas empresas como ferramenta de equidade para o trabalhador (MIDORIKAWA, 2000).

A empresa que nunca possuiu assistência odontológica (F4) apresentou CPOD cariado = 7,97, mais elevado do que as demais empresas (F1= 1,3, F2= 1,78 e F3= 3,54). Esse fato evidencia a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde e até mesmo a resolutividade dos mesmos. Pois se sabe que é para esses serviços de saúde que a maioria desses trabalhadores recorre. A dificuldade de acesso ocorre por uma série de razões, incluindo o fato destes serviços serem, em sua maioria, oferecidos em horários em que este grupo populacional se encontra trabalhando e pela dificuldade de liberação dos trabalhadores por suas empresas. É importante frisar, que o oposto ocorre com trabalhadores de empresas com assistência odontológica na própria empresa, onde os mesmos são atendidos no local e horário de trabalho.

Com relação ao edentulismo, mesmo na empresa que apresenta o menor índice de perda dentária (F1), o componente perdido (4,72) encontra-se mais elevado que o de países como o Líbano, que apresenta valor de 3,2 (DOUGHAN; KASSAK; BOURGEOIS, 2007); que da pesquisa com trabalhadores da indústria entre 25 e 34 anos, que apresentou-se como 3,69 (PINTO; LIMA, 2003); e abaixo dos valores nacionais, que é de 14,5 (BRASIL, 2003).

Os achados relacionados às condições periodontais apresentadas na população estudada, apresentaram diferenças significantes entre os grupos estudados. A média de sextantes hígidos, com sangramento e com cálculo entre os voluntários foi de, respectivamente: 64,5%, 23,5% e 6,2%, índices gerais mais positivos do que os encontrados no estado de São Paulo, que se aproximam de 35%, 17% e 50% (TOMITA et al, 2002). Destacando-se a empresa com assistência odontológica própria (F1), onde a incidência foi de: 86,3%, 11,7% e 1,8%, respectivamente. Isto pode dever-se a presença contínua da assistência odontológica, haja vista que esses trabalhadores ao entrarem em empresas que oferecem assistência odontológica, provavelmente, apresentam índices semelhantes ao restante da população brasileira, que como foi visto, encontram-se piores que a média destas empresas.

O uso de prótese superior se apresentou mais freqüentemente que o uso de prótese inferior, concordando com o estudo realizado por Pinto (2000). A necessidade do uso de prótese inferior, também existe, contudo, apresenta-se mais freqüente o uso de prótese superior. Possivelmente causada pela dificuldade de

adaptação da primeira e ao ganho estético que a segunda proporciona (COLUSSI; FREITAS; CALVO, 2004).

A empresa F3 (que já possuiu assistência odontológica e não possui mais) apresenta índices melhores que a empresa que nunca possuiu assistência odontológica (F4). Possivelmente, reflexo do período no qual, seus colaboradores usufruíam deste benefício. Nota-se assim, que os reflexos da assistência odontológica prestada por empresas perduram além do período assistencial, comprovando impacto positivo na saúde bucal, e conseqüentemente na saúde geral, destes trabalhadores.

Apesar de não ter sido o foco da presente pesquisa, observou-se que as empresas que possuem assistência odontológica própria ou terceirizada (F1 e F2), propiciam aos seus colaboradores, além desta assistência, uma série de outros benefícios que, juntos ou isoladamente, tem o potencial de contribuir para o fortalecimento do autocuidado e da auto-estima. Exemplos de benefícios encontrados nestas empresas são: ações de cunho sócio ambiental, atividades lúdicas relacionadas aos problemas do dia-a-dia, comprometimento com o ser e o meio ambiente, educação continuada, etc. Os achados indicam que outros fatores, além da assistência odontológica, contribuem com a saúde bucal dos trabalhadores. Estas ações acabam por fornecer ao trabalhador, ferramentas para o seu empoderamento social, acabando por realizar promoção de saúde para estes trabalhadores, suas famílias e a sociedade como um todo (KLUND; BURT, 1994) e refletindo na melhora de sua saúde global.

CONCLUSÃO

Os resultados indicam que os trabalhadores de empresas com assistência odontológica (própria ou terceirizada) apresentaram melhores condições de saúde bucal, que os das empresas sem assistência odontológica. Esses achados são mais evidenciados nos índices de CPOD e na condição periodontal. Observou-se também diferença entre a empresa que já possuiu assistência odontológica e não possui mais e a que nunca possuiu, onde a primeira demonstrou resultados mais positivos que a segunda.

REFERÊNCIAS

BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília: 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

CASTRO FILHO, C. S. **A inserção do dentista na equipe do SESMT**. 2006. Monografia (especialização em odontologia do trabalho) Academia Cearense de Odontologia.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 1, mar. 2004.

DOUGHAN, B.; KASSAK, K.; BOURGEOIS, D. M. **Oral health status and treatment needs of year old adults in Lebanon**. *Int dent J*, s/c 2007.

EKLUND, S. A.; BURT, B. A. Risk factors for tooth loss in the United States: longitudinal analysis of national data. **J Pub Health Dent**, s/c, 1994; 54, 5-14.

GRAÇA, L. **Promoção de Saúde no Trabalho: a nova Saúde Ocupacional?** Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, C A, 1: 96 pp. 1999.

MAZZILLI, L. E. N. **Odontologia do Trabalho**. 2ªEd., São Paulo, Santos,2007.221p.

MIDORIKAWA, E. T., **A Odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional**: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador. 2000. Dissertação (Mestrado em Odontologia) Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

MEDEIROS, A. M. C.; SOUZA, L. B. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.11, n.1, p.79-85, 2000.

MELLO, P. B. M., **Odontologia do Trabalho**: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro, Rúbio, 2006. 224 p.

NORMAN, G.; STREINER, D. **Biostatistics**: the bare Essentials. 2nd edition 2000 BC Decker Inc. Hamilton.

Organização Mundial da Saúde. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4a Ed. São Paulo: Editora Santos; 2003.

