

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – UNIFAL-MG

DANILO VERGINIO DA SILVA

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E AUTOPERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DE
INDÚSTRIAS**

ALFENAS/MG

2018

DANILO VERGINIO DA SILVA

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E AUTOPERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DE
INDÚSTRIAS**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira.

Co-orientadora: Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima.

Alfenas/MG

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central – Campus Sede

Silva, Danilo Verginio da.

Condição de saúde bucal e autopercepção de trabalhadores de indústrias /
Danilo Verginio da Silva. -- Alfenas, MG, 2018.
99 f. : il. –

Orientador: Alessandro Aparecido Pereira.

Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) – Universidade
Federal de Alfenas, 2018.

Bibliografia.

1. Trabalhadores - Saúde bucal. 2. Saúde Pública. 3. Odontologia
Preventiva. I. Pereira, Alessandro Aparecido. II. Título.

CDD 617.601



DANILO VERGÍNIO DA SILVA

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E AUTOPERCEPÇÃO DE
TRABALHADORES DE INDÚSTRIAS DE UM MUNICÍPIO DO SUL DE MINAS
GERAIS**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Dissertação apresentada como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Mestre em
Ciências Odontológicas pela Universidade
Federal de Alfenas. Área de concentração:
Odontologia.

Aprovado em: 28/06/2018

Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira
Instituição: Universidade Federal de Alfenas
UNIFAL-MG

Assinatura: Alessandro Aparecido Pereira

Prof. Dr. Leandro Araújo Fernandes
Instituição: Universidade Federal de Alfenas
UNIFAL-MG

Assinatura: Leandro Araújo Fernandes

Prof. Dr. Kleryson Martins Soares Francisco
Instituição: Instituto Marcelo Pedreira

Assinatura: Kleryson Martins Soares Francisco

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por tudo o que é e por tudo o que faz em minha vida. Graças a Ele consegui a oportunidade de ingressar na pós-graduação e, da mesma forma, graças a Ele, consegui vencer diversos obstáculos e chegar até aqui. Ao meu amado Deus entrego todo o crédito de me proporcionar mais essa conquista!

Agradeço aos meus pais, Lourdes e Dirceu, por todo o apoio prestado durante minha vida e, especialmente, ao longo desses dois anos. Foram incontáveis dias e noites de apoio presencial e a distância, nas mais diversas situações. Sem sua ajuda, sob hipótese alguma eu teria conseguido chegar até aqui e caminhar rumo à obtenção do meu tão almejado título de mestre. Portanto, a vocês agradeço do fundo do meu coração por serem pais tão presentes e colaboradores.

Agradeço aos meus familiares e amigos que me ajudaram cada um à sua maneira. Seja com palavras amigas, com conselhos, com ajudas práticas, enfim, a cada um de vocês que participou da minha vida durante esses dois anos, serei eternamente grato. Afinal, família não é apenas aquela que divide a mesma casa, mas todos aqueles que moram em nosso coração e estão presentes em todas as situações de nossas vidas.

Em especial, agradeço mais uma vez a cinco pessoas importantes da minha família: meu irmão Sidney, minha cunhada Paula, minha tia Nilza e minhas primas Sarah e Carol. Vocês sempre contribuem comigo mesmo nos pequenos detalhes. Apesar de muitas vezes nosso contato não ser tão frequente, infelizmente, cada pequeno gesto de bondade, de apoio, de incentivo, contribuiu para que eu pudesse ter força para superar tantas dificuldades e pudesse realizar mais uma conquista. Muito obrigado pelo importante papel que representam em minha vida!

E não posso deixar de citar três pessoas que foram essenciais para minha conquista, principalmente durante a realização de minha pesquisa e nas minhas idas e vindas de Alfenas: minhas amigas Giselli, Keith e Renata. Vocês três são pessoas excepcionais que Deus colocou em meu caminho com o propósito de me trazer alegria, sabedoria, paciência e muitas outras coisas positivas. Por incontáveis vezes vocês me ouviram, me apoiaram, me ajudaram na prática, mesmo com suas rotinas tão complicadas, com seus filhos para cuidar, com suas famílias para administrar e, tudo isso, sem me pedir um único centavo em troca. Isso mostra o verdadeiro

significado da palavra amizade. Serei grato a vocês durante todos os dias da minha vida, afinal, amizade como a de vocês ultrapassa toda e qualquer medida de tempo! Meu muito obrigado a cada uma de vocês!

Agradeço aos meus orientadores Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira e Profa. Dra. Daniela Coelho de Lima pela ajuda e apoio ao longo desses dois anos de estudo, pela orientação, dedicação e contribuição para comigo.

Aos meus estimados professores, Marcela, Leandro, João Adolfo, Vivien, Denismar, Luiz Beijo, André, Germana, Ronaldo, Márcia e, também, meus orientadores, porém, sempre professores, Alessandro e Daniela. Cada um de vocês contribuiu com seu conhecimento para minha formação profissional e acadêmica. Ensinando, puxando a orelha, avaliando, enfim, com ações necessárias para minha evolução, cada um teve seu papel em meu desenvolvimento como cirurgião-dentista, aluno e ser humano. Deste modo, meu carinho por vocês permanecerá para sempre em meu coração. Muito obrigado a todos!

De forma especial, também, quero agradecer aos meus queridos colegas do mestrado. Vocês que foram peças fundamentais para que tudo acontecesse. Todos nós passamos pelas mesmas tarefas, uns com mais dificuldades, outros com menos, no entanto, cada um com sua garra e determinação. Muito obrigado a cada um de vocês por serem pessoas tão especiais. E falando em especiais, gostaria apenas de citar o nome de alguns de vocês que marcaram minha jornada, como Eliel, Lisia, Maria Clara, Joyce, Dani, Paulinha, Bianca e Ana Paula. Vocês podem, até nunca ler esses agradecimentos e nem mesmo imaginar o quanto se tornaram especiais para mim, contudo, cada um de vocês contribuiu mesmo sem saber de forma importante em minha jornada. Espero poder levar cada um de vocês para sempre comigo em minha vida.

Um agradecimento especial, também, ao professor Alessandro Costa Pereira. Desde meu primeiro dia de aula você me ajudou com suas incontáveis caronas, conversas, conselhos e, claro, sua simplicidade em ajudar sem querer nada em troca. Pode ter certeza que serei sempre grato por ter sido um professor tão querido durante esses dois anos.

Agradeço a todos da UNIFAL que estiverem em contato comigo nesses dois anos e puderam participar da minha caminhada: Jacquiely, Ramayana e nossas queridas colegas da cantina (queridas durante todos esses dois anos), Matheus Araújo (além de um ótimo funcionário um amigo querido), Maria Ângela, Fabiana,

Jane, todos os envolvidos com o mestrado e as dependências do curso de Odontologia e todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que tudo pudesse acontecer. Agradeço a UNIFAL, de modo geral, por permitir que esse sonho se tornasse realidade.

Ao meu querido Pastor Darcy e sua esposa Pastora Nancy, bem como às pessoas especiais e amigas da minha igreja, como Mônica, Sandrinha, Ju, Flávia, e todos aqueles que são tão especiais. Com a contribuição de vocês, seja pelo pensamento positivo, pelas palavras de apoio ou pelas orações, Deus me ajuda muito. Que nosso Senhor multiplique na vida de vocês o que já fizeram por mim.

Agradeço a todos trabalhadores das indústrias que participaram da minha pesquisa, desde os gerentes administrativos até os auxiliares de serviços gerais. Se não fosse por todos vocês, esta pesquisa não teria ocorrido. Portanto, que minha gratidão venha se converter nos frutos desse trabalho, os quais possam ser usados para a melhora de sua saúde e qualidade de vida. Muito obrigado a todos e a cada um de vocês.

E, por fim, agradeço a todos que de qualquer forma estiverem presentes em minha vida ao longo desse período de curso me ajudando e apoiando para que eu não desistisse e pudesse chegar até aqui, principalmente meus amigos e colegas que tanto cobraram minha presença, compreendo, porém, com tristeza, que minha ausência em diversos momentos foi necessária.

Que todos vocês, citados aqui ou não, recebam para sempre minha eterna gratidão!

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores e trabalhadoras de nosso país, muitas vezes desvalorizados, os quais são os maiores responsáveis pelo desenvolvimento de nossa economia. Que suas mãos sejam abençoadas por Deus e vocês possam continuar fazendo a diferença em nossa sociedade.

“O que pode ser mais miserável do que uma pessoa faminta, sem teto, sem futuro, sem saúde? Sabemos que não são poucos os miseráveis do país, mas às vezes esquecemos da quantidade também imensa de miseráveis que está em nossa órbita, cuja barriga não está vazia, mas a cabeça, totalmente”.

(MEDEIROS, 2015).

LISTA DE ABREVIATURAS

ASOO -	Atestado de Saúde Ocupacional Odontológico
CAAE -	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBO -	Classificação Brasileira de Ocupações
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CFO -	Conselho Federal de Odontologia
CID -	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CLT -	Consolidação das Leis do Trabalho
CPI -	Índice Periodontal Comunitário
CTI -	Centro de Terapia Intensiva
CPOD -	Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
DIESAT -	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
FUVAE -	Fundação Varginhense de Assistência aos Excepcionais
IPC -	Índice periodontal comunitário
MS -	Ministério da Saúde
MTE -	Ministério do Trabalho e Emprego
NR -	Norma Regulamentadora
OHIP -	Perfil de Impacto em Saúde Oral
OIDP -	Oral Impacts on Daily Performances
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PAD -	Portable Application Description
PCMSO -	Programa de controle Médico de Saúde Ocupacional
PIP -	Perda de Inserção Periodontal
SB Brasil -	Saúde Bucal Brasil
SESC -	Serviço Social do Comércio
SESI -	Serviço Social da Indústria
SESMT -	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho)
SUS -	Sistema Único de Saúde

UAP – Unidade de Atendimento ao Público
UNIFAL/MG - Universidade Federal de Alfenas – Minas Gerais
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Sonda CPI, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda.....	51
Figura 2 -	Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices para CPI e PIP.....	51
Gráfico 1 -	Componentes CPOD segundo a faixa etária. Varginha/MG, 2017.	60
Quadro 1 -	Tipos de agentes mecânicos, físicos e químicos e suas consequências bucais.....	24
Quadro 2 -	Estudos de associação entre exposição a fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e efeitos na saúde bucal.....	26
Quadro 3 -	Resumo dos códigos e critérios para a realização do CPOD.....	49
Quadro 4 -	Códigos e critérios para necessidade de tratamento.....	49
Quadro 5 -	Códigos e critérios para o Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP).....	53
Quadro 6 -	Códigos e critérios para o uso de prótese.....	55
Quadro 7 -	Códigos e critérios para a necessidade de prótese.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Relação de indústrias e trabalhadores que compuseram a amostra. Varginha/2017.....	47
Tabela 2 -	Número de indivíduos participantes e composição percentual segundo gênero por faixa etária. Varginha/MG, 2017.....	58
Tabela 3 -	Média, desvio padrão da condição de coroa e proporção de componentes [%] em relação ao CPOD total segundo a faixa etária. Varginha/MG, 2017.....	59
Tabela 4 -	Média, desvio padrão da condição de coroa e proporção de componentes [%] em relação ao CPOD total segundo indústria. Varginha/MG, 2017.....	60
Tabela 5 -	Média, desvio padrão da condição de raiz e proporção dos componentes [%] em relação ao total de raízes expostas segundo a faixa etária. Varginha/MG, 2017.....	61
Tabela 6 -	Média e desvio padrão das necessidades de tratamento da cárie dentária e respectivos percentuais em relação ao total de necessidades segundo faixa etária. Varginha/MG, 2017.....	61
Tabela 7 -	Sujeitos sadios, com sextantes excluídos, edêntulos totais, prevalência de sangramento, cálculo e bolsas rasas e profundas segundo a faixa etária. Varginha/MG, 2017.....	62
Tabela 8 -	Média, desvio padrão e percentual do número de sextantes sadios, afetados por sangramento, cálculo, bolsa rasa, bolsa profunda e excluídos segundo a faixa etária. Varginha/MG, 2017..	62
Tabela 9 -	Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) em média e percentuais de pior escore, apresentado segundo o grupo etário. Varginha/MG, 2017.....	62
Tabela 10 -	Uso de prótese superior por tipo, segundo a faixa etária. Varginha, MG, 2017.....	63
Tabela 11 -	Uso de prótese inferior por tipo, segundo a faixa etária. Varginha, MG, 2017.....	63
Tabela 12 -	Necessidade de prótese superior por tipo, segundo a faixa etária. Varginha, MG, 2017.....	64

Tabela 13 - Necessidade de prótese inferior por tipo, segundo a faixa etária. Varginha, MG, 2017.....	64
Tabela 14 - Caracterização socioeconômica dos trabalhadores entrevistados. Varginha, MG. 2017.....	65
Tabela 15 - Nível de escolaridade, morbidade bucal referida e utilização de serviços odontológicos pelos trabalhadores entrevistados. Varginha, MG. 2017.....	66
Tabela 16 - Autopercepção e impactos em saúde bucal dos trabalhadores entrevistados. Varginha, MG. 2017.....	67
Tabela 17 - Existência de convênio odontológico/plano de saúde nas empresas participantes. Varginha, MG. 2017.....	68

RESUMO

O SUS tem como uma de suas atribuições executar todas as ações direcionadas à saúde do trabalhador. Os problemas bucais, principalmente os que apresentam quadros dolorosos, são capazes de causar alterações psicológicas e emocionais que podem interferir direta e significativamente no desempenho de atividades laborais de todo e qualquer trabalhador. O objetivo deste trabalho foi investigar a condição da saúde bucal dos trabalhadores de indústrias de um município do Sul de Minas Gerais, através de um levantamento epidemiológico realizado dentro das indústrias. Trata-se de um estudo transversal, com amostra aleatória, estratificada por indústria, composta por 225 sujeitos. Foi aplicado um questionário para verificação de condições socioeconômicas da família, escolaridade, morbidade bucal referida, uso dos serviços de saúde, autopercepção e impactos em saúde bucal dos trabalhadores, bem como um exame clínico para verificação das condições de saúde bucal, todos baseados no levantamento do SB Brasil 2010. Os exames foram realizados sob luz natural nas instalações de cada uma das empresas. Foram verificados os índices CPOD, CPI, PIP e uso e necessidade de prótese dentária. Para tabulação dos resultados foram utilizados os sistemas EpiBuco 2004, Epi Info 2000, BioEstat 5.3, Microsoft Excel 2016 e Microsoft Access 2016. Para as análises utilizou-se o intervalo de confiança de 95%, teste de correlação de Spearman, média, percentual e desvio padrão. Verificou-se índice CPOD de 19,90 para os indivíduos entre 45 e 64 anos, sendo este o mais relevante, o que pode ser considerado alto. Em relação aos problemas periodontais, verificou-se sangramento em 2,51% da amostra, 6,21% em relação ao cálculo e 4,27% em relação a bolsa periodontal, todos na faixa etária de 20 a 34 anos. Em relação ao PIP, o valor mais significativo foi de 2,24% na população de 35-77 anos, com perda de inserção de 4 e 5 mm. No que se refere ao edentulismo, apenas 5,78% dos indivíduos utilizava algum tipo de prótese superior e 4% algum tipo de prótese inferior e, quanto a necessidade de prótese, 86,67% não necessitava de nenhum tipo de prótese superior e 80,44% não necessitava de nenhum tipo de prótese inferior. As condições socioeconômicas evidenciaram que a maior parte dos trabalhadores possui renda familiar de até 4 salários mínimos e sua escolaridade, em sua maioria, era de ensino superior completo e, em segundo lugar, ensino superior completo. Sobre a morbidade bucal e a utilização de serviços odontológicos, 46,22% realizou sua última consulta na rede particular, de modo que que 48,88% dos trabalhadores procurou o dentista pela última vez por prevenção, evidenciando grande nível de zelo por sua saúde bucal. A maior parte dos trabalhadores (médias superiores a 85%), não se queixaram de interferência de sua saúde bucal em suas atividades diárias. Foi possível concluir que, quando comparado com a literatura, os trabalhadores pesquisados apresentam condições de saúde bucal satisfatórias, contudo, o índice CPOD alto deve ser levado em consideração, de modo a se pensar em medidas preventivas e de educação em saúde por parte das empresas para que os mesmos não tenham alterações com o passar dos anos. Além disso, é interessante que o serviço público de saúde do município adote novas políticas públicas, bem como ações de saúde voltadas para o público trabalhador, visto que o mesmo representa a maior parte da economia municipal.

Palavras-chave: Saúde bucal do trabalhador. Saúde coletiva. Promoção de saúde.

ABSTRACT

The SUS has as one of its attributions to perform all actions directed to the health of the worker. Oral problems, especially those with painful conditions, are capable of causing psychological and emotional changes that can interfere directly and significantly in the performance of the work activities of any and all workers. The objective of this study was to investigate the oral health condition of the workers of industries of the city of Varginha/MG, through an epidemiological survey carried out within the industries. It is a cross-sectional study, with random sample, stratified by industry, composed of 225 subjects. A questionnaire was used to verify the socioeconomic conditions of the family, schooling, referred morbidity, use of the health services, self-perception and impacts on the oral health of the workers, as well as a clinical examination to verify the oral health conditions, all based on the survey of SB Brasil 2010. The examinations were carried out under natural light at the facilities of each of the companies. The CPOD, CPI, PIP and use and need of dental prosthesis rates were verified. EpiBuco 2004, Epi Info 2000, BioEstat 5.3, Microsoft Excel 2016 and Microsoft Access 2016 were used to tabulate the results. The 95% confidence interval, Spearman correlation test, mean, percentage and standard deviation. A CPOD index of 19.90 was found for individuals between 45 and 64 years of age, the latter being the most relevant, which can be considered as high. Regarding periodontal problems, bleeding occurred in 2.51% of the sample, 6.21% in relation to the calculation and 4.27% in relation to the periodontal pocket, all in the age group of 20 to 34 years. In relation to PIP, the most significant value was 2.24% in the population of 35-77 years, with loss of insertion of 4 and 5 mm. With respect to edentulism, only 5.78% of the individuals used some type of superior prosthesis and 4% some type of inferior prosthesis and, as for the necessity of prosthesis, 86.67% did not need any type of superior prosthesis and 80, 44% did not need any type of lower prosthesis. Socioeconomic conditions showed that most of the workers had a family income of up to 4 minimum wage and their education was mostly full tertiary education and, secondly, higher education. Regarding oral morbidity and the use of dental services, 46.22% carried out their last consultation in the private network, so that 48.88% of the workers sought the dentist for the last time for prevention, evidencing a high level of zeal for their health oral. Most workers (averages greater than 85%) did not complain of interference of their oral health in their daily activities. It was possible to conclude that, when compared to the literature, the workers surveyed present satisfactory oral health conditions, however, the high DMFT index should be taken into account, so as to consider preventive measures and health education by companies so that it does not have negative changes with the passage of the years and the other problems continue with low incidence. In addition, it is interesting that the public health service of the municipality adopts new public policies, as well as health actions aimed at the working public, since it represents the greater part of the municipal economy.

Keywords: Oral health of the worker. Collective health. Health promotion.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	19
2.2	DOENÇAS OCUPACIONAIS.....	22
2.3	OS PRINCIPAIS AGRAVOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL DO TRABALHADOR.....	23
2.4	O ABSENTEÍSMO RELACIONADO AOS PROBLEMAS BUCAIS.....	29
2.5	ODONTOLOGIA DO TRABALHO E O PAPEL DO CIRURGIÃO- DENTISTA COMO ESPECIALISTA.....	34
2.6	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DE SAÚDE AOS TRABALHADORES.....	37
2.7	AUTO PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE SUA SAÚDE BUCAL.....	39
3	OBJETIVOS	42
3.1	OBJETIVO GERAL.....	42
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
4	METODOLOGIA	43
4.1	PROTOCOLO ÉTICO.....	43
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ESTUDO.....	43
4.2.1	Serviços de saúde do município.....	45
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	46
4.4	CRITÉRIOS PARA DETERMINAÇÃO DA AMOSTRA DE ESTUDO....	47
4.5	TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO DO EXAMINADOR.....	48
4.6	CRITÉRIOS PARA COLETA DOS DADOS.....	48
4.6.1	Cárie dentária.....	50
4.6.2.1	Índice Periodontal Comunitário	53
4.6.2.2	Índice de perda de inserção periodontal	54
4.6.3	Uso e necessidade de prótese dentária.....	56
4.6.4	Avaliação socioeconômica e autopercepção de saúde bucal.....	57
4.7	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	57
5	RESULTADOS	58

5.1	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA.....	58
5.2	CONDIÇÕES CLÍNICAS DE SAÚDE BUCAL.....	59
5.2.1	Condição dentária.....	59
5.2.1.1	Condição da coroa	59
5.2.1.2	Condição de raiz	61
5.2.1.3	Necessidade de tratamento da cárie	61
5.2.2	Condição periodontal.....	61
5.2.2.1	Índice Periodontal Comunitário	62
5.2.2.2	Índice de Perda de Inserção	62
5.2.3	Uso e necessidade de prótese.....	63
5.2.3.1	Uso de prótese	63
5.2.3.2	Necessidade de prótese	64
5.3	CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA, AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL, MORBIDADE REFERIDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	65
5.3.1	Caracterização socioeconômica da família.....	65
5.3.2	Escolaridade, morbidade bucal referida e uso de serviços odontológicos.....	65
5.3.3	Autopercepção e impactos em saúde bucal.....	67
6	DISCUSSÃO	69
6.1	CÁRIE DENTÁRIA.....	69
6.2	DOENÇA PERIODONTAL.....	70
6.3	EDENTULISMO.....	72
6.4	DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE: A REALIDADE DO TRABALHADOR DE INDÚSTRIA.....	73
7	CONCLUSÃO	76
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICES	85
	ANEXOS	96

1 INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador pode ser descrita como uma prática social que se aplica no contexto da Saúde Coletiva. Esta por sua vez visa a contribuição necessária para a transformação da realidade de saúde do trabalhador e, conseqüentemente, da população como um todo (BARROS et al., 2012; ROUQUAYROL, 2013).

