



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

LUIZ OTAVIANO DE ALBUQUERQUE FILHO

**PRESENTEISMO E SAÚDE BUCAL EM TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DE
TRANSFORMAÇÃO E CONSTRUÇÃO CIVIL**

Recife - PE
2014

LUIZ OTAVIANO DE ALBUQUERQUE FILHO

**PRESENTEISMO E SAÚDE BUCAL EM TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DE
TRANSFORMAÇÃO E CONSTRUÇÃO CIVIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof^o. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior.

Co-orientador: MSc André Cavalcante da Silva Barbosa.

Recife -PE
2014

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

A345p Albuquerque Filho, Luiz Otaviano de

Presenteísmo e saúde bucal em trabalhadores da indústria de transformação e construção civil/PE / Luiz Otaviano de Albuquerque Filho. - Recife: O Autor, 2014.
43 folhas : il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior e Co-orientador Prof. MSc. André Cavalcante da Silva Barbosa.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2014.

Inclui referências.

1. Absenteísmo (Trabalho). 2. Promoção de saúde dos empregados. 3. Saúde bucal. I. Caldas Júnior, Arnaldo de França (Orientador). II. Barbosa, André Cavalcante da Silva (Co-orientador). III. Título.

331 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2014 – 141)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE DE:

LUIZ OTAVIANO DE ALBUQUERQUE FILHO

A Comissão Examinadora composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considera o Candidato Luiz Otaviano de Albuquerque Filho **APROVADO**.

Recife, 01 de outubro de 2014.


Prof.^a Dr.^a Suely Arruda Vidal
Examinador Interno/IMIP


Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Vendiciano Barbosa de Vasconcelos
Examinador Externo/ UFPE


Prof. Dr. José Lamartine Soares Sobrinho
Examinador Interno / UFPE

Dedico este trabalho,

Aos meus pais, Luiz Otaviano e Dinice Batista, por terem sido instrumentos de Deus para a minha criação, além do incentivo e confiança a mim repassados durante todas as etapas de minha vida.

À Maristela Oliveira, minha esposa e companheira, pelo amor a mim dedicado e pelo apoio que tive ao longo desta caminhada e que muito me incentivou e ajudou na revisão deste trabalho.

Aos meus dois filhos, Victor Hugo e Paulo Guilherme, continuidade do meu amor. Eles sim, são os motivos que impulsionam o enfrentamento dos desafios e os sentimentos de amor de Deus, que é o grande valor da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus e meu Senhor que me concedeu coragem, perseverança, sabedoria e saúde para enfrentar todas as etapas dessa caminhada.

Aos meus pais Luiz Otaviano, *in memoriam*, e Dinice Batista, instrumentos de Deus para minha existência, também foram meus incentivadores, bem como a meus irmãos que são os meus verdadeiros amigos.

A Maristela Oliveira, minha esposa, pela paciência e apoio que sempre encontrei nas horas mais difíceis para este desafio, que hoje concluo.

Ao meu Orientador Prof^o. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior, pela oportunidade de receber os ensinamentos desse trabalho do qual assimilei fatos para a minha vida profissional e pessoal, pelos conhecimentos compartilhados com paciência e honestidade e pelo tratamento sempre cordial dispensado aos seus orientandos, servindo de exemplo para nós, disposição, paciência, sabedoria e incentivo para a concretização deste trabalho.

Ao Co-orientador, Doutorando MSc André Cavalcante da Silva Barbosa pela disposição, paciência e incentivo sempre pertinente para concretização deste trabalho.

À Prof^a. Dra. Suely Lins Galdino, *in memoriam*, sei que foi instrumento de Deus para a realização deste sonho que se tornou realidade. Obrigado Professora !

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde - Prof^a. Dra Tatiana Almeida de Menezes, que nos recebeu de braços abertos, viabilizando informações e dados essenciais para o andamento do trabalho.

Aos colegas do mestrado PPGGES2012, da qual destaco a amizade e o companheirismo e que participaram comigo direta e indiretamente dessa formação em especial ao amigo e agora o adotado irmão Donato Mileno, pela sua amizade e pelo apoio nesta caminhada mutua, além do companheirismo nas inúmeras horas de estudo na UFPE e na Casa do Estudante do Estado de Pernambuco.

A **todos professores**, e a cada um em particular meus sinceros agradecimentos.

Às amigas Etiene Lima e Lilianny Ducret, pela disposição, paciência e incentivo para a concretização deste trabalho com apoio nos momentos difíceis.

Aos nossos Monitores, Rodrigo Arruda, Jailson Araújo, Thiago Bananeiras, Marciana Feliciano e Douglas Carvalho, pela paciência e destreza nos ensinamentos

Aos nossos secretários do Mestrado PPGGES2012, Tunísia Souza e Carlos Albuquerque, pela paciência e atitude sempre presente.

Aos meus pacientes do consultório, bem como minha secretária Cassia Gonçalves, que com a paciência e compreensão nos momentos de ausência para com eles e que com o passar desses dois anos, se tornaram torcedores e merecedores dessa conquista/vitória junto comigo, e a um paciente em especial, meu amigo e irmão, Nestor Gibson, que com sua sapiência sempre trouxe palavras de conforto e sabedoria divina. Obrigado Professor!

“É melhor tentar e falhar,
que preocupar-se a ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão,
que sentir-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias triste sem casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco,
quem conformidade viver”.

Martin Luther King.

“Tolerância mútua é uma necessidade
em todos os tempos e para todas as
raças.
Mas tolerância não significa aceitar o
que se tolera”.

Gandhi.

RESUMO

O adoecimento e sua relação com a falta de assiduidade ou produtividade no trabalho têm sido alvo de diversos estudos. Com os crescentes desafios impostos pela economia mundial, os empregadores estão em busca de uma maior eficiência e um consequente aumento da sua produtividade. O absenteísmo e o presenteísmo representam altos custos para as instituições tanto públicas quanto privadas e principalmente para o trabalhador. Neste sentido, observa-se que trabalho e saúde são variáveis que influenciam o processo produtivo e são importantes para a qualidade de vida, que, por sua vez, coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Várias comorbidades estão associadas com a ausência ao serviço (absenteísmo) ou com o baixo rendimento no ambiente de trabalho (presenteísmo), dentre elas destacam-se os problemas de ordem circulatória, dores de cabeça e os distúrbios de origem bucal. O artigo aqui apresentado e intitulado “Presenteísmo e saúde bucal em trabalhadores da indústria de transformação e construção civil” objetivou analisar o presenteísmo relacionado às condições de saúde bucal dos trabalhadores da Indústria do Estado de Pernambuco enfocando problemas como a cárie dentária e doença periodontal através da análise de um banco de dados originado de um estudo transversal, de base populacional.

Palavras chave: Absenteísmo, Saúde do Trabalhador, Estudos Transversais, Inquéritos Epidemiológicos.

ABSTRACT

The disease and its relationship to absenteeism or productivity at work have been the subject of several studies. With the increasing challenges posed by the global economy, Absenteeism and presenteeism represent high costs for both public and private, and institutions primarily for the worker. In this sense, it is observed that work and health are variables that influence the production process and are important for quality of life, which, in turn, puts its centrality in the ability to live without disease or overcome the difficulties of states or conditions of morbidity. Several comorbidities are associated with the absence of the service (absenteeism) or to the low yield in the workplace (presenteeism), among which stand out the order circulatory problems, headaches and disorders of oral origin. The article presented here, entitled "presenteeism and oral health workers in the manufacturing and construction industry" aimed to analyze the presenteeism related to oral health status of workers in the State of Pernambuco Industry focusing on problems such as tooth decay and periodontal disease through analysis of a database originidado data from a cross-sectional study, a population-based.

Keywords: Absenteeism, Worker Health, Cross-Sectional Studies, Health Surveys.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição de frequências das variáveis idade, renda, sexo, CPO-D, local das lesões cariosas, IPC	26
TABELA 2	Distribuição de frequência (%) das respostas dos pacientes segundo as questões do índice GOHAI relacionadas ao presenteísmo	27
TABELA 3	Distribuição dos pacientes de acordo com o índice de GOHAI em relação a renda, sexo, alcoolista, fumante, ida ao dentista, o que achou do tratamento, completou o tratamento, cárie na polpa, IPC, idade, cárie em dentina e perda estética	28
TABELA 4	Modelo final de regressão logística binária sobre o índice GOHAI considerando as variáveis sexo, alcoolista, renda, IPC e percepção do tratamento como variáveis explicativas	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Geral	11
2.2 Específicos	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Impacto da saúde bucal na qualidade de vida	12
3.2 Absenteísmo/Presenteísmo	13
4 METODOLOGIA	16
4.1 Considerações éticas	16
4.2 Desenho do estudo	16
4.2.1 Localização do estudo	16
4.2.2 População do estudo	16
4.2.3 Constituição da amostra	16
4.2.4 Tamanho da amostra	17
4.3 Variáveis do estudo	17
4.4 Coleta dos dados	18
4.5 Análise estatística	18
5 RESULTADOS	19
Artigo: Presenteísmo e saúde bucal em trabalhadores da indústria de transformação e construção Civil	
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	38

1.INTRODUÇÃO

A valorização da saúde do trabalhador é um assunto bastante discutido tanto no setor público quanto no privado, no sentido de equilibrar a relação trabalho/saúde, e com isso, propiciar melhores condições de trabalho e satisfação na sua execução. Com os crescentes desafios impostos pela economia mundial, os empregadores estão em busca de uma maior eficiência e um conseqüente aumento da sua produtividade. Indo de encontro aos objetivos dos patrões, os danos presentes na saúde dos profissionais representam queda nos lucros, decorrentes da ausência devido à doença e necessidade de afastamento para tratamento dos trabalhadores, bem como a diminuição do desempenho e produtividade, e se destacam como condições emergentes de efeitos negativos para a organização (UMANN, GUIDO, GRAZZIANO, 2012).