PINTO, V. G., Saúde bucal para adultos. In: **Saúde bucal coletiva**. pp.114-116, São Paulo: Editora Santos. 2000.

PINTO, V. G.; LIMA, M. O. P. Estudos epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da industria: Brasil 2002-2003. Brasília: SESI/DN, 2006. 236 p.

SILVA, S. R. C., **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade**. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1999.

TOMITA, N. E.; CHINELLATO, L. E. M.; PERNAMBUCO, R. A.; LAURIS, J. R. P.; FRANCO, L. J. Condições periodontais e diabetes méltus na população nipo-brasileira. **Rev. Saúde Pública**. 2002, v. 36, n. 5, pp. 607-613.

4.2 ARTIGO 02

ACESSO, SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES COM E SEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

RESUMO

A implantação de programas de atenção à saúde bucal nas empresas constitui-se em uma alternativa para assistência odontológica do Sistema Único de Saúde, porém, pouco se sabe sobre a influência da assistência odontológica no local de trabalho na qualidade de vida do trabalhador. Este estudo objetivou analisar a satisfação com o atendimento odontológico e a qualidade de vida de trabalhadores com e sem assistência odontológica no local de trabalho. Estudo quantitativo, exploratório e transversal, em um município da região metropolitana de Fortaleza-Brasil. A coleta de dados se deu a partir de um questionário composto de questões sócio-econômico-demográfico, o OIDP e o WHOQOL-BREF. Participaram do estudo, 356 trabalhadores. Trabalhadores de empresas que possuem assistência odontologia apresentam menor dificuldade de acesso aos serviços odontológicos e apresentam índices maiores de satisfação com o atendimento. Trabalhadores da empresa com assistência odontológica própria apresentaram melhor qualidade de vida geral. O impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos trabalhadores, foi relativamente comum (77%), mas pouco grave, com valor médio máximo de 18,8%. O estudo revelou que os trabalhadores de empresas que possuem assistência odontológica apresentaram maiores facilidades relacionadas ao acesso à assistência odontológica, melhores níveis de satisfação relacionados ao atendimento recebido e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: acesso, satisfação, qualidade de vida, assistência odontológica.

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impactos negativos no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade (OMS, 2003). Saúde bucal é entendida como uma dentição confortável, funcional, com uma aparência que

permite aos indivíduos desempenharem a sua função social e as suas atividades diárias sem transtornos físicos, psicológicos ou sociais (DOLAN, 1993). Além disso, mais importante do que as manifestações bucais de doenças sistêmicas são os impactos sistêmicos das doenças bucais (WILLIAMS E OFFENBACHER, 2005).

No Brasil, a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 diz em suas disposições gerais que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico (UNGLERT, 1995). Sendo que os programas oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) constituem a maior porta de acesso aos serviços de saúde, e conseqüentemente odontológicos, prestados à comunidade. Entretanto, Pinto (2000), em revisão literária sobre as formas de organização da oferta de serviços odontológicos, relata que os serviços próprios instalados nas empresas, como também os serviços contratados externamente para os trabalhadores, apresentam-se como uma opção de acesso aos serviços de saúde.

A implantação de programas de atenção à saúde bucal do trabalhador nas empresas constitui-se em uma forma eficaz e determinante na prevenção de alterações dos tecidos bucais e de redução da necessidade de tratamento de urgência (MAZZILLI, 2007). Estes programas contribuem para uma melhoria do estado de saúde bucal e na qualidade de vida dos trabalhadores assistidos. Devendo ter como filosofia a idéia de educação para a saúde (MIDORIKAWA, 2000).

Existem inúmeras evidências científicas mostrando a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Da mesma forma, sabe-se que muitos componentes da vida social contribuem para uma vida com qualidade, que são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde (BUSS, 2000).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde bucal tem sido freqüentemente adotado para definir medições subjetivas de saúde bucal como parte de um instrumento multidimensional para o alcance de aspectos subjetivos de saúde (SLADE, 1997).

Para Vargas e Paixão (2005), a última década apresentou um aumento do interesse, por parte dos pesquisadores, em quantificar as conseqüências das doenças de ordem bucal. Segundo estes autores o número de estudos que investigavam a relação entre as condições bucais e seu impacto na vida das pessoas apresentavam-se de forma muito incipiente até a última década. A partir daí, vários instrumentos foram desenvolvidos na tentativa de conhecer e avaliar como os problemas bucais têm afetado a vida diária das pessoas.

Entre os diversos índices disponíveis, dois se destacam pela facilidade de aplicação e por já terem sido validados para uso no Brasil. Os referidos índices são: OIDP (*Oral Impacts on Daily Performances*) modificado por Locker (1997) para uso em odontologia e validado para uso na população brasileira (GOES, 2001) e o WHOQOL-BREF criado pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998). Também devidamente validado para população brasileira (FLECK, 2008).

Apesar do crescente interesse, por parte de pesquisadores, sobre este assunto, pouco se sabe sobre a influência da assistência odontológica no local de trabalho na qualidade de vida do trabalhador, assim como na percepção do mesmo em relação a sua saúde bucal e sua qualidade de vida.

OBJETIVOS:

O objetivo deste estudo é descrever os aspectos sócio-econômico-demográficos e analisar a satisfação com o atendimento odontológico e a qualidade de vida de trabalhadores com e sem assistência odontológica no local de trabalho.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo quantitativo, exploratório e transversal. Realizado no Parque Industrial de Horizonte, município da região metropolitana de Fortaleza – CE, Brasil. Participaram da pesquisa, trabalhadores maiores de 18 anos, do sexo masculino e feminino. Onde foram excluídos os trabalhadores que estivessem a menos de dois anos na empresa. E as empresas que possuíam menos de 100 funcionários.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST-Horizonte) forneceu a listagem das empresas do município, que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, subdivididas da seguinte forma: uma indústria de manufatura de

couro e sintéticos, com assistência odontológica da própria empresa (F1); uma indústria têxtil, com assistência odontológica terceirizada (F2); uma indústria de montagem automobilística, que possuía assistência odontológica e não possui mais (F3); e uma agroindústria, que nunca possuiu assistência odontológica (F4).