Conforme cita a Organização Mundial de Saúde (OMS), existe a necessidade do desenvolvimento e do fortalecimento de um sistema de informação para a definição de políticas de saúde do trabalhador. A prática e a pesquisa nessa área são dependentes da disponibilidade de um banco de dados relevante, organizado e de fácil acesso. Sendo assim, os serviços de saúde voltados para o público trabalhador devem regular e, sistematicamente, disponibilizar a informação acerca da saúde de uma população, onde são incluídos dados estatísticos das condições e das necessidades de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; TOGNA et al., 2015).

Sabendo da grande importância da saúde bucal no trabalho, bem como reconhecendo e aprovando a participação cada vez mais atuante do cirurgião-dentista na resolução das questões que se relacionam com a atividade laboral, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a partir de 1999, exibiu firme propósito ao inserir a Odontologia no Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional (PCMSO) da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho, do Ministério do Trabalho. O reconhecimento e a regulamentação dessa especialidade, por meio das Resoluções CFO 22/2001 e 25/2002, criaram condições para o desenvolvimento da Odontologia do Trabalho (MAZZILLI, 2003; RODRIGUES; DITTERICH; HEBLING, 2007).

Mesmo com a importância da Odontologia no contexto trabalhista, bem como da atenção à saúde do trabalhador, esta tem sido uma temática pouco estudada e ausente, tanto no processo de formação dos profissionais como na formulação das políticas de saúde bucal, especialmente dos países em desenvolvimento. No Brasil, o modelo de assistência odontológica tem preconizado sempre a atenção individual, baseada no paradigma cirúrgico restaurador, nunca pensando na prática da prevenção (PEREIRA et al., 2009).

Parte das ações voltadas para a saúde coletiva foram desenvolvidas de forma subordinada, quase exclusivamente direcionadas a uma parcela dos escolares. Contudo, de acordo com as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população que pode se observar nos últimos anos, sugere-se a necessidade de maior atenção para problemas que atingem com especificidades os diferentes grupos etários. A cavidade bucal é um porto para a entrada de muitas doenças e apresenta várias características únicas que a tornam especialmente propensas a doenças ocupacionais. Neste sentido, se busca ressaltar a relevância da observação da população adulta economicamente ativa, exposta não só aos fatores etiológicos mais conhecidos das principais doenças bucais, mas também aos fatores de risco presentes no ambiente de trabalho (KHURANA et al., 2014).

Frente a importância de se conhecer o contexto da saúde bucal dos trabalhadores, torna-se possível detectar os principais problemas relacionados e, por conseguinte, a elaboração de políticas públicas de saúde que permitam melhores condições de saúde e acessibilidade ao serviço público de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Os trabalhadores constituem uma grande e importante população. Foi estimado pela Organização Mundial de Saúde que, no ano de 2007, a força de trabalho global era metade da população mundial (cerca de 3300 milhões). A população trabalhadora oficialmente registrada inclui 60-70% dos homens adultos do mundo e 30-60% das mulheres adultas (DETELS et al., 2009; SHARMA et al., 2014).

2.1 A SAÚDE DO TRABALHADOR

Trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem qualquer tipo de atividades para seu próprio sustento e/ou de seus dependentes, independentemente de como estejam inseridos no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores – particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. Além desses indivíduos, também são descritos como trabalhadores todos os que exercem atividades não remuneradas em ajuda a um membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários e aqueles que estejam afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego, seja temporária ou definitivamente (BRASIL, 2001).

Neste contexto, a saúde do trabalhador caracteriza-se por uma vertente da Saúde Coletiva que visa contribuir de forma eficaz para a transformação da realidade de saúde do trabalhador e, desta forma, da população como um todo, partindo-se da compreensão dos processos de trabalho particulares, de forma articulada com o consumo de bens e serviços e o conjunto de valores, crenças, ideias e representações sociais próprias de um momento na história humana (BARROS et al., 2012; ROUQUAYROL, 2013).

No âmbito da Saúde Pública, a Saúde do Trabalhador pode ser inserida com o objetivo de buscar o estudo e a intervenção das relações entre o trabalho e a saúde do indivíduo. Em sua prática, a saúde do trabalhador tem como objetivos promover e proteger a saúde do trabalhador, ações estas que se tornam possíveis a

partir do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, incluindo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, todos realizados dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2001).

Dentre as atribuições do SUS, executar todas as ações voltadas à saúde do trabalhador faz parte de seu contexto de atenção à saúde, de modo que todas estas ações estão prescritas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde. O artigo 6.º dessa lei confere à direção nacional do Sistema a responsabilidade de coordenar a política de saúde do trabalhador (BRASIL, 1988).

Conforme descreve o parágrafo 3.º do artigo 6.º da Lei Orgânica da Saúde, a saúde do trabalhador é definida como:

um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

E abrange as seguintes atividades (BRASIL, 1990; BRASIL, 2001):

- a) A assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- b) A participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- c) A participação na normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- d) A avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- e) A informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e

- exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- f) A participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
 - g) A revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho;
 - h) A garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, do setor, do serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do trabalhador.

Além da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, outros instrumentos e regulamentos federais servem de subsídio para o desenvolvimento das ações no campo da Saúde do Trabalhador, dentre os quais podem ser destacados a Portaria/MS nº 3.120/1998 e a Portaria/MS nº 3.908/1998, que tratam da definição de procedimentos básicos para a vigilância em saúde do trabalhador e prestação de serviços para o mesmo. Contudo, para o funcionamento dessas ações, sua operacionalização deve ocorrer nas três esferas de governos, às quais são atribuídas diferentes responsabilidades e papéis (BRASIL, 2001).

Diante do contexto histórico da saúde do trabalhador, é possível afirmar que não havia preocupação com a mesma até o início do século XVIII. Com o advento da Revolução Industrial e o surgimento de novos processos, ocorreu um aumento significativo de doenças e/ou acidentes decorrentes do trabalho diário. A partir desse momento, percebeu-se a necessidade da elaboração de normas para melhorar o ambiente do trabalho em seus mais diversos aspectos, de modo que o trabalhador não fosse prejudicado com agentes nocivos a sua saúde. Isso permitiria um trabalho saudável e satisfatório. O direito passou, então, a determinar certas condições mínimas que deveriam ser observadas pelo empregador, aplicando sanções e realizando fiscalização sobre as regras determinadas (MARTINS, 2002).

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988 e, conseqüentemente, o advento do SUS, criou-se um capítulo específico com as diretrizes para atender a saúde dos trabalhadores (ARAÚJO; GONINI JÚNIOR,

1999). Diante disso foi criada a Segurança e Medicina do Trabalho, área que é o segmento do Direito do Trabalho responsável pelo oferecimento de condições de proteção à saúde do trabalhador no local de trabalho e de sua recuperação quando não se encontrar apto a prestar serviços ao empregador (MARTINS, 2002).

Nas empresas, em sua maioria, os serviços de saúde são realizados pelos chamados Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMTs), através da elaboração e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Algumas medidas de prevenção da saúde do trabalhador são adotadas, tais como as consultas, orientação e palestras no interior da estrutura da empresa e os exames médicos obrigatórios, que devem ser sempre por conta do empregador (CARRION, 1995).

No contexto odontológico, a atenção à saúde bucal do trabalhador teve ênfase e desenvolvimento a partir da 2ª Guerra Mundial, de 1939 a 1945, em virtude da necessidade de aumento e aceleração da produção de material bélico, forçando as indústrias a considerarem todos os fatores que poderiam perturbar ou retardar a produção, enquadrando-se, então, possíveis problemas bucais que dificultassem o trabalho. Nas décadas de 80 e 90, o início do processo de competitividade forçou as empresas de todos os segmentos a se realinharem ao mercado, começando a se preocupar com a prevenção da saúde dos trabalhadores (MEDEIROS; BIJELLA, 1970).

2.2 DOENÇAS OCUPACIONAIS

De modo geral, os problemas de saúde relacionados ao trabalho, também denominados de doenças ocupacionais, podem ser classificados em dois grupos principais:

- a) Grupo I: problemas que impõem ruptura abrupta do equilíbrio entre as condições e o ambiente de trabalho e a saúde do trabalhador. Exemplo: acidentes do trabalho e as intoxicações agudas de origem profissional;
- b) Grupo II: agravos crônicos, tais como a doença profissional típica, definida como aquela inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade. Exemplo: lesão por esforço repetitivo (MENDES, 1995; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Além dos dois grupos principais de doenças ocupacionais, um terceiro grupo é constituído pelas “doenças relacionadas com o trabalho”, as quais foram definidas pela Organização Mundial de Saúde como outras modalidades de agravos que, em adição a doenças profissionais legalmente desconhecidas, ocorrem em trabalhadores quando o ambiente ou condições contribuem significativamente para a ocorrência de doenças, contudo, aparecem em graus variados de magnitude (ABRASCO, 1991; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Um quarto grupo de doenças ocupacionais pode ser mencionado, sendo ele composto pelos problemas relacionados à organização do trabalho no modo de produção capitalista, tais como o envelhecimento precoce, a síndrome da fadiga patológica, os distúrbios do sono e da sexualidade, o estresse crônico, dentre outros (DEJOURS, 1987; LAURELL; NORIEGA, 1989; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Estão incluídos no âmbito das doenças ocupacionais, também, todos os agentes que causam riscos à saúde dos trabalhadores e que geralmente estão presentes nos locais de trabalho, agrupando-se em agentes químicos, agentes físicos, agentes biológicos, agentes ergonômicos e riscos de acidentes, conforme descreve a legislação (ATLAS, 1995; OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001).

Podem ser citadas, ainda, as doenças ocupacionais decorrentes do próprio serviço, dos recursos utilizados, do relacionamento com as pessoas entre outras variáveis. Contudo, uma mesma doença pode apresentar comportamentos variados entre as pessoas, pois, uma mesma patologia e com a mesma gravidade, pode motivar ou não um trabalhador a não comparecer ao emprego. Em determinadas situações, a ausência ao trabalho não depende da vontade própria do trabalhador, como é o caso de acidentes graves. Todavia, o absenteísmo pode, também, demonstrar uma rejeição ao trabalho, insatisfação com o salário, com as políticas da empresa ou com as condições de trabalho. É o que acontece, principalmente, nas faltas de pequena duração, e quase sempre próximas de feriados ou finais de semana (BRASIL, 2001).

2.3 OS PRINCIPAIS AGRAVOS RELACIONADOS À SAÚDE BUCAL DO TRABALHADOR

Os dentes e demais estruturas bucais podem sofrer algum tipo de lesão direta em virtude da ação de agentes químicos, físicos ou mecânicos com que

tenham estado em contato. Contudo, a cavidade bucal pode apresentar manifestações de doenças sistêmicas, o que permitirá ao dentista, encaminhar o seu paciente ao médico especializado (MAZZILLI, 2003; CARVALHO et al., 2009).

As doenças ocupacionais periodontais, dentárias e das demais estruturas da boca, podem ser agrupadas em duas formas distintas (QUADRO 1):

- a) Doenças ocasionadas pelas ações diretas do agente causal sobre as estruturas da boca e
- b) Doenças em que surgem lesões orais como parte de uma doença sistêmica.

Quadro 1 – Tipos de agentes mecânicos, físicos e químicos e suas consequências bucais.

Origem dos agentes	Agentes irritantes	Consequências bucais
Agentes mecânicos	Pregos, fios de costura, lápis, “cana de vidro”, folha de tabaco, pequenas peças ou ferramentas.	Desgaste dental e lesões periodontais, perda precoce dos dentes. Abrasão dental e lesões na mucosa em trabalhadores expostos a grandes partículas de poeira, sopradores de vidro e músicos que usam instrumentos de sopro.
Agentes físicos (térmicos, acústicos, vibracionais e luminosos).	Altas temperaturas, típicas dos operários provadores de café ou alimentos. Baixas temperaturas. Variação da pressão atmosférica sofrida por mergulhadores e em caixões pneumáticos. Radiação ionizante.	Lesões de mucosa oral, como hiperemia acentuada e necrose, lesões leucoplásicas e neoplásicas. Disfunções temporomandibulares em trabalhadores de frigoríficos. Dores dentais intensas e hemorragias acentuadas. Lesões de mucosa, doença periodontal severa, xerostomia, alterações ósseas.
Agentes químicos	Orgânicos e inorgânicos (ácidos, álcalis, metais, açúcar e seus derivados). Processos Industriais, inclusive a indústria de explosivos, celulose e agentes de limpeza, fábricas de acumuladores elétricos, extração, fabricação e acabamento de metais; produção de fertilizantes e detergentes; indústria vidreira, soda cáustica e solda de metais; fábrica de vidros opacos e fertilizantes.	Lesões de mucosa oral, doença periodontal, alterações salivares e sintomas orais referidos, como dor, xerostomia e ardor, necrose óssea, pigmentações gengivais, estomatites, osteomielites, descalcificações, hemorragias, manchas e abrasões.

Fonte: Carvalho et al., 2009.

As doenças bucais, principalmente as que apresentam quadros dolorosos, são capazes de causar alterações psicológicas e emocionais que podem interferir direta e significativamente no desempenho de atividades laborais de todo e qualquer trabalhador, seja pela morbidade provocada, desviando a atenção das pessoas no intuito de aliviar o desconforto (problema fisiopatológico), seja por uma dificuldade

no relacionamento interpessoal, em decorrência da ausência de dentes (problema psicológico) (MENDONÇA et al., 2010; GUERRA et al., 2014).

Alguns produtos químicos, quando inalados ou absorvidos em doses excessivas que sejam consideradas potencialmente tóxicas ao organismo humano, provocam modificações na quantidade do fluxo salivar e mesmo na quantidade da composição bioquímica da saliva. O chumbo além de ser capaz de ocasionar sérios danos hepáticos, renais e neurológicos, pode gerar o chamado saturnismo, que apresenta como sinais comuns a pigmentação da gengiva marginal, salivação abundante e tumefação das glândulas salivares. Nos anos 1980, em Franca/SP, foram realizadas 84 internações hospitalares de sapateiros por saturnismo. Estes trabalhadores colocavam na boca tachas com o propósito de aumentar a sua produtividade (MARTINS, 2002).

A consequência mais comum do edentulismo, seja total ou parcial, é a má digestão, com desconforto pós-prandial, dores de estômago, sensação de mal-estar, levando o indivíduo com frequência ao ambulatório da empresa para tratar os sintomas, o que não resolve seu problema, fazendo com que busque um serviço médico externo, provocando absenteísmo. Ações preventivas simples, tais como pequenas palestras informativas sobre o assunto, levam o trabalhador a se alimentar sem exagero fazendo o período de labor pós-refeição muito mais produtivo (BARONI, 1996).

De acordo com os dados apresentados pelos levantamentos nacionais em saúde bucal SB Brasil 2003 e 2010, em que se utilizou o índice CPOD, foi possível observar que o número de dentes cariados e perdidos entre adultos e idosos era bem elevados. O edentulismo continua sendo considerado como um problema de grande preocupação na população brasileira. Os dados nacionais coletados por meio dos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal evidenciam que o Brasil conseguiu grande avanço em termos de saúde coletiva na faixa de até 12 anos, no entanto, para as idades superiores (adultos e terceira idade, onde enquadra-se o grupo dos trabalhadores), não conseguiu alcançar a meta desejada. Para o ano 2000, na faixa etária de 35-44 anos, 75% das pessoas deveriam apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais e na faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas deveriam apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais. Tais dados evidenciam uma população com problemas bucais ainda significativos, os

quais podem causar interferência substancial na atividade laboral (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010; BARROS et al., 2012).

Neste contexto, torna-se importante avaliar os problemas bucais que podem atingir de forma direta os trabalhadores, bem como estudar o impacto que eles podem ocasionar em sua qualidade de vida (MIOTTO; SILOTTI; BARCELOS, 2012).

Uma série de estudos ao longo das últimas décadas puderam mostrar a associação de diferentes agravos e problemas bucais decorrentes, como é possível verificar no quadro 2 (LIMA et al., 2015):

Quadro 2 - Estudos de associação entre exposição a fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e efeitos na saúde bucal.

Autor(es)	População de estudo	Risco ocupacional	Resultados
Petersen e Gormsen (1991)	Trabalhadores de uma fábrica de baterias na Alemanha	Exposição ao ácido sulfúrico	31% de erosão dental (mais encontrada em dentes anteriores); 92% de atrição dental CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) 25,5. Média de dentes com bolsa > 5 mm = 2,1
Tomita et al. (1999)	Trabalhadores de uma fábrica de chiclete e chocolate em Bauru, SP	Exposição à poeira de açúcar e farinha	Não houve diferença significativa entre o CPO-D do grupo de estudo (15,73) e o controle (15,53). 23% de bolsa periodontal > 6 mm
Petersen (1983)	Trabalhadores dinamarqueses de uma fábrica de chocolates	Exposição à poeira de açúcar e farinha	12% de odontalgias 15% de dor associada à gengivite Diferença de média de 2,6 a mais para CPO-D do grupo exposto Valor elevado de CPO-S
Masalin, Murtomaa e Sipila (1994)	Trabalhadores de uma confeitaria	Exposição à poeira de açúcar e farinha	(superfícies dos dentes cariadas, perdidas por cárie e obturadas) para os grupos de expostos e controle
Masalin, Murtomaa e Meurman (1990)	Trabalhadores de uma confeitaria	Exposição à poeira de açúcar e farinha	Trabalhadores que produzem biscoito (CPO-S = 73), doce (CPO-S = 62,1), produtos de padaria (CPO-S = 68,0) e o controle (CPO-S = 60,7). Resultados não determinam associação entre exposição e efeito, existem outros fatores envolvidos.
Araújo (1998)	Trabalhadores de indústrias de galvanização	Exposição a ácidos fortes e nevoas ácidas	13,1% de presença de alterações de mucosa na empresa A 31,6% de presença de alterações de mucosa na empresa B 73,7% de presença de alterações de mucosa na empresa C

Tuominen et al. (1991)	Trabalhadores de indústria de fertilizantes	Exposição a ácidos fortes e nevoas ácidas	63,2% de trabalhadores com superfície de dentes perdidas nos expostos aos ácidos inorgânicos ($p < 0,05$). 50,0% de trabalhadores com superfície de dentes perdidas nos expostos a ácidos orgânicos ($p < 0,02$)
Tuominen e Tuominen (1992)	Trabalhadores de indústria de baterias, fertilizantes e galvanização	Exposição a ácidos fortes e nevoas ácidas	Trabalhadores da Finlândia apresentaram 88,2% de indivíduos com TSL comparados ao controle, porém sem significância estatística. Trabalhadores da Tanzânia apresentaram 60,2% de indivíduos com TSL com significância estatística.
Amin, Al-Omoush e Hattab (2001)	Trabalhadores de indústria de fosfato e baterias	Exposição a ácidos fortes e nevoas ácidas	Escores de erosões dentárias foram mais elevados nos grupos expostos em ambas as indústrias ($p < 0,05$). Prevalência de 9,17% de lesão ulcerativa de mucosa oral
Vianna, Santana e Loomis (2004)	Trabalhadores de indústria de processamento de metais	Exposição a ácidos fortes e nevoas ácidas	Exposição passada a névoas ácidas associada com lesões ulcerativas da mucosa oral (LUMO) entre trabalhadores sem selamento labial (RP ajustada = 3,40; IC 90% 1,48-7,85). Exposição passada a névoas e gases ácidos associada com LUMO entre trabalhadores sem selamento labial (RP ajustada = 2,83; IC 90% 1,12-7,17)
Almeida et al. (2008)	Trabalhadores de indústria de processamento de metais	Exposição a ácidos fortes e névoas ácidas; altas temperaturas	30,98% de indivíduos com perda de inserção com mais de 6 anos de exposição. 27,61% de indivíduos com perda de inserção, experiência de exposição corrente
Macelo, Queluz (2011)	Trabalhadores de indústria de fabricação de móveis	Exposição à poeira de madeira, metais, tinta	51,35% apresentava problemas gengivais e 38,74% utilizava medicamentos para alívio de dor de dente. O valor médio do OHIP encontrado foi de 0,51. Foi encontrada associação significativa entre o valor médio do OHIP e a saúde geral e sangramento gengival.
Khurana et al. (2014)	Trabalhadores de indústria de fabricação de baterias	Exposição a metais e produtos químicos ácidos	A média de idade de todos os trabalhadores pesquisados foi de 36,24 anos. Diferenças nos índices de erosão, higiene bucal e índice gengival entre os dois grupos foram altamente significantes ($P < 0,001$) (grupo controle e expostos aos ácidos).

Lima et al. (2015)	Trabalhadores de indústrias de metais, produtos químicos e outros serviços (administrativos)	Exposição a altas temperaturas, névoas ácidas e radiações não ionizantes	O índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) apresentou variação da média de 15 a 19, com maior percentual para dentes obturados (de 58,5% a 70,2%). Destaca-se maior associação positiva entre atividade de cárie e ramo de metais (29,19%)
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Lima et al. (2015) (Adaptado).

Cunha (2005) verificou a existência e o tipo de assistência odontológica oferecida por empresas de grande porte na região centro-oeste do Estado de São Paulo, assim como a condição de saúde bucal de trabalhadores com idade de 35 a 44 anos. Em uma primeira fase ocorreu entrevista no setor administrativo de 17 empresas. Após, foram realizados exames bucais em 100 funcionários de uma empresa que consentiu em participar desta etapa. Os resultados demonstraram que 85,71% das empresas pesquisadas ofereciam assistência odontológica, sendo o tipo predominante convênio com CD em consultório particular e reembolso de 50% do valor do tratamento. A média de dentes presentes foi de 23,61 para os homens e 19,43 para as mulheres, sendo que cerca de 70% apresentavam 20 ou mais dentes em condições funcionais, se aproximando da meta da OMS para o ano de 2000.

