RAFAEL AIELLO BOMFIM

AS RELAÇÕES ENTRE A SAÚDE BUCAL COM A CAPACIDADE PARA O TRABALHO E COM O ESTADO DE SAÚDE GERAL NO CONTEXTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

São Paulo

2009

Rafael Aiello Bomfim

As relações entre a saúde bucal com a capacidade para o trabalho e com o estado de saúde geral no contexto da saúde do trabalhador

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Edgard Crosato

São Paulo

2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

Bomfim RA. As relações entre a saúde bucal com o estado de saúde geral e a capacidade para o trabalho no contexto da saúde do trabalhador**.** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

São Paulo, __/__/2010

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a)._____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a)._____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a)._____
Titulação: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, nosso criador.

Aos meus pais, Euclydes Pereira Bomfim e Ivone Aiello Bomfim, que com muita bravura e luta conseguiram me educar e formar, e hoje estou aqui defendendo minhas idéias perante a todos. Estes sempre estiveram presente em todas as fases de minha vida. Amo muito vocês.

À minha irmã Vivian Aiello Bomfim, que amo muito e que foi minha parceira durante a vida toda.

À minha tia Sandra Regina Aiello que também sempre esteve presente nos momentos de conquistas.

À minha companheira, namorada, amiga, confidente, mulher e muitos outros adjetivos que possam expressar nosso relacionamento, Bruna Paula Lima, que esta comigo em todos os momentos e que me ajuda incondicionalmente nesta luta. Te amo.

Aos meus familiares.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Edgard Crosato, responsável pelo meu ingresso na pós-graduação, e pela orientação ao longo do curso.

À minha colega de mestrado, Eliete Dominguez Lopez, por conseguir transmitir os conhecimentos adquiridos e pela ajuda proferida ao longo do curso.

Ao Prof. Dr. Luiz Eugênio Nigro Mazzilli pelos conhecimentos transmitidos em odontologia do trabalho ao longo dos anos.

Ao Prof. Dr. Edgard Michel Crosato pela colaboração.

A todos os Professores do Departamento de Odontologia Social.

A todos os meus colegas de turma especialização de odontologia do trabalho, Giselle, Harumi, Jussara, Mirella, Nelzi, Tatiana, Thiago e Tibério, pela luta constante pela especialidade.

Aos novos colegas da especialização, Maura, Maria Teresa, Maity e Vivian, e que este trabalho possa contribuir de alguma forma.

Ao Abilio Brito, pela abertura da empresa Coteminas para a realização da presente pesquisa.

A Mônica Silva, pela paciência e gratidão no acesso às informações da empresa Coteminas.

Aos funcionários do departamento de Odontologia Social e do serviço de documentação odontológica.

Aos trabalhadores da empresa Coteminas pois sem eles seria impossível a realização do estudo.

Ao time do zé, pelo companheirismo e pela amizade.

À todos que contribuíram de forma direta ou indireta pela realização do trabalho.

“ Faça o que for necessário para ser feliz. Mas não se esqueça que a felicidade é um sentimento simples. Você pode encontrá-la e deixá-la ir embora por não perceber sua simplicidade”

Mário Quintana

Bomfim RA. As relações entre a saúde bucal com a capacidade para o trabalho e com o estado de saúde geral no contexto da saúde do trabalhador [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

RESUMO

Objetivo. Este estudo pretende colaborar com a análise das relações entre a saúde bucal do trabalhador com o estado de saúde geral e com a capacidade para o trabalho em trabalhadores do setor administrativo de uma empresa privada de São Paulo. **Método.** Realizou-se um estudo transversal com os trabalhadores da empresa, onde foi aplicado a cada funcionário três questionários, o índice OHIP 14, que mede a qualidade de vida em saúde bucal auto-percebida, o questionário SF36, para medir o estado de saúde geral auto-percebido e o questionário que mede a auto percepção da capacidade para o trabalho (ICT) dos trabalhadores do setor administrativo de uma empresa privada de São Paulo. **Resultados.** A taxa de resposta dos trabalhadores da empresa ao questionário correspondeu a 75,20%. O escore OHIP 14 foi significativamente associado, dependente de outras variáveis, ao sexo, ao cargo e ao estado de saúde, nas dimensões de capacidade funcional, estado geral de saúde e saúde mental, e foi estatisticamente associado e independente de outras variáveis, à capacidade para o trabalho (ICT) e ao nível de escolaridade, avaliado através da análise de regressão múltipla. **Conclusões.** As melhores condições de saúde bucal auto-percebidas através do questionário OHIP 14 foram significativamente associadas, e de maneira independente de características demográficas ou funcionais, às melhores condições da capacidade do indivíduo para o trabalho (ICT) e aos maiores níveis de escolaridade, denotando

a importância de ações preventivas em saúde bucal nas empresas, como por exemplo, ações em saúde bucal no programa de controle médico em saúde ocupacional (PCMSO), através da realização de exames odontológicos admissionais, periódicos e demissionais nos trabalhadores.

Palavras-Chave: odontologia do trabalho, saúde do trabalhador, saúde bucal, saúde geral, capacidade para o trabalho

Bomfim RA. The relations between oral health with work ability and general health in office workers [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2009.

ABSTRACT

Objective: In this research, we intended to collaborate with the relationships of oral health with work ability and general health in a private company of São Paulo, Brazil. **Method:** For this, we applied self administered questionnaires to access oral health, (OHIP 14) questionnaire, general health, (SF36) questionnaire, work ability index (WAI) and demographic and occupational characteristics. Associations between variables were measured using Mann-Whitney and Kruskall-Wallis tests. A multiple regression analyses were realized by stepwise forward. **Results:** Oral health were significantly associated with work ability index of workers (p=0,02) and level education (p=0,01) and independent of social and demographic conditions, like demonstrated by multiple regression analysis. **Conclusions:** Independently of other characteristics, the better conditions of oral health were significantly associated with better conditions of work ability index. This provides evidence of the importance of considering oral health in periodically exams in companies, to maintain work ability of office workers.

Keywords: oral health, general health, work ability index, work dentistry

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1 - Analise das perdas por sexo 47

Tabela 5.2 - Analise das perdas por idade 48

Tabela 5.3 - Alpha de Cronbach do escore OHIP 14 48

Tabela 5.4 - Escore OHIP 14 e características demográficas..... 49

Tabela 5.5 - Escore OHIP 14 e características funcionais.....50

Tabela 5.6 - Características da capacidade para o trabalho 51

Tabela 5.7 - Características relativas ao estado de saúde geral..... 52

Tabela 5.8 - Queixas relatadas relativas à saúde bucal..... 54

Tabela 5.9 - Associação do escore OHIP 14 com características demográficas 54

Tabela 5.10- Associação do escore OHIP 14 com características funcionais..... 55

Tabela 5.11- Associação do escore OHIP 14 com estado de saúde geral 56

Tabela 5.12- Associação do escore OHIP 14 com capacidade para o trabalho 57

Tabela 5.13- Ordem de entrada das variáveis no modelo múltiplo 58

Tabela 5.14- Modelagem múltipla dos fatores associados ao escore OHIP 14 58

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

OHIP 14 Oral health impact profile-short form: Perfil do impacto da saúde bucal- forma reduzida.

ISO International Standard Organization: Organização Internacional para padronização.

WAI Work Ability Index: Índice da capacidade para o trabalho.

ICT Índice da capacidade para o trabalho.

SF 36 Medical outcomes study 36, item short form health survey- SF-36: Questionário qualidade de vida do estado de saúde geral- forma reduzida.

SB Saúde Bucal

QV Qualidade de vida

OMS Organização Mundial da Saúde

OIDP Oral Impact on Performance Daily activities: Impacto odontológico no desempenho das atividades diárias.

DIDL Dental impact Daily living: Impacto odontológico na vida diária

IOTN Index Orthodontic Treatment Need: Índice da necessidade de tratamento ortodôntico.

DP Desvio padrão

P Nível de significância

USPSTF United States Preventive Services Task Force: Serviços preventivos dos Estados Unidos, é um orgão independente que realiza revisões sistemáticas da literatura e desenvolve recomendações para rastreamento de doenças.

FIOH Instituto de saúde ocupacional finlandês

ILO Organização Internacional do trabalho

SUMÁRIO

p.

1 INTRODUÇÃO 13

2 REVISÃO DA LITERATURA 16

2.1 Modelo conceitual de Saúde Bucal aplicado no estudo 16

2.2 Capacidade para o trabalho 25

2.3 Determinantes dos fatores associados à capacidade para o trabalho 27

2.4 Estado de Saúde geral 30

3 PROPOSIÇÃO 35

4 MATERIAL E MÉTODOS 36

4.1 Tipo de estudo 37

4.2 Local de estudo 37

4.3 População de estudo 37

4.4 Metodologia 38

4.4.1 Negociação do campo de estudo 38

4.4.2 Divulgação do estudo junto aos trabalhadores 38

4.4.3 Coleta de dados 38

4.4.4 Identificação do trabalhador 38

4.4.5 Instrumento para medição da saúde bucal 39

4.4.6 Instrumento para medição da capacidade para o trabalho 39

4.4.7 Instrumento para medição do estado de saúde geral 40

4.5 Variáveis do estudo 41

4.5.1 Variável dependente 41

4.5.2 Variáveis independentes (demográficas e funcionais) 41

4.5.2.1 Sexo 41

4.5.2.2 Idade 42

4.5.2.3 Estado Civil 42

4.5.2.4 Escolaridade 42

4.5.2.5 Cargo.....42
4.5.2.6 Turno de trabalho.....43
4.5.2.7 Conteúdo do trabalho.....43
4.5.2.8 Faixa salarial.....43
4.5.2.9 Tempo na empresa.....43
4.6 Estado de saúde Geral.....44
4.7 Capacidade para o trabalho.....44
4.8 Análise estatística.....44
4.9 Análise das perdas.....44
4.10 Análise da confiabilidade dos questionários.....44
4.11 Caracterização da população de estudo.....45
4.12 Análise dos fatores associados à saúde bucal.....45
4.13 Análise de regressão linear múltipla.....45
4.14 Aspectos éticos.....46
5 RESULTADOS 47
5.1 Análise das perdas.....47
5.2 Confiabilidade dos questionários.....48
5.3 Caracterização da população de estudo.....49
5.3.1 Características demográficas.....49
5.3.2 Características funcionais.....50
5.3.3 Características relativas à capacidade para o trabalho.....51
5.3.4 Características relativas ao estado de saúde geral.....51
5.4 Análise descritiva do escore de saúde bucal.....52
5.5 Análise dos fatores associados à saúde bucal.....54
5.5.1 Características demográficas.....54
5.5.2 Características funcionais.....55
5.5.3 Características relativas ao estado de saude geral.....56
5.5.4 Características relativas à capacidade para o trabalho.....57
5.5.5 Análise de regressão linear múltipla.....57
6 DISCUSSÃO 60
6.1 Aspectos metodológicos.....60
6.1.1 Taxa de resposta.....60
6.1.2 Validade do estudo.....61

6.1.3 Efeito do trabalhador sadio.....62
6.1.4 Instrumentos para coleta de dados.....63
6.1.5 Indice da capacidade para o trabalho.....63
6.1.6 Estado de saúde geral.....64
6.2 Fatores associados à saúde bucal.....67
6.2.1 Características demográficas.....68
6.2.2 Características funcionais.....68
6.2.3 Características da capacidade para o trabalho.....69
6.2.4 Características do estado de saúde geral.....70
6.3 Considerações finais.....71
7 CONCLUSÕES..... 73
REFERÊNCIAS..... 75
APÊNDICES..... 83
ANEXOS.....88

1 INTRODUÇÃO

Em 1948 a Organização Mundial da Saúde definiu Saúde como sendo o “completo bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença e enfermidade.” OMS, 1960

Com a mudança do paradigma decorrente da evolução da prática médica, foi-se percebendo que tal definição carecia de alguns aspectos importantes da vida de um indivíduo. Nesse contexto, Locker (1997) explica que o termo saúde pode ser definido como a “experiência subjetiva de um indivíduo sobre o seu bem estar funcional, social e psicológico”. Conseqüentemente se refere à experiência individual, de nossos corpos e a nós mesmos, e às conseqüências daquela experiência na condução da vida diária. Assim sendo, trata-se de um conceito sociológico e psicológico que aplicam-se às pessoas e populações.

Ao longo dos últimos 28 anos, a abordagem tradicional exemplificada pelo modelo médico tem perdido espaço para o modelo de saúde sócio-situacional. Aqui, a saúde é definida não em termos de ausência de doenças, mas em termos de ótimo funcionamento e bem estar social e psicológico. Como resultado, tem-se passado de uma preocupação com a doença, para preocupação com a saúde; da cura da doença para a prevenção e promoção da saúde, assim como da ênfase aos serviços de saúde para a ênfase a situações físicas e sociais na qual se vive como maiores determinantes do estado de saúde. Ao mesmo tempo o paciente foi transformado de um corpo a uma pessoa, dando crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença. (BIAZEVIC 2000).

Esta mudança de paradigma refletiu-se também na odontologia. Locker (1988) afirmou que havia uma tendência de tratar cavidade bucal como se fosse uma estrutura anatômica autônoma que acontece de estar localizada em um corpo, mas não está conectado a ele ou à pessoa de maneira alguma. No entanto, com a busca de uma perspectiva mais holística de saúde e doença, esta visão está mudando e isto tem sido acompanhado por duas descobertas: a descoberta de corpo e a descoberta da pessoa, e isto tem resultado em um aumento nas pesquisas preocupadas em ligar as condições bucais a doenças de outras localidades da boca e a conseqüência da saúde na qualidade de vida.

O mesmo autor relatou que ainda permanece certa confusão a respeito dos conceitos de doença, saúde, Saúde Bucal (SB) e qualidade de vida (QV) e as maneiras nas quais estes termos são relacionados. O discurso sobre ter SB é confuso e a boca é sempre foco de análise ao invés de se olhar o indivíduo como um todo, havendo uma ambigüidade do que seria SB e saúde geral e o quanto a SB interfere na QV de um indivíduo. Para Yewe-Dyer (1993) SB é um estado da boca e estruturas associadas onde a doença está contida, a futura doença é inibida, a oclusão é suficiente para mastigar comida e o dente tem uma aparência social saudável . Dolan (1993) afirma que SB é uma dentição confortável e funcional que permite o indivíduo a continuar a desempenhar o seu papel social.

Sob a ótica da promoção da saúde, a SB e QV tem sido motivo de atenção dos profissionais da odontologia, principalmente pela relevância de problemas bucais e dos impactos físicos e psicossociais que ela acarreta na vida das pessoas. De acordo com Leão (1998), os problemas bucais podem causar dor, desconforto, limitações e outras condições decorrentes de fatores estéticos que afetam a vida

social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo, acarretando problemas significativos na QV do indivíduo, o que torna essencial entender como o indivíduo percebe a própria condição bucal, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção.

Para Araújo e Gonini Jr (1999) as condições do trabalho interferem na qualidade de vida em saúde bucal de trabalhadores, podendo desencadear alterações na mucosa bucal, traumas e outros agravos, e indica a necessidade de exames odontológicos admissionais e periódicos como um sistema de informação em saúde do trabalhador.