Os trabalhadores destas empresas foram submetidos a um questionário (constituído de 03 partes), aplicado pelo pesquisador (CSCF), contendo informações sobre o seu perfil sócio-econômico-demográfico e sua percepção de qualidade de vida e saúde bucal.

A primeira parte do questionário foi composta de questões sócio-econômico-demográficas, quesitos relacionados às características do atendimento odontológico das empresas e autopercepção de saúde bucal e qualidade de vida. A segunda parte foi composta pelo questionário OIDP (*Oral Impacts on Daily Performances*), enquanto a terceira parte pelo questionário WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality Of Life*). Tal instrumento possibilitou a quantificação dos aspectos subjetivos percebidos pelo entrevistado em relação à saúde bucal e qualidade de vida.

Cada empresa forneceu uma lista com todos os funcionários que preenchem os critérios de inclusão. Após este passo, foi realizada uma seleção aleatória para identificação os trabalhadores que seriam convidados a participar da pesquisa, que sempre foi realizada em horário de trabalho e em local (sala) favorável para realização de tal atividade. Entretanto, a empresa não teve acesso a listagem final dos participantes da pesquisa, nem dos que recusaram participação.

Para o cálculo amostral da pesquisa, utilizou-se como base o teste estatístico One-way anova. Onde foi adotado $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,10$ e $d = 0,20$. Designando para cada uma das quatro empresas, uma amostra de 89 voluntários (NORMAN; STREINER, 2000).

O levantamento, a consolidação, a tabulação e a análise dos dados, foram realizados de acordo com os objetivos da pesquisa, utilizando-se do programa SPSS 15.0 for Windows (SPSS INC., Chicago, IL. USA).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR (protocolo 07-151) e seguiu suas recomendações.

RESULTADOS

Foram entrevistados 356 voluntários, divididos em quatro grupos distintos e equânimes em relação ao número de participantes: F1 (empresa que possui assistência odontológica da própria empresa); F2 (empresa que possui assistência odontológica terceirizada); F3 (empresa que havia possuído assistência odontológica e não mais possui) e F4 (empresa que nunca possuiu assistência odontológica). Destes, 189 (53,1%) participantes eram do sexo masculino. A maioria (69,9%) dos entrevistados possuía entre 18 e 39 anos. O estado civil predominante, declarado por 246 (69,1%) voluntários foi o de solteiro, enquanto 94 (26,4%) declaram-se casados, 12 (3,4%) separados e 4 (1,1%) viúvos.

Nenhum dos participantes tinha curso superior, sendo que a grande maioria era alfabetizada (37,9%) ou tinha concluído o ensino médio (36,6%). A renda mensal declarada por 268 (75,3%) participantes, fica entre 1 e 2 salários mínimos (R\$ 416,00 à R\$ 830,00). Onde, 329 (92,4%) dos participantes declararam trabalhar na linha de produção, 5,3% na manutenção, 1,7% na administração e 0,6 na gerência das empresas. Valores esses que correspondem à divisão percentual destas atividades nas empresas estudadas.

Todos os participantes entendem como importantes às práticas educativas de saúde bucal nas empresas. No entanto, só foram observadas estas práticas em duas (F1 e F2) das quatro empresas estudadas.

A maioria dos indivíduos pesquisados (71,1%) relatou ter sofrido perda dentária depois da idade adulta. No entanto, a maior frequência de perda dentária foi relatada na empresa que nunca possuiu assistência odontológica (F4= 100%) e a menor entre os trabalhadores da empresa que possui assistência odontológica própria (F1= 49,4%).

Com relação ao acesso a assistência odontológica, a maioria dos participantes 318 (89,3%) disse ter ido ao dentista no último ano. A maioria dos funcionários das empresas que possuem ou possuía assistência odontológica, relataram não ter tido dificuldades para serem atendidos (F1= 88,8%; F2= 94,4%; e F3= 61,8%). Fato diferente ocorre com seus colegas da empresa que nunca possuiu assistência odontológica, pois a maioria destes (F4= 93,3%) percebeu dificuldades quando buscaram atendimento odontológico (Tabela 1). Em relação ao tipo de atendimento (emergência ou rotina), não observou-se diferença entre as quatro

empresas estudadas (χ^2 ; $p=0,971$), onde praticamente dois terços do grupo estudado ($n= 239$) utilizou os serviços de rotina.

Tabela 1: Freqüência de relato de dificuldade para o atendimento odontológico nas empresas investigadas.

Dificuldade para ser atendido	TODAS		F1		F2		F3		F4	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Sim	137	38,5	10	11,2	5	5,6	34	38,2	83	93,3
Não	219	61,5	79	88,8	84	94,4	55	61,8	6	6,7
Total	356	100	89	100	89	100	89	100	89	100

Legenda: F1= empresas com assistência odontológica própria; F2= empresas com assistência odontológica terceirizada; F3= empresa que já possuiu assistência odontológica e não possui mais e F4= empresa que nunca possuiu assistência odontológica.