O absenteísmo tipo I pode ser entendido como a ausência do trabalhador motivada pelo estado ou condição de saúde, em sua pessoa ou qualquer de seus dependentes. Como conseqüência, a falta ao trabalho por motivo de doença (absenteísmo-doença) rompe o equilíbrio entre a saúde do trabalhador e a produtividade, gerando, tanto nos países emergentes como nos considerados desenvolvidos, um aumento dos custos de forma direta pela concessão de auxílio-doença e indireta pela diminuição da produtividade (CAPELARI, *et al*, 2014). Por outro lado, o absenteísmo tipo II (de corpo presente), também conhecido por presenteísmo, é aquele em que, apesar de não faltar ao trabalho, o trabalhador não desenvolve seu melhor desempenho, levando à diminuição na sua produtividade por algum problema de saúde (HIROISHI *et al*, 2012).

Trabalho e saúde, enquanto variáveis que influenciam o processo produtivo, são importantes para a qualidade de vida. Inicialmente, o conceito de qualidade de vida estava mais voltado para questões materiais. Atualmente, está associado ao grau de satisfação e realização do ser humano, com influência no estado de saúde (é um dos fatores) e no desenvolvimento do trabalho a ser executado (SCHIEHL *et al*, 2012). É crescente o interesse sobre o tema qualidade de vida em estudos de saúde geral e de saúde bucal. A qualidade de vida dos indivíduos é fortemente influenciada por sua condição de saúde bucal. Restrições físicas e psicológicas podem influenciar diretamente em aspectos da alimentação, fala, locomoção, convívio social e autoestima (LACERDA *et al*, 2008).

Desta forma, o investimento na saúde dos trabalhadores, com conseqüente melhoria de sua qualidade de vida, torna-se indispensável reduzindo assim as faltas ao trabalho e a baixa produtividade advinda das condições de morbidade e co-morbididades, proporcionando um ambiente mais produtivo e prazeroso. O propósito desse trabalho foi verificar a relação entre as condições de saúde bucal dos trabalhadores e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal que possam interferir no presenteísmo.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- Analisar o presenteísmo por razões odontológicas em trabalhadores da indústria de transformação e construção civil do Estado de Pernambuco.

2.2. Específicos

- Caracterizar a amostra estudada em seus aspectos socioeconômicos e demográficos;
- Investigar se a cárie dentária e a doença periodontal têm alta prevalência na população em idade produtiva
- Determinar a autopercepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal da amostra;
- Verificar se existe associação entre a exposição aos fatores de risco e o presenteísmo odontológico.

3.REVISÃO DE LITERATURA

3.1.Impacto da saúde bucal na qualidade de vida

A percepção do indivíduo acerca das influências culturais, sociais, políticas e econômicas no contexto de sua vida, que promove o alcance de seus objetivos, projetos e expectativas, conferem-lhe oportunidades de escolhas e são reconhecidas como qualidade de vida - QV. Embora estudos realizados ao longo dos tempos não demonstrem consenso sobre o conceito de QV, por sua subjetividade inerente às percepções individuais, um projeto multicêntrico envolvendo diferentes culturas destacou três aspectos de grande relevância para o constructo QV: a subjetividade do ser humano, realçada por pensamentos, sentimentos e emoções, que compõem seu mundo interno, próprio e inerente a cada ser; a multidimensionalidade da QV, que inclui dimensões de ordem física, psicológica, social e espiritual, que trazem repercussões importantes; e a bipolaridade resultante das influências positivas e negativas que permeiam o cotidiano das pessoas (FREIRE, *et al*, 2014).A mutabilidade, também, foi considerada, partindo do pressuposto que a avaliação da qualidade de vida pode mudar, em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural (KLUTHCOVSKY, TAKAYANAGUI, 2010).

Há evidências científicas que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida das pessoas (SAINTRAIN, SOUZA, 2012). Qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Existem fatores físicos e psicológicos intervenientes na qualidade de vida das pessoas quando em situação de trabalho e que, dependendo do seu competente gerenciamento, proporcionarão condições favoráveis imprescindíveis ao melhor desempenho e produtividade (SILVA *et. al*, 2010). Além de outras condições de saúde geral, alguns problemas de saúde bucal geram impactos negativos nas dimensões da qualidade de vida que são o desconforto psicológico e dor (SOUZA *et al*, 2010).

Nos últimos anos, vem sendo observada a preocupação em se avaliar o impacto da perda dental e da utilização de próteses removíveis na qualidade de vida das pessoas e os resultados das pesquisas desenvolvidas nessa direção demonstram que as repercussões são relevantes e não podem ser desconsideradas (SOUZA *et al*, 2010).A perda dos dentes ainda é aceita como natural e normal com o avançar da idade, embora a análise de documentos antigos comprove que os prejuízos de ordem estética, funcional e psicológica que a falta dos

dentes pode acarretar, com a conseqüente deterioração da qualidade de vida e comprometimento do convívio social, são observados desde o início da civilização (SALIBA *et al*, 2010).

Segundo Lacerda, a Organização Mundial de Saúde - OMS reconhece que a dor, o sofrimento, os constrangimentos psicológicos e as privações sociais podem resultar das doenças bucais, acarretando prejuízos em nível individual e coletivo (LACERDA, TRAEBERT, ZAMBENEDETTI, 2008). A dor tem um importante impacto na vida dos indivíduos pelo sofrimento e limitações causados no cotidiano e acarreta um dramático efeito para a sociedade, devido o elevado custo do tratamento e ao custo das horas perdidas no processo produtivo.

Os problemas bucais são frequentemente minimizados no contexto de outras doenças, principalmente quanto às conseqüências que tais problemas e seus tratamentos acarretam, em termos de perda de dias de trabalho, faltas à escola, transtorno para as atividades domésticas e custo econômico. Ter saúde bucal é possuir uma dentição funcional e confortável que permita ao indivíduo continuar em seu papel social, e para avaliar a saúde bucal são necessários indicadores subjetivos, em complemento às medidas normativas que consideram apenas o diagnóstico profissional, numa visão clínica, 2009). Tais indicadores devem considerar a percepção do próprio indivíduo acerca de sua saúde bucal, medindo o impacto dessa percepção em atividades diárias e no desempenho social. O planejamento e a oferta de serviços poderão, então, ser mais bem direcionados (MESQUITA, VIEIRA, 2009).

3.2. Absenteísmo/Presenteísmo

No sistema capitalista busca-se de maneira incessante e permanente o lucro, logicamente, numa relação que se dá por meio da exploração da força de trabalho. O capitalista detém os meios de produção; o trabalhador, a força de trabalho. E a primeira conseqüência é que o trabalho, que seria a atividade pela qual o homem domina as forças sociais e humaniza a natureza, transforma-se no seu próprio algoz, com alguns homens passando a dispor de meios para explorar o trabalho de outros (VIZZACCARO-AMARAL, MOTA, ALVES, 2014).

O crescimento econômico e o aumento da necessidade de mão de obra têm suscitado uma crescente preocupação com relação à saúde do trabalhador como uma medida de prevenção ao absenteísmo, uma vez que as faltas crônicas ao trabalho podem gerar perdas de

produtividade importantes para as instituições e, conseqüentemente, um aumento nos custos de produção (ANDRADE *et al*, 2008). A elevação da ausência ao trabalho, mesmo circunstancial, localizada em determinadas unidades ou concentrada em determinadas categorias, é tida como fruto da incapacidade gerencial da empresa em controlar essas ausências. Perguntas tais como o que, no ambiente ou na organização do trabalho, estão influenciando na ausência ao trabalho, ou por que os trabalhadores não estão motivados para ir ao seu local de trabalho, raramente são feitas, fato que gera considerável estranhamento (CARNEIRO, 2014).

O termo *absenteísmo* originou-se da palavra *absentismo*, que por sua vez derivado latim *absens*, ausente, de *ab + esse*. A palavra *absentismo* era utilizada quando proprietários rurais deixavam o campo para viver na cidade. No período industrial, este termo foi designado aos trabalhadores que faltavam ao serviço. Atualmente, este é concebido como incapacidade temporária, prolongada ou permanente para trabalhar, em resultado de doença ou de enfermidade (PAWLINA, CAMPOS, RIBEIRO, 2010).

A etiologia do *absenteísmo* é reconhecida, por diferentes autores, por seu caráter multifatorial, que contribui para aumentar a sua complexidade. Apontam-no como decorrente de uma ou mais classes de fatores causais tais como: os relacionados ao trabalho, sociais, culturais, de personalidade e doença; geográficos, organizacionais e individuais; físicos, psíquicos e sociais; doenças, causas ocupacionais e sociais; fatores ambientais, organizacionais, características individuais e de personalidade (SANCINETTI *et al*, 2011).

O *presenteísmo*, que designa a condição em que as pessoas comparecem ao ambiente laboral, porém, realizam as atividades inerentes às suas funções de modo não produtivo, ou seja, não apresentam bom desempenho por problemas físicos e/ou intelectuais relacionados. O *presenteísmo* relaciona problemas de saúde e perda de produtividade (UMANN, GUIDO, GRAZZIANO, 2012).

A assistência à saúde deixou de ser apenas uma atividade de âmbito social e humanitário, mas também de ênfase econômica, devido ao acentuado desenvolvimento do setor e às tendências globais dos avanços tecnológicos, sistemas de gestão e o aumento do custo dos cuidados com a saúde. A natureza do meio ou do ambiente de trabalho pode dar origem a problemas, como os provenientes de substâncias tóxicas com manifestações bucais, o aspecto cumulativo da cárie dental, suas conseqüências e repercussões na capacidade de

trabalho, as jornadas alongadas, aspectos sociais e culturais são fatores que devem ser considerados (COSTA, 2008).

O trabalhador pode suportar durante dias e até semanas a dor e o desconforto que doenças bucais como a cárie e a doença periodontal podem causar, antes de procurar ajuda profissional. Próximo a 25% do absenteísmo por doenças não ocupacionais está diretamente relacionado às condições orais. A dor de dente ocupa o terceiro lugar entre as causas de falta ao trabalho, perdendo apenas para dor de estômago e a dor de cabeça. A presença precária no trabalho por motivos de saúde, além de interferir diretamente na produtividade, pode, por razões relacionadas à dor e à falta de concentração, levar à depressão, ansiedade e irritabilidade, aumentando o risco da ocorrência de erros técnicos, conflitos interpessoais e acidentes de trabalho (LACERDA, TRAEBERT, ZAMBENEDETTI, 2008). É de primordial importância esclarecer que o termo presenteísmo e estudos abordando este tema são recentes, por isso, carece de dados quantitativos e até mesmo de um protocolo reconhecido internacionalmente que seja fidedigno e que cumpra a tarefa dessa mensuração (TAVARES; KAMIMURA, 2012).

Trabalho e saúde, variáveis que influenciam o processo produtivo, são importantes para a qualidade de vida. Inicialmente, o conceito de qualidade de vida estava mais voltado para questões materiais. Atualmente, está associado ao grau de satisfação e realização do ser humano, com influência no estado de saúde (é um dos fatores) e no desenvolvimento do trabalho a ser executado (SCHIEHL *et al*, 2012). Nenhuma empresa consegue se manter operante no mercado sem uma força de trabalho saudável e produtiva. As empresas que buscam sustentar vantagens competitivas ao longo prazo devem considerar relevante investir no “capital humano” (TAVARES, KAMIMURA, 2012).

4.METODOLOGIA

4.1. Considerações éticas

Este trabalho, foi aprovado pelo comitê de ética pelo CAAE: 02294812.2.0000.5208, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

4.2. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, de análise quantitativa mediante análise de dados secundários. Neste trabalho, as condições de saúde bucal foram analisadas através dos índices CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) e IPC - Índice Periodontal Comunitário, que avalia a condição de normalidade gengival, sangramento à sondagem, presença de cálculo, presença de bolsa periodontal de 4 a 5 mm e de 6 mm ou mais, assim como condições socioeconômicas e demográficas e ainda a auto percepção sobre a saúde bucal utilizando-se o Índice GOHAI- Índice Geral de Avaliação de Saúde Oral (*General Oral Health Assessment Index*).

4.2.1. Localização do estudo

Constituiu-se de levantamento epidemiológico de trabalhadores do Estado de Pernambuco vinculados ao Serviço Social da Indústria - SESI.

4.2.2. População do estudo

O universo objeto do estudo foi definido como o total dos trabalhadores da Indústria de Transformação e da Construção Civil com vínculo trabalhista vigente regido pela CLT e que trabalhavam em empresas de 20 ou mais trabalhadores. De acordo com os dados da Relação Anual de Informações Sociais - RAIS, correspondentes ao ano de 2010, o total desse universo alcançava 4.625.000 trabalhadores em 31/12.

4.2.3. Constituição da amostra

A amostra foi constituída por trabalhadores da Indústria de Transformação e Construção Civil que foram atendidos nas unidades de Serviço Odontológico do Serviço Social da Indústria - SESI, de Pernambuco no ano de 2010.

4.2.4. Tamanho da amostra

Ao final do ano de 2010, 2593 pacientes fizeram parte do levantamento epidemiológico do SESI Pernambuco. Desse total, excluiu-se 73 pacientes por estarem fora da faixa etária determinada para a pesquisa. Assim, o tamanho amostral final foi de 2.520 indivíduos, que foram divididos em quatro faixas etárias: 19 a 35 anos, 36 a 45 anos, 46 a 59 anos e 60 anos ou mais.

4.3. Variáveis do estudo

Para este estudo a variável dependente considerada foi o índice GOHAI e as variáveis independentes foram o CPO-D, IPC, uso do fumo e álcool e as condições socioeconômicas e demográficas.

A variável perda estética refere-se à ausência de elementos dentários anteriores-superiores (de canino a canino). A perda oclusal está relacionada à ausência dos molares (principalmente os primeiros) que são responsáveis pela mastigação.

Inicialmente desenvolvido como uma avaliação de autorrelato sobre o estado de saúde bucal de idosos, o GOHAI, mais tarde, foi modificado para o Índice Geral de Avaliação de Saúde Oral por causa da validade e confiabilidade dos seus resultados em todas as faixas etárias. O índice contém 12 perguntas de três dimensões, incluindo a função física, a função psicossocial, dor e desconforto. Apresenta itens positivos e negativos, podendo ser aplicadas para pacientes dentados ou não.

Sabendo que o presenteísmo é uma condição em que os trabalhadores comparecem ao ambiente de trabalho, porém não apresentam bom desempenho por problemas intelectuais relacionados, foram utilizadas para a análise desta condição na amostra estudada as seguintes questões do GOHAI que abrangem condições físicas e psicológicas relacionadas aautopercepção sobre saúde bucal: GOHAI 6 - Limitou seus contatos com outras pessoas

devido às condições dos seus dentes ou próteses; GOHAI 7 - Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou prótese; GOHAI 10 - Sentiu-se nervoso ou tomou consciência dos problemas com seus dentes, gengivas ou próteses; GOHAI 11 - Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com seus dentes ou prótese; GOHAI 12 - Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces.

4.4. Coleta dos dados

Os atendimentos foram realizados em ambiente odontológico, seguindo normas de biossegurança. As informações coletadas, assim como os tratamentos executados foram descritos em formulários baseados nos critérios e descrição de cada índice ou indicador adotado pelo SB Brasil (BRASIL, 2010).

Na coleta dos dados primários participaram 10 Cirurgiões-Dentistas que foram devidamente treinados por equipe de professores de duas faculdades públicas de Odontologia do estado de Pernambuco. Após o treinamento, os profissionais foram calibrados em sessão de atendimento clínico, onde todos os índices foram avaliados. Após essa fase e a checagem dos índices de concordância diagnóstica, os profissionais foram considerados aptos para o levantamento epidemiológico. O Kappa obtido na calibração inter e intraexaminador foi 0,91 representando um excelente nível de concordância.

A coleta de dados foi desenvolvida estritamente em concordância com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde para estudos epidemiológicos de saúde bucal, onde foram levantados dados e informações a respeito do Índice de Ataque de Cárie e Índice Periodontal Comunitário. Os formulários utilizados, critérios, descrição de cada índice ou indicador foram os mesmos adotados pelo SB Brasil 2010.

4.5. Análise estatística

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for Social Science*- SPSS, versão 20.0. Foram realizadas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas. Para testar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes deste estudo, foi utilizado o Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Em todas as análises foi considerado como significativo o nível de 5%. Valores de *OddsRatio* foram calculados para algumas variáveis, com o intuito de se estabelecer um modelo preditivo hierárquico entre as variáveis estudadas, aplicou-se aos dados soma regressão logística binária.

5. RESULTADOS

PRESENTEISMO E SAÚDE BUCAL EM TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO E CONSTRUÇÃO CIVIL

LuizOtaviano de Albuquerque Filho(lotaviano@ig.com.br) MSc student - Post Graduation Programm in Health Economics.Federal University of Pernambuco – Recife/PE. Brazil. Av. *Prof.MoraesRego, 1235, Recife- PE / CEP 50670-901*

André Cavalcante da Silva Barbosa (andreccb35@gmail.com) PhD student - Post Graduation Programm in Dentistry.Federal Universityof Pernambuco – Recife/PE. Brazil. Av. *Prof. Moraes Rego, 1235, Recife- PE / CEP 50670-901*

Arnaldo de França Caldas Junior (arnaldocaldas@pq.cnpq.br)
Adjuncte Professor - Post Graduation Programm in Dentistry and Post GraduationProgramm in Health Economics.Federal University of Pernambuco – Recife/PE.Brazil.Av. *Prof. MoraesRego, 1235, Recife- PE / CEP 50670-901*

Correspondingauthor:

Arnaldo de França Caldas Junior
Adress:*Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Recife- PE / CEP 50670-901*
e-mail: *arnaldo.caldas@ufpe.br*
telephone: *+ 55 81 2126 7509*
faxnumber: *+ 55 81 2126 8836*

RESUMO

Objetivo: Esta pesquisa teve por objetivo analisar o presentismo relacionado às condições de saúde bucal dos trabalhadores da Indústria do Estado de Pernambuco enfocando problemas como a cárie dentária e doença periodontal. Estas condições foram relacionadas à auto percepção da saúde bucal destes indivíduos, visando dimensionar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e verificar a existência de algum vínculo com o presenteísmo por causas odontológicas. **Método:** Foi realizada uma análise no banco de dados de Saúde Bucal do Serviço Social da Indústria de Pernambuco, com informações de 2520, trabalhadores da Indústria de Transformação e Construção Civil. Os dados foram dispostos e analisados no StatisticalPackage for Social Science 20.0.0. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas com valores numéricos, médias e percentuais. Foram utilizados os Índices de Ataque de Cárie Dental, Periodontal Comunitário e de Determinação da Saúde Bucal Geral para a estatística inferencial. **Resultados:** Segundo a faixa de renda, pôde-se observar que a doença periodontal, assim como a cárie, teve maior prevalência entre os pacientes economicamente mais desfavorecidos. A variável sexo foi estatisticamente significativa com o GOHAI. Observou-se também que nenhuma das dimensões (físicas e psicológicas) do GOHAI relacionadas ao presenteísmo foram alteradas pelas condições de saúde bucal. **Conclusão:** A população adulta ainda dispõe de padrões desfavoráveis de saúde bucal, porém, pouco se reflete no presenteísmo. No entanto, com forte impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Palavras chave: Absenteísmo, Saúde do Trabalhador, Estudos Transversais, Inquéritos Epidemiológicos.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the presenteeism related to oral health status of workers in the State of Pernambuco Industry focusing on problems such as tooth decay and periodontal disease. These conditions were related to self-perceived oral health of these individuals, aiming to measure the impact of oral health on quality of life and check for any link with presenteeism by dental causes. **Method:** An analysis was performed on the database of Oral Health of Social Service of Industry of Pernambuco, with information of 2520, workers in the of Manufacturing and Construction Industry. Data were prepared and analyzed in StatisticalPackage for Social Science 20.0.0. The results were presented in tables with numerical values, averages and percentages. Scores Attack of Dental Caries, Community Periodontal and Oral Health General Determination for inferential statistics were used. **Results:** According to income group, it was observed that periodontal disease, like caries, was most prevalent among economically disadvantaged patients. The gender variable was statistically significant with GOHAI. It was also observed that none of the (physical and psychological) dimensions GOHAI related to presenteeism were altered by oral health conditions. **Conclusion:** The adult population still has unfavorable patterns of oral health, but little is reflected in presenteeism. However, with a strong impact on quality of life related to oral health.

Key words: Absenteeism, Worker Health, Cross-Sectional Studies, Health Surveys.

INTRODUÇÃO

O homem, nas empresas modernas, é considerado a principal peça do sistema de produção. De sua capacidade produtiva depende a competitividade da empresa e, conseqüentemente, o seu sucesso (COELHO *et al*, 2010), mas para que isso ocorra, o estado de saúde é fator muito importante, daí a atenção e os cuidados relacionados ao trabalho aumentarem com o passar do tempo (HIROISHI *et al*,2012).

A relação entre trabalho e as condições de saúde/doença das populações vem sendo estabelecida desde a Antiguidade - já há registros, por exemplo, em papiros egípcios. Todavia, o reconhecimento dessa relação nem sempre se constituiu como foco de atenção das sociedades, existindo em determinados períodos históricos a concepção de naturalização do trabalho e de suas conseqüências para a vida humana. Isto pôde ser observado durante a escravidão e também no regime servil, quando interessava às classes dominantes difundir a ideia de que o trabalho era um estigma, um castigo, e que os trabalhadores eram peças naturais, pertencentes a terra, e que sua função no mundo era a dedicação ao trabalho (ALMEIDA, VIANNA, 2005).

A abstenção dos trabalhadores no exercício rotineiro de suas atividades dentro das empresas é denominada absenteísmo, esse termo designa qualquer tipo de falta ou ausência (SANCINETTI *et al*, 2011). Por outro lado, o absenteísmo tipo II (de corpo presente, ou presenteísmo) é aquele em que, apesar de não faltar ao trabalho, o trabalhador não desenvolve seu melhor desempenho, levando à diminuição na sua produtividade por algum problema de saúde (HIROISHI *et al*,2012).

Pesquisas têm demonstrado como causas mais comuns do absenteísmo os problemas osteomusculares, respiratórios, doenças infecciosas e parasitárias, do aparelho circulatório, transtornos mentais e metabólicos, distúrbios geniturinários, além de problemas gastrointestinais, dermatológicos, oftalmológicos, obstétricos, odontológicos, alcoolismo, fumo, sedentarismo, entre outros (ALVES, GODOY, SANTANA, 2006).

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade (CARVALHO *et al*, 2009). Entre estes, estão os transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes, transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação, pulpites e abscessos periapicais (TOGNA, 2011).

Um alto índice de afastamentos por motivos odontológicos é detectado, mesmo nas empresas que possuem ações de promoção de saúde (COELHO *et al*, 2010). A morbidade

bucal tem significativa prevalência nas populações (NGUYEN, 2010) e impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida do trabalhador (MAZZILLI, 2004).

Neste contexto, o conceito de qualidade de vida no trabalho passa por questões tais como motivação, satisfação, saúde e segurança no trabalho e envolve discussões sobre novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias (SCHMIDT, DANTAS, 2006). O campo da saúde bucal do trabalhador, cujos princípios se aproximam dos da saúde do trabalhador, tem como objeto a relação entre saúde bucal e trabalho, tratando de promover, preservar e recuperar a saúde bucal de populações inseridas nos diversos processos de trabalho, contribuindo assim para a sua qualidade de vida (ALMEIDA, VIANNA, 2005).

Nos últimos anos, houve um aumento do interesse pela monitorização do nível de qualidade de vida, pela sua importância como indicador prognóstico de morbidade e mortalidade. A qualidade de vida tornou-se uma importante medida de impacto em saúde sendo considerado um indicador de saúde e a sua avaliação relacionada às doenças e seus fatores de risco têm crescido na população em geral. O seu conceito, além de compreender uma representação subjetiva da sensação de bem-estar, é multidimensional e inclui tanto dimensões positivas quanto negativas (SEIDL, ZANNON, 2004).

É crescente a importância de estudar a influência da condição dos dentes na qualidade de vida dos indivíduos, não somente relacionados com as consequências físicas, mas incluindo também as sociais e psicológicas (psicossociais). Estas avaliações, realizadas através da autopercepção, fornecem informações diferentes das obtidas pela avaliação clínica, realizada pelo profissional (SILVA, SOUSA, WADA, 2005).

Esta pesquisa teve por objetivo analisar o presenteísmo relacionado às condições de saúde bucal dos trabalhadores da Indústria do Estado de Pernambuco enfocando problemas como a cárie dentária e doença periodontal, objetivando verificar a relação entre essas doenças e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (auto percebida) contribuindo para o entendimento do presenteísmo odontológico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, de análise quantitativa mediante análise de dados secundários. Este trabalho, aprovado pelo comitê de ética pelo CAAE: 02294812.2.0000.5208, de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, constituiu-se de levantamento epidemiológico de trabalhadores brasileiros do Serviço Social da Indústria - SESI. Neste levantamento, as condições de saúde bucal foram

analisadas através dos índices CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados) e IPC (Índice Perodontal Comunitário), assim como condições socioeconômicas e demográficas e ainda a auto percepção sobre a saúde bucal, e o presenteísmo, utilizando-se o Índice GOHAI (General Oral Health Assessment Index).

O tamanho amostral foi de 2.520 indivíduos divididos em quatro faixas etárias: 19 a 35 anos, 36 a 45 anos, 46 a 59 anos e 60 anos ou mais.

Para este estudo a variável dependente considerada foi o índice GOHAI e as variáveis independentes foram o CPO-D, IPC, uso do fumo e álcool e as condições socioeconômicas e demográficas.

A variável perda estética referiu-se à ausência de elementos dentários anteriores-superiores (de canino a canino). A perda oclusal está relacionada à ausência dos molares (principalmente os primeiros) que são responsáveis pela mastigação.

Para a observação do presenteísmo, foram utilizados cinco itens do GOHAI que avaliam questões relacionadas a dimensões físicas e psicológicas: GOHAI 6 - Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições dos seus dentes ou próteses; GOHAI 7 - Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou prótese; GOHAI 10 - Sentiu-se nervoso ou tomou consciência dos problemas com seus dentes, gengivas ou próteses; GOHAI 11 - Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com seus dentes ou prótese; GOHAI 12 - Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces.

Inicialmente desenvolvido como uma avaliação de auto relato sobre o estado de saúde bucal de idosos, o GOHAI, mais tarde, foi modificado para o Índice Geral de Avaliação de Saúde Oral por causa da validade e confiabilidade dos seus resultados em todas as faixas etárias. O índice contém 12 perguntas de três dimensões, incluindo a função física, a função psicossocial, dor e desconforto. Apresenta itens positivos e negativos, podendo ser aplicadas para pacientes dentados ou não.

Os atendimentos foram realizados em ambiente odontológico, seguindo normas de biossegurança. As informações coletadas, assim como os tratamentos executados foram descritos em formulários baseados nos critérios e descrição de cada índice ou indicador adotado pelo SB Brasil 2010.

Na coleta dos dados primários participaram 10 Cirurgiões-Dentistas que foram devidamente treinados por equipe de professores de duas faculdades públicas de Odontologia do estado de Pernambuco. Após o treinamento, os profissionais foram calibrados em sessão

de atendimento clínico, onde todos os índices foram avaliados. Após essa fase e a checagem dos índices de concordância diagnóstica, os profissionais foram considerados aptos para o levantamento epidemiológico. O Kappa obtido na calibração inter e intraexaminador foi 0,91 representando um excelente nível de concordância.

A coleta de dados foi desenvolvida estritamente em concordância com os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde para estudos epidemiológicos de saúde bucal, onde foram levantados dados e informações a respeito do Índice de Ataque de Cárie e Índice Periodontal Comunitário. Os formulários utilizados, critérios, descrição de cada índice ou indicador foram os mesmos adotados pelo SB Brasil 2010.

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* - SPSS, versão 20.0. Foram realizadas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas. Para testar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes deste estudo, foi utilizado o Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Em todas as análises foi considerado como significativo o nível de 5%. Valores de *Odds Ratio* foram calculados, e, com o intuito de se estabelecer um modelo preditivo hierárquico entre as variáveis estudadas, aplicou-se aos dados uma regressão logística binária.

RESULTADOS

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

A amostra foi constituída por 2.520 pacientes, sendo 11,79% do sexo feminino e 88,21% do masculino. As idades variaram entre 19 a 99 anos, com média de 34,10, mediana 33 e moda 29. A amostra foi categorizada também segundo a renda pessoal e observou-se que a maioria dos pacientes (90,3%) possuía renda pessoal mensal de 1 a 2,99 salários mínimos.

ÍNDICE DE ATAQUE DE CÁRIE DENTAL (CPO-D)

Na população estudada em Pernambuco, a média de CPO-D foi de 14,77, mediana 14,00 e moda 10. Ao se analisar isoladamente os componentes do índice, encontrou-se que estava composto por 2,3 dentes cariados, 7,05 perdidos e 5,41 obturados. Em relação à renda pessoal, observou-se a média de CPO-D maior entre aqueles que recebem de 3 a 9,9 salários mínimos (tabela 1). Ao ser feita uma análise dos componentes do CPO-D com relação à renda pessoal dos pacientes, verificou-se que o componente “cariado” diminuiu percentualmente

conforme o aumentada renda pessoal: a média foi de 2,36 dentes cariados quando a remuneração era de 1 a 2,99 salários mínimos (S.M.), 1,33 dentes cariados quando a renda era 3 a 9,99 S.M. e 0,91 quando era de 10 ou mais salários mínimos. A média de dentes perdidos também diminuiu conforme aumentou a renda pessoal (tabela1).

Analisando os constituintes do CPO-D com a idade, observou-se que a média de dentes cariados foi maior na faixa etária dos 19 a 35 anos. A média de dentes perdidos apresentou um aumento conforme houve aumento da idade (tabela1).

ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO

De acordo com o IPC, os pacientes periodontalmente saudáveis encontravam-se, em sua maioria, na faixa etária de 19 a 35 anos e este número decaiu de acordo com o avanço da idade (tabela 1). A taxa de pacientes com sangramento também decaiu com a idade, do total, 13,8% tinham de 19 a 35 anos (tabela 1).

Os demais componentes do IPC (cálculo, bolsa de 4 a 5 mm e bolsa de 6 mm) também diminuíram com o aumento da idade (tabela 1).

Segundo a faixa de renda, pôde-se observar que a doença periodontal, assim como a cárie, que teve maior prevalência entre os pacientes economicamente mais desfavorecidos (tabela 1).

Tabela 01 - Distribuição de frequências das variáveis idade, renda, sexo, CPO-D, local das lesões cariosas, IPC.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO		
FAIXA ETÁRIA	Homens	Mulheres	
19 a 35 anos	51,4%	8,0%	
36 a 45 anos	23,9%	2,4%	
46 a 59 anos	11,8%	1,1%	
60 em diante	1,2%	0,2%	
FAIXA ETÁRIA	CPO-D		
19 a 35 anos	11,81		
36 a 45 anos	17,90		
46 a 59 anos	20,99		
60 em diante	24,47		
RENDA	CPO-D		
1 a 2,99 SM	14,47		
3 a 9,99 SM	16,65		
Acima de 10 SM	15,65		
LOCAL DAS LESÕES CARIOSAS	1 a 2,99 SM	3 a 9,99 SM	10 ou mais SM
Esmalte	0,15	0,07	0
Dentina	1,73	1,05	0,73
Polpa	0,48	0,21	0,18
VARIAÇÕES DE IPC	19 a 35 anos	36 a 45 anos	46 em diante
Sadio	43,5%	15,6%	6,3%
Sangramento	13,8%	3,9%	1,5%
Cálculo	35,1%	15,6%	7,7%
Bolsa de 4 a 5 mm	3,4%	2,4%	1,1%
Bolsa de 6 mm	0,6%	0,7%	0,7%
VARIAÇÕES DE IPC	1 a 2,99 SM	3 a 9,99 SM	10 ou mais SM
Sadio	60,7%	7,2%	0,4%
Sangramento	21,3%	0,9%	0%
Cálculo	52,0%	4,6%	0,4%
Bolsa de 4 a 5 mm	7,4%	0,4%	0%
Bolsa de 6 mm	2,1%	0%	0%
COMPONENTES CPO-D	1 a 2,99 SM	3 a 9,99 SM	10 ou mais SM
Cariado	2,36	1,33	0,91
Perdidos	6,71	6,08	2,91
Obturados	5,28	9,06	11,82
COMPONENTES CPO-D	19 a 35 anos	36 a 45 anos	46 em diante
Cariados	2,54	1,95	2,04
Perdidos	3,88	9,93	14,93
Obturados	5,39	6,02	4,35

INDICE GERAL DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE ORAL - GOHAI

Na tabela 2 observa-se que nenhuma das dimensões (físicas e psicológicas) do GOHAI relacionadas ao presenteísmo foram alteradas pelas condições de saúde bucal.

Tabela 02- Distribuição de frequência (%) das respostas dos pacientes segundo as questões do índice GOHAI relacionadas ao presenteísmo.

Componentes-Índice GOHAI	%		
	Sempre	Às vezes	Nunca
Nos últimos 3 meses...			
GOHAI6- Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições dos seus dentes ou próteses?	3,6%	5%	91,3%
GOHAI7- Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto de seus dentes ou prótese?	69,5%	17,7%	12,8 %
GOHAI10- Sentiu-se nervoso ou tomou consciência dos problemas com seus dentes, gengivas ou próteses?	3,2%	9%	87,9%
GOHAI11-Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas devido a problemas com seus dentes ou prótese?	1,7%	6,5%	91,8%
GOHAI12-Teve sensibilidade nos dentes ou gengivas ao contato com calor, frio ou doces?	10,1%	25,6%	64,3%

Na tabela 3 observa-se uma relação estatisticamente significativa entre renda e GOHAI ($p=0,017$), sendo 99,0% daqueles com renda acima de 3 salários mínimos apresentando percepção negativa sobre a própria saúde bucal.

Tabela 03 - Distribuição dos pacientes de acordo com o índice de GOHAI em relação a renda, sexo, alcoolista, fumante, ida ao dentista, o que achou do tratamento, completou o tratamento, cárie na polpa, IPC, idade, cárie em dentina e perda estética.

VARIÁVEIS	ÍNDICE GOHAI		P-VALOR
	NEGATIVO	POSITIVO	
<u>RENDA</u>			
1 a 2,99 SM	95,3%	4,7%	*0,017
DE3 ACIMA SM	99,0%	1,0%	
<u>SEXO</u>			
Masculino	94,0%	6,0%	*0,003
Feminino	98,3%	1,7%	
<u>ALCOOLISTA</u>			
Não	93,8%	6,2%	0,157
Sim	95,1%	4,9%	
<u>FUMANTE</u>			
Não	94,9%	5,1%	0,065
Sim	92,8%	7,2%	
<u>FREQUÊNCIA DE IDA AO DENTISTA</u>			
Nos últimos 12 m	94,0%	6,0%	0,438
Há mais de 01 ano	94,8%	5,2%	
<u>AUTO-PERCEPÇÃO SOBRE O TRATAMENTO</u>			
Bom	93,2%	6,8%	0,086
Ruim	97,4%	2,6%	
<u>COMPLETOU O TRATAMENTO</u>			
Não	94,6%	5,4%	0,811
Sim	94,3%	5,7%	
<u>CÁRIE NA POLPA</u>			
Não	94,3%	5,7%	0,547
Sim	95,0%	5,0%	
<u>IPC</u>			
Com alteração	95,7%	4,3%	*0,000
Sem alteração	92,0%	8,0%	
<u>IDADE</u>			
19 a 35 anos	94,7%	5,3%	0,645
36 anos em diante	94,2%	5,8%	
<u>CÁRIE DENTINÁRIA</u>			
Não	94,3%	5,7%	0,797
Sim	94,6%	5,4%	
<u>PERDA OCLUSAL</u>			
Não	95,0%	5,0%	0,611
Sim	94,4%	5,6%	
<u>PERDA ESTÉTICA</u>			
Não	95,3%	4,7%	0,010*
Sim	92,8%	7,2%	

*Estatisticamente significativo

A variável sexo foi estatisticamente significativa com o GOHAI, apresentando 98,3% das mulheres demonstrando insatisfação com a própria saúde bucal. O índice periodontal comunitário foi estatisticamente significativo, observando-se que 95,7% daqueles

que apresentaram alteração periodontal apresentaram uma auto avaliação negativa da saúde bucal. A perda estética apresentou uma relação estatisticamente significativa com a percepção sobre a própria saúde bucal, sendo 92,8% daqueles que tiveram perda estética apresentando GOHAI negativo.

O alcoolismo foi um indicador de risco para o GOHAI negativo, observando que as chances de um alcoolista ter uma percepção negativa a respeito de sua saúde bucal é 2.6 vezes maior (Tabela 4). O IPC foi considerado indicador de risco, onde observou-se que a presença de alterações periodontais aumenta 1,99 vezes as chances de uma percepção negativa da própria saúde bucal (Tabela 4).

Tabela04 - Modelo final de regressão logística binária sobre o índice GOHAI considerando as variáveis sexo, ser alcoolista, renda, IPC e percepção do tratamento como variáveis explicativas.

	B	S.E	Wald	df	P-valor	OR	IC 95% para OR	
							Limite Inferior	Limite Superior
Sexo	- 2,264	1.016	5.420	1	.020	.094	.013	.688
Alcoolista	.958	.267	12.852	1	.000	2.607	1.544	4.401
Renda	-1.504	1.021	2.172	1	.141	.222	.030	1.642
IPC	.691	.258	7.194	1	.007	1.996	1.205	3.307
Percepção sobre o tratamento	-1.181	.730	2.615	1	.106	.307	.073	1.285
Constant	-.673	1.375	.239	1	.625	.510		
Ajuste do modelo *	0,816							

*Ajuste do modelo pelo teste estatístico de Hosmer-Lemeshow

Também na tabela 4 o modelo final de regressão logística mostra que a variável sexo foi considerada fator de proteção para o Índice GOHAI. Observou-se que o sexo masculino tem 90,6% menos chances de ter uma percepção negativa sobre sua saúde bucal.

DISCUSSÃO

A autopercepção em saúde bucal, apesar de subjetiva, é uma medida adicional que contribui para a avaliação dos cuidados em saúde. Indicadores subjetivos buscam avaliar o impacto da saúde na qualidade de vida. No campo da saúde bucal, fatores como vida social, alimentação, atividades diárias, bem-estar do indivíduo, entre outros, podem ser afetados por

problemas de origem bucal (DRUMOND-SANTANA *et al*, 2007). Neste estudo a percepção negativa sobre a própria saúde bucal foi associada com a perda estética (ausência de dentes anteriores), com problemas relacionados aos tecidos de suporte dos dentes (periodonto) e alcoolismo.

A maioria dos pacientes atendidos nesta pesquisa foi do sexo masculino, refletindo que ainda há uma grande predominância no setor industrial, além da maior parte ser também de adultos jovens (58,36%) e estar na faixa de renda de 1 a 2,99 salários mínimos (90,39%). Estes resultados podem ser explicados por razões culturais, pois desde a Revolução Industrial a população jovem e masculina é predominante deste setor (MARTINS, 2001).

Neste estudo observou-se que o CPO-D aumentou das faixas etárias mais baixas para as mais altas, observando que o componente perda (P) do CPO-D foi o maior responsável por este aumento. Verifica-se que a perda e/ou restauração (obturação) dos elementos dentários é maior na população mais velha, em decorrência da associação entre a falta de ações preventivas e educativas com os maiores riscos desse grupo, devido à má higiene bucal, ingestão excessiva de açúcar, menor acesso ao flúor, produção salivar diminuída, tabagismo e alcoolismo (LANDIM *et al*, 2013).

Utilizando o GOHAI, um estudo observou que as mulheres idosas tinham duas vezes mais chances de ter uma auto percepção negativa sobre a sua saúde bucal (ANDRADE, 2012). Esses achados corroboram com o presente estudo em virtude de mostrar uma maior preocupação das mulheres com a sua saúde bucal. No entanto, nos estudos de Dable *et al*, (2013) não houve diferença significativa entre homens e mulheres, com a melhor pontuação do GOHAI no sexo feminino, que aponta que as mulheres apresentaram maior aceitação do tratamento prescrito. Quando analisadas as taxas de morbidade, a auto percepção de saúde e o uso de serviços, percebe-se que as mulheres apresentam indicadores mais altos que os homens, uma vez que elas são apontadas como portadoras de mais problemas de saúde e/ou mais atentas na busca por atenção à saúde (COUTO, 2010).

Avaliando a auto percepção em saúde bucal através do índice GOHAI, foi observada uma associação com a presença de alterações periodontais (IPC), a presença de alguma alteração nos tecidos de suporte dos dentes foi considerado indicador de risco para a percepção negativa da própria condição bucal. No estudo de Drumond-Santana *et al* (2007), foi observado que a presença de sangramento gengival à sondagem, profundidade de sondagem e nível clínico de inserção ≥ 4 mm associaram-se com impactos negativos na qualidade de vida. Porém, Silva e Fernandes (2001) relataram em seu estudo que a

autoavaliação da condição bucal aparentemente contrasta com a condição clínica, pois a pessoa teve visão positiva, mesmo com seus dados não sendo satisfatórios.

A percepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, as respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais. O meio social tem influência no modo como o indivíduo pensa, sente e age com relação à sua saúde (SILVA, SOUZA, WADA, 2005).

No presente estudo, houve uma relação estatisticamente significativa entre renda e perda estética (ausência de dentes anteriores) com impacto negativo na qualidade de vida relacionado à saúde bucal. Segundo Andrade *et al* (2012), uma possível explicação para essa associação pode estar relacionada com o impacto funcional e psicossocial do número de dentes ausentes na qualidade de vida, em indivíduos com diferentes níveis de renda. Dependendo da localização do dente extraído, esta condição pode não representar um grande problema para as pessoas de baixa renda, enquanto que o mesmo não pode ser verdade para aqueles com rendimentos mais elevados, porque as necessidades odontológicas auto percebidas são dependentes do valor cultural e comportamental, estando na dependência da capacidade de alocar tempo e dinheiro para estes serviços, bem como as prioridades em termos de outras necessidades que possam ter impacto negativo nas atividades da vida diária (ANDRADE *et al*, 2012).

Neste estudo observou-se que o consumo de álcool foi indicador de risco para uma percepção negativa sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, segundo Liu (2014) a saúde bucal é um componente essencial do estado geral de saúde do indivíduo. Nos resultados de seu estudo Liu (2014) indica que as dimensões de autopercepção da saúde bucal, dentes não saudáveis e má experiência odontológica têm fatores de risco comuns ao estilo de vida. A associação significativa existente entre saúde bucal e saúde geral pode ser explicada por seus fatores de risco comuns. Falta de atividade física, alimentação inadequada, tabagismo e consumo excessivo de álcool são responsáveis por doenças crônicas e estão positivamente relacionados com o risco de mortalidade. Indivíduos com baixa renda e baixo nível de escolaridade são mais propensos a relatar dentes não saudáveis e má experiência oral do que outros, dado que um nível elevado de estilo de vida saudável está inversamente relacionado com problemas dentários e má experiência oral, acreditando-se que as pessoas desfavorecidas podem reduzir os seus tipos de más experiências orais através da adoção de estilos de vida mais saudáveis, como, por exemplo, deixar de fumar e reduzir o consumo de álcool (LIU, 2014).

A qualidade da saúde bucal dos trabalhadores sofre a influência das condições de trabalho, com consequências como traumas, alterações em mucosa e outros agravos. Neste sentido, é importante abordar a epidemiologia e a patologia a fim de instruir a elaboração de programas de saúde do trabalhador voltados para um progresso na qualidade de vida, no que concerne à saúde bucal. A melhoria da condição bucal não se reflete somente na parte financeira dos trabalhadores com a economia com tratamentos dentários reparadores, e da empresa, pela diminuição do absenteísmo, mas também, na maior motivação e melhoria na qualidade de vida do trabalhador (HIROISHI *et al*,2012).

Visando essa melhoria, é importante o conhecimento da auto percepção dos indivíduos sobre sua saúde bucal para avaliar suas necessidades pessoais, não apenas clínicas, mas também psicossociais, afinal o paciente deve ser visto como um todo. Existem poucos trabalhos utilizando a metodologia de relacionar o CPO-D ao GOHAI, assim, a possibilidade de comparações é escassa. Ressalta-se, também, a necessidade de uma uniformização das pesquisas sobre esse tema, a fim de poderem ser satisfeitas informações relevantes à melhora dos serviços de saúde.

Neste estudo, não foram observadas alterações nas questões de ordem física e psicológica do GOHAI que avaliaram o presenteísmo, no entanto, houve um impacto no que diz respeito à qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Burton *et al* (2005) com o objetivo de estudar o impacto dos fatores de risco para a saúde do trabalhador e sua redução de produtividade (presenteísmo) observou que a insatisfação com a vida, a insatisfação no trabalho, saúde precária e estresse mostrou maior associação com presenteísmo e para cada fator de risco adicional foi associado uma redução de produtividade de 2,4%. Indivíduos que possuíam médio e alto risco foram 6,2% e 12,2%, respectivamente, menos produtivos que os de baixo risco. O baixo registro de absenteísmo oriundo de problemas odontológicos deve-se ao fato de os relatos de incapacitações por causas orais serem restritos às infecções dentárias e gengivais localizadas. Em consonância, relegados ao segundo plano, encontram-se os efeitos sistêmicos causados por tais infecções (LIMA *et al*,2013).

CONCLUSÕES

Os problemas periodontais, perda estética e o uso de álcool tiveram impacto na autopercepção sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Embora a população adulta ainda disponha de padrões de saúde bucal desfavoráveis, estes não repercutiram nas questões relacionadas ao presenteísmo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Tatiana Frederico de; VIANNA, Maria Isabel Pereira. O Papel da epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal do trabalhador. **Saúde e sociedade**. v. 14, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/10.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

ALVES, Marília; GODOY, Solange Cervinho Bicalho; SANTANA, Daniela Moreira. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200014>. Acesso em: 25 jul. 2014.

ANDRADE, Fabíola Bof de, *et al.* Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. **Journal of the American Geriatrics Society**. Hoboken. v. 60, n. 9, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22880818>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

BURTON, W. N., *et al.* The association of health risks with on-the-job productivity. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 47, n. 8, p. 769-777, 2005a. ISSN 1076-2752

CARVALHO, Erica Silva, *et al.* Prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal do trabalhador. **Revista Gaúcha de Odontologia**. v. 57, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.cro-ce.org.br/prevencao.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

COELHO, Marina Pereira, *et al.* Absenteísmo por causas odontológicas em uma empresa agropecuária da Região Sudeste do Estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://publicacoes.ufes.br/index.php/RBPS/article/viewFile/279/192>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

COUTO, Márcia Thereza, *et al.* O homem na atenção primária à saúde. **Interface**. São Paulo. v. 14, n. 33, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 jul. 2014.

DABLE, RajaneA., *et al.* Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. **Jornal da Investigação Clínica e Diagnóstica**. v. 7, n. 9, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24179944>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

DRUMOND-SANTANA, Trícia, *et al.* Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300022>. Acesso em: 06 ago. 2014.

HIROISHI, Walter Kendi, *et al.* Odontologia do Trabalho: um novo olhar sobre a saúde bucal do trabalhador. **Brazilian Dental Science**. v. 14, n. 3/4, 2012. Disponível em: <<http://ojs.fosjc.unesp.br/index.php/cob/article/view/782>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

LANDIM, Jordânia Rodrigues, *et al.* Fatores demográficos e socioeconômicos associados à cárie dentária em uma comunidade nordestina de baixa renda. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**. v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/3104>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

LIMA, L. S. *et al.* Condição de urgência odontológica e fatores associados em trabalhadores da construção civil–Bahia, 2008. **RevOdontol UNESP**, v. 42, n. 1, p. 48-53, 2013a.

LIU, Ying. The relationship between lifestyle and self-reported oral health among American adults. **International Dental Journal**. v. 64, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24117147>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. O processo de reestruturação produtiva e o jovem trabalhador: conhecimento e participação. **Revista de Sociologia da USP**. São Paulo. v. 13, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v13n2/v13n2a04.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

MAZZILLI, Luiz Eugênio Nigro; CROSATO, Edgard. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 – 2000. **Revista de Pós-Graduação**. v. 12, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BBO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=27184&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

NGUYEN, Thoa C., *et al.* Oral health status of adults in Southern Vietnam - a cross-sectional epidemiological study. **BMC Oral Health** v. 10, n. 2. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20226082>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

OMS. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4. ed. São Paulo, 1999.

SANCINETTI, Tânia Regina, *et al.* Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista Escolar de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40797/44159>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 14, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a08.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

SILVA, Débora Dias da; SOUSA, Maria da Luz Rosário de; WADA, Ronaldo Seichi. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400028&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2014.

SILVA, Silvio Rocha Correa da; FERNANDES, Roberto A. Castellanos. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 4, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000400003>. Acesso em: 24 jul. 2014.

TOGNA, Gisele dos Reis Della, *et al.* Uso da Classificação Internacional de Doenças na análise do absenteísmo odontológico. **Revista de Saúde Pública**. v. 45, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300009>. Acesso em: 02 ago. 2014.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer os determinantes do processo saúde-doença é um fator importante para que se possa promover a saúde de uma população. Os estudos atuais, como demonstrado na revisão da literatura desse trabalho, tem se destacado nas alternativas de melhorar a saúde das populações e reduzir as iniquidades priorizando os determinantes da saúde bucal. Há muitos anos verificam-se na literatura algumas associações entre fatores sociais, econômicos, ambientais e diversas doenças bucais, assim como a cárie dentária, de modo que as condições socioeconômicas e culturais de uma população podem ser os fatores da alta prevalência de cárie observada em todos os tempos. É conhecido que a biologia humana, a qualidade de vida, o meio ambiente e os serviços de saúde geram um forte impacto sobre a vulnerabilidade das populações (AL-MOHAMMADI *et al*, 1997; CARDOSO *et al*, 2005; CIMÕES *et al*, 2007).

Alguns estudos, como os de Sheiham *et al* (2001), Allen (2003) e Araújo, Gusmão e Jovino-Silveira (2006), têm comprovado que a saúde bucal influencia de forma significativa a qualidade de vida dos indivíduos, no entanto, de acordo com Segre; Ferraz (1997), ainda são poucos os profissionais de odontologia que atuam com uma visão ampla sobre a importância da necessidade de aspectos subjetivos para qualidade de vida.

Nardi (2003) afirmou que as alterações relacionadas a esse sistema complexo podem desencadear estímulos dolorosos ou alterações psicológicas e emocionais que interferem diretamente no desempenho das atividades diárias da população, quer seja pela morbidade que a dor provoca, fazendo com que as pessoas tenham suas atenções desviadas no intuito de aliviar seu desconforto, quer seja por uma dificuldade de relacionamento interpessoal pela ausência dos elementos dentários.

Observa-se que a falta de percepção da necessidade de tratamento odontológico é muito comum não apenas entre os pacientes, suas famílias e cuidadores, mas, também, entre muitos profissionais de saúde. Essa falta de percepção pode levar o paciente a deixar o tratamento odontológico sempre “por último” em relação a outros tratamentos de saúde, pois outras doenças de alta prevalência, como, por exemplo, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e cardiopatias, produzem um nível de impacto muito mais alto do que aquelas relacionadas à cavidade bucal. Além disso, sabe-se que pessoas de baixo nível de instrução e de baixa renda tendem a ter uma menor consciência das suas condições de saúde. Outro fato importante que deve ser levado em consideração neste contexto, e que também pode justificar esses achados de percepção e impactos da saúde bucal na qualidade de vida, é que os

pacientes adultos e idosos tiveram seus hábitos formados em uma época em que a odontologia preventiva, ou de promoção de saúde, ainda era centrada no modelo unicausal (microbiológico) das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal), sendo as técnicas e os recursos para prevenção e manutenção dos dentes na cavidade bucal muito limitados. Assim, era comum considerar a eliminação de dentes (entendidos como foco de doença) como uma forma viável de tratamento para a população de baixa renda, sem haver, no entanto, qualquer entendimento da relação entre a importância da reabilitação protética e uma melhor qualidade de vida. Por essa razão, os pacientes examinados para esse estudo apresentaram uma média alta do componente **P** (perdido) dentro do Índice CPO-D, principalmente nas últimas faixas etárias estudadas e nas faixas de menor renda. Essa constatação pode ser observada no estudo de Thompson (*apud*, CALDAS JÚNIOR, 2005) onde presença de piores condições, em termos de lesões de cárie não tratadas ou dentes perdidos, associada a classes menos favorecidas é explicada pelo menor acesso dessas classes a serviços de atenção odontológica. Camadas sociais mais baixas tendem a visitar o dentista menos frequentemente, apesar de possuírem uma necessidade maior de tratamento, e, quando o visitam, tendem a optar por diferentes formas de tratamento.

Por essa razão, torna-se imperiosa a adoção de políticas de saúde que visem ao entendimento/atendimento do paciente na sua integralidade, buscando, sempre, a multi e transdisciplinaridade com o intuito de obter as representações biopsicossociais da doença que possam estar interferindo na vida do paciente.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, Finbarr. Assessment of oral health related quality of life. **Health and Quality of Life outcomes**. v. 1, n. 1, 2003.
- ALMEIDA, Tatiana Frederico de; VIANNA, Maria Isabel Pereira. O Papel da epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal do trabalhador. **Saúde e sociedade**. v. 14, n. 3, 2005.
- AL-MOHAMMADI, S. M.; RUGG-GUNN, A. J.; BUTLER, T. J. Caries prevalence in boys aged 2, 4 and 6 years according to socio-economic status in Riyadh, Saudi Arabia. **Community dentistry and oral epidemiology**. v. 25, n. 2, 1997.
- ALVES, Marília; GODOY, Solange Cervinho Bicalho; SANTANA, Daniela Moreira. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 2, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200014>. Acesso em: 25 jul. 2014.
- ANDRADE, Fabíola Bof de *et al.* Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. **Journal of the American Geriatrics Society**. Hoboken. v. 60, n. 9, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22880818>>. Acesso em: 23 jul. 2014.
- ANDRADE, Tania Bof de *et al.* Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público. **Scientia Medica**. v. 18, n. 4, 2008.
- BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde bucal**. Ministério da Saúde, SB Brasil, 2010. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/img/File/SAUDE%20BUCAL--NotaParaImprensa-28dez2010%20\(2\).pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/SAUDE%20BUCAL--NotaParaImprensa-28dez2010%20(2).pdf)>. Acesso em: 14 ago. 2014.
- BURTON, Wayne N. *et al.* The association of health risks with on-the-job productivity. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**. v. 47, n. 8, 2005.
- CALDAS JÚNIOR, Arnaldo de França *et al.* O impacto do dentulismo na qualidade de vida de idosos. **Revista Ciências Médicas**. v. 14, n. 3, 2005.
- CAPELARI, Marcos Maurício *et al.* Absenteísmo e atestações médico-odontológicas no serviço público: um estudo retrospectivo. **Odonto**. v. 21, n. 41-42, 2014.
- CARDOSO, Maria do Socorro Orestes; CALDAS JÚNIOR, Arnaldo de França; JOVINO-SILVEIRA, Renata Simões. Saúde Bucal e qualidade de vida em Pacientes fissurados. **Rope**. v. 1, n. 1, 2005.
- CARNEIRO, Sergio Antônio Martins. Saúde do trabalhador público: questão para a gestão de pessoas a experiência na Prefeitura de São Paulo. **Revista do Serviço Público**. v. 57, n. 1, 2014.
- CARVALHO, Erica Silva *et al.* Prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal do trabalhador. **Revista Gaúcha de Odontologia**. v. 57, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.cro-ce.org.br/prevencao.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

CIMÕES, Renata *et al.* Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. **Ciências e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 6, 2007.

COELHO, Maria Pereira *et al.* Absenteísmo por causas odontológicas em uma empresa agropecuária da Região Sudeste do Estado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 2010.

COSTA, Márcio Teixeira da. Odontologia do trabalho: uma perspectiva de integração aos sistemas de gestão da saúde e segurança no trabalho. **IV Congresso Nacional Excelência em Gestão**. Rio de Janeiro, 2008.

COUTO, Márcia Thereza *et al.* O homem na atenção primária à saúde. **Interface**. São Paulo. v. 14, n. 33, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 jul. 2014.

DABLE, Rajane A. *et al.* Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. **Jornal da Investigação Clínica e Diagnóstica**. v. 7, n. 9, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24179944>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

DRUMOND-SANTANA, Trícia *et al.* Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300022>. Acesso em: 06 ago. 2014.

FREIRE, Maria Eliane Moreira *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v. 48, n. 2, 2014.

HIROISHI, Walter Kendi *et al.* Odontologia do Trabalho: um novo olhar sobre a saúde bucal do trabalhador. **Brazilian Dental Science**. v. 14, n. 3/4, 2012.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. Qualidade de vida: aspectos conceituais. **Revista Salus**. v. 1, n. 1, 2010.

LACERDA, Josimari Telino de *et al.* Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 24, n. 8, 2008.

LACERDA, Josimari Telino de; TRAEBERT, Jefferson; ZAMBENEDETTI, Mari Lúcia. Orofacial pain and absenteeism in workers of the metallurgic and mechanics industry. **Saúde e Sociedade**. v. 17, n. 4, 2008.

LANDIM, Jordânia Rodrigues *et al.* Fatores demográficos e socioeconômicos associados à cárie dentária em uma comunidade nordestina de baixa renda. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**. v. 18, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/3104>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

LIMA, Luisa Silva *et al.* Condição de urgência odontológica e fatores associados em trabalhadores da construção civil–Bahia, 2008. **Revista de Odontologia da UNESP**. v. 42, n. 1, 2013.

LIU, Ying. The relationship between lifestyle and self-reported oral health among American adults. **International Dental Journal**. v. 64, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24117147>>. Acesso em: 29 jul. 2014.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. O processo de reestruturação produtiva e o jovem trabalhador: conhecimento e participação. **Revista de Sociologia da USP**. São Paulo. v. 13, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v13n2/v13n2a04.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

MAZZILLI, Luiz Eugênio Nigro. **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**. Monografia. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2004.

MESQUITA, Fabiana Andrade Botelho; VIEIRA, Sonia. Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. **RGO**. Porto Alegre. v. 57, n. 4, 2009.

NARDI, A. **Dor orofacial, absenteísmo e qualidade de vida em trabalhadores do sul do Brasil**. Dissertação. Santa Catarina: Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2005.

NGUYEN, Thoa C. *et al.* Oral health status of adults in Southern Vietnam - a cross-sectional epidemiological study. **BMC Oral Health**. v. 10, n. 2. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20226082>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

PAWLINA, Maritza Muzzi Cardozo; CAMPOS, Antonieta Fernandez de; RIBEIRO, Larissa. Shessarenko. Características de absenteísmo entre trabalhadores da saúde: nível central da Secretaria de Estado de Saúde/MT de 2005 a 2006. **Planejamento e Políticas Públicas**. 2010.

SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima; SOUZA, Eliane Helena Alvim de. Impact of tooth loss on the quality of life. **Gerodontology**. v. 29, n. 2, 2012.

SALIBA, Nemre Adas *et al.* Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. Supl 1, 2010.

SANCINETTI, Tânia Regina *et al.* Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 45, n. 4, 2011.

SCHIEHL, André Roberto *et al.* Qualidade de vida no trabalho e saúde: evolução histórica e perspectivas de inovação. **Trabalho & Educação**. Belo Horizonte. v. 21, n. 1, 2012.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 14, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a08.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de saúde pública**. v. 31, n. 5, 1997.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

SHEIHAM, Aubrey *et al.* The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. **Journal of Dental Research**. v. 80, n. 2, 2001.

SILVA, Débora Dias da; SOUSA, Maria da Luz Rosário de; WADA, Ronaldo Seichi. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400028&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2014.

SILVA, Maria Elisa de Souza e *et al.* Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 3, 2010.

SILVA, Rodrigo Sinnott *et al.* Atividade física e qualidade de vida. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 1, 2010.

SILVA, Silvio Rocha Correa da; FERNANDES, Roberto A. Castellanos. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista Saúde Pública**. São Paulo. v. 35, n. 4. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200100400003>. Acesso em: 24 jul. 2014.

TAVARES, Renata da S. Cardoso R.; KAMIMURA, Quésia Postigo. Gestão em saúde corporativa: Absenteísmo e Presenteísmo. **IV Congresso Internacional de Cooperação Universidade-Indústria**. São Paulo, 2012.

TOGNA, Gisele dos Reis Della *et al.* Uso da Classificação Internacional de Doenças na análise do absenteísmo odontológico. **Revista de Saúde Pública**. v. 45, 2011.

UMANN, Juliane; GUIDO, Laura de Azevedo; GRAZZIANO, Eliane da Silva. Presenteeism in hospital nurses. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v. 20. n. 1, 2012.

VIZZACCARO-AMARAL, André Luís; MOTA, Daniel Pestana; ALVES, Giovanni. Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI. **Revista do Curso de Direito da UNIFACS**. n. 165, 2014.