Tauchen (2006) verificou as condições de saúde bucal de trabalhadores de uma Agroindústria do Sul do Brasil, constatando que em relação ao nível de satisfação bucal 51,63% classificaram como regular, sendo que a média de última visita ao cirurgião-dentista foi de 25,51 meses, alegando falta de tempo e oportunidade, e 59,47% relatou que já trabalhou com dor de dente e até mesmo fazendo uso de automedicação para aliviar sintomas, grande necessidade de instalação de prótese (57,52%) para o maxilar superior e (64,05%) para inferior, e ainda acentuada necessidade de atenção à saúde periodontal, pois 79,82% apresentavam cálculos dentais favorecendo presença de gengivites (61,44%) e alta prevalência de disfunções ortodônticas (66,01%) com desalinhamento dental severo, podendo ser um dos desencadeadores do expressivo número de indivíduos com sintomatologia dolorosa de ATM (31,42%).

Almeida et al. (2011) identificaram os agravos à saúde bucal dos trabalhadores atendidos na Unidade Odontológica do Serviço Social da Indústria (SESI), Jequié-BA, e a sua possível correlação com a indústria empregadora. Foi verificada, nos registros dos prontuários analisados, uma maior prevalência das

doenças do dente, da polpa e do periápice, 96,2%. A doença periodontal esteve presente em 27,2% dos industriários e as Injúrias físicas e químicas representaram 17,7% dos prontuários analisados. As lesões do grupo abscessos não obtiveram registros.

Barros et al. (2012) buscaram identificar o perfil da saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Piracicaba. Realizou-se estudo transversal com aplicação de questionário e exame clínico (OMS) em 600 trabalhadores de agosto a dezembro de 2006. De 460 trabalhadores, a maioria foi: do gênero masculino (97,39%), casado (54,13%), nível de escolaridade com ensino médio completo (25,87%), não fumante (82,17%), fizeram uso de medicamento para o alívio de problemas na cavidade oral (31,09%), sofreram acidentes de face ou boca (41,30%). O exame clínico identificou os problemas que envolvem os trabalhadores: 92,17% não sentem dor na articulação temporomandibular (ATM), não reclamam de barulho (97,17%) e não sentem estalos (82,17%); quanto à utilização de próteses constatou-se que não usam nem necessitam (71,74%); quanto ao índice periodontal, acidente de face ou boca e uso de medicamento, foi maior nos trabalhadores de outras ocupações que não trabalham como caldeireiro, soldador e ajudante ($p>0,05$).

Maia et al. (2012) buscaram avaliar a saúde bucal de trabalhadores atendidos no Núcleo de saúde ocupacional de Campina Grande/PB. Verificou-se predomínio do sexo masculino (91,8%) e da faixa etária de 35 a 37 anos (51,6%). O valor médio do CPOD foi de 15,5, com predomínio do componente cariado (9,7). As prevalências de sangramento gengival, cálculo dentário e bolsas profundas foram de 9,7%, 34,0% e 10,0%, respectivamente. Dos examinados, 80,1% necessitavam de algum tipo de prótese. Em relação ao uso de prótese, 31,7% usavam no arco superior e 4,4% no inferior.

2.4 O ABSENTEÍSMO RELACIONADO AOS PROBLEMAS BUCAIS

O absenteísmo pode ser definido como a ausência ao trabalho por qualquer motivo, como, por exemplo, doenças, acidentes de trabalho, direitos legais como doação de sangue, participação em júris ou eleições e licença maternidade, fatores sociais (como doença de parentes), fatores culturais extras ou intra-empresariais como emendar feriados, copa do mundo, feriados religiosos não oficiais, legalização

de uma falta gerada por outra motivação não relacionada à saúde, etc. (STOCKMEIER, 2004).

O absenteísmo é visto como um oneroso problema socioeconômico, o qual é uma realidade constante em meio às organizações, resultando em perdas da produção e, quando relacionado às enfermidades/doenças, alcançam altos índices nas organizações de trabalho, refletindo em altos custos tanto para as organizações, como para a sociedade. Iwasso (2007) apontou que o Estado de São Paulo gastava anualmente R\$ 290,5 milhões com servidores públicos que faltavam ao trabalho por motivos de saúde, dos quais R\$ 165,9 milhões se referiam somente aos custos com servidores públicos da educação.

Sabendo dos enormes gastos do absenteísmo para a economia nacional, este vem sendo alvo de atenções e preocupações de empresários, executivos e médicos do trabalho. Do mesmo modo que o absenteísmo influencia negativamente na economia de qualquer país, também sob ponto de vista médico, seu estudo deve representar importante tarefa de um serviço de medicina ocupacional, considerando o fato de que seu conhecimento pode definir e conduzir a uma política essencialmente prevencionista e de alto significado social.

Flores et al. (2016) relacionam tais dificuldades, como:

- a) diminuição da produtividade aumentando o custo de produção refletindo no custo final do preço ao consumidor;
- b) se o trabalho é uma sequência de ações, a falta de um trabalhador prejudica a todos;
- c) o absenteísmo aumenta a si mesmo;
- d) aumento do custo da previdência social, com repasse das despesas à sociedade;
- e) diminuição do rendimento do trabalhador e aumento dos seus gastos, e;
- f) perda da agilidade do trabalhador com o afastamento.

O absenteísmo por doença é considerado, de forma generalizada, como o mais importante dos diversos tipos de absenteísmos existentes devido ao volume de ausências do trabalho que acarreta. Contudo, conforme suas possíveis causas, existem outros tipos que podem ser classificados da seguinte maneira (FLORES et al., 2016):

- a) absenteísmo voluntário: é a ausência do trabalho, por razões particulares. neste sentido, se trata da ausência não justificada, sem amparo legal, de exclusiva responsabilidade do trabalhador;
- b) absenteísmo por doença: inclui toda e qualquer ausência do trabalho por motivos de doença, diagnosticada por procedimento médico ou odontológico;
- c) absenteísmo por patologia profissional: compreende as ausências por acidente de trabalho ou doença profissional;
- d) absenteísmo legal: corresponde às faltas ao trabalho que são amparadas pela lei, como licença maternidade, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar, e
- e) absenteísmo compulsório: ausência do trabalho por imperativo de ordem legal, ainda que o trabalhador não deseje, tais como: suspensão imposta pela chefia, prisão, etc.

Tendo por base o grande número de indústrias e respectivos empregados, é de grande importância que se dê a devida atenção para a magnitude do problema odontológico nesse setor de atividade humana. Em 2004, de acordo com o Boletim Estatístico da Previdência Social, houve um total de 9.162 benefícios concedidos por auxílios doenças no ano em questão, totalizando um custo de R\$ 5.406.851,00 para os cofres públicos com pagamentos de salários e benefícios decorrentes de afastamentos do trabalho, enquanto o auxílio acidente, que totalizava 456 no mesmo ano, representou um desembolso de R\$ 222.613,00, de modo que tais valores representam problemas de saúde em geral. O total de benefícios previdenciários em 2004, somando todas as espécies, foi de 233.876, com um custo de R\$ 101.873.360,00. Tais dados evidenciam que o absenteísmo gera custos extremamente altos para o país, os quais poderiam ser convertidos em verba para outras aplicações de benefício da população (BRASIL, 2004).

Nos Estados Unidos, o custo anual do absenteísmo é estimado em mais de US\$40 bilhões para as organizações. Pelo montante apresentado podemos inferir que o absenteísmo traz prejuízo para as organizações e para os colaboradores. Para os colaboradores, além do prejuízo financeiro, se a falta não for justificada, traz danos psicológico (BATISTA, 2012).

A dor de dentes ocupava o 3º lugar no ranking das causas de ausências do trabalho, ficando atrás, apenas, da dor de cabeça e da dor de estômago, respectivamente. Todavia, mais recentemente, o absenteísmo passou a incluir outros aspectos relacionados ao mesmo, como problemas familiares, psicológicos, falta de motivação, dentre outros. Mas no que se refere aos problemas de saúde, os estudos atuais apontam que as lesões por esforço repetitivo ou doenças relacionadas à rotina de trabalho têm liderado as ausências do trabalho (CHIAVENATO, 2010).

Uma pesquisa realizada por Queluz e Macedo (2010) buscaram identificar os principais fatores envolvidos no absenteísmo médico e odontológico em uma indústria de móveis na cidade de Itatiba, SP, Brasil, entre 2005 e 2008. Foi feito um estudo descritivo transversal em que todos os certificados médicos e odontológicos dos trabalhadores emitidos de janeiro de 2005 a dezembro de 2008 foram revisados. A perda de tempo de trabalho foi de 7098,5 horas de trabalho e 887,3 dias de trabalho, considerando um dia útil de 8 horas. O absentismo na indústria em questão foi mais frequente devido a razões médicas e não odontológicas. Havia vários certificados sem os códigos CID. O número de horas de trabalho perdidas devido a problemas médicos e dentários é um fator econômico significativo.

Miotto, Silotti e Barcellos (2012) analisaram a prevalência da dor dentária e a ocorrência de absenteísmo provocado por dor de dente e as possíveis associações com características sociodemográficas. Tal estudo foi realizado com funcionários da Prefeitura Municipal de Venda Nova do Imigrante, cidade localizada no Espírito Santo. Após avaliar 170 indivíduos, verificou-se que a prevalência de dor dentária entre os trabalhadores foi de 43% e a de absenteísmo por dor dentária foi de 23,4%, totalizando quase $\frac{1}{4}$ da amostra de casos de absenteísmo por problemas odontológicos.

Outro estudo realizado por Miotto, Barcellos e Lopes (2013) teve por objetivo analisar a prevalência da dor dentária, a ocorrência de absenteísmo e suas possíveis associações com características sociodemográficas. Foi utilizada uma amostra aleatória de 169 sujeitos de um universo de 666 funcionários. A prevalência de dor dentária foi de 46,7% e a de absenteísmo 12,7%. Não houve associação estatística entre dor e as variáveis avaliadas – sexo, faixa etária, renda e escolaridade. Em relação ao absenteísmo, indivíduos com grau de escolaridade até o ensino médio incompleto declararam maior perda de horas de trabalho. A

prevalência de dor foi expressiva e não esteve associada às variáveis controladas neste estudo. A dor de dente observada foi capaz de produzir absenteísmo, e este esteve associado à escolaridade dos participantes.

Atualmente, com o objetivo de possibilitar maior controle sobre as condições de trabalho, sendo possível, deste modo, evitar o máximo possível o absenteísmo e não propriamente visando a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores, têm sido implantados serviços de assistência dentária dentro das empresas e fábricas. A prestação de serviços odontológicos nas empresas privadas ou públicas pode ser dividida em três modos distintos (PINTO, 2015):

- a) serviços próprios, instalados nas próprias dependências das empresas e operados por pessoal assalariado, contratados diretamente pela mesma;
- b) serviços contratados externamente (serviço terceirizado), com encaminhamento do empregado que necessitar de atendimento, geralmente restrito a extrações e emergências e
- c) serviços proporcionados por instituições para-oficiais como sesc e sesi.

Em virtude dos problemas odontológicos, os trabalhadores podem ter suas atividades diárias prejudicadas, tais como redução das horas de sono, falha na realização de algumas atividades de lazer, restrições alimentares, desordens psicológicas associadas à diminuição da autoestima e perda de dias e de aprendizagem na escola e/ou no trabalho. Tais complicações na vida e na qualidade de vida dos indivíduos podem estar associados diretamente à presença de dor dentária (GOES et al., 2007).

Todos os fatores relacionados à Odontologia que acarretam ausências ao trabalho têm sido cada vez mais ligados ao setor público e privado, principalmente em razão do contexto econômico competitivo e produtivo, o qual tem levado pesquisadores a buscarem a compreensão dos principais fatores que estão envolvidos com o absenteísmo por motivos odontológicos. Os problemas bucais constituem uma incapacidade da atividade produtiva, com efeitos sobre a capacidade de trabalho e a qualidade de vida, além do prejuízo para o empresário (CARVALHO et al., 2009).

A dor orofacial é capaz de causar grandes alterações na qualidade de vida de um indivíduo, até mesmo mais do que outras condições sistêmicas, tais como, úlceras, diabetes e pressão alta. As pessoas que se encontram nessa situação vivenciam mudanças significativas em sua rotina, incluindo dias de trabalho

perdidos, permanecendo isolados em casa, até mesmo chegando ao ponto de evitar os amigos e a família, preocupando-se com as condições bucais, visitando dentistas, tomando medicamentos e evitando certos alimentos (MIOTTO; SILOTTI; BARCELLOS, 2012).

2.5 ODONTOLOGIA DO TRABALHO E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA COMO ESPECIALISTA

Nos últimos anos, foram apresentadas uma série de denominações para designar a odontologia aplicada à prática laboral, tais como Odontologia Industrial, Odontologia do Trabalho, Odontologia Ocupacional e Odontologia em Saúde do Trabalhador (RODRIGUES; DITTERICH; HEBLING, 2007).

A Odontologia do Trabalho preocupa-se com a melhoria da saúde bucal, seus efeitos e influência sobre a produtividade do trabalho e o diagnóstico precoce de manifestações de doenças ocupacionais (PEREIRA et al., 2009).

Além disso, a Odontologia do Trabalho também se preocupa com a busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2001).

Tratando-se de uma especialidade regulamentada, a Odontologia do Trabalho direciona o profissional especialista para a área da saúde ocupacional, de modo a reparar a distorção que vem ocorrendo ao longo dos anos do papel dos cirurgiões-dentistas como responsáveis pelas políticas de prevenção e controle de agentes nocivos à saúde dos trabalhadores. As áreas de competência para a atuação do especialista em Odontologia do Trabalho incluem (CFO, 2002; MAZZILLI, 2003; COSTA, 2005):

- a) identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal no local de trabalho, em qualquer uma das fases do processo de produção;
- b) assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde, de segurança, de ergonomia e de higiene no trabalho, bem como em matéria de equipamentos de proteção individual, entendendo-se inserido na equipe interdisciplinar de saúde do trabalho operante;

- c) planejamento e implantação de campanhas e programas de duração permanente para educação dos trabalhadores quanto a acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e educação em saúde;
- d) organizar estatística de morbidade e mortalidade com causa bucal e investigar suas possíveis relações com as atividades laborais;
- e) realização de exames odontológicos para fins trabalhistas e
- f) análise socioepidemiológica dos problemas de saúde bucal do trabalhador.

Diversas poderiam ser as atuações do dentista do trabalho, dentre as quais podem ser citadas (MAZZILLI, 2003; RODRIGUES; DITTERICH; HEBLING, 2007):

- a) como prestador de serviços técnicos, ou de consultoria;
- b) na rede pública de serviços de saúde;
- c) nas organizações de trabalhadores e de empregadores;
- d) na previdência social junto ao sistema judiciário;
- e) junto à polícia;
- f) junto ao ministério público;
- g) atividade de docente;
- h) na pesquisa;
- i) consultoria privada no campo da saúde e segurança do trabalho.

As Normas Regulamentadoras (NR) são de caráter obrigatório em qualquer recinto em que haja a presença de trabalhadores, de acordo com o que determina a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e a NR-7 é a que objetiva promover e preservar a saúde dos trabalhadores mediante a implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO). Além disso, o cirurgião-dentista não era incluído como membro da equipe de saúde, mesmo com o fato de determinadas ações sempre terem sido incumbidas somente ao cirurgião-dentista como a elaboração do ASOO (Atestado de Saúde Ocupacional Odontológico), exames admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional. Porém, este panorama passou a sofrer modificações no ano de 2005 com a publicação da Portaria 2.437-GM, do Ministério da Saúde, que inseriu o cirurgião-dentista na equipe de saúde e, recentemente, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) incluiu a especialidade Odontologia do Trabalho na mais recente

versão da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) recebendo o código 2232-76, também denominada de Odontologia Ocupacional (HIROISHI et al., 2011).

A inclusão da odontologia no Programa de controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), normatizada pela Norma Regulamentadora 7 (NR 7) do Ministério do Trabalho, além de incluir a saúde bucal dentro do sistema de saúde ocupacional, possibilitaria a criação de um banco de dados voltado especificamente para a Odontologia. No exame clínico rotineiro e obrigatório do PCMSO, seria importante a inclusão do exame odontológico, utilizando-se inicialmente uma ficha simplificada da OMS, apresentada por Pinto (2015), onde constam exames de dentes, mucosa e articulações, além da possibilidade da utilização do Código Internacional de Doenças (CID) (PINTO, 2015).

Além das atribuições e possibilidades já descritas sobre a atuação do dentista nas empresas, é possível a realização do Levantamento Epidemiológico na empresa como recurso para aplicação de uma odontologia preventiva. Este levantamento epidemiológico baseia-se no exame coletivo dos trabalhadores, objetivando a pesquisa de manifestações bucais das moléstias profissionais específicos daquela atividade laboral, focos de etiologia dentária, exame da prevalência de cáries e problemas periodontais. Neste contexto, a empresa lança mão da possibilidade de pensar sempre na saúde e no bem-estar de seus trabalhadores e, também, na contenção de gastos com o absenteísmo e a manutenção de seus lucros, mantendo o empregado são, apto a produzir mais e melhor, sem faltas decorrentes de problemas dentários e obtendo, com isto, o retorno dos gastos com ele feitos na assistência prestada. Tendo em mente esta lógica de assistência, o trabalhador não se ausentará da empresa, eliminando-se o problema do atestado, a procura pelo serviço público e do consultório particular (HIROISHI et al., 2011).

A Odontologia do Trabalho busca de forma permanente a compatibilidade entre a atividade laboral e a saúde bucal do trabalhador. Por meio dessa especialidade, a Odontologia capta a responsabilidade relativa ao bem-estar e à qualidade de vida dos trabalhadores. Esta nova especialidade cumpre mais um de seus papéis sociais enquanto profissão de saúde, objetivando a promoção e preservação da saúde dos trabalhadores como um todo, colocando em pauta a diversidade de doenças do trabalho que acarretam manifestações bucais (HIROISHI et al., 2011).

2.6 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DE SAÚDE AOS TRABALHADORES

A OMS salienta a importância do desenvolvimento e do fortalecimento de um sistema de informação para a definição de políticas de saúde do trabalhador. A prática e a pesquisa nessa área dependem da disponibilidade de um banco de dados relevante, organizado e de fácil acesso. Sendo assim, os serviços de saúde do trabalhador devem regular e sistematicamente, tornar disponível a informação sobre a saúde de uma população, incluindo estatísticas das condições e das necessidades de saúde (WHO, 1995; TOGNA et al., 2015).

Mudanças na organização e no gerenciamento do trabalho têm proporcionado consequências significativas para o processo de adoecimento das pessoas. Neste contexto, as ações de segurança e saúde do trabalhador requerem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, atuação esta que seja capaz de contemplar a complexidade das relações produção-consumo-ambiente e saúde. Pensando por esta perspectiva, tendo em mente que a saúde bucal não pode ser dissociada da saúde geral, já que o indivíduo é um ser integral e a saúde bucal faz parte do todo, torna-se imprescindível a discussão sobre a inclusão do cirurgião-dentista do trabalho no escopo das políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador (BRASIL, 2005).

Depois de mais de dez anos de implantação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, implementadas em 2004, ainda existem uma série de lacunas no desenvolvimento de políticas que contribuem para a manutenção da saúde bucal do trabalhador no que tange aos agravos e aos riscos ocupacionais envolvendo a cavidade bucal. Deste modo, o trabalhador continua marginalizado quanto ao acesso à política de promoção da saúde bucal (SILVA, 2012).

O modelo atual de organização da saúde do trabalhador está fortemente centralizado nos serviços médicos de empresa. Todavia, esses serviços funcionam, em sua maioria, de forma autônoma e dissociada tanto do sistema de saúde, como dos órgãos regionais do Ministério do Trabalho (DANTAS et al., 2015).

As ações odontológicas no contexto da saúde do trabalhador tornam-se importantes principalmente no que se refere à prática da prevenção da saúde no desenvolvimento das ações em saúde desse público (LAMAS; BLANK; CALVO, 2008).

Se as condições bucais se vinculam às condições gerais de saúde, e são consideradas quando se discutem as incapacidades que atingem os trabalhadores, a promoção da saúde torna-se um meio potencial de combate ao desconforto, dor e sofrimento associado às doenças bucais, tornando-se estratégia importante na redução do impacto destas doenças no processo de viver humano. O conhecimento sobre riscos ocupacionais para a saúde bucal do trabalhador é ainda incipiente, e a sua disseminação precária, seja no meio acadêmico seja entre os profissionais de serviços, mesmo para aqueles que trabalham em indústrias, onde exposições ocupacionais são comuns. Isso expressa a falta de integração entre a odontologia e a saúde pública em geral, e, mais especialmente, entre as práticas de saúde bucal e o campo da saúde do trabalhador. Assim, torna-se necessária a incorporação dos profissionais de odontologia nas equipes de saúde e segurança do trabalhador. É importante também o deslocamento do foco de atenção da boca para o indivíduo, e deste para o coletivo, na expressão de sua complexidade social (CARVALHO et al., 2009).

Desde a promulgação da Constituição Federal, em 1988, e a consequente criação do Sistema Único de Saúde, Brasil em 1988, um capítulo específico foi criado com as diretrizes para atender à saúde do trabalhador brasileiro. Várias diretrizes já foram postas em prática, porém os programas de saúde propriamente, principalmente do trabalhador, muitas vezes esbarram nos contextos social, econômico e político do momento, gerando mudanças de enfoque e priorização de metas. As condições de trabalho interferem na qualidade de saúde bucal dos trabalhadores, e que tal alteração poderia desencadear alterações na mucosa bucal, que muitas vezes permitem um diagnóstico precoce de um envolvimento sistêmico. Hoje, porém, não se faz uma odontologia do trabalho voltada para a identificação epidemiológica, catalogação ou prevenção das doenças, e sim de maneira usual, simplesmente curativa (ARAÚJO, 1998).