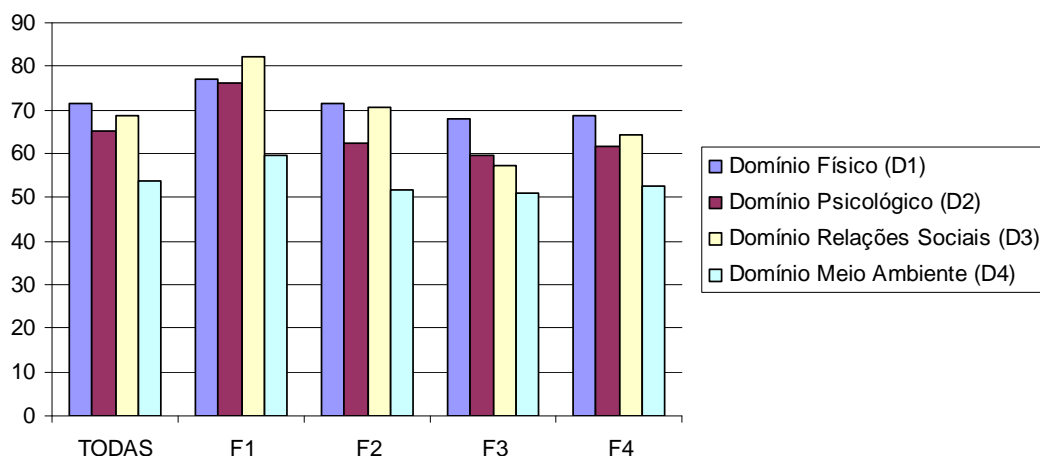
Quando perguntados sobre a satisfação com o atendimento recebido, os trabalhadores com assistência odontológica (F1= 97,8% e F2= 92,1%) relataram melhores índices de satisfação que os trabalhadores sem este benefício (F3= 50,6% e F4= 44,9%). Ficando a média de satisfação em 72,8%.

Quando os trabalhadores foram indagados a respeito da situação de sua saúde bucal, nos últimos dois anos. Em média 49,2% perceberam que as suas condições de saúde bucal se mantiveram. Contudo, entre os trabalhadores das empresas que possuem ou possuía assistência odontológica, foram percebidos maiores índices de percepção de melhora (F1= 42,7%; F2= 37,07% e F3= 27,0%) do que entre os trabalhadores da empresa que nunca possuiu assistência odontológica (F4= 0%) – One-way anova ($p<0,001$).

Quando indagados em relação a nota que dariam a sua saúde bucal e a sua qualidade de vida, os trabalhadores da empresa F4 assinalaram com resultados significativamente inferiores aos trabalhadores das empresas F1, F2 e F3. Observou-se também correlação positiva entre saúde bucal e qualidade de vida auto-percebida (Spearman's rho; $r_s=0,683$; $p<0,001$).

O questionário WHOQOL-Bref foi aplicado aos trabalhadores das empresas para avaliar sua qualidade de vida geral. Percebeu-se diferenças, entre as empresas, em quase a totalidade de suas quatro dimensões (física, psicossocial, meio ambiente e relações sociais) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição das média do WHOQOL-Bref por empresa.



Legenda: F1= empresas com assistência odontológica própria; F2= empresas com assistência odontológica terceirizada; F3= empresa que já possuiu assistência odontológica e não possui mais e F4= empresa que nunca possuiu assistência odontológica.

Quando as empresas foram analisadas conjuntamente, os domínios físico e meio ambiente receberam maior e menor pontuação (D1= 71,3 e D4= 53,7, respectivamente). Quando analisadas isoladamente, todas as empresas pontuaram os domínios de qualidade de vida acima de 50 pontos. A maior pontuação foi encontrada no domínio relações sociais (D3= 82,1) na empresa com assistência odontológica própria (F1), enquanto que a menor pontuação foi observada no domínio meio ambiente (D4= 50,7) na empresa que possuía assistência odontológica e não possui mais (F3). É importante frisar que essa mesma empresa (F3) apresentou os valores mais baixos para todos os domínios pesquisados, enquanto que os trabalhadores de F1 apresentaram os valores mais altos para todos os domínios.

O OIDP foi utilizado para inferir sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos trabalhadores. 77% dos indivíduos demonstraram impacto em pelo menos uma das performances do OIDP. A maioria dos trabalhadores tiveram baixos escores de OIDP e indivíduos com maior renda apresentaram maiores escores (One-way anova, $p=0,047$). A performance mais comumente afetada foi “higiene dental”, com 18,8%, enquanto que a performance menos comumente afetada foi “dormir”, com 5,0%. Diferenças significantes nas performances estudadas foram encontradas entre as empresas analisadas (One-way anova, $p<0,001$). Onde os menores valores de OIDP foram encontrados em trabalhadores de empresas que

possuem assistência odontológica (F1 e F2). A tabela 2 trás o resumo dos percentuais de impacto de cada performance do OIDP por fábrica.

Tabela 2: Distribuição do OIDP por fábrica e performance.

	F1	F2	F3	F4	Média
Alimentação	1,3	8,4	7,8	8,8	6,6
Pronuncia	0,3	10,1	2,4	11,4	6,0
Higiene Dental	0,0	23,6	28,7	23,1	18,8
Dormir	0,0	2,6	10,1	7,4	5,0
Sorrir	3,1	8,9	4,7	3,7	5,1
Ficar Nervoso	0,8	6,8	12,6	9,7	7,5
Trabalho	0,0	2,2	9,8	14,1	6,5
Diversão	0,7	3,8	9,4	15,0	7,2

Legenda: F1= empresas com assistência odontológica própria; F2= empresas com assistência odontológica terceirizada; empresa que já possuiu assistência odontológica e não possui mais e F4= empresa que nunca possuiu assistência odontológica.

DISCUSSÃO

A maioria dos participantes do estudo eram adultos jovens (69,9%), onde a ausência de graduação em curso de nível superior repercute no valor da remuneração do grupo (75,3% dos participantes recebem entre 1 e 2 salários mínimos). Achados que se assemelham com os de Pinto e Lima (2003) que estudaram trabalhadores do Serviço Social da Indústria (SESI) de todo país entre 2002 e 2003.

A perda dentária depois de adulto relatada pelos próprios trabalhadores apresentou-se muito freqüente, principalmente na empresa que não possui assistência odontológica (F4), onde todos os entrevistados afirmaram ter perdido elementos dentários depois de adultos. Este achado deve-se, provavelmente, ao fato da inexistência de políticas relacionadas à prevenção e tratamento da cárie dental e doença periodontal nesta empresa e dificuldade de acesso aos serviços públicos. Essa dificuldade de acesso está relacionada, entre outras questões, a pequena oferta de horários alternativos de atendimento nos serviços públicos e pela barreira imposta, por parte de alguns empresários, para liberar seus colaboradores para tal fim e/ou para aceitar atestados.