Para Reisine (1988), a maior limitação dos indicadores epidemiológicos tradicionais está na sua falta de habilidade em refletir a “capacidade dos indivíduos na realização de suas tarefas e atividades”. Uma dor de dente, por exemplo, altera a qualidade de vida resultando na procura por um profissional, mais do que outros sintomas percebidos (gengivas doloridas ou sangramento, perda de dentes permanentes e coroas mal adaptadas). Indivíduos nessas condições vivenciam grandes mudanças no seu dia a dia, incluindo dias de trabalho perdidos, ficando em casa, evitando os amigos e a família, aborrecendo-se com sua condição bucal, consultando dentistas, tomando medicamentos e evitando certos alimentos.

Para Gilbert et al (1998) as medidas auto relatadas são mais informativas de como a doença afeta a vida diária de indivíduos e populações do que as medidas advindas da clínica.

Denotando a importância da auto-percepção em saúde dos indivíduos acerca de sua condição saudável ou patológica na execução de suas ocupações e atividades diárias, este presente estudo pretendeu colaborar em analisar as relações

entre a auto-percepção em saúde bucal com a auto-percepção do estado de saúde geral e com a auto-percepção da capacidade para o trabalho em trabalhadores do setor administrativo de uma empresa privada de São Paulo, SP, nos permitindo estabelecer uma análise de como estas relações podem ser ajustadas ou influenciadas, a fim de melhorarmos as estratégias da gestão na saúde bucal do trabalhador brasileiro, am âmbito público e privado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Uma atenção maior ao impacto social de doenças bucais começou com relatos dos efeitos, na população, de condições bucais, em dias perdidos no trabalho e dias perdidos na escola. Spencer e Lewis (1988) usaram amostras do Australian Survey Health e calcularam que houve 646000 dias perdidos na escola e 1.1 milhões de dias perdidos no trabalho na Austrália durante o ano de 1983. Houve quase 3.2 milhões de dias de atividades reduzidas devido a desordens dentais. Reisine (1985) reportou achado comparável na população norte-americana. Entretanto, estes números não são suficientes para descrever as experiências subjetivas dos indivíduos na condução de suas ocupações diárias e não descrevem o “impacto social”.

2.1 Modelo conceitual de saúde bucal aplicado no estudo

Um modelo existente de saúde bucal, proposto por Locker (1988), foi identificado para o domínio de conceitos na hierarquia do impacto social. Neste modelo, a doença pode levar ao dano, definido como qualquer perda anatômica ou anormalidade. A perda de um dente é um exemplo. O dano pode então levar à limitação funcional, descrita como a perda de função de sistemas ou partes do corpo, por exemplo, a dificuldade de pronunciar determinados tipos de sons. Outra conseqüência do dano poderia ser a dor ou o desconforto, tanto físico quanto psicológico. Estas podem levar à desabilidades físicas, psicológicas e sociais, descritas por Locker (1988) como qualquer limitação ou perda de abilidade para performance das atividades diárias. Um bom exemplo disso pode ser aquela pessoa

que não pronuncia as palavras corretamente e que não é corretamente compreendida durante uma conversa com outra pessoa. A conseqüência final de tudo isso é a limitação, caracterizada por experiências adversas, como uma pessoa que experimentou problemas com o trabalho devido à inabilidade de comunicar-se claramente. Estes conceitos enfatizam diferenças qualitativas na experiência do impacto social bem como características deles. Indivíduos estão mais propensos a terem alguma desabilidade, seja física, mental ou psicológica se tiverem experiências ambas de dor e limitação funcional.

Entretanto, como o próprio autor alertou, estes impactos não podem ser interpretados como causas necessárias às limitações.

Slade e Spencer (1994) desenvolveram um estudo para construção de um questionário validado chamado Oral Health Impact Profile (OHIP), uma escala do impacto social de desordens bucais, que é desenhada por referenciais teóricos hierarquizados. Quarenta e nove sentenças descrevendo as conseqüências dos problemas bucais foi inicialmente derivada de 535 sentenças obtidas em entrevistas com 64 pacientes de uma clínica dental. A importância relativa de cada sentença em cada sete sub-escalas conceituais foi acessada por 328 pessoas usando o método Thurstone de comparações pareadas. A validade foi examinada usando uma amostra longitudinal dos participantes do estudo de coorte, onde a capacidade do OHIP para detectar as associações com percepção para a necessidade de uma visita dental (ANOVA, $p<0.05$) em cinco sub escalas, promoveu validade em sua construção. O OHIP providenciou ser um instrumento válido para detalhamento da medida do impacto social de desordens orais e do benefício potencial para decisões clínicas e pesquisas.

Robinson et al (2001) acessou a validade entre o OHIP14 e o OIDP na Inglaterra. Participaram da pesquisa um total de 179 pacientes (83,2% de taxa de resposta). Ambos instrumentos foram desenvolvidos pelo mesmo modelo teórico e parecem ter a mesma validade. Na análise de regressão, o estudo mostrou que o número de questões do OHIP 14 estava relacionado à presença de doença oral e inversamente relacionado à idade. OHIP 14 correlacionou mais proximamente com o Global Oral Health Ratings e ambas as medidas correlacionaram com a experiência de dor. A correlação entre o OIDP e OHIP 14 foi de +0,78. Os autores concluíram que ambos os instrumentos tem a mesma validade para medir a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Sanders e Spencer (2004), relataram que a maneira como o trabalho é organizado reflete no bem estar dos trabalhadores. Para examinar as associações entre horas trabalhadas, segurança no trabalho e escolaridade, compararam os dados com diferentes grupos ocupacionais. A amostra foi colhida em 1999 de uma amostra randomizada estratificada em todos estados australianos, usando uma entrevista telefônica e aplicando-se os questionários. A auto-percepção em saúde bucal foi avaliada pelo instrumento OHIP 14. A amostra entrevistada consistiu de 2347 adultos dentados. Dos resultados, 51.9% experimentaram algum tipo de dor bucal e 31% reportaram desconforto psicológico devido a problemas bucais. Homens, adultos jovens, trabalhadores nascidos na Austrália e trabalhadores dos cargos de gerência tiveram os menores escores do índice OHIP 14. Controlando por sexo, idade, província de nascimento e condição socioeconômica, uma análise de regressão linear múltipla foi realizada e as variáveis, escolaridade, horas trabalhadas, tipo de trabalho e interferências em casa foram associados significativamente ao escore OHIP 14 para todos os trabalhadores. Trabalhar mais

de 40 horas por semana foi associado com maiores escores OHIP 14. Os autores concluíram que o meio ambiente do trabalho foi associado com a auto-percepção em saúde bucal de trabalhadores. Por causa deste contexto ser controlado por aspectos subjetivos, limitados ao trabalhador individualmente, estas influências são questões de saúde pública.

Oliveira e Nadanovsky (2005) relataram que o acesso aos efeitos das doenças e condições bucais no funcionamento social pode ser de grande valor a pesquisadores, gestores em saúde e gestores em saúde bucal. Muitos instrumentos foram designados para medir o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, e uma delas é o OHIP 14 versão brasileira, que tem boas propriedades psicométricas e é similar ao instrumento original OHIP. Ambos instrumentos estão agrupados em sete subscalas dentre elas: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, desabilidade física, desabilidade psicológica, desabilidade social, e limitação.

O OHIP e OHIP 14 são mais freqüentemente usados em estudos transversais e longitudinais designados para acessar o impacto das condições orais em populações velhas. Em 2000, o OHIP foi usado em estudos transversais de adolescentes e um ano após foi usado para mensurar qualidade de vida após tratamento com implantes dentais.

Oliveira e Nadanovsky (2005) avaliaram as propriedades psicométricas para uso no Brasil do OHIP 14. As amostras foram obtidas de um estudo longitudinal para acessar o impacto dar dor de dente na qualidade de vida durante a gestação. A amostra consistiu de 504 mulheres pós-parto com média de idade de 24 anos e desvio padrão de 6.2 anos, onde muitas delas tinham problemas odontológicos a serem resolvidos e pertenciam a classes sociais mais baixas. Os questionários foram administrados por 2 examinadores devidamente treinados que também

fizeram avaliação clínica. A validade da construção foi avaliada através da comparação dos escores do questionário entre grupos de acordo com: a)auto-percepção e necessidade de tratamento; b) auto-percepção geral e condição de saúde bucal ;c) presença de lesões cariosas e d) perdas dentárias. A estabilidade interna e a consistência foram satisfatórias, com Alpha de Cronbach de 0,91 e coeficiente de correlação de 0,87. O grau de correlação do OHIP 14 com o OIDP foi de R(s) de 0,76, sendo considerado também satisfatório. Os autores concluíram que a versão brasileira do OHIP 14 mostrou boas propriedades psicométricas, similares ao instrumento original.

Oliveira e Sheiham (2004) pesquisaram se adolescentes brasileiros que tinham completado o tratamento ortodôntico, tinham uma melhor qualidade de vida comparado aos que não tinham completado o tratamento e aos que nunca tiveram tido passado por tratamento ortodôntico. Foram selecionados randomicamente 1675 adolescentes de idades entre 15 e 16 anos e estes foram examinados através do IOTN e através de 2 questionários de qualidade de vida, o IODP e o OHIP 14. Foi realizada análise de regressão múltipla e foi verificado que adolescentes que tinham terminado o tratamento ortodôntico tiveram menores escores de impacto de saúde comparados aos outros dois grupos, indicando melhores condições de qualidade de vida em saúde bucal. Dos 3 grupos, os que completaram o tratamento ortodôntico tiveram risco de prevalência de 1,85 vezes menor, (IC 95% - 1.30 a 2.62) de terem um impacto em suas qualidade de vida comparado aos adolescentes que estavam em tratamento ortodôntico, e risco de prevalência de 1.43 vezes menor, (IC 95% - 1.01 a 2.02) do que aqueles que nunca tiveram tratamento ortodôntico. Os autores concluíram que adolescentes que terminam seus tratamentos ortodônticos tem uma

melhor qualidade de vida em saúde bucal do que aqueles durante o tratamento ortodôntico e aqueles que nunca passaram por tratamento ortodôntico.

Almeida e Viana (2005) através de uma revisão de literatura, sistematizaram a influência de exposições ocupacionais e alterações na saúde bucal destacando a importância dos dados epidemiológicos no planejamento das ações em saúde bucal. Os autores encontraram associações entre exposições ocupacionais e saúde bucal, porém são escassos os relatos. Entre as substâncias presentes em exposições ocupacionais estão as névoas ácidas e exposições relacionadas ao açúcar como a poeira de açúcar. As manifestações bucais podem se manifestar tanto em tecidos duros como cáries e erosão dental, como em tecidos moles como lesões da mucosa oral e periodontites. Por outro lado, os autores observaram que os programas de saúde bucal do trabalhador, quando existem, muitas vezes não consideram que estas populações podem estar expostas a estes agentes no ambiente de trabalho. Assim, considera-se relevante a discussão sobre a produção de maior conhecimento nesta área, de capacitação de recursos humanos e de implementação de programas mais efetivos, baseados em princípios de vigilância de saúde do trabalhador, principalmente sob a ótica da saúde bucal do trabalhador.

Mazzilli (2004) estudando os afastamentos do trabalho por motivos odontológicos em servidores públicos municipais de são paulo, submetidos a perícia ocupacional no período de 1996 a 2000, encontrou que, das perícias odontológicas analisadas, 86,24% pertenciam ao gênero feminino e a faixa etária média dos servidores submetidos à perícia foi de 42,2 anos. As mulheres tiveram um risco significativamente maior, e de 2,63 vezes maior, comparado aos homens, de terem que passar por perícia ocupacional devido a motivos odontológicos. O tempo médio de afastamento do trabalho devido às perícias odontológicas foi de 5,4 dias.

Segundo a frequência, os 5 primeiros motivos dos afastamentos foram: 1) exodontias por via alveolar (24,94%), 2) Doenças da polpa e tecidos periapicais (17,81%), 3) Doenças periodontais (10,75%), 4) Transtornos das articulações temporo-mandibulares (7,68%) e 5)exodontias de inclusos e impactados (6,88%).

Gomes e Abegg (2007) utilizou o OIDP para investigar a prevalência do impacto bucal no desempenho diário de atividades em funcionários do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com idades entre 35 e 44 anos. Do total de participantes, 73,6% tiveram pelo menos um desempenho diário afetado por problemas odontológicos nos últimos seis meses. O mais afetado foi comer e apreciar a comida (48,6%). O desconforto (40,6%) e a insatisfação com a aparência (31,5%) foram os sintomas mais prevalentes. A falta de dentes (21,7%) e a dor de dente (20,7%) foram as principais causas percebidas de impacto no desempenho diário.

Drumond-Santana et al (2007) avaliaram a possibilidade da doença periodontal comprometer a qualidade de vida de indivíduos portadores de diabetes mellitus. Foram examinados e entrevistados 159 diabéticos dentados, cadastrados no Hospital Municipal de Itaúna, Minas Gerais, Brasil. Os parâmetros clínicos periodontais registrados foram: sangramento gengival à sondagem, profundidade de sondagem e nível clínico de inserção. A influência da doença periodontal na qualidade de vida foi avaliada utilizando-se o formulário OHIP-14. Em relação à condição periodontal, 15,7% apresentaram periodonto saudável, 35,2% gengivite e 49,1% periodontite, sendo 27,7% na forma leve a moderada e 21,4% na avançada. Associação entre diagnóstico da doença periodontal e qualidade de vida foi significativa nos indivíduos com periodontite ($p < 0,001$). A presença de sangramento gengival à sondagem, profundidade de sondagem e nível clínico de inserção $\geq$ 4mm

associaram-se com impactos negativos intensificados na qualidade de vida (respectivamente, $p = 0,013$, $p < 0,001$ e $p = 0,012$). Diabéticos com periodontites leve a moderada e avançada apresentaram maiores impactos negativos na qualidade de vida que diabéticos periodontalmente saudáveis ou com gengivite.

Martins et al (2009) propôs investigar fatores relacionados à auto-avaliação negativa em saúde bucal em idosos participantes de inquéritos realizados pelo ministério da saúde 2002 e 2003 que auto-avaliaram sua saúde bucal como ruim ou péssima e foram comparados com os idosos que auto-avaliaram em ótima/boa ou regular usando-se razões de prevalência (RP) com base na regressão de Poisson. A minoria (810-17%) auto-avaliou sua saúde bucal negativamente. A auto avaliação negativa foi menor entre aqueles com 1-9 dentes e edentados, maior entre pardos/negros/índios que nunca usaram serviços, que apresentavam alterações de tecidos moles, que relataram pouca ou media/muita dor, que auto avaliaram sua aparência e mastigação como regular ou ruim/péssima , entre os que relataram que os relacionamentos sociais pouco ou muito afetados pelas condições bucais e entre os que avaliaram necessitar de tratamento bucal. Apesar das precárias condições bucais, a maioria auto-avaliou positivamente sua saúde bucal. Uma das explicações para essa fraca associação deve-se ao fato de muitas doenças detectadas pelo profissional ao exame serem assintomáticas e desconhecidas pelos indivíduos. Ou seja, os idosos tendem a se considerar doentes mediante manifestações agudas de doenças bucais e não frente a processos crônicos e irreversíveis destas doenças que levam a perdas dentais. Os resultados sugerem iniqüidade e permitem orientar políticas públicas que objetivem saúde bucal e qualidade de vida.