É importante não só levantar os problemas bucais que podem afetar diretamente os trabalhadores como também analisar concretamente a epidemiologia e patologia desses problemas, assim como estudar o impacto que podem ocasionar em suas qualidades de vida, trazendo à tona novos elementos na análise da causalidade das doenças e dos porquês da sua maior ocorrência e manutenção em determinados segmentos da sociedade. Há que se considerar, ainda, o desconhecimento da problemática de saúde bucal por parte dos trabalhadores, a

falta de interesse e conhecimento dos profissionais da saúde, no que se refere ao estudo e interpretação correta dos problemas de saúde bucal que afetam os trabalhadores, e a necessidade de uma política de saúde do trabalhador firme e eficaz (GOMES, 2013).

O Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) revelou, em 1989, que não se conhecia o número exato de trabalhadores afetados por determinadas doenças profissionais, em decorrência da ausência de centros de referência em medicina do trabalho ao alcance de todos. Em decorrência disto, não se conhecia a severidade do quadro epidemiológico de muitas afecções bucais que acometem os trabalhadores, restringindo-se a atenção odontológica existente nos níveis primário, secundário e terciário, respectivamente, a cuidados com o ambiente de trabalho e controle periódico da população, atendimento prestado em âmbito ambulatorial e atendimentos em âmbito hospitalar para os acidentes do trabalho (BRASIL, 2007).

As empresas privadas sofrem um prejuízo bastante alto, tanto do ponto de vista financeiro como humano. Por isso, é fundamental que os programas de saúde ocupacional incluam a odontologia, e para que essa iniciativa obtenha sucesso é importante a participação do cirurgião-dentista nesse processo (HIROISHI et al., 2011).

No ambiente de trabalho, o desconforto ocasionado por doenças bucais e o controle da dor com base em medicamentos causam perda de concentração e redução da capacidade e qualidade de trabalho, predispondo o indivíduo a acidentes pessoais e no ambiente de trabalho. Empregados representam um dos maiores patrimônios das empresas, e só atingem o máximo de sua capacidade de trabalho quando suas necessidades básicas de saúde estão atendidas (PIZZATTO, 2002).

2.7 AUTOPERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES SOBRE SUA SAÚDE BUCAL

Apesar do reconhecimento da importância dos aspectos sociais e psicológicos na determinação da doença, amplamente debatidos, a odontologia continua empregando, quase que exclusivamente, índices biológicos na avaliação e determinação das necessidades de tratamento e apreciação de programas de saúde bucal. O índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e o índice periodontal comunitário (CPI) são recomendados pela OMS para a avaliação das

duas patologias bucais mais prevalentes: a cárie e a doença periodontal. Uma das limitações desses índices é o fato de não considerarem a percepção subjetiva do indivíduo em relação à saúde bucal e de não avaliarem a maneira como a saúde bucal afeta a vida diária (PINTO, 2015). Contudo, instrumentos de aferição capazes de englobar os aspectos psicológicos e sociais, por intermédio da autopercepção e do levantamento dos impactos causados na qualidade de vida, têm sido desenvolvidos e validados por diversos autores (SRISILAPANA; SHEIHAM, 2001).

Os indicadores sócio dentais são capazes de mensurar o grau em que as doenças bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo, desde os aspectos funcionais, os psicológicos até os sociais (onde se enquadram as atividades laborais). O uso de indicadores sócio dentais, baseados na autopercepção e nos impactos odontológicos, oferece vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos, e a principal é a mudança na ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (SHEIHAM, 2000 *apud* PINTO, 2015).

A autopercepção da saúde bucal apresenta aspectos multidimensionais, associados a condições físicas e subjetivas relacionadas à boca. A autopercepção da saúde bucal sofre influência direta por razões sociais, econômicas e psicológicas, as quais só podem ser explicadas e compreendidas quando os pacientes são ouvidos e quando os seus auto diagnósticos e suas opiniões são levados em consideração. Neste sentido, torna-se visível que a autopercepção do indivíduo sobre sua saúde bucal é de grande importância para as ações a serem adotadas no âmbito da saúde coletiva (SILVA; CASTELLANOS FERNANDES, 2001).

Gomes e Abegg (2007) investigaram a prevalência do impacto bucal no desempenho diário em adultos brasileiros. Uma amostra composta por 276 funcionários do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, entre 35 e 44 anos, responderam a entrevista e permitiram a realização do exame clínico. O Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) foi utilizado para avaliar o impacto bucal no desempenho diário. 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. O OIDP mostrou-se útil para avaliar os impactos odontológicos nas dimensões físicas, psicológicas e sociais do desempenho diário.

Macedo e Queluz (2011) identificaram o perfil e a saúde bucal autopercebida entre os trabalhadores de uma indústria de móveis. Os dados foram obtidos a partir de um estudo transversal em que o questionário do Perfil de Impacto em Saúde Oral (OHIP 14 - forma curta) foi aplicado aos trabalhadores com foco em seu perfil demográfico e saúde bucal autoperceptiva. O valor médio do OHIP encontrado foi de 0,51. Foi encontrada associação significativa entre o valor médio do OHIP e a saúde geral e sangramento gengival. Não foi encontrada associação significativa entre o uso de medicamentos para alívio da dor de dente e sangramento gengival ou boca seca. Foi encontrada associação significativa entre o uso de medicamentos para alívio da dor de dente e tabagismo. Os autores concluíram que conhecer os hábitos e o perfil dos trabalhadores é um fator relevante para promover a atenção à saúde bucal no contexto da saúde ocupacional; o sangramento gengival foi um indicador forte da autopercepção da saúde bucal e da qualidade de vida dos trabalhadores.

Guerra et al. (2014) analisaram o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores de uma universidade pública através do Oral Health Impact Profile, na sua versão reduzida (OHIP-14), e fatores associados. Cerca de 40% do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida pode ser explicado pelas variáveis: escolaridade ($p = 0,03$), idade ($p = 0,03$), motivo da consulta odontológica ($p = 0,01$), percepção de saúde bucal ($p < 0,01$) e satisfação com dentes e boca ($p < 0,01$).

3 OBJETIVOS

Para melhor compreensão, os objetivos do trabalho foram divididos em objetivo geral e objetivos específicos.

3.1 OBJETIVO GERAL

Realizar um levantamento epidemiológico para conhecer as condições de saúde bucal dos trabalhadores das indústrias do município de Varginha, MG.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Estimar a prevalência de cárie dentária de coroa e raiz;
- b) estimar a condição periodontal;
- c) estimar a necessidade de tratamento relacionada à cárie dentária;
- d) estimar a necessidade e o uso de prótese dentária;
- e) caracterizar o perfil socioeconômico e a utilização dos serviços odontológicos;
- f) conhecer a auto percepção dos trabalhadores em relação à saúde bucal.

4 METODOLOGIA

A seguir, são descritas todas as etapas metodológicas da presente pesquisa.

4.1 PROTOCOLO ÉTICO

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG para apreciação e obtenção do parecer favorável para execução do estudo. Sua realização ocorreu no ano de 2017, após aprovação do CEP (CAAE 66254217.9.0000.5142), entre os meses de abril e julho.

Inicialmente, as indústrias foram selecionadas mediante contato prévio com os seus representantes, para autorização para sua participação no estudo. Todos os trabalhadores que foram sorteados a participar da pesquisa, a fizeram mediante livre e espontânea vontade, a qual foi firmada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), de modo que este apresentou duas vias, sendo uma do pesquisador e uma do trabalhador.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE ESTUDO

De acordo com os dados informados pela Secretaria de Saúde do município, Varginha possui 134.364 habitantes e em virtude da nova legislação dos planos de saúde e o crescimento populacional do município, a demanda de usuários à procura de assistência e dos programas preventivos e educativos de saúde vem aumentando significativamente. Em contrapartida, o município também se evoluiu e se adaptou para atender a esse crescimento na demanda (VARGINHA, 2017).

Considerando a criação de programas e projetos já preconizados pelo Ministério da Saúde em suas Políticas Públicas de Saúde e com a multiplicidade dos serviços de saúde à nível primário (assistencial, educativo e preventivo), secundário e terciário, houve a inclusão de novos profissionais técnicos nestes serviços de saúde, reforma e ampliação das Unidades de Atenção Primária à Saúde, criação de novas Unidades de Saúde da Família, dentre outras medidas para o atendimento aos usuários de forma humanizada, com equipes multidisciplinares e interdisciplinares (VARGINHA, 2017).

Toda a infraestrutura do sistema público de saúde está organizada e hierarquizada com o objetivo de atender à demanda, tendo como “porta de entrada” a Atenção Primária, com suas Unidades de Atenção Primária à Saúde e Unidades de Saúde da Família, localizadas em bairros estratégicos para melhor acolher a população que necessite dos serviços de saúde (VARGINHA, 2017).

A Atenção Primária caracteriza-se com a atuação de 10 UAPS na zona urbana, 05 UAPS na zona rural e 10 Equipes de Saúde da Família, estas últimas, por sua vez, compreendem os atendimentos e demais procedimentos das UAPS tradicionais acrescidos da rotina de trabalho conforme os princípios e diretrizes da Estratégia Saúde da Família (VARGINHA, 2017).

Na Atenção Secundária, o Município conta com Unidades de Atendimento Especializado (Núcleo de Atenção Materno Infantil, Banco de Leite Humano, Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente, Policlínica Central de Especialidades, Centro de Fisioterapia, Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Reabilitação Física), além dos serviços de apoio do Laboratório Municipal, São Geraldo, Frota e Bioclínica. Diversos exames especializados são oferecidos de forma complementar, além dos convênios com clínicas e consultórios particulares (VARGINHA, 2017).

A atenção terciária do município possui dois hospitais credenciados que prestam atendimentos ao SUS, com diversas especialidades médicas, inclusive hemodiálise, oncologia, procedimentos de alto custo, CTI adulto e infantil, UTI neonatal, Centro Diagnóstico e outros (VARGINHA, 2017).

Através da Secretaria Municipal de Saúde, outros serviços são prestados à população, tais como: Programa de Atendimento Domiciliar, Programa de Dispensação de Medicamentos, SOS, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Saúde Bucal, Tratamento Fora do Domicílio, etc. (VARGINHA, 2017).

De forma a oferecer sempre um serviço aprimorado de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde a todos os usuários que necessitem do Sistema Público de Saúde em Varginha, o município atua de forma humanizada, organizada e estruturada, acolhendo à população de forma eficiente, qualificada e resolutiva (VARGINHA, 2017).

A equipe de Odontologia realiza procedimentos preventivos e curativos atendendo a demanda espontânea e programada, além de realizar os

levantamentos epidemiológicos com finalidade de avaliar o desempenho das estratégias preventivas utilizadas no combate a cárie dentária e auxiliar no planejamento de novas ações (VARGINHA, 2017).

O Setor de Saúde Bucal conta com 58 cirurgiões dentistas e 51 auxiliares de consultório dentário que atuam na atenção básica e especializada, sendo que, a coordenação do Setor exerce suas atividades no prédio da Secretaria de Saúde. A equipe está distribuída da seguinte forma:

- A. 11 consultórios em Escolas Estaduais;
- B. 07 consultórios em Escolas Municipais;
- C. 08 consultórios em Unidades Básicas de Saúde;
- D. 08 consultórios em Unidades de Saúde da Família;
- E. 02 consultórios no Trailer (itinerante, para atendimento à Zona Rural);
- F. 01 consultório na FUVAE;
- G. 12 consultórios na Atenção Especializada (CEO Tipo III);
- H. 01 consultório Portátil (atende em parceria com o PAD) (VARGINHA, 2017).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Fez parte da população de estudo os trabalhadores de indústrias do município de Varginha, seguindo os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- a) Critérios de inclusão:
 - 1. trabalhadores formalmente empregados nas indústrias selecionadas;
 - 2. que aceitassem participar mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
 - 3. que tivessem entre 18 e 65 anos de idade;
 - 4. que estivessem dentro da amostra selecionada conforme sorteio previamente realizado.
- b) Critérios de exclusão:
 - 1. trabalhadores que não estivessem devidamente empregados nas indústrias selecionadas;
 - 2. que se recusassem a assinar o termo de consentimento;
 - 3. que tivessem menos de 18 ou mais de 65 anos de idade;

4. que estivessem fora da amostra sorteada.

4.4 CRITÉRIOS PARA DETERMINAÇÃO DA AMOSTRA DE ESTUDO

Para a seleção da amostra, participaram da pesquisa todas as indústrias que consentiram com o trabalho e assinaram, por meio de um responsável, a carta direcionada às mesmas, onde constam as assinaturas dos pesquisadores e os dados básicos que descrevem a pesquisa (APÊNDICE B). A princípio, um funcionário do SESI de Varginha, o qual é responsável pela organização de serviços de saúde destinado aos trabalhadores de indústrias, forneceu ao pesquisador uma relação de todas as indústrias existentes no município. As indústrias foram listadas através do porte SEBRAE. Um total de 341 indústrias foi verificado, contudo, um alto percentual apresentava pequena quantidade de trabalhadores, além de muitas delas não se enquadrarem no tipo clássico de indústria desejado para a presente pesquisa, constituindo de empresas com linha de produção. Das 341 empresas listadas, então, 35 foram selecionadas seguindo-se o critério de indústria clássica, as quais eram divididas em 3 empresas de porte grande, 13 empresas de porte médio, 18 empresas de porte pequeno e 1 microempresa. Todavia, por motivos diversos, tais como desinteresse da empresa, recusa e insucesso na tentativa de contato, o total final de 8 empresas foi obtido. Foi somado o total de trabalhadores de todas as indústrias que apresentaram autorização, formando a população total do estudo. A partir do cálculo estatístico de seleção de amostra, selecionou-se uma parcela dos trabalhadores de cada uma das indústrias, os quais deveriam ter entre 18 e 65 anos de idade. O cálculo utilizado é baseado na publicação de Triola (2017):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Com a quantidade de trabalhadores estabelecida por indústria, os mesmos foram selecionados através de sorteio com utilização de números aleatórios gerados pelo Sistema Bioestat 5.3. As indústrias selecionadas podem ser observadas na tabela 1. As empresas foram organizadas na tabela conforme seu porte SEBRAE, o qual define por microempresa a indústria que possui até 19 empregados, empresa de pequeno porte a indústria de 20 a 99 empregados, empresa de médio porte a

indústria de 100 a 499 empregados e grandes empresas aquelas que possuem mais de 500 empregados (SEBRAE, 2017).

Tabela 1 – Relação de indústrias e trabalhadores que compuseram a amostra. Varginha, 2017.

IDENTIFICAÇÃO	PORTE SEBRAE	ÁREA DE PRODUÇÃO	TOTAL DE TRABALHADORES	n
Indústria A	Média	Tecnologia médica e produtos de consumo e estilo de vida	400	130
Indústria B	Média	Equipamentos de informática	163	51
Indústria C	Média	Embalagens de material plástico	125	39
Indústria D	Pequena	Cosméticos	43	13
Indústria E	Pequena	Produtos de papel e escritório	21	7
Indústria F	Pequena	Fabricação de embalagens de papel	26	8
Indústria G	Micro	Componentes eletrônicos	13	4
Indústria H	Micro	Roupas íntimas	15	5
Total de trabalhadores			800	265

Obs.: Porte conforme classificação de SEBRAE (2017).

Fonte: Do autor.

4.5 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO DO EXAMINADOR

O treinamento e calibração do examinador foram realizados por meio de revisão teórica dos índices a serem utilizados, bem como treinamento prático com uma amostra previamente selecionada, o qual foi realizado no ambiente dos exames, sob luz natural, da mesma forma que os exames posteriores. O treinamento e calibração tem por objetivos detalhar a operacionalização das etapas do trabalho, compreender as atribuições necessárias para a execução da pesquisa, discutir aspectos teóricos e práticos dos índices que deverão ser utilizados e assegurar um grau aceitável de uniformidade nos procedimentos.

Os procedimentos de calibração foram planejados de modo a antecipar (simular) as condições que o examinador poderia encontrar, sobretudo em relação às condições estudadas.

Ao final, foi adotado o coeficiente Kappa para verificação dos resultados do treinamento, a fim de se obter valor acima de 0,80, considerado como de ótima concordância. O resultado obtido foi de $K = 0,96$, o que evidencia concordância perfeita (ANTUNES; PERES, 2006).

4.6 CRITÉRIOS PARA COLETA DOS DADOS

Os exames foram realizados pelo próprio pesquisador nas dependências das indústrias, onde o examinador se sentou de frente para o indivíduo examinado, ambos acomodados em cadeiras convencionais, sob luz natural, sem prévia profilaxia, em ambos os períodos, matutino e vespertino, seguindo a recomendação do Ministério da Saúde para levantamentos em saúde bucal, bem como a disponibilidade de liberação dos trabalhadores por parte das indústrias.

Para a realização do levantamento foram utilizados os seguintes instrumentos: sondas O.M.S. (ball point) e espelhos bucais planos.

Todas as medidas de biossegurança (uso de gorros, máscaras e luvas descartáveis) foram adotadas visando à proteção do pesquisador e dos que se submeterem aos exames.

Foram avaliadas a experiência de cárie dentária, doença periodontal e edentulismo, sendo verificado no momento do exame, também, as necessidades de tratamento odontológico, segundo os critérios proposto pela O.M.S. Tal avaliação foi feita conforme a ficha de exame utilizada no SB Brasil 2010 (ANEXO A).

Os índices utilizados no SB Brasil 2010 e os acréscimos ou as modificações atendem às recomendações da OMS na 4ª edição de seu Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal (WHO, 1997; BRASIL, 2012).

4.6.1 Cárie dentária

Para a condição dentária, foi utilizado o índice preconizado pela OMS (WHO, 1997), do qual se pode inferir o CPO-D médio (dentição permanente). O CPO-D expressa a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados. Mediante o registro das necessidades de tratamento, foi possível identificar a presença de lesões não cavitadas (mancha branca presente), bem como os diferentes níveis da doença ativa (cárie de esmalte, cárie de dentina e cárie próxima à polpa), além das necessidades propriamente ditas. Dessa forma, maior qualificação do índice pode ser proporcionada pela combinação das distintas medidas de necessidades de tratamento (BRASIL, 2012).

Foram avaliados três aspectos em cada espaço dentário: as condições da coroa e da raiz e a necessidade de tratamento. A condição de coroa e a

necessidade de tratamento foram avaliados em todas as idades e grupos. Após o exame de cada espaço, o examinador anotou os três respectivos códigos e passou ao espaço dentário seguinte, conforme códigos e critérios descritos nos quadros 2 e 3 (BRASIL, 2009).

Quadro 3 – Resumo dos códigos e critérios para a realização do CPOD.

Código			Condição
Dentes Decíduos	Dentes Permanentes		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	Hígido
B	1	1	Cariado
C	2	2	Restaurado mas com cárie
D	3	3	Restaurado e sem cárie
E	4	Não se aplica	Perdido devido à cárie
F	5	Não se aplica	Perdido por outras razões
G	6	Não se aplica	Apresenta selante
H	7	7	Apoio de ponte ou coroa
K	8	8	Não erupcionado - raiz não exposta
T	T	Não se aplica	Trauma (fratura)
L	9	9	Dente excluído

Fonte: Brasil, 2009.

Quadro 4 – Códigos e critérios para necessidade de tratamento.

Código	Tratamento
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Tratamento pulpar e restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

Fonte: Brasil, 2009.

Os diferentes espaços dentários foram abordados de um para o outro, sistematicamente, iniciando do terceiro molar até o incisivo central do hemiarco superior direito (do 18 ao 11), passando em seguida ao incisivo central do hemiarco superior esquerdo e indo até o terceiro molar (do 21 ao 28), indo para o hemiarco

inferior esquerdo (do 38 ao 31) e, finalmente, concluindo com o hemiarco inferior direito (do 41 ao 48). Um dente é considerado presente na boca quando apresenta qualquer parte visível ou podendo ser tocada com a ponta da sonda sem deslocar (nem perfurar) tecido mole indevidamente (BRASIL, 2009).

4.6.2 Doença periodontal

O índice mais utilizado em inquéritos populacionais para a aferição da condição periodontal, o qual foi adotado para a realização desta pesquisa, é o CPI (Índice Periodontal Comunitário), proposto pela OMS (HOLMGREN, 1994), que é complementado pelo exame da Perda de Inserção Periodontal (PIP) para a população adulta e idosa. O CPI verifica a ocorrência de sangramento, cálculo e presença de bolsa periodontal (rasa e profunda), tendo como referência o exame por sextante (grupos de seis dentes entre os 32 da arcada dentária) (BRASIL, 2012).

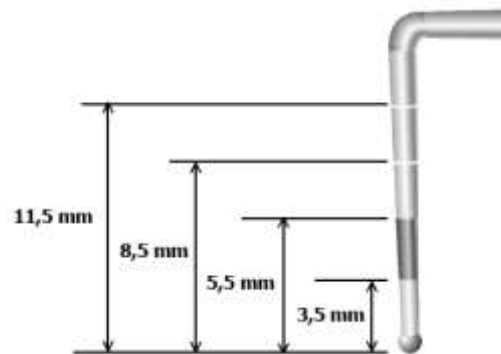
Especificamente com relação ao CPI, o modo de aferição foi modificado no sentido de se obter a prevalência individualizada dos agravos (sangramento, cálculo e bolsa). Tratou-se de uma estratégia importante, pois o CPI tradicional, ao referir apenas o pior escore do sextante, em geral tende a mascarar a real prevalência desses agravos (BRASIL, 2012).

A condição periodontal foi avaliada com a utilização de dois índices: o Índice Periodontal Comunitário (CPI) e o Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP), ambos para os indivíduos entre 18 e 65 anos de idade (BRASIL, 2009).