Apesar de se antever um menor percentual de urgência em empresas com assistência odontológica, o que de fato observou-se foi o mesmo percentual de atendimento de urgência e rotina nas quatro empresas estudadas. A razão exata deste achado não é clara, porém pode basear-se em alguns fatores, como: alta

rotatividade dos funcionários nas empresas com assistência odontológica; insipiência, e conseqüente ineficiência, das atividades preventivas realizadas nas empresas; e a cultura de parte da sociedade de só procurar atendimento odontológico nos casos de desconforto dental, intimamente relacionados à emergência odontológica.

O fato dos trabalhadores de empresas que possuem assistência odontologia (própria ou terceirizada) apresentarem menor dificuldade de acesso aos serviços odontológicos não surpreendeu. Haja vista, que a assistência odontológica nas empresas diminui as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, principalmente pela facilidade de gerenciamento do horário de trabalho com o atendimento odontológico (MIDORIKAWA, 2000; MELO, 2006; MAZZILLI, 2007).

Trabalhadores com assistência odontológica, disponibilizada pela empresa, apresentam índices de satisfação, com o atendimento recebido, maiores (F1= 97,8% e F2= 92,1%) que os seus colegas de empresas que não disponibilizam este serviço (F3= 50,6% e F4= 44,9%). Este achado concorda com o estudo de Midorikawa (2000), que aponta para a satisfação do trabalhador como um dos benefícios da assistência odontológica nas empresas.

Os trabalhadores das empresas que possuem ou possuía assistência odontológica, apresentaram uma percepção de melhoria de sua saúde bucal nos dois últimos anos (F1= 42,7%; F2= 37,07% e F3= 27,0%). Já na empresa que nunca possuiu assistência odontológica (F4), nenhum voluntário relatou melhora em sua condição de saúde bucal neste período. Apesar da rotatividade de funcionários e da fragilidade das ações preventivas nas empresas que possuem ou possuíram assistência odontológica, os procedimentos restauradores realizados, parecem ter impacto na percepção de melhoria na saúde bucal dessa população.

Qualidade de vida inferida através do WHOQOL-BREF foi sempre maior que 50 em todos os domínios estudados e para todas as empresas avaliadas. Entretanto, a empresa com assistência odontológica própria (F1) demonstrou melhores valores que todas as outras empresas, enquanto que as empresas F3 e F4 demonstraram valores abaixo da média. Isso pode dever-se não só a presença da assistência odontológica na empresa F1, mas também a todas as outras ações de cunho social, educacional e assistencialista desenvolvidas na mesma, bem menos freqüente nas demais empresas. Como exemplo destas atividades podemos citar: assistência médica, programas de alfabetização, creche integrada a empresa,

campanha de reciclagem de lixo, eventos culturais, etc. Fatores que, segundo Klund e Burt (1994), empoderam socialmente o trabalhador, repercutindo na promoção da saúde, deste e de seus familiares.

O impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos trabalhadores foi relativamente comum (77%), mas pouco grave, com valor médio máximo de 18,8%. Isso demonstra que apesar da saúde bucal afetar as performances diárias da população estudada, isso não ocorre de forma expressiva, trazendo pouca repercussão para a vida destes trabalhadores. Uma possível explicação para este achado pode dever-se ao fato da saúde bucal destes trabalhadores encontrar-se acima da média nacional (CASTRO FILHO; VENTURA; VIEIRA; 2008). Desta forma, com uma saúde bucal relativamente boa, o impacto da mesma no desempenho diário foi pequeno. Corroborando com essa idéia, notou-se que os menores valores de OIDP foram encontrados na empresa F1, que de acordo com estudos prévios realizados por estes autores, demonstraram os menores índices de CPOD e melhores indicadores de saúde bucal.

É interessante notar que os maiores valores de OIDP foram observados nas empresas sem assistência odontológica, sendo que a empresa F4 também apresentou os piores valores para saúde bucal e qualidade de vida autopercebida. Esta observação pode dever-se a uma possível relação entre saúde bucal real e qualidade de vida (inferida pelo OIDP ou WHOQOL-BREF), relação essa já comprovada entre saúde bucal e qualidade de vida autopercebida nesta população.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que apesar do grupo estudado apresentar características sócio-econômico-demográficas semelhantes, os trabalhadores de empresas que possuem assistência odontológica (própria ou privada) apresentaram maiores facilidades relacionadas ao acesso à assistência odontológica, melhores níveis de satisfação relacionados ao atendimento recebido e melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BUSS, P. M., Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. 5(1): 163-177, 2000.

CASTRO FILHO, C. S., VENTURA, P., VIEIRA, A. P. G. F. **Saúde Bucal De Trabalhadores Com e Sem Assistência Odontológica**. Artigo submetido ao J Dent Res, 2008.

DOLAN, R.J. **Other minds in the brain: a functional imaging study of theory of mind**. Cognition. v.57, n.2, p.109-128, 1993.

FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida: um guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre, Artmed, 2008. 228p.

GOES, P. S. A. **The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families**. [Doctoral Dissertation]. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College London; 2001.

MAZZILLI, L. E. N., **Odontologia do Trabalho**. 2ªEd., São Paulo, Santos, 2007. 221p.

MELLO, P. B. M., **Odontologia do Trabalho: uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro, Rúbio, 2006. 224 p.

MIDORIKAWA, E. T., **A Odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador**. 2000. Dissertação (Mestrado em Odontologia) Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

NORMAN, G.; STREINER, D. **Biostatistics: the bare Essentials**. 2nd edition 2000 BC Decker Inc. Hamilton.

Organização Mundial da Saúde. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4a Ed. São Paulo: Editora Santos; 2003.

PINTO, V. G., Saúde bucal para adultos. In: **Saúde bucal coletiva**. pp.114-116, São Paulo: Editora Santos. 2000.

PINTO, V. G.; LIMA, M. O. P. Estudos epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da industria: Brasil 2002-2003. Brasília: SESI/DN, 2003. 236 p.