Gulzedemir et al (2009), avaliaram doenças periodontais e auto-percepção em saúde bucal em pacientes passando por hemodiálise, bem como evidenciaram o

efeito da qualidade de vida em saúde bucal neste grupo de pessoas. Para isso, verificaram a condição periodontal e características sócio-demográficas em 47 pacientes que estavam sendo submetidos à hemodiálise. O escore OHIP 14 médio foi de 19.4 com DP de 7.74. Os autores concluíram que é importante usar as medidas de auto-percepção em saúde bucal para determinar tratamentos mais convenientes e promover a satisfação para cada paciente, implicando clinicamente na melhoria da qualidade de vida destes pacientes.

Grinberg e Sampaio (2006) relatam que 40% das endocardites bacterianas provém das bactérias presentes na boca, denotando a importância dos cuidados com a higienização da boca e com visitas regulares a cirurgiões-dentistas.

2.2 Capacidade para o trabalho

O índice da capacidade para o trabalho é o resultado de pesquisas na Finlândia e é destinado ao uso em serviços ocupacionais como um apoio para manter a capacidade para o trabalho. Ele retrata a avaliação do próprio trabalhador sobre sua capacidade. Essas avaliações corroboram os resultados de exames clínicos e são consideradas boas. Em amplos estudos de acompanhamento do instituto de saúde ocupacional da Finlândia, o índice da capacidade para o trabalho tem prognosticado, de forma confiável, mudanças na capacidade para o trabalho em diferentes grupos ocupacionais.

Os pesquisadores da FIOH partiram da concepção que a capacidade para o trabalho diz respeito às qualificações do trabalhador para lidar com as exigências do trabalho, sendo baseada em sua capacidade física, mental e social. Situações em que as exigências são superiores ou inferiores aos recursos do trabalhador podem ser resultantes tanto de um trabalho não adequado às características do trabalhador como de uma condição que o trabalho não é percebido como significativo e respeitado. Para Ilmarinem et al (1991) e Tuomi et al (1997a), o desgaste decorrente das exigências do trabalho pode desencadear respostas fisiológicas crônicas e agudas, reações psicológicas e comportamentais, com possibilidade da diminuição da capacidade funcional e da capacidade para o trabalho e desencadeamento de doenças relacionadas ao trabalho. Por outro lado, exigências que se caracterizem como positivas podem promover e proteger a saúde, a capacidade para o trabalho e a capacidade funcional, qualquer que seja a idade do trabalhador.

Ao referencial teórico que embasou os estudos da FIOH, foi incorporada ainda, na década de 1990, a concepção de envelhecimento e capacidade para o trabalho da

organização mundial da saúde OMS, que integra trabalho, estilo de vida, envelhecimento e saúde como condicionantes do envelhecimento funcional (OMS 1993). Tuomi et al (1997a), salientam que, quando se objetiva a promoção da saúde, avaliar saúde somente pela presença de doenças ou pela capacidade funcional torna-se um método limitado que deve ser substituído por uma avaliação mais abrangente e integral, contemplando os diferentes aspectos da saúde. Por esta razão, o referencial teórico que embasou os estudos da FIOH e avaliava saúde por meio de presença de doenças e capacidade funcional, foi expandido integrando trabalho, estilo de vida, envelhecimento e uma visão global da saúde.

Para Pohjonen (1999), discutindo os elementos chave da capacidade para o trabalho e as maneiras de preservá-los, salienta que a capacidade para o trabalho física e psicossocial é uma pré-condição essencial para uma boa condição geral de saúde. O autor cita que: planejamento e conteúdo do trabalho, utilização insuficiente das capacidades, variedade no trabalho, retorno (feedback), moral geral no local de trabalho, suporte social recebido dos colegas, e a capacidade de liderança dos gerenciadores promoverão uma melhor capacidade para o trabalho.

Martinez (2002) diz que a satisfação no trabalho apresentou-se estatisticamente associada à capacidade para o trabalho e independente de variáveis sócio-demográficas e funcionais, demonstrando a relevância das relações entre a satisfação no trabalho e a saúde mental dos trabalhadores. A autora cita que o estudo não pode estabelecer as relações causais entre satisfação no trabalho e saúde e diz que a literatura é carente nesta área, indicando que esta área de investigação deve ser mais desenvolvida em função dos potenciais efeitos da satisfação sobre a capacidade para o trabalho dos indivíduos.

Martinez (2006) relata que todas as dimensões de saúde analisadas pelo questionário SF36 de saúde geral apresentaram associação estatisticamente significativa com a capacidade para o trabalho ($p<0,0001$), sendo independentes de aspectos demográficos e funcionais e conclui que quanto melhor a condição da capacidade para o trabalho melhor a qualidade de saúde física e mental, evidenciando a relevância de abordar a saúde em sua integralidade.

Segundo Fisher (2005), a capacidade para o trabalho é a base do bem-estar para todos nós. Entretanto, ela não permanece satisfatória a menos que nos cuidemos. Muitos fatores afetam a capacidade para o trabalho e podemos influenciar vários deles por meio de nossa própria atividade. Podemos influenciar ambos: nosso estilo de vida e nosso ambiente de trabalho. Ela objetivamente, não pode ser medida por um simples instrumento. Essa capacidade necessita de uma avaliação com base em dados obtidos de várias e diferentes fontes. O conceito que o próprio trabalhador tem de sua capacidade para o trabalho é tão importante quanto a avaliação dos especialistas. Em conjunto, essas avaliações fornecem uma visão mais completa da capacidade para o trabalho.

2.3 Determinantes e fatores associados à capacidade para o trabalho

A capacidade para o trabalho, resultante de um processo dinâmico entre recursos do indivíduo em relação ao seu trabalho, sofre modificações em relação a diversos fatores, entre eles a condição de saúde, as características sócio-

demográficas, o estilo de vida, o envelhecimento, e os fatores relacionados ao trabalho.

Aspectos demográficos:

A idade é um fator determinante da capacidade para o trabalho. Para a OMS (1993), a categoria “trabalhador em envelhecimento” começa a partir da idade de 45 anos, quando a capacidade funcional para realização de determinadas tarefas começa a diminuir. Além disso, o envelhecimento cronológico tende a ser comparado com o aparecimento de diversas doenças, favorecendo a deterioração da capacidade física e mental (ILMARINEM et al, 1997; SEITSAMO e KLOCKARS, 1997; TUOMI et al, 1997a e 1997b ; KISS et al, 2002; SJÓGREN-RÒNKA et al, 2002). Entretanto é importante destacar que estudos com trabalhadores finlandeses (ILMARINEM e TUOMI, 1992) e brasileiros (MONTEIRO 1999 e BELUSSCI 2003) identificaram que esta associação não é linear ou pode estar ausente, identificando interferência de outros fatores nesta relação.

O sexo é apontado como um fator para a capacidade para o trabalho. Segundo Salim (2003), a inserção da mulher no mercado de trabalho e sua dupla jornada de trabalho (emprego/casa) tem sido associadas a piores condições de saúde.

Segundo Aitomaki et al (2003), melhores condições sócio econômicas são apontadas com melhores condições de capacidade para o trabalho, entretanto os padrões de associação entre condições sócio-econômicas e capacidade para o trabalho são complexos, recebendo influencia de fatores relacionados ao trabalho, às condições de vida e aos hábitos de saúde.

O nível educacional e a competência profissional também são apontados como determinantes da capacidade para o trabalho. Segundo Pojohnen (1999) e

Ilmarinem (2006) a capacidade para o trabalho pode ser promovido por aumento da competência, entendida por conhecimentos e habilidades que o trabalhador dispõe para executar o seu trabalho, em especial frente às mudanças nos processos de trabalho demandando maior ênfase a habilidades psicológicas e cognitivas.

Tuomi et al (2001) verificaram que o habito de estudar e a possibilidade de desenvolvimento e de influenciar o trabalho apresentaram forte associação positiva com a capacidade para o trabalho.

O estilo de vida também são determinantes da capacidade para o trabalho. Segundo Tuomi et al (1991a e 1991b) e Pohjonen (2001), O papel protetor da atividade física é explicado pelo seu efeito na preservação da capacidade músculo-esquelética e cardiorespiratória e no controle do peso corporal, bem como reduzindo os efeitos do estresse emocional e aumentando a auto estima.

A obesidade também tem sido relacionada à diminuição da capacidade para o trabalho. Segundo Ilmarinem (2006), o excesso de peso pode exercer impacto negativo sobre a capacidade para o trabalho por afetar a capacidade cardiorespiratória e músculo esquelética, e por favorecer o aumento da morbidade por doenças crônicas.

O tabagismo e o consumo de álcool também tem sido incluídos em estudos sobre a capacidade para o trabalho. Entretanto, Seitsamo e Ilmarinen (1997) salientam que os efeitos destes fatores nem sempre são lineares e que os indivíduos que praticam atividade física também podem ser tabagistas ou etilistas, o que poderia favorecer a confusão dos resultados.

Nesta concepção, um estilo de vida saudável dia respeito a um comportamento individual de adoção de hábitos, que podem reduzir o risco de afetar

a saúde, com ênfase em questões como prática de atividade física, consumo de álcool, tabagismo e obesidade (WHO 1999).

2.4 Estado de Saúde

A saúde tem sido apontada como o maior fator que exerce impacto sobre a capacidade para o trabalho. (POHJONEM 1999, TUOMI et al 2001, ILMARINEM 2006). Estes estudos tem sido avaliados por meio da capacidade funcional, da quantidade e do tipo de doenças físicas e mentais com diagnóstico medico referido ou, ainda, da percepção do estado geral de saúde.

A capacidade cardio-respiratória e o funcionamento músculo esquelético são considerados como sendo os componentes da capacidade funcional que maior impacto exerce sobre a capacidade física.

Eskelinen et al (1991), analisando as relações entre avaliação clínica e auto avaliação de saúde entre 174 trabalhadores finlandeses concluíram que as respostas ao questionário sobre percepção do estado de saúde apresentaram boa correlação com fatores avaliados clinicamente.

Belusci (2003) reportou que entre as 14 doenças autoreferidas por trabalhadores brasileiros que participaram de pesquisa realizada entre 1997 e 2001, 10 apresentaram associação estatisticamente significativa com capacidade para o trabalho moderada ou fraca, sendo que entre elas estavam a lesão nas costas, lesão nos braços ou pernas, doenças da coluna cervical, dor ciática, distúrbio emocional leve, e gastrite ou duodenite.

Nygard et al (1991) investigaram a relação entre atividade física e capacidade para o trabalho no estudo longitudinal da FIOH. A capacidade física foi avaliada pelo consumo máximo de oxigênio e da freqüência cardíaca como indicadores da capacidade cardiorespiratória e por meio de testes de resistência e flexibilidade

músculo esquelética. Os resultados mostraram associação da capacidade para o trabalho com resistência músculo esquelética e com velocidade visual e embora as relações tenham sido significativas, as correlaçãoes não foram altas, denotando que as medidas de capacidade física são úteis, porém não suficientes para embasar a capacidade para o trabalho.

Vários estudos tem procurado investigar as doenças bucais e suas relações com o estado de saúde geral.

Humprey et al (2008), através de um estudo de meta análise, sugeriram que inflamações crônicas (por exemplo o caso de periodontites) , possuem maiores riscos para doenças coronarianas. No estudo de meta análise, fizeram um levantamento na base de dados do medline desde 1966 até março de 2008 sobre todos os artigos que tratavam do assunto. Foram selecionados 7 artigos de Coortes que tinham critérios para serem selecionados de acordo com USPSTF (United States Preventive Services Task Force). Os autores concluíram que Doenças Periodontais como (periodontites, perdas dentárias, gengivites e perda óssea) foi fator de risco significativo para doenças coronarianas e independente de outros fatores de risco tradicionais como status sócio-econômico. Mais pesquisas nestas áreas são necessárias.

Em um estudo caso-controle, Pradeep et al (2009), estudaram se a doença periodontal é um fator de risco para acidentes cerebrovasculares na população indiana. No estudo, selecionaram 100 casos e 100 controles, com idades de 33 a 68 anos. Os casos foram analisados após 5 dias do primeiro acidente cerebrovascular. Os parâmetros clínicos coletados foram, índice de placa, índices gengivais e profundidades de bolsa periodontais. Um questionário médico coletou informações sobre o histórico dos pacientes. Os índices de placa, índices gengivais e

profundidade de bolsa periodontais foi significativamente maiores nos casos do que nos controles (p< 0,05) . Em uma análise de regressão, a profundidade de bolsa > 4,5 mm foi a variável com maior significância para o acidente cerebral (odds ratio =8,5 IC 95% 1,1 – 68,2) , seguido de hipertensão(odds ratio =7,6 IC 95% 3,3 a 17,1) e fumo (odds ratio= 3,1 IC 95% 1,3 – 7,4) . Os autores concluíram que o acidente cerebral na população indiana esteve associado à periodontite, mas estudos posteriores necessitam ser realizados.

Para a International Labour Organization (Organização Internacional do Trabalho), fatores psicossociais no trabalho são aqueles que “ referem-se à interação entre e no meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas pessoais extra trabalho que podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a satisfação no trabalho. (ILO 1984 p.3)

Em um estudo sobre capacidade para o trabalho, Gamperiene et al (2008) examinou indicadores subjetivos em mulheres de uma organização empresarial e suas relações com capacidade para o trabalho, saúde física, saúde mental, e vários fatores psicossociais e do meio ambiente de trabalho. Foram entrevistadas 597 mulheres com média de idade de 43 anos tanto da zona urbana quanto da zona rural na Noruega. Da amostra, 8,9% das participantes tiveram uma capacidade para o trabalho extremamente ou bem reduzida. 24% reportaram uma pobre saúde física e 21% reportaram stress mental. Uma redução moderada da capacidade para o trabalho aumentou com a idade e foi associada com saúde física e mental. Redução severa da capacidade para o trabalho foi fortemente associada com saúde física, e não com o ambiente ocupacional após ajuste das variáveis. O autor conclui que a

idade juntamente com a saúde física estão fortemente associados com redução da capacidade para o trabalho.

Eu outro estudo, Quandt et al (2007) reportaram que saúde bucal deficiente pode ter efeito na saúde geral de trabalhadores e em sua capacidade para atividades normais. O autor cita que poucos estudos têm relatado a qualidade de vida. Em seu estudo, o autor descreve a experiência com problemas bucais e o tratamento recebido por trabalhadores latinos (mexicanos) nas fazendas dos EUA, e explora a relação entre saúde bucal e qualidade de vida. A amostra foi composta de entrevistas face a fce em 151 trabalhadores latinos. A amostra incluiu os questionários OHIP14 e SF12 (saúde geral) e os problemas dentais pertenceram a desconforto psicológico e dor física. Os achados indicaram que quanto maiores os problemas dentais, pior a qualidade de vida dos trabalhadores. As conseqüências do sofrimento por problemas orais na performance do trabalho, sono e status nutricional são ainda desconhecidas.

Monteiro (1999) analisando a capacidade do trabalho com algumas características sócio demográficas, do estilo de vida e do trabalho, verificou ter idade mais elevada (50 a 57 anos), ter menor número de doenças com diagnóstico médico, ser do sexo masculino e ter maior nível de escolaridade, eram condições e características de uma melhor capacidade para o trabalho.

Borges (2002) verificou correlações estatisticamente significativas entre capacidade para o trabalho e fadiga em 34 trabalhadores de enfermagem de um hospital publico de são Paulo, sendo que estas associações foram independentes de características sócio-demográficas e funcionais.

O estudo de Martinez (2002) encontrou associações estatisticamente significativas e positivas entre todas as dimensões de saúde analisadas e a

capacidade para o trabalho de 224 trabalhadores de área administrativa de uma empresa de auto-gestão em saúde do município de São Paulo sendo estas associações independentes de características sócio-demográficas e funcionais.

Bellusci (1998,2003) realizou estudos com desenho longitudinal e percebeu que as características associadas à diminuição da capacidade para o trabalho foram: ser do sexo feminino, ser separada, divorciado ou viúvo, e ser portador de alguns tipos de agravos (lesões nos costas, lesões nos braços e pernas, doenças na coluna cervical, dor ciática, distúrbio emocional leve e gastrite ou duodenite.) Características da organização do trabalho (impossibilidade de exercer influência sobre o ritmo de trabalho, sobre o uso do tempo, sobre o planejamento de pausas e sobre o planejamento de férias, impossibilidade de interação com colegas durante o desenvolvimento das tarefas e fora do ambiente laboral) também apresentaram fatores de risco para a capacidade para o trabalho. Finalmente, características do ambiente físico do trabalho (levantamento e transporte de pesos, sentir-se exposto a acidentes de trabalho, percepção de exposição ao frio e percepção de exposição ao calor no ambiente de trabalho) também foram identificados como fatores de risco para a capacidade para o trabalho.

3 PROPOSIÇÃO

Este panorama dos estudos identifica uma tendência generalista dos estudos referindo-se à capacidade para o trabalho serem associados às características do estado de saúde geral, saúde mental e outros fatores, porém muito pouco, ou digamos quase nada, se fala a respeito de saúde bucal dos trabalhadores.

Neste estudo pretendemos, como objetivo geral:

- Analisar os fatores associados à auto-percepção em saúde bucal em trabalhadores do setor administrativo.

Objetivos específicos:

- Verificar se as características dos trabalhadores (aspectos demográficos e funcionais) estão associadas à auto-percepção em saúde bucal.
- Verificar se a auto-percepção em saúde bucal esta associada às dimensões de saúde geral auto-referidas.
- Verificar se a auto-percepção em saúde bucal esta associada à capacidade para o trabalho.
- Verificar se estas correlações são significativas ou não e se são dependentes ou independentes de características sócio-demográficas e funcionais.
- Analisar e compreender da melhor maneira como a saúde bucal pode afetar as dimensões de saúde auto-referidas e a capacidade para o trabalho, agindo desta maneira em medidas preventivas, visando a promoção da saúde.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Este estudo é um estudo epidemiológico transversal.

4.2 Local de estudo

Este estudo foi realizado na empresa COTEMINAS S/A, setor administrativo de São Paulo, empresa que possui 134 funcionários registrados na cidade.

4.3 População de estudo

Os critérios de exclusão foram estar em férias na coleta dos dados, estar afastado por motivo de doença ou estar em projetos externos inviabilizando a participação na pesquisa. Apenas 1 trabalhador estava afastado por motivo de doença no decurso da pesquisa e apenas 6 trabalhadores, em projetos externos foram excluídos da pesquisa. Outros 6 trabalhadores que participaram do pré-teste também foram excluídos. Todos os trabalhadores que não se encaixavam nos critérios de exclusão foram convidados voluntariamente a participar da pesquisa.

Foi considerada perda a seguinte situação: recusa em participar. A população do estudo, devido à problemática acima apresentada foi composta de 121 trabalhadores.

4.4 Metodologia

4.4.1 Negociação do campo de estudo

O projeto de pesquisa foi apresentado à gerência e liderança da empresa participante, assim como apresentados os objetivos da pesquisa, metodologia para coleta de dados, aspectos éticos inerentes ao processo e a forma de divulgação dos resultados.

4.4.2 Divulgação do estudo junto aos trabalhadores

Este estudo se propôs a ser realizado em todos os trabalhadores da empresa participante. Para isso, as lideranças informaram aos trabalhadores sobre os objetivos da pesquisa, convidando os trabalhadores a participarem respondendo aos questionários.

4.4.3 Coleta de dados

Após apresentação do projeto às lideranças da empresa, a diretoria de RH da empresa distribuiu os questionários aos trabalhadores, que eram informados que os resultados eram tratados com confidencialidade e aceitando participar, o trabalhador assinava o termo de consentimento livre esclarecido (Apêndice A) e respondia aos questionários.

4.4.4 Identificação do trabalhador

Questões objetivas sobre características demográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade) e funcionais (turno de trabalho, setor de trabalho, tempo na empresa, cargo e faixa salarial). Esta parte do questionário esta apresentada no Apêndice B.

4.4.5 Instrumento para medição da Saúde bucal

A saúde bucal foi medida por meio do questionário OHIP 14, o qual fornece um escore que varia de 0 a 56 pontos, sendo 0 pontos considerado o melhor estado de saude bucal e 56 pontos o pior estado de saude bucal, em 7 escalas que são:

- Limitação funcional
- Dor física
- Desconforto psicológico
- Desabilidade social
- Desabilidade física
- Desabilidade psicológica
- Limitação/ Incapacidade

As instruções para calculo estão disponíveis em Oliveira e Nadanovsky (2005). Ver questionário no apêndice C.

4.4.6 Instrumento para medição da Capacidade para o trabalho

A capacidade para o trabalho foi medida através do índice de capacidade para o trabalho, ICT, o qual possibilita avaliar e detectar precocemente alterações, além de ter valor preditivo e poder ser usado como instrumento para subsidiar informações para direcionamento de medidas preventivas (TUOMI et al 2005). O ICT oferece as facilidades de ser um instrumento de preenchimento rápido e simples, com baixo custo e auto aplicável, desde que a escolaridade mínima seja a 4 serie do ensino fundamental (FISCHER 2005).

O ICT fornece um escore que varia de 7 a 49 pontos, onde 7 pontos corresponde a uma pior capacidade para o trabalho e 49 pontos a melhor capacidade para o trabalho, e é composto por 7 dimensões:

- Capacidade para o trabalho atual
- Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho
- Número atual de doenças diagnosticadas por médico
- Perda estimado para o trabalho devido à doenças
- Faltas ao trabalho por doenças
- Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho
- Recursos mentais

As instruções para cálculo estão disponíveis em (TUOMI et al 2005). Ver questionário no Apêndice E.

4.4.7 Instrumento para medição do Estado de saúde geral

Nesta pesquisa foi usado o *Medical Outcomes Study 36 – item short form health survey* – SF 36 (Apêndice D). Este questionário foi criado com o objetivo de ser um questionário genérico de avaliação de saúde e, portanto seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento. (CICONELLI 1997; WARE 2000). O SF 36 é formado por 36 itens, englobados em 8 dimensões que foram escolhidas por representar os conceitos mais freqüentemente mensurados nos inquéritos de saúde. Estas dimensões são:

- Capacidade funcional: avalia presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física.
- Aspecto físico: avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades de vida diária em conseqüência de problemas físicos
- Dor: avalia a extensão da dor e a interferência nas atividades da vida diária
- Estado Geral de saúde: avalia as percepções referentes ao estado geral de saúde.

- Vitalidade: considera o nível de energia e de fadiga
- Aspecto social: avalia a limitação da participação do individuo em atividades sociais, decorrentes de problemas com saúde.
- Aspecto emocional: avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades da vida diária em conseqüência de problemas emocionais.
- Saúde Mental: avalia as percepções em relação a 4 principais dimensões da saúde mental: ansiedade , depressão, alterações do comportamento e bem estar psicológico.

Para avaliação dos resultados é atribuído um escore para cada questão que , posteriormente, é transformado em uma escala para cada dimensão que varia de 0 a 100 pontos onde, 0 (Zero) corresponde a um pior estado de saúde e 100 corresponde a um melhor estado de saúde, sendo que cada dimensão é analisado em separado. A pontuação das questões e instruções para calculo dos escores é encontrado em Ciconelli (1997). Ver questionário no apêndice D.

4.5 Variáveis de estudo

Abaixo serão demonstrados e classificadas as variáveis utilizadas no presente estudo**.**

4.5.1 Variável dependente

Foi considerada variável dependente a Saúde bucal, medida pelo questionário OHIP 14, variando em escala de 0 a 56 pontos.

4.5.2 Variáveis independentes (características demográficas e funcionais)

4.5.2.1 Sexo

Variável categorizada em feminino ou masculino

4.5.2.2 Idade

Variável quantitativa contínua em anos

4.5.2.3 Estado civil

Os trabalhadores foram categorizados em: solteiro, casado/companheiro, separado/divorciado, viúvo.

4.5.2.4 Escolaridade

Foram usadas as variáveis (ensino fundamental incompleto, 4 serie do ensino fundamental completa, 8 serie do ensino fundamental completa, ensino médio completo, ensino superior completo.

4.5.2.5 Cargo

Foi categorizada em trabalho administrativo, especializados, diretoria e atendentes.

Diretoria: Foi categorizado como diretores, os trabalhadores que coordenavam as áreas a que pertenciam, acumulando funções de tomada de decisões importantes para a empresa. Ex : Diretor financeiro, Coordenador de tecnologia da informação.

Especializados: Foi categorizado como especializado, os trabalhadores com nível universitário, que apesar de não tomarem decisões finais, realizavam atividades especializadas, que podem ser executadas somente por pessoas com nível universitário, por exemplo: Advogados, administradores, cientistas da computação, trainees etc..

Administrativo: Foi categorizado como administrativos os trabalhadores prestadores de serviço em geral, sem ou com nível universitário, como secretárias, auxiliares administrativos, analistas contábeis etc.

Atendentes: Foi categorizado como atendentes os trabalhadores que prestavam serviços a terceiros ou clientes, sem formação universitária como por exemplo: vendedores, mensageiros, copeiros etc.

4.5.2.6 Turno de trabalho

Todos os trabalhadores avaliados foram classificados como turno de trabalho diurno integral

4.5.2.7 Conteúdo do trabalho

Foi categorizado como predomínio de atividades mentais, físicas ou misto.

Predomínio de atividades mentais: trabalho administrativo, trabalho de supervisão de escritório, Supervisão técnica.

Predomínio de atividades físicas: Limpadoras, auxiliares de cozinha, trabalho auxiliar, trabalhos de instalação.

Predomínio de atividades mistas: trabalhos de transportes como por exemplo: pilotos e motoristas.

4.5.2.8 Faixa salarial

Foi categorizada em rendas que variavam em:

- até 1000 reais, 1001 a 2000, 2001 a 3000, 3001 a 4000, 4001 a 5000, 5001 a 6000, 6001 a 7000 e mais de 7000.

4.5.2.9 Tempo na empresa

Variável quantitativa contínua, em meses, que expressa o tempo de vínculo empregatício do trabalhador na empresa. Esta variável foi expressa em meses pois haviam trabalhadores com menos de 1 ano na empresa, o que consideramos em meses para facilitar a analise estatística.

4.6 Estado geral de Saúde

Variável quantitativa variando com um escore de 0 a 100 pontos sendo representados por 4 dimensões de saúde física, sendo estas atribuídas a capacidade funcional, aspecto físico, dor e estado geral de saúde e por 4 dimensões de saúde mental atribuídas a vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental.

4.7 Capacidade para o trabalho

Escore do índice da capacidade para o trabalho ICT, variando de 7 a 49 pontos, onde pontuação de 7 a 27 pontos refere-se à baixa capacidade para o trabalho, 28 a 36 pontos refere-se à moderada capacidade para o trabalho, 37 a 43 pontos boa capacidade para o trabalho e 44 a 49 pontos ótima capacidade para o trabalho.

4.8 Análise estatística

Foi processada no programa Bioestat, volume número 5. A análise da confiabilidade dos questionários (Alpha de Cronbach) foi realizada no programa STATA volume número 2.

4.9 Análise das perdas

Foi feita comparação entre a população do estudo e as perdas segundo sexo e idade, utilizando o teste de associação pelo qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste t de student para as variáveis quantitativas.

4.10 Analise da confiabilidade dos questionários

Foi realizada através do teste de Alpha de Conbrach, no programa STATA v.2

Caracterização da população de estudo

Foi realizada através das medias, desvios padrões, valores mínimos e máximos dos escores das variáveis quantitativas e proporções para variáveis qualitativas.

Para a analise da saúde bucal foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a aderência do escore ohip 14 à distribuição normal determinando os tipos de testes estatísticos a serem realizados.

Analise dos fatores associados à saúde bucal

Para a analise da correlação entre saúde bucal às variáveis quantitativas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearmann.

Para a comparação das médias do OHIP14 segundo as categorias de variáveis qualitativas dicotômicas sem variância constante foi utilizado o teste Mann Whitney. Para comparação das médias entre as variáveis qualitativas com 3 ou mais categorias foi utilizado o teste de Kruskal- Whallis. Havendo diferença estatística entre as medias foi utilizado o teste de Tukey para múltiplas comparações. A homogeneidade das variâncias foi avaliada pelo teste de Levene.

4.13 Análise de regressão linear múltipla

Foi realizada a modelagem múltipla com todas as variáveis que apresentaram $p<0,05$. O valor do p determinou a ordem de entrada no modelo múltiplo. O processo de modelagem foi o stepwise forward. A variável independente permanecia no modelo se p fosse menor que 0,05 e ou se fosse variável de ajuste.

A analise de regressão múltipla permite identificar como uma variável dependente é influenciada por outras variáveis independentes, bem como identificar o efeito de uma determinada variável independente exerce sobre a variável dependente ajustado pelas demais variáveis independentes. O nível se significância adotado foi de 5% e as análises foram processadas no programa Bioestat v.5.

4.14 Aspectos éticos:

O respectivo projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo comitê de ética em pesquisa da faculdade de odontologia da universidade de São Paulo (anexo) e o estudo seguiu as normas envolvendo pesquisas com seres humanos através da resolução 196/96 do CNS- Conselho nacional de saúde.

As empresa participante também forneceu autorizações formais por escrito para a realização da presente pesquisa. A participação dos trabalhadores foi voluntária e mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido

5 RESULTADOS

5.1 Análise das perdas

A população alvo do estudo foi composta por 134 trabalhadores do setor administrativo da empresa Coteminas, unidade São Paulo. Foi excluído 1 trabalhador por estar afastado na época de realização do estudo. Dos 133 restantes, 6 funcionários, devido estarem em projetos externos e outros 6, que participaram do pré-teste, não participaram da pesquisa. Dos 121 restantes, que compõem a população deste estudo, obtivemos resposta 92 trabalhadores. Houve ainda perda de 1 participante por responder ao questionário de maneira incompleta. Restaram 91 trabalhadores que correspondeu a 75,20% a taxa de resposta da presente pesquisa.

A análise das perdas mostrou que não houve diferença em relação ao sexo e nem em relação à idade. Em relação ao sexo, tivemos uma perda de 12 mulheres e 30 homens, e a análise do qui quadrado demonstrou p= 0,07, com correção de Yates o valor foi de p=0,1, não sendo significativo. Em relação à idade, o teste de associação pelo teste t de student também não demonstrou significância estatística, com o valor de p= 0,41. Os dados são apresentados na tabelas 5.1 e 5.2.

Tabela 5.1 Análise das perdas por sexo

variável sexo	participantes	perdas	p
total	91	42	
masculino	50	30	
feminino	41	12	0,07
	Correção de yates		0,1

Tabela 5.2 Análise das perdas por idade

variável idade	participantes	perdas	p
Média de idade	36,31	37,80	0,41

5.2 Confiabilidade dos questionários

O OHIP 14, utilizado como variável dependente, apresentou coeficiente Alpha de Cronbach de 0,89 (tabela 5.3). A exclusão de alguma das dimensões não alterou o resultado, mostrando que houve boa confiabilidade no índice. Confiabilidade do questionário ICT apresentou Alpha de Cronbach de 0,64 em todas as dimensões e o questionário SF36 apresentou alpha de cronbach de 0,79 em todas as dimensões, mostrando que houve boa confiabilidade nos questionários.

Tabela 5.3. Valores do alpha de cronbach por dimensão do escore OHIP 14

	questão	alpha
1	Dificuldade falar alguma palavra	0,88
2	Sabor dos alimentos tem piorado	0,89
3	Sentiu dor na boca ou dentes	0,89
4	Sentiu-se incomodado para comer	0,89
5	Ficou preocupado	0,88
6	Ficou estressado	0,88
7	Alimentação ficou prejudicada	0,88
8	Teve que parar refeições	0,89
9	Teve dificuldade para relaxar	0,88
10	Sentiu-se envergonhado	0,88
11	Ficou irritado com outras pessoas	0,88
12	Dificuldade realizar atividades diárias	0,88
13	Sentiu que a vida ficou pior	0,88
14	Sentiu-se totalmente incapaz	0,88
	Todos os itens	0,89

5.3 Caracterização da população do estudo

Foi realizada a caracterização da população de estudo em suas características demográficas e funcionais.

5.3.1 Características demográficas

Na tabela 5.4 se observa que a população do estudo foi predominantemente masculina (54,95%), casada ou com companheiro (57,14%), e com nível de escolaridade com ensino superior completo completo (78,02%). A média de idade dos trabalhadores foi de 36,31 anos com desvio padrão de 9.6, variando de 18 a 67 anos de idade.

Tabela 5.4 – Características demográficas da população de estudo

Sexo	n	%	
homens	50	54.95	
mulheres	41	45.05	
Estado civil			
solteiro	33	36.26	
casado/companheiro	52	57.14	
separado/divorciado	6	6.6	
viúvo	0		
Escolaridade			
completou 4 serie	1	1.1	
completou 8 serie	1	1.1	
completou colegial	18	19.78	
completou universitário	71	78.02	
idade	média	mínimo	máximo
	36.31(D.p.=9.60)	18	67

5.3.2 Características funcionais

Os trabalhadores estavam distribuídos na empresa Coteminas unidade São Paulo, SP, com turno de trabalho diurno integral. O tempo médio em que os trabalhadores estavam trabalhando na empresa foi de 95.95 meses (8 anos aproximadamente) com desvio padrão de 77.5 meses (valor mínimo= 1 mês e valor máximo =252 meses ou 21 anos de empresa. 25.27% correspondeu a faixa salarial entre 1001 a 2000 reais, 42.85% dos trabalhadores eram especialistas na área de atuação e 34,07% pertenciam aos setores administrativo ou planejamento.

Tabela 5.5. Características funcionais dos trabalhadores.

Localização	São Paulo SP			
turno de trabalho	diurno integral			
Tempo de empresa	média(meses)	DP	mínimo	máximo
	95.95	77.5	1	252
Faixa Salarial	N	%		
até 1000	2	2.2		
1001 a 2000	23	25.27		
2001 a 3000	20	21.98		
3001 a 4000	16	17.58		
4001 a 5000	13	14.28		
5001 a 6000	4	4.39		
6001 a 7000	2	2.2		
7001 ou mais	11	12.1		
Cargo	n	%		
diretoria	5	5.5		
especialistas	39	42.85		
administrativo	28	30.77		
atendimento	19	20.88		
Setor de trabalho	n	%		
administra/planejamento	31	34.07		
Crédito e cobrança	12	13.19		
RH/jurídico	4	4.39		
contábil/fiscal/tributário	19	20.88		
vendas/atendimento	16	17.58		
marketing/informática	9	9.89		

5.3.3 Características relativas à capacidade para o trabalho

A tabela 5.6 nos mostra características relativas à capacidade para o trabalho. A média do escore ICT foi de 43.19 pontos com desvio padrão de 4.44 pontos, e o valor mínimo encontrado foi de 32 pontos e o máximo de 49 pontos. O grupo de ótima capacidade para o trabalho correspondeu a 54.95% dos trabalhadores participantes.

Tabela 5.6 – Características Capacidade para o trabalho

Capacidade para o trabalho			n	%
	Baixa	(07-27)	0	0
	Moderada	(28-36)	11	12.09
	Boa	(37-43)	30	32.96
	Ótima	(44-49)	50	54.95
média	43.19 (dp=4.44)		minimo	máximo
			32	49

5.3.4 Características relativas ao estado de saúde geral

As dimensões relativas ao estado de saúde estão apresentados na tabela 5.7. A maior média encontrada para os trabalhadores da empresa Coteminas foi para o aspecto emocional com média de 90,84, seguido com média de 90 pontos para a capacidade funcional.

Tabela 5.7 – Características relativas ao estado de saúde Geral

	n	média	desvio padrão	minima	maxima
dimensão					
capacidade funcional	91	90	12.78	50	100
aspecto físico	91	89.28	25.31	0	100
Dor	91	76.53	16.24	20	100
estado geral de saúde	91	81.8	14.67	12	100
vitalidade	91	73.95	15.75	15	100
aspecto Social	91	83.65	19.86	25	100
aspecto emocional	91	90.84	24.37	0	100
saúde mental	91	79.42	14.28	32	100

5.4 Análise descritiva do escore de saúde bucal

O escore de saúde bucal médio observado entre os trabalhadores da empresa Coteminas (Unidade São Paulo) foi de 7.70 e desvio DP 7.26, com valor mínimo de 0 e valor máximo de 28 pontos, em uma escala que varia de 0 a 56 pontos, sendo 0 considerado o melhor estado de saúde bucal e 56 o pior estado de saúde bucal. Esta variável não apresentou aderência à distribuição normal ($p<0,05$ no teste de Kolmogorov-Smirnov) , determinando o uso de testes não paramétricos para realização dos testes estatísticos.

Na tabela 5.8 observamos que as dimensões que compõem o escore OHIP 14 apresentaram os seguintes resultados:

- Dos trabalhadores participantes, 29,67% reportaram algum tipo de limitação funcional, sendo esta representada por dificuldade em falar alguma palavra ou que tem sentido que o sabor dos alimentos tem piorado nos últimos 6 meses.
- Dos trabalhadores participantes, 60,43% reportaram sentir dores na boca ou nos dentes nos últimos 6 meses.
- Dos trabalhadores participantes, 62,64% reportaram algum tipo de desconforto psicológico, ou seja, ficaram preocupados ou ficaram estressados devido a problemas com a boca ou dentes nos últimos 6 meses.
- Dos trabalhadores participantes, 40,65% reportaram alguma desabilidade física sendo que suas alimentações ficaram prejudicadas ou tiveram que parar suas refeições devido a problemas na boca ou nos dentes nos últimos 6 meses.
- Dos trabalhadores participantes, 48,35% reportaram desabilidades sociais, ou seja, sentiram-se envergonhados ou tiveram dificuldades para relaxar devido a problemas na boca ou nos dentes nos últimos 6 meses.
- Dos trabalhadores participantes, 36,26% reportaram desabilidades sociais, ou seja, ficaram irritados com outras pessoas ou tiveram dificuldades para realização de suas atividades diárias devido a problemas na boca ou nos dentes.
- Dos trabalhadores participantes, 25,27% reportaram limitações ou incapacidades, sendo que a vida no geral ficou pior ou ficaram totalmente incapaz para a realização das atividades diárias devido a problemas com a boca ou os dentes.

Tabela 5.8 – Queixas relatadas com relação ao Escore OHIP 14

Dimensão de saúde bucal	N	queixas (n)	%
limitação funcional	91	27	29,67
dor física	91	55	61,43
desconforto psicilógico	91	57	62,64
desabilidade física	91	37	40,65
desabilidade psico	91	44	48,38
desabilidade social	91	33	36,23
limitação/incapacidade	91	23	25,27

5.5 Análise dos fatores associados à Saúde bucal

5.5.1 Características demográficas

Na tabela 5.9 observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias do escore OHIP 14 e a característica demográfica estado civil (P= 0.56), porém, houve significância estatística do escore OHIP 14 com a característica demográfica Sexo (p=0,01) e Escolaridade (p=0,004).

Tabela 5.9- Associação dos escores ohip 14 com características demográficas

variável	categoria	n	media (DP)	p
sexo	homens	50	5.72 (7,34)	
	mulheres	41	10.12 (7,26)	0,0102
Estado civil	não casados	39	8.25 (6,5)	
	casados/companheiro	52	7.28 (6,0)	0,56
Escolaridade	sem ensino sup	20	10.05 (9,5)	0,004
	com ensino sup.	71	6.53(4)	

Com relação à idade, o escore OHIP 14 não esteve associado através da analise de correlação de spearmann (R(s)=0,07 e p=0,48) nesta presente pesquisa.

5.5.2 Análise das características funcionais

Com relação às características funcionais, na tabela 10 observa-se que não houve diferença estatística entre os escores OHIP 14 nenhuma das variáveis setor de trabalho e faixa salarial, porém houve diferença estatística entre os cargos de especialistas e atendentes, p<0,05.

Tabela 5.10 – Associação Escore OHIP 14 com características funcionais

variável	categoria	n	média	DP	p
Cargo	administrativo	28	6.6	2.76	
	especialistas	39	5.79	1.05	
	atendimento	19	10.92	1.55	
	diretoria	5	7.15	1.41	0.03
	(diferença estaística entre medias especialistas e atendimento p <0.05)				
		n	média	DP	p
faixa salarial	até 1000	2	6.5	3.5	
	1001 a 2000	23	9.69	1.75	
	2001 a 3000	20	8.05	1.78	
	3001 a 4000	16	7	1.7	0.67
	4001 a 5000	13	8.69	1.96	
	5001 a 6000	4	5.25	1.88	
	6001 a 7000	2	1.5	0.5	
	7001 ou mais	11	5	1.65	
(nesta análise foi excluída a faixa salarial de 6001 a 7000)					
setor de trabalho		n	media	dp	p
	administra/planejamento	31	7,64	1,14	
	Crédito e cobrança	12	8,75	2,99	
	RH/jurídico	4	5	2,12	
	contábil/fiscal/tributário	19	8,94	1,90	0.96
	vendas	16	6,93	1,67	
	marketing/informática	9	6,44	1,95	

Em relação ao tempo de empresa, esta característica não foi estatisticamente significativa em relação à condição de saúde bucal através da análise de correlação de spearmann, visto que p=0.44 e R (s)=0.08.

5.5.3 Características relativas ao estado de saúde geral

A tabela 5.11 nos mostra as associações entre os escores OHIP 14 e todas as dimensões de saúde.

As associações estatisticamente significativas entre o escore de saúde bucal foram com capacidade funcional, estado geral de saúde e saúde mental.

Tabela 5.11. Associação do escore OHIP 14 com estado de saúde Geral

Coeficientes de correlação de spearmann			
dimensão	n	R	p
capacidade funcional	91	0.22	0.05
aspecto físico	91	0.19	0.06
dor	91	0.13	0.19
estado geral saúde	91	0.24	0.02
vitalidade	91	0.14	0.16
aspecto social	91	0.18	0.08
aspecto emocional	91	0.13	0.19
saúde mental	91	0.22	0.03

5.5.4 Características relativas à capacidade para o trabalho

A tabela 5.12 nos mostra as associações entre escore OHIP 14 e a capacidade para o trabalho, onde este apresentou associação estatisticamente significativa.

Tabela 5.12. Associação do escore OHIP 14 com capacidade para o trabalho

	Coeficiente de correlação de spearmann		
Variável	n	R	p
Capacidade para o trabalho	91	0.33	0.0014

5.5.5 Análise de regressão linear múltipla (análise conjunta dos fatores associados)

Inicialmente foi feita uma modelagem múltipla incluindo todas as variáveis que apresentaram valor de p<=0,05 com a característica demográfica idade como variável de ajuste.

No presente modelo de regressão linear múltiplo, foi inserido as seguintes variáveis que apresentaram associações significativas para o escore OHIP 14, de acordo com a tabela 5.13. Em ordem decrescente, estas variáveis foram: ICT p= 0.0014, Escolaridade p=0.004, Sexo p= 0.001, Estado geral de saúde p=0.02, cargo p= 0.03, saúde mental p= 0.03 e idade p=0.5, sendo considerada variável de ajuste.

Tabela 5.13. Análise de regressão linear múltipla. Ordem de entrada dos dados

variável	p	ordem entrada
capacidade para o traba	0.0014	1
escolaridade	0.004	2
sexo	0.0102	3
Estado geral saúde	0.02	4
cargo	0.03	5
saúde mental	0.03	6
idade	0.5	7

Após a entrada dos dados no modelo de regressão múltipla, percebemos que a capacidade para o trabalho e a escolaridade, tiveram associações significativas independentes, com o estado de saúde bucal, conforme tabela 5.14, e que este modelo apresentou coeficiente de correlação múltipla ajustado de 0.54 indicando que 54% da variabilidade do índice OHIP 14 que mensura a saúde bucal pode ser explicado pelas variáveis que permaneceram neste modelo múltiplo.

Tabela 5.14. Modelagem múltipla dos fatores associados ao Escore OHIP 14

Variável	t	P	R2A
capacidade p trabalho	-2.23	0.02	
Sexo	1.54	0.12	
Escolaridade	-2.44	0.01	
cargo	0.44	0.86	0.54
estado geral saúde	-0.73	0.46	
saúde mental	-0.81	0.41	
idade	0.64	0.51	

A interpretação do modelo seria:

Y= 43.87 + (-0.42)X (capacidade para trabalho) + (2.25) x (sexo feminino) + (-3.45) x escolaridade) + 0.14 X (cargo) + (-0.03) X (estado geral de saúde) + (-0.04) X saúde mental) + (0.49) X (idade).

A interpretação seria, para cada ponto de capacidade para o trabalho, temos uma diminuição de 0.42 pontos do escore OHIP 14, independente das outras variáveis do modelo, ser do sexo feminino aumenta em 2.25 vezes o escore OHIP 14 em relação ao sexo masculino, pertencer a nível de escolaridade superior completo diminui em 3.45 pontos o escore OHIP 14, independente das demais variáveis do modelo, pertencer a um cargo de trabalho aumenta 0.14 pontos o escore OHIP 14, ajustado para as demais variáveis do modelo , cada ponto do estado geral de saúde (melhora no estado de saúde geral) diminui 0.03 pontos o escore OHIP 14, cada ponto de saúde mental diminui 0.04 pontos do escore OHIP 14, dependente das outras variáveis do modelo e a cada ano de idade aumenta em 0.049 pontos o escore OHIP 14 dependente às demais variáveis do modelo.

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa avaliou os fatores associados à saúde bucal em trabalhadores de uma empresa do setor privado. Sua realização se justifica tendo em vista que a saúde bucal pode influenciar o estado de saúde geral de trabalhadores e com isso influenciar na capacidade para o trabalho e na satisfação no trabalho e ganham muita força em virtude do envelhecimento da força de trabalho e da modificação do perfil de morbidade dos trabalhadores. A seguir serão discutidos os resultados desta pesquisa com foco nos aspectos metodológicos e no perfil da população do estudo, assim como na análise dos fatores associados à saúde bucal.

6.1 Aspectos metodológicos

6.1.1 Taxa resposta

A taxa de resposta consiste no percentual de indivíduos da população de estudo que participam do levantamento de dados, não havendo consenso sobre qual seria a taxa ideal de resposta. Valores acima de 75% foram considerados adequados por Fowler Jr (1990). Na presente pesquisa, obtivemos uma taxa de resposta de 75,20%, sendo considerada adequada pelo respectivo autor. Como a análise das perdas mostrou ser uma população semelhante à que participou desta pesquisa, estas perdas não mudariam significativamente os achados da mesma.

É recomendado também a análise das perdas para tentar determinar o quanto a taxa de resposta difere da taxa de não resposta (FOWLER JR 1990). Esta análise mostrou que houve diferenças em relação ao sexo e em relação à media de idades, porém estas diferenças não foram estatisticamente significativas e

acredita-se que estas diferenças não mudariam o panorama dos resultados da presente pesquisa.

6.1.2 Validade do estudo

Para garantir a validade interna do estudo foram observados alguns cuidados de forma a evitar erros sistemáticos. Para minimizar um viés de aferição foram utilizados questionários já adaptados e/ou validados para uso no Brasil.

Considerando a possibilidade de erro inerente a questionários que avaliam a construtos subjetivos e considerando que estes questionários não haviam sido utilizados anteriormente nesta população de estudo, procedeu-se a analise da confiabilidade por meio do coeficiente de Alpha de Cronbach. O resultado deste coeficiente varia de 0 a 1,00 e valores a partir de 0,7 são considerados adequados (BLAND E ALTMANN 1997).

O questionário OHIP 14, utilizado como variável dependente, apresentou alpha de cronbach de 0,89 e o questionário do estado de saúde apresentou Alpha de Cronbach de 0,79, sendo portanto considerados com nível satisfatório de confiabilidade. O questionário ICT apresentou alpha de 0,64 para todas as dimensões. Vale ressaltar que segundo Pereira (1999), cabe ao pesquisador julgar a adequação do resultado do Alpha de Cronbach uma vez que, para este autor não há um ponto de corte ideal para arbitrar o resultado, e mais importante do que julgá-lo bom ou ruim é avaliar a complexidade do fenômeno que se pretende medir. Pelo exposto, consideramos satisfatório o resultado do ICT como fator para avaliação do escore de saúde bucal medido pelo questionário OHIP 14.

Com relação às vieses de seleção, foi prontamente descartado pois a análise das perdas não mostrou significância estatística, em relação ao sexo nem em relação à idade, conforme as tabelas 5.1 e 5.2.

Para evitar possíveis vieses de confusão, as análises estatísticas foram controladas pela variável idade que é apontada como variável que influencia a saúde bucal, através da medição pelo questionário OHIP 14.(Robinson 2001)

6.1.3 Efeito do trabalhador sadio

Outro fator que deve ser considerado na analise é o efeito do trabalhador sadio. Ele consiste em um processo de seleção progressiva dos trabalhadores, permanecendo aqueles que tendem a ser mais saudáveis e com menores taxas de mortalidade do que a população geral, da mesma faixa etária (WHEED 1986, ZAHN 1998).

O efeito do trabalhador sadio é decorrente, principalmente, pelo processo seletivo na admissão dos trabalhadores e da exclusão daqueles que mais freqüentemente adoecem ou faltam ao trabalho por motivo de doença. (WHEED 1986).

O efeito do trabalhador sadio é apontado como fator de confusão e viés em estudos epidemiológicos de morbidade e mortalidade em saúde do trabalhador, e que não se consegue controlar na coleta e análise dos dados. É necessário cuidado ao fazer comparações entre grupos de trabalhadores e a população geral, pois se pode concluir erroneamente que trabalhadores expostos a condições e situações nem sempre favoráveis apresentem melhores perfis de saúde do que outros grupos populacionais. (Mendes 1995)

Este efeito é um fenômeno complexo e difícil de ser mensurado, mas deve ser considerado quando da analise dos resultados em estudos de saúde do trabalhador, e em especial a um grupo de trabalhadores da presente pesquisa, que apresenta elevados padrões de qualidade de vida e capacidade para o trabalho.

6.1.4 Instrumentos para coletas de dados

A saúde bucal foi medida através do questionário traduzido e validado no Brasil por Oliveira e Nadanovsky (2005). Trata-se de um instrumento que retrata a avaliação do próprio trabalhador sobre sua saúde bucal e permite avaliar os seguintes aspectos: a) limitação funcional, b) dor física, c) desconforto psicológico, d) desabilidade física, e) desabilidade psicológica, f) desabilidade social e g) limitação. Os itens recebem pontuações e fornecem um escore que varia de 0 a 56 pontos. Os autores encontraram que o questionário OHIP 14 apresentou boas propriedades psicométricas.

6.1.5 Índice da capacidade para o trabalho

O instrumento para avaliação da capacidade para o trabalho foi o ICT, questionário que avalia a percepção do próprio trabalhador sobre a sua capacidade para o trabalho e permite avaliação nos seguintes aspectos: a) capacidade para o trabalho atual comparada com a melhor de toda a vida b) capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho c) numero atual de doenças auto-referidas e diagnosticadas por médico d) perda estimada para o trabalho devido a doenças e) falta ao trabalho por doenças f) prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho g) recursos mentais. Os itens recebem pontuações e fornecem um escore que varia de 7 a 49 pontos. (TUOMI et al 2005)

Radkiewicz e Widerszal-Bazyl (2005) avaliaram as propriedades psicométricas no ICT em uma população de cerca de 38000 enfermeiras de 10 países europeus. Os autores identificaram que o instrumento apresentou consistência interna coerente, estabilidade entre países com padrões

semelhantes de confiabilidade e de estrutura fatorial e correlações com diversas estruturas de bem estar físico e mental, sinalizando que o ICT pode ser generalizado, independente da cultura. Apesar destas vantagens, os autores assinalam que algumas questões podem não ter sentido ou ser desnecessárias, indicando que o questionário pode ser aprimorado.

Os resultados do ICT podem ser utilizados nos níveis individual ou coletivo. Individual porque permitem identificar trabalhadores com comprometimento da capacidade funcional e adotar medidas de apoio. Coletivo porque permite a identificação de um perfil geral da capacidade para o trabalho, da capacidade funcional e dos fatores que a afetam possibilitando adoção de medidas corretivas direcionadas para estes fatores. (TUOMI et al 1995)

Uma limitação para o uso do ICT no Brasil é que, apesar de traduzido e testado e de ser utilizado em pesquisas no país desde 1999, ainda não existem estudos que demonstrem as propriedades psicométricas da versão adaptada na língua portuguesa, o que aponta a necessidade de estudos sobre estes aspectos do instrumento.

6.1.6 Estado de saúde

A medida de saúde auto avaliada nesta pesquisa, foi utilizado o medical outcames study 36- item short form health survey- SF36. A medida de saúde tem sido uma estratégia válida, representativa da saúde global havendo, inclusive, um poder preditivo da saúde auto-referida sobre a mortalidade, o indivíduo e a população geral (LUNDEBERG e WANDERBACKA 1996). Este questionário foi criado para ser um questionário genérico de avaliação de saúde e, portanto seus conceitos não são específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de

tratamento (CICONELLI 1997; WARE 2000). Segundo (CICONELLI 1997), não é utilizado um único valor que resuma toda a avaliação, visando evitar o erro de não se identificar ou de se subestimar problemas relacionados à saúde do indivíduo.

Como as medidas sintéticas não estão validadas para a versão brasileira, considerou-se nesta pesquisa que as 4 primeiras dimensões são representativas da saúde física e as 4 últimas representativas da saúde mental, porém cada uma das 8 dimensões foram avaliadas em separado, sem configuração de uma medida síntese para saúde física ou mental. Essa opção foi baseada em Ciconelli 1997 que comparando os resultados de pacientes brasileiros com artrite reumatóide com populações normais de outros países, verificou que os pacientes com artrite reumatóide apresentaram valores inferiores para dimensões do componente físico, mas os valores das dimensões do componente mental foram semelhantes aos das populaçãoes normais, evidenciando o caráter físico da incapacidade causada pela doença.

O SF36 possibilita uma avaliação que contempla saúde em um sentido amplo procurando abarcar não só aspectos relacionados à presença ou ausência de sintomas, disfunções ou agravos, mas também a aspectos relacionados a comprometimentos que possam estar interferindo no bem estar ou dificultando as atividades de vida do indivíduo. Neste sentido, a avaliação por meio deste instrumento considera a saúde física como a possibilidade de desempenhar atividades físicas (da vida diária, do trabalho, lazer e sociais) sem limitações devido à dor, à intercorrencias no decorrer do funcionamento do organismo ou à presença de doenças. Da mesma forma, a saúde mental pode ser entendida como uma condição na qual o indivíduo tenha a percepção de bem estar

emocional e vitalidade, desempenhando suas atividades sem limitações decorrentes de problemas com saúde.

O SF36 apresenta também as vantagens de ser fácil administração e compreensão e , de rápida aplicação. Ciconelli (1997) informa que o SF36 foi estruturado para ser auto-administrável. Como a população a qual foi realizada a pesquisa tem nível sócio-cultural diferenciado, (predominantemente ensino universitário) optou-se pela forma auto-administrável.

As dimensões do SF36 são:

- Capacidade funcional: avalia presença e extensões de limitações relacionadas à capacidade física
- Aspecto físico: avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades da vida diária em conseqüência de problemas físicos.
- Dor: avalia a extensão da dor e as limitações nas atividades diárias
- Estado geral de saúde: avalia as percepções referentes ao estado de saúde geral
- Vitalidade: considera o nível de energia e fadiga
- Aspecto social: avalia a limitação da participação do indivíduo em atividades sociais, decorrentes de problemas com saúde.
- Aspecto emocional: avalia as limitações no tipo e na quantidade do trabalho e das atividades da vida diária em conseqüência de problemas emocionais.
- Saúde mental: avalia as percepções em relação a 4 principais dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, alterações do comportamento, e bem estar psicológico.

Para avaliação dos resultados é dado um escore para cada questão que posteriormente é transformado em uma dimensão que varia de 0 a 100 pontos,

onde 0 corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor estado de saúde, sendo que cada dimensão é analisada em separado (Ciconelli 1997). A pontuação e instruções para calculo dos escores é encontrada em (Ciconelli 1997).

6.2 Fatores associados à saúde bucal

O referencial teórico adotado nesta pesquisa sobre a saúde bucal, considera a saúde bucal, descritas por Locker (1988), como qualquer limitação ou perda de abilidade para performance das atividades diárias. Um bom exemplo disso pode ser aquela pessoa que não pronuncia as palavras corretamente e que não é corretamente compreendida durante uma conversa. A conseqüência final de tudo isso é a limitação, caracterizada por experiências adversas, como uma pessoa que experimentou problemas com o trabalho devido à inabilidade de comunicar-se claramente.

Estes conceitos enfatizam diferenças qualitativas na experiência do impacto social bem como características deles. Indivíduos estão mais propensos a terem qualquer desabilidade seja social, física ou psicológica se tiverem experiências ambas de dor e limitação funcional. E este modelo vai de encontro ao referencial teórico adotado para avaliação da capacidade para o trabalho, que seria resultante das demandas do trabalho e dos recursos do individuo para enfrentá-las, onde se a capacidade do indivíduo de enfrentar estas demandas do trabalho forem inferiores, desencadeia estresse, gerando desgaste e comprometendo a capacidade para o trabalho, segundo Ilmarinen et al (1991).

6.2.1 Características demográficas

Neste estudo a saúde bucal esteve relacionada à variável demográfica sexo (p=0.0102) e escolaridade (p=0,004), e não esteve associada à idade (p=0.48 e r(s) =0.07) nem ao tempo de empresa (p=0.44 e r(s)= 0.08), não estando de acordo com os achados de Robinson et al (2001) onde perceberam o OHIP 14 inversamente relacionado à idade, porém uma das explicações para este fato pode ter sido a média de idade mais baixa dos trabalhadores nesta presente pesquisa (média de idade de 36.31 anos de idade, com DP de 9.6).

O sexo esteve estatisticamente relacionado à saúde bucal, o que esta de acordo com os autores Mazzilli (2004), Sanders e Spencer (2004) e Oliveira e Nadanovsky (2005), porém na análise do modelo de regressão múltipla desta pesquisa, esta variável, teve associação significativa, dependente das variáveis capacidade para o trabalho e a escolaridade. A escolaridade esteve associada estatisticamente à saúde bucal nesta pesquisa, de maneira independente, confirmado pelo modelo de regressão múltipla, estando de acordo com os achados de Sanders e Spencer (2004).

6.2.2 Características funcionais

A característica funcional associada significativamente ao estado de saúde bucal foi o cargo (p=0.03), de maneira dependente da capacidade para o trabalho e da escolaridade, e esta diferença se deu entre os especialistas e os atendentes (p<0,05). A explicação para este fato pode ser o nível de escolaridade, pois neste estudo foram considerados especialistas todos que tinham completado ensino universitário, ao contrário dos atendentes.

A renda (faixa salarial) e o setor de trabalho não mostraram associações significativas. O tempo de empresa também não foi estatisticamente significativo

em relação ao escore de saúde bucal. Estes achados estão de acordo com os autores Sanders e Spencer (2004).

O turno de trabalho não pode ser avaliado, pois todos os trabalhadores pertenciam ao turno de trabalho integral.

6.2.3 Características da capacidade para o trabalho

A saúde bucal pode também apresentar declínios em relação ao tempo, da mesma forma que a capacidade para o trabalho sofre com o envelhecimento funcional, ou seja, quanto maior o tempo que o trabalhador esta exposto às exigências do trabalho maior será o envelhecimento funcional e maior será a diminuição da capacidade para o trabalho (MARTINEZ 2006). Neste estudo, a saúde bucal esteve fortemente associada à capacidade para o trabalho e continuou presente mesmo após a análise de regressão múltipla, tendo um R2a de 0,54, ou seja, todas as variáveis presente no modelo foram responsáveis por 54% da variação do escore OHIP 14, e a capacidade para o trabalho e a escolaridade foram as variáveis que mesmo após a regressão, permaneceram estatisticamente associadas de maneira independente, demonstrando o quanto multifatorial é o estado de saúde bucal dos indivíduos, denotando a importância de estratégias em saúde bucal nas empresas, de modo a elucidar a influência do meio ambiente de trabalho na saúde bucal dos trabalhadores brasileiros.

6.2.4 Características do estado de saúde geral

Dentre as características do estado de saúde, as únicas que tiveram associações estatisticamente significativas com a saúde bucal foram: Capacidade funcional, Estado geral de saúde e saúde mental com ($p = 0.05$ e $R(s) = 0.22$, $p=0.02$ e $R(s)=0.24$ e $p=0.03$ e $R(s)=0.22$, respectivamente). Porém,

no modelo de regressão múltipla, estas associações foram dependentes da capacidade para o trabalho e do nível de escolaridade.

Martinez (2006), encontrou todas as dimensões do estado de saúde associados significativamente com a capacidade para o trabalho em trabalhadores do setor elétrico, e independentes de outras variáveis, confirmados pelo modelo de regressão múltipla desenvolvido pela autora.

Cabe ressaltar que, embora não associado estatisticamente de maneira independente, os trabalhos na literatura mostram associações entre o estado de saúde geral e a saúde bucal e isto não deve ser desconsiderado (GRINBERG 2006, QUANDT 2007, HUMPREY ET AL 2008 e PRADEEP ET AL 2009), uma vez que é importante as características do estado de saúde sobre a capacidade para o trabalho (MARTINEZ 2006), e, neste estudo, por estar relacionada de maneira independente com a capacidade para o trabalho, a auto-percepção em saúde bucal merece atenção especial no lidar com a saúde dos trabalhadores.

Segundo Martinez (2006) a complexidade e as múltiplas inter-relações subjacentes à determinação da saúde bucal, demonstra que , mesmo evidenciados os principais determinantes, os diversos fatores envolvidos não podem ser considerados de maneira isolada. Isso exige que o processo saúde/doença destes trabalhadores se dê no contexto geral do trabalho e da organização do trabalho, onde o trabalhador não pode ser visto apenas como um ser biológico, e seu estado de saúde geral e capacidade para o trabalho são determinadas por interações dinâmicas e complexas. A saúde bucal, desta maneira, deve entrar neste processo e ser avaliada também por gestores e por pessoas capacitadas a trabalharem com saúde do trabalhador.

6.4 Considerações finais

Considerando os resultados e as limitações desta pesquisa, e dentro de uma concepção onde a saúde bucal é resultado diversas de interações entre o homem e o meio ambente, são apresentadas algumas sugestões:

Promoção, recuperação e proteção da saúde bucal dos trabalhadores:

A capacidade para o trabalho foi fator independente de outras variáveis e associado estatisticamente à saúde bucal, o que justifica ações relativas à promoção, recuperação e proteção à saúde bucal dos trabalhadores. Este aspecto não só se justifica, mas como reforça a importância de ações em saúde bucal no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), a fim de integrar as questões ocupacionais com as questões clínico-assistenciais, visando a promoção da saúde, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado com relação às questões referentes à saúde bucal. A criação deste programa em odontologia ocupacional, com a inclusão de exames odontológicos admissionais, periódicos, retorno de férias, mudança de função e demissionais, poderia ajudar no monitoramento da capacidade para o trabalho, com o aditivo de trazer também informações relativas à saúde bucal a todos os níveis de escolaridade, onde se mostrou outra variável independente associada estatisticamente à saúde bucal.

Realização de novas pesquisas

Cabe lembrar que o desenho transversal desta pesquisa não permite estabelecer relações causais entre os diversos fatores analisados. Considerando esta limitação e a validade externa restrita desta pesquisa, bem como a escassez de estudos em saúde bucal do trabalhador, sugere-se a realização de novos estudos. O desenho

destes estudos deve, se possível, permitir estabelecer direções causais e/ou avaliar a influência da saúde bucal no estado de saúde e na capacidade para o trabalho de trabalhadores de grupos nosológicos específicos, permitindo a proteção e recuperação da saúde bucal dos trabalhadores nos aspectos da qualidade de vida. Os estudos de coortes, como realizados nos diversos locais do mundo podem facilitar o estabelecimento destas direções causais entre a saúde bucal e os diversos aspectos da qualidade de vida de trabalhadores.

7 CONCLUSÃO

Esta pesquisa avaliou os fatores relacionados à saúde bucal em trabalhadores de uma empresa privada.

7.1 Entre as características do trabalhador em seus aspectos demográficos, a saúde bucal esteve associada inversa e estatisticamente, de maneira independente, ao nível de escolaridade, sendo que, quanto maior o nível de escolaridade, menor o valor do escore OHIP 14 (o que significa melhor saúde bucal). O sexo esteve associado estatisticamente, porém de maneira dependente de outras variáveis, ao escore de saúde bucal. A idade não apresentou associação estatística significativa com o escore OHIP 14.

7.2 Entre as características funcionais, a única que esteve associada estatisticamente ao escore OHIP 14, porém de maneira dependente de outras variáveis, foi o cargo. Renda e setor de trabalho não tiveram associações significantes e o turno de trabalho não pode ser avaliado, visto que todos os trabalhadores pertenciam ao turno de trabalho diurno integral.

7.3 O escore de saúde bucal esteve associado inversa e estatisticamente, de maneira independente, à Capacidade para o trabalho (ICT), ou seja, quanto maior o valor do escore ICT (melhor capacidade para o trabalho) menor o valor do escore OHIP 14 (melhor saúde bucal).

7.4 Entre os aspectos de saúde auto-referidos analisados, duas das dimensões do aspecto físico estiveram associados inversa e estatisticamente, porém de maneira dependente de outras variáveis, e foram a capacidade funcional e o estado geral de saúde. Dentre as variáveis de saúde mental analisadas,

(vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental) apenas a dimensão saúde mental esteve associado estatisticamente, inversa e de maneira dependente de outras variáveis, ao escore de saúde bucal OHIP 14.

REFERÊNCIAS

Aittomäki A, Lahelma E, Roos E. Work conditions and socioeconomic inequalities in work ability. Scand J Work Environ Health. 2003; 29(2): 159-65.

Almeida TF, Viana MIP. O papel da epidemilogia no planejamento de ações de saúde bucal do trabalhador. Saúde e Sociedade. 2005; 3 : 144-54

Araújo ME, Gonini Júnior A. Saúde bucal do trabalhador: Os exames admissional e periódico como um sistema de informação em saúde. Odontologia e Sociedade. 1999; 1(2): 15-18

Biazevic MGH. Indicadores subjetivos em saúde bucal. Revisão sistemática [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000.

Bellusci SM. Envelhecimento e condições de trabalho em servidores de uma instituição judiciária - Tribunal Regional Federal da 3ª Região, São Paulo [Dissertação de mestrado]. São Paulo. Faculdade de saúde pública da USP; 1998.

Bellusci SM. Envelhecimento funcional e capacidade para o trabalho em servidores forenses [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de saúde pública da USP; 2003

Bland JMB, Altman DG. Cronbach´s alpha. BMJ 1997; 314: 572.

Borges FNS. Repercussões do trabalho em turnos noturnos de 12 horas de sono e bem estar em auxiliares de enfermagem e enfermeiros [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de saúde pública da USP; 2002.

Ciconelli RM. Tradução para o português do questionário de avaliação de qualidade de vida “Medival outcomes study 36-item short form health survey- SF36” [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997

Dolan T. Identification of appropriate outcomes for an aging population. Special Care in Dentistry. 1993; 13: 35-39.

Drumond-Santana T, Costa FO, Zenóbio EG, Soares RV, Drumond Santana T. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(3): 637-644

Eskelinen L, Kohvakka A, Merisalo T, Hurri H, Wagar G. Relationship between the self assessment and clinical assessment of healthy status and work ability. Scand J Work Environ Health. 1991; 17(Suppl 1): 40-7.

Fisher, FM. Índice da capacidade para o trabalho 2005. Ed Atlas

Fowler Jr DJ. Survey research methods. California: Sage; 1990. Nonresponse: implementing a sample design. p. 45-60.

Gamperiene M, Nygard JF, Sandanger I, Lau B, Bruusgaard D. Self-reported work ability of Norwegian women in relation to physical and mental health, and to the work environment. J Occup Med Toxicol. 2008; 22(3): 1-8.

Gilbert, GH; Duncan, RP, Heft, MW, Dolan TA, Vogel WB. Multidimensionality of oral health in dentate adults. Med Care. 1998; 36(7): 988-1001

Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário de trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de saúde pública. 2007; 23(7): 1707-1714

Grinberg M, Sampaio RO, editores. Doença valvar. Barueri: Manole; 2006.

Gulzedemir E, Toygar HU, Tasdelen B, Torun D. Oral health-related quality of life and periodontal health status in patients undergoing hemodialysis. J AM Dent Assoc. 2009; 140(10): 1283-93.

Humprey LL, Fu R, Bucley DI, Freemam M, Helfand M. Periodontal disease and coronary heart disease: systemic review and meta-analise. J Gen Intern Med. 2008; 23(12): 2079-86.

Ilmarinem J, Tuomi K, Eskelinem L, Nygard CH, Huuhtanen P, Klockars M. Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. Scand J Work Environ Health. 1991; 17(Suppl 1): 7-11.

Ilmarinem J, Tuomi K, Klockars M. Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. Scand J Work Environ Health. 1997; 17(Suppl 1): 49-57.

Ilmarinem J, Tuomi K. Work ability of aging workers. Scand J Work Environ Health. 1992; 18(Suppl 2): 8-10.

Ilmarinem J. Towards a longer worklife. Ageing and quality of worklife in the European union. Helsinque. FIOH 2006, p.117-230.

ILO. International Labour Office. Psychosocial factors at work: Recognition and control. Report. Geneva. 1984.

Kiss P, Walgraeve M, Vanhoorne M. Assesment of work ability in aging fire fighters by means of work ability index preliminary studies. Arch Public Health. 2002; 60: 233-43.

Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. Community Dent Health 1988; 5: 3-18.

Locker D. Concepts of oral health, disease and quality of life. In: Slade G. (ed). Measuring oral health and quality of life. Chapel hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

Lundberg O, Manderbacka K. Assessing reliability of a mesure of self rated health. Scand J Soc Med. 1996; 24(3):218-224.

Martins AMEBL, Barreto SM , Pordeus IA. Auto avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. Cadernos saúde publica. 2009; 25(2): 421-435

Martinez, MC; Estudo dos fatores associados à capacidade para o trabalho em trabalhadores do setor elétrico. [tese de doutorado] . Faculdade de Saúde Pública USP, 2006

Martinez, MC. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. [Dissertação de mestrado] Faculdade de Saúde Pública USP. 2002

Mazzilli LEN. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000. [Dissertação de mestrado] Faculdade de Odontologia da USP, 2004

Mendes R. Patologia do trabalho. Rio de Janeiro : Atheneu 1995. Detecção dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. P.49-58.

Monteiro MS. Envelhecimento funcional e capacidade para o trabalho em trabalhadores brasileiros [tese de doutorado] São Paulo. Faculdade de Saúde Pública USP, 1999.

Nygard CH, Eskelinen L, Suvanto S, Tuomi K, Ilmarinem J. Associations between the functional capacity and work ability among elderly municipal employees. Scand J Work Environ Health. 1991; 17(Suppl 1): 122-7.

Oliveira BH, Nadanovski P. Psychometric properties of the brazilian version of the oral health impact profile- short form. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33: 307-14.

Oliveira CM, Sheiham A. Orthodontic treatment and its impact on oral health-related quality of life in brazilian adolescents. J Orthod. 2004; 31(1): 20-7.

Organizacion mundial de la salud. Documentos básicos. 10ed. Genebra\: OMS, 1960. p.3.

OMS – Organisation Mondiale de la Santé. Vieillissement et capacité de travail. Rapport. Genève; 1993. (in: MARTINEZ 2006).

Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde humanas e sociais. São Paulo; Edusp, 1999.

Pinto VG. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Editora Santos; 2000.

Leão ATT, Cidade MC, Varela JR. Impactos da saúde periodontal na vida diária. Rev Bras Odontol. 1998; 5(4): 238-241

Pohjonen T. Key components of work ability and how to maintain them. Newsletter of the Finnish Institute. 1999; Special issue. apud Martinez, 2006 [thesis].

Pohjonen. Age related physical fitness and the predictive values of fitness tests for work ability in home care work. J Occup Environ Med, 2001; 43: 723-730.

Pradeep AR, Hadge P, Arjun Haju P, Shetty SR, Shareef K, Guruprassad CN. Periodontits is a risk of cerebrovascular accidents: A case control study in a Indian population. J Periodontal Research. 2009; 23: 30-40.

Quandt SA, Hiott AE, Grzywacz JG, Davis SW, Arcury TA. Oral Health and quality of life of migrante and seasonal farmworkers in North Carolina. J Agric Saf Health. 2007; 13(1): 45-55.

Radkiewicz P, Widerszal-Bazyl M. Psychometric properties of work ability index in the light of comparative survey study. International congress series. 2005. 1280. 304-9. Verona, Italy.

Reisine ST. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. American J Public Health. 1985; 75: 27-30.

Reisine S. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. Ann Rev Public Health; 1988; 9: 1-19.

Reisine S ; Locker D. Social, psychological and economic impacts of oral conditions and treatments. In Cohen, K; Gift, HC. Disease prevention and oral health promotion. Munksgaard, Copenhagen, 1995, p. 590.

Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. A comparision of OHIP 14 and OIDP as interviews and questionaries. Community Dent Health. 2001; 18(3): 144-149.

Salim CA. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. São Paulo Perspec. 2003, 17(1);11-24.

Sanders AE, Spencer AJ. Job characteristics and the subjective oral health of Australian Workers. Aust N J Public Health. 2004; 28(3): 259-66.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evolution of the oral health impact profile. Community Dent Health. 1994; 11: 3-11

Seitsamo J, Klockars M. Aging and changes in health. Scand J Work Environ Health. 1997; 23(Suppl 1): 27-35.

Seitsamo J, Ilmarinen J. Lifestyle, aging and work ability among active Finnish workers in 1981-1992 . Scand J Work Environ Health. 1997; 23(Suppl 1): 20-6.