4.6.2.1 Índice Periodontal Comunitário

Para realizar o exame utilizou-se sonda específica, denominada sonda OMS, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5 mm e 11,5 mm da ponta do instrumento (FIGURA 1).

Figura 1 - Sonda CPI, ilustrando as marcações com as distâncias, em milímetros, à ponta da sonda.



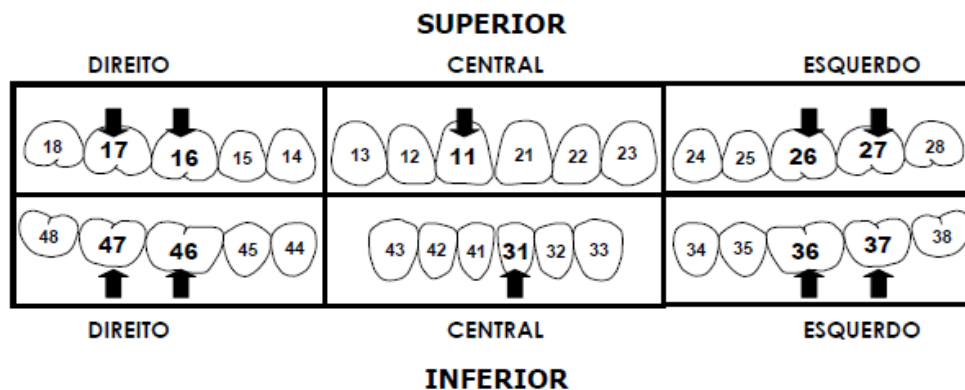
Fonte: Brasil, 2009.

A boca é dividida em sextantes definidos pelos grupos de dentes: 18 a 14, 13 a 23, 24 a 28, 38 a 34, 33 a 43 e 44 a 48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade etc.), é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, por exemplo, um único dente presente). Caso se detecte a presença de um dente e o terceiro molar nesta faixa etária, o sextante será excluído.

São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares) (FIGURA 2) (BRASIL, 2009):

- a) até 19 anos: 16, 11, 26, 31 e 46.
- b) 20 anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Figura 2 - Divisão da arcada em sextantes e destaque dos dentes-índices para CPI e PIP.



Fonte: Brasil, 2009.

Pelo menos 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas, força esta que é calculada e avaliada até que se consiga ligeira isquemia gengival.

Considerar que:

- a) Embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada;
- b) Quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar o sextante registrando um "X".

O registro das condições deve ser feito de forma separada para sangramento, cálculo e bolsa, do seguinte modo:

a) Sangramento:

0 – Ausência;

1 – Presença;

X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante);

9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão).

b) Cálculo Dentário:

0 – Ausência;

1 – Presença;

X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante);

9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão).

c) Bolsa Periodontal:

0 – Ausência;

1 – Presença de bolsa rasa: quando a marca preta da sonda fica coberta pela margem gengival. Como a marca inferior da área preta corresponde a 3,5 mm e a superior 5,5 mm, a bolsa detectada deve estar entre 4 e 5 mm;

2 – Presença de bolsa profunda: Quando a área preta da sonda fica totalmente coberta pela margem da gengiva. Como a marca superior da área preta fica a 5,5 mm da ponta, a bolsa é de, pelo menos 6 mm;

X – Sextante excluído (presença de menos de 2 dentes funcionais no sextante);

9 – Não examinado (quando o índice não se aplica à idade em questão).

4.6.2.2 Índice de perda de inserção periodontal

O PIP é basicamente um complemento do CPI. Os mesmos sextantes e dentes-índices são considerados, sob as mesmas condições. Entretanto, cabe alertar que o dente-índice onde foi encontrada a pior condição para o CPI pode não ser o mesmo com a pior situação para o PIP. Os códigos e critérios deste índice podem ser observados no quadro 4.

Quadro 5 - Códigos e critérios para o Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP).

Código	Condição	Critério
0	Perda de inserção entre 0 e 3 mm	JCE não visível e CPI entre 0 e 3.
1	Perda de inserção entre 4 mm e 5 mm	JCE visível na área preta da sonda CPI.
2	Perda de inserção entre 6 mm e 8 mm	JCE visível entre limite superior da área preta da sonda CPI e a marca de 8,5 mm.
3	Perda de inserção entre 9 mm e 11 mm	JCE visível entre as marcas de 8,5 mm e 11,5 mm.
4	Perda de inserção de 12 mm ou mais	JCE visível além da marca de 11,5 mm
X	Sextante Excluído	Quando menos de dois dentes funcionais estão presentes
9	Não examinado	Quando não se aplica à idade em questão

Exemplos











Fonte: Brasil, 2009.

A visibilidade da JCE é a principal referência para o exame. Quando a JCE não está visível e a pior condição do CPI bolsa para o sextante é igual a “1”, qualquer perda de inserção para o sextante é estimada em menos de 4mm (PIP = 0).

4.6.3 Uso e necessidade de prótese dentária









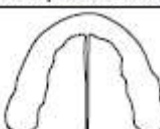
Para verificação do uso e necessidade de prótese, foi adotada a avaliação de mesmo nome, utilizando-se dos códigos e critérios que podem ser vistos nos quadros 5 e 6. Esta avaliação ajuda a entender o agravo conhecido como “edentulismo”, servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados de uso e necessidade e para subsidiar ações de planejamento a partir da análise das necessidades (BRASIL, 2012).

Quadro 6 – Códigos e critérios para o uso de prótese.

Uso de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não usa prótese dentária	 Nenhum espaço protético  Desdentado parcial, mas sem prótese presente  Desdentado total e sem prótese presente
1	Usa uma ponte fixa	 Uma ponte fixa posterior  Uma ponte fixa anterior
2	Usa mais do que uma ponte fixa	 Duas pontes fixas em pontos diferentes (anterior e posterior)
3	Usa prótese parcial removível	 Prótese Parcial Removível anterior
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis	 Prótese removível anterior e ponte fixa posterior  Prótese removível anterior e duas pontes fixas posteriores
5	Usa prótese dentária total	 Prótese total
9	Sem informação	

Fonte: Brasil, 2009.

Quadro 7 – Códigos e critérios para a necessidade de prótese.

Necessidade de Prótese		
Código	Critério	Exemplos
0	Não necessita de prótese dentária	 Todos os dentes presentes  Espaços protéticos presentes com prótese  Desdentado total mas com presença de prótese
1	Necessita <u>uma</u> prótese, <u>fixa</u> ou <u>removível</u> , para substituição de um elemento	 Espaço protético unitário anterior  Espaço protético unitário posterior
2	Necessita <u>uma</u> prótese, <u>fixa</u> ou <u>removível</u> , para substituição de mais de um elemento	 Espaço protético anterior de mais de um elemento  Espaço protético posterior de mais de um elemento
3	Necessita uma <u>combinação de próteses, fixas e/ou removíveis</u> , para substituição de um e/ou mais de um elemento	 Espaços protéticos em vários pontos da boca
4	Necessita prótese dentária total	 Desdentado total sem estar usando prótese no momento
9	Sem informação	

Fonte: Brasil, 2009.

4.6.4 Avaliação socioeconômica e auto percepção de saúde bucal

Além da avaliação bucal, foram realizadas a avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e auto percepção de saúde bucal dos trabalhadores, também seguindo a ficha do SB Brasil 2010 (ANEXO B).

A aplicação do questionário se deu a partir de uma entrevista entre o pesquisador e os trabalhadores que preenchem as características de elegibilidade do estudo, com relação à idade/grupo etário. O comportamento do entrevistador tem

uma influência muito grande nas respostas, portanto regras básicas serão seguidas (BRASIL, 2009):

- a) colocar as questões de maneira direta, clara e não ameaçadora. se as pessoas estiverem confusas ou defensivas, o examinador não conseguirá a informação requerida, portanto, as questões serão lidas na forma como estão formuladas;
- b) serão eliminadas dicas que levam os entrevistados a responder de um modo em particular. Muitos entrevistados buscarão agradar o entrevistador procurando respostas “corretas”;

Antes de entrevistar qualquer pessoa, o entrevistador se apresentou, explicou o propósito da entrevista, pediu permissão e apresentou o questionário que foi utilizado. Foram enfatizados o sigilo das informações e o fato de não existirem respostas certas ou erradas.

O questionário está dividido em 3 partes:

- a) caracterização socioeconômica da família;
- b) escolaridade, morbidade bucal referida e uso de serviços e
- c) auto percepção e impactos em saúde bucal.

4.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para apuração e análise dos dados coletados no presente estudo, foram utilizados os programas EPIBUCO versão 2004, Epi Info, Bioestat 5.3, Microsoft Excel e Microsoft Acess. Foram utilizados os testes de Correlação de Spearman, estatística descritiva quantitativa, média, desvio padrão e valores percentuais com intervalo de confiança a 95%. A organização dos resultados foi feita por meio de gráficos, tabelas e quadros.

5 RESULTADOS

A seguir, serão exibidos os resultados da pesquisa realizada conforme cada índice verificado.

5.1 DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA

A taxa de participação de trabalhadores em relação ao total convidado foi de 84,91%. Um total de 265 indivíduos foram convidados, contudo, 9,43% (25 trabalhadores) não se encontravam presentes no momento dos exames e 5,66% (15 trabalhadores) se recusaram a participar. A amostra proposta inicialmente era de 265 participantes, todavia, tendo por base as dificuldades vivenciadas dentro das empresas, tais como dificuldade de liberação dos trabalhadores de seus setores, agenda das empresas, problemas administrativos, dentre outros, a amostra final ficou em 225 participantes. A relação de indivíduos participantes pode ser vista na tabela 2.

Tabela 2 – Número de indivíduos participantes e composição percentual segundo gênero por faixa etária. Varginha/MG, 2017.

Grupo etário	Gênero		Total	%		Total
	M	F		M	F	
18-19	8	8	16	50,00	50,00	100,00
20-34	92	44	136	67,65	32,35	100,00
35-44	36	16	52	69,23	30,77	100,00
45-64	14	6	20	70,00	30,00	100,00
65	1	0	1	100,00	0,00	100,00
Total	151	74	225	67,11	32,89	100,00

Fonte: Do autor.

O gênero masculino foi predominante (67,11%), característica comum do ramo industrial, principalmente quando se leva em consideração o tipo de indústria associado às linhas de produção. A idade média de participantes foi de 20 a 34 anos, compondo 55,96% da amostra.

5.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS DE SAÚDE BUCAL

Primeiramente, serão exibidos os resultados das condições clínicas de saúde bucal dos trabalhadores examinados.

5.2.1 Condição dentária

As condições de saúde bucal relacionadas à cárie dentária foram divididas em condição da coroa e condição da raiz, conforme visto a seguir.

5.2.1.1 Condição da coroa

A tabela 3 descreve a condição de coroa dentária observada entre as faixas etárias. Observam-se distribuições distintas entre os componentes e uma inversão de médias de CPOD entre as idades, sendo as menores médias encontradas entre os indivíduos de 18 e 19 anos (2,75) e 65 anos (2,00) e a maior entre os de 45 a 64 anos (19,90). O CPOD médio registrado para o total amostral foi de 8,84.

Tabela 3 – Média, (desvio padrão) da condição de coroa e proporção de componentes [%] em relação ao CPOD total segundo a faixa etária. Varginha/MG, 2017.

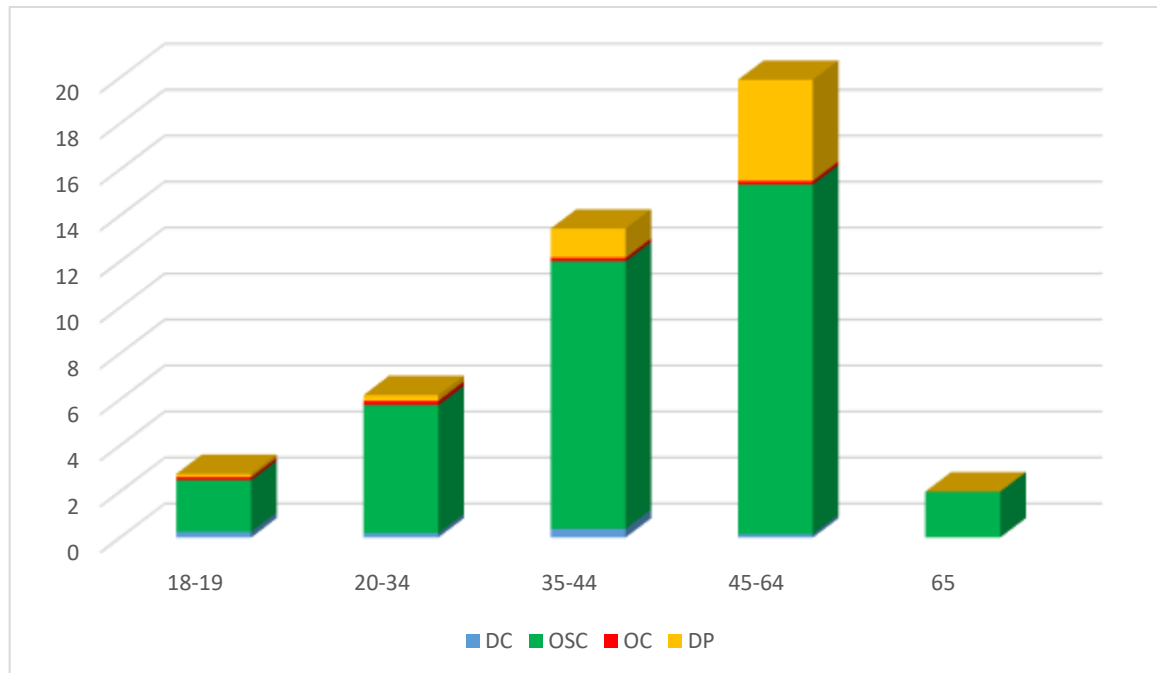
	Hígido		Cariado		Obt./cariado		Obturado		Perdido		CPOD	
	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)
			[%]		[%]		[%]		[%]		[%]	
18-19	25,94	(2,93)	0,25	(0,68)	0,13	(0,34)	2,25	(3,51)	0,13	(0,50)	2,75	(3,66)
			[9,09]		[4,55]		[81,82]		[4,55]		[100]	
20-34	23,26	(6,67)	0,19	(0,65)	0,18	(0,49)	5,57	(6,36)	0,25	(1,00)	6,20	(6,59)
			[3,08]		[2,97]		[89,92]		[4,03]		[100]	
35-44	16,37	(6,63)	0,38	(1,39)	0,15	(0,50)	11,63	(6,66)	1,27	(2,13)	13,44	(6,86)
			[2,86]		[1,14]		[86,55]		[9,44]		[100]	
45-64	9,40	(5,37)	0,15	(0,67)	0,15	(0,49)	15,20	(5,57)	4,40	(5,41)	19,90	(5,67)
			[0,75]		[0,75]		[76,38]		[22,11]		[100]	
65	26,00	(****)	0,00	(****)	0,00	(****)	2,00	(****)	0,00	(****)	2,00	(****)
			[0,00]		[0,00]		[100,00]		[0,00]		[100,00]	

Legendas: (dp) – desvio padrão.

Fonte: Do autor.

O gráfico 1 mostrou o predomínio do componente obturado sem cárie. Em média, 7,33 dentes da amostra total estão obturados.

Gráfico 1 – Componentes CPOD segundo a faixa etária. Varginha/MG, 2017.



Legenda: DC = dentes cariados; OSC = obturados sem cárie; OC = obturados com cárie; DP = dentes perdidos.

Fonte: Do autor.

Tabela 4 - Média, (desvio padrão) da condição de coroa e proporção de componentes [%] em relação ao CPOD total segundo indústria. Varginha/MG, 2017.

Indústrias	Hígido		Cariado		Obt./cariado		Obturado		Perdido		CPOD	
	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)
			[%]		[%]		[%]		[%]		[%]	
A	21,20	(8,12)	0,20	(0,72)	0,22	(0,48)	6,85	(7,02)	0,74	(2,73)	8,01	(8,07)
			[2,53]		[2,70]		[85,50]		[9,27]		[100]	
B	19,09	(7,48)	0,59	(1,69)	0,03	(0,17)	8,79	(7,09)	1,74	(2,59)	11,15	(7,36)
			[5,28]		[0,26]		[78,89]		[15,57]		[100]	
C	22,13	(6,59)	0,17	(0,48)	0,13	(0,34)	5,88	(6,34)	0,67	(1,31)	6,83	(7,17)
			[2,44]		[1,83]		[85,98]		[9,76]		[100]	
D	17,50	(7,76)	0,17	(0,58)	0,33	(0,65)	10,00	(5,53)	1,83	(4,61)	12,33	(7,58)
			[1,35]		[2,70]		[81,08]		[14,86]		[100,00]	
E	18,25	(6,73)	0,00	(0,00)	0,08	(0,29)	9,75	(6,70)	0,58	(1,16)	10,42	(7,20)
			[0,00]		[0,80]		[93,60]		[5,60]		[100,00]	
F	21,00	(8,11)	0,56	(1,13)	0,11	(0,33)	7,11	(7,41)	1,33	(2,92)	9,11	(8,42)
			[6,10]		[1,22]		[78,05]		[14,63]		[100,00]	
G	21,27	(8,33)	0,12	(0,49)	0,20	(0,63)	7,62	(8,02)	0,32	(1,07)	8,25	(8,43)
			[1,41]		[2,42]		[92,32]		[3,84]		[100,00]	

Legendas: (dp) – desvio padrão.

Fonte: Do autor.

5.2.1.2 Condição de raiz

Tabela 5 – Média, (desvio padrão) da condição de raiz e proporção dos componentes [%] em relação ao total de raízes expostas segundo a faixa etária. Varginha/MG, 2017.

	Hígido		Cariado		Rest./cariado		Restaurado		Apoio de ponte/coroa		Total de raízes expostas
	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média
	[%]		[%]		[%]		[%]		[%]		
18-19	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	0,00
	[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		
20-34	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	0,00
	[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		
35-44	2,12	(4,22)	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	0,23	(0,83)	0,00	(0,00)	2,35
	[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		
45-64	2,65	(3,62)	0,15	(0,67)	0,05	(0,22)	0,25	(0,79)	0,00	(0,00)	3,10
	[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		
65	0,00	(****)	0,00	(****)	0,00	(****)	0,00	(****)	0,00	(****)	0,00
	[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		

Legendas: (dp) – desvio padrão.

Fonte: Do autor.

5.2.1.3 Necessidade de tratamento da cárie

Tabela 6 – Média e desvio padrão (dp) das necessidades de tratamento da cárie dentária em relação ao total de necessidades segundo faixa etária. Varginha/MG, 2017.

	Sem necessidade		Restauração 1 face		Restauração 2 faces ou mais		Coroa		Faceta		Exodontia	
	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)
15- 19	28,56	(1,79)	0,31	(0,70)	0,06	(0,25)	0,19	(0,54)	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)
20-34	30,35	(2,35)	0,18	(0,62)	0,16	(0,46)	0,24	(0,89)	0,04	(0,22)	0,03	(0,34)
35-44	29,90	(2,88)	0,33	(1,13)	0,23	(0,76)	1,08	(1,93)	0,00	(0,28)	0,00	(0,00)
45-64	27,85	(4,86)	0,00	(0,00)	0,05	(0,22)	3,30	(3,51)	0,10	(0,45)	0,20	(0,89)
65	32,00	****	0,00	****	0,00	****	0,00	****	0,00	****	0,00	****

Fonte: Do autor.

5.2.2 Condição periodontal

As condições periodontais foram avaliadas por meio do Índice Periodontal Comunitário e do Índice de Perda de Inserção Periodontal, conforme pode ser visto a seguir.

5.2.2.1 Índice Periodontal Comunitário

Tabela 7 – Indivíduo sadios, com sextantes excluídos, edêntulos totais, prevalência de sangramento, cálculo e bolsas rasas e profundas segundo a faixa etária. Varginha/MG, 2017.

	Sadios		Sextante excluído		Edêntulo total		Sangramento		Cálculo		Bolsa rasa		Bolsa profunda	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18-19	95	91,34	0	0,00	0	0,00	4	3,84	4	3,84	1	0,96	0	0,00
20-34	685	90,60	1	0,13	0	0,00	19	2,51	47	6,21	4	0,52	0	0,00
35-44	257	84,53	0	0,00	0	0,00	16	5,26	18	5,92	13	4,27	0	0,00
45-64	92	67,15	7	5,10	0	0,00	7	5,10	22	16,05	9	6,56	0	0,00
65	6	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Fonte: Do autor.

Tabela 8 – Média e (desvio padrão) do número de sextantes sadios, afetados por sangramento, cálculo, bolsa rasa, bolsa profunda e excluídos segundo a faixa etária. Varginha/MG, 2017.

	Sadios		Sangramento		Cálculo		Bolsa rasa		Bolsa Profunda		Excluídos	
	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)	Média	(dp)
18-19	24,31	(7,12)	0,13	(0,50)	0,13	(0,34)	2,25	(3,51)	0,13	(0,50)	2,63	(3,72)
20-34	16,05	(11,89)	0,18	(0,65)	0,13	(0,37)	4,02	(5,83)	0,23	(0,99)	4,56	(6,25)
35-44	12,00	(9,14)	0,31	(1,34)	0,08	(0,27)	8,37	(7,78)	1,04	(1,99)	9,79	(8,20)
45-64	7,60	(5,15)	0,15	(0,67)	0,15	(0,49)	14,25	(7,12)	4,20	(5,53)	18,75	(8,02)
65	26,00	(****)	0,00	(****)	0,00	(****)	2,00	(****)	0,00	(****)	2,00	(****)

Legenda: dp = desvio padrão.

Fonte: Do autor.

5.2.2.2 Perda de Inserção Periodontal

Tabela 9 – Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) em média e percentuais de pior escore, apresentado segundo o grupo etário. Varginha/MG, 2017.