SLADE, G. D., The oral health impact profile. In: Slade GD, ed. Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapel Hill: University of North Carolina, **Dental Ecology**, 1997.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: **Distrito Sanitário** (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

VARGAS, A. M. D; PAIXAO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005.

WILLIANS, R.C.; OFFENBACKER, S. **Medicina Periodontal**: o despertar de um novo ramo na periodontologia, v.7, p.9-12, 2005.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população estuda caracteriza-se por ter baixa escolaridade, baixa renda, de maioria masculina, faixa etária predominante condizente com a força de trabalho brasileira (adultos jovens, entre 18 e 39 anos).

Os trabalhadores de empresas com assistência odontológica (própria ou terceirizada) demonstraram possuir acesso mais fácil à assistência odontológica e maior satisfação com o atendimento recebido.

A saúde bucal real dos trabalhadores pesquisados demonstrou ser melhor que a média nacional, onde as empresas com assistência odontológica apresentaram melhores índices que as empresas sem assistência. O mesmo ocorreu com a saúde bucal autopercebida pelos trabalhadores.

A qualidade de vida, auto referida ou inferida pelo OIDP e/ou WHOQOL-BREF, demonstrou ser melhor em trabalhadores de empresas com assistência odontológica.

REFERÊNCIAS

BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília: 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BUSS, P. M., Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. 5(1): 163-177, 2000.

CASTRO FILHO, C. S. **A inserção do dentista na equipe do SESMT**. 2006. Monografia (especialização em odontologia do trabalho) Academia Cearense de Odontologia.

CHACHAMOVICH, E; Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: FLECK; **A Avaliação de Qualidade de Vida**. : um guia para profissionais de saúde. Porto Alegre, Artmed, 2008. 228p.

COHEN, L. K.; JAGO, J.D. **Toward the formulation of socio dental indicators**. Int J Health Serv. 1996; 6:681-98.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. **Rev. Bras. Epidemiol.** , São Paulo, v. 7, n. 1, mar. 2004.

DOLAN, R.J. **Other minds in the brain: a functional imaging study of theory of mind**. Cognition. v.57, n.2, p.109-128, 1993.

DOUGHAN, B.; KASSAK, K.; BOURGEOIS, D. M. **Oral health status and treatment needs of year old adults in Lebanon**. Int dent J, s/c 2007.

EKLUND, S. A.; BURT, B. A. Risk factors for tooth loss in the United States: longitudinal analysis of national data. **J Pub Health Dent** , s/c, 1994; 54, 5-14.

FLECK, M. P. A. **A avaliação de qualidade de vida: um guia para profissionais de saúde.** Porto Alegre, Artmed, 2008. 228p.

GOES, P. S. A. **The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families.** [Doctoral Dissertation]. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College London; 2001.

GRAÇA, L. **Promoção de Saúde no Trabalho: a nova Saúde Ocupacional?** Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, C A, 1: 96 pp. 1999.

LOCKER, D., Concepts of oral health, disease and quality of life. In: Slade GD, ed. **Measuring oral health and quality of life.** Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

MAZZILLI, L. E. N. **Odontologia do Trabalho.** 2ªEd., São Paulo, Santos,2007.221p.

MEDEIROS, A. M. C.; SOUZA, L. B. Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v.11, n.1, p.79-85, 2000.

MELLO, P. B. M., **Odontologia do Trabalho: uma visão multidisciplinar.** Rio de Janeiro, Rúbio, 2006. 224 p.

MIDORIKAWA, E. T., **A Odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador.** 2000. Dissertação (Mestrado em Odontologia) Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo.

NORMAN, G.; STREINER, D. **Biostatistics: the bare Essentials.** 2nd edition 2000 BC Decker Inc. Hamilton.

Organização Mundial de Saúde. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL).** Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. 1998.

Organização Mundial da Saúde. **Levantamentos básicos em saúde bucal.** 4a Ed. São Paulo: Editora Santos; 2003.

PAWSON, R.; TILLEY, N. Realistic evaluation bloodlines. **American Journal of Evaluation**, v.22, n.3, p.317-324, 2001.

PETERSEN, P.E. **The World Oral Health Report, 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century- the approach of the Who global Oral Health Programme.** **Community Dent Oral Epidemiol.** 31 Suppl v.1, n.3-23, 2003.

PINTO, V. G. **A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnóstico e caminhos a seguir.** São Paulo: Livraria Santos; 1993.

PINTO, V. G., Saúde bucal para adultos. In: **Saúde bucal coletiva.** pp.114-116, São Paulo: Editora Santos. 2000.

PINTO, V. G.; LIMA, M. O. P. Estudos epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da indústria: Brasil 2002-2003. Brasília: SESI/DN, 2006. 236 p.

ROSA, A. G. F, CASTELLANOS, R. A, PINTO, V. G. **Saúde Bucal na Terceira Idade:**um diagnóstico epidemiológico. RGO 1993; 41(2): 97-102.

SHEIHAM, A., **Oral impacts on daily performances.** In: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina; 2000. p. 151-60.

SHOU, L.; LOCKER, D., **Principles of oral health promotion.** In: PINE, C. M. Community Oral Health. Oxford, Wright, pp. 177-187, 1997.

SILVA, S. R. C., **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade.** Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1999.

SLADE, G. D., The oral health impact profile. In: Slade GD, ed. **Measuring Oral Health and Quality of Life.** Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

SPEDE, S. M.: **Saúde do Trabalhador no Brasil:** análise do Modelo de Atenção Proposta para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP. 1998.

TOMITA, N. E.; CHINELLATO, L. E. M.; PERNAMBUCO, R. A.; LAURIS, J. R. P.; FRANCO, L. J. Condições periodontais e diabetes méltus na população nipo-brasileira. **Rev. Saúde Pública.** 2002, v. 36, n. 5, pp. 607-613.

UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In: **Distrito Sanitário** (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: ABRASCO,1995.

VARGAS, A. M. D; PAIXAO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005.