Sjogren-Ronka T, Ojanem MT, Leskinen EK, Mustalampi ST, Malkia EA. Physical and psychosocial prerequisites of functioning in relation to work ability and general subjective well-being among office workers. Scand J Work Environ Health. 2002; 28(3): 184-90.

Spencer AJ, Lewis JM. The delivery of dental services: informations, issues and directions. Community Health Studies. 1988; 12: 16-30.

Tuomi K, Eskelinen L, Toikkanen J, Jarvinem E, Ilmarinem J, Klockars M. Work load and individual factors affecting work ability among aging municipal employees. Scand J Work Environ Health. 1991a; 17(Suppl 1): 28-34.

Tuomi K, Luostarinem T, Ilmarinem J, Klockars M. Work load and individual factors affecting work disability among aging municipal employees. Scand J Work Environ Health. 1991b; 17(Suppl 1): 94-8.

Tuomi K, Ilmarinem J, Klockars M, Nygaard CH, Seitsamo J, Huuhtanen P. Finnish research project on aging workers in 1981-1992. Scand J Work Environ Health. 1997a; 23(Suppl 1): 7-11.

Tuomi K, Ilmarinem J, Martikainen R. Aging, work, lifestyle and work ability on Finnish municipal workers in 1981-1992. Scand J Work Environ Health. 1997b; 23(Suppl 1): 58-65.

Tuomi K, Huuhtanen P, Inquirí E, Ilmarinem J. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. Occup Med. 2001;51(5): 318-24.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice da capacidade para o trabalho. Trad de Fisher FM, coordenador. São Carlos: Edufscar, 2005.

Ware JE. SF36 Survey Health Update. SPINE. 2000; 25 (24); 3130-9.

Weed DL. Historical roots of the healthy work effect. Occup Med. 1986; 28(5); 343-7.

WHO. World Health Organization. Healthy living. What´s a health lifestyle? Copenhagen 1999.

Yewe-Dwyer M. The definition of oral health. Brit Dent J. 1993; 174: 224-225

Zahn SH. Epidemiology and statistics. Measuring effects of exposure. In : ILO-Internatonal labour office. Encyclopedia of occupational health and safety 4 ed. 1998

De acordo com Estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo base de dados MEDLINE.

APÊNDICE A –Termo de consentimento livre e esclarecido

A influência da saúde bucal na satisfação e na capacidade para o trabalho no contexto da saúde do trabalhador

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa

Finalidade:

Você esta sendo convidado a participar da pesquisa para coleta de dados epidemiológicos cujo título é " As relações entre a saúde bucal com o estado de saúde geral e com a capacidade para o trabalho no contexto da saúde do trabalhador" e será conduzido pelo Dr Rafael Aiello Bomfim, aluno regular do programa de pós graduação em ciências odontológicas da FOUSP em nível de mestrado.

Benefícios:

A participação nesta pesquisa não lhe trará nenhum benefício imediato, mas por outro lado poderemos identificar se a saúde bucal esta relacionada com a satisfação do indivíduo no trabalho e se esta influencia a capacidade do indivíduo para o trabalho, motivo do nosso estudo.

Descrição do estudo:

Este estudo será conduzido em empresas que possuem trabalhadores devidamente contratados como empregados e que gozem de autonomia legal. Serão entrevistados 130 pessoas e serão aplicados 3 questionários em cada uma delas, um sobre a percepção da saúde bucal, outro sobre a satisfação no trabalho e o ultimo sobre a capacidade do indivíduo para o trabalho. Não será utilizado nenhum procedimento operatório tão pouco a utilização de qualquer produto químico ou medicamentoso. O participante simplesmente responderá, uma única vez aos 3 questionários devidamente aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos pela FOUSP.

Risco potencial:

Sua participação na pesquisa não envolve nenhum tipo de risco, mas, se porventura você venha a se sentir constrangido em responder a qualquer uma das perguntas dos questionários, fica garantido o direito de declinar da condição de participante da pesquisa. Declinar da pesquisa em nada irá prejudicar o seu trabalho na respectiva empresa.

Confidencialidade dos registros:

Os registros de sua participação neste estudo são confidenciais e permanecerão sob a guarda do pesquisador responsável e à disposição do comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da FOUSP. Não se fará, no curso do estudo ou depois deste e em qualquer tipo de apresentação ou publicação científica, uso de informação que possa identificá-lo ou comprometê-lo. Você poderá entretanto, vir a ser solicitado a confirmar por escrito que participou deste estudo.

Duvidas e esclarecimentos:

Caso tenha dúvida poderá perguntar diretamente o pesquisador através dos telefones cel (11) 99910203 e (11) 59043849.

Consentimento pós informação:

Plenamento esclarecido acerca da natureza, dos meios, da duração e da finalidade deste estudo e por meio deste documento que guardo cópia, voluntariamente consisto em participar da pesquisa supra mencionada.

São Paulo, de de 200_

Nome do participante_____

Endereço do participante_____

Cep_____ tel_____ Assinatura do participante_____

APÊNDICE B–Informações Demográficas e funcionais

Informações demográficas e funcionais

Código controle:_____

Sexo : ( ) M ( ) F Data Nascimento _____ idade_____

Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado/companheiro ( ) separado ou divorciado ( ) viúvo	turno de trabalho: ( ) Diurno integral ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite
Área/Depto trabalho:_____ Profissão:_____	Tempo na empresa:_____ Cargo atual:_____
Escolaridade ( ) Alfabetizado ( ) completou até 4 serie do ensino fundamental (antigo primário) ( ) completou até 8 serie do ensino fundamental (antigo ginásio) ( ) completou até 3 serie do ensino médio (antigo colegial) ( ) completou 3 grau (nível universitário)	
Faixa Salarial (R$) ( ) até 1000 ( ) 1001 a 2000 ( ) 2001 a 3000 ( ) 3001 a 4000 ( ) 4001 a 5000 ( ) 5001 a 6000 ( ) 6001 a 7000 ( ) 7001 ou mais	

APÊNDICE C–Questionário OHIP 14

Nos últimos 6 meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

1-) Você teve problemas para falar alguma palavra?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

2-) Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

3-) Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

4-) Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

5-) Você ficou preocupado(a)?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

6-) Você se sentiu estressado(a)?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

7-) Sua alimentação ficou prejudicada?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

8-) Você teve que parar suas refeições?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

9-) Você encontrou dificuldade para relaxar?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

10-) Você se sentiu envergonhado(a)?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

11-) Você ficou irritado(a) com outras pessoas?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

12-) Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

13-) você sentiu que a vida , em geral, ficou pior?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

14-) Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?
( ) nunca ( ) raramente ( ) Às vezes ( ) Repetidamente ( ) Sempre

APÊNDICE D –Questionário do estado geral de saúde

Questionário 2) Estado de saúde

(medical outcomes study 36, item short form health survey-sf36)

instruções: esta parte da pesquisa questiona você sobre sua saúde. Responda cada questão conforme o local indicado. Caso esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1) Em geral você diria que sua saúde é:

( ) excelente ( ) muito boa ( ) boa ( ) ruim ( ) muito ruim

2) Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde geral:

Muito melhor agora do que há 1 ano atrás ( )
Um pouco melhor agora do que há 1 ano atrás ( )
Quase a mesma de um ano atrás ( )
Um pouco pior agora do que há 1 ano atrás ( )
Muito pior agora do que há 1 ano atrás ( )

3) Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso quanto?(**circule uma em cada linha)**

Atividades	Sim, dificulta Muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
A) atividades vigorosas, que exigem muito esforço como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes àrduos	1	2	3
B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola ou varrer	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escada	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 quilometro	1	2	3
H)Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J)Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

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

	Sim	Não
Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades?	1	2
Realizou menos tarefas do que gostaria ?	1	2
Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades? (p.ex: Necessitou de um esforço extra)?	1	2

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

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

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

( ) De forma nenhuma ( ) ligeiramente ( ) moderadamente ( ) bastante ( ) extremamente

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

( ) nenhuma ( ) muito leve ( ) leve ( ) moderada ( ) grave ( ) muito grave

8) Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal?

( ) de maneira alguma ( ) um pouco ( ) moderadamente ( ) bastante ( ) extremamente

9) Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você **durante as 4 últimas semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente**. (Em relação às 4 últimas semanas). Circule um número em cada linha**

	Todo tempo	a maior parte do tempo	uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	uma pequena parte do tempo	nunca
A) quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B) quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E) quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido	1	2	3	4	5	6
G) quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) quanto tempo você te se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10) Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua atividade física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais? (como visitar amigos, parentes etc???)
( ) todo o tempo ( )a maior parte do tempo ( ) alguma parte do tempo ( )uma pequena parte do tempo
( )nenhuma parte do tempo

11) O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? **circule uma em cada linha**

	Definitivamente Verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço?	1	2	3	4	5
Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

APÊNDICE E – Questionário capacidade para o trabalho

Questionário 3 Indice da capacidade para o trabalho- ICT

Este questionário foi elaborado pelo instituto de saude ocupacional da Finlândia, Helsinque, e foi traduzido por pesquisadores da faculdade de Saúde Pública da USP.

Por favor responda cuidadosamente assinalando a alternativa que melhor reflete a sua:

1)Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos, escolha um número de 0 a 10 para a sua capacidade para o trabalho:

( )0 ( )1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )5 ( )6 ( )7 ( ) 8 ( ) 9 ( )10

2)Como você classificaria sua capacidade para o trabalho em relação às exigências físicas de seu trabalho? (por exemplo fazer esforço físico com partes do corpo)

( ) muito boa ( ) boa ( ) moderada ( ) baixa ( ) muito baixa

3) Como você classificaria sua capacidade para o trabalho com relação às exigências mentais do seu trabalho? (por exemplo interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer?)

( ) muito boa ( ) boa ( ) moderada ( ) baixa ( ) muito baixa

Na sua opinião, quais as lesões por acidentes ou doença citadas abaixo você possui atualmente, marque também aquelas confirmadas pelo médico.

1 lesão nas costas ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
2 lesão nos braços/mãos ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
3 lesão nas pernas/pés ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
4 lesão em outras partes do corpo( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
Onde?_____que tipo de lesão?_____
5 doença na parte superior das costas ou da região do pescoço, com dores:( )em minha opinião( )diagnóstico médico
6 Doença na parte inferior das costas, com dores freqüentes : ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
7 Dor nas costas que irradia para a perna(ciática): ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
8 Doença músculo-esquelética, afetando os membros (braços e pernas) : ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
9 Artrite reumatóide : ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
10 Outra doença músculo esquelética? Qual? _____ ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
11Hipertensão arterial (pressão alta?) ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
12 Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris) : ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
13 Infarto do miocárdio, trombose coronariana: ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
14 Insuficiência cardíaca? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
15 Outra doença cardio-vascular? Qual? _____( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
16 Infecções repetidas no trato respiratório? (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda): ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
17 Bronquite crônica ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
18 Sinusite crônica ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
19 Asma ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
20 Enfisema ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
21 Tuberculose Pulmonar ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
22 Outra doença respiratória? Qual? _____( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
23 Disturbio emocional severo? (Ex. depressão severa) ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
24 Disturbio emocional leve (ex:depressão leve,insônia,tensão,ansiedade) ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
25 Problema ou diminuição na audição ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
26 doença ou lesão da visão? (lentes e óculos não assinalar) ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
27 Doença neurológica? (derrame,enxaqueca,epilepsia,AVC) ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
28Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos? Qual?_____ ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
29 Pedras ou doença da vesícula biliar? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
30 Doença do pâncreas ou do fígado? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
31 Úlcera gástrica ou duodenal? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
32 Gastrite ou irritação duodenal? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
33 Colite ou irritação do colon? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
34 outra doença digestiva? Qual? _____( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
35 Infecção das vias urinárias? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
36 Doença do rins? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
37 Doença dos genitais e aparelho reprodutor?(probl trompas ou próstata) ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
38 Outra doença genitourinária? Qual? _____( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
39 Alergia, Eczema? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
40 Outra erupção? Qual?_____ ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
41 Outra doença da pele? Qual? _____( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
42 tumor benigno? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
43 tumor maligno (câncer)? Onde? _____( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
44 obesidade? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
45 diabetes? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
46 Bócio ou outra doença da tireóide? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico

47 Outra doença endócrina ou metabólica? Qual?_____ ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
48 Anemia? ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
49 Outra doença no sangue? Qual?_____ ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
50 Defeito de nascimento? Qual?_____ ( )em minha opinião ( )diagnóstico médico
51 outro problema ou doença? Qual? _____( )em minha opinião ( )diagnóstico médico

4) Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (você pode marcar mais de uma resposta)
( ) Não há impedimentos, eu não tenho doenças
( ) Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas
( ) Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
( ) Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
( ) Por causa de minha doença sinto-me capaz apenas de trabalhar em tempo parcial
( ) na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

5) Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses:
( ) nenhum
( ) até 9 dias
( ) de 10 a 24 dias
( ) de 25 a 99 dias
( ) de 100 a 365 dias

6) Considerando sua saúde, você acha que será capaz daqui 2 anos de fazer seu trabalho atual?
( ) É improvável
( ) Não estou muito certo
( ) bastante provável

7) Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?
( ) Sempre
( ) quase sempre
( ) às vezes
( ) raramente
( ) nunca

8) Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?
( ) Sempre
( ) Quase sempre
( ) Às vezes
( ) Raramente
( ) Nunca

9) Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?
( ) Continuamente
( ) Quase Sempre
( ) Às vezes
( ) Raramente
( ) Nunca

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DE APROVAÇÃO
FR – 220394
Protocolo 181/2008

Com base em parecer de relator, o Comitê de Ética em Pesquisa APROVOU o protocolo de pesquisa "**A INFLUÊNCIA DA SAÚDE BUCAL NA SATISFAÇÃO E NA CAPACIDADE PARA O TRABALHO NO CONTEXTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR**", de responsabilidade do Pesquisador RAFAEL AIELLO BOMFIM, sob orientação do Prof. Dr EDGARD CROSATO.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 12 de março de 2009.

Prof. Dr. João Gualberto de Cerqueira Luz
Coordenador do CEP-FOUSP

Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 - Cidade Universitária "Armando de Salles Oliveira".
São Paulo - SP - CEP 05508-900 –Telef./FAX (0XX11) 3091-7887

COTEMINAS®

São Paulo, 18 de setembro de 2009.

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos Rafael Aiello Bomfim a realizar em nossa unidade de São Paulo/SP , pesquisa sobre "As relações entre saúde bucal com a capacidade para o trabalho e com o estado de saúde geral no contexto da saúde do trabalhador".

COTEMINAS S.A.

Mônica

Mônica Cristina Ferreira Silva
Recursos Humanos

07.663.140/0011-60
COTEMINAS S.A.
Av. Paulista, 1754 - 2ª Sobreloja
CEP - 01310-920
SÃO PAULO - SP

COTEMINAS S.A.
Av. Magalhães Pinto, 4000 – PABX.: (38) 4009-5200 – Fax.: (38) 4009-5050 – CEP 39404-166 – Montes Claros-MG
Av. Paulista, 1754 – 2ª sobreloja – Fone.: (11) 2145-4424 – Fax.: (11) 2145-4583 – CEP 01310-920 – São Paulo-SP