	Entre 0 e 3 mm		Entre 4 e 5 mm		Entre 6 e 8 mm		Entre 9 e 11 mm		12 mm ou mais		Excluídos	
	N	Média	n	Média	n	Média	n	Média	n	Média	n	Média
	[%]		[%]		[%]		[%]		[%]		[%]	
18-19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]	
20-34	172	4,65	2	0,05	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	[77,48]		[0,90]		[0,32]		[0,00]		[0,00]		[0,00]	
35-44	260	5,00	7	0,13	0	0,00	0	0,00	1	0,02	6	0,00
	[83,33]		[2,24]		[0,00]		[0,83]		[0,32]		[0,00]	
45-64	100	5,00	1	0,05	0	0,00	1	0,83	0	0,00	0	0,30
	[83,33]		[0,83]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		[5,00]	
65	6	6,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	[100,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]		[0,00]	

Fonte: Do autor.

5.2.3 Uso e necessidade de prótese

Acerca do uso e necessidade de prótese, os resultados serão exibidos, primeiramente, entre o uso e, posteriormente, entre a necessidade de prótese, sendo arcos superior e inferior discriminados separadamente.

5.2.3.1 Uso de prótese

As tabelas 10 e 11 exibem os dados referentes à utilização de prótese dentária superior e inferior. Nota-se que a maior parte da população do estudo não utiliza qualquer tipo de prótese e, os que utilizam, em sua maioria, são próteses fixas, principalmente no arco superior. Percebe-se, inclusive, a predominância da utilização de próteses nos trabalhadores entre 45 a 64 anos de idade.

Tabela 10 – Uso de prótese superior por tipo, segundo a faixa etária. Varginha, MG, 2017.

	Não usa		PF		PPR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18-19	16	100,00	0	0,00	0	0,00	16	100,00
20-34	133	97,79	3	2,21	0	0,00	136	100,00
35-44	47	90,38	4	7,69	1	1,92	52	100,00
45-64	15	75,00	4	20,00	1	5,00	20	100,00
65	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
Total	212	94,22	11	4,89	2	0,89	225	100,00

Legenda: PF = prótese fixa; PPR = prótese parcial removível; Não exam. = não examinado.
Fonte: Do autor.

Tabela 11 – Uso de prótese inferior por tipo, segundo a faixa etária. Varginha, MG, 2017.

	Não usa		PF		+PF		PPR		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18-19	16	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	16	100,00
20-34	133	97,79	2	1,47	1	0,74	0	0,00	146	100,00
35-44	50	96,15	1	1,92	1	1,92	0	0,00	55	100,00
45-64	16	80,00	2	10,00	0	0,00	2	10,00	25	100,00
65	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
Total	216	96,00	5	2,22	2	0,89	2	0,89	225	100,00

Legenda: PF = prótese fixa; +PF = mais de uma prótese fixa; PPR = prótese parcial removível.
Fonte: Do autor.

5.2.3.2 Necessidade de prótese

As tabelas 11 e 12 exibem os dados referentes à necessidade de prótese dentária superior e inferior. Nota-se que a maior parte da população do estudo não necessita de qualquer tipo de prótese.

Tabela 12 – Necessidade de prótese superior por tipo, segundo a faixa etária. Varginha, MG, 2017.

	Sem necessidade		1 elemento		2 ou mais elementos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18-19	14	87,50	2	12,50	0	0,00	16	100,00
20-34	129	94,85	6	4,41	1	0,74	136	100,00
35-44	40	76,92	4	7,69	8	15,38	52	100,00
45-64	11	55,00	4	20,00	5	25,00	20	100,00
65	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
Total	195	86,67	16	7,11	14	6,22	225	100,00

Fonte: Do autor.

Tabela 13 – Necessidade de prótese inferior por tipo, segundo a faixa etária. Varginha, MG, 2017.

	Sem necessidade		1 elemento		2 ou mais elementos		Combinação de próteses		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18-19	14	87,50	2	12,50	0	0,00	0	0,00	16	100,00
20-34	122	89,71	9	6,62	5	3,68	0	0,00	136	100,00
35-44	38	73,08	7	13,46	7	13,46	0	0,00	52	100,00
45-64	6	30,00	3	15,00	10	50,00	1	5,00	20	100,00
65	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
Total	181	80,44	21	9,33	22	9,78	1	0,44	225	100,00

Fonte: Do autor.

Sobre a presença de lesões de tecidos moles, apenas dois indivíduos foram identificados, sendo um da faixa etária de 20 a 34 anos e o outro com 65 anos, ambos do gênero masculino, correspondendo a 0,88% da amostra total.

5.3 CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA, AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL, MORBIDADE REFERIDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Conforme tabelas 14 a 16, buscou-se verificar as características socioeconômicas, autopercepção de saúde bucal, morbidade bucal referida e utilização dos serviços de saúde odontológicos dos trabalhadores.

5.3.1 Caracterização socioeconômica da família

Nos dados apresentados na tabela 14, verifica-se que os trabalhadores entrevistados vivem em famílias compostas por 1 a 3 indivíduos e que a renda mensal por família dos mesmos é de um salário e meio até 4 salários e meio.

Tabela 14 – Caracterização socioeconômica dos trabalhadores entrevistados. Varginha, MG. 2017.

Variável	Respostas	n	%
Nº de pessoas por residência (n = 225)	1 a 3	127	56,5
	4 a 6	91	40,4
	7 a 8	7	3,1
Nº de bens por residência (n = 225)	1 a 4	11	4,9
	5 a 7	95	42,1
	8 a 11	119	53,0
Nº de cômodos utilizados para dormitório (n = 225)	1 a 2	116	51,6
	3 a 4	104	46,2
	5 a 8	5	2,2
Renda familiar total em R\$ (n = 225)	501 a 1.500	32	14,2
	1.501 a 2.500	74	32,9
	2.501 a 4.500	81	36,0
	4.501 a 9.500	38	16,9

Fonte: Do autor.

5.3.2 Escolaridade, morbidade bucal referida e uso de serviços odontológicos

No que se refere à escolaridade dos trabalhadores, verifica-se que 6,2% possui ensino médio incompleto e 64,9% possui ensino médio completo. Do total da

amostra, 22,5% dos trabalhadores possui ensino superior. Estes dados são relevantes quando se considera o conhecimento associado à educação em saúde.

O equivalente a 46,22% dos trabalhadores realizou sua última consulta odontológica em consultórios particulares e 41,78% a realizou por meio de convênios odontológicos ou planos de saúde que incluem assistência odontológica. O total de 48,88% dos trabalhadores realizou sua última consulta por prevenção, revisão ou check-up, enquanto 15,11%, que procuraram um dentista por casos de dor, o que caracteriza a visita ao profissional por motivos preventivos e não curativos.

Tabela 15 – Nível de escolaridade, morbidade bucal referida e utilização de serviços odontológicos pelos trabalhadores entrevistados. Varginha, MG. 2017.

Variável	Respostas	n	%
Escolaridade (n = 225)	1º ao 4º ano	5	2,1
	5º ao 9º ano	10	4,3
	1º ano EM	5	2,2
	2º ano EM	9	4,0
	3º ano EM	146	64,9
	Ensino Superior	50	22,5
Nº de bens por residência (n = 225)	1 a 4	11	4,9
	5 a 7	95	42,1
	8 a 11	119	53,0
Autopercepção de necessidade de tratamento (n = 225)	Sim	58	25,8
	Não	167	74,2
Ocorrência de dor nos últimos seis meses (n = 225)	Sim	187	83,5
	Não	37	16,5
Escala de dor de 1 a 5 (n = 35)	1 a 2	7	20,0
	3 a 4	15	42,9
	5	13	37,1
Ida ao dentista ao menos uma vez na vida (n = 225)	Sim	225	100
	Não	0	0
Época de última consulta ao dentista (n = 225)	< 1 ano	142	63,1
	1 a 2 anos	49	21,8
	> 3 anos	34	15,1
Local da última consulta (n = 225)	Serviço público	27	12,0
	Serviço particular	104	46,22
	Plano de saúde	94	41,78
Motivo da última consulta (n = 225)	Revisão, prevenção ou check-up	110	48,88
	Dor	34	15,11
	Extração	16	7,11
	Tratamento	65	28,88
Opinião sobre a última consulta (n = 225)	Muito bom	73	32,1
	Bom	120	53,6
	Regular	19	8,5
	Ruim	9	4,0
	Muito ruim	4	1,8

5.3.3 Autopercepção e impactos em saúde bucal

Sobre a autopercepção dos trabalhadores sobre sua saúde bucal, a tabela 16 evidencia que 46,0% se encontra satisfeita com sua saúde bucal. Os trabalhadores que não estão satisfeitos (12,5%) ou que estão muito insatisfeitos com sua saúde bucal (2,7%) são pequenos quando comparando a amostra total, o equivalente a apenas 34 trabalhadores de um total de 225.

Foi possível perceber que um pequeno número de trabalhadores apresentou qualquer tipo de reclamação sobre seus dentes ou sobre a influência dos mesmos sobre sua saúde/atividades (média de 4%).

Tabela 16 – Autopercepção e impactos em saúde bucal dos trabalhadores entrevistados. Varginha, MG. 2017.

Variável	Respostas	n	%
Autopercepção de saúde bucal (n = 225)	Muito satisfeito	13	5,4
	Satisfeito	103	46,0
	Nem satisfeito nem insatisfeito	75	33,5
	Insatisfeito	28	12,5
	Muito insatisfeito	6	2,7
Autopercepção sobre necessidade de usar/trocar prótese total (n = 225)	Não	214	95,1
	Sim	11	4,9
Dificuldade para comer e/ou sensibilidade (n = 225)	Não	153	68,0
	Sim	72	32,0
Incômodos no momento da escovação (n = 225)	Não	194	86,2
	Sim	31	13,8
Nervosismo ou irritação por causa dos dentes (n = 225)	Não	194	86,2
	Sim	31	13,8
Problemas sociais por causa dos dentes (n = 225)	Não	214	95,1
	Sim	11	4,9
Problemas para praticar esportes (n = 225)	Não	220	97,8
	Sim	5	2,2
Dificuldades para falar (n = 225)	Não	215	96,0
	Sim	10	4,0
Vergonha de falar ou sorrir (n = 225)	Não	215	96,0
	Sim	10	4,0
Problemas no trabalho ou nos estudos (n = 225)	Não	221	98,7
	Sim	4	1,3
Problemas para dormir (n = 225)	Não	215	96,0
	Sim	10	4,0

A tabela 17 mostra a relação de indústrias que possuem algum tipo de plano de saúde com assistência odontológica ou convênio odontológico. Percebe-se que 5 de 8 empresas possuem um destes, o que representa a preocupação das mesmas para com a saúde bucal de seus trabalhadores.

Tabela 17 - Existência de convênio odontológico/plano de saúde com assistência odontológica nas empresas participantes. Varginha, MG. 2017.

Empresa	Existência de convênio/plano de saúde
Empresa A	Sim
Empresa B	Sim
Empresa C	Sim
Empresa D	Sim
Empresa E	Não
Empresa F	Não
Empresa G	Sim
Empresa H	Não

Fonte: Do autor.

6 DISCUSSÃO

6.1 CÁRIE DENTÁRIA

Quando verificadas as faixas etárias, o grupo de trabalhadores entre 45-64 anos apresentou o pior índice CPO-D (19,90). Em contrapartida, o índice para jovens de 18 e 19 anos desta pesquisa (2,75) e o índice de indivíduos com 65 anos foram verificados como os menores dentre todas as faixas etárias. O estudo de Maia et al. (2012), em que foi avaliada a saúde bucal de trabalhadores atendidos no Núcleo de saúde ocupacional de Campina Grande/PB, apresenta dados diferentes. O índice CPOD verificado foi de 15,5, valor inferior ao evidenciado nesta pesquisa. Diferentemente, também, encontra-se a predominância do item cariado (9,7), superior ao da presente pesquisa (0,38) para a faixa etária de 35 a 44 anos. As maiores médias encontradas nesta pesquisa foram para dentes obturados, o que evidencia uma história pregressa de cárie significativa. Ao se verificar os valores encontrados no SB Brasil 2010, levantamento nacional de maior relevância no país, percebe-se que as faixas etárias mais acometidas são as de 35 a 55 anos e 65 a 74 anos. Da mesma forma que verificado na presente pesquisa, o componente cariado apresenta médias inferiores aos componentes perdido e obturado. Percebe-se com tais estudos que a população economicamente ativa apresenta as condições bucais mais precárias, sendo, portanto, essencial as políticas de saúde voltadas para prevenção e promoção ao público trabalhador. Cavalcanti et al. (2017) realizaram um estudo transversal com 489 indivíduos de ambos os gêneros com o objetivo de avaliar o estado de saúde bucal de trabalhadores brasileiros de uma indústria têxtil. O valor médio do CPO-D foi de 11,14 (\pm 5,64), com maior participação de componentes obturados (6,21) e perdidos (4,03), valores inferiores ao do presente estudo. Tal estudo reitera a precariedade do público industrial brasileiro no que se refere à cárie dentária e, conseqüentemente, a necessidade de ações e políticas de saúde mais satisfatórias e abrangentes.

No que se refere às necessidades de tratamento, verificaram-se índices pouco relevantes. Os dados mais significativos são relacionados à necessidade de coroa dentária para indivíduos entre 45 a 64 anos, cuja média é de 3,30. O estudo de Almeida et al. (2011), que teve por objetivo avaliar agravos à saúde bucal dos trabalhadores atendidos na Unidade Odontológica do Serviço Social da Indústria

(SESI), Jequié-BA, e também a sua possível correlação com a indústria empregadora, contradiz a presente pesquisa ao mostrar que 96,2% dos indivíduos examinados em sua pesquisa apresentavam problemas dentários. O estudo de Lima et al. (2015) objetivou verificar as condições de saúde bucal de trabalhadores de cinco indústrias da região metropolitana de Salvador, Bahia, que participavam do Programa de Saúde Bucal na Empresa (PSBE) entre os anos 2003 a 2008. De um total de 1.227 trabalhadores entre os 5 anos de estudo, verificou-se uma regressão da ocorrência de cárie dentária, contudo, no último ano, 21,86% dos trabalhadores ainda apresenta experiência de cárie ativa e, conseqüentemente, necessidade de tratamento, valor alto dentre um total de 694 trabalhadores. Os dados do SB Brasil apresentam resultados distintos. Enquanto a maior média de necessidade de tratamentos foi de 3,30 para utilização de coroas entre indivíduos de 45 a 64 anos, os dados nacionais apresentam maior necessidade de restauração de uma superfície (0,93) em indivíduos de 35 a 44 anos. Neste sentido, as condições dentárias dos trabalhadores da presente pesquisa encontram-se piores do que a população nacional estudada.

Ao se verificar a exposição de raízes dos trabalhadores entrevistados, encontrou-se um valor pequeno. A maior média encontrada foi de 3,10 entre os indivíduos de 45 a 64 anos, contudo, este valor está associado a raízes hígidas, o que evidencia uma quantidade pouco significativa de trabalhadores com raízes cariadas e/ou restauradas.

Tendo em vista os dados observados, torna-se importante uma maior preocupação para com a saúde bucal dos trabalhadores, não somente pelos próprios indivíduos, mas, também, por parte das indústrias empregadoras. Os estudos apresentados por Lima et al. (2015) comprovam que a atividade do trabalhador pode comprometer de forma negativa sua saúde bucal. Em contrapartida, os problemas bucais podem comprometer a atividade laboral, como afirmam Goes et al. (2007). Neste sentido, conforme citam Lamas, Blank e Calvo (2008), as ações de promoção e prevenção dentro da empresa são muito importantes para contribuição de uma saúde bucal satisfatória desses indivíduos.

6.2 DOENÇA PERIODONTAL

Os dados encontrados sobre a doença periodontal a partir do índice CPI mostram que a maior parte dos indivíduos não apresentava problemas periodontais significativos. O valor mais relevante foi para a presença de bolsas rasas (4,27%) dos indivíduos entre 20 a 34 anos de idade. Os percentuais encontrados para cálculo e sangramento foram de 6,21% e 2,51%, respectivamente, ambos na faixa etária de 20 a 34 anos, o que mostra saúde periodontal satisfatória entre os trabalhadores pesquisados. Estes resultados se mostram discrepantes quando comparados aos de Tauchen (2006), cuja frequência de problemas periodontais de sua amostra foi de 79,82%, assim como o trabalho de Almeida et al. (2011), em que 27,2% dos indivíduos possuíam problemas periodontais. O trabalho de Maia et al. (2012) também apresenta resultados distintos. A frequência de sangramento foi de 9,7%, 34% para cálculo e 10% para bolsas profundas. Neste sentido, percebe-se que a saúde periodontal dos trabalhadores das indústrias pesquisadas apresenta uma condição bem melhor do que o contexto brasileiro de 8 anos atrás.

O estudo de Barros et al. (2012) realizou uma pesquisa com exames clínicos e aplicação de questionário em 600 trabalhadores de uma indústria metalúrgica de Piracicaba, SP. O estudo mostra valores variáveis, com presença de cálculo na região anteroinferior em 55% dos trabalhadores examinados, valor superior ao da presente pesquisa. Os estudos aqui mencionados utilizaram da mesma metodologia preconizada pela OMS, o que torna possível a comparação dos resultados. Tendo por base tais dados, verifica-se a oscilação dos resultados nos mais diversos estudos, os quais podem ser influenciados por fatores como tabagismo, alcoolismo, setor de trabalho, dentre outros. A presente pesquisa não fez qualquer tipo de associação com fatores secundários capazes de causar e/ou piorar a condição periodontal dos trabalhadores, todavia, é evidente que os resultados aqui encontrados são menos preocupantes do que os verificados nos demais estudos.

Além disso, ao se verificar as médias de perda de inserção periodontal medidas pelo índice PIP, o valor mais significativo foi de 2,24% de perda de inserção entre os trabalhadores de 35 a 44 anos, sendo perdas de 4 a 5 mm, o que evidencia perdas significativas no aspecto clínico, porém, valores pouco relevantes ao se comparar com o total amostral

Os dados da literatura se mostram variáveis, diferindo, como percebido, até mesmo dos dados da presente pesquisa. As doenças periodontais apresentam como uma de suas principais consequências as perdas dentárias a longo prazo. Os dados obtidos a partir do SB Brasil 2010 mostram que os indivíduos localizados na faixa etária economicamente ativa apresentam problemas consideráveis de perdas dentárias e grandes índices de problemas periodontais. Miotto, Silotti e Barcelos (2012) afirmam que é importante verificar os problemas que podem interferir negativamente na vida e no trabalho desse público, dentre eles os periodontais. Sabe-se, também, que muitos trabalhadores não conseguem manter um cuidado odontológico satisfatório em virtude da dificuldade de acesso aos serviços. Dantas et al. (2015) citam que o modelo atual de organização da saúde do trabalhador está fortemente centralizado nos serviços médicos da empresa, contudo, estes funcionam muitas vezes de forma autônoma. Torna-se importante, então, que as empresas busquem maneiras de integrar mais o serviço odontológico à rotina do trabalhador, visando maior prevenção e cuidado dos problemas instalados.

6.3 EDENTULISMO

Os índices de edentulismo, seja parcial ou total, são pequenos. Apenas 5,78% dos indivíduos utilizava algum tipo de prótese superior e 4% algum tipo de prótese inferior. Nenhum trabalhador era edêntulo total. Quando comparado aos dados do SB Brasil 2010, percebe-se que 46,1% dos brasileiros com idade superior a 45 anos não utilizava nenhum tipo de prótese inferior. Em relação aos indivíduos de 35 a 44 anos, 19,56% necessitava de algum tipo de prótese inferior. Em relação aos dados de prótese superior, os valores são melhores. Para substituição de apenas um elemento, apenas 7,11% dos trabalhadores e para substituição de 2 ou mais, apenas 6,22%. De modo geral, ao se comparar esses valores com os dados nacionais do SB Brasil 2010, percebe-se melhores condições de edentulismo entre os trabalhadores de indústrias de Varginha. O estudo de Cunha (2005) evidenciou que cerca de 70% dos examinados apresentava pelo menos 20 dentes funcionais, o que se aproxima da meta da OMS para o ano de 2000 e também dos dados encontrados nesta pesquisa. O estudo de Barros et al. (2012) também apresentou resultados semelhantes, os quais concordam com esta pesquisa, em que 71,74% de sua amostra não usava nem necessitava de qualquer tipo de prótese. Já o estudo

realizado por Tauchen (2006) mostrou resultados discrepantes, em que 57,52% dos examinados necessitava de prótese superior e 64,05% de prótese inferior.

Mendonça et al. (2010) e Guerra et al. (2014) concordam que as ausências dentárias podem ocasionar problemas psicológicos aos trabalhadores. Além disso, conforme cita Baroni (1996), a consequência mais comum do edentulismo é a má digestão, com desconforto pós-prandial, dores de estômago, dentre outras situações, as quais podem levar o trabalhador ao ambulatório e prejudicar suas atividades. Situações como estas mostram que a prevenção dos problemas que geram o edentulismo são extremamente importantes para a melhora da qualidade de vida do trabalhador que, conseqüentemente, irá beneficiar seu trabalho na indústria e evitar gastos para a mesma.

6.4 DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS À AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE: A REALIDADE DO TRABALHADOR DE INDÚSTRIA

Um fator importante para o desenvolvimento de uma população com bons indicadores de saúde é sua autopercepção. A partir do momento que os indivíduos enxergam a necessidade de zelo, a busca pela prevenção e/ou tratamentos se torna constante. Srislapana e Sheiham (2001) afirmam que todos os instrumentos de aferição capazes de envolver aspectos psicológicos e sociais, por meio da autopercepção e levantamento dos impactos causados na qualidade de vida, têm sido desenvolvidos e registrados na literatura. Todavia, Pinto (2015), ainda se utiliza em grande escala os índices biológicos na análise dos problemas bucais, o que acaba por limitar os resultados dos levantamentos. Sheiham (2000) *apud* Pinto (2015) salienta que os indicadores sócio dentais são capazes de mensurar o efeito das doenças bucais sobre o indivíduo de forma biopsicossocial, de modo que a utilização desses indicadores favorece o planejamento e a provisão dos serviços odontológicos. Para Silva e Castellanos Fernandes (2001), a autopercepção da saúde bucal apresenta aspectos multidimensionais, associados a condições físicas e subjetivas relacionadas à boca, portanto, é de grande importância para a tomada de decisões nas ações em saúde bucal.

Um estudo realizado por Gomes e Abegg (2007) objetivou investigar a prevalência do impacto bucal no desempenho diário em adultos brasileiros. Ao questionarem 276 trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de

Porto Alegre, RS, os pesquisadores evidenciaram que fatores como dificuldades na alimentação e satisfação com sua imagem foram fatores recorrentes e do total de participantes, 73,6% tiveram pelo menos um desempenho diário afetado por problemas odontológicos nos últimos seis meses. O trabalho em questão evidencia o quanto a saúde bucal insatisfatória pode interferir nas atividades laborais. Já o trabalho realizado por Macedo e Queluz (2011) buscou identificar o perfil e a saúde bucal autopercebida entre os trabalhadores de uma indústria de móveis. Dentre suas conclusões os autores viram que conhecer os hábitos e o perfil dos trabalhadores é importante para a promoção de saúde bucal.

Na presente pesquisa foi possível observar diversos fatores particulares dos trabalhadores associados à sua saúde bucal e atividade laboral. A literatura evidencia a importância dos fatores socioeconômicos sobre a saúde bucal, tendo em vista que as condições de vida de um indivíduo e/ou população interferirão diretamente sobre sua autopercepção de saúde, conhecimento sobre os problemas bucais, prevenção dos mesmos, dentre outros fatores. Portanto, conhecer essa realidade é um fator primordial para a tomada de decisões em saúde. O presente trabalho verificou que a maior parte dos trabalhadores entrevistados apresenta condições socioeconômicas satisfatórias, tendo a faixa salarial mensal média entre 1 salário e meio e 4 salários e meio. Este é um fator importante para se determinar as possibilidades de acesso dos trabalhadores aos cuidados básicos de saúde bucal, bem como a busca por tratamentos quando necessário, conforme mostra o estudo de Miotto, Lima e Barcellos (2014), em que os autores citam que alta prevalência de dor de dente foi observada e suficiente para produzir absenteísmo, com maior frequência em trabalhadores inseridos nas classes econômicas menos favorecidas.

Estudos como o de Guerra et al. (2014), Chaturvedi et al. (2013), Cavalcanti et al. (2017) e Miotto, Lima e Barcellos (2014) enfatizam a influência da baixa escolaridade sobre a saúde bucal. Verificou-se nessa pesquisa que 6,2% possui ensino médio incompleto e 64,9% possui ensino médio completo, parcela esta da amostra que compõe o maior percentual. 22,5% dos trabalhadores possui ensino superior. De acordo com os exames bucais, percebeu-se índices relativamente controlados, principalmente no que se refere à história de doença atual dos trabalhadores. O nível socioeconômico dos mesmos pode ser citado como um fator preponderante para essa realidade, compreendendo-se que as condições socioeconômicas satisfatórias contribuem para o devido acesso à educação.

Do total de trabalhadores da presente pesquisa, 46,22% realizou sua última consulta odontológica em consultórios particulares e 41,78% a realizou por meio de convênios ou planos de saúde. Menos de 20% dos trabalhadores realizou sua última consulta por meio do SUS. Portanto, verifica-se a preocupação dos trabalhadores em procurar um profissional da odontologia mesmo que de forma particular ou terceirizada, caracterizando o interesse dos mesmos em cuidar de sua saúde bucal. Fato que comprova tal preocupação é o de que 48,88% dos trabalhadores realizou sua última consulta por prevenção, revisão ou check-up, contra 15,11% que procurou um dentista por casos de dor, o que caracteriza a visita ao profissional por motivos preventivos e não curativos. Todos esses dados salientam os índices de problemas bucais relativamente baixos encontrados nas empresas visitadas. Os dados aqui apresentados são diferentes, inclusive de outros trabalhos citados, como os de Maia et al. (2012), Almeida et al. (2011), Cunha (2005) e Tauchen (2006), em que os índices de cárie dentária, doença periodontal e edentulismo são bem maiores, o que mostra que a saúde bucal dos trabalhadores de indústria de Varginha apresenta-se satisfatória quando comparada a vários outros estudos. Contudo, não se deve esquecer o valor do índice CPOD encontrado que, por mais que seja caracterizado pelo grande número de dentes já restaurados, deve ser lembrado para futuras ações e políticas de saúde para que se aumente a prevenção e se diminua o número de tratamentos.

Ao se verificar a relação da renda familiar com o índice CPOD dos trabalhadores por meio do teste de correlação de Spearman, obteve-se o valor equivalente a $-0,0443$ e valor $(p) = <0.0001$, o que evidencia que, quanto menor a renda familiar, mais precária é a condição dentária dos trabalhadores.

Do mesmo modo, ao se associar a escolaridade com o índice CPOD, também por teste de correlação de Spearman, obteve-se o valor $-0,1781$ e valor $(p) = <0.0001$, o que também evidencia uma relação direta entre o nível de escolaridade e a condição de saúde bucal. Percebe-se que quanto maior a escolaridade dos indivíduos, melhor é sua condição dentária.

A presença de convênio odontológico não garantiu a existência de índices CPOD baixos quando comparados às empresas que não possuíam algum tipo de convênio. Dentre as empresas, o maior índice CPOD encontrado foi de 12,33, o qual se tratava de uma empresa que possuía convênio para seus trabalhadores e, das únicas duas que não possuíam, o maior índice encontrado foi de 10,12. Percebe-se,

então, que a presença ou ausência de convênio não foi um fator influenciador na condição de saúde bucal dos trabalhadores da presente pesquisa.

7 CONCLUSÃO

Sobre a pesquisa realizada, entre os problemas bucais evidenciados em meio aos trabalhadores, verifica-se, principalmente, um índice CPOD relativamente alto, especialmente entre os trabalhadores com idade entre 45 e 64 anos. No que se refere à cárie em raiz, os valores encontrados são muito baixos.

Ao se observar os problemas periodontais pelo índice CPI, verificou-se que os resultados encontrados não eram preocupantes, de modo que uma pequena parcela de indivíduos apresentava sangramento, bolsas periodontais rasas e/ou cálculo dentário. Sobre a perda de inserção verificada pelo índice PIP, os valores também não foram preocupantes. Percebe-se, então, que as doenças periodontais não são vistas como problemas significativos para os trabalhadores examinados.

Sobre o uso próteses dentárias, também se verifica baixa prevalência de utilização, tanto de próteses superiores quanto de próteses inferiores. Acerca das necessidades, a maioria dos trabalhadores não necessitava de qualquer tipo de substituição dentária por meio de próteses, de modo que as necessidades verificadas são para substituição de 2 ou mais elementos inferiores.

Sobre a utilização dos serviços de saúde, os principais dados evidenciam que a maior parte dos trabalhadores julga não necessitar de tratamento odontológico atualmente, de modo que quase metade do total de trabalhadores buscou o serviço odontológico particular nos últimos seis meses, principalmente por prevenção. Tais dados evidenciam a preocupação dos trabalhadores em relação ao cuidado para com sua saúde bucal.

E sobre a autopercepção dos trabalhadores sobre sua saúde bucal, a maioria não apresentou qualquer tipo de queixa sobre seus dentes nos últimos 6 meses. Tais dados exibem uma população relativamente satisfeita e sem maiores problemas associados aos dentes.

Mesmo com a presença de planos de saúde e/ou convênios odontológicas na maioria das empresas, são importantes a educação em saúde e a conscientização dos trabalhadores sobre o cuidado para com sua saúde bucal. As informações relacionadas às condições socioeconômicas dos trabalhadores mostram que a maioria possui ensino médio completo ou ensino superior, o que lhes permite mais clareza sobre as orientações de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Saúde e trabalho**: desafio para uma política. Rio de Janeiro: Abrasco, 1991.

ALMEIDA, I. O. et al. Condições de saúde bucal do trabalhador das indústrias de Jequié-BA. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 4, n. 1, p. 173-185, jan./dez. 2011.

ALMEIDA, T. F.; VIANA, M. I. P. O papel da epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal do trabalhador. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 144-154, set./dez. 2005.

AMARAL, A. C., RÓSCOE, J. S. Causas odontológicas como absentismo na indústria. **Arq. Cent. Est. Fac. Odontol.**, UFMG, v. 7, n. 1, p. 127-141, 1970.

ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. (Fundamentos de odontologia).

ARAÚJO, M. E. **Estudo da prevalência de manifestações bucais decorrentes de agentes químicos no processo de galvanoplastia: sua importância para a área de saúde bucal do trabalhador**. 1998. 126 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ARAÚJO, M. E., GONINI JÚNIOR, A. Saúde bucal do trabalhador: os exames admissional e periódico como um sistema de informação em saúde. **Odontol. Soc.**, v. 1, n. 1/2, p. 15-18, 1999.

ATLAS. **Segurança e medicina do trabalho**. 29. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

BARONI, G. A influência da dor de dente. **Rev. CIPA**, v. 17, n. 202, p. 40-51, 1996.

BARROS, A. C. M. et al. Perfil da saúde bucal de trabalhadores na indústria metalúrgica. **Odonto**, v. 20, n. 40, p. 73-87, 2012.

BORRÁS, J. S., SANFILIPPO, O. A. Problemas odonto-estomatológicos en el trabajo. In: MARTINEZ-CORTÉS, F. **La salud en el trabajo**. México: Novum Corporativo, 1988. cap.32, p.273-279.

BRASIL, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde** - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. **Lei n. 422, de 7 de dezembro de 2007**. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Saúde da Família. **Levantamento epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/vigilancia.php>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde, 2005.

CARRION, V. **Comentários à consolidação das leis do trabalho**. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

CARVALHO, E. S. et al. Prevenção, promoção e recuperação da saúde bucal do trabalhador. **RGO**, v. 57, n. 3, p. 345-349, jul./set. 2009.

CAVALCANTI, A. F. B. et al. Oral health status of brazilian workers of a textile industry. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 17, n. 1, p. e34-354, 2017.

CHATUVERED, P. et al. Assessment of tooth wear among glass factory workers: WHO 2013 oral health survey. **Journal of Clinical and Diagnostic Research.**, v. 9, n. 8, p. ZC63-ZC66, ago. 2015.

CHIAVENATO, I. **Administração nos novos tempos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONS, N. C. et al. Utility of the dental aesthetic index in Industrialized and developing countries. **J. Pub. Health Dent.**, v. 49, n. 3, p. 163-166, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução CFO 21/2001 de 27/12/2001**. Acesso em: 29 jul. 2016. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO 25/2002 de 16/05/2002**. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

COSTA, S. S. Odontologia do trabalho: nova área de atuação. **APCD**, v. 59, n. 6, p. 432-436, 2005.

COUTO, H. A. Absentismo. Uma visão bem maior que a simples doença. **Ergo**, n. 2, p. 9-34, jul. 1987.

CUNHA, L. S. C. **Saúde bucal do trabalhador e a assistência odontológica nas empresas**. 2005. 103 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Bauru, Universidade de São Paulo, 2005.

DANTAS, J. P. et al. O papel do cirurgião-dentista do trabalho no contexto das políticas públicas em saúde do trabalhador: artigo de revisão. **RFO**, Passo Fundo, v. 20, n. 1, p. 115-121, jan./abr. 2015.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 1987.

DETELS, R. et al. **Oxford's textbook of public health**. 5th ed. Oxford: Oxford, 2009.

FLORES, L. I. et al. O absenteísmo enquanto indicador para o processo de gestão de pessoas nas organizações e de atenção à saúde do trabalhador. **R. Laborativa**, v. 5, n. 2, p. 47-65, out. 2016.

FOSTER, T. D.; HAMILTON, M. C. Occlusion in the primary dentition: study of children at 2 ½ to 3 years of age. **British Dental Journal**, v. 21, p. 76-79, 1969.

GOES, P. S. A. et al. The prevalence and severity of dental pain in 14-15 years old Brazilian schoolchildren. **Community Dent Health**, v. 24, n. 4, p. 217-224, 2007.

GOMES, E. B.; MAGALHÃES, H. Censo bucal na empresa: sua importância no planejamento da assistência odontológica. **Odontól. Mod.**, v. 7, n. 3, p. 31-38, 1980.

GUERRA, M. J. C. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4777-4786, 2014.

GUZMÁN, M. F. Las enfermedades bucales como factor de perdidas económicas en México. **Rev. ADM**, v. 34, n. 5, p. 346-52, 1977.

HIROISHI, W. K. et al. Odontologia do Trabalho: um novo olhar sobre a saúde bucal do trabalhador. **Braz Dent Sci.**, v. 14, n. 3/4, p. 66-76, jul./dez. 2011.

HOOPER, H. A. Dental services in industry: observations on their effects in the reduction on absenteeism. **Ind. Med.**, v. 11, n. 4, p. 157-162, 1942.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Consulta de área, população e dados básicos do município de Varginha**. 2017. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/15761-areas-dos-municipios.html?t=destaques&c=3170701>>. Acesso em: 20 out. 2017.

IWASSO, S. Doenças mentais estão entre as que mais afastam brasileiros do trabalho. **O Estado de São Paulo**, 20/11/2007, Vida&Saúde, p. A24. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/332358>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

JAAFAR, N. RAZAK, I. A, ZAIN, R. B. The social impact of oral and facial pain in an Industrial population. **Ann. Acad. Med. Singapore.**, v. 18, n. 5, p. 553-555, 1989.

KHURANA, S. et al. Oral health status of battery factory workers in Kanpur city: a cross-sectional study. **Journal of Indian Association Of Public Health Dentistry**, v. 12, n. 2, p. 80-87, abr./jun. 2014.

LAMAS, A. E.; BLANK, V. L. G.; CALVO, M. C. M. Saúde do trabalhador e a atenção odontológica: entre um novo modelo de atenção e a superespecialização. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 17, n. 4, p. 103-110, 2008.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, L. S. et al. Condições de saúde bucal de industriários participantes de Programa de Saúde Bucal na Empresa. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 132, p. 137-146, 2015.

MACEDO, C. G.; QUELUZ, D. P. Medical and dental absenteeism in workers from a furniture industry in Itatiba, SP, Brazil. **Braz J Oral Sci.**, v. 9, n. 4, p. 443-448, out./dez. 2010.

MAIA, E. G. et al. Condição de saúde bucal em trabalhadores atendidos no Núcleo de Saúde Ocupacional de Campina Grande-PB. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 48, n. 1), jan./mar. 2012.

MARTINS, S. P. **Direito do trabalho.** 15. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MAZZILLI, L. E. N. **Odontologia do trabalho.** São Paulo: Santos; 2003.

MEDEIROS, E. P. Exame odontológico pré-admissional. **O Incisivo**, v. 4, n. 1/2, p. 18-22, 1965.

_____. Necessidades de tratamento odontológico em operários de São Paulo. **O Incisivo**, v. 9, n. 1, p. 13-21, 1970.

MEDEIROS, E. P., BIJELLA, V. T. Bases para a organização de programas dentais para operários. **Rev. Bras. Odontol.**, v. 27, n. 166, p. 303-11, 1970.

MEDEIROS, M. **Crônicas de Martha Medeiros.** 2015. Disponível em: <<https://www.facebook.com/CronicasDeMarthaMedeiros/>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

MENDES, R. **Patologia do trabalho.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDONÇA, B. M. C. et al. Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividade diárias: estudo piloto. **Cien. Saude. Colet.**, v. 15, n. 3, p. 775-784, 2010.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.; LOPES, Z. V. Dor de dente como preditor de absenteísmo em trabalhadores de uma indústria de sucos da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3183-3190, 2013.

MIOTTO, M. H. M. B.; LIMA, W. J. G.; BARCELLOS, L. A. Association between dental pain and absenteeism among public workers from Southeastern Brazil. **Rev Dor**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 173-177, jul./set. 2014.

MIOTTO, M. H. M. B.; SILOTTI, J. C. B.; BARCELLOS, L. A. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 357-1363, 2012.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

NOGUEIRA, D. P. Odontologia e saúde ocupacional. **Rev. Saúde Pública**, v. 6, n. 2, p. 211-223, 1972.

OLIVEIRA, B. R. G.; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, jan. 2001.

PEREIRA, A. C. **Tratado de saúde coletiva em odontologia**. São Paulo: Napoleão, 2009.

PIMENTEL, O. J. **Odontologia do trabalho**. **Odontól. Mod.**, v. 3, n. 2, p. 98-9, 1976.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2015.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VARGINHA. **Informações estatísticas**. 2010. Disponível em: <<http://www.varginha.mg.gov.br/a-cidade/informacoes-estatisticas>>. Acesso em: 20 out. 2017.

REISINE, S. T. Dental disease and work loss. **J. Dent. Res.**, v. 63, n. 9, p. 1158-61, 1984.

RODRIGUES, C. K.; DITTERICH, R. G.; HEBLING, E. Aspectos éticos e legais da Odontologia do Trabalho. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v. 25, n. 4, p. 449-453,

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SEBRAE. **Critérios de classificação de empresas: MEI - ME – EPP**. 2017. Disponível em: <<http://www.sebrae-sc.com.br/leis/default.asp?vcdtexto=4154>>. Acesso em: 20 out. 2017.

SHARMA, A. et al. Oral health status of cement factory workers, Sirohi, Rajasthan, India. **Journal of Health Research and Reviews**, v. 1, n. 1, p. 15-19, jan./abr. 2014.

SHEIHAM, A. **A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social**. In: Pinto, V. G. Saúde bucal coletiva. 6. ed. São Paulo: Santos, 2015. p. 223-50.

SILVA, R. A necessidade de inserção do cirurgião-dentista na equipe de saúde e segurança do trabalho. **Revista do Conselho Regional de Odontologia da Bahia**, v. 1, n. 4, p. 10-11, 2012.

SILVA, S. R. C.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saude Publica.**, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SOUTO, D. F. **Absenteísmo, preocupações constantes das organizações**. Projeto n. 23/78 GRIDIS. 47 p. Rio de Janeiro, 1980.

SRISILAPANAN, P.; SHEIHAM, A. Assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs in dentate older people. **Gerodontology**, n. 18, p. 25-34, 2001.

TAUCHEN, A. L. A. **Contribuição da odontologia do trabalho no programa de saúde ocupacional: verificando as condições de saúde bucal de trabalhadores de uma agroindústria do sul do Brasil**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

TOGNA, G. R. D. et al. Perspectivas de utilização da CIF em saúde bucal do trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 40, n. 132, p. 228-236, 2015.

TOMITA, N. E. et al. Oral health of building construction workers: an epidemiological approach. **J Appl Oral Sci.**, v. 13, n. 1, p. 24-27, 2005.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 12. ed. São Paulo: LTC, 2017.

VARGINHA. Secretaria Municipal de Saúde. **Informações sobre os estabelecimentos de saúde**. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Oral health surveys: basic methods**. 4. ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

_____. **Global strategy on occupational health for all**. Geneva: WHO, 1995.
Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/en/oehstrategy.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa “Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias”. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: “Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias”.

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Danilo Verginio da Silva.

ENDEREÇO: Rua Finlândia, 13 – Jardim Andere, Varginha – MG.

TELEFONE: (35) 99118-6882 / (35) 98837-0016.

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Orientador: Alessandro Aparecido Pereira; Co-orientadora: Daniela Coelho de Lima.

PATROCIADOR: Pesquisa sem patrocínio.

OBJETIVOS: Realizar um estudo para conhecer as condições de saúde bucal dos trabalhadores das indústrias do município de Varginha, MG, onde será avaliada a ocorrência de cárie, problemas periodontais, problemas relacionados à falta de dentes e a necessidade de uso de próteses, as condições socioeconômicas e a auto percepção de cada trabalhador em relação à sua própria saúde bucal.

JUSTIFICATIVA: Esta pesquisa se justifica pela importância de se conhecer a saúde bucal dos trabalhadores, visto que estudos relacionados à esta classe não são encontrados largamente na literatura. Tal pesquisa poderá servir de subsídio para a criação de políticas de saúde e melhora na assistência odontológica do município.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: O estudo será realizado no ano de 2017 dentro das indústrias selecionadas e com autorização prévia. Os exames serão realizados por um único examinador nas próprias dependências das indústrias, onde o examinador se sentará de frente para o indivíduo examinado, ambos acomodados em cadeiras convencionais, sob luz natural, sem prévia profilaxia, em ambos os períodos, matutino e vespertino, conforme disponibilidade de liberação dos trabalhadores por parte das indústrias. Para a realização do levantamento serão utilizados os seguintes instrumentos: sondas O.M.S. (ball point), espelhos bucais planos, sendo estes na quantidade de 52 kits, os quais eram esterilizados em calor úmido e embalados, e ao término dos kits, as avaliações serão encerradas, sendo retomadas posteriormente conforme acordo realizado com os representantes das indústrias. Serão adotadas as medidas vigentes de biossegurança (uso de gorros, máscaras e luvas descartáveis) visando à proteção do pesquisador e dos que se submeterem aos exames. Serão avaliadas a experiência de cárie dentária, doença periodontal e edentulismo, sendo verificado no momento do exame, também, as necessidades de tratamento

odontológico, segundo os critérios proposto pela Organização Mundial de Saúde. Estes dados serão necessários para ser possível definir as condições de saúde bucal dos trabalhadores das indústrias de Varginha.

RISCOS E DESCONFORTOS: Existe o risco dos trabalhadores se sentirem desconfortáveis e/ou constrangidos com o exame bucal e/ou com os questionários. Além disso, podem sentir algum desconforto no momento da realização da sondagem para verificação de problemas periodontais e/ou cárie dentária. Se você se sentir constrangido, interrompemos imediatamente a aplicação do questionário.

BEEFÍCIOS: Através dos resultados desta pesquisa, as empresas participantes podem adotar medidas de auxílio aos trabalhadores no que se refere à assistência odontológica, além da possibilidade da criação de novas medidas de saúde pública e políticas públicas de saúde por parte da prefeitura do município, a fim de se oferecer melhores condições de atendimento ao público em questão. Além disso, os participantes poderão ser encaminhados ao serviço de saúde pública do município para terem suas necessidades sanadas.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação. O exame clínico realizado não apresentará nenhum custo. As consultas, exames e tratamentos que vier a fazer pelo serviço público serão totalmente gratuitos, não recebendo nenhuma cobrança com o que será realizado. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. Caso esteja sob algum tratamento, o mesmo não sofrerá qualquer interferência. Além disso, você poderá retirar seu consentimento e sair da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: sua identidade não será divulgada a ninguém, do mesmo modo que os resultados encontrados em suas avaliações também não serão divulgadas. Toda a pesquisa será sigilosa. Além disso, você poderá solicitar um parecer da pesquisa a qualquer momento que desejar.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) Danilo Verginio da Silva dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando, ainda, em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Declaro, ainda, que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-001, Fone: (35) 3701-9016, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br, sempre que entender

necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.


Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Varginha, _____ de _____ de _____.


(Nome por extenso)

(Assinatura)

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÕES DAS INDÚSTRIAS




Universidade Federal de Alfenas
 Faculdade de Odontologia
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000
 PABX (35) 3299-1006
MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000



Alfenas, 06 de março 2017

À Sua Senhoria, o(a) Senhor(a)
Rafael Arja
Gerente Financeiro
 Prezado(a) Rafael Arja



RAFAEL ARJA
 FINANCIERO


Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde em nossa comunidade, **peço a permissão para que meu orientando, o cirurgião-dentista Danilo Verginio da Silva, CRO-MG 46865, tenha contato com os trabalhadores da indústria "Edição Indústria e Comércio de Informática Ltda."**

Trata-se de uma pesquisa, tema de sua dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas pela UNIFAL/MG, intitulada: **"Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias"**. Será aplicado um questionário para verificação de suas condições socioeconômicas e auto percepção de saúde bucal, além de um exame clínico das principais doenças e condições de saúde bucal (cárie, doença periodontal e uso e necessidade de prótese, usando-se os indicadores ISD, CPOD, PIP e CPI). Os dados serão coletados na indústria em questão, após esclarecimentos e autorização para a realização da pesquisa. Nenhum desconforto ou risco é esperado para os sujeitos de pesquisa nesse estudo por se tratar de uma aplicação de questionário em relação à saúde bucal e um exame clínico. Porém, deixar-se-á aos sujeitos que esses podem se negar a responder qualquer pergunta ou se submeter a qualquer fase do exame sem prejuízo algum. Espera-se com o estudo trazer o benefício do melhor conhecimento das condições de saúde bucal dos trabalhadores de indústrias presentes no município para que, assim, as ações em saúde dirigidas a essa população possam ser melhor pensadas, avaliadas e implementadas.

Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


 Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira
 Orientador do Projeto


 Danilo Verginio da Silva
 Discente do Mestrado em Ciências Odontológicas



Universidade Federal de Alfenas
 Faculdade de Odontologia
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000
 PABX (35) 3299-1006
MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000



Alfenas, 14 de fevereiro 2017.

À Sua Senhoria, o(a) Senhor(a)

Assistente de RH

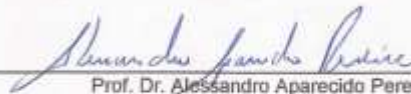
Prezado(a) Arlei Vitor da Silva,

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde em nossa comunidade, **peço a permissão para que meu orientando, o cirurgião-dentista Danilo Vergínio da Silva, CRO-MG 46865, tenha contato com os trabalhadores da indústria "PPPrint Embalagens S/A"**.

Trata-se de uma pesquisa, tema de sua dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas pela UNIFAL/MG, intitulada: **"Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias"**. Será aplicado um questionário para verificação de suas condições socioeconômicas e auto percepção de saúde bucal, além de um exame clínico das principais doenças e condições de saúde bucal (cárie, doença periodontal e uso e necessidade de prótese, usando-se os indicadores ISD, CPOD, PIP e CPI). Os dados serão coletados na indústria em questão, após esclarecimentos e autorização para a realização da pesquisa. Nenhum desconforto ou risco é esperado para os sujeitos de pesquisa nesse estudo por se tratar de uma aplicação de questionário em relação à saúde bucal e um exame clínico. Porém, deixar-se-á aos sujeitos que esses podem se negar a responder qualquer pergunta ou se submeter a qualquer fase do exame sem prejuízo algum. Espera-se com o estudo trazer o benefício do melhor conhecimento das condições de saúde bucal dos trabalhadores de indústrias presentes no município para que, assim, as ações em saúde dirigidas a essa população possam ser melhor pensadas, avaliadas e implementadas.

Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira
Orientador do Projeto



Danilo Vergínio da Silva
Discente do Mestrado em Ciências Odontológicas


ARLEI VITOR
Gestor de Pessoas
PP Print Embalagens S.A.



Universidade Federal de Alfenas
 Faculdade de Odontologia
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000
 PABX (35) 3299-1006
MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000



Alfenas, 06 de março 2017

À Sua Senhoria, o(a) Senhor(a)

Diretora Executiva

Prezado(a) família Sílvia Mendonça

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde em nossa comunidade, **peço a permissão para que meu orientando, o cirurgião-dentista Danilo Vergínio da Silva, CRO-MG 46865, tenha contato com os trabalhadores da indústria "Santé Cosmética".**

Trata-se de uma pesquisa, tema de sua dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas pela UNIFAL/MG, intitulada: **"Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias"**. Será aplicado um questionário para verificação de suas condições socioeconômicas e auto percepção de saúde bucal, além de um exame clínico das principais doenças e condições de saúde bucal (cárie, doença periodontal e uso e necessidade de prótese, usando-se os indicadores ISD, CPOD, PIP e CPI). Os dados serão coletados na indústria em questão, após esclarecimentos e autorização para a realização da pesquisa. Nenhum desconforto ou risco é esperado para os sujeitos de pesquisa nesse estudo por se tratar de uma aplicação de questionário em relação à saúde bucal e um exame clínico. Porém, deixar-se-á aos sujeitos que esses podem se negar a responder qualquer pergunta ou se submeter a qualquer fase do exame sem prejuízo algum. Espera-se com o estudo trazer o benefício do melhor conhecimento das condições de saúde bucal dos trabalhadores de indústrias presentes no município para que, assim, as ações em saúde dirigidas a essa população possam ser melhor pensadas, avaliadas e implementadas.

Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira
Orientador do Projeto

Danilo Vergínio da Silva
Discente do Mestrado em Ciências Odontológicas

07.787.570/0001-12

Santé Cosmética Indústria Ltda.

AV. NANA PAIVA DE FIGUEIREDO, 1.480

PARK RINALD - CEP 37.036-000

VARGINHA - MG



Universidade Federal de Alfenas
 Faculdade de Odontologia
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000
 PABX (35) 3299-1006
MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000



Alfenas, 06 de março 2017

À Sua Senhoria, o(a) Senhor(a)
Gerente Financeiro

Prezado(a) Rafael Arja

RAFAEL ARJA
 FINANCEIRO

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde em nossa comunidade, **peço a permissão para que meu orientando, o cirurgião-dentista Danilo Vergínio da Silva, CRO-MG 46865, tenha contato com os trabalhadores da indústria "Adepack Indústria e Comércio de Embalagem Têxtil"**.

Trata-se de uma pesquisa, tema de sua dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas pela UNIFAL/MG, intitulada: **"Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias"**. Será aplicado um questionário para verificação de suas condições socioeconômicas e auto percepção de saúde bucal, além de um exame clínico das principais doenças e condições de saúde bucal (cárie, doença periodontal e uso e necessidade de prótese, usando-se os indicadores ISD, CPOD, PIP e CPI). Os dados serão coletados na indústria em questão, após esclarecimentos e autorização para a realização da pesquisa. Nenhum desconforto ou risco é esperado para os sujeitos de pesquisa nesse estudo por se tratar de uma aplicação de questionário em relação à saúde bucal e um exame clínico. Porém, deixar-se-á aos sujeitos que esses podem se negar a responder qualquer pergunta ou se submeter a qualquer fase do exame sem prejuízo algum. Espera-se com o estudo trazer o benefício do melhor conhecimento das condições de saúde bucal dos trabalhadores de indústrias presentes no município para que, assim, as ações em saúde dirigidas a essa população possam ser melhor pensadas, avaliadas e implementadas.

Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira
 Orientador do Projeto

Danilo Vergínio da Silva
 Discente do Mestrado em Ciências Odontológicas



Universidade Federal de Alfenas
 Faculdade de Odontologia
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000
 PABX (35) 3299-1006
MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000



Alfenas, 09 de março 2017.

À Sua Senhoria, o(a) Senhor(a)

Coordenadora Administrativa


Prezado(a) Ana Lúcia E. Messano

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde em nossa comunidade, **peço a permissão para que meu orientando, o cirurgião-dentista Danilo Vergínio da Silva, CRO-MG 46865, tenha contato com os trabalhadores da indústria "Embalagens Nova Página Minas Ltda."**

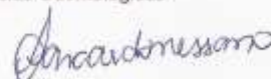
Trata-se de uma pesquisa, tema de sua dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas pela UNIFAL/MG, intitulada: "**Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias**". Será aplicado um questionário para verificação de suas condições socioeconômicas e auto percepção de saúde bucal, além de um exame clínico das principais doenças e condições de saúde bucal (cárie, doença periodontal e uso e necessidade de prótese, usando-se os indicadores ISD, CPOD, PIP e CPI). Os dados serão coletados na indústria em questão, após esclarecimentos e autorização para a realização da pesquisa. Nenhum desconforto ou risco é esperado para os sujeitos de pesquisa nesse estudo por se tratar de uma aplicação de questionário em relação à saúde bucal e um exame clínico. Porém, deixar-se-á aos sujeitos que esses podem se negar a responder qualquer pergunta ou se submeter a qualquer fase do exame sem prejuízo algum. Espera-se com o estudo trazer o benefício do melhor conhecimento das condições de saúde bucal dos trabalhadores de indústrias presentes no município para que, assim, as ações em saúde dirigidas a essa população possam ser melhor pensadas, avaliadas e implementadas.

Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


 Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira
 Orientador do Projeto


 Danilo Vergínio da Silva
 Discente do Mestrado em Ciências Odontológicas



Ana Lúcia Cascardo Messano
 Depto. Contábil e Fiscal
 Embalagens Nova Página Minas Ltda



Universidade Federal de Alfenas
 Faculdade de Odontologia
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000
 PABX (35) 3299-1006
MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000



Alfenas, 15 de março 2017.

À Sua Senhoria, o(a) Senhor(a)
Gestor de Recursos Humanos

Prezado(a) Luis Carlos Cavali

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde em nossa comunidade, **peço a permissão para que meu orientando, o cirurgião-dentista Danilo Vergínio da Silva, CRO-MG 46865, tenha contato com os trabalhadores da indústria "Trauen MG Plásticos - Indústria e Comércio Ltda"**.

Trata-se de uma pesquisa, tema de sua dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas pela UNIFAL/MG, intitulada: **"Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias"**. Será aplicado um questionário para verificação de suas condições socioeconômicas e auto percepção de saúde bucal, além de um exame clínico das principais doenças e condições de saúde bucal (cárie, doença periodontal e uso e necessidade de prótese, usando-se os indicadores ISD, CPOD, PIP e CPI). Os dados serão coletados na indústria em questão, após esclarecimentos e autorização para a realização da pesquisa. Nenhum desconforto ou risco é esperado para os sujeitos de pesquisa nesse estudo por se tratar de uma aplicação de questionário em relação à saúde bucal e um exame clínico. Porém, deixar-se-á aos sujeitos que esses podem se negar a responder qualquer pergunta ou se submeter a qualquer fase do exame sem prejuízo algum. Espera-se com o estudo trazer o benefício do melhor conhecimento das condições de saúde bucal dos trabalhadores de indústrias presentes no município para que, assim, as ações em saúde dirigidas a essa população possam ser melhor pensadas, avaliadas e implementadas.

Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


 Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira
 Orientador do Projeto


 Danilo Vergínio da Silva
 Discente do Mestrado em Ciências Odontológicas





Universidade Federal de Alfenas
 Faculdade de Odontologia
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000
 PABX (35) 3299-1006
MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000



Alfenas, 06 de março 2017

À Sua Senhoria, o(a) Senhor(a)

Seu Proprietário

Prezado(a) João Carlos Fernandes

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde em nossa comunidade, **peço a permissão para que meu orientando, o cirurgião-dentista Danilo Vergínio da Silva, CRO-MG 46865, tenha contato com os trabalhadores da indústria "Petter Confeções Ltda."**

Trata-se de uma pesquisa, tema de sua dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas pela UNIFAL/MG, intitulada: "**Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias**". Será aplicado um questionário para verificação de suas condições socioeconômicas e auto percepção de saúde bucal, além de um exame clínico das principais doenças e condições de saúde bucal (cárie, doença periodontal e uso e necessidade de prótese, usando-se os indicadores ISD, CPOD, PIP e CPI). Os dados serão coletados na indústria em questão, após esclarecimentos e autorização para a realização da pesquisa. Nenhum desconforto ou risco é esperado para os sujeitos de pesquisa nesse estudo por se tratar de uma aplicação de questionário em relação à saúde bucal e um exame clínico. Porém, deixar-se-á aos sujeitos que esses podem se negar a responder qualquer pergunta ou se submeter a qualquer fase do exame sem prejuízo algum. Espera-se com o estudo trazer o benefício do melhor conhecimento das condições de saúde bucal dos trabalhadores de indústrias presentes no município para que, assim, as ações em saúde dirigidas a essa população possam ser melhor pensadas, avaliadas e implementadas.

Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


 Prof. Dr. Alessandro Aparecido Pereira
 Orientador do Projeto


 Danilo Vergínio da Silva
 Discente do Mestrado em Ciências Odontológicas


 Petter Confeções Ltda.
 Indústria e Comércio



Universidade Federal de Alfenas
 Faculdade de Odontologia
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000
 PABX (35) 3299-1006
MESTRADO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS
 Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Alfenas/MG. CEP 37130-000



Alfenas, 01 de agosto 2017.

À Sua Senhoria, o(a) Senhor(a)

Supervisor EHS


Prezado(a) Rafael Silveira

Com o objetivo de produzir trabalhos científicos que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde em nossa comunidade, **peço a permissão para que meu orientando, o cirurgião-dentista Danilo Vergínio da Silva, CRO-MG 46865, tenha contato com os trabalhadores da indústria "Philips do Brasil Ltda."**

Trata-se de uma pesquisa, tema de sua dissertação de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas pela UNIFAL/MG, intitulada: **"Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias"**. Será aplicado um questionário para verificação de suas condições socioeconômicas e auto percepção de saúde bucal, além de um exame clínico das principais doenças e condições de saúde bucal (cárie, doença periodontal e uso e necessidade de prótese, usando-se os indicadores ISD, CPOD, PIP e CPI). Os dados serão coletados na indústria em questão, após esclarecimentos e autorização para a realização da pesquisa. Nenhum desconforto ou risco é esperado para os sujeitos de pesquisa nesse estudo por se tratar de uma aplicação de questionário em relação à saúde bucal e um exame clínico. Porém, deixar-se-á aos sujeitos que esses podem se negar a responder qualquer pergunta ou se submeter a qualquer fase do exame sem prejuízo algum. Espera-se com o estudo trazer o benefício do melhor conhecimento das condições de saúde bucal dos trabalhadores de indústrias presentes no município para que, assim, as ações em saúde dirigidas a essa população possam ser melhor pensadas, avaliadas e implementadas.

Sem mais, agradeço a atenção e aproveito para reiterar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,


 Prof. Dr. Alexandre Aparecido Pereira
 Orientador do Projeto


 Danilo Vergínio da Silva
 Discente do Mestrado em Ciências Odontológicas

61.086.336/0144-06
 INSC. EST.: 707.008.478-0224
PHILIPS DO BRASIL LTDA.
 Avenida Otto Salgado, n.º 250
 Dist. Industrial Cláudio Galvão de Nogueira
 (Varginha/Fernão Dias)
 CEP 37066-440 - VARGINHA - MG

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condição da saúde bucal de trabalhadores de indústrias

Pesquisador: Danilo Verginio da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66254217.9.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.025.396

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado, com financiamento próprio e sem conflito de interesse. "O estudo será do tipo descritivo, epidemiológico, de caráter transversal, em uma base populacional constituída de adultos entre 18 e 65 anos de idade, de ambos os gêneros, trabalhadores de diversas indústrias do município de Varginha, MG."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: "Realizar um levantamento epidemiológico para conhecer as condições de saúde bucal dos trabalhadores das indústrias do município de Varginha, MG."

Objetivo Secundário:"1. Estimar a prevalência de cárie dentária de coroa e raiz;2. Estimar a condição periodontal;3. Estimar a necessidade e o uso de prótese dentária;4. Caracterizar o perfil socioeconômico e a utilização dos serviços odontológicos;5. Conhecer a auto percepção dos trabalhadores em relação à sua saúde bucal;6. Contribuir para o desenvolvimento da investigação epidemiológica."

Os objetivos são claros, bem definidos, coerentes com a propositura geral do projeto e exequíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- a. os riscos de execução do projeto são bem avaliados;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam os riscos corridos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto e atualizada.
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e está adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700

Bairro: centro

UF: MG

Telefone:

(35)3299-1318

Município: ALFENAS

Fax: (35)3299-1318

CEP: 37.130-000

E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALFENAS



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Presente e adequado.
- b. Termo de Assentimento (TA) – Não se aplica.
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – Não se aplica.
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – Não se aplica.
- e. Termo de Anuência Institucional (TAI) – Presentes e adequados.
- f. Folha de rosto - Presente e adequada.
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - Presente e adequado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se a aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_875675.pdf	27/03/2017 13:45:24		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/03/2017 13:44:56	Danilo Verginio da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.pdf	24/03/2017 01:00:14	Danilo Verginio da Silva	Aceito
Outros	Carta_Sante.pdf	17/03/2017 14:14:16	Danilo Verginio da Silva	Aceito
Outros	Fichas_de_exame.pdf	15/03/2017 21:07:25	Danilo Verginio da Silva	Aceito
Outros	Cartas.pdf	15/03/2017 21:06:33	Danilo Verginio da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/03/2017 21:03:32	Danilo Verginio da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 20 de Abril de 2017

Assinado por:
Marcela Filié Haddad (Coordenador)

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700		CEP: 37.130-000
Bairro: centro	Município: ALFENAS	
UF: MG	Telefone: (35)3299-1318	Fax: (35)3299-1318
		E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

ANEXO B – FICHA DE EXAME SB BRASIL 2010



Ficha de Exame

EXAMINADOR ORIG./DUP.

N° IDENTIFICAÇÃO ESTADO MUNICÍPIO SETOR CENSITÁRIO DOMICÍLIO

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos Sexo Cor/Raça Realização do Exame

EDENTULISMO

15-19, 35-44 e 65-74 anos
USO DE PRÓTESE
Sup Inf
NECESSIDADE DE PRÓTESE
Sup Inf

CONDIÇÃO DA OCLUSÃO DENTÁRIA

DAI (12 e 15 a 19 anos)
DENTIÇÃO Número de Incisivos, Caninos e Pré-Molares perdidos
ESPAÇO
Apinhamento na região de incisivos Espaçoamento na região de incisivos Diastema em milímetros Desalinhamento maxilar anterior em mm Desalinhamento mandibular anterior em mm
OCCLUSÃO
Ovejet maxilar anterior em mm Ovejet mandibular anterior em mm Mordida aberta vertical anterior em mm Relação molar ântero-posterior

MÁ-OCCLUSÃO (5 anos)

Chave de Caninos Sobre-saliência Sobre-mordida Mordida Cruzada Posterior

TRAUMATISMO DENTÁRIO

12 anos
12 11 21 22

42 41 31 32

FLUOROSE

12 anos

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	48	47	46	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	36	37	38
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONDIÇÃO PERIODONTAL

CPI: 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos
PIP: 35 a 44 e 65 a 74 anos

	17/16	11	26/27	37/36	31	46/47
SANGRAMENTO GENGIVAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CÁLCULO DENTÁRIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BOLSA PERIODONTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ende
UF: N
Telef

ANEXO C – FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E AUTO PERCEÇÃO DA SAÚDE BUCAL, SB BRASIL 2010



Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e auto percepção de saúde bucal

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

- 1** Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 2** Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 3** Quantos bens tem em sua residência?
Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Varia de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 4** No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?
1-Até 250; 2-De 251 a 500; 3-De 501 a 1.500; 4-De 1.501 a 2.500; 5-De 2.501 a 4.500; 6-De 4.501 a 9.500; 7-Mais de 9.500; 9-Não sabe/não respondeu

ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

- 5** Até que série o sr(a) estudou?
Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 6** O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 7** Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?
0-Não; 1-Sim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 8** Aponte na escala o quanto foi esta dor **1** (um) significa muito pouca dor e **5** (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual)
- 9** Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 10** Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?
1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Três anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 11** Onde foi a sua última consulta?
1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 12** Qual o motivo da sua última consulta?
1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 13** O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?
1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

AUTOPERCEÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

- 14** Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está:
1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Não sabe / Não respondeu
- 15** O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 16** Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses?
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>16.1. Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>16.2. Os seus dentes o incomodaram ao escovar? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>16.3. Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>16.4. Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> | <p>16.5. Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>16.6. Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>16.7. Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>16.8. Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>16.9. Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|