WILLIAMS, R.C.; OFFENBACKER, S. **Medicina Periodontal**: o despertar de um novo ramo na periodontologia, v.7, p.9-12, 2005.

World Health Organization. **International classification of impairments, disabilities and handcaps**. Geneva: World Health Organization; 1980.

APÊNDICES

APÊNDICE I

COMUNICADO PARA A EMPRESA

À Empresa _____

Horizonte, ____ de _____ de 2008.

Senhor Diretor (a)

Meu nome é Carlos Santos de Castro Filho, sou Cirurgião-Dentista e estou cursando pós-graduação na Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Um dos objetivos do curso é a elaboração de uma dissertação com pesquisa de campo, para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Entendemos a boca, como uma das partes do nosso corpo que está diretamente relacionada com funções vitais ao funcionamento do mesmo. Como: no relacionamento do homem com seus semelhantes, em suas atividades profissionais, etc. Conseqüentemente tendo o poder de influenciar na qualidade de vida deste indivíduo. Neste contexto surge a pergunta: Qual seria a **saúde bucal e qualidade de vida em trabalhadores com e sem assistência odontológica?**

A pesquisa de campo será na forma de aplicação de um questionário, deverá ser realizada com uma amostra dos trabalhadores da empresa, entre Março e Maio de 2008, em datas a serem combinadas.

O questionário será aplicado por mim, sem a necessidade da identificação do funcionário e com pouco tempo de duração para o preenchimento (10 a 15 minutos). Também será realizado nos voluntários um exame clínico para levantamento do seu índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD).

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e recebeu parecer favorável.

Os resultados gerais (e não os individuais) da pesquisa serão apresentados à empresa.

Assim, solicito a autorização da direção da empresa para realizar a pesquisa com seus funcionários, de forma sigilosa.

Estou à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente

Carlos Santos de Castro Filho
Cirurgião-Dentista – CRO/CE 3232
Tel.: (85) 91578978
Fortaleza – CE

APÊNDICE II

AUTORIZAÇÃO DA EMPRESA

A empresa _____, do município de Horizonte – Ce. Representada pelo Diretor Senhor _____, após a ciência e análise dos objetivos de pesquisa expressos na correspondência enviada em ___/___/___, autoriza o cirurgião-dentista Carlos Santos de Castro Filho, inscrito no Conselho Regional de Odontologia / CE, sob o nº. 3232, a realizar a pesquisa **“SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES COM E SEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA”**, com os seus funcionários, na sede da empresa.

Horizonte, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do(a) Diretor(a)

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Eu, _____ declaro que é de livre e espontânea vontade que concordo em participar da pesquisa “SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA EM TRABALHADORES COM E SEM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA” cujo objetivo é avaliar a influência da atenção odontológica saúde bucal e na qualidade de vida dos trabalhadores.

A pesquisa será realizada com a aplicação de um questionário aos trabalhadores de empresas selecionadas do município de Horizonte - CE. Ressalvo que estou ciente de que terei garantido os direitos abaixo mencionados, dentre outros assegurados pela Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde.

1. Receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e do caráter da minha participação.
2. Não receber qualquer gratificação ou bônus em participar da pesquisa.
3. Retirar meu consentimento a todo o momento da pesquisa sem que isso ocorra em penalidade de qualquer espécie.
4. Receber garantias de que não vai haver divulgação do meu nome ou de qualquer informação que ponha em risco minha privacidade e anonimato.
5. Todas as informações obtidas serão guardadas de forma sigilosas de acordo com os princípios éticos que norteiam a preservação do paciente no caso da publicação do trabalho.
6. A pesquisa não apresenta riscos para as participantes que será beneficiado com a prevenção de tais complicações da saúde funcional.

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Horizonte, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas, por favor, procure um dos responsáveis pela pesquisa:

Pesquisador: Carlos Santos de Castro filho, Mestrado Saúde Coletiva (UNIFOR). Tel. (85)91578978.

Orientadora: Anya P. G. F. Vieira, Professora do Mestrado Saúde Coletiva (UNIFOR). Tel.: (85)34773280

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – Av. Washington Soares 1321, CEP 60811-341, Fortaleza-CE ou coetica@unifor.br

APÊNDICE IV

QUESTIONÁRIO

1. Idade: 18-29 30-39 40-49 50-59 60 ou mais .
2. Sexo: Masculino Feminino.
3. Estado civil: casado solteiro separado viúvo outro.
4. Escolaridade: Analfabeto Alfabetizado Ensino Fundamental
 Ensino Médio Ensino Superior _____ .
5. Renda mensal: até 380,00 de 381,00 até 760,00 de 761,00 até 1520,00
 de 1521,00 até 2280,00 mais de 2280,00.
6. Função na empresa (cargo): Produção Administração Gerência Manutenção
 Outro _____ .
7. Há quanto tempo trabalha na empresa? _____ anos.
8. Você mora na mesma cidade da empresa? Sim Não.
9. Você foi ao dentista no último ano? Sim Não.
10. Qual tipo de atendimento odontológico você utilizou na última vez que foi ao dentista?
 Emergência Rotina.
11. Dê uma nota de 0 a 10 para sua saúde bucal _____ .
12. Dê uma nota de 0 a 10 para sua qualidade de vida _____ .
13. Há atendimento odontológico em sua empresa? sim não.

SE RESPONDER **SIM** CONTINUE, SE RESPONDER **NÃO** PASSE PARA PERGUNTA **NÚMERO 17**.

14. Você utiliza o atendimento odontológico da empresa ou de outro local? Empresa Outro.
Qual? _____.
15. Onde você ia ao dentista antes de entrar na empresa? _____.
16. Você encontrou dificuldade para ser atendido? Sim Não.
17. Você ficou Satisfeito com o atendimento? Sim Não.
18. Quanto tempo você esperou, após a solicitação de atendimento? Horas Dias
 Semanas meses.
19. Na sua empresa existem ações educativas (palestras, cartazes, informes entre outros) como ações preventivas a saúde bucal? Sim Não.
20. Você acha que as práticas preventivas são importantes para a saúde bucal? Sim Não.
21. Você perdeu algum dente depois de adulto? Sim Não.
22. Nos últimos dois anos você acha que sua saúde bucal: Melhorou Piorou Se manteve.

**QUESTÕES SOBRE OS IMPACTOS ODONTOLÓGICOS NO
DESEMPENHO DIÁRIO (IODP)**

23. Nos **últimos 6 meses** a sua boca, seus dentes, têm causado alguma dificuldade para você se alimentar ou gostar de comer?

SIM () NÃO ()

Se a resposta for **SIM**, complete as perguntas do quadro abaixo:

Em relação à dificuldade em se alimentar ou gostar de comer, em que frequência isso ocorre:

() raramente () às vezes () regularmente () quase sempre () sempre

Em relação à dificuldade para você se alimentar ou gostar de comer, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

24. Nos **últimos 6 meses** a sua boca, seus dentes, têm causado alguma dificuldade para você falar e pronunciar palavras com clareza?

Sim () Não ()

Se a resposta for **SIM**, complete as perguntas do quadro abaixo:

Em relação à dificuldade para você falar e pronunciar palavras com clareza, em que frequência isso ocorre:

() raramente () às vezes () regularmente () quase sempre () sempre

Em relação à dificuldade para você falar e pronunciar palavras com clareza, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

25. Nos **últimos 6 meses** a sua boca, seus dentes, têm causado alguma dificuldade para você limpar seus dentes?

SIM () NÃO ()

Se a resposta for **SIM**, complete as perguntas do quadro abaixo:

Em relação à dificuldade para você limpar seus dentes, em que frequência isso ocorre:

() raramente () às vezes () regularmente () quase sempre () sempre

Em relação à dificuldade para você limpar seus dentes, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

26. Nos **últimos 6 meses** a sua boca, seus dentes, têm causado alguma dificuldade para você dormir ou descansar?

SIM () NÃO ()

Se a resposta for **SIM**, complete as perguntas do quadro abaixo:

Em relação à dificuldade para você dormir ou descansar, em que frequência isso ocorre:

() raramente () às vezes () regularmente () quase sempre () sempre

Em relação à dificuldade para você dormir ou descansar, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

27. Nos **últimos 6 meses** a sua boca, seus dentes, têm causado alguma dificuldade para você sorrir, gargalhar e mostrar seus dentes?

SIM () NÃO ()

Se a resposta for **SIM**, complete as perguntas dos quadros abaixo:

Em relação à dificuldade para você sorrir, gargalhar e mostrar seus dentes, em que frequência isso ocorre:

() raramente () às vezes () regularmente () quase sempre () sempre

Em relação à dificuldade para você sorrir, gargalhar e mostrar seus dentes, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

28. Nos **últimos 6 meses** a sua boca, seus dentes, têm deixado você nervoso?

SIM () NÃO ()

Se a resposta for **SIM**, complete as perguntas do quadro abaixo:

Em relação a sua boca e aos seus dentes lhe deixar nervoso, em que frequência isso ocorre:

() raramente () às vezes () regularmente () quase sempre () sempre

Em relação a sua boca e aos seus dentes lhe deixar nervoso, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

29. Nos **últimos 6 meses** a sua boca, seus dentes, têm causado alguma dificuldade para você conseguir trabalhar ou estudar?

SIM () NÃO ()

Se a resposta for **SIM**, complete as perguntas do quadro abaixo:

Em relação à dificuldade para você conseguir trabalhar ou estudar, em que frequência isso ocorre:

() raramente () às vezes () regularmente () quase sempre () sempre

Em relação à dificuldade para você limpar seus dentes, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

30. Nos **últimos 6 meses** a sua boca, seus dentes, têm dificultado que você brinque e se divirta com outras pessoas?

SIM () NÃO ()

Se a resposta for **SIM**, complete as perguntas do quadro abaixo:

Em relação à dificuldade para você brincar e se divertir com outras pessoas, em que frequência isso ocorre:

() raramente () às vezes () regularmente () quase sempre () sempre

Em relação à dificuldade para você brincar e se divertir com outras pessoas, em uma escala de 1 a 5, onde 1 é pouco grave e 5 é muito grave, como você classifica a gravidade com que isso ocorre :

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

QUESTÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref)

Leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a **melhor resposta**.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
31	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
32	Quanto satisfeito (a) você esta com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas **últimas 2 semanas**

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
33	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
34	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
35	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
36	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
37	Você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
38	Quanto seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
39	Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulhos, etc.)	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas **últimas 2 semanas**.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
40	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
41	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
42	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
43	Quanto disponíveis para você estão as informações que precisa no dia-a-dia?	1	2	3	4	5
44	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **2 últimas semanas**.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
45	Quanto bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
46	Quanto satisfeito (a) você esta com seu sono?	1	2	3	4	5
47	Quanto satisfeito (a) você esta com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
48	Quanto satisfeito (a) você esta com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
49	Quanto satisfeito (a) você esta consigo mesmo?	1	2	3	4	5
50	Quanto satisfeito (a) você esta com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
51	Quanto satisfeito (a) você esta com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
52	Quanto satisfeito (a) você esta com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
53	Quanto satisfeito (a) você esta com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
54	Quanto satisfeito (a) você esta com seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
55	Quanto satisfeito (a) você esta com seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas **últimas 2 semanas**.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
56	Com que frequência você tem sentimentos negativos como depressão?	1	2	3	4	5

ANEXOS

ANEXO I - FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N.º. 196/2007

Projeto de Pesquisa: Saúde bucal e sua relação com a qualidade de vida do trabalhador.

Pesquisador Responsável: Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira

Data de apresentação ao COÉTICA: 08/06/07

Registro no COÉTICA: 07-151

CAAE: 0069 0.037.000-07

Parecer: APROVADO na data de 27/08/07

Prof. Dr. Haroldo Rodrigues de Albuquerque Júnior
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA