

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
**Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública**

**Ana Cláudia de Souza Melo**

**ANÁLISE DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS AUTOPERCEBIDAS NA  
QUALIDADE DE VIDA DOS SERVIDORES DA REGIÃO METROPOLITANA DO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DE PERNAMBUCO**

**RECIFE**  
**2013**

Ana Cláudia de Souza Melo

Análise do Impacto das Condições Bucais Autopercebidas na Qualidade de Vida dos  
Servidores da Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de  
Pernambuco

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para  
obtenção do grau de mestre em Saúde  
Pública.

Orientadores: Dr. Rafael da Silveira Moreira  
Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel

Recife  
2013

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

M528a Melo, Ana Cláudia de Souza.

Análise do impacto das condições bucais autopercebidas na qualidade de vida dos servidores da região metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco/ Ana Cláudia de Souza Melo. — Recife: A autora, 2013.

141 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadores: Rafael da Silveira Moreira, Idê Gomes Dantas Gurgel.

1. Odontologia do Trabalho. 2. Qualidade de Vida. 3. Ambiente de Trabalho. I. Moreira, Rafael da Silveira. II. Gurgel, Idê Gomes Dantas. III. Título.

---

CDU 616.314

Ana Cláudia de Souza Melo

ANÁLISE DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES BUCAIS AUTOPERCEBIDAS NA  
QUALIDADE DE VIDA DOS SERVIDORES DA REGIÃO METROPOLITANA DO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Profissional em Saúde Pública  
do Centro de Pesquisas Aggeu  
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para  
obtenção do grau de mestre em Saúde  
Pública.

Aprovado em: 22 / 05 / 2013

BANCA EXAMINADORA

---

Dr. Rafael da Silveira Moreira  
NESC / CPqAM / FIOCRUZ - PE

---

Dra. Kátia Rejane de Medeiros  
NESC / CPqAM / FIOCRUZ – PE

---

Dr. Arnaldo de Caldas França Júnior  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Aos meus pais **José Melo e Maria Anita**, exemplo de que uma verdadeira relação resiste ao tempo, à rotina, e a tudo que a vida trouxer desde que haja amor, respeito e cumplicidade.

A toda minha família, aqui representada por minha irmã **Regina**, pessoa que muito admiro e que sei que estaremos juntas por todas nossas vidas.

Aos meus filhos **Fernanda e João**, **minhas maiores verdades**, amor sem limites.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela vida e por todas as possibilidades que nela existem, guiando-me sempre.

A este núcleo familiar, **Carol, Reinaldinho, Breno, Reinaldo, Rafael, Hebert, Camilla, Rodrigo e Malu** que estão presentes nos bons e maus momentos.

À **Zete** por me ajudar a tirar as cópias, preparar os envelopes dos questionários, trazer-me incontáveis xícaras de chás, tomando conta dos meus filhos para que eu conseguisse cumprir todos os prazos.

À amiga **Márcia Guenes** que no processo de seleção me dizia: você só precisa de uma vaga... À **Déa, Gessyanne, Luíza, Mirtes, Carminha e Samia** amigas recentes e outras de uma vida, que estavam comigo quando saiu à aprovação em uma viagem maravilhosa e em tantos outros momentos de sonhos.

Ao meu amigo de todas as horas **Flávio Lyra**, colega de profissão e de instituição, dentista do trabalho como eu, que me apontou este mestrado levando-me à saúde pública.

Às minhas amigas-irmãs, **Normanda Nunes, Joandina Veloso e Zília Frazão** pelo colo, ouvidos, conselhos, paciência e por sempre torcerem por mim e me desejarem o melhor.

Aos amigos e mestres **Rejane Santana e Paulo Correia**, pelo apoio técnico, psicológico e pelo sorriso ao me dizerem que no final tudo daria certo.

A todos **os profissionais e amigos do Núcleo de Saúde do TRT6**, em especial aos da odontologia, **Melanie, Keila, Tereza, Rogério, Edilene e Olindina**, pelo apoio dispensado e por compreenderem minhas ausências.

Aos **meus pacientes**, por entenderem o motivo dos meus afastamentos para cursar este mestrado, muito embora ao me virem perguntarem: quando você volta?

Às colegas da Secretaria de Recursos Humanos, **Mônica Lacerda e Fábila Lagean**, pelas orientações no processo burocrático de licenças e liberação para cursar e concluir este curso.

À **Administração do Egrégio Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco** pela anuência de aplicabilidade deste estudo, bem como aos **servidores da instituição** por aceitarem participar desta pesquisa, dispondo um pouco do seu tempo e recebendo-me sempre com sorrisos.

A todos os **meus alunos da especialização em Odontologia do Trabalho** pela admiração, energia positiva e torcida durante todo este processo de aprendizado e luta.

Aos meus orientadores **Rafael Moreira e Idê Gurgel**, pelos ensinamentos, orientações, oportunidade de estreitar laços com vocês e principalmente por acreditarem em mim e no meu projeto.

Aos **mestres, doutores e pesquisadores que compartilharam seus saberes, bem como todos os que trabalham no CPqAM**, que contribuíram no dia a dia para essa conquista, seja na sala de aula, secretaria acadêmica, CEP, biblioteca, sala de convivência, cafezinho... Não podendo deixar de citar de forma especial **Adriana, Semente, Mégine e Márcia Saturnino**.

A **todos os meus amigos de turma (2011-2013)**, onde o apoio, afeto, solidariedade e carinho estiveram presentes durante o tempo de convivência, permitindo-me resgatar tantas coisas não vividas em outros cursos...

E com emoção não contida, à **Lissandra, Tatiana, Keila, Mauricéia, Cacá, Chris, Romero e Capitão, integrantes como eu do ACIM (Anexo Criativo Itinerante do Mestrado)**, onde entre brindes, sorrisos, lágrimas e trocas não só científicas, mas principalmente de VIDA, fui insuportavelmente feliz. **Com vocês o último brinde: “avedis donabedian”**.

Assim, agradeço **a todos** que contribuíram direta ou indiretamente para tornar este sonho, realidade. **"Saudade é o preço que se paga por viver momentos inesquecíveis" (Gilmar Pontes)**, este é o meu sentimento.

Não me dêem fórmulas certas, por que eu não espero acertar sempre. Não me mostrem o que esperam de mim, por que vou seguir meu coração Não me façam ser quem não sou. Não me convidem a ser igual, por que sinceramente sou diferente. Não sei amar pela metade. Não sei viver de mentira. Não sei voar de pés no chão.

“Sou sempre eu mesma, mas com certeza não serei a mesma pra sempre.”

**Clarice Lispector**



MELO, Ana Cláudia de Souza. **Análise do Impacto das Condições Bucais Autopercebidas na Qualidade de Vida dos Servidores da Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

## RESUMO

Tradicionalmente a odontologia utiliza recursos clínicos para diagnosticar as condições de saúde bucal, sendo estes limitados por não informarem o impacto que a condição bucal gera na qualidade de vida dos trabalhadores. A Odontologia do Trabalho, especialidade que tem como objetivo a busca permanente da compatibilidade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador; entende que aquele que trabalha com satisfação, produz com maior desempenho e qualidade suas tarefas. Dessa forma, o objetivo do estudo foi analisar o impacto das condições bucais autopercebidas na qualidade de vida dos servidores da região metropolitana do TRT de Pernambuco. Trata-se de um Estudo quantitativo de corte transversal, utilizando uma amostra estratificada de 360 indivíduos. Dados foram coletados por meio de questionários autopreenchidos contendo os seguintes domínios: Questionário sobre o perfil sócio-demográfico e funcional da amostra, Códigos e critérios para a necessidade autoreferida de tratamento odontológico para cárie, prótese e doença periodontal e *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Na análise dos dados foram utilizados testes estatísticos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis com nível de significância de 5%. Os resultados mostraram média de idade de 43,9 anos, predominância do sexo feminino (57,5%), nível superior (88,9%), lotação na Área Judiciária (43,9%), tendo a maioria (67,2%) jornada maior ou igual a 40 horas semanais. Precisam de tratamento estético para algum dente (60,8%). Diferença significativa na avaliação para necessidade ou não de tratamento nas gengivas, mau hálito ou mobilidade dentária no OHIP-14 estando a “Limitação funcional” e o “Desconforto psicológico” presentes. A prevenção de doenças e a promoção de saúde bucal no ambiente de trabalho interferem no cotidiano dos servidores com reflexos sobre sua qualidade de vida.

**Palavras chaves:** Odontologia do Trabalho. Qualidade de Vida. Ambiente de Trabalho.

MELO, Ana Cláudia de Souza. **Analysis of the Impact of Oral Conditions Self Perceived in Quality of Life Servers in the Metropolitan Region of the Regional Labor Court of Pernambuco.** 2013. Dissertation (Master of Public Health) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2013.

## ABSTRACT

Dentistry uses traditionally clinical resources to diagnose oral health conditions, which do not describe the impact upon the workers' life quality generated by oral condition. Labour Dentistry, specialty which permanently searches for compatibility between employment and preservation of worker's oral health, advocates who works with satisfaction produces higher performance and quality on your tasks. Therefore, the Study aims to analyze the impact of self perceived oral conditions upon the workers' life quality in metropolitan area under Regional Labor Court of Pernambuco jurisdiction. It is a cross-sectional quantitative study using a stratified sample of 360 individuals. Collecting data used self filled questionnaires, including: Questionnaire on the social-demographic and functional sample, Codes and criteria for self reported need of dental treatment for caries, periodontal disease and prosthetic, and Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Mann-Whitney and Kruskal-Wallis' statistical tests were used to analyze data with a significance level of five percent. The results presented average age of 43,9 years, female predominance (57.5%), higher education (88.9%), located in Judicial Area (43.9%), journey greater than or equal to 40 hours per week (67.2%). Need cosmetic treatment for any tooth (60.8%). Significant difference in the evaluation of necessity treating the gums, bad breath or tooth mobility in OHIP-14 considering presence of "functional limitation" and "psychological discomfort". Disease prevention and oral health promotion in the workplace affect the workers' everyday with effects on their life quality.

**Keywords:** Labour Dentistry. Quality of Life. Labour Environment.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL</b>	21
<b>2.1</b>	<b>Saúde Geral e Saúde Bucal</b>	21
2.1.1	Saúde Geral	21
2.1.2	Saúde Bucal	22
2.1.3	Saúde Bucal do Trabalhador	25
2.1.4	Absenteísmo	27
2.1.5	Absenteísmo por motivos odontológicos	30
2.1.6	Morbidade Odontológica e restrição de atividades	33
<b>2.2</b>	<b>Medicina do Trabalho</b>	35
<b>2.3</b>	<b>Saúde do Trabalhador</b>	37
<b>2.4</b>	<b>Odontologia do Trabalho</b>	42
<b>2.5</b>	<b>Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco</b>	49
2.5.1	Estrutura da Organização	55
<b>2.6</b>	<b>Autopercepção em Saúde Bucal</b>	56
<b>2.7</b>	<b>Necessidade Autoreferida de Tratamento Odontológico</b>	60
<b>2.8</b>	<b>Qualidade de Vida</b>	64
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	70
<b>3.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	70
<b>3.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	70
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b>	71
<b>4.1</b>	<b>Desenho do estudo</b>	71
<b>4.2</b>	<b>Local de estudo</b>	71
<b>4.3</b>	<b>População de estudo</b>	71
4.3.1	Critérios de inclusão	72
4.3.2	Critérios de exclusão	72
<b>4.4</b>	<b>Amostra</b>	72
<b>4.5</b>	<b>Coleta de dados</b>	73
<b>4.6</b>	<b>Instrumentos para a coleta de dados</b>	74
4.6.1	Questionário 1: Perfil sócio-demográfico e funcional	74
4.6.2	Questionário 2: Códigos e critérios para necessidade de tratamento para cárie, prótese e tratamento periodontal	74
4.6.3	Questionário 3: OHIP-14	75

<b>4.7</b>	<b>Variáveis do estudo.....</b>	<b>75</b>
4.7.1	Variável dependente: Impacto das condições bucais na Qualidade de Vida mensurado pelo (OHIP-14).....	76
4.7.2	Variáveis independentes.....	76
<b>4.8</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>78</b>
<b>4.9</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>78</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>80</b>
<b>5.1</b>	<b>Perfil sócio demográfico e funcional.....</b>	<b>80</b>
<b>5.2</b>	<b>CrITÉrios para necessidade de tratamento para cárie.....</b>	<b>81</b>
<b>5.3</b>	<b>CrITÉrios para necessidade de prótese.....</b>	<b>82</b>
<b>5.4</b>	<b>CrITÉrios para necessidade de tratamento periodontal.....</b>	<b>83</b>
<b>5.5</b>	<b>Resultados do OHIP-14.....</b>	<b>84</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>100</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>114</b>
<b>8</b>	<b>RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>116</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>118</b>
	<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>135</b>
	<b>APÊNDICE B - Questionário sobre o perfil sócio-demográfico e funcional.....</b>	<b>136</b>
	<b>APÊNDICE C - Carta de Anuência.....</b>	<b>137</b>
	<b>ANEXO A - Códigos e critérios para necessidade de cárie, prótese e tratamento periodontal.....</b>	<b>138</b>
	<b>ANEXO B - OHIP – 14.....</b>	<b>139</b>
	<b>ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>141</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*“Saudações aos que tem coragem”.  
Música: Pense e dance - Frejat*

A saúde enquanto entendida como patrimônio do trabalhador é condição essencial para o convívio social, indissociável do trabalho, ferramenta primeira no desenvolvimento das relações de produção. A força de trabalho humana por sua importância, poder criativo e transformador, vem ao longo dos séculos, escrevendo capítulos de lutas e mudanças na história da humanidade e, nas complexas relações com o modo de produção vigente.

Enquanto cuidado individual e coletivo, a saúde do trabalhador implica uma constante vigilância e avaliação sobre o processo de trabalho por parte dos empresários, técnicos e dos próprios trabalhadores, servidores, funcionários ou colaboradores, seja qual for a terminologia empregada pela empresa.

As buscas constantes por padrões de qualidade elevam o nível dos serviços de saúde prestados, no intuito de produção de impacto na saúde da população.

Ao longo da história, o termo saúde sofreu modificações conceituais, acompanhando os avanços tecnológicos e científicos nos descobrimentos de doenças e agentes causadores. Este conceito, atualmente, é baseado na visão proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

Durante muito tempo tinha-se como conceito de saúde a “ausência de doença”, o que repercutiu de maneira equivocada e prejudicial no processo de planejamento da promoção de saúde. As pessoas procuravam os serviços de saúde públicos ou privados na busca de “tratamento para suas doenças”. Não existia a consciência da prevenção e nem tão pouco a de promoção de saúde, mas sim uma filosofia puramente assistencialista.

Os dias atuais são marcados por grandes transformações no modo de vida, ligadas a fatores como a globalização, as novas tecnologias, a degradação ambiental e a expansão dos meios de comunicação de massa. As condições inadequadas de trabalho, bem como as suas formas organizativas, encontram-se vinculadas a danos à saúde dos trabalhadores, que se apresentam como sofrimento psíquico, doenças profissionais e acidentes de trabalho.

Muito embora, a relação trabalho e saúde tenham sido relatadas desde a antiguidade o principal interesse estava no bom funcionamento dos processos de trabalho e não na promoção e preservação da saúde dos trabalhadores, onde o mundo globalizado força a modernização e adequação das empresas brasileiras à nova realidade do mercado mundial, passando o ser humano a se constituir no maior patrimônio das empresas.

Observa-se que o conhecimento sobre riscos ocupacionais para a saúde bucal do trabalhador é ainda incipiente mesmo para aqueles profissionais que trabalham em indústrias, onde exposições ocupacionais são comuns. Qualquer problema de origem bucal pode provocar desconforto físico, emocional, prejuízos consideráveis à saúde geral, além de interferir na produtividade do trabalhador.

As primeiras abordagens formais desta relação trabalho/saúde tiveram início na Europa, no século XIX, com a criação da Medicina do Trabalho e a implantação dos serviços médicos dentro das empresas, sendo esta estrutura centrada na figura do médico que por meio de uma atuação focada no trabalhador, assumia a responsabilidade pela prevenção dos acidentes e das doenças onde o principal interesse era o bom funcionamento dos processos de trabalho e não a promoção de saúde dos trabalhadores.

A adoção de programas de monitoramento e promoção de saúde bucal no ambiente de trabalho requer certo arrojo por parte dos gestores de saúde e segurança ocupacional das empresas. Esta nova postura implica na quebra de paradigmas e exige da equipe multiprofissional explorar novos territórios relacionados à saúde e segurança do trabalhador e suas relações com o universo produtivo de bens e serviços.

É preciso trabalhar em uma perspectiva intermultidisciplinar na construção de alternativas de processos de trabalho que protejam a saúde do trabalhador, exigindo diálogo conjunto das diversas áreas envolvidas, pois está claramente esgotado o modelo de intervenção de disciplinas e campos de conhecimento isoladamente.

O conceito de trabalhador proposto pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) marca uma tentativa de consolidar uma concepção ampliada, atenta às especificidades das relações do mundo do trabalho contemporâneo. A proposta da PNSST define as diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento e gestão, acompanhamento e controle

social, busca a superação da fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores de Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente. Para fins desta política são considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e / ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal e informal da economia. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2004a).

Hoje, as empresas têm como objetivo elevar a produtividade e para isto, um dos quesitos é que o trabalhador tenha qualidade de vida, sendo um desses indicadores a condição de saúde bucal, que interfere diretamente em seu desempenho durante o trabalho, com foco na diminuição do absenteísmo, atingindo o absenteísmo por motivos odontológicos, a morbidade odontológica e a restrição de atividades.

Podemos inferir que a qualidade de vida no Trabalho tem por objetivo o crescimento da produtividade e das satisfações dos empregados, considerando a obtenção de resultados crescentes, pela organização, como fundamental para que a busca de melhorias nas condições e relações de trabalho ocorra de forma permanente.

A odontologia, enquanto parte das práticas em saúde, tradicionalmente, prioriza a utilização de recursos clínicos para diagnosticar as condições de saúde bucal. Esses, entretanto, são limitados, por não informarem o impacto que a condição bucal gera na qualidade de vida dos indivíduos.

Sendo a situação da saúde bucal crítica no Brasil, dados estatísticos serviram de base para que o governo federal se mobilizasse para o resgate da “dignidade” do sorriso, através da implantação de programas e incentivos públicos para a assistência odontológica integral e gratuita, devidamente inserido no SUS (ALMEIDA; ARAÚJO; ARAÚJO, 2006).

O planejamento mostra-se como um meio auxiliar na interação entre os sujeitos no sentido de viabilizar um dado projeto ético-político para a saúde. O enfoque estratégico situacional aparece como uma proposta de construção de um

.....  
novo modelo de atenção à saúde, voltado para a integralidade e equidade, onde o processo de programação se dá à luz da análise dos problemas de saúde em uma perspectiva epidemiológica e social (EMMI *et al.*, 2006).

Quando se trata de mudar determinadas situações relativas à saúde dos trabalhadores é imperativo agir em articulação intersetorial e com abordagem interdisciplinar (MINAYO-GOMEZ, 2011).

Os problemas psicossociais relacionados à saúde, apesar de não terem sido contemplados nas metas para a saúde bucal no ano 2000, culminaram numa publicação preparada pela Organização Mundial da Saúde tendo como objetivo classificar as consequências na vida diária de pessoas e populações, com parâmetros tais como a dor, desconforto, deficiência, incapacidades físicas, psicológicas e sociais. Estas características ligadas à qualidade de vida, só vieram a ter participação, por parte da OMS, na odontologia, após o ano 2000 (PETERSEN, 2003, 2004, 2005, 2009).

Frente a esse abandono e dificuldades, segundo Silva e Fernandes (2001), ações voltadas à educação em saúde, com ênfase na autopercepção e autoproteção, deveriam ser mais exploradas.

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem voltadas a facilitar ações comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade (CANDEIAS, 1997).

Na prática, a educação em saúde constitui uma fração das atividades voltadas à melhoria na qualidade de vida e, quando se refere especificamente à saúde bucal, também devem ser priorizadas ações educativas e motivacionais dentro desse contexto. Para que isto seja possível, é preciso buscar práticas que não valorize somente a utilização de recursos clínicos para o diagnóstico das condições de saúde bucal, mas sim, que leve em consideração a forma como a população percebe sua condição de saúde bucal.

Normalmente a avaliação das necessidades populacionais ignora os aspectos sócio-comportamentais e culturais, realizando o planejamento dos serviços de saúde bucal considerando apenas necessidades normativas, pois se enquadra dentro de um modelo biomédico, baseado na identificação de doenças sem levar em consideração a percepção subjetiva do paciente (LEÃO; SHEIHAM, 1995).



As concepções de saúde bucal se modificaram, mas é certo que a qualidade de vida não existe quando a saúde bucal está comprometida (MENDONÇA, 2001).

Indiscutivelmente, a saúde bucal é pré-condição para um bem estar geral do indivíduo. É espantoso que a sociedade não perceba isso de forma preventiva, só procurando os profissionais da área quando estão acometidos por algum desconforto. Mas não se pode deixar de reconhecer que isso vem evoluindo, a passos lentos, mas está evoluindo.

De acordo com Cerqueira (1994), os indivíduos têm seu próprio conceito de qualidade, sendo possível dizer que qualidade é aquilo que cada um acredita que é ou percebe que é. Portanto, é fundamental entender que antes de tudo o conceito de qualidade depende da percepção de cada um em função da cultura ou do grupo que se irá considerar.

A literatura oferece vários e diferentes instrumentos que podem ser aplicados com a finalidade da obtenção de dados subjetivos para chegar a um conteúdo válido à saúde bucal (Atchison; Dolan, 1990; Leão; Scheiham, 1995; Slade; Spencer, 1994). Em sua maioria, apresentam-se sob a forma de questionários com questões abertas e fechadas, cuja finalidade básica é o desvendar da autopercepção do paciente no que se refere a sua saúde bucal e como ela interfere no seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. Esses têm se tornando fortes aliados na construção de programas educativos, preventivos e curativos por diversos profissionais da saúde (SILVA; FERNANDES, 2001).

O desenvolvimento dos indicadores que relacionam problemas bucais com a qualidade de vida surgiu da necessidade de conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida. O conceito de necessidade percebida de saúde se originou em movimentos remotos da promoção da saúde, e desvinculou a noção de saúde de ausência de doença. Saúde e doença passaram a ser compreendidas como entidades distintas, pluridimensionais e, portanto, não mensurável por escala linear unidimensional. Chegando saúde a ser definida como uma dimensão da qualidade de vida.

Os autores Slade e Spencer (1994) criaram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), um questionário composto por 49 questões que procurava descobrir se o

paciente sofreu, nos últimos 12 meses algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses.

Passados três anos Slade (1997) realizou um estudo com o objetivo de produzir uma versão mais reduzida e menos complexa do OHIP 49, mantendo suas características de confiança e validade. Assim, 14 itens foram selecionados a partir do questionário original, e os mesmos se apresentaram efetivos na detecção das associações clínicas e sócio-demográficas que foram observadas quando foram utilizadas as 49 questões (SLADE, 1997).

O autor chegou à conclusão que o OHIP 14 contém questões que retêm as dimensões conceituais contidas no OHIP 49, e estas questões têm uma boa distribuição de prevalência, sugerindo que o instrumento deva ser utilizado para quantificar níveis de impacto sobre bem-estar, mesmo com um número limitado de questões. Pesquisadores começaram a trabalhar também com medidas subjetivas, visando inserir a percepção do próprio paciente sobre sua condição bucal como um fator relevante à atenção odontológica. Esses dados proporcionam ao profissional, subsídios complementares ao exame clínico, permitindo uma visão integral do paciente e ainda mais dos modernos conceitos de saúde (SLADE, 1997).

Dentre os vários instrumentos desenvolvidos para mensurar necessidades percebidas, o questionário perfil de impacto de saúde bucal (*OHIP*) é um dos mais amplamente utilizados em diferentes culturas e perfis sócio-demográficos; tendo sido desenvolvido para fornecer uma mensuração abrangente de dor, disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição bucal.

Tais informações visam à complementação dos indicadores tradicionais de epidemiologia bucal de doenças clínicas e, desse modo, fornecem um perfil do "impacto da doença" em populações e a eficácia dos serviços de saúde em reduzir esses impactos, com referência a problemas de pronúncia, sensação de paladar, dor na boca, dor para se alimentar, desconforto com a condição bucal, tensão nervosa, alimentação prejudicada, necessidade de interromper as refeições, dificuldade de relaxamento, vergonha, irritação com outras pessoas, dificuldade de fazer tarefas rotineiras, vida insatisfatória e incapacidade funcional para fazer atividades diárias.

A Saúde do Trabalhador constitui-se numa área da saúde pública, definida como "um conjunto de atividades que se destina a proteção e promoção da saúde do trabalhador por meio da vigilância epidemiológica e vigilância sanitária" bem

como visa a recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos de agravos provocados pelo trabalho ou condições do trabalho (BRASIL, 2006).

O Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco (TRT6) entendendo que preservar a saúde de seus servidores e magistrados é fundamental para o crescimento tanto de seu pessoal como da própria instituição elaborou o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), de acordo com o ATO TRT nº 305/2001 (BRASIL, 2001).

No intuito de reestruturar o PCMSO a fim de oferecer ações integradas em saúde, visando à ampliação e o aperfeiçoamento dos atendimentos já estabelecidos e a oferta de novos serviços para a promoção da saúde das pessoas que integram o TRT6, foi elaborado o Programa de Controle de Saúde Bucal com a integração do dentista do trabalho na equipe de saúde ocupacional.

Segundo Costa (2008), a Odontologia do Trabalho é praticada pelo dentista do trabalho e parte da atenção à saúde do trabalhador, tratando de promover, preservar e recuperar a saúde bucal do trabalhador, conseqüente dos agravos, afecções ou doenças advindas do exercício profissional e que tem manifestações bucais, devendo ter sua ação voltada à prevenção de todos os agravos laborais, ou seja, objetiva a prevenção das doenças decorrentes da atuação profissional e dos acidentes de trabalho. É a especialidade responsável pela busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a saúde bucal do trabalhador.

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo no desempenho diário e qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade, visto que as doenças bucais causam dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, acarretando prejuízos em níveis individuais e coletivos.

Neste contexto de valorização dos recursos humanos, a Odontologia do Trabalho ganha destaque com o intuito de estudar, interpretar e solucionar os diferentes problemas bucais que atingem os trabalhadores. As doenças bucais não se desvinculam das condições gerais de saúde do corpo e não podem ser deixadas de lado, quando se discutem as incapacidades que atingem os trabalhadores. Qualquer problema de origem bucal pode provocar desconforto físico, emocional, prejuízos consideráveis à saúde geral, além de diminuir a produtividade de um empregado dentro de sua função.

O dentista do trabalho tem uma grande responsabilidade no reconhecimento e, conseqüentemente, na prevenção das doenças profissionais que possam ser diagnosticadas através do exame da cavidade bucal. Isso exige um conhecimento especializado por parte do profissional, conhecimento esse que não pode ser obtido nos ambulatórios gerais ou na clínica particular, mas unicamente através do contato diário com os trabalhadores, em seu local de trabalho.

A promoção de saúde é um meio potencial de combate ao desconforto, dor e sofrimento associado às doenças bucais, sendo 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 falta de integração entre a odontologia e a saúde pública em geral, mais especialmente entre as práticas de saúde bucal e o campo da saúde do trabalhador.

A mudança do paradigma médico para um modelo mais amplo de comportamento social nos compromete a desenvolver novas maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos, dando uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo, como seu bem-estar funcional, social e psicológico e as suas interpretações de saúde e doença (LOCKER, 1997).

Novos modelos, portanto, sobre conceitos de saúde têm sido aprofundados com o objetivo de relacionar dimensões biofísicas, psicológicas e sociais para promover bases mais sólidas para a vida (PEREIRA, 1995).

Neste sentido, a epidemiologia bucal tem agregado medidas de percepção aos indicadores clínicos para decidir o tipo de tratamento dos indivíduos, levando em consideração aspectos sociopsíquicos até então ignorados pelos sistemas normativos de determinação dessas necessidades (SHEIHAM, 2000).

A própria definição de percepção - ato, efeito ou faculdade de perceber demonstra que a prática de uma odontologia mecanicista se contrapõe à visão da atenção à saúde, na qual se exige não somente o conhecimento no campo da ciência odontológica, mas também de conceitos das ciências sociais e humanas.

A incorporação da filosofia da promoção de saúde na clínica ampliada exige do profissional uma adequação de suas concepções e de seus conceitos, levando a

uma reconstrução contínua do conhecimento, através da utilização de estratégias preventivas específicas direcionadas ao indivíduo, nas ações educativas contextualizadas dentro do trabalho, no compromisso com a educação continuada e no desenvolvimento de uma prática de atenção baseada em evidências de efetividade pelo profissional, além de mudanças no próprio processo de trabalho, que centralize a atenção clínica na ação integral e resolutive.

O aqui exposto, a inexistência de estudos dentro do TRT6 sobre o tema abordado, e o fato do setor odontológico da instituição criado há mais de 20 anos, funcionar por demanda espontânea realizando procedimentos curativistas, desconhecendo as reais percepções em saúde bucal e o perfil sócio-demográfico e funcional do público atendido, motivaram a realização desta pesquisa.

Os dados e informações coletados nortearão as práticas de promoção de saúde bucal, contribuindo para qualidade de vida dos servidores do quadro funcional, apoiando a tomada de decisões, reestruturação, implantação de políticas, projetos e novas práticas no núcleo de saúde/setor odontológico do TRT6.

Nesse sentido este estudo foi construído a partir da seguinte pergunta condutora: Qual o impacto das condições bucais autopercebidas, na qualidade de vida dos servidores da Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco?

Esse estudo apresenta como hipótese:

- a) A condição de saúde bucal interfere no cotidiano dos servidores com reflexos sobre a qualidade de vida e é influenciada pelos hábitos e cuidados, pela percepção da condição de saúde e pelas características sócio-demográficas e funcionais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

No capítulo a seguir, iremos discorrer sobre alguns pontos indispensáveis para a compreensão do tema desta pesquisa.

### 2.1 Saúde Geral e Saúde Bucal

Muita coisa que ontem parecia importante ou significativa amanhã virará pó no filtro da memória.  
Mas o sorriso (...) ah, esse resistirá a todas as ciladas do tempo.  
Caio Fernando de Abreu

Este capítulo está dividido em tópicos levando em consideração o tema pesquisado.

#### 2.1.1 Saúde Geral

Etimologicamente, o termo saúde advém da palavra em latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos, porém saúde é um conceito intrínseco à natureza humana. Desde os primórdios da civilização humana até ao século XXI, este termo tem sofrido várias alterações na sua definição; sendo que a partir de meados do século XX até aos dias de hoje, a definição de saúde sofreu um significativo avanço positivo.

Assim, o termo saúde transcende a simples ausência de doença, incluindo também o sentimento de bem-estar físico, mental e social, além de significações positivas como ter energia, sentir-se em forma, comer adequadamente e ter relações sociais satisfatórias. Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

Grande passo para a humanidade por abrigar um conceito, uma direção para todos seguirem e que incluem o bem-estar como objetivo maior. No entanto também se soma o termo físico abrigo aqui as questões somáticas, o aspecto mental da saúde aludindo a psique como aspecto da sanidade a ser considerado, e por fim o social, viver em harmonia com a sociedade passa a ser pré-requisito para se obter saúde. Entretanto a definição não se estagna, e termina com um ponto final, ela

continua explicitando que saúde não é simplesmente a exclusão do sofrimento com as agruras de uma doença.

Esta definição tem recebido diversas críticas desde então por utilizar termos abstratos, tais como: estado, completo, bem-estar e por vezes por vislumbrar a saúde pela lente particular de um indivíduo e sua relação com seu próprio físico, sua mente e suas relações sociais, não ressaltando a importância da saúde de uma coletividade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946).

A saúde inclui fatores físicos, psicológicos, comportamentais e sociológicos.

Esta evolução possibilitou o aparecimento de políticas sanitárias mais eficazes, ultrapassando as dicotomias corpo e mente, saúde e doença, promoção e prevenção, prevenção e terapêutica, e terapêutica e reabilitação. Passando a saúde a ser vista como algo que pode ser promovido, alcançado, aperfeiçoado, a partir de uma dialética entre o paciente e o profissional.

Desta forma saúde é considerado um constructo multifatorial cujos determinantes incluem idade, sexo, fatores hereditários, estilo de vida, influências sociais e comunitárias, condições de habitação e trabalho, bem como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais; onde estudos científicos relativos à auto-avaliação do estado de saúde indicam que as avaliações que as pessoas realizam sobre a sua saúde ultrapassam a simples avaliação somática ou psíquica, estas avaliações pessoais do estado de saúde representam uma avaliação global da qualidade de vida e bem-estar, ou seja, a pessoa não ignora a dimensão física, mas inclui a dimensão psicológica e social na avaliação que faz do seu estado de Saúde (TRINDADE; TEIXEIRA, 2007).

A noção de bem-estar está popularmente relacionada com saúde, podendo à primeira vista, significar um sentimento subjetivo do sentir-se bem, não ter queixas, não apresentar sofrimento somático ou psíquico, nem ter consciência de qualquer lesão estrutural ou de prejuízo do desempenho pessoal ou social (SÁ JÚNIOR, 2004).

### 2.1.2 Saúde Bucal

Uma das definições de Saúde Bucal é a ausência de dor crônica facial e na boca, de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congênitos orais

como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e, outras doenças e perturbações orais que afetem a boca. Apesar desta definição parecer completa, representa apenas um estado de saúde bucal ideal. A verdade é que a maioria das pessoas, em qualquer momento da sua vida irá ter um problema de saúde bucal.

O modelo conceitual de Locker (1988) é um dos modelos mais utilizados para avaliar o estado da saúde bucal, baseando-se nos conceitos de deterioração, incapacidade e desvantagem.

O modelo de Locker defende que, os problemas de saúde bucal poderão levar a sete possíveis consequências denominadas deterioração, limitação funcional, dor/desconforto, incapacidade (física, psicológica e social) e desvantagem (BAKER, 2007).

Por isso, tenta capturar todos os resultados funcionais e psicossociais possíveis que os problemas de saúde bucal poderão provocar (ALLEN, 2003).

Neste sentido, a deterioração por perda de dentes, poderá levar a limitação funcional por dificuldade em mastigar, além da dor e desconforto (auto-relatos de sintomas físicos e psicológicos). Por sua vez, estas dificuldades podem levar a incapacidade de realizar as atividades diárias e a desvantagem gerando um isolamento social devido ao embaraço. No fundo, o modelo de Locker é uma tentativa de compreensão das doenças orais e as suas consequências a nível físico, psicológico e social (BAKER, 2007).

Os problemas de saúde bucal vêm sendo reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo nas atividades diárias, provocando sofrimento, dor, constrangimentos psicológicos e privações sociais. Podemos dizer em última análise, que uma autopercepção da condição bucal diminuída pode levar à ausência de cuidado oral diário e necessidade de tratamento odontológico, refletindo negativamente na Qualidade de Vida (QV) e autoestima dos trabalhadores.

As avaliações pessoais do estado de saúde representam uma avaliação global da qualidade de vida e bem-estar, ou seja, a pessoa não ignora a dimensão física, mas inclui a dimensão psicológica e social na avaliação (TRINDADE; TEIXEIRA, 2007).

A Saúde Bucal é uma parte integrante da Saúde Geral e contribui para a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. Quando a Saúde Bucal está



comprometida, a saúde em geral e a qualidade de vida podem estar diminuídas. “A Saúde Oral não tem sido avaliada como componente dos instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde”, sendo muitas vezes considerada isoladamente (PETERSEN; UEDA, 2006).

Como se pôde verificar, o conceito de Saúde caracteriza-se por ser holístico (físico, psicológico e social), demonstrando uma preocupação por todos os aspectos da vida do ser humano. Por isso, a Saúde Bucal deverá, igualmente, ser considerada e melhorada. Para, além disso, tem-se verificado uma relação entre Saúde Geral e Saúde Bucal (PETERSEN; YAMAMOTO, 2005), o que reforça ainda mais a importância da Saúde Bucal na Qualidade de Vida das pessoas.

Vale salientar que a odontologia de mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. Em linhas gerais, sua concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, e realizada com exclusividade por um sujeito individual no restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado, como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos. A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, e em sua organicidade ao modo de produção capitalista, com a transformação dos cuidados de saúde em mercadorias, solapando a saúde como bem comum sem valor de troca, e impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas sobejamente conhecidas (NARVAI, 2001).

Neste início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros reproduz, mecânica e acriticamente, os elementos nucleares do modelo de prática odontológica no setor privado de prestação de serviços. Tendo seu apogeu durante a época mais obscura da ditadura militar (1968-1978), as formulações teóricas da odontologia sanitária foram associadas a esse contexto autoritário, entrando em declínio nos anos 80 (NARVAI, 2001).

A segunda metade do século passado testemunhou o surgimento de várias odontologias no Brasil. No meio acadêmico, consagrou-se a expressão “odontologia social e preventiva” como *locus* dessa profusão de proposições. Em “Odontologia e saúde bucal coletiva”, Narvai (1994) discorre sobre as seguintes odontologias: sanitária, preventiva, social, simplificada, integral, comunitária e, também, a saúde bucal coletiva, analisando-as *vis-a-vis* com os contextos nas quais emergiram, e

explorando suas conexões com propostas mais gerais para o setor saúde e com diferentes projetos de sociedade.

Pinto (1989) lançou seu livro “Saúde bucal: odontologia social e preventiva” que se tornou obra de referência da área. O autor organizou, sistematizou e atualizou as bases teóricas sobre as quais se deveriam assentar o planejamento e a programação das ações de saúde pública na área odontológica, trazendo uma expressiva contribuição tanto ao planejamento de serviços quanto à formação de recursos humanos.

Próximo do final do século a Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (ABOPREV) publicou “Promoção de Saúde Bucal”, obra coletiva que reuniu dezenas de autores brasileiros e estrangeiros, sob coordenação de Kriger (1997) ampliando ainda mais as bases técnicas e científicas sobre as quais se poderiam apoiar o planejamento e a gestão de serviços odontológicos.

Mais recentemente, esforços significativos nesse sentido vêm sendo empreendidos com o lançamento de “Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas” (ANGELIM-DIAS, 2006).

### 2.1.3 Saúde Bucal do Trabalhador

Os trabalhadores, de um modo geral, compreendem que ter uma boa dentição é um fator importante no momento de procurar e ser admitido em um emprego, podendo este dado ser explicado tendo-se em vista que a boca estabelece comunicação com o meio ambiente e expressa muito das emoções (GARCIA, 2006).

Segundo Guimarães e Rocha (1979), a boca é um órgão de expressão emocional, que reflete as manifestações da mente, transmitem os sentimentos de felicidade, de alegria, de raiva e de prazer, o canto e o riso, o pranto e a blasfêmia, podendo-se assim colocá-la do ponto de vista psicossomático, provavelmente como o órgão mais importante do corpo humano.

O conceito de Saúde Bucal passou por algumas alterações no decorrer do tempo que dividiu e norteou a própria prática odontológica. Do início do século até a década de sessenta a Odontologia se encontrava em um estágio radical, onde o objetivo era o alívio das dores por meio das extrações. Na década de setenta a

MELO, A. C. S.

Odontologia curativa se destacou, pois neste período ter saúde bucal era o dente estar restaurado. Atualmente, atentando para o aspecto biológico das doenças bucais, motiva-se o indivíduo para que cuide de sua boca, investindo na prevenção.

As concepções de saúde bucal se modificaram, mas é certo que qualidade de vida não existe quando a saúde bucal está comprometida (MENDONÇA, 2001).

Dentro do aspecto conceitual da saúde, tendo em vista mais especificamente a saúde bucal do trabalhador, Araújo (1998, p. 40) citou que:

É a parte da atenção à saúde do trabalhador, que trata de promover, preservar e recuperar a saúde bucal do trabalhador, conseqüente dos agravos, afecções ou doenças do exercício profissional, e que tem manifestações bucais. Além disso, deve ter sua ação voltada à prevenção de todos os agravos laborais, ou seja, objetiva a prevenção de doenças decorrentes da atuação profissional e dos acidentes de trabalho.

Porém, pela sua característica, ainda de atividade liberal, a odontologia tem se pautado, quase que exclusivamente, na prática privada de seus serviços. O alto custo destes serviços os torna praticamente inacessíveis à grande maioria da população, população esta obrigada a conviver com as demais mazelas sociais que aumentam sua privação e exclusão social (PIZZATTO, 2005).

Como agravante a este quadro de exclusão, o acesso dos trabalhadores as unidades de saúde tradicionais é prejudicado pela longa jornada de trabalho dos mesmos, além da oferta de serviços públicos odontológicos ser voltada quase que exclusivamente, a população de baixa idade (programas de odontologia para bebês; programas voltados para pré-escolares, entre outros), esta prática excludente faz com que ao restante da população seja oferecido somente assistência em termos de atendimento a urgências e emergências, práticas pouco resolutivas e de baixo impacto em termos de saúde e qualidade de vida (CUNHA, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 1999; PINTO, 1992).

A prática, hoje, em relação à saúde bucal do trabalhador, se refere aos exames admissionais, processados por odontologia de grupos ou empresariais. Desta forma, o cirurgião-dentista estará selecionando o operário conforme as normas estabelecidas pelo contratante (ARAÚJO; GONINI JÚNIOR, 1999).

Apesar da saúde do trabalhador não ser uma área recente, vê-se que tanto o médico quanto o cirurgião-dentista não demonstram muito interesse por esta área específica, principalmente por desconhecerem as implicações do tema, tendo em vista neste caso, uma abordagem odontológica (ARAÚJO; GONINI JÚNIOR, 1999).

As ausências no trabalho (absenteísmo), a queda na produtividade, o prejuízo nos relacionamentos, o descuido com as normas de segurança e outros problemas podem ter sua origem no sofrimento provocado pelo adoecimento de natureza médica ou odontológica. No entanto, poucas empresas demonstram interesse pelo tema e/ou investem na área (ALEVATO COSTA, 2009).

#### 2.1.4 Absenteísmo

De acordo com Fishbach e Dunning (2005), o absenteísmo é uma expressão utilizada para designar as ausências dos empregados ao trabalho. Em um sentido mais amplo, é a soma dos períodos em que os empregados se encontram ausentes do trabalho seja por falta, atraso ou devido a algum motivo interveniente.

Segundo Costa (1971), absenteísmo é o conjunto das ausências intencionais do trabalhador e de caráter repetitivo excluindo, deste modo, as ausências por férias, por luto, gravidez ou por sanções disciplinares.

Os autores Miguez e Bonami (1988), entendem que, além da ausência física, o termo absenteísmo contempla um conjunto de comportamentos de ausência. Isto porque o trabalhador pode estar presente no posto de trabalho, mas improdutivo, ou ainda que presente no ambiente de trabalho, não em seu posto de trabalho, como nos casos em que sai repetidamente para tomar um café, conversar com colegas, ou exagerando no tempo dedicado aos intervalos com o almoço.

Já Midorikawa (2000), ao investigar a importância da odontologia na saúde do trabalhador apontou dois tipos de absenteísmo: o absenteísmo pela falta ao trabalho e o absenteísmo de corpo presente. O primeiro é mais fácil de ser mensurado e de ter o seu custo calculado. É a falta pura e simples do empregado ao trabalho, que leva à perda da produção de horas não trabalhadas. Já o absenteísmo de corpo presente, também chamado de presenteísmo, é aquele que ocorre quando o trabalhador está com algum problema de saúde que não permite um melhor desempenho e, embora ele não falte ao trabalho, diminui a sua produtividade.

Outras definições de absenteísmo, presentes especialmente nas normas pactuadas nos contratos de trabalho e nos acordos coletivos, abordam o caráter voluntário ou involuntário das ausências, estas últimas habitualmente entendidas como resultantes de doenças, acidentes, intercorrências e responsabilidades

familiares. Neste sentido, o absenteísmo é considerado passível de ser evitado (BOOTH, 1993).

Segundo Chiavenatto (1989) as principais causas de absenteísmo são: doença efetivamente comprovada; doença não comprovada; razões diversas de caráter familiar e faltas voluntárias por motivos pessoais.

As empresas que adotam uma política de absenteísmo orientada para a prevenção das causas a ele subjacentes implementam segundo Graça (1999, p. 34) as seguintes medidas concretas:

- a) Processuais, administrativas ou disciplinares – dificultando ou facilitando o comportamento de ausência, como perda de vencimentos ou de prêmios de assiduidade, complemento de subsídio de doença pago ou não pela empresa;
- b) Preventivas orientadas para o indivíduo e o reforço da sua capacidade de trabalho – como exames médicos periódicos, vacinação, educação para a saúde, formação e treinamento técnico, equipamentos de proteção individual contra os riscos profissionais;
- c) Preventivas orientadas para o ambiente de trabalho físico e psicossocial, de modo a neutralizar, reduzir ou minimizar a discrepância entre as exigências impostas pelo trabalho e a capacidade de resposta do indivíduo, como criação sustentada de um ambiente de trabalho saudável, seguro e produtivo, participação na organização do trabalho e participação no sistema de gestão;
- d) Reintegrativas – voltadas à reintegração e reabilitação do indivíduo no local de trabalho facilitando e apressando o retorno deste ao trabalho, como suporte social do grupo de trabalho, política de incentivos, serviços ou programas de reabilitação no local de trabalho.

Como fenômeno da esfera administrativa o comparecimento ao trabalho é condição *sine qua non* para a eficácia de uma organização. O rompimento no fluxo de operações cotidianas resulta no decréscimo da produtividade, na queda de qualidade dos produtos e/ou serviços e na diminuição da satisfação do cliente, além de exercer um efeito negativo no rendimento e na moral dos outros empregados e gerar sobrecarga de trabalho (SOUZA, 2002).

O absenteísmo laboral decorrente de problemas de saúde acarreta conseqüências econômicas e sociais, pois, além do ônus econômico e administrativo direto absorvido pela empresa e pelo empregado, provoca um incremento nos gastos do sistema de previdência social, que passa a responder pelo pagamento dos benefícios em função da incapacidade temporária causada por doença ou acidente de trabalho. Além disso, este tipo de problema aumenta a

demanda pelos serviços públicos de saúde, incluindo-se aí a atenção primária que o trabalhador recebe para avaliar a sua incapacidade para o trabalho (CASTEJÓN, 2002).

Segundo Figueiró (2003); Midorikawa (2000) e Silva (2000), a presença precária no trabalho decorrente de problemas de saúde, além de interferir diretamente na produtividade provoca em razão dos desequilíbrios da homeostase que envolvem a dor e a desconcentração a depressão, a ansiedade e a irritabilidade, dentre outros efeitos predisponentes a erros técnicos, conflitos interpessoais e acidentes do trabalho.

No que diz respeito ao absenteísmo por motivo de saúde, a legislação vigente prevê e disciplina duas situações distintas: que os afastamentos laborais inferiores há 15 dias são do empregador cabendo-lhe, inclusive, mas não obrigatoriamente, valer-se de exame médico por serviço próprio ou em convênio para o abono das faltas por motivo de saúde. Na ausência desta condição, faculta-se ainda, ao empregador, segundo o que determina a Lei nº 605/49, o Enunciado 282 de 01/03/88 do Tribunal Superior do Trabalho, a Lei nº 8.213/91, em seu artigo (art.) 60, inciso IV e o Decreto-Lei 3.048/99, exigir ordem de precedência para a apresentação de atestados médicos para a finalidade de abono destas faltas, segundo a seguinte hierarquia: a) médico do Sistema Único de Saúde (SUS); b) médico do Serviço Social da Indústria (SESI) ou do Serviço social do Comércio (SESC); c) médico a serviço de Repartição Federal, Estadual ou Municipal; d) médico de Serviço Sindical; e) médico de livre escolha do próprio empregado, no caso de ausência dos anteriores na respectiva localidade onde trabalha. No segundo caso, quando a incapacidade laborativa vier a ultrapassar 15 dias consecutivos, determina a legislação que o trabalhador segurado será encaminhado à perícia médica do INSS, com vistas à obtenção do benefício previdenciário pertinente que, no caso específico é denominado auxílio-doença (BRASIL, 1949, 1988, 1991, 1999).

Sendo os servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco regidos pelo Regime Jurídico Único, a questão do absenteísmo é tratada de forma diferente, uma vez que o ônus da ausência do servidor é suportado pelo próprio Tribunal, havendo em casos de licenças prolongadas, a realização de juntas médicas que reavaliam a continuação ou não da licença concedida.

Ressalte-se que estas ausências prolongadas não são bem vistas pela administração, e na impossibilidade de demissão do servidor, visto o tipo de vínculo constitucional, a perda da função comissionada pelo excesso de faltas, é uma forma de justificativa e penalização pelas ausências.

É interessante citar que, no contexto econômico de competitividade, o absenteísmo é um motivo de interesse crescente, pois quanto menor for sua ocorrência, maior será a capacidade das empresas de aumentarem sua rentabilidade e conseguirem um crescimento sustentado (PETERSEN, 1989).

#### 2.1.5 Absenteísmo por motivos odontológicos

Não existem valores palpáveis para aferirmos o número de dias perdidos de trabalho por razões de absenteísmo odontológico. Não existem, portanto, informações tanto a respeito do ônus econômico a que tais faltas possam acarretar, como também no nível de insatisfação do trabalhador pela quebra do binômio saúde-trabalho (SÁ LIMA, 2001).

Ferreira (1995) confere à cárie e outras complicações bucais a responsabilidade de 20% das faltas ao serviço e queda de produção. Resultados de um estudo também sobre absenteísmo por causa odontológica em uma empresa da área de energia elétrica do estado de Minas Gerais, onde foi relacionado à ausência ao trabalho por causa odontológica com a produtividade da empresa, destacando a importância de uma política de saúde bucal para seus trabalhadores, atuando na prevenção, evitando assim, problemas operacionais, concluiu que, nesse caso, o principal motivo referente ao absenteísmo odontológico estava relacionado à perda dos dentes devido a acidente, extração ou doença periodontal localizada e dentes impactados ou inclusos (RESENDE; COELHO; CARVALHO, 2009).

Em trabalhos que analisam o potencial do uso de medidas de função social como indicadores de saúde, Reisini (1985) comentou que os poucos estudos voltados ao absenteísmo laboral decorrentes de problemas odontológicos restringem-se à quantificação do total de dias de incapacidade que este tipo de intercorrência provoca.

Mazzilli e Crosato (2005) contribuíram para o estudo das etiologias odontológicas relacionadas ao absenteísmo laborativo, com vistas à sua

aplicabilidade social, acadêmica e profissional, por meio da investigação da prevalência, a incidência e o tempo médio de afastamento do trabalho, segundo as variáveis de interesse para a área da Saúde, realizada por grupo nosológico e de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10). O trabalho utilizou metodologia de pesquisa quantitativa em dados secundários, advindos dos registros de perícias ocupacionais administrativas realizadas no Departamento Médico da Secretaria Municipal da Administração no período entre dezembro de 1996 e dezembro de 2000. Os resultados indicaram maior prevalência sobre o gênero feminino, média etária de 42,2 anos, tempo médio por afastamento de 5,4 dias e os cinco primeiros motivos foram: 1) Exodontias por via alveolar (24,94%); 2) Doenças da polpa e tecidos periapicais (17,81%); 3) Doenças periodontais (10,75%); 4) Transtornos das articulações têmporo-mandibulares (7,68%); e 5) Exodontias de inclusos ou impactados (6,88%).

Martins *et al.* (2005), estudando o absenteísmo odontológico, verificaram que a maior parte dos afastamentos por razões odontológicas e médicas tiveram a duração de um dia, sendo que as razões odontológicas levaram o trabalhador a afastar-se do labor por até no máximo cinco dias.

Várias justificativas podem ser elencadas, em favor da implantação de serviços odontológicos para a população economicamente ativa urbana, especialmente para o segmento dos trabalhadores. Os trabalhadores, de modo geral, não têm acesso às unidades de saúde tradicionais, e se fossem atendidos em seu ambiente laboral, não ocasionariam o absenteísmo, porém, este atendimento seria o modelo curativo, vigente na maioria dos casos (SCHOU, 1989).

O Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) revelou, em 1989, que não se conhece 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 conhece 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. Além disso, existe uma terceirização de serviços odontológicos (ARAÚJO; GONINI JÚNIOR, 1999).

Pinto (1992) citou que a baixa prevalência de causas odontológicas no absenteísmo-doença pode ser explicada pela realização de exames pré-admissionais, que atuam como filtro admissional.

Dunning (1952) citou que o absenteísmo causado por problemas odontológico assume determinado grau de relevância devido a três fatores: as seqüelas de patologias bucais não são consideradas em termos de estatística; os trabalhadores acometidos por estas patologias necessitam, geralmente, de tratamento continuado e a grande maioria das patologias bucais pode ser prevenida. Assim, o autor recomenda a instalação de um serviço odontológico industrial para empresas com mais de 1000 funcionários, com ênfase em procedimentos preventivos, mas que também ofereça tratamento paliativo emergencial.

A implantação de serviços odontológicos em empresas pode ser de três tipos: serviços próprios, instalados nas suas dependências e operados por pessoal assalariado; serviços contratados externamente, com encaminhamento de empregado que necessitar de atendimento, geralmente restritos às extrações e emergências, e ainda os serviços proporcionados por instituições para-oficiais como o Serviço Social do Comércio (SESC) e o Serviço Social da Indústria (SESI) (PINTO, 1992).

Em Pernambuco, o consultório odontológico chegou às fábricas com a unidade móvel odontológica do programa “Empresa Sorriso”, idealizada para melhorar a saúde bucal do industriário. Além de reduzir o tempo de afastamento dos trabalhadores de suas funções, ao prestar os serviços odontológicos dentro da empresa, a iniciativa permite a programação de despesas no planejamento anual das indústrias. Embora ainda não disponha de dados estatísticos há informações que as empresas participantes do programa acusaram reduções significativas nos índices de absenteísmo (GOMES, 2006).

A implantação de serviços odontológicos em empresas e fábricas visa possibilitar um maior controle sobre as condições de trabalho, evitando com isso o absenteísmo e não propriamente a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores.

A ausência do trabalhador gera impactos significativos na produtividade gerando redução de lucros e conseqüentemente no bem estar dos trabalhadores. Suas causas estão ligadas a múltiplos fatores que se tornam complexos e de difícil gerenciamento, é por esses motivos que as doenças bucais que acometem os trabalhadores devem ser melhor estudadas (HESPANHOL, 2009).

#### 2.1.6 Morbidade Odontológica e restrição de atividades

A existência da atenção odontológica e a ocorrência de alterações bucais em trabalhadores foi objeto de investigações epidemiológicas, as quais verificaram existir melhores condições de saúde bucal em trabalhadores com acesso a serviços de assistência odontológica (PETERSEN, 1989).

Os agravos odontológicos se incluem entre os principais problemas de saúde nos Estados Unidos da América (USA, 1996) e o terceiro motivo de procura por serviços de saúde no Brasil, o que demonstra a elevada prevalência destas intercorrências nestas populações.

No que diz respeito à prevalência de dor orofacial, Figueiró (2003) destacou que as algias mais comuns na população brasileira são aquelas que afetam a face, ligadas ao complexo orofacial e odontológico, seguidas por aquelas relacionadas ao sistema músculo-esquelético e pelas cefaléias que, também muito freqüentes, atingem cerca de 20% da população. O autor destaca ainda a elevada prevalência de automedicação ou autoprescrição para o controle da dor em nosso meio e chama a atenção para os problemas decorrentes desta prática, como o agravamento da doença, a ocultação de sintomas, o que dificulta ou retarda o diagnóstico, além de outros efeitos colaterais graves.

Segundo Locker e Grushka (1987) o impacto da dor orofacial na vida diária das pessoas leva a mudanças de comportamento, que incluem: incapacidade para o trabalho, necessidade de permanecer acamado e redução de compromissos sociais. Estas observações levaram os autores a concluírem que a dor orofacial impõe um significativo ônus para a comunidade. Existe uma série de situações nas quais ocorrem manifestações bucais em razão da ação de agentes químicos, responsáveis pela maioria das doenças ocupacionais (Quadro 1).

Quadro 1 - Relação de doenças do sistema digestivo e sua relação com agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional.

<b>DOENÇAS DO SISTEMA DIGESTIVO RELACIONADAS COM O TRABALHO</b> (Grupo XI da CID-10)	
<b>DOENÇAS</b>	<b>AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL</b>
Erosão dentária (K03.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Névoas de fluoretos ou seus compostos tóxicos</li> <li>▪ Exposição ocupacional a outras névoas ácidas</li> </ul>
Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes (K03.7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Névoas de Cádmio ou seus compostos</li> <li>▪ Exposição ocupacional a metais: cobre, níquel, prata</li> </ul>
Gengivite Crônica (K05.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mercúrio e seus compostos tóxicos</li> </ul>
Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arsênio e seus compostos arsenicais</li> <li>▪ Bromo</li> <li>▪ Mercúrio e seus compostos tóxicos</li> </ul>
Gastroenterite e colites tóxicas (K52.-)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arsênio e seus compostos arsenicais</li> <li>▪ Cádmio e seus compostos</li> <li>▪ Radiações ionizantes</li> </ul>
Outros transtornos funcionais do intestino (Síndrome dolorosa abdominal paroxística apirética, com estado suboclusivo "cólica do chumbo") (K59.8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Chumbo e seus compostos</li> </ul>
Doença tóxica do fígado (K71.-): Doença Tóxica do Fígado, com Necrose Hepática (K71.1); com Hepatite Aguda (K71.2); com Hepatite Crônica Persistente (K71.3); com outros transtornos Hepáticos (K71.8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cloreto de vinila, Clorobenzeno, Tetracloreto de Carbono, Clorofórmio e outros solventes halogenados hepatotóxicos</li> <li>▪ Hexaclorobenzeno</li> <li>▪ Bifenilas policloradas</li> <li>▪ Tetraclorodibenzodioxina</li> </ul>
Hipertensão Portal (K76.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arsênio e seus compostos arsenicais</li> <li>▪ Cloreto de vinila</li> <li>▪ Tório</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Brasil (1999).

Esteves (1982) com o propósito de alertar o médico do trabalho para a necessidade da realização de exames minuciosos da cavidade bucal dos trabalhadores realizou um estudo para que pudessem ser detectadas no ambiente de trabalho patologias bucodentárias decorrentes das atividades profissionais, para que desta forma providências fossem, tomadas no sentido de minimizar problemas odontológicos.

## 2.2 Medicina do Trabalho

“O lucro acompanhado pela destruição da saúde é um lucro sórdido”  
Bernardino Ramazzini

Relatar a evolução histórica da Medicina do Trabalho é obrigatoriamente levar em conta o contexto social, econômico e político de cada época. A primeira observação de uma doença profissional, a cólica provocada pelo chumbo no trabalho de extração de metais, é atribuída a Hipócrates. Por sua vez, Plínio, enciclopedista médico romano, descreveu o envenenamento pelo mercúrio, uma típica doença dos escravos que trabalhavam nas minas e pedreiras do Império (GRAÇA, 2000).

Na época medieval ressaltamos também os trabalhos de Agrícola e Paracelso (1493 a 1555), relacionados à extração e fundição da prata, ouro e mercúrio. Tais autores mencionavam as enfermidades mais comuns entre a população trabalhadora, destacando a “asma dos mineiros” e chamando atenção para a curta vida desses trabalhadores.

Desde os tempos remotos, existem relatos sobre alterações do sistema estomatognático decorrentes de exposições ocupacionais conhecidas através de Bernardino Ramazzini (1700), o “Pai da Medicina do Trabalho”.

Os princípios epidemiológicos, o controle de fatores de riscos presentes no ambiente laboral e experiências bem sucedidas de implantação de programas de atenção à saúde bucal do trabalhador são de fundamental importância no campo da saúde do trabalhador, no qual se insere a Odontologia Ocupacional (RAMAZZINI, 2000).

O conceito de saúde corresponde ao equilíbrio entre o homem e o ambiente que o cerca. Adaptando-se esse conceito à mentalidade empresarial, deduz-se que, para obter-se a saúde do trabalhador, é necessária a busca pelo equilíbrio no ambiente de trabalho. Os funcionários de qualquer empresa são um dos seus maiores patrimônios.

Dados mostram que é necessária a criação de um excelente lugar para trabalhar, e que, as empresas devem se preocupar cada vez mais com a qualidade de vida de seus trabalhadores, pois, assim executam com mais satisfação e segurança suas atividades laborais.

Os determinantes da atividade de trabalho envolvem de um lado o trabalhador e suas características específicas (características pessoais, experiência e estado momentâneo), do outro lado, a empresa, as regras de funcionamento da mesma, a realização do trabalho (objetivos, dispositivos técnicos, tempo, organização do trabalho, ambiente de trabalho). No centro situa-se o contrato entre empresa e trabalhador que expressa direitos e deveres, a remuneração, o conjunto de tarefas e prescrições e a atividade de trabalho efetivamente realizada pelo trabalhador para alcançar os objetivos determinados.

O trabalho prescrito pode ser entendido como um conjunto de regras racionais e objetivas e o trabalho real é uma interpretação subjetiva dessa racionalidade. Todo trabalho é mediado por um contrato cujos resultados são a saúde dos trabalhadores e a produtividade da empresa. As organizações devem tomar atitudes que transformem a vida do seu trabalhador, pois, a preocupação com a qualidade de vida e produtividade envolve integração de diversos aspectos no contexto em que o trabalhador está inserido.

*Bernardino Ramazzini* foi o primeiro a analisar de maneira sistemática a relação entre o trabalho e a saúde em 1700, publicando em Modena na Itália, a primeira edição do seu livro *De morbis artificum diatriba* – as doenças dos trabalhadores. Nessa obra fundamental, Ramazzini descreve com rara sensibilidade e grande erudição literária, doenças relacionadas com a ocupação ou profissão de mais de 50 trabalhadores (MENDES, 1995).

Segundo Mendes e Dias (1991) a medicina do trabalho surgiu na Inglaterra na primeira metade do século XIX com a Revolução Industrial. Com o esforço exigido pelas novas técnicas de produção e novas linhas de montagem em série para equilibrar a economia das nações diretamente envolvidas, tornou-se evidente que a proteção ao trabalhador representava uma das metas prioritárias (SOUNIS, 1991).

Naquele momento, o consumo da força de trabalho resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo (CARVALHO *et al.*, 2009).

Surgiu assim em 1830, o primeiro serviço de Medicina do Trabalho com a contratação do médico Robert Baker em uma fábrica têxtil, onde trabalhando dentro

da fábrica teria a responsabilidade de zelar pela saúde e bem-estar dos seus Trabalhadores (GRAÇA, 2000).

A implantação de serviços baseados nesse modelo expandiu-se rapidamente por outros países paralelamente ao processo de industrialização e transnacionalização da economia, refletindo no cenário internacional e na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Em 1950, o Comitê Misto composto pela OIT e a OMS, aprovou uma resolução que seria a primeira definição sobre as funções da medicina do trabalho: promover e manter o mais alto nível de bem-estar físico, mental e social do trabalhador em todas as profissões e adaptar o trabalho ao homem e cada homem à sua tarefa (MIRANDA, 2002).

A tecnologia industrial evoluiu de forma acelerada, traduzida pelo desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos e pela síntese de novos produtos químicos, simultaneamente ao rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho (CARVALHO *et al.*, 2009).

### 2.3 Saúde do Trabalhador

“E sem o seu trabalho  
O homem não tem honra  
E sem a sua honra, Se morre, se mata...”  
Música: Guerreiro Menino – Gonzaguinha.

O campo da saúde do trabalhador tem sido foco de discussão em escala mundial devido ao aumento crescente de doenças ocupacionais. Sabe-se que ao longo da história a atividade laboral sofreu várias mudanças que levaram a profundas transformações sociais, as quais refletiram no contínuo processo de adaptação dos trabalhadores aos valores e princípios das classes dominantes. Com o desenvolvimento científico e tecnológico os setores de produção foram afetados contribuindo com mudanças profundas na natureza da atividade do homem no trabalho.

Do intenso processo social de mudança ocorrido no mundo ocidental nos últimos vinte anos, foram mencionados alguns aspectos que no âmbito das relações trabalho x saúde, conformaram a Saúde do Trabalhador. Como característica básica dessa nova prática, destaca-se a de ser um campo em construção no espaço da

saúde pública. Assim, sua descrição constitui uma tentativa de aproximação de um objeto e de uma prática, com vistas a contribuir para sua consolidação enquanto área (CARVALHO *et al.*, 2009).

A Saúde do Trabalhador é, por natureza, um campo interdisciplinar e multiprofissional. As análises dos processos de trabalho pela sua complexidade tornam a interdisciplinaridade uma exigência intrínseca que necessita "ao mesmo tempo, preservar a autonomia e a profundidade da pesquisa em cada área envolvida e de articular os fragmentos de conhecimento, ultrapassando e ampliando a compreensão pluridimensional dos objetos" (MINAYO-GOMEZ; THEDIM COSTA, 1997).

Entende-se por saúde do trabalhador o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas, como Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, entre tantas outras, que – aliado ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgaste e reprodução – estabelece uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho.

Esse conceito situa-se no quadro geral das relações entre saúde e trabalho e apresenta-se como um modelo teórico de orientação às ações na área da atenção à saúde dos trabalhadores, no seu sentido mais amplo, desde a promoção, prevenção, cura e reabilitação, incluídas, aí, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Esse modelo vai orientar a aplicação do conhecimento técnico oriundo das disciplinas que se atêm a este campo e que foram exemplificadas anteriormente. O estudo dos modos de desgaste e reprodução da força de trabalho apresenta uma influência fundamental do materialismo histórico. A metodologia que orienta esse estudo estabelece a análise dos impactos dos ambientes e das formas de organização e gestão do trabalho na vida dos trabalhadores a partir da determinação histórica e social dos processos de saúde e doença (LAURELL; NOGUEIRA, 1989).

O termo surge no Brasil no bojo do Movimento pela Reforma Sanitária, que se intensificou no país a partir da década de 1980, tendo, na Reforma Sanitária Italiana, seu exemplo inspirador (TEIXEIRA, 1989).

A união dos esforços de técnicos de saúde ligados às universidades e ao Ministério da Saúde com os trabalhadores, dentro da emergência do Novo Sindicalismo, estabeleceu as bases desse conjunto de saberes e práticas denominado Saúde do Trabalhador. Ela nasce como contraponto aos modelos hegemônicos das práticas de intervenção e regulação das relações saúde-trabalho da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional.

Como nos aponta Parmeggiani (1987), a modificação da terminologia dos serviços de atenção à saúde de Serviços de Medicina do Trabalho e/ou Saúde Ocupacional para Serviços de Saúde do Trabalhador segue uma tendência mundial nos países que passaram por movimentos semelhantes, o momento culminante de mobilização popular pela saúde do trabalhador no Brasil dá-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, também em 1986. A afirmação do movimento dentro do campo institucional acontece na IX Conferência Nacional de Saúde e na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994 (DIAS, 1994).

Consolida-se, dessa forma, como conceito dentro dos textos legais da Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) de 1990. Tem-se a seguinte definição legal no artigo VI da lei 8.080:

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

A característica que diferencia a Saúde do Trabalhador, em seu modelo teórico, é a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença (incluindo aí a participação efetiva nas ações de saúde) e, não simplesmente, como objeto da atenção à saúde, tal como é tomado pela Saúde Ocupacional e pela Medicina do Trabalho. Além desse fato, trata-se da construção de um saber e de uma prática interdisciplinares que se diferenciem de uma ação centrada no conhecimento médico e nos saberes divididos em compartimentos (Engenharia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, etc.) na forma de uma equipe de técnicos das várias profissões que não estabelece uma interlocução como, tradicionalmente, tem-se dado na Medicina do Trabalho e na Saúde Ocupacional, respectivamente.



De acordo com Oliveira (1995), o estudo da Medicina do Trabalho mostra-nos que ela se diferencia, radicalmente, das análises clássicas da profissão médica realizadas por Parsons e Freidson que estabelecem como objetivo da profissão, o bem-estar do paciente e a cura da doença, a partir do modelo de prática liberal, autônoma e dotada de neutralidade afetiva. Ela surge no contexto brasileiro e mundial a partir da necessidade de o Estado intervir nas relações capital-trabalho e regulamentar os ambientes de trabalho. O foco central dessa medicina, como o próprio nome denota, é a “saúde” do trabalho, da produção e, portanto, não é a saúde do trabalhador. Essa especialidade nasce e se constitui a partir da regulação de um corpo de normas legais que define sua prática.

Não é autônoma, pois desse corpo de leis, que, por sua vez, expressam, como todo corpo legal, as relações de poder em uma determinada sociedade e, portanto, as relações de classe. Não é uma atividade liberal, pois a grande parte dos profissionais é empregada de empresas, sindicatos e/ou faz parte do sistema de saúde pública e vai espalhar as práticas institucionais. Isso, por sua vez, aniquila a possibilidade afetiva com relação ao trabalhador.

Ainda com referência à análise estrutural-funcionalista de Parsons e Freidson, a legitimidade do exercício da Medicina do Trabalho não se constrói a partir de um consenso social de que esse conhecimento seja legítimo e, dessa forma, a procura pelo profissional seja espontânea, uma vez que o trabalhador é obrigado a passar pelo crivo e julgamento de sua aptidão ou incapacidade para o trabalho. Essa é uma exigência legal para ter acesso aos postos de trabalho e se constitui na tarefa principal do médico, ou seja, ser o “juiz” dos mais aptos, para que a produção seja a mais “saudável”.

Esse objetivo da Medicina do trabalho encontra-se explicitado em livros-textos básicos para o exercício profissional (SCHÜLLER SOBRINHO, 1995).

A construção do campo da Saúde do trabalhador, como uma reivindicação dos movimentos sindical e dos técnicos de saúde ligados à reforma sanitária, expressa uma profunda discórdia com o modelo da prática da Medicina do Trabalho, criticando o envolvimento excessivo dos médicos do trabalho com o Capital.

Segundo Augusto (1987) e Lurie (1994), tal fato determina ações profissionais classificadas como antiéticas, por assumirem, os médicos, posturas de defesa do Capital em detrimentos da saúde dos trabalhadores.

Os teóricos do campo da Saúde dos Trabalhadores apontam, também, para os limites do conhecimento específico da medicina em lidar com questões que envolvem o conflito capital-trabalho. O surgimento do termo Saúde do Trabalhador passa a colocar a saúde dos trabalhadores como principal objetivo da prática nesse campo, ao invés do julgamento da aptidão para o trabalho.

Apesar de estar definida e normalizada em textos legais, a implantação de fato do modelo proposto para a saúde do trabalhador – que deve surgir os princípios da universalidade, equidade e integralidade, tendo como perspectiva o controle social das políticas e dos serviços de atenção à saúde dentro do SUS enfrenta a resistência dos setores hegemônicos da medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Esses segmentos estão enraizados nos serviços médicos das empresas e nas associações profissionais, assim como dentro de setores do Ministério do Trabalho. As principais críticas advindas dos setores tradicionais da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Engenharia de Segurança em relação à Saúde dos Trabalhadores, referem-se ao excesso de influência das Ciências Sociais e a um envolvimento ideológico à esquerda de seus defensores, por representarem uma proposta estatizante e socializante para a prática da Medicina.

Além desses fatos, existem todas as dificuldades de implantação do SUS propriamente dito. Trata-se do enfrentamento vivido por todos os setores que dependem de uma intervenção direta do Estado. Tal confronto é característico desse momento de uma política de liberalismo econômico e, portanto, de um Estado Mínimo (VILAÇA MENDES, 1993).

O Brasil, de certa forma, chegou atrasado na História ao propor uma política de *welfare state* (bem-estar social), dentro do modelo social-democrático adotado no pós-guerra na Europa, pois o fez em um momento em que o mundo está sendo varrido pela onda neoliberal. Sem ter conseguido estabelecer-se e enraizar-se dentro do sistema público de atenção à saúde, a Saúde do Trabalhador enfrenta as correntes da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, que se beneficiam de uma intervenção estatal mínima, ficando a relação capital-trabalho no campo da saúde sem a mediação direta do Estado. Esse é o risco que corre a Saúde do Trabalhador no Brasil e os modelos similares no resto do planeta. Na França, já existem estudos referentes às conseqüências da precarização do trabalho –

decorrente da flexibilização dos contratos de trabalho – sobre a saúde dos trabalhadores, como resultado das políticas de liberalismo econômico.

## 2.4 Odontologia do Trabalho

“O futuro influi no presente da mesma maneira que o passado”.  
Nietzsche

Em face da recente criação da Odontologia do Trabalho durante a II Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas – II ANEO, em setembro de 2001, na cidade de Manaus, cuja regulamentação está apoiada pelas Resoluções de números 22/2001 e 25/2002 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), vislumbra-se uma nova realidade, um desafio a ser trilhado com vistas a sedimentar os horizontes de atuação desta nova especialidade odontológica, sua capacidade de agregar conhecimentos em benefício da saúde bucal, da segurança e do bem-estar do trabalhador, além de possibilitar a oportunidade de estimular uma conscientização maior da relevância e do envolvimento da Odontologia do Trabalho para um Sistema de Gestão da Saúde e Segurança no Trabalho.

Esta especialidade veio preencher uma enorme lacuna na política de saúde ocupacional dos trabalhadores brasileiros; embora a legislação ainda não torne obrigatória a presença de um cirurgião-dentista ocupacional nos ambientes de trabalho, muitas empresas já se preocupam com a saúde integral de seus funcionários (GARCIA, 2006).

Apesar de recente, há muito tempo a saúde bucal dos trabalhadores é discutida. Petty (1943) publicou um artigo que citava a odontologia industrial como uma especialidade preocupada com a saúde dental do trabalhador.

Guimarães e Rocha (1979) apresentaram o conceito de Odontologia do Trabalho como sendo “a parte da odontologia que trata de promover, preservar e reparar a saúde do trabalhador, conseqüente dos agravos, afecções ou doenças advindas do exercício profissional e que se manifestam na boca.” Trazem também as funções que o cirurgião dentista, integrante de uma equipe de Odontologia do Trabalho, deve desempenhar, e destaca sua importância a serviço de uma empresa, para o diagnóstico e prevenção de doenças profissionais, com vantagens mútuas para o trabalhador, para a empresa e para a nação.

A Odontologia do Trabalho está regulamentada com base na resolução do CFO no 22/2001, Art. 30º, de 27 de dezembro de 2001 e na resolução do CFO no 25/2002, Art. 3º, de 16 de maio de 2002. Foi oficializada no Diário Oficial da União, seção I, de 28 de maio de 2002, no101, páginas 148 a 149.

O reconhecimento da especialidade atendeu pelo menos a dois aspectos de suma importância: a relevância social e a profissional. A primeira diz respeito à proteção da saúde ocupacional odontológica do trabalhador, à segurança, à higiene e à biossegurança do trabalhador, já a segunda, visando aprimorar a formação do profissional, bem como a formação especializada e a integração do profissional da odontologia nas equipes de saúde ocupacional (TAUCHEN, 2006).

A Resolução do CFO nº 22/2001, Art. 30º, da seção X, do Título I, assim define a especialidade: “Odontologia do Trabalho é a especialidade que tem como objetivo a busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador”. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2001):

A Resolução do CFO nº 25/2002, Art. 3º, define as seguintes áreas de competência da especialidade (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2002):

Art. 3º. As áreas de competência para atuação do especialista em Odontologia do Trabalho incluem:

- a) identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal;
- b) assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde bucal;
- c) planejamento e implantação de campanha e programa de duração permanente para educação dos trabalhadores, quanto a acidente de trabalho, doença ocupacional 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 ingresso periódico.

Na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu Capítulo V, do título II, observam-se normas sobre a saúde do trabalhador e principalmente nos artigos 162 e 168. A Portaria nº. 3214/78, institui as Normas Regulamentadoras (NRs) que visam promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Através da inclusão da odontologia no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (P.C.M.S.O.), normatizada pela Norma Regulamentadora nº 7 (NR7), adotada pelo Ministério do Trabalho, a saúde bucal seria atestada dentro do sistema de saúde ocupacional e seria criado um banco de dados para a área odontológica (ARAÚJO; GONINI JÚNIOR, 1999).

As empresas estão obrigadas a manter serviços especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho para cumprimento da NR4, denominada SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho). Os profissionais que integram o SESMT são: Engenheiro de Segurança do Trabalho; Médico do Trabalho; Enfermeiro do Trabalho; Auxiliar de Enfermagem do Trabalho; Técnico de Segurança do Trabalho (BRASIL, 1978). Pode-se observar que não consta o Cirurgião-Dentista do Trabalho no SESMT.

Garcia (2006) sugeriu que muitos indivíduos ainda possuem o pensamento de que o médico, por ser um profissional da saúde com um conhecimento geral do corpo humano, também possuiria um domínio da área odontológica, demonstrando que muitos trabalhadores desconhecem que esta área é de competência do Cirurgião Dentista devidamente habilitado.

A importância do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador é destacada por Nogueira (1972) que descreveu diversos quadros patológicos bucais decorrentes de doenças profissionais ocasionados por agentes mecânicos, físicos e principalmente químicos e biológicos. Tauchen (2006) demonstrou, através de um levantamento epidemiológico, a indispensável contribuição do cirurgião-dentista especialista em Odontologia do Trabalho ao estar inserido no programa de saúde ocupacional de uma empresa, podendo realizar exames odontológicos específicos, no intuito de levantar dados que sinalizem uma atuação mais efetiva por parte da empresa na busca de uma saúde bucal e geral, resultando em melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores e conseqüentemente num desenvolvimento produtivo mais eficiente, minimizando os riscos de complicações e acidentes de trabalho.

Midorikawa (2000, p. 30) definiu as funções do cirurgião-dentista especialista em Odontologia do Trabalho:

- a) Prevenção, diagnóstico e tratamento das manifestações bucais de doenças profissionais;
- b) Avaliações técnicas de tratamentos odontológicos;
- c) Perícia no campo trabalhista e civil;
- d) Colaboração com a equipe de segurança e saúde no trabalho.

Silva e Souto (1983) destacaram as atribuições dos cirurgiões-dentistas que irão atuar no campo da Odontologia Ocupacional e orientam que um programa a ser desenvolvido nesta área deve compreender exames pré-admissionais, exames

periódicos, censo odontológico, levantamento de perfis profissionais e participação em programas ergonômicos além de campanhas educativas e de prevenção.

Para Passos e Villela (1983), o cirurgião-dentista que atua no setor de saúde bucal deve ser conhecedor das condições de trabalho da empresa e das substâncias com que os trabalhadores têm contato. Isso possibilitará um diagnóstico precoce das doenças ocupacionais e, desta forma, melhores condições de restabelecer a saúde dos trabalhadores, diminuindo assim o índice de absenteísmo, o risco de acidentes de trabalho e aumentando sua produtividade.

A Odontologia Ocupacional deve: prevenir os efeitos nocivos das condições de trabalho e suas influências sobre a saúde; conscientizar o trabalhador da importância de preservar a saúde bucal como fator inclusive de saúde geral, diagnosticar precocemente enfermidades específicas e também as sistêmicas com repercussões bucais, como forma de prevenção aos agravos, permitindo prognóstico favorável; reparar, minimizar e reabilitar quando os danos à saúde já estiverem instalados; contribuir com os demais profissionais da área de Saúde e Segurança do Trabalho em todas as ações que visem preservar a integridade do trabalhador; cumprir dupla função social – auxiliando o empregador a aumentar a sua produtividade resultante da melhoria da qualidade de vida do trabalhador; desenvolver um conjunto de procedimentos coletivos no espaço social das fábricas e empresas, visando o controle epidemiológico da saúde bucal dos trabalhadores, através da remoção, redução ou controle dos fatores determinantes do aparecimento da cárie e doença periodontal (CAETANO; WATANABE, 1994).

A essência da assistência odontológica oferecida deve apontar para a filosofia da prevenção, ao contrário do que é comumente praticado na atualidade, tendo em vista que aproximadamente 70% dos custos em saúde são representados por doenças e consequências que poderiam ter sido prevenidas. Deve ficar claro que é mais econômico e rentável para uma empresa manter seu pessoal em boas condições de saúde e trabalhando do que pagar os custos de uma doença, de uma eventual reabilitação física ou mental ou ainda a necessidade de novas contratações e treinamentos para suprir os funcionários afastados do trabalho (JOAKIN; MAZZONI, 2000).

O estudo realizado por Pizzatto (2005) demonstrou que se faz relevante a implantação e/ou reestruturação dos serviços de atenção em saúde bucal de adultos

trabalhadores, visando, desta maneira, aumentar a qualidade de vida dos mesmos e, por conseguinte da capacidade de trabalho. Deve-se ainda ser observado que a simples oferta de serviços de assistência odontológica não traz benefícios em termos de saúde para o trabalhador, fazendo-se necessário um correto planejamento das ações a serem desenvolvidas, as quais devem ser articuladas com os demais programas de atenção a saúde dos trabalhadores.

Comprovando a eficácia de programas preventivos desenvolvidos nos próprios locais de trabalho, Fishwick *et al.* (1998) realizaram um estudo em 98 trabalhadores em boas condições de saúde geral, avaliando as condições periodontais antes e após o desenvolvimento de um programa preventivo. Os resultados apontaram significativa redução do sangramento gengival e bolsas periodontais, confirmando a eficácia clínica de campanhas de conscientização.

Ayer *et al.* (1986) descreveram os passos para o planejamento e implantação de um programa de saúde bucal para trabalhadores das indústrias. Ressaltaram a importância destes programas serem integrados aos demais setores da empresa e chamaram a atenção para a dificuldade de implantação destes programas em indústrias de pequeno porte.

Segundo Schou (1989), os elementos e estratégias essenciais para o sucesso dos programas de atenção odontológica incluem: participação ativa dos trabalhadores; uso de pessoal auxiliar; realização voluntária de bochechos diários com soluções antissépticas; realização de atividades preventivas; uso de meios de comunicação de massa; instruções de higiene oral; profilaxia e tratamento para-profissional.

Caetano e Watanabe (1994) sugeriram a realização do Censo Bucal na empresa como recurso para aplicação de uma Odontologia preventiva, o qual consiste no exame coletivo dos empregados, cujo objetivo é pesquisar manifestações orais das moléstias profissionais, focos de etiologia dentária, exame de prevalência de cáries e periodontopatias, além do planejamento da terapêutica de maneira racional, sob o prisma que o serviço odontológico da empresa deve visar, por um lado a saúde bucal do empregado e seu bem estar e por outro representar o interesse econômico da empresa, mantendo o empregado são, apto a produzir mais e melhor, sem absenteísmo e obtendo com isto o retorno dos gastos disponibilizados na assistência prestada. Com o benefício da assistência

odontológica o trabalhador não se ausentará da empresa, eliminando-se o problema do atestado devido à busca por atendimento no serviço público ou consultório particular.

Segundo Garcia (2006) com a inclusão do exame admissional odontológico em uma empresa, esta poderá ter um perfil primário das condições de saúde bucal do pretendente ao emprego e realizar estimativas dos futuros custos neste sentido. Este exame também será um instrumento de ação ao departamento de Recursos Humanos (RH), bem como, se constituirá em prova antecipada de defesa dos próprios trabalhadores por terem sua situação de saúde bucal registrada.

Foi sugerido um roteiro a ser seguido na elaboração e execução de exames odontológicos pré-admissionais, caso se pretenda dar uma assistência integral a saúde dos trabalhadores, assim como ao incremento da produtividade da empresa. No exame admissional ou periódico, o local de trabalho deve ser descrito de forma detalhada, onde o empregado desenvolve, ou desenvolverá as suas atividades, e sua ocupação habitual, para um diagnóstico conclusivo a seu respeito.

Segundo Garcia (2006), vale lembrar que uma análise profissiográfica é importante para a confecção do prontuário odontológico.

Guimarães e Rocha (1979) defenderam a integração da odontologia aos serviços de segurança e medicina do trabalho, fato que, segundo os autores, é indispensável caso se pretenda dar uma assistência integral a saúde dos trabalhadores, assim como ao incremento da produtividade da empresa.

Para a implantação e organização de serviços odontológicos em uma empresa, ressaltaram ainda que, para cada empresa devem ser efetuadas as adaptações características de sua individualidade. Espera-se, com a instalação de programas odontológicos empresariais, diminuir o absenteísmo, elevar a produtividade do empregado, reduzir ou eliminar as causas odontológicas dos acidentes de trabalho, elevar o conceito da empresa, além de outros fatores considerados importantes no desenvolvimento empresarial (GUIMARÃES e ROCHA, 1979).

Schou e Monrad (1989) pesquisaram a percepção dos trabalhadores envolvidos em um programa de educação odontológico desenvolvido no próprio local de trabalho. Verificaram que o envolvimento ativo dos trabalhadores em tais



programas, aliado ao fato destes serem desenvolvidos no ambiente de trabalho, gera uma potencialização dos resultados.

Ide (2001) avaliou o impacto da promoção de saúde bucal no local de trabalho em termos de custos e freqüência de visitas ao dentista. Foi realizado num grupo um programa de orientação sobre higiene e prevenção de doenças bucais, comparando com o grupo controle verificou-se que o programa de promoção de saúde bucal no ambiente de trabalho contribuiu para reduzir custos associados aos tratamentos odontológicos e que o ambiente de trabalho pode ser a chave para a implantação de sistemas que visem à melhoria da saúde.

Da mesma forma, Morishita *et al.* (2003), avaliaram a efetividade de um programa de promoção de saúde bucal no ambiente de trabalho, obteve conclusões semelhantes ao trabalho anterior, sendo o programa efetivo para manutenção de bons níveis de saúde bucal nos trabalhadores, salientado a educação para motivar os funcionários a realizarem exames periódicos.

Dunning *et al.* (1941) realizaram estudo em indústrias americanas para verificar a existência e características dos serviços odontológicos e concluíram que apenas empresas com mais de 500 funcionários apresentavam serviço médico especializado e mantinham algum tipo de serviço odontológico.

Conforme relata Ferreira (1995), o benefício odontológico fica, conforme a legislação trabalhista, a cargo da empresa.

Para Minguez (2004), embora a legislação não torne a especialidade Odontologia do Trabalho obrigatória, muitas empresas e, conseqüentemente, a nação pode apresentar prejuízos altos advindos da impossibilidade de trabalhadores exercerem suas funções em decorrência de males que afetam a cavidade bucal.

De acordo com Assis (2004), desta forma é fundamental que os programas de saúde ocupacional incluam a odontologia pois no Brasil a maior parte da população ainda não tem acesso à odontologia, que se apresenta na realidade com caráter privativo, individualista e de altos custos.

Não há dúvidas quanto à importância de uma prática odontológica que contemple a saúde bucal coletiva, universalizando o acesso e garantindo equidade no atendimento das necessidades da população (PETRY *et al.*, 2000).

## 2.5 Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco

"Poderosa é a lei; mais poderosa, contudo, é a necessidade."  
Goethe

Segundo o artigo nº 92 da Constituição Federal de 1988, são órgãos do Poder Judiciário (BRASIL, 1988):

- I - o Supremo Tribunal Federal;
- I- o Conselho Nacional de Justiça;
- II - o Superior Tribunal de Justiça;
- III - os Tribunais Regionais Federais e Juízes Federais;
- IV - os Tribunais e Juízes do Trabalho;
- V - os Tribunais e Juízes Eleitorais;
- VI - os Tribunais e Juízes Militares;
- VII - os Tribunais e Juízes dos Estados e do Distrito Federal e Territórios.

A Justiça do Trabalho é um ramo do Poder Judiciário que tem por finalidade dirimir as questões decorrentes da relação de emprego, cuja competência é estabelecida na Constituição Federal Artigo nº 114 (BRASIL, 1988):

Compete à Justiça do Trabalho processar e julgar:

I as ações oriundas da relação de trabalho, abrangidos os entes de direito público externo e da administração pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

II as ações que envolvam exercício do direito de greve;

III as ações sobre representação sindical, entre sindicatos, entre sindicatos e trabalhadores, e entre sindicatos e empregadores;

IV os mandados de segurança, habeas corpus e habeas data, quando o ato questionado envolver matéria sujeita à sua jurisdição;

V os conflitos de competência entre órgãos com jurisdição trabalhista, ressalvado o disposto no art. 102, I, o;

VI as ações de indenização por dano moral ou patrimonial, decorrentes da relação de trabalho;

VII as ações relativas às penalidades administrativas impostas aos empregadores pelos órgãos de fiscalização das relações de trabalho;

VIII a execução, de ofício, das contribuições sociais previstas no art. 195, I, a, e II, e seus acréscimos legais, decorrentes das sentenças que proferir;

IX outras controvérsias decorrentes da relação de trabalho, na forma da lei.

§ 1º - Frustrada a negociação coletiva, as partes poderão eleger árbitros.

§ 2º - Recusando-se qualquer das partes à negociação coletiva ou à arbitragem, é facultado às mesmas, de comum acordo, ajuizar dissídio coletivo de natureza econômica, podendo a Justiça do Trabalho decidir o conflito, respeitadas as disposições mínimas legais de proteção ao trabalho, bem como as convencionadas anteriormente.

§ 3º - Em caso de greve em atividade essencial, com possibilidade de lesão do interesse público, o Ministério Público do Trabalho poderá ajuizar dissídio coletivo, competindo à Justiça do Trabalho decidir o conflito.

Ao longo da história brasileira, o Poder Judiciário teve diversos formatos, que modificaram suas estruturas constituindo avanços, direções e recuos, em um movimento que demandou por serviços cada vez mais crescentes.

Data de 1941, o surgimento do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região não pertencente ainda ao Poder Judiciário, visto que sua denominação era a de Conselho Regional do Trabalho (CRT), tendo como área circunscrita os estados de Pernambuco, Paraíba, Alagoas e Rio Grande do Norte.

Em seu formato primeiro foi composto por cinco Juntas de Conciliação e Julgamento, as chamadas JCJs, que continham um Presidente, estranho aos interesses das partes e, de preferência, membro da Ordem dos Advogados do Brasil, e de dois vogais, um dos Empregados e um dos Empregadores, além de dois Suplentes, escolhidos com base em listas remetidas ao Departamento Nacional do Trabalho, pelos sindicatos e associações (BRASIL, 1932, 1934).

O Supremo Tribunal de Justiça definia como Juiz vogal ou Juiz classista, o juiz não togado, representante do empregador ou do empregado, que atuava nas Juntas de Conciliação e Julgamento da Justiça do Trabalho, recebendo também outras denominações como "juiz leigo", visto não necessitar ser bacharel em Direito; ou "juiz temporário", pelo fato de sua investidura não poder ultrapassar três anos, ser prorrogável por dois períodos e proibida a recondução.

Apesar de independente do Poder Executivo e da Justiça Comum para a execução de suas decisões, não pertencia ao Poder Judiciário, o que só se deu com a Constituição de 1946, quando lhe foi dada a atual estrutura e a qualificação de Justiça Federal, pelo Decreto-Lei nº 9.797, de 09.09.1946, que organizou, portanto, como órgão do Poder Judiciário (BRASIL, 1946).

O Quadro de Pessoal da Justiça do Trabalho veio a partir da promulgação da Lei nº 409, de 25.09.1948, passando também seus servidores a fazerem parte do Poder Judiciário (BRASIL, 1948). Este quadro de pessoal cresceu até o ano de 1962, com a criação de nove Juntas de Conciliação e Julgamento, além das cinco já existentes, para abrangência da 6ª Região.

A Lei nº 5.560, de 11.12.1970, levou a criação de doze novas Juntas de Conciliação e Julgamento, onde não se fazendo acompanhar da criação do respectivo quadro de pessoal; as unidades foram supridas por servidores do governo estadual e municipal, interessados na implantação destas Juntas (BRASIL,

1970). Ressalte-se também a contratação de alguns servidores sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Apenas em 1972, o TRT e as Juntas de Conciliação e Julgamento se mudaram para sede própria no Cais do Apolo, o denominado Fórum Agamenon Magalhães, ocupando antes várias outras instalações como o prédio da Delegacia Regional do Trabalho, do Palácio da Justiça, do Diário da Manhã e do edifício do IAPC.

Hoje não mais se usa o termo Juntas de Conciliação e Julgamento, passando o mesmo para Varas do Trabalho, que na capital estão alojadas no prédio da SUDENE, ficando no Cais do Apolo, a Presidência, Vice-Presidência, Corregedoria, Diretoria Geral, Secretarias, Gabinetes dos Juízes e Desembargadores, além da Coordenação de Saúde e alguns outros setores. Composto também a Região Metropolitana do TRT, temos as Varas do Trabalho de Olinda, Paulista, Cabo, Jaboatão dos Guararapes e Ipojuca; além das varas do trabalho do interior.

A Associação dos Servidores da Justiça do Trabalho da 6ª Região (ASTRA 6) foi criada em 1974, e no ano seguinte eis que surge a Associação dos Magistrados da Justiça do Trabalho da 6ª Região (AMATRA 6); sendo as mesmas ligadas as associações nacionais ANAJUSTRA e a ANAMATRA, respectivamente.

A Sexta Região ficou apenas com o estado de Pernambuco, consolidando-se o Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região (TRT6), ou Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco, a partir de 1985 e 1991, através das Leis nº 7.324, de 18.06.1985; Lei nº 8.215, de 25.07.1991 e Lei nº 8.219, de 29.08.1991, que criaram os Tribunais Regionais da Paraíba, Rio Grande do Norte e de Alagoas, respectivamente (BRASIL, 1985, 1991, 1991a).

Em 1992, a estrutura administrativa é modificada com a criação do cargo de Corregedor, com atribuições específicas de designar juízes substitutos para as Juntas, apreciar reclamações correcionais, publicar boletins estatísticos, organizar o processo de vitaliciamento dos juízes substitutos e realizar as correições ordinárias. Neste mesmo ano, o TRT realiza concurso público para vários cargos entre eles, médicos e dentistas, levando a ampliação e consolidação definitiva do Setor de Saúde deste Regional.

O ano de 1994 é marcado por ações na área da gestão de pessoas, criação de assessoria especial às Juntas de Conciliação e Julgamento, concursos e capacitação profissional procurando levar aos servidores aperfeiçoamento profissional.

Ressalte-se neste mesmo ano, a ampliação do Serviço de Saúde passando o mesmo a contar com equipe multiprofissional, na presença de Psicólogos, Enfermeira e Assistente Social.

A figura que segue, demonstra a divisão da 6ª Região em sete polos estratégicos no estado, com sedes estabelecidas em Pólo 1: Juntas da Capital e Região Metropolitana; Pólo 2: Catende; Pólo 3: Carpina; Pólo 4: Pesqueira; Pólo 5: Serra Talhada; Pólo 6: Araripina e Pólo 7: Petrolina, todos com seus municípios adjacentes (FIGURA 1).

Esta divisão surgiu da necessidade de sistematizar a implantação de programas nas áreas de pessoal, administração, recursos humanos e saúde.

Figura 1 – Mapa da divisão da 6ª Região em polos estratégicos.



Fonte: TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO (2012).

Em 1996, ingressam através de concurso público vários profissionais da área de recursos humanos passando a compor o quadro de pessoal do Serviço de Saúde, Médicos do Trabalho, Assistentes Sociais e Psicólogos, levando este serviço a ocupar novas instalações, pela necessidade de ampliação do seu espaço físico.

As necessidades e demandas crescentes em saúde levaram o TRT6 através do Ato TRT nº 305/2001, de 19.07.2001, a instituir oficialmente o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), cujo objetivo principal foi proporcionar a melhoria contínua da qualidade de vida no trabalho, através de ações efetivas voltadas para a prevenção de agravos à saúde dos magistrados e servidores, que possam resultar da interação inadequada entre o homem e o seu trabalho ou o ambiente ou as condições em que este se realiza (BRASIL, 2001).

Vale ressaltar que o presente Ato foi baseado na Portaria de nº 3.214, de 08.06.1978 e na Portaria de nº 24, de 29.12.1994, ambas do Ministério do Trabalho e Emprego, que aprovou o texto da Norma Regulamentadora nº 7 (NR-7) antes tratando do exame médico, e agora intitulada de PCMSO (BRASIL, 1978, 1994).

O PCMSO foi criado com caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos Magistrados e Servidores o que possibilitou a instituição vários programas, tais como o de Promoção da saúde e Qualidade de Vida no Trabalho, o de Programa de Apoio Sócio Funcional; o Programa de Hipertensão Arterial; o Programa de Combate às Dependências Químicas, o Programa de Prevenção das LER/DORT e posteriormente o Programa de Saúde Mental.

Em 2005 o TRT6 passa por nova estruturação, agora com o objetivo de melhorar as condições de trabalho da Primeira Instância e enfrentar a crescente demanda pelos serviços da Justiça do Trabalho; sendo transferido para o novo Fórum Advogado José Barbosa de Araujo, todas as Varas do Trabalho da Capital, fórum este localizado no edifício da SUDENE.

São empreendidos melhorias nos ambientes físicos, renovação dos equipamentos e programas de informática e reciclagem dos conhecimentos dos servidores e magistrados.

A Escola Judicial do Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região (EJ-TRT6), foi inaugurada entre os anos de 2007 e 2008, com a proposta de uso da tecnologia do Ensino à Distância (EAD), sendo implementadas pela Secretaria de Recursos Humanos várias ações de aperfeiçoamento do corpo funcional, como o Programa de Desenvolvimento de Competências, de Desenvolvimento Gerencial, o

Programa de Pós-Graduação, cursos e palestras, levando o servidor a buscar cada vez mais capacitação profissional.

Na área da saúde destacamos a implantação do Programa de Preparação para a Aposentadoria, (PPA), a importante ampliação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), e a realização de Ginástica Laboral em diversos setores do Tribunal.

A Justiça do Trabalho e todos os demais órgãos integrantes do Poder Judiciário brasileiro pactuaram em 2008, o compromisso que foi intitulado “Carta de Brasília”, comprometendo todos os órgãos com a elaboração do planejamento do judiciário e a integração de uma série de ações.

São diretrizes do trabalho a celeridade, a facilitação e a simplificação da prestação jurisdicional e do acesso à Justiça, a ampliação dos meios de alcance à informação processual, o aprimoramento da comunicação interna e externa, e do atendimento ao público, o aproveitamento racional e criativo dos recursos humanos e materiais, a valorização e a qualificação do corpo funcional, o desenvolvimento de políticas de segurança institucional, o progresso nos instrumentos da tecnologia da informação e a otimização na utilização dos recursos orçamentários (BRASIL, 2008).

O Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região promoveu o Fórum de Gestão Estratégica, em agosto de 2009, para elaboração do seu planejamento estratégico, alinhando as diretrizes do Planejamento Estratégico do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), instituído pela Resolução 70 deste órgão.

O planejamento estratégico do Poder Judiciário reafirma seu compromisso com a valorização e qualificação de seus servidores e com a melhoria da qualidade de vida no trabalho, através da edição da Resolução nº 70, de 18 de março de 2009, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), onde todos os Tribunais deverão elaborar seus respectivos planejamentos, alinhados ao Plano Estratégico Nacional (BRASIL, 2009).

Neste momento, o dentista do trabalho passa a fazer parte da equipe multidisciplinar de saúde, incorporando-se a Odontologia do Trabalho ao PCMSO e realizando-se ações de Promoção de Saúde Bucal em Ambiente Laboral, fugindo-se do modelo assistencialista odontológico até então praticado pela instituição.

## 2.5.1 Estrutura da Organização

Pelo que está disposto na Lei N.º 11.416 de 15/12/2006, as carreiras dos servidores do Poder Judiciário da União, e o seu o quadro de pessoal efetivo do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região está constituído pelos respectivos cargos: I – Analista Judiciário; II – Técnico Judiciário; III – Auxiliar Judiciário (BRASIL, 2006).

No que tange às atribuições de cada cargo, aos analistas judiciários competem às atividades de planejamento, organização, coordenação, supervisão técnica, assessoramento, estudo, pesquisa, elaboração de laudos e pareceres ou informações e execução de tarefas de elevado nível de complexidade. Cabendo aos técnicos judiciários, a execução de tarefas de suporte técnico e administrativo e aos auxiliares judiciários, as atividades básicas de apoio operacional.

Os cargos efetivos do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região estão estruturados em classes e padrões e lotados nas seguintes áreas de atividade:

I – Área judiciária – compreende os serviços realizados privativamente por bacharéis em Direito, abrangendo processamento de feitos, execução de mandados, análise e pesquisa de legislação, doutrina e jurisprudência nos vários ramos do Direito, bem como a elaboração de pareceres jurídicos;

II – Área de apoio especializado – compreende os serviços para a execução dos quais se exige o devido registro no órgão fiscalizador do exercício profissional ou o domínio de habilidades específicas;

III – Área administrativa – compreende os serviços relacionados com recursos humanos, material e patrimônio, licitações e contratos, orçamento e finanças, controle interno e auditoria, segurança e transporte e outras atividades complementares de apoio administrativo.

Além das atividades inerentes ao cargo, os servidores que exercem atribuições de chefia, direção e assessoramento, fazem jus a Funções Comissionadas escalonadas de FC1 a FC6 e os cargos comissionados, que vão de CJ1 a CJ4. Exige a legislação que pelo menos 80% do total destas Funções Comissionadas sejam exercidas por servidores integrantes das Carreiras do Quadro de Pessoal do Poder Judiciário na União, podendo o restante ser ocupado por servidores requisitados de outros órgãos.



No organograma, a hierarquia do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região é composta pelo Tribunal Pleno, considerada a instância máxima da instituição, seguida dos três cargos que compõem a administração: Presidência, Vice-Presidência e Corregedoria.

Sendo a corregedoria a responsável pelo acompanhamento das 64 Varas do Trabalho existentes em todo o Estado, consideradas unidades da 1ª instância, presididas por um juiz titular, além de contar com um ou mais juízes substitutos dependendo do número de processos existentes.

Seguindo o critério da antiguidade e conforme o artigo 102 da Lei Orgânica da Magistratura Nacional (LOMAN), Lei complementar nº 35, de 14.03.1979; os magistrados são eleitos por seus pares, cabendo-lhes à administração dos Tribunais, sendo os cargos de presidente, vice-presidente e corregedor exercidos por desembargadores eleitos pelo conjunto dos desembargadores, reunidos no Pleno (BRASIL, 1979).

Ressalte-se que a área administrativa é composta pela Diretoria Geral, subordinada diretamente a Presidência, que possui cinco secretarias: a Secretaria Administrativa; a Secretaria de Recursos Humanos; a Secretaria de Orçamento e Finanças; a Secretaria de Informática e a Secretaria de Segurança e Transportes.

Fazendo parte da estrutura organizacional da Justiça do Trabalho da 6ª Região, como bem se observa em todo o serviço público, temos o trabalho burocrático e repetitivo, que muitas vezes provoca desmotivação e o surgimento de doenças ocupacionais, que interferem de um modo geral na qualidade de vida dos servidores públicos.

## 2.6 Autopercepção em Saúde Bucal

*“O mais importante na comunicação é escutar aquilo que não foi dito”.*  
Peter Drucker

A própria definição de percepção - ato, efeito ou faculdade de perceber demonstra que a prática de uma odontologia mecanicista se contrapõe à visão da atenção à saúde, na qual se exige não somente o conhecimento no campo da ciência odontológica, mas também de conceitos das ciências sociais e humanas.

A incorporação da filosofia da promoção de saúde na clínica ampliada exige do profissional uma adequação de suas concepções e de seus conceitos, levando a uma reconstrução contínua do conhecimento, através da utilização de estratégias preventivas específicas direcionadas ao indivíduo, nas ações educativas contextualizadas dentro do trabalho, no compromisso com a educação continuada e no desenvolvimento de uma prática de atenção baseada em evidências de efetividade pelo profissional, além de mudanças no próprio processo de trabalho, que centralize a atenção clínica na ação integral e resolutiva.

Na prática a educação em saúde constitui uma fração das atividades voltadas à melhoria na qualidade de vida e, quando se refere especificamente à saúde bucal, também devem ser priorizadas ações educativas e motivacionais dentro desse contexto. Para que isto seja possível, é preciso buscar práticas que não valorize somente a utilização de recursos clínicos para o diagnóstico das condições de saúde bucal, mas sim, que leve em consideração a forma como a população percebe sua condição de saúde bucal.

As abordagens de educação em saúde bucal que isolam a boca do resto do corpo são usualmente pouco efetivas. Ações coordenadas de promoção de saúde voltadas para atuação em fatores comuns de risco a doenças crônicas, como cárie, doença periodontal, obesidade, doenças cardiovasculares e o câncer, permitem uma abordagem mais holística, que favorece parcerias e sustentabilidade de resultados. Frente a esse abandono e dificuldades, ações voltadas à educação em saúde, com ênfase na autopercepção e autoproteção, deveriam ser mais exploradas (SILVA; FERNANDES, 2001).

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem voltadas a facilitar ações comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade (CANDEIAS, 1997).

Normalmente a avaliação das necessidades populacionais ignora os aspectos sócio-comportamentais e culturais, realizando o planejamento dos serviços de saúde bucal considerando apenas necessidades normativas, pois se enquadra dentro de um modelo biomédico, baseado na identificação de doenças sem levar em consideração a percepção subjetiva do paciente (LEÃO; SCHEIHAM, 1995).

A literatura oferece vários e diferentes instrumentos que podem ser aplicados com a finalidade da obtenção de dados subjetivos para chegar a um conteúdo válido para a saúde bucal (LEÃO; SCHEIHAM, 1995).

Em sua maioria, apresentam-se sob a forma de questionários com questões abertas e fechadas, cuja finalidade básica é o desvendar da autopercepção do paciente no que se refere a sua saúde bucal e como ela interfere no seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. Esses têm se tornando fortes aliados na construção de programas educativos, preventivos e curativos por diversos profissionais da saúde (SILVA; FERNANDES, 2001).

Em 1994, Slade e Spencer criaram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), um questionário composto por 49 questões que procura descobrir se o paciente sofreu, nos últimos 12 meses algum incidente social devido à problemas com seus dentes, boca ou próteses. Passados três anos Slade (1997) realizou um estudo com o objetivo de produzir uma versão mais reduzida e menos complexa do OHIP 49, mantendo suas características de confiança e validade. Assim, 14 itens foram selecionados a partir do questionário original, e os mesmos se apresentaram efetivos na detecção das associações clínicas e sócio-demográficas que foram observadas quando foram utilizadas as 49 questões (SLADE, 1997). O autor chegou à conclusão que o OHIP 14 contém questões que retêm as dimensões conceituais contidas no OHIP 49, e estas questões têm uma boa distribuição de prevalência, sugerindo que o instrumento deva ser utilizado para quantificar níveis de impacto sobre bem-estar, mesmo com um número limitado de questões. Pesquisadores começaram a trabalhar também com medidas subjetivas, visando inserir a percepção do próprio paciente sobre sua condição bucal como um fator relevante à atenção odontológica. Esses dados proporcionam ao profissional, subsídios complementares ao exame clínico, permitindo uma visão integral do paciente e ainda mais dos modernos conceitos de saúde.

O cirurgião-dentista deveria lançar mão de uma odontologia cujo principal papel não valorize somente a utilização de recursos clínicos para o diagnóstico das condições de saúde bucal; mas sim, que leve em consideração como a população percebe sua própria situação no que se refere aos aspectos de saúde e doenças bucais. Nisso, Leão e Sheiham (1995) já concordavam, dizendo que normalmente as avaliações das necessidades populacionais ignoram os aspectos sócio-

comportamentais e culturais, realizando o planejamento dos serviços de saúde bucal levando em consideração uma necessidade normativa, pois se enquadra dentro de um modelo biomédico, baseado na identificação de doenças sem levar em consideração a percepção subjetiva do paciente.

A percepção da condição bucal e a importância dada a ela é que condicionam o comportamento do indivíduo. Na maioria das vezes a razão para as pessoas não procurarem o atendimento odontológico é a não percepção de suas necessidades (SILVA; FERNANDES, 2001).

Quando as pessoas percebem sua condição bucal, o fazem com certa precisão, entretanto, usando critérios diferentes dos do profissional. Enquanto o cirurgião dentista avalia a condição com base na ausência ou presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas e problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela presença da doença.

No estudo das necessidades de saúde bucal, portanto, é recomendável que a percepção dos indivíduos seja considerada simultaneamente à condição clínica. Assim, os indicadores subjetivos são essenciais na definição das ações e dos grupos prioritários nos serviços de saúde para qualificar a informação da condição de saúde bucal oferecida pelos indicadores clínicos no planejamento dos serviços. Os mecanismos desencadeadores dos reflexos da condição de saúde bucal na qualidade de vida merecem investigação continuada.

Os resultados desta pesquisa serão de extrema importância para a gestão local e para a programação e planejamento da oferta de serviços de saúde bucal, pois a partir de algumas perguntas sobre a necessidade subjetiva (autoreferida) de tratamento odontológico, realizada sem muitos gastos, e sem instrumentos de exame clínico, invasivos ou não, já será fornecida uma importante estimativa sobre os principais problemas que estes indivíduos demandam e quantos necessitariam de atendimento.

Nesse sentido, o processo saúde-doença é dinâmico e reflete a ligação estrutural entre o corpo e a sociedade, os quais são de fundamental importância para se estudar a percepção do estado de saúde (GOMES; TANAKA, 2003).

As concepções de saúde refletem uma conjuntura econômica, social, política e cultural, isto é, saúde não representa o mesmo sentido para as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social (SCLIAR, 2007).

A percepção que o indivíduo possui da doença, influencia na sua qualidade de vida e conseqüentemente nas condições de saúde, além de outros aspectos (NAHAS, 2001). A percepção de necessidade de saúde de um indivíduo depende, muitas vezes, das crenças, do conhecimento da pessoa afetada, dos julgamentos de valores, assim como da influência do papel atribuído ao Estado como fornecedor de soluções (PINTO, 2008).

Os estudos que buscam analisar variáveis associadas à autopercepção da saúde em populações partem da premissa de que essa representa uma visão subjetiva do indivíduo, e costumam considerar, diversas variáveis, como por exemplo, de status de saúde física, mental, estilo de vida, de suas expectativas e de suporte social (SANTIAGO, 2009).

## 2.7 Necessidade Autoreferida de Tratamento Odontológico

"Quando a necessidade aperta, toda a razão é inútil."  
François de Bois-Robert

Existe uma forte correlação entre a condição de saúde bucal e a qualidade de vida dos indivíduos, tendo esta capacidade de percepção influência direta nessa relação.

Assim, considera-se que uma pior condição de saúde bucal e maior capacidade de percepção tenham como reflexo maior relato e gravidade da interferência da condição bucal no cotidiano dos indivíduos (LACERDA *et al.*, 2008).

Leão e Sheiham (1995) ressaltam que diferentes níveis de saúde bucal proporcionam diferentes reflexos no cotidiano das pessoas e que é desejável que, no estudo das necessidades de saúde bucal dos indivíduos, as dimensões sociais e psicossociais sejam consideradas simultaneamente com a condição clínica.

Segundo Sheiham e Tsakos (2007) o conhecimento sobre as necessidades de cuidado à saúde proporciona oportunidade para:

- a) Influenciar políticas públicas;
- b) Acessar a carga de doenças e necessidades da população local;
- c) Compreender as necessidades e prioridades de pacientes e da população local;
- d) Identificar áreas de necessidades não satisfeitas e propor objetivos para satisfazer estas necessidades;
- e) Definição da viabilidade de tratamento nos serviços;
- f) Quantificar o total de necessidades de tratamento odontológico para a população;

- g) Decidir o modo de racionalizar os recursos para garantir a efetividade e a eficiência das ações;
- h) Propor métodos de monitoramento e promoção da equidade no uso dos serviços de saúde.

Nesse sentido ainda, Sheiham e Tsakos (2007) definiram três tipos de necessidades em saúde:

- a) Necessidade normativa: é aquela em que o profissional, o administrador ou cientista social definem;
- b) Necessidade percebida: reflete a avaliação do próprio indivíduo sobre uma necessidade de cuidado em saúde;
- c) Necessidade manifestada ou demandada: são as necessidades autopercebidas convertidas em demanda pela busca de assistência de um profissional ou serviço.

É válido ainda destacar a diferença entre necessidades de cuidados em saúde e necessidades em saúde. As primeiras são aquelas que se beneficiam de cuidados em saúde tais como prevenção de doenças, diagnósticos, tratamento e reabilitação. Já as necessidades em saúde incorporam os determinantes sociais e ambientais em saúde mais amplos tais como a privação, moradia, emprego, lazer, entre outros.

Dessa forma Tsakos (2008), discorrendo sobre as relações entre percepções normativas e subjetivas de necessidade de tratamento ortodôntico, destaca a inadequação das medidas clínicas para acessar tanto os sentimentos e satisfações das pessoas sobre sua aparência dentária como as dimensões psicossociais e o bem-estar relacionado à saúde bucal. Mesmo com diferentes pontos de vista, ambas as percepções devem ser consideradas na avaliação das condições de saúde. O autor destaca que o desequilíbrio na consideração destas percepções possui grandes implicações relacionadas aos serviços de atenção odontológica, haja vista que o uso de serviços ortodônticos são, primariamente, determinado pela avaliação clínica. Nesse sentido, o autor recomenda o uso de uma abordagem denominada “sociodental” para acessar as necessidades de tratamento ortodôntico, mas que podem servir para outras necessidades de tratamento odontológico. Os elementos dessa abordagem seriam:

- a) Estimativas clínicas das necessidades percebidas;
- b) Percepções subjetivas, incluindo a necessidade de tratamento percebida e o impacto na saúde bucal, em relação às dimensões funcionais, psicológicas e sociais;
- c) Propensão do indivíduo em adotar comportamentos de promoção da saúde;
- d) Evidência científica da efetividade do tratamento.

Ainda nesta perspectiva, Gherunpong *et al.* (2006) destacam que os métodos normativos tradicionais de acessar necessidades bucais não correspondem aos atuais conceitos de saúde e de necessidade. Embora existam pesquisas em saúde bucal sobre Qualidade de Vida, práticas baseadas em evidências e comportamentos bucais, tais conceitos são raramente aplicados nas estimativas de necessidades bucais. Os autores testaram a abordagem sociodental para acessar necessidades bucais em escolares de 11 e 12 anos em uma província da Tailândia. Concluíram que esta abordagem diminuiu as estimativas de necessidades de tratamentos convencionais e possibilitou a introdução de uma abordagem mais ampla de cuidado, incluindo ações de promoção e educação em saúde.

Segundo Gift *et al.* (1998), a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico é resultante da condição de saúde bucal do indivíduo (número de dentes cariados, perdidos e obturados – índice CPOD, condição periodontal, necessidades normativas de tratamento). As necessidades de tratamento são determinadas por características demográficas, de disponibilidade de recursos e de predisposição.

As características demográficas (idade, sexo e raça) são consideradas imutáveis. Já a disponibilidade de recursos pode ser alterada por meio de políticas públicas, direta ou indiretamente, frente ao aumento da oferta e procura de serviços públicos gratuitos. A predisposição é, de forma geral, determinada pela escolaridade, autopercepção da condição de saúde e/ou por orientações repassadas pelos próprios serviços odontológicos (GILBERT *et al.*, 1994).

Neste sentido, os modelos sociológicos de interação conceituam “necessidade” a partir de duas vertentes: as subjetivas e as objetivas (LOCKER; MILLER, 1994).

A primeira diz respeito à autopercepção da necessidade de tratamento e varia individualmente, segundo o contexto sociocultural e histórico em que está inserido (GJERMO, 1991).

A segunda, denominada necessidade normativa, é avaliada pelo dentista que identifica os sinais dessas doenças precocemente, quando os sintomas das doenças bucais podem estar ausentes em seus estágios iniciais (GILBERT; BRANCH; LONGMATE, 1993).

A divergência entre a autopercepção da necessidade e as necessidades normativas, mesmo em situações em que o acesso aos serviços é garantido, determinou a condução de vários estudos que buscassem investigar o que leva as pessoas a perceberem a necessidade de tratamento (GILBERT; BRANCH; LONGMATE, 1993, REISINE; BAILLIT, 1980).

Várias pesquisas investigaram os fatores objetivos e subjetivos associados à autopercepção da necessidade de tratamento, mas ainda permanece como lacuna a compreensão da validade da necessidade subjetiva, enquanto necessidade autoreferida, assim como seus determinantes (MARTINS *et al.*, 2008).

Comumente, as necessidades subjetivas não são consideradas nas avaliações de necessidade e nas intervenções dos profissionais, e mesmo as objetivas não estão imunes a influências subjetivas, pois os dentistas também são guiados por suas próprias normas, valores e crenças (GJERMO, 1991).

Atualmente, grandes ênfases estão sendo dirigidas as avaliações nos serviços de saúde, de modo a revelar seu impacto e efeito a médio e longo prazo na saúde da população. O uso de indicadores subjetivos, como a percepção na qualidade de vida, pode ter forte contribuição para o planejamento de ações e para compreensão do padrão do que procuram um serviço de saúde (SOUZA *et al.*, 2007).

Lacerda *et al.* (2008) também sugerem que os indicadores baseados em critérios normativos são insuficientes para mensurar a interferência da condição bucal no cotidiano dos indivíduos. Além disso, o sucesso do tratamento e a eficácia das medidas preventivas dependem diretamente da adesão dos indivíduos e da percepção dos mesmos sobre sua saúde e sobre os reflexos dela decorrentes.

No estudo das necessidades de saúde bucal, portanto, é recomendável que a percepção dos indivíduos seja considerada simultaneamente à condição clínica. Assim, os indicadores subjetivos são essenciais na definição das ações e dos grupos prioritários nos serviços de saúde para qualificar a informação da condição de saúde bucal oferecida pelos indicadores clínicos no planejamento dos serviços. Os mecanismos desencadeadores dos reflexos da condição de saúde bucal na qualidade de vida merecem investigação continuada. Pesquisas qualitativas voltadas para o conhecimento dos aspectos envolvidos na percepção de saúde e sobre a



capacidade dos indivíduos em lidar com as adversidades físicas e sociais certamente contribuirão para este aprimoramento.

## 2.8 Qualidade de Vida

Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que trabalhar nem um dia na tua vida.  
Confúcio

De acordo com a definição da OMS, qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Segundo Minayo, Hartz, e Buss (2000), qualidade de vida é uma noção essencialmente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental.

Existem indícios de que o termo Qualidade de Vida surgiu pela primeira vez nos anos 30 através de um levantamento de estudos que tinham por objetivo a sua definição (SEIDL; ZANNON, 2004).

No entanto, a sua formalização remonta aos anos 60, através do relatório da *Commission on National Goals*, dos EUA, que listava um conjunto de indicadores sociais e ambientais de bem-estar como objetivos para o País começando deste modo a ser entendidas, principalmente, como Qualidade de Vida subjetiva ou Qualidade de Vida percebida pelas pessoas (CAMPOLINA; CICONELLI, 2006; MENDONÇA, 2007).

Tais indicadores foram, posteriormente, desenvolvidos e agrupados em dois componentes principais: um subjetivo ou psicológico e outro objetivo, ou seja, social, econômico, político e ambiental.

A definição de Qualidade de Vida compreende a percepção subjetiva, pessoal dos indivíduos relativamente ao seu estado de saúde e sobre os aspectos do seu contexto de vida, ou seja, a variáveis físicas, psicológicas (emocionais, cognitivas e comportamentais) e sociais, que se podem alterar ao longo do tempo.

Para Silva, Meneses e Silveira (2007), o fato de se tratar de uma medida de percepção pessoal decorre da inadequação da Qualidade de Vida ser avaliada por outra pessoa, ainda que seja próxima, incentivando os investigadores a desenvolver

métodos e instrumentos de avaliação que consideram a perspectiva da população ou pessoa, e não a visão de cientistas e profissionais.

Particularmente na área da Saúde, o interesse pelo conceito de Qualidade de Vida é ainda mais recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e práticas do setor nas últimas décadas. A crescente atenção dos determinantes da saúde no processo saúde – doença, ou seja, os aspectos econômicos, socioculturais e estilos de vida, demonstram que esses determinantes sejam complexos e multifatoriais. Deste modo, a melhoria da Qualidade de Vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto nas práticas assistenciais como das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SEIDI; ZANNON, 2004).

Segundo Campolina e Ciconelli (2006), nas últimas décadas, tem-se assistido a um crescente interesse por parte da comunidade científica e de todo o setor da Saúde nas questões da Qualidade de Vida, o que levou a incorporar o termo Qualidade de Vida nas suas práticas profissionais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Desta forma, o termo Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, é essencialmente empregado em contextos de saúde, em que o objetivo das intervenções é a melhoria da Qualidade de Vida das pessoas, e na aplicação da prática clínica, sendo considerado um conceito específico do sistema de cuidados de saúde (SILVA; MENESES; SILVEIRA, 2007).

Como valor, a qualidade está associada a um estilo de gestão, à visão sistêmica, à melhoria contínua e visa promover mudanças sucessivas utilizando-se de novas técnicas de produção, voltadas ao combate dos desperdícios humanos e materiais. Compreendem princípios, metodologias e ferramentas da qualidade, essenciais nas organizações.

Possível afirmar que qualidade é um conceito dinâmico, ou seja, que trabalha com referenciais que mudam ao longo do tempo e, às vezes, de forma bastante acentuada. Qualidade é, também, um termo de domínio público, pois todos têm uma noção intuitiva do que seja qualidade.

A qualidade é definida pelo cliente e transcende os parâmetros dos produtos, contemplando aspectos relacionados com o meio ambiente e com as relações humanas. A função qualidade e o termo cliente devem ser entendidos de forma

abrangente e devem ser estendidos, também, para as relações profissionais, sociais e familiares (NEVES; NEVES, 2000).

Para Vasconcellos (2002), a diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os clientes reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Cada cliente possui uma determinada percepção sobre qualidade e, muitas vezes, esta diferença implica até mesmo “estado de espírito do cliente” no momento da prestação de serviço. As pessoas possuem diferentes padrões de qualidade em diferentes momentos de sua vida.

Certamente, gerenciar serviços é diferente de gerenciar produção de bens, pois serviços são intangíveis, ou seja, não podem ser possuídos, mas vivenciados, e por isso são de difícil padronização. Necessitam da presença e da participação do cliente, o que restringe o tempo de atendimento, são personalizados, podendo ainda necessitar do treinamento do cliente; e implicam produção e consumo simultâneos, por não poderem ser estocados, dificultando sua inspeção e controle de qualidade. Por tudo isso, o processo de prestação do serviço pode ser muito mais importante que o seu próprio resultado (GIANESI; CÔRREA, 1996).

De acordo com Vuori (1991), qualidade denota um grande espectro de características desejáveis de cuidado, que incluem: efetividade, eficácia, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica.

Por outro lado, para Vieira *et al.* (2000), ainda não há um corpo de conhecimento bem estabelecido sobre como as técnicas de administração da qualidade podem ser aplicadas ao setor público. Há necessidade de pesquisa empírica, especialmente sobre a natureza das mudanças nos princípios de qualidade para que possam ser aplicados com sucesso ao setor público, bem como na identificação de elementos que possam contribuir para o aperfeiçoamento do conceito de qualidade nas organizações públicas.

Os principais problemas enfrentados nas organizações de saúde têm sido a má alocação dos recursos, a ineficiência, os custos crescentes e a desigualdade nas condições de acesso dos usuários. A melhoria das condições de saúde de grupos sociais ou de uma população pode contribuir para o crescimento econômico de diversas formas, como: reduzir as perdas de produção causadas por doença do trabalhador; permitir o uso de recursos humanos que não estiveram total ou

parcialmente acessíveis por motivo de doença; aumentar o número de crianças matriculadas em escolas, o que as torna mais aptas a estudar e liberar recursos que, uma vez não aplicados em organizações de saúde, podem ter outro destino (LIMA, 1998).

A demanda crescente da sociedade em relação a serviços de qualidade gerou uma necessidade de mudanças nas características destes e maior exigência para com os fornecedores de diversos tipos de serviços, inclusive os voltados à área de saúde (VASCONCELLOS, 2002).

A qualidade nas organizações de saúde pode ser interpretada e representada como a expressão de certas formações subjetivas: preocupação constante em criar e manter entre todos os que estão ocupados nas organizações de saúde, administradores e funcionários, o entendimento quanto à estrutura e ao processo das intervenções; e preocupação quanto aos resultados para satisfazer as necessidades emergentes e as demandas explícitas dos clientes usuários. Finalmente, a administração da qualidade das organizações de saúde tem como resultados esperados a melhoria da eficiência com eficácia e a melhoria no uso dos recursos (LIMA, 1998).

Para Ansuji, Zenckner e Godoy (2005), o mais importante no julgamento da qualidade em odontologia, na concepção dos pacientes, está baseado mais nos aspectos pessoais do que na parte técnica do profissional, o que não significa que o profissional não deva preocupar-se com a qualidade técnica, pois esta é uma exigência da profissão. Para os autores, é necessário considerar os dois componentes da qualidade que, segundo Las Casas (1999), são: o serviço propriamente dito e a forma como ele é percebido pelo cliente.

Portanto, a qualidade dos serviços pode ser percebida pelos clientes por meio dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço é aquilo que o cliente vê e sente, como a aparência física do local de trabalho.

Os componentes intangíveis são amabilidade e cordialidade da equipe de odontologia, ou seja, os que estão diretamente ligados ao relacionamento da equipe profissional com os clientes (ANSUJI; ZENCKNER; GODOY, 2005).

A saúde é um direito constitucional garantido a todos os brasileiros, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis a sua plena execução. A responsabilidade do Estado em garantir esse direito consiste basicamente na

formulação e execução de políticas econômicas e sociais que tenham como objetivo geral reduzir os riscos de doenças e de outros agravos, e criar condições que assegurem o acesso universal e equânime às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ainda mais importante é lembrar que esse dever do Estado não exclui o dever da sociedade, das Empresas, da família e de cada indivíduo, sendo este o maior interessado.

No caso de Pernambuco, que não é muito diferente de outros Estados brasileiros, inexistiu um perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores. Nas últimas décadas devido à frequência de transferências de trabalhadores para as atividades do setor informal da economia, as doenças e acidentes relacionados ao trabalho têm sido cada vez menos notificados, tendo interpretações de dados apenas do setor formal.

A consequência é a indução de um planejamento equivocado de políticas públicas e privadas. É consenso que as doenças e acidentes relacionados ao trabalho têm grande impacto não apenas na vida do trabalhador, mas para a sociedade como um todo. No caso das Empresas, esses eventos afetam o custo de produção e forçam a elevação dos preços de bens e serviços, interferindo, assim, na economia e em contrapartida oneram o Estado, pela atenção à saúde que precisa prover aos trabalhadores afetados através da ativação do sistema de previdência social.

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

A empresa deve empreender ações de promoção de saúde no local de trabalho, visto que, o trabalhador passa a maior parte de seu tempo em local de trabalho. A política que a empresa tiver, bem como seus regulamentos e regras, podem influenciar diretamente (positiva ou negativamente) na saúde do trabalhador. Torna-se indispensável e mais fácil estabelecer prioridades em grupos mais definidos, onde os programas de promoção de saúde no local de trabalho tendem a

ter maior adesão por parte dos trabalhadores, quando comparados àqueles desenvolvidos em outros locais.

A última década apresentou um aumento significativo do interesse dos pesquisadores, em quantificar as consequências das doenças bucais. O número de estudos que investigam a relação entre as condições bucais e seu impacto na vida das pessoas elevou-se e a partir daí desenvolveram-se vários instrumentos na tentativa de conhecer e avaliar a forma com que os problemas bucais tem afetado o cotidiano das pessoas.

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

Portanto, é indubitável a necessidade da atenção à saúde bucal para a qualidade de vida do trabalhador. Ele estando saudável e satisfeito com sua vida trabalhará com mais eficiência e aumentando sua produtividade laboral, diferindo daquele que não possui essa atenção e cuidado.

### **3 OBJETIVOS**

A seguir descreveremos sobre os objetivos deste estudo.

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar o impacto das condições bucais autopercebidas na qualidade de vida dos servidores da Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a)** Descrever o perfil sócio-demográfico e funcional dos servidores do TRT6;
- b)** Identificar a necessidade auto-referida de tratamento odontológico para cárie, uso de prótese dentária e doença periodontal;
- c)** Investigar a autopercepção do impacto das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida;
- d)** Identificar as associações do perfil sócio-demográfico, funcional e a necessidade autoreferida de tratamento odontológico com a autopercepção do impacto das condições de saúde bucal sobre a Qualidade de Vida.

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

A seguir descreveremos o material e método empregado para atingir o objetivo geral e específico.

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, observacional e transversal.

### **4.2 Local de estudo**

O presente estudo foi realizado na Distribuição dos Feitos<sup>1</sup>, Varas do Trabalho, Secretarias e Gabinetes do edifício Sede, Almojarifado, Gráfica e Setor de Transportes que compõem a Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco, órgão do Poder Judiciário Federal.

Elucidando que são nos setores de distribuição dos feitos, nas varas do trabalho, secretarias e gabinetes, que acontecem toda a tramitação processual, atividade fim a que se destina o Egrégio Tribunal, ou seja, ajuizamento de ação trabalhista, movimentação processual com desfecho de emissão de sentença, finalizando a ação trabalhista.

### **4.3 População de estudo**

A população de estudo foi composta por todos os servidores do quadro de pessoal Pernambuco, que segundo informações da Secretaria de Recursos Humanos, até Maio de 2012, era representado por um quantitativo de 1.244 servidores, distribuídos nas áreas judiciária, administrativa efetivo lotados na Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de e de apoio especializado.

---

<sup>1</sup> Setor responsável pelo recebimento das reclamações trabalhistas e distribuição às Varas do Trabalho para seguimento processual.



#### 4.3.1 Critérios de Inclusão

Todos os servidores efetivos do quadro de pessoal que estiverem lotados na Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco e que aceitarem participar da pesquisa.

#### 4.3.2 Critérios de Exclusão

Tendo como critério de exclusão os servidores em férias, afastados por motivo de doença ou qualquer outro tipo de licença no período de realização do estudo, além dos participantes do teste piloto do instrumento de coleta. Considerou-se como perda, a recusa em participar da pesquisa e as respostas incompletas.

### 4.4 Amostra

A amostra foi definida de forma aleatória estratificada segundo as áreas judiciária, administrativa e de apoio especializado, constituída pelos servidores que estavam em atividade na época da coleta de dados e que aceitaram participar da pesquisa.

O tamanho da amostra foi calculado baseando-se no universo de 1244 servidores, com prevalência de 50%, nível de confiança de 95%, efeito de desenho de 20% e erro amostral de 5%. Chegou-se a um tamanho amostral de 353 servidores.

Utilizou-se a fórmula:

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

Em que:

n = amostra calculada

N = população

Z = variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p = verdadeira probabilidade do evento

e = erro amostral

#### 4.5 Coleta de dados

A coleta de dados obedeceu à seguinte sequência:

- a) Obtenção da anuência do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco, após apresentação do projeto desta pesquisa e assinatura da Carta de anuência pelo Desembargador-Presidente (Apêndice C);
- b) Obtenção da aprovação do projeto desta pesquisa para sua realização, pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM), CAAE: 06606312.9.0000.5190 (Anexo C).
- c) Obtenção da aprovação da Banca de Exame de Qualificação do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães para realização desta pesquisa;
- d) Realização de teste-piloto dos questionários com 5% do cálculo amostral dos servidores que exercem suas funções na sede do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco com a finalidade de realizar alterações e adequações aos instrumentos de coleta de dados. Neste momento os servidores participantes foram informados quanto aos objetivos do teste piloto e da pesquisa e orientados quanto à confidencialidade dos dados coletados, e obtenção da anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- e) Aplicação da pesquisa em cada um dos setores já descritos no local do estudo, onde em cada ambiente laboral foram dadas as referidas informações sobre o objetivo da pesquisa, à confidencialidade dos dados individuais, deixando claro que a participação era opcional, voluntária e não obrigatória, explicando a forma de preenchimento dos questionários e a necessidade de assinatura do TCLE. Além da importância da pesquisa para melhor nortear os programas de saúde bucal do setor odontológico, melhorando o atendimento.

A análise do teste-piloto indicou não haver necessidade de alterações dos questionários e a não necessidade de reaplicá-los.

Os questionários com o TCLE foram entregues em envelope timbrado do CPqAM, fechados e individualizados, ficando acordado com a pesquisadora um prazo de 24 horas para devolução, quando a mesma retornaria ao setor para devido recolhimento dos envelopes.

O período da coleta de dados foi de 13 de setembro a 19 de dezembro de 2012, totalizando (98 dias) e em virtude do recesso da instituição que ocorreu de 20 de dezembro de 2012 a 06 de janeiro de 2013; a coleta continuou a partir do dia 07 à 28 de janeiro de 2013, totalizando assim 120 dias, conseguindo-se recolher 360 envelopes, visto que preferiu-se trabalhar com um número maior do que o inicial, para minimizar perdas significativas nos resultados.

#### **4.6 Instrumentos para a coleta de dados**

##### **4.6.1 Questionário 1: Perfil sócio-demográfico e funcional (APÊNDICE B)**

Questões elaboradas pela autora sobre os seguintes aspectos:

- a) Sócio-demográficos: sexo, idade, escolaridade e estado conjugal;
- b) Funcionais:
  - Lotação (áreas administrativa, judiciária e apoio especializado);
  - Função e tempo na função;
  - Cargo (Analista Judiciário, Técnico Judiciário e Auxiliar Judiciário);
  - Jornada de Trabalho e Tempo de Tribunal.

##### **4.6.2 Questionário 2: Necessidade Autoreferida de tratamento odontológico para cárie, prótese e doenças periodontais. (Anexo A)**

Para a identificação da necessidade autoreferida de tratamento odontológico foram feitas perguntas referente a cada tipo de necessidade. Todas as perguntas tiveram como respostas possíveis apenas Sim (1) ou Não (0), exceto a última pergunta sobre a complexidade do tratamento periodontal que teve como possibilidades: Fácil/Simples (1) ou Difícil/Complexo (0).

#### 4.6.3 Questionário 3: *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) (Anexo B)

O desenvolvimento deste instrumento teve como base o modelo de Locker (1988), utilizando-o para definir sete dimensões de impacto oral: Limitação Funcional (itens 1 e 2), Dor (itens 3 e 4), Desconforto Psicológico (itens 5 e 6), Incapacidade Física (7 e 8), Incapacidade Psicológica (itens 9 e 10), Incapacidade Social (itens 11 e 12) e Desvantagem (itens 13 e 14). Cada dimensão reflete o impacto da condição oral e geral em determinados aspectos, nomeadamente (SILVA *et al*; 2007):

- a) A dimensão Limitação Funcional inclui perguntas relativas à dificuldade na fala e na diminuição da sensibilidade do paladar;
- b) Na dimensão da Dor, questiona-se acerca da sensação de dor experienciada, bem como do incômodo no ato de comer;
- c) Quanto à dimensão Desconforto Psicológico, explora-se a preocupação e o stress que a condição oral poderá provocar;
- d) A dimensão Incapacidade Física refere-se ao possível prejuízo na alimentação e na necessidade de interromper as refeições;
- e) Na dimensão Incapacidade Psicológica, questiona-se acerca da dificuldade em relaxar e do sentimento de embaraço relativa à condição oral;
- f) Relativamente à dimensão Incapacidade Social esta inclui perguntas acerca do impacto da condição oral nas relações com os outros e na dificuldade em realizar as atividades diárias;
- g) E a dimensão Desvantagem, explora a percepção da pessoa acerca do impacto da condição oral na sua vida e na incapacidade em desenvolver as suas atividades.

#### 4.7 Variáveis do estudo

A variável dependente e as independentes foram definidas para este estudo.

#### 4.7.1 Variável dependente: Impacto das condições bucais na Qualidade de Vida mensurada pelo *Oral Health Impact Profile* (OHIP – 14)

O OHIP-14 é constituído por 14 questões, que fazem referência a problemas de saúde bucal e geral que as pessoas tenham experienciado nos últimos doze meses. O questionário é preenchido pelo próprio servidor e para cada questão, existem cinco opções de resposta (nunca = 0, quase nunca = 1, ocasionalmente = 2, bastante vezes = 3 e frequentemente = 4). Seguidamente, esse valor é multiplicado pelo peso de cada pergunta (DRUMOND-SANTANA *et al.*, 2007).

Quadro 2 – Item e Peso do OHIP-14

Item 1	Peso = 0,51	Item 8	Peso = 0,48
Item 2	Peso = 0,49	Item 9	Peso = 0,60
Item 3	Peso = 0,34	Item 10	Peso = 0,40
Item 4	Peso = 0,66	Item 11	Peso = 0,62
Item 5	Peso = 0,45	Item 12	Peso = 0,38
Item 6	Peso = 0,55	Item 13	Peso = 0,59
Item 7	Peso = 0,52	Item 14	Peso = 0,41

Fonte: Elaborado pela autora.

Depois de somar a pontuação de todas as perguntas, obtém-se o resultado final que pode variar entre 0 e 28 pontos. Quanto mais elevado o resultado, maior o impacto dos problemas de Saúde Bucal na Qualidade de Vida.

#### 4.7.2 Variáveis independentes

##### a) Perfil sócio demográfico

- Sexo: variável categorizada em feminino e masculino.
- Idade: variável quantitativa discreta, em anos.
- Escolaridade: foram usadas as categorias: Ensino médio completo, Ensino superior completo, Ensino superior incompleto, Pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado).

- Estado conjugal: foram usadas as categorias: solteiro, casado/companheiro, separado/divorciado, viúvo.

#### b) Características funcionais

- Lotação: Foram usadas as categorias:

Área judiciária – compreendendo os serviços realizados privativamente por bacharéis em Direito, abrangendo processamento de feitos, execução de mandados, análise e pesquisa de legislação, doutrina e jurisprudência nos vários ramos do Direito, bem como a elaboração de pareceres jurídicos;

Área de apoio especializado – compreende os serviços para a execução dos quais se exige o devido registro no órgão fiscalizador do exercício profissional ou o domínio de habilidades específicas.

Área administrativa – compreendem os serviços relacionados com recursos humanos, material e patrimônio, licitações e contratos, orçamento e finanças, controle interno e auditoria, segurança e transporte e outras atividades complementares de apoio administrativo.

- Função: a função atual que o servidor exerce.

- Tempo na função: variável quantitativa discreta, em anos, que expressa o tempo que o servidor exerce a função atual.

- Cargo: Foram usadas as categorias:

Auxiliar Judiciário – servidores que ingressaram com ensino fundamental.

Técnico Judiciário – servidores que ingressaram com curso de ensino médio, ou curso técnico equivalente, correlacionado com a especialidade, se for o caso.

Analista Judiciário – servidores que ingressaram com curso superior, inclusive licenciatura plena, correlacionado com a especialidade, se for o caso.

- Tempo no tribunal: variável quantitativa discreta, em anos, que expressa o tempo que o servidor foi admitido no TRT6.

- Jornada de trabalho: variável quantitativa discreta, em horas, que expressa o período em que o servidor está à disposição do TRT6.

- c) Necessidade Autoreferida de tratamento Odontológico para cárie, prótese e doenças periodontais.

Questionário respondido pelo servidor, contendo perguntas sobre a necessidade autoreferida de tratamento odontológico para cárie, prótese e doenças periodontais, (Anexo A).

#### **4.8 Análise dos dados**

Os resultados foram expressos por meio de percentuais e das medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana. Para a comparação entre as categorias das variáveis independentes em relação aos domínios e ao escore total do OHIP-14 foram utilizados os testes estatísticos de Mann-Whitney no caso de duas categorias e Kruskal-Wallis para a comparação de mais de duas categorias. No caso de diferença por meio do teste Kruskal-Wallis foram utilizados testes de comparações do referido teste para as comparações múltiplas pareadas (CONOVER, 1980).

Ressalta-se que a escolha dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foi devido à falta de normalidade dos dados e a elevada variabilidade.

A verificação da hipótese de normalidade foi realizada por meio do teste de Shapiro Wilk e a hipótese de igualdade de variâncias foi realizada por meio do teste F de Levene.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. O programa utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 17.

#### **4.9 Aspectos éticos**

Este estudo foi realizado segundo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

MELO, A. C. S.

O presente estudo foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CEP/CPqAM), apreciado e aprovado de acordo com o registro no CAAE: 06606312.9.0000.5190 (Anexo C).

Foi solicitada anuência da instituição pesquisada, Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco, por meio da assinatura de carta de anuência pelo Desembargador-Presidente.

Todos os servidores voluntários que participaram deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo-se a justificativa, os objetivos, os procedimentos para coleta de dados, a confidencialidade e os riscos, bem como a importância e abrangência da pesquisa.



## 5 RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos no presente estudo.

### 5.1 Perfil sócio demográfico e funcional

A amostra do estudo, composta por 360 servidores, mostrou que a idade dos pesquisados variou de 23 a 68 anos, teve média de 43,88 anos, desvio padrão de 9,15 anos e mediana de 44,00 anos.

Na Tabela 1, se apresenta os resultados relativos ao perfil sócio-demográfico dos pesquisados em que é possível destacar que o maior percentual (43,1%) correspondeu aos participantes com idade de 40 a 49 anos, seguida da faixa etária de 23 a 39 anos (26,4%), ficando em terceiro lugar a faixa etária de 50 ou mais (22,2%) e tendo 8,3% não informado a idade. O sexo feminino foi predominante na amostra (57,5%), seguido do masculino (41,1%). A maioria (59,7%) era composta de casados, 35,3% eram solteiros e os 5,0% restante não informaram a questão. Com exceção de 11,1% com ensino médio todos os demais tinham curso superior, sendo que 48,6% tinham curso de pós-graduação.

Tabela 1 – Distribuição dos pesquisados segundo o perfil sócio demográfico, PE, 2013.

Variável	n	%
<b>Faixa etária (anos)</b>		
23 a 39	95	26,4
40 a 49	155	43,1
50 ou mais	80	22,2
Não informado	30	8,3
<b>Sexo</b>		
Masculino	148	41,1
Feminino	207	57,5
Não informado	5	1,4
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	127	35,3
Casado	215	59,7
Não informado	18	5,0
<b>Escolaridade</b>		
Pós-Graduação	175	48,6
Superior	145	40,3
Médio	40	11,1
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os resultados relativos ao perfil funcional estão apresentados na Tabela 2 ressaltando-se que os dois maiores percentuais dos funcionários eram lotados na “Área judiciária” (43,9%) e “Área administrativa” (36,7%); em relação ao cargo se observa que a maioria (62,8%) era formada por técnicos judiciários e o segundo maior percentual (32,2%) eram analistas judiciários; o maior percentual (43,3%) correspondeu aos pesquisados que tinham até 5 anos na função, seguido dos que tinham mais de 10 anos (25,6%) e mais de 5 a 10 anos (21,1%); aproximadamente a metade (48,6%) tinham mais de 10 a 20 anos de tempo no tribunal e o restante se subdividiu entre os que tinham até 10 anos (26,9%) ou mais de 20 anos (24,4%); a maioria (67,2%) tinham jornada de trabalho maior ou igual a 40 horas.

Tabela 2 – Distribuição dos pesquisados segundo o perfil funcional, PE, 2013.

Variável	N	%
<b>Lotação</b>		
Área Administrativa	132	36,7
Área judiciária	158	43,9
Área de apoio especializado	30	8,3
Não informado	40	11,1
<b>Cargo</b>		
Analista judiciário	116	32,2
Técnico judiciário	226	62,8
Auxiliar judiciário	10	2,8
Não informado	8	2,2
<b>Tempo de função (anos)</b>		
Até 5	156	43,3
Maior que 5 a 10	76	21,1
Maior que 10	92	25,6
Não informado	36	10,0
<b>Tempo de tribunal (anos)</b>		
Até 10	97	26,9
Maior que 10 a 20	175	48,6
Maior que 20	88	24,4
<b>Jornada de trabalho (horas semanais)</b>		
Maior ou igual a 40	242	67,2
Menor que 40	118	32,8
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

## 5.2 Critérios para necessidade de tratamento para cárie

Na Tabela 3 se apresenta os resultados relativos à necessidade de tratamento para cárie em que se destaca que um pouco mais da metade (55,0%)

avalia que não necessita de tratamento para cárie; que não necessita de restauração de algum dente (55,6%). A necessidade de coroa em algum dente foi citada por 23,6%, entretanto a maioria (60,8%) avalia que necessita de algum tratamento estético em algum dente. A necessidade de tratamento de canal em algum dente foi relatada por 13,6% e 9,2% avaliou que necessitava extrair algum dente.

Tabela 3 – Distribuição dos pesquisados segundo as questões relacionadas à necessidade de tratamento para cárie, PE, 2013.

Variável	n	%
<b>Acha que necessita de tratamento para cárie?</b>		
Sim	162	45,0
Não	198	55,0
<b>Acha que necessita de restauração de algum dente?</b>		
Sim	160	44,4
Não	200	55,6
<b>Acha que necessita de coroa em algum dente?</b>		
Sim	85	23,6
Não	275	76,4
<b>Acha que necessita de tratamento estético em algum dente?</b>		
Sim	219	60,8
Não	141	39,2
<b>Acha que necessita de tratamento de canal em algum dente?</b>		
Sim	49	13,6
Não	311	86,4
<b>Acha que necessita extrair algum dente?</b>		
Sim	33	9,2
Não	327	90,8
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

### 5.3 Critérios para necessidade de prótese

Em relação às questões da necessidade de uso de prótese a Tabela 4 mostra que: a necessidade de prótese total na arcada superior foi citada por 3,9% e na arcada inferior por 3,3%. A necessidade de prótese para substituir um dente era percebida por aproximadamente 20,0% da amostra e a necessidade de prótese para substituir mais de um dente foi percebida por aproximadamente 15,0%.

Tabela 4 – Distribuição dos pesquisados segundo as questões relacionadas à necessidade de uso de prótese, PE, 2013.

Variável	N	%
<b>Acha que necessita de prótese total (dentadura) na arcada superior?</b>		
Sim	14	3,9
Não	346	96,1
<b>Acha que necessita de prótese total (dentadura) na arcada inferior?</b>		
Sim	12	3,3
Não	348	96,7
<b>Acha que necessita de prótese para substituir um dente?</b>		
Sim	71	19,7
Não	289	80,3
<b>Acha que necessita de prótese para substituir mais de um dente?</b>		
Sim	53	14,7
Não	307	85,3
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

#### 5.4 Critérios para necessidade de tratamento periodontal

A necessidade de tratamento nas gengivas para mau-hálito ou para mobilidade dentária foi relacionada por 23,6% e entre estes a maioria (63,5%) avaliou que necessitava de tratamento simples, conforme resultados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos pesquisados segundo as questões relacionadas à necessidade de tratamento periodontal, PE, 2013.

Variável	n	%
<b>Acha que necessita de tratamento nas gengivas para mau-hálito ou para mobilidade dentária (dentes moles)?</b>		
Sim	85	23,6
Não	275	76,4
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100</b>
<b>Caso necessite, acha que seria um tratamento simples ou difícil/complexo?</b>		
Simple	54	63,5
Difícil	31	36,5
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

## 5.5 Resultados do OHIP-14

Na Tabela 6 os resultados são apresentados no grupo total e nas demais tabelas os resultados são apresentados segundo as categorias das variáveis do estudo.

Os resultados sobre o OHIP-14 são apresentados nas Tabelas 6 a 24 por meio das medidas: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e valor máximo.

Dos resultados contidos na Tabela 6 se destaca que: as médias mais elevadas corresponderam aos domínios: “Dor física” (0,90) e “Desconforto psicológico” (0,66) e as médias dos outros domínios variaram de 0,26 a 0,44; a variabilidade expressa por meio do desvio padrão se mostrou bem elevada.

Tabela 6 – Estatísticas do OHIP-14, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>Limitação funcional</b>	0,34 ± 0,56	0,00	0,00	4,00
<b>Dor física</b>	0,90 ± 0,95	0,66	0,00	4,00
<b>Desconforto psicológico</b>	0,66 ± 0,94	0,00	0,00	4,00
<b>Incapacidade física</b>	0,29 ± 0,59	0,00	0,00	4,00
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,44 ± 0,76	0,00	0,00	4,00
<b>Incapacidade social</b>	0,26 ± 0,61	0,00	0,00	4,00
<b>Desvantagem</b>	0,27 ± 0,62	0,00	0,00	4,00
<b>Escore total - OHIP-14</b>	3,16 ± 3,86	1,71	0,00	25,25

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos resultados contidos na Tabela 7 se verifica que para a margem de erro fixada (5,0%) o domínio “Desconforto psicológico” foi a única variável com diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre as faixas etárias e para o referido domínio se destaca que as médias aumentaram com a faixa etária (0,40 na faixa de 23 a 39 anos, 0,66 na faixa 40 a 49 anos e 0,85 na faixa 50 anos ou mais).

Por meio dos testes de comparações pareadas do teste Kruskal-Wallis se comprova diferença significativa entre a faixa de 23 a 39 anos e cada uma das outras faixas etárias.

Tabela 7 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 segundo a faixa etária, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Faixa etária			Valor de p
	23 a 39 Média ± DP (Mediana)	40 a 49 Média ± DP (Mediana)	50 ou mais Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,27 ± 0,44 (0,00)	0,34 ± 0,57 (0,00)	0,38 ± 0,54 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,571
<b>Dor física</b>	0,73 ± 0,81 (0,66)	0,87 ± 0,90 (0,68)	1,10 ± 1,06 (1,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,115
<b>Desconforto psicológico</b>	0,40 ± 0,68 (0,00) <sup>(A)</sup>	0,66 ± 0,91 (0,45) <sup>(B)</sup>	0,85 ± 1,07 (0,45) <sup>(B)</sup>	p <sup>(1)</sup> = 0,008*
<b>Incapacidade física</b>	0,23 ± 0,38 (0,00)	0,24 ± 0,53 (0,00)	0,42 ± 0,75 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,316
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,32 ± 0,53 (0,00)	0,41 ± 0,73 (0,00)	0,61 ± 0,92 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,228
<b>Incapacidade social</b>	0,35 ± 0,77 (0,00)	0,20 ± 0,50 (0,00)	0,25 ± 0,55 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,415
<b>Desvantagem</b>	0,33 ± 0,78 (0,00)	0,19 ± 0,46 (0,00)	0,34 ± 0,64 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,282
<b>OHIP-14 – total</b>	2,64 ± 3,09 (1,58)	2,91 ± 3,46 (1,74)	3,94 ± 4,42 (2,74)	p <sup>(1)</sup> = 0,271

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Nota 2 - (1): Por meio do teste de Kruskal Wallis.

Nota 3 - Se todas as letras entre parêntesis são distintas comprova-se diferença significativa entre as faixas etárias correspondentes.

Conforme apresentado na Tabela 8, não foram verificadas diferenças significativas entre os sexos para nenhum dos domínios e nem para o escore total do OHIP-14.

Tabela 8 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo o sexo, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Sexo		Valor de p
	Masculino Média ± DP (Mediana)	Feminino Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,34 ± 0,53 (0,00)	0,33 ± 0,58 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,716
<b>Dor física</b>	0,85 ± 0,91 (0,66)	0,92 ± 0,98 (0,66)	p <sup>(1)</sup> = 0,561
<b>Desconforto psicológico</b>	0,69 ± 0,96 (0,23)	0,62 ± 0,91 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,457
<b>Incapacidade física</b>	0,29 ± 0,57 (0,00)	0,28 ± 0,60 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,811
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,43 ± 0,73 (0,00)	0,44 ± 0,78 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,852
<b>Incapacidade social</b>	0,26 ± 0,64 (0,00)	0,25 ± 0,58 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,812
<b>Desvantagem</b>	0,28 ± 0,64 (0,00)	0,26 ± 0,60 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,790
<b>OHIP-14 - total</b>	3,15 ± 3,68 (1,65)	3,12 ± 3,93 (1,85)	p <sup>(1)</sup> = 0,973

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Apresentamos na Tabela 9 diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) entre os solteiros e os casados nos domínios: “Incapacidade física”, “Incapacidade social” e “Desvantagem” e para os referidos domínios se destaca que as médias foram correspondentemente mais elevadas entre os solteiros do que entre os casados.

Tabela 9 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo o estado civil, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Estado civil		Valor de p
	Solteiro	Casado	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,37 ± 0,62 (0,00)	0,32 ± 0,53 (0,00)	$p^{(1)} = 0,521$
<b>Dor física</b>	0,95 ± 1,02 (0,66)	0,87 ± 0,91 (0,66)	$p^{(1)} = 0,660$
<b>Desconforto psicológico</b>	0,69 ± 0,96 (0,45)	0,62 ± 0,91 (0,00)	$p^{(1)} = 0,378$
<b>Incapacidade física</b>	0,39 ± 0,72 (0,00)	0,23 ± 0,45 (0,00)	$p^{(1)} = 0,044^*$
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,50 ± 0,81 (0,00)	0,41 ± 0,70 (0,00)	$p^{(1)} = 0,285$
<b>Incapacidade social</b>	0,38 ± 0,77 (0,00)	0,18 ± 0,45 (0,00)	$p^{(1)} = 0,021^*$
<b>Desvantagem</b>	0,41 ± 0,77 (0,00)	0,18 ± 0,45 (0,00)	$p^{(1)} = 0,002^*$
<b>OHIP-14 – total</b>	3,71 ± 4,51 (2,08)	2,81 ± 3,20 (1,58)	$p^{(1)} = 0,145$

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Nota 2 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Da Tabela 10 se verifica diferenças significativas entre as categorias do grau de instrução no escore do OHIP e nos domínios “Desconforto psicológico” e “Incapacidade social” e para as variáveis com diferenças significativas se destaca que: para os o desconforto psicológico e no OHIP 14 as médias foram menos elevadas entre os que tinham pós-graduação e foram mais elevadas entre os que tinham ensino médio, com diferenças significativas entre os que tinham ensino médio e as outras duas categorias no desconforto psicológico e entre os que tinham pós-graduação e ensino médio no OHIP-14. No domínio incapacidade social a média foi menos elevada entre os que tinham pós-graduação (0,15) e variou de 0,31 a 0,34 nas outras duas categorias, sendo comprovadas diferenças significativas dos que tinham pós-graduação com as outras duas categorias.

Tabela 10 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo o grau de instrução, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Grau de instrução			Valor de p
	Pós-Graduação	Superior	Médio	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,31 ± 0,52 (0,00)	0,35 ± 0,59 (0,00)	0,43 ± 0,60 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,486
<b>Dor física</b>	0,87 ± 0,91 (0,68)	0,91 ± 0,98 (0,66)	0,93 ± 1,02 (0,50)	p <sup>(1)</sup> = 0,958
<b>Desconforto psicológico</b>	0,53 ± 0,85 (0,00) (A)	0,68 ± 0,96 (0,00) (A)	1,02 ± 1,10 (0,90) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,005*
<b>Incapacidade física</b>	0,22 ± 0,52 (0,00)	0,35 ± 0,64 (0,00)	0,31 ± 0,60 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,109
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,39 ± 0,73 (0,00)	0,44 ± 0,75 (0,00)	0,63 ± 0,86 (0,20)	p <sup>(1)</sup> = 0,117
<b>Incapacidade social</b>	0,15 ± 0,45 (0,00) (A)	0,34 ± 0,71 (0,00) (B)	0,31 ± 0,60 (0,00) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,013*
<b>Desvantagem</b>	0,19 ± 0,45 (0,00)	0,34 ± 0,73 (0,00)	0,29 ± 0,58 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,316
<b>OHIP-14 - total</b>	2,66 ± 3,41 (1,49) (A)	3,41 ± 4,16 (1,89) (AB)	3,92 ± 3,87 (2,92) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,048*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Nota 2 - (1): Por meio do teste de Kruskal Wallis.

Nota 3 - Se todas as letras entre parêntesis são distintas comprova-se diferença significativa entre as categorias do grau de instrução correspondentes.

Na Tabela 11, mostram-se diferenças significativas entre as lotações registradas no OHIP-14 e nos domínios: “Limitação funcional”, “Desconforto psicológico”. “Incapacidade física” e “Incapacidade psicológica” e nas variáveis citadas se destaca que: no domínio limitação funcional a média foi menos elevada entre os lotados no “Apoio especializado” (0,05) e variou de 0,36 a 0,38 nas outras duas categorias e no OHIP-14 a média foi 1,79 entre os lotados no apoio especializado e variou de 2,95 a 3,58 nos outros dois domínios, sendo observadas diferenças entre os lotados no apoio especializado e as outras duas categorias nas duas variáveis citadas.

Nos outros três domínios citados, é possível observar que as médias foram correspondentemente mais elevadas entre os lotados na área administrativa e menos elevadas entre os do apoio especializado com diferenças significativas entre áreas administrativa e cada uma das outras áreas no desconforto psicológico, entre as três áreas nos domínios “Incapacidade física” e “Incapacidade psicológica”.



Tabela 11 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a lotação (área), PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Lotação (área)			Valor de p
	Administrativa	Judiciária	Apoio especializado	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,38 ± 0,50 (0,00) <sup>(A)</sup>	0,36 ± 0,62 (0,00) <sup>(A)</sup>	0,05 ± 0,15 (0,00) <sup>(B)</sup>	p <sup>(1)</sup> = 0,003*
<b>Dor física</b>	1,03 ± 1,04 (0,68)	0,79 ± 0,85 (0,66)	0,76 ± 0,81 (0,51)	p <sup>(1)</sup> = 0,162
<b>Desconforto psicológico</b>	0,81 ± 1,03 (0,45) <sup>(A)</sup>	0,50 ± 0,82 (0,00) <sup>(B)</sup>	0,49 ± 0,74 (0,00) <sup>(B)</sup>	p <sup>(1)</sup> = 0,017*
<b>Incapacidade física</b>	0,37 ± 0,62 (0,00) <sup>(A)</sup>	0,25 ± 0,53 (0,00) <sup>(B)</sup>	0,12 ± 0,28 (0,00) <sup>(C)</sup>	p <sup>(1)</sup> = 0,023*
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,57 ± 0,84 (0,00) <sup>(A)</sup>	0,39 ± 0,70 (0,00) <sup>(B)</sup>	0,18 ± 0,38 (0,00) <sup>(C)</sup>	p <sup>(1)</sup> = 0,019*
<b>Incapacidade social</b>	0,21 ± 0,50 (0,00)	0,32 ± 0,71 (0,00)	0,12 ± 0,39 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,180
<b>Desvantagem</b>	0,22 ± 0,48 (0,00)	0,34 ± 0,72 (0,00)	0,08 ± 0,26 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,170
<b>OHIP-14 total</b>	3,58 ± 3,81 (2,44) <sup>(A)</sup>	2,95 ± 3,81 (1,55) <sup>(A)</sup>	1,79 ± 2,00 (1,33) <sup>(B)</sup>	p <sup>(1)</sup> = 0,042*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Nota 2 - (1): Por meio do teste de Kruskal Wallis.

Nota 3 - Se todas as letras entre parêntesis são distintas comprova-se diferença significativa entre as áreas correspondentes.

Com exceção dos domínios: “Dor física”, “Incapacidade física” e “Incapacidade social” para as demais variáveis se comprovaram diferenças significativas entre os cargos conforme resultados contidos na Tabela 12.

Para os itens com diferenças significativas se destaca que: com exceção do domínio “Invalidez”, nos demais itens se verifica que as médias foram correspondentemente mais elevadas entre “Auxiliares judiciários” e menos elevadas entre os “Analistas judiciários”.

No domínio invalidez a média foi mais elevada entre os auxiliares judiciários (0,75) e variou de 0,25 (Técnicos judiciários) a 0,28 (Analistas judiciários) e em todas as questões com diferenças significativas se comprova diferença entre ao “Auxiliares judiciários” e os outros dois cargos.

Tabela 12 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo o cargo, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Cargo			Valor de p
	Analista judiciário	Técnico judiciário	Auxiliar judiciário	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,29 ± 0,50 (0,00) (A)	0,34 ± 0,57 (0,00) (A)	1,00 ± 0,85 (1,01) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,007*
<b>Dor física</b>	0,74 ± 0,87 (0,66)	0,98 ± 0,97 (0,68)	1,20 ± 1,21 (1,16)	p <sup>(1)</sup> = 0,050
<b>Desconforto psicológico</b>	0,52 ± 0,80 (0,00) (A)	0,67 ± 0,95 (0,00) (A)	1,75 ± 1,21 (1,28) (B)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade física</b>	0,23 ± 0,42 (0,00)	0,30 ± 0,63 (0,00)	0,75 ± 1,23 (0,26)	p <sup>(1)</sup> = 0,235
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,35 ± 0,61 (0,00) (A)	0,46 ± 0,78 (0,00) (A)	1,02 ± 1,25 (0,60) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,046*
<b>Incapacidade social</b>	0,29 ± 0,68 (0,00)	0,23 ± 0,56 (0,00)	0,62 ± 0,78 (0,31)	p <sup>(1)</sup> = 0,074
<b>Desvantagem</b>	0,28 ± 0,69 (0,00) (A)	0,25 ± 0,55 (0,00) (A)	0,75 ± 0,87 (0,50) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,015*
<b>OHIP-14 – total</b>	2,70 ± 3,35 (1,35) (A)	3,24 ± 3,86 (1,86) (A)	7,09 ± 6,28 (5,79) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,004*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Nota 2 - (1): Por meio do teste de Kruskal Wallis.

Nota 3 - Se todas as letras entre parêntesis são distintas comprova-se diferença significativa entre os cargos correspondentes.

Apresentam-se na Tabela 13 diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) entre as faixas de tempo na função nos domínios “Dor física” e “Incapacidade social”. No domínio dor física se verifica que a média foi mais elevada entre os que tinham até 5 anos na função (1,01) e menos elevada entre os que tinham mais de 10 anos (0,77), com diferença entre a primeira e a última categoria; no domínio incapacidade social a média foi mais elevada entre os que tinham mais de 10 anos na função (0,32) e variou de 0,18 a 0,20 nas outras duas categorias de tempo na função, sendo verificada diferença significativa os que tinham de 5 a 10 anos e os que tinham mais de 10 anos.

Tabela 13 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo o tempo de função, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Tempo de função (anos)			Valor de p
	Até 5	Mais de 5 a 10	Mais de 10	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,31 ± 0,54 (0,00)	0,44 ± 0,71 (0,00)	0,26 ± 0,45 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,329
<b>Dor física</b>	1,01 ± 0,94 (0,68) (A)	0,87 ± 0,92 (0,66) (AB)	0,77 ± 1,00 (0,34) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,022*
<b>Desconforto psicológico</b>	0,65 ± 0,91 (0,00)	0,72 ± 1,01 (0,00)	0,57 ± 0,94 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,601
<b>Incapacidade física</b>	0,24 ± 0,48 (0,00)	0,32 ± 0,66 (0,00)	0,33 ± 0,72 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,930
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,43 ± 0,68 (0,00)	0,56 ± 0,87 (0,00)	0,39 ± 0,84 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,168
<b>Incapacidade social</b>	0,20 ± 0,49 (0,00) (AB)	0,18 ± 0,57 (0,00) (B)	0,32 ± 0,64 (0,00) (A)	p <sup>(1)</sup> = 0,037*
<b>Desvantagem</b>	0,25 ± 0,55 (0,00)	0,27 ± 0,65 (0,00)	0,23 ± 0,50 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,940
<b>OHIP-14 – total</b>	3,08 ± 3,36 (1,89)	3,35 ± 4,42 (1,66)	2,87 ± 4,13 (1,41)	p <sup>(1)</sup> = 0,313

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Nota 2 - (1): Por meio do teste de Kruskal Wallis.

Nota 3 - Se todas as letras entre parêntesis são distintas comprova-se diferença significativa entre os cargos correspondentes.

Não foram registradas diferenças significativas entre as categorias do tempo de tribunal no escore do OHIP-14 e seus domínios, conforme resultados apresentados na Tabela 14.

Tabela 14 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo o tempo de tribunal, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Tempo de tribunal (anos)			Valor de p
	Até 10	Mais de 10 a 20	Mais de 20	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,25 ± 0,48 (0,00)	0,40 ± 0,63 (0,00)	0,33 ± 0,51 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,106
<b>Dor física</b>	0,82 ± 0,90 (0,66)	0,92 ± 0,97 (0,68)	0,93 ± 0,98 (0,67)	p <sup>(1)</sup> = 0,822
<b>Desconforto psicológico</b>	0,51 ± 0,85 (0,00)	0,73 ± 0,97 (0,45)	0,67 ± 0,97 (0,45)	p <sup>(1)</sup> = 0,117
<b>Incapacidade física</b>	0,18 ± 0,38 (0,00)	0,31 ± 0,62 (0,00)	0,37 ± 0,71 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,260
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,32 ± 0,59 (0,00)	0,49 ± 0,81 (0,00)	0,46 ± 0,80 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,254
<b>Incapacidade social</b>	0,21 ± 0,60 (0,00)	0,28 ± 0,62 (0,00)	0,27 ± 0,58 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,294
<b>Desvantagem</b>	0,26 ± 0,66 (0,00)	0,28 ± 0,62 (0,00)	0,27 ± 0,58 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,804
<b>OHIP-14 - total</b>	2,56 ± 3,22 (1,36)	3,42 ± 4,07 (1,94)	3,30 ± 4,04 (1,72)	p <sup>(1)</sup> = 0,255

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Kruskal Wallis.

Não foram registradas diferenças significativas entre os que tinham jornada de trabalho com 40 horas ou mais e os que tinham jornada de trabalho menos de 40 horas em relação ao escore do OHIP-14 e os domínios (Tabela 15).

Tabela 15 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a jornada de trabalho, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Jornada de trabalho		Valor de p
	≥ 40hs semanais	< 40hs semanais	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,34 ± 0,57 (0,00)	0,34 ± 0,55 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,946
<b>Dor física</b>	0,88 ± 0,95 (0,66)	0,93 ± 0,96 (0,66)	p <sup>(1)</sup> = 0,526
<b>Desconforto psicológico</b>	0,66 ± 0,96 (0,00)	0,64 ± 0,90 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,877
<b>Incapacidade física</b>	0,29 ± 0,58 (0,00)	0,30 ± 0,62 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,809
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,46 ± 0,77 (0,00)	0,40 ± 0,73 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,650
<b>Incapacidade social</b>	0,30 ± 0,67 (0,00)	0,17 ± 0,44 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,215
<b>Desvantagem</b>	0,29 ± 0,66 (0,00)	0,25 ± 0,52 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,741
<b>OHIP-14 - total</b>	3,22 ± 3,90 (1,85)	3,04 ± 3,79 (1,59)	p <sup>(1)</sup> = 0,755

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

A Tabela 16 mostra a existência de diferença significativa entre os que afirmaram ter ou não necessidade de tratamento para cárie no OHIP-14 e cada um dos domínios e desta tabela se destaca que: as médias foram correspondentemente mais elevadas entre os tinham do que entre os que não tinham necessidade de tratamento para cárie.

Tabela 16 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a necessidade de tratamento para cárie, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Necessidade de tratamento para cárie		Valor de p
	Sim	Não	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,53 ± 0,69 (0,00)	0,19 ± 0,37 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Dor física</b>	1,18 ± 1,04 (1,00)	0,67 ± 0,81 (0,34)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desconforto psicológico</b>	0,96 ± 1,10 (0,55)	0,41 ± 0,70 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade física</b>	0,41 ± 0,68 (0,00)	0,19 ± 0,49 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,66 ± 0,89 (0,40)	0,26 ± 0,57 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade social</b>	0,41 ± 0,74 (0,00)	0,14 ± 0,44 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desvantagem</b>	0,42 ± 0,75 (0,00)	0,15 ± 0,45 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>OHIP-14 – total</b>	4,56 ± 4,42 (3,21)	2,02 ± 2,86 (1,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Nota 2 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

A Tabela 17 mostra a existência de diferença significativa entre os que afirmaram ter ou não necessidade de restauração para cárie no OHIP-14 e cada um dos domínios e desta tabela se destaca que: as médias foram correspondentemente mais elevadas entre os tinham do que entre os que não tinham necessidade de restauração.

Tabela 17 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a necessidade de restauração, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Necessidade de restauração		Valor de p
	Sim	Não	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,52 ± 0,69 (0,00)	0,20 ± 0,38 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Dor física</b>	1,28 ± 1,05 (1,16)	0,60 ± 0,74 (0,34)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desconforto psicológico</b>	0,98 ± 1,12 (0,55)	0,40 ± 0,67 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade física</b>	0,43 ± 0,74 (0,00)	0,18 ± 0,41 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,65 ± 0,92 (0,00)	0,28 ± 0,55 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade social</b>	0,34 ± 0,64 (0,00)	0,20 ± 0,57 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,005*
<b>Desvantagem</b>	0,37 ± 0,67 (0,00)	0,20 ± 0,57 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,003*
<b>OHIP-14 – total</b>	4,56 ± 4,60 (3,09)	2,05 ± 2,67 (1,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Nota 2 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

A Tabela 18 mostra a existência de diferença significativa entre os que afirmaram ter ou não necessidade de coroa no OHIP-14 e cada um dos domínios e desta tabela se destaca que: as médias foram correspondentemente mais elevadas entre os tinham do que entre os que não tinham necessidade de coroa.

Tabela 18 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a necessidade de coroa, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Necessidade de coroa		Valor de p
	Sim	Não	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,61 ± 0,77 (0,49)	0,26 ± 0,45 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Dor física</b>	1,47 ± 1,07 (1,34)	0,72 ± 0,84 (0,34)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desconforto psicológico</b>	1,28 ± 1,13 (1,00)	0,46 ± 0,79 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade física</b>	0,49 ± 0,76 (0,00)	0,23 ± 0,52 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,76 ± 0,90 (0,40)	0,34 ± 0,68 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade social</b>	0,40 ± 0,65 (0,00)	0,21 ± 0,59 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desvantagem</b>	0,47 ± 0,75 (0,00)	0,21 ± 0,56 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>OHIP-14 – total</b>	5,49 ± 4,76 (4,27)	2,44 ± 3,22 (1,34)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Nota 2 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Com exceção da “Incapacidade física” e “Incapacidade social”, nos demais domínios e no escore do OHIP-14 se comprova diferença significativa entre os que avaliaram ter ou não necessidade de tratamento estética (Tabela 19) e para os itens com diferença significativa desta tabela se observa que: as médias foram correspondentemente mais elevadas entre os tinham do que entre os que não tinham necessidade de tratamento estética.

Tabela 19 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a necessidade de tratamento estético, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Necessidade de tratamento estético		Valor de p
	Sim	Não	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,44 ± 0,64 (0,00)	0,19 ± 0,37 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Dor física</b>	1,05 ± 1,02 (1,00)	0,66 ± 0,79 (0,34)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desconforto psicológico</b>	0,85 ± 1,06 (0,45)	0,36 ± 0,63 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade física</b>	0,34 ± 0,67 (0,00)	0,22 ± 0,44 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,113
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,56 ± 0,86 (0,00)	0,25 ± 0,52 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade social</b>	0,28 ± 0,57 (0,00)	0,23 ± 0,66 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,057
<b>Desvantagem</b>	0,32 ± 0,61 (0,00)	0,20 ± 0,63 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,003*
<b>OHIP-14 – total</b>	3,84 ± 4,30 (2,08)	2,11 ± 2,74 (1,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Nota 2 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

A Tabela 20 mostra a existência de diferença significativa entre os que afirmaram ter ou não necessidade de tratamento endodôntico no OHIP-14, onde é possível verificar cada um dos domínios e desta tabela se destaca que: as médias foram correspondentemente mais elevadas entre os tinham do que entre os que não tinham necessidade de tratamento endodôntico.

Tabela 20 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a necessidade de tratamento endodôntico, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Necessidade de tratamento de canal		Valor de p
	Sim Média ± DP (Mediana)	Não Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,75 ± 0,88 (0,51)	0,28 ± 0,47 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Dor física</b>	1,47 ± 1,11 (1,32)	0,81 ± 0,89 (0,66)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desconforto psicológico</b>	1,52 ± 1,26 (1,45)	0,52 ± 0,80 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade física</b>	0,66 ± 0,98 (0,48)	0,23 ± 0,48 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,93 ± 1,03 (0,60)	0,36 ± 0,68 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade social</b>	0,59 ± 0,87 (0,00)	0,21 ± 0,54 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desvantagem</b>	0,57 ± 0,85 (0,00)	0,23 ± 0,56 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,001*
<b>OHIP-14 - total</b>	6,49 ± 5,69 (4,42)	2,64 ± 3,19 (1,51)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Nota 2 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

A Tabela 21 mostra que com exceção dos domínios “Limitação funcional”, “incapacidade física”, “Incapacidade social” para os outros itens se comprova a existência de diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre os que avaliaram ter ou não necessidade de extração, sendo que em todas as variáveis as médias foram correspondentemente mais elevadas entre os que avaliaram ter do que não ter necessidade de extração.



Tabela 21 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a necessidade de extração, PE, 2013

OHIP-14 e domínios	Necessidade de extração		Valor de p
	Sim Média ± DP (Mediana)	Não Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,55 ± 0,89 (0,00)	0,32 ± 0,52 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,222
<b>Dor física</b>	1,34 ± 1,14 (1,32)	0,85 ± 0,92 (0,66)	p <sup>(1)</sup> = 0,009*
<b>Desconforto psicológico</b>	1,39 ± 1,17 (1,10)	0,58 ± 0,89 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade física</b>	0,43 ± 0,84 (0,00)	0,28 ± 0,56 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,444
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,82 ± 0,96 (0,60)	0,40 ± 0,72 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,001*
<b>Incapacidade social</b>	0,37 ± 0,70 (0,00)	0,25 ± 0,60 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,186
<b>Desvantagem</b>	0,47 ± 0,72 (0,00)	0,25 ± 0,60 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,014*
<b>OHIP-14 – total</b>	5,36 ± 5,22 (4,40)	2,94 ± 3,63 (1,64)	p <sup>(1)</sup> = 0,001*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Nota 2 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Com exceção do domínio “Incapacidade social”, nos demais domínios e no escore do OHIP-14 se comprova diferença significativa entre os que responderam ter ou não necessidade de prótese total (Tabela 22) e para todos as variáveis contidas na tabela se observa que: as médias foram correspondentemente mais elevadas entre os tinham do que entre os que não tinham necessidade de prótese total.

Tabela 22 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a necessidade de uso de prótese total, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Necessidade de uso de prótese total		Valor de p
	Sim	Não	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,93 ± 1,02 (1,00)	0,31 ± 0,51 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Dor física</b>	1,85 ± 1,30 (2,00)	0,84 ± 0,90 (0,66)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desconforto psicológico</b>	1,72 ± 1,50 (1,50)	0,59 ± 0,86 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade física</b>	0,97 ± 1,30 (0,26)	0,25 ± 0,50 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,005*
<b>Incapacidade psicológica</b>	1,19 ± 1,36 (0,70)	0,40 ± 0,68 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,003*
<b>Incapacidade social</b>	0,52 ± 0,85 (0,00)	0,24 ± 0,59 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,092
<b>Desvantagem</b>	0,64 ± 0,93 (0,00)	0,25 ± 0,59 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,023*
<b>OHIP-14 - total</b>	7,81 ± 7,02 (7,05)	2,89 ± 3,41 (1,66)	p <sup>(1)</sup> = 0,001*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Nota 2 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Com exceção do domínio “Incapacidade social”, nos demais domínios e no escore do OHIP-14 se comprova diferença significativa entre as três categorias da necessidade de prótese parcial e para os itens com diferença significativa se destaca que: as médias foram menos elevadas entre os que “Não necessitavam” de uso de prótese e mais elevadas entre os que necessitavam de dois mais elementos, sendo comprovadas diferenças entre os que necessitavam de dois elementos ou mais de prótese parcial e nos que não necessitavam de prótese na limitação funcional, incapacidade física, incapacidade psicológica e invalidez e entre os que não precisavam e as outras duas categorias nos domínios: dor física, desconforto psicológico e OHIP-14 (Tabela 23).

Tabela 23 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a necessidade de uso de prótese parcial, PE, 20013.

OHIP-14 e domínios	Necessidade de uso de prótese parcial			Valor de p
	Dois ou mais Média ± DP (Mediana)	Um elemento Média ± DP (Mediana)	Não precisa Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,59 ± 0,69 (0,49) (A)	0,49 ± 0,68 (0,00) (AB)	0,27 ± 0,50 (0,00) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,001*
<b>Dor física</b>	1,42 ± 1,14 (1,34) (A)	1,25 ± 0,98 (1,16) (A)	0,75 ± 0,86 (0,34) (B)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desconforto psicológico</b>	1,30 ± 1,26 (0,90) (A)	0,94 ± 0,92 (0,78) (A)	0,49 ± 0,80 (0,00) (B)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade física</b>	0,51 ± 0,74 (0,00) (A)	0,37 ± 0,60 (0,00) (AB)	0,24 ± 0,55 (0,00) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,023*
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,96 ± 1,02 (0,80) (A)	0,51 ± 0,65 (0,20) (AB)	0,33 ± 0,66 (0,00) (B)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade social</b>	0,28 ± 0,59 (0,00)	0,30 ± 0,51 (0,00)	0,25 ± 0,62 (0,00)	p <sup>(1)</sup> = 0,259
<b>Desvantagem</b>	0,47 ± 0,74 (0,00) (A)	0,34 ± 0,61 (0,00) (AB)	0,23 ± 0,58 (0,00) (B)	p <sup>(1)</sup> = 0,007*
<b>OHIP-14 – total</b>	5,54 ± 4,71 (4,81) (A)	4,21 ± 3,89 (2,70) (A)	2,55 ± 3,45 (1,36) (B)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Kruskal Wallis.

Nota 2 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Nota 3 - Se todas as letras entre parêntesis são distintas comprova-se diferença significativa entre as faixas etárias correspondentes.

A Tabela 24 mostra a existência de diferença significativa (p < 0,05) entre os que avaliaram ter ou não necessidade de tratamento nas gengivas, mau hálito ou mobilidade dentária no OHIP-14 e cada um dos domínios. Desta tabela se destaca que: as médias foram correspondentemente mais elevadas entre os que avaliaram ter do que não ter a referida necessidade.

Tabela 24 – Estatísticas dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a necessidade de tratamento nas gengivas, mau hálito ou mobilidade dentária, PE, 2013.

OHIP-14 e domínios	Necessidade de tratamento nas gengivas, mau hálito ou mobilidade dentária		Valor de p
	Sim Média ± DP (Mediana)	Não Média ± DP (Mediana)	
<b>Limitação funcional</b>	0,70 ± 0,77 (0,51)	0,23 ± 0,43 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Dor física</b>	1,42 ± 1,11 (1,34)	0,74 ± 0,84 (0,34)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desconforto psicológico</b>	1,23 ± 1,16 (1,00)	0,48 ± 0,79 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade física</b>	0,58 ± 0,85 (0,00)	0,20 ± 0,45 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade psicológica</b>	0,84 ± 0,98 (0,60)	0,32 ± 0,62 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Incapacidade social</b>	0,46 ± 0,70 (0,00)	0,20 ± 0,56 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>Desvantagem</b>	0,53 ± 0,79 (0,00)	0,19 ± 0,53 (0,00)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
<b>OHIP-14 - total</b>	5,76 ± 5,23 (4,58)	2,36 ± 2,89 (1,34)	p <sup>(1)</sup> < 0,001*

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota 1 - (1): Por meio do teste de Mann-Whitney.

Nota 2 - (\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

A partir dos resultados apresentados observou-se que o Oral Health Impact Profile (OHIP) com seus 14 itens mostrou-se efetivo para quantificar níveis de impacto sobre o bem-estar, revelando que a autopercepção dos pesquisados, no que se refere a sua saúde bucal, demonstra como ela interfere na qualidade de vida de seu cotidiano.

## 6 DISCUSSÃO

Diante de mim havia duas estradas. Escolhi a estrada menos percorrida. E isso fez toda a diferença.  
Robert Frost.

Esta pesquisa analisou o Impacto das Condições Bucais Autopercebidas na Qualidade de Vida dos Servidores da Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.

O uso de questionários em estudos transversais tem se tornado comum quando se quer mensurar autopercepção e qualidade de vida, e os resultados apresentados mostraram que o instrumento utilizado foi válido e apropriado para este estudo de prevalência e para indicação inicial de uma possível associação de causa-efeito.

No intuito de garantir a validade interna do estudo e minimizar erros sistemáticos, foi utilizado questionário já adaptado e validado na literatura para uso no Brasil (OHIP-14), realizando-se Teste Piloto e orientação aos participantes da pesquisa quanto ao adequado preenchimento dos questionários.

Nisso, Leão e Sheiham (1995) já concordavam, dizendo que normalmente as avaliações das necessidades populacionais ignoram os aspectos sócio-comportamentais e culturais, realizando o planejamento dos serviços de saúde bucal levando em consideração uma necessidade normativa, pois se enquadra dentro de um modelo biomédico, baseado na identificação de doenças sem levar em consideração a percepção subjetiva do paciente.

Na comparação entre as categorias das variáveis independentes em relação aos domínios e ao escore total do OHIP-14 foram utilizados os testes estatísticos de Mann-Whitney no caso de duas categorias e Kruskal-Wallis para a comparação de mais de duas categorias. No caso de diferença através do teste Kruskal-Wallis foram utilizados testes de comparações múltiplas pareadas. A falta de normalidade dos dados e a elevada variabilidade foi o que levou a escolha dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

A verificação da hipótese de normalidade foi realizada através do teste de Shapiro Wilk e a hipótese de igualdade de variâncias foi realizada através do teste F de Levene.

Em busca de um diagnóstico mais amplo e preciso, alguns pesquisadores começaram a trabalhar também com medidas subjetivas, visando inserir a

percepção do próprio paciente sobre a condição bucal como um fator relevante à atenção odontológica. Esses dados proporcionam ao profissional, subsídios complementares ao exame clínico, permitindo uma visão integral do paciente e ainda mais dos modernos conceitos de saúde (SILVA, 1999).

Tal como acontece com o resultado final do OHIP-14, os resultados na maioria das dimensões sugerem que, uma autopercepção da condição bucal negativa e a presença de problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária, são fatores importantes que intervêm na qualidade de vida das pessoas, causando dificuldade na fala e diminuição da sensibilidade do paladar, dores e complicações no ato de comer, preocupação e estresse, interferência na alimentação, dificuldade em relaxar e embaraço, além de causar transtornos no cotidiano dos servidores tanto em sua vida pessoal quanto na sua jornada de trabalho.

Corroborando o estudo de Souto (1998), quando relata que toda empresa evoluída, além de preocupada com a melhoria dos métodos produtivos, deseja sempre ter empregados sadios, o mínimo de funcionários doentes, acidentados, ausentes e faltosos, porque, desta forma, facilita-se o processo para o alcance das metas institucionais.

Os órgãos públicos, como centros de competência instituídos para o desempenho de funções estatais, têm seus cargos ocupados por pessoas físicas que atuam como seus agentes, com parcelas de seu poder, ou seja, a máquina estatal somente exteriorizará e concretizará sua vontade política através de seus servidores públicos, que ocuparão os cargos existentes e desempenharão, nos limites dos princípios que norteiam a Administração Pública, o serviço pretendido pelo governante, em benefício da sociedade.

No contexto global da Administração Pública a representação humana se faz através dos agentes públicos, conceituados pelo consagrado Meirelles (2005) "*como pessoas físicas incumbidas, definitiva ou transitoriamente, do exercício de alguma função estatal*".

Segundo Gaidzinski (1994), que desenvolveu um estudo para dimensionar o quadro de pessoal para os serviços, classificou as ausências em previstas e não previstas. Constituem a primeira classe aquelas permitidas e de direito ao servidor, podendo ser planejadas com antecedência como férias, folgas e feriados. As ausências não previstas são as que efetivamente caracterizam o absenteísmo, pelo

seu caráter imprevisível, como faltas abonadas e injustificadas, licenças médicas, acidente de trabalho, licenças maternidade e paternidade, período de nojo, de gala, de cursos de especialização e outras situações que impedirão o servidor ao trabalho. Em quaisquer, das hipóteses, este fenômeno ocasiona não só custos diretos, mas também indiretos representados pela diminuição da produtividade porque haverá menos servidores em ação, com redução da qualidade do serviço uma vez que outro funcionário em atividade executará também o serviço do ausente, ocasionando, certamente, a diminuição da eficiência e eficácia nos resultados esperados.

Enfim o absenteísmo, seja ele por motivo médico ou odontológico, a morbidade odontológica e restrição de atividades, não é um fator que possa ser desconsiderado pelas empresas públicas ou privadas que precisam de um trabalhador ativo e produtivo.

Ressalte-se que a visão da pesquisadora, enquanto especialista em Odontologia do Trabalho, lançou um olhar holístico sobre os pesquisados cruzando sua prática como dentista clínica (assistencial), com sua prática como dentista do trabalho (ocupacional) integrante da equipe de saúde multidisciplinar do TRT6, quebrando paradigmas até então vivenciados nesta instituição e no modelo tecnicista adotado pela odontologia.

Neste momento de significativas transformações, analisar o contexto em que se encontra a Odontologia requer uma visão clara e ampla do macrocenário em que ela está inserida; parecendo inicialmente uma tarefa simples identificar e debater estas transformações, suas conexões e desdobramentos, porque estamos analisando baseados em nossos paradigmas clínicos. Temos por hábito olharmos através de nossos próprios sistemas de valores, nossas expectativas, pressuposições implícitas sobre como o mundo é e como deveria ser.

Foi a partir da compreensão da prática do cientista que Thomas Kuhn desvelou os mecanismos internos das ciências. Para ele as ciências evoluem através de paradigmas. Paradigmas são modelos, representações e interpretações de mundo universalmente reconhecidas que fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade científica (KUHN, 1991).

Desta forma, quebrá-los ou mesmo mudá-los torna-se uma tarefa árdua, pois os paradigmas colocam filtros para a absorção de informações, definindo limitações, tornando inviável ver através de outros prismas.

Acredita-se que esta capacidade de análise sistêmica é realmente importante, num mundo permeado pela velocidade das transformações e pela quantidade de informações; tornando-se tema de domínio obrigatório aos profissionais preocupados com o processo saúde-doença.

A pesquisa sobre qualidade de vida do trabalhador pode ser considerada uma ramificação do estudo da qualidade de vida geral e vem recebendo atenção crescente de cientistas das áreas de saúde, ecologia, psicologia, economia, administração e engenharia (VASCONCELOS, 2001), bem como das empresas que têm proposto programas que buscam melhoria nas condições de trabalho e de vida dos trabalhadores.

São considerados trabalhadores no Brasil todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo 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). São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2001).

A qualidade de vida no trabalho, normalmente é analisada a partir da relação da qualidade de vida do trabalhador com sua produtividade, mas, cada vez mais, os estudos e intervenções estão focalizados também em aspectos da vida do trabalhador não diretamente ligados ao seu trabalho para a análise da qualidade de vida (OLIVEIRA, 1997; LACAZ, 2000; VASCONCELOS, 2001).

Apesar disso, algumas discussões mais recentes trazem a terminologia “qualidade de vida do trabalhador” deixando mais claro que a qualidade de vida não se restringe somente ao local e ao momento do trabalho, mas sim, possui relação



com todos os outros aspectos que formam a vida das pessoas (trabalhador e sua família) como a satisfação pessoal, relacionamento familiar, oportunidades de lazer, dentre outros (NAHAS, 2003).

Mesmo que o tema venha sendo discutido há várias décadas, ainda existem imprecisões conceituais e controvérsias e às vezes o assunto não é discutido com a abrangência necessária que o tema exige, limitando-se a análises das condições de vida, prevalências de doenças e comportamentos de riscos nos trabalhadores.

Nesta discussão vale salientar que a Odontologia juntamente com outras profissões da área saúde, pode assumir e contribuir com a qualidade da saúde dos trabalhadores, bem como pra o aumento da estabilidade do setor empresarial e de serviços, da produtividade e da segurança (SALES PERES et al., 2006).

É fato que o conhecimento sobre riscos ocupacionais para a saúde bucal do trabalhador é ainda pouco conhecido e disseminado, o que explica a falta de integração entre a Odontologia, a Saúde Pública e as práticas de saúde bucal no campo da Saúde do Trabalhador, em que não se pode pensar saúde como algo fragmentado, mas sim com ações de integralidade, em que a pessoa atua como um sujeito/ator interveniente neste processo.

A Odontologia do Trabalho tem por elemento o estudo dos riscos à saúde do complexo buco-maxilo-facial, decorrentes da prática do trabalho, bem como as implicações das doenças e condições odontológicas nas questões laborais; não sendo este universo de domínio da Medicina do Trabalho, pois requer formação em Odontologia (MAZZILLI, 2003).

Exemplificando um dos paradigmas da Odontologia podemos citar a tecnificação, ou seja, a formação de um perfil de profissional que tem direcionado sua carreira, exclusivamente, no sentido dos procedimentos técnicos do trabalho odontológico, em detrimento das questões multifatoriais, o que gera desdobramentos que afetam os profissionais em suas interações, trazendo consigo uma alienação inconsciente a fatores que direta ou indiretamente vão incidir sobre nossa prática profissional.

Na ânsia do aperfeiçoamento técnico e absorção de elementos digitais, estamos deixando de dar a devida atenção a outros segmentos, dentre eles os determinantes sociais. É a reprodução do modelo biomédico, baseado na identificação de doenças sem levar em consideração a percepção subjetiva do

paciente. O contexto exige um novo profissional em odontologia, munido de um perfil diferenciado, que além da formação técnica, possua um embasamento holístico e uma qualificação integrada de conhecimentos.

A crescente participação do especialista em Odontologia do Trabalho nos programas públicos nos coloca frente ao desafio de ampliar os horizontes da sua formação, criando condições para a aquisição das habilidades e competências que possam capacitá-lo a atuar nos cenários e oportunidades que se apresentam, a partir dos novos modelos de organização do trabalho em saúde.

Paradigmas como o do profissional liberal, da profissão de elite e principalmente do individualismo profissional devem ser urgentemente revistos; se as nossas preocupações não forem transformadas em ações, não modificarão nada. Ficarmos discutindo o que foi ou o que poderia ter sido, não traz resultados, devemos sim, partir para as realizações.

As transformações sempre geram conflitos, trazendo a necessidade do gerenciamento das mudanças por meio de ações imediatas. E isto faz parte do cotidiano do dentista do trabalho, onde o ouvir o trabalhador e entender a autopercepção que ele possui de sua saúde bucal são pré-requisito para trabalhar nossos paradigmas e nossas limitações enquanto clínicos, tornando perceptível à visão, do que se julga impossível hoje, ser o padrão, amanhã.

Necessário "aprender a aprender" que as incertezas fazem parte da vida, e que o estar mais próximo dos nossos pacientes, o trabalho em equipe multiprofissional, a valorização da percepção, a integração dos cuidados de saúde bucal e a troca de conhecimentos e vivências, visa potencializar o enfrentamento das necessidades de saúde.

O estudo revelou que dos 360 servidores pesquisados que informaram a idade, predominou a faixa etária de 40 a 49 anos (43,1%), média de 44 anos, com idade mínima de 23 e máxima de 68 anos, o que poderia ter como justificativa a estabilidade proporcionada pelo funcionalismo público, onde a idade para ingresso é de 18 anos, sendo os 70 anos critério para aposentadoria compulsória.

Do grupo pesquisado, 355 informaram o sexo, sendo 58,3% pertencente ao sexo feminino; o que por si só está de acordo com a inserção cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho.

Santana (2012) relata que pesquisa divulgada pelo IBGE (2012) revela que das mulheres brasileiras ocupadas no mercado de trabalho em 2011, 22,6% estavam no setor público, enquanto entre os homens, esse percentual era de 10,5%. Analisando a distribuição da população ocupada, exclusivamente no setor público, ele era composto por 55,3% de mulheres e 44,7% de homens.

Na questão da escolaridade o nível médio foi minoria (11,1%), restando inegável que o nível de escolaridade no Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco é alto; em que 48,6% possuem curso de pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado), corroborando a existência do plano de cargos e carreiras da instituição, podendo o servidor ter uma escolaridade maior do que a exigida pela função.

Oportuno ressaltar que este plano de cargos e carreiras eleva o nível salarial dos servidores por meio do recebimento de adicional de qualificação e da função comissionada, o que gera incentivo a busca de aperfeiçoamento e qualificação profissional.

Neste resultado é pertinente citar os dados do IPEA (2012), os quais revelam que 60,1% dos trabalhadores da População Economicamente Ativa (PEA) da região metropolitana tem ensino médio completo, e 85,2% dos servidores tem nível universitário. Sendo o PEA o público alvo da Odontologia do Trabalho, importante ressaltar este viés da escolaridade pelo grau de alcance na realização das boas práticas da Promoção de Saúde Bucal em ambiente laboral.

As novas exigências do mercado de trabalho e o novo cenário do mundo do trabalho demandam um profissional que invista nele mesmo, pois o mundo globalizado espera que o trabalhador seja cada vez mais polivalente, multifuncional, criativo, flexível, comprometido e pronto para atender às necessidades do mercado (SILVA, 2009).

A análise por lotação demonstrou que os dois maiores percentuais dos servidores estão na área judiciária (43,9%) e área administrativa (36,7%), sendo a área de apoio especializado minoria (8,3%), o que já era esperado visto ser o Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco um órgão do Poder Judiciário, tendo como área-fim a prestação jurisdicional à sociedade.

Verificamos que em relação ao cargo há uma predominância de 62,8% de Técnicos Judiciários, o que vai de encontro ao nível de escolaridade alto já

mencionado anteriormente, visto este cargo exigir apenas curso de nível médio ou técnico.

Pesquisa realizada em uma instituição pública federal, localizada na região metropolitana de Porto Alegre, detectou elevada escolaridade, compreendendo aqueles que possuem desde formação superior incompleta até doutorado, o que corrobora com os dados levantados nesta pesquisa (AMAZARRAY, 2003).

Já Campos (2006) e Hermann (2005), pesquisando servidores públicos estaduais relataram alto índice de escolaridade em cursos de nível superior, e concluíram que os servidores têm buscado de maneira geral a formação continuada.

Cabe oportuna reflexão que o plano de cargos e carreira instituído pelo TRT6, levou muitos servidores a buscarem qualificação superior, no anseio de melhores oportunidades salariais por meio das funções comissionadas existentes no órgão, que prescindem de maior qualificação e conhecimento.

O tempo de função comissionada predominante foi o de até cinco anos (43,3%) em que os servidores levam em consideração quando da pesquisa, a função que estão exercendo atualmente; muito embora já possam ter tido/exercido outras funções durante todo o período laboral.

Observa-se que 48,6% dos servidores tinham mais de 10 a 20 anos de tempo de Tribunal, achado este que pode ser entendido pela estabilidade e garantia salarial proporcionada àqueles que adentram por concurso público; estímulo a manutenção do vínculo empregatício por tantos anos, muito embora a maioria tenham uma jornada de trabalho maior ou igual há 40 horas semanais (67,2%).

Interessante ressaltar os resultados do estudo de Campos (2011), que demonstraram que os servidores com mais de 10 anos na instituição TRT de Goiânia-GO, apresentaram maior prevalência de desconfortos musculoesqueléticos em todas as regiões corporais, advindos do acúmulo de exposição do corpo aos riscos de desenvolverem doenças. Tratou-se de um estudo transversal, com amostra de 155 servidores dos setores administrativos, onde as características ergonômicas do trabalho, hábitos de vida e ocupacionais, além das diferenças de idade interferiram na capacidade para o trabalho.

Neste aspecto deve se considerar a natureza fisiológica, psicológica e anatômica da capacidade e limitação do homem no exercício de qualquer tarefa, tendo como principais agentes ergonômicos as posturas forçadas e viciosas (braços

suspensos, posição em pé ou sentada), postos de trabalho inadequados, controle rígido de produtividade, monotonia e repetitividade das tarefas além das jornadas de trabalho prolongadas.

Tudo isto podendo levar as Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT; ou seja, lesões dos tecidos moles causadas por movimentos e esforços repetidos do corpo ou por sobrecarga estática dos seus segmentos, sendo estas lesões para o dentista do trabalho da maior relevância, visto que acometem os músculos dos membros superiores, região cervical, face e distúrbios da articulação tempomandibular (DTM), corroborando com um estudo de absenteísmo por causas odontológicas realizada por Mazzilli (2005), em que é relatado um percentual de 7,68% de transtornos das articulações temporomandibulares.

Nos resultados relativos à necessidade de tratamento para cárie, um pouco mais da metade dos servidores (55%) avalia a não necessidade de tratamento, entretanto a maioria (60,8%) relata precisar de tratamento estético em algum dente. Podemos inferir a partir destes resultados duas situações: uma que o servidor acredita não ter cárie por não sentir dor, ou por atendimento odontológico recente estando com sua saúde bucal em dia; e outra encontrar-se de alguma maneira insatisfeito com a estética de seu sorriso, por tratamento inadequado ou por incompatibilidade com a função que exerce.

A dor é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometimento da qualidade de vida e imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas, o que a torna um problema de saúde pública.

Ante o exposto, o relato de dor de dente do ponto de vista populacional, tomado como componente não clínico da necessidade percebida, pode ser um dado a mais para uma análise de efetividade e eficiência dos cuidados de saúde, podendo oferecer uma ampliação na avaliação das necessidades de saúde bucal (SILVA; FREITAS e MENDES, 2000).

Do ponto de vista do dentista do trabalho, insatisfação estética pode ser analisada através do Perfil Profissiográfico Admissional (PPA), onde se verificam as exigências funcionais inerentes ao cargo pretendido. Compete a cada serviço de saúde do trabalhador definir seu modelo de PPA, com os itens mais importantes dentre as diversas funções desempenhadas pelos trabalhadores.

Exemplificando, quando dos exames admissionais para o cargo de recepcionista, a avaliação estética bucodental será mais rigorosa do que as dos funcionários que não tenham contato direto com o público. Dessa forma, o perfil profissiográfico admissional em saúde bucal leva em consideração as exigências funcionais para o exercício do cargo.

De modo que nos resultados que demonstraram que o servidor (60,8%) avaliam necessitar de algum tratamento estético em algum dente, nos faz refletir a importância que é dada ao sorriso e sua dimensão social.

Neste estudo não se observou resultado significativo para a necessidade de uso de prótese; a necessidade de tratamento nas gengivas para mau hálito ou mobilidade dentária, foi relacionada por 23,6%, achando os servidores em sua maioria (63,5%) que seria um tratamento simples, caso necessitassem.

A experiência da pesquisadora como dentista do trabalho, demonstra o caráter excludente da presença do mau hálito no ambiente laboral, levando a interferências nas relações interpessoais durante a jornada de trabalho, sendo fundamental tratá-lo pelas alterações comportamentais que trazem ao trabalhador: insegurança, baixa autoestima e isolamento social.

Analisaremos agora os resultados do OHIP-14 que foram apresentados através das medidas: média, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo, onde as médias mais elevadas correspondem aos domínios “Dor física” (0,90) e “Desconforto psicológico” (0,66) que relatam a sensação de dor experienciada, incômodo no ato de comer, preocupação e stress que a condição oral pode provocar.

Quandt *et al* (2007) reportaram que a saúde bucal deficiente pode ter efeito na saúde geral dos trabalhadores e em sua capacidade para atividades normais. Nesse estudo os autores descrevem as experiências com problemas bucais e o tratamento recebido por trabalhadores latinos (mexicanos) nas fazendas dos EUA, e explora a relação entre saúde bucal e qualidade de vida. A amostra foi composta de entrevistas face a face com 151 trabalhadores latinos. A amostra incluiu os questionários OHIP14 (*Oral Health Impact Profile*) e SF12 (*Short-Form Health Survey*) e os problemas dentais relacionados a desconforto psicológico e dor física. Os achados indicaram que quanto maiores os problemas dentais pior a qualidade de vida dos trabalhadores.

Segundo Locker (1988), a perda de um dente é um dano que pode levar à limitação funcional, descrita como a perda de função de sistemas ou partes do corpo, por exemplo, a dificuldade de emitir determinados tipos de sons. Outra consequência do dano poderia ser a dor física ou o desconforto psicológico, podendo trazer limitação ou perda de habilidade para desempenho das atividades diárias.

Verifica-se que para a margem de erro fixada (5,0%) o domínio “Desconforto psicológico” foi a única variável com diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre as faixas etárias, tendo o referido domínio aumentado as médias entre as faixas etárias correspondentes.

No escore total do OHIP-14 não foram verificadas diferenças significativas entre os sexos, porém entre os solteiros e casados os domínios “Incapacidade física”, “Incapacidade social” e “Desvantagem” apresentaram média mais elevada entre os solteiros.

Entre as categorias do grau de instrução e nos domínios “Desconforto psicológico” e “Incapacidade social” verificam-se diferenças significativas, cujas médias foram menos elevadas entre os que tinham pós-graduação e mais elevadas entre os que tinham ensino médio. Ressalte-se que a dimensão Incapacidade social nos demonstra impacto da condição oral nas relações com os outros e na dificuldade em realizar atividades diárias.

No domínio relativo às lotações observa-se que a média foi menos elevada entre os lotados no “Apoio especializado” (0,05) com variação de 0,36 a 0,38 nas duas outras categorias, quais sejam, Áreas Administrativa e Judiciária.

Com exceção dos domínios “Dor física”, “Incapacidade física” e “Incapacidade social”, para as demais variáveis se comprovam diferenças significativas entre os cargos Analista Judiciário, Técnico Judiciário e Auxiliar Judiciário conforme resultados contidos no estudo. O domínio “Desvantagem” apresentou média mais elevada (0,75) entre os auxiliares judiciários, destacando que esta dimensão explora a percepção que o servidor tem quanto ao impacto da condição oral na sua vida e na incapacidade em desenvolver suas atividades.

Não foram registradas diferenças significativas entre as categorias do tempo de tribunal no escore do OHIP-14 e nem nos domínios, conforme resultados apresentados neste estudo. Contudo entre as faixas de Tempo na função, no

domínio “Dor física” se verifica que a média foi mais elevada entre os que tinham até 5 anos na função (1,01) e menos elevada entre os que tinham mais de 10 anos (0,77), com diferença entre a primeira e a última categoria. O predomínio da dor física compreende “sentir-se incomodado ao comer algum alimento” ou “sentir fortes dores na boca”.

Entre os pesquisados que tinham jornada de trabalho com 40 horas ou mais e os que tinham jornada de trabalho com menos de 40 horas, não foi demonstrada nada de significativo em relação ao escore do OHIP-14 e os domínios.

A necessidade de tratamento para cárie, restauração e coroa no OHIP-14 e cada um dos seus domínios trouxe resultados com médias mais elevadas para os servidores que tinham necessidade de tratamento do que os que não tinham.

Com exceção da “Incapacidade física” e “Incapacidade social”, nos demais domínios e no escore do OHIP-14 se comprova diferença significativa entre os que avaliaram ter ou não necessidade de tratamento estético e endodôntico.

A estatística dos domínios do OHIP-14 e domínios segundo a necessidade de extração demonstram exceções dos domínios “Limitação funcional”, “incapacidade física”, e “Incapacidade social”, enquanto para os outros itens se comprova a existência de diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre os servidores que avaliaram ter ou não necessidade de extração.

Com exceção do domínio “Incapacidade social”, nos demais domínios e no escore do OHIP-14 se comprova diferença significativa entre os que responderam ter ou não necessidade de uso de prótese total e parcial, com médias mais elevadas entre os servidores que tinham do que entre os que não tinham necessidade de uso das referidas próteses.

O estudo mostrou a existência de diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre os servidores que avaliaram ter ou não necessidade de tratamento nas gengivas, mau hálito ou mobilidade dentária no OHIP-14 e cada um dos domínios.

O índice OHIP-14 apresentou-se consistente para este estudo, bem como mostrou ser baixo o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pesquisados, sendo um fato interessante a não ocorrência de casos significativos na situação do item 14 do instrumento OHIP-14, segundo o qual a rotina não foi afetada pela influência da saúde bucal na qualidade de vida.



Outra questão a ser considerada é a possível influência do perfil de personalidade dos pesquisados na percepção dos problemas bucais, que pode afetar os achados de estudos dessa natureza. Algumas explicações sobre a incoerência entre a prevalência de problemas bucais e o baixo impacto sobre a qualidade de vida dos indivíduos podem ser aventadas, como a disponibilidade e acesso dos servidores ao Núcleo de Saúde do TRT6, buscando além da assistência odontológica, assistência médica, fisioterápica e psicológica quando da manifestação de algum sintoma, bem como a participação no Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional (PCMSO) existente na instituição, que conta com equipe multidisciplinar (médico e dentista do trabalho, fisioterapeuta e enfermeira).

Importante salientar que este programa desenvolvido na instituição leva aos servidores, em seu ambiente laboral, a Prevenção de Doenças e a Promoção de Saúde com ações realmente focadas na integralidade em saúde, ficando demonstrado pelos resultados encontrados.

Mesmo não sendo objeto do estudo, outra hipótese relevante é a boa remuneração dos servidores o que facilitaria o acesso ao plano de saúde institucional e conseqüente tratamento dos agravos.

É válido salientar que todo profissional de saúde deve, frequentemente atualizar seus conhecimentos pela educação permanente em saúde, como uma estratégia para responder as diferentes e diversas demandas que surgem. Assim, mais ampla e cientificamente consegue-se abordar os sintomas, o que auxilia, efetivamente, na terapêutica.

Desta maneira os fatores sistêmicos como hipertensão arterial, obesidade, gastrite, depressão e estresse ocupacional que fazem parte do perfil epidemiológico dos servidores do TRT6, devem ser considerados no bruxismo e ranger de dentes relatados pelos servidores; informações estas advindas do trabalho da equipe multiprofissional de saúde da instituição, onde se observa o impacto nas condições bucais e possíveis conseqüências.

Melhorias na qualidade da avaliação da dor exigem melhorias de comunicação, em especial do uso de tecnologias de informação, de educação, de discussões e mudanças organizacionais e multidisciplinares, pois é comprovado que independente do tipo de dor, este leva ao absenteísmo, o que no caso da dor de

dente configura-se em um fator altamente desconcentrante levando a baixa produtividade, e em alguns casos e ocupações ao acidente de trabalho.

Neste estudo observou-se que a avaliação da percepção da dor possibilitou reflexões acerca de um melhor planejamento da assistência odontológica, de modo a oferecer cuidado integral e individualizado para os servidores com dor, possibilitando a implementação na instituição de intervenções que minimizem o sofrimento, tornando o atendimento mais humanizado e atento às necessidades.

Sabe-se que a política da humanização no atendimento prevê mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos usuários e a produção de saúde, bem como a identificação das necessidades, desejos e interesses dos mesmos. Considerar a pessoa não meramente um corpo biológico, numa visão reducionista, pura e simplesmente, é um desafio.

Sentir-se saudável ou doente é uma questão de natureza subjetiva, mediada por fatores de natureza psicológica, social e cultural, sem necessária relação com a situação clínica do indivíduo.

Urge que a equipe de saúde do TRT6 tenha cada vez mais, uma visão holística, multi, inter e transdisciplinar dos servidores como um todo uno, pois ser gente é possuir corpo físico, mental e espiritual. “Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano do outro torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria” (BRASIL, 1996; PESSINI, 2002).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mediante observação objetiva da pesquisadora ofereceu elementos para que se refletisse sobre a importância das ações que visam à saúde dos sujeitos da pesquisa, estimulada pela concepção de que a saúde daqueles que trabalham é um elemento indispensável ao desenvolvimento social e econômico e um fator de valorização do homem, engrenagem fundamental do processo produtivo, sem que o labor traga transtornos à qualidade de vida, numa lógica que alia organização do tempo, autocuidado e satisfação de necessidades.

Os sujeitos do estudo, os servidores da Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco, apresentam perfil sócio demográfico com predominância do sexo feminino, casados, com média de idade de 44 anos e com escolaridade alta de nível superior a cursos de pós-graduação.

O perfil funcional demonstra semelhança de distribuição dos servidores nas áreas Judiciária e Administrativa, com grande predominância de Técnicos Judiciários, tempo de Tribunal por mais de 10 anos e jornada de trabalho em sua maioria maior ou igual a 40 horas semanais.

As necessidades auto-referidas de tratamento odontológico para cárie, uso de prótese dentária e doença periodontal, demonstraram percentual de mais da metade dos servidores não precisarem de referidos tratamentos, havendo um resultado significativo na avaliação de necessidade de algum tratamento estético.

Quanto à autopercepção do impacto das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida utilizando o OHIP-14, conclui-se ser este indicador subjetivo mais um instrumento de avaliação das condições de saúde bucal, complementar aos indicadores clínicos, uma vez que ele conseguiu captar as necessidades relatadas pelos servidores em todas as suas dimensões, independentes dos percentuais apresentados.

Conclui-se que a hipótese do presente estudo é confirmada, uma vez que as associações demonstraram que a condição de saúde bucal interfere no cotidiano dos servidores com reflexos sobre sua qualidade de vida, sendo influenciada pelos hábitos e cuidados, pela percepção da condição de saúde e pelas características sócio-demográficas dos servidores pesquisados.

Apesar das limitações deste estudo, é mister destacar as contribuições desta pesquisa apontando no campo da Saúde do Trabalhador a especialidade Odontologia do Trabalho, que chega para suprir uma lacuna na saúde bucal do trabalhador; pois histórica e culturalmente, a odontologia é uma profissão tida como elitista, tecnicista, de alto custo e focada apenas no dente; mas, nos últimos anos, percebemos mudanças que levam a profissão a se voltar mais para o social e o coletivo, investindo na promoção integral da saúde.

A boca é o órgão mais central na vida do ser humano, pois é através dela que se dá a subsistência, o prazer, a comunicação e expressão das emoções e das tensões do cotidiano do indivíduo.

A Odontologia do Trabalho tem seu alicerce na prevenção, reabilitação e preservação da saúde bucal dos trabalhadores. Ao seguir esta linha, atinge o escopo pela análise, organização, planejamento, execução, avaliação dos serviços, programas e projetos para a saúde bucal, além da avaliação técnica e auditoria.

A obrigatoriedade da realização do PCMSO em empresas públicas a partir de Fevereiro de 2009, e tendo o Conselho Nacional de Justiça estabelecido metas a serem cumpridas pelos vários órgãos que compõem o Poder Judiciário, onde a saúde dos magistrados e servidores é contemplada no planejamento estratégico de cada instituição; demonstra ser o instrumento utilizado neste estudo de grande valia para levantamento epidemiológico das condições bucais daqueles que integram os demais Tribunais do estado (Tribunal Regional Eleitoral, Tribunal Regional Federal, e Tribunal de Justiça) deixando sua contribuição para a saúde pública de Pernambuco e pesquisas futuras.

Deste modo pode-se inferir que ao se atuar na promoção de saúde em todos os seus aspectos e na prevenção de potenciais riscos ao organismo do trabalhador, efetivamente proporciona-se à sociedade saúde de forma integral e aumento em sua qualidade de vida.

## 8 RECOMENDAÇÕES

Este estudo quantitativo, observacional e de corte transversal que buscou ouvir os servidores em como eles percebem sua saúde bucal, embora pioneiro na história das práticas odontológicas realizadas por este Egrégio Tribunal até aqui, não contempla, por si só, todos os aspectos que intervêm na vida pessoal e laboral dos referidos servidores.

Os fatores internos que mais influenciam a atenção em saúde bucal são a motivação, pois prestamos muito mais atenção a tudo que nos motiva e nos dá prazer do que às coisas que não nos interessam; e as nossas experiências anteriores, ou por outras palavras, a força do hábito que faz com que prestemos mais atenção ao que já conhecemos e entendemos.

O desenvolvimento de habilidades pessoais para lidar com a saúde envolve o fortalecimento da autoconfiança e da autoestima. Para tal, é necessário auxiliar os servidores a identificar e analisar seus problemas, possibilitando um maior controle sobre informações e recomendações que lhes são apresentadas e, conseqüentemente a melhora de sua saúde bucal.

Serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal.

Deste modo, sugere-se que o dentista do trabalho realize seu trabalho equilibrando prevenção e cura, adotando procedimentos cuja eficácia tenha sustentação científica e assegurando que esses sejam implantados com o mais alto padrão possível. Além de atuar em equipes multidisciplinares e intersetoriais, com a participação da Administração neste processo de vigilância em saúde bucal.

Assim, recomenda-se que a tomada de decisões, reestruturação, implantação de políticas, projetos e novas práticas no serviço de saúde/núcleo de odontologia do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco, devam envolver além dos fenômenos individuais e sociais, a inclusão da avaliação dos recursos disponíveis, dos conhecimentos que a equipe de saúde ocupacional possui, em conexão com as percepções e desejos dos servidores da instituição, a fim de que ele se torne um

.....MELO, A. C. S.

sujeito ativo, neste processo transformador na integralidade em ações de saúde, obtendo assim maior qualidade de vida no trabalho.

É imprescindível a estruturação de um projeto de atuação cuja metodologia inclua a educação em saúde como ferramenta na mudança de comportamentos, melhorando a informação e motivando a compreensão da necessidade de um novo comportamento perante velhos hábitos.

## REFERÊNCIAS

- ALEVATO, H.; COSTA, M. T. Relevância da odontologia do trabalho no contexto do estresse laboral. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, V., 2009. Niterói. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPRO, 2009. p. 1-23
- ALLEN, P.F. Assessment of oral health related quality of life. **Health and Quality Life Outcomes**, London, v. 1, n. 40, p. 40-51, 2003.
- ALMEIDA, N. S.; ARAÚJO, M. V. A.; ARAÚJO, I. C. Atendimento odontológico no SUS: manual para o cirurgião - dentista. **Medcenter.com Odontologia**, out. 2006. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=658>. Acesso em: 15 mai. 2012.
- AMAZARRAY, M. R., **Trabalho e adoecimento no serviço público: LER/DORT e articulações com o modo de gestão tecnoburocrático**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- ANGELIM-DIAS, A. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, 2006. 365p.
- ANSUJ, A. P.; ZENCKNER, C. L.; GODOY, L. P. Percepção da qualidade dos serviços de odontologia. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 25., 2005, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ABEPRO, 2005.
- ARAÚJO, M. E. ; GONINI JÚNIOR, A. Saúde bucal do trabalhador: os exames admissional e periódico como um sistema de informação em saúde. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 1/2, p. 15-18, 1999.
- ARAÚJO, M.E. **Estudo da prevalência das manifestações bucais decorrentes de agentes químicos no processo de galvanoplastia: sua importância para a área de saúde bucal do trabalhador**. 1998. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- ASSIS, V. Odontologia do Trabalho. **Jornal do Conselho Federal de Odontologia**, Brasília, ano 12, n. 61, p. 20, jul./out. 2004. Disponível em: <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/n.-61-e-62-\\_jul-a-out04.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/n.-61-e-62-_jul-a-out04.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2012.
- ATCHISON, K.A; DOLAN, T.A. Development of the geriatric oral health assessment index. **Journal of dental education**, Washington , v.54, p.680-687, 1990.
- AUGUSTO, L. G. S. A situação do profissional de saúde ocupacional. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO 5., 1987. Florianópolis. **Anais....**Florianópolis: ANAMT, 1987.

AYER, W.A.; SEFFRIN, S.; WIRTHMAN, G. Dental health promotion in the workplace. In: CATALDO, M. F.; COATES, T. J. (Ed.) **Health and industry. A behavior medicine perspective**. New York: John Wiley and Sons, 1987. p. 255-269.

AZAMBUJA, E. P. *et al.* É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto & contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n. 4, p. 658-666, out./dez. 2010.

BAKER, S. R. Testing a Conceptual Model of Oral Health: a Structural Equation Modeling Approach. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 86, n. 8, p. 708-712, 2007.

BOOTH, P. Employee absenteeism: strategies for promoting an attendance-oriented culture. In: **Conference Board of Canada**, Ottawa: Canada, 1993.

BRASIL. **Decreto n. 22.132, de 25 de Novembro de 1932**. Institui as Juntas de Conciliação e Julgamento e regulamenta as suas funções. Rio de Janeiro, 1932. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22132-25-novembro-1932-526777-retificacao-82733-pe.html>>. Acesso em: 13 out. 2012.

BRASIL. **Decreto n. 24.472, de 27 de Junho de 1934**. Dá nova redação ao art. 180 do regulamento que baixou com o decreto n. 17.770, de 13 de abril de 1927. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24472-27-junho-1934-515188-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 13 out. 2012.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 9.797, de 09 de setembro de 1946**. Altera disposições da Consolidação das Leis do Trabalho referentes à Justiça do Trabalho, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1946. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1946/9797.htm>>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. **Lei n. 409, de 25 de setembro de 1948**. Cria os quadros do pessoal da Justiça do Trabalho e dá outras providências. Rio de Janeiro, 1946. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103678/lei-409-48>>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. **Lei n. 605, de 14 de janeiro de 1949**. Dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salários nos dias feriados civis e religiosos. Rio de Janeiro, 1949. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1949/605.htm>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. **Lei n. 5.650, de 11 de dezembro de 1970**. Cria na Justiça do Trabalho das 6ª e 7ª Regiões 20 Juntas de Conciliação e Julgamento e dá outras providências. Brasília, DF, 1970. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L5650.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5650.htm)>. Acesso em: 15 out. 2012.



MELO, A. C. S.

BRASIL: MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria n. 3.214, de 08 de junho de 1978.** Aprova as normas regulamentadoras -NR, do Capítulo V do Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho. Brasília, DF, 1978. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/trabalhista/portariamte3214.htm>>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. **Lei Complementar n. 35, de 14 de março de 1979.** Dispõe sobre a Lei Orgânica da Magistratura Nacional. Brasília, DF, 1979. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp35.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp35.htm)>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. **Lei n. 7.324, de 18 de junho de 1985.** Cria a 13ª Região da Justiça do Trabalho e o Respectivo Tribunal Regional do Trabalho, Institui a Correspondente Procuradoria Regional do Ministério Público da União Junto à Justiça do Trabalho, e dá outras Providências. Brasília, DF, 1985. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7324.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7324.htm)>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Saúde Bucal. 1.** Brasília, DF. 1986. Relatório Final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: IMESP, 1988.

BRASIL. TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. **Enunciado n.282, de 1 de março de 1988.** Abono de faltas: serviço médico da empresa. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <<http://www.tst.gov.br/>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei Orgânica da Saúde. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. **Lei n. 8.215, de 25 de julho de 1991.** Cria o Tribunal Regional do Trabalho da 21ª Região. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/103642/lei-8215-91>>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. **Lei n. 8.219, de 29 de agosto de 1991.** Cria o Tribunal Regional do Trabalho da 19ª Região. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8219.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8219.htm)>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. **Lei n.8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL: MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Portaria n. 24, de 29 de dezembro de 1994.** Aprova o texto da Norma Regulamentadora n. 07. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEA45527A151A/p\\_19941229\\_24.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEA45527A151A/p_19941229_24.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. **Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996.** Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em 12 fev. 2012.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 3.048, de 6 de maio de 1999.** Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/1999/3048.htm>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.339 de 18 de novembro de 1999.** Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1339.html>>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução n. 22, de 27 de Dezembro de 2001.** Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO- 198/95. Manaus, AM, 2001. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=378>>. Acesso em: 13 out. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho.** Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114. Brasília/DF, 2001.

BRASIL. TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO. **Ato TRT n. 305, de 19 de julho de 2001.** Implanta no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da Sexta Região, o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional –PCMSO. Recife, PE, DOE/PE, 01 set. 2001. Disponível em: [http://www1.trt6.gov.br/consulta\\_normas/index.php?boxaction=exibeConsultaNorma&tipoNorma=1&anoNorma=2001](http://www1.trt6.gov.br/consulta_normas/index.php?boxaction=exibeConsultaNorma&tipoNorma=1&anoNorma=2001). Acesso em: 20 mar. 2012.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução n. 25, de 16 de Maio de 2002.** Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo- Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatría; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=375>>. Acesso em: 13 out. 2012.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 45, de 30 de dezembro de 2004**. Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc45.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/pdf/pnsst\\_CNPS.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf)>. Acesso em: 5 abril.2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Lei n. 11.416, de 15 de dezembro de 2006**. Dispõe sobre as Carreiras dos Servidores do Poder Judiciário da União. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11416.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11416.htm)>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, 2006.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução n. 70, de 18 de março de 2009**. Dispõe sobre o Planejamento e a Gestão Estratégica no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs\\_cnj/resolucao/rescnj\\_70.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/resolucao/rescnj_70.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2012.

BRITO JÚNIOR, R. B. **Avaliação retrospectiva dos pacientes atendidos e do tratamento oferecido no serviço de emergência da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia, São Paulo, 2000.

CAETANO, J. C.; WATANABE, A. M. Noções básicas de odontologia ocupacional para profissionais da saúde do trabalhador. In: VIEIRA, S. I. (org.). **Medicina Básica do Trabalho**. v. 3. Curitiba: Gênese, 1994. p. 169-190.

CAMPOLINA, A.G.; CICONELLI, R. M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 19, n. 2, p. 128-136, 2006.

CAMPOS, R.S. **Avaliação dos desconfortos musculoesqueléticos e da capacidade para o trabalho em servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Goiânia – GO**. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

CAMPOS, I.C.M. **Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho de servidores públicos estaduais**. 2006. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p.209-213, 1997.

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

CASTEJÓN, J. C. **El papel de las condiciones del trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral**. 2002. Tese (Doutorado) - Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 2002.

CERQUEIRA, J. P. *et al.* **Iniciando os conceitos de qualidade total**: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios. São Paulo: Pioneira, 1994. Série Qualidade Brasil.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos na Empresa**. v. 1. São Paulo: Atlas, 1989.

CONOVER, W. J. **Practical nonparametric statistics**. 2. ed. New York: John Wiley and Sons, 1980, 495p.

COSTA, J. P. Absenteísmo [Separata]. **Jornal do Médico**, Lisboa, v. 58, n. 1019, p. 842-849, 1971.

COSTA, M. T. Odontologia do Trabalho: Uma Perspectiva de Integração aos Sistemas de Gestão da saúde e Segurança no Trabalho. In: Congresso Nacional de Excelência em Gestão. IV,. Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras. 2008. Niterói, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: FIRJAN, 2008, p. 230-234. 1 CD ROM.

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

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia**. 1994. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1994.

DIAS, M. D. A.; BERTOLINI, G. C. S.; PIMENTA, A. L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trabalho, Educação e Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, mar./jun. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462011000100010>>. Acesso em: 9 maio 2012.

DOUGLAS, G. A. **Practical Statistics for Medical Research**. 12. ed. London: Chapman and Hall, 1991. 610p.

MELO, A. C. S.

DRUMOND-SANTANA, T. *et al.* Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 637-644, 2007.

DUNNING, J. M. Dental aspects of industrial absenteeism. **Industrial medicine and surgery**, Chicago, v. 21, n. 9, p. 431-432, 1952.

DUNNING, J. M.; WALLS, R. M.; LEWIS, S. R. Prevalence and characteristics of dental service in industry. **Journal of the american dental association**, Chicago, v. 28, p. 492-501, 1941.

EMMI, D. T. *et al.* Planejamento em saúde no Brasil – Planejamento estratégico situacional (PES). **Medcenter.com Odontologia**, mai. 2006. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=626>>. Acesso em 30 mar. 2012.

ESTEVES, R. C. Manifestações bucais das doenças ocupacionais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 10, p. 56-59, out./dez. 1982.

FERREIRA, R. A. O valor da saúde bucal nas empresas. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 514-524, 1995.

FIGUEIRÓ, J. A. Dor: projeto aliviador. **Prática Hospitalar** [on line]; 2003. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2029/paginas/material%2008-29.html>>. Acesso em: 26 out 2012.

FISHBACH, F. T.; DUNNING, M. B. **Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FISHWICK, M. R.; ASHLEY, F. P.; WILSON, R. F. Can a workplace preventive programme affect periodontal health? **British dental journal**, London, v. 184, n. 6, p. 290-293, 1998.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FREESE, E. *et al.* Avaliação do Sistema Único de Saúde. In: AUGUSTO, L. G. S. *et al.* **Abordagem ecossistêmica em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005. p. 32-38.

G Aidzinski, R.R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam essa prática**. 1994. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

GARCIA, A. L. **A necessidade de inclusão do exame odontológico nos exames ocupacionais e suas repercussões**. 2006. Monografia (Especialização em Odontologia do Trabalho) - Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Campinas, 2006.

MELO, A. C. S.

GHERUNPONG, S., TSAKOS, G., SHEIHAM, A. A sociodental approach to assessing dental needs of children: concept and models. **International journal of paediatric dentistry**, Oxford, v. 16, p. 81-88, 2006.

GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1996. 233p.

GIFT, H. C., ATCHISON, K. A., DRURY, T. F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. **Journal of dental research**, Washington, v. 77, n. 7, p. 1529-1538, 1998.

GILBERT, G. H., BRANCH, L. G., LONGMATE, J. Dental care use by U.S.veteran selegible for VA Care. **Social science and medicine**, Oxford, v. 36, n. 3, p. 361-370, 1993.

GILBERT, G. H., HELFT, M. N., DUNCAN, R. P., RINGELBERG, M. L. Perceived need for dental care in dentate older adults. **International dental jornal**, London, v. 44, n. 2, p. 145-152, 1994.

GIODA, A.; AQUINO NETO, F. R. Considerações sobre estudos de ambientes industriais e não industriais no Brasil: uma abordagem comparativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, set./out. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2003000500017>>. Acesso em 28 ago. 2012.

GJERMO, P. Factors influencing assessment of treatment needs. **Journal of clinical periodontology**, Copenhagen, v. 18, n. 6, p. 358-361, 1991.

GOMES, A. S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1707-1714, 2007.

GOMES, E. A. A solução está na prevenção. **Jornal do SESI-Pernambuco**. [on line]; 2006. Disponível em: <[http://www.sesi.org.br/Programas/jornal/ed\\_84/SN8406\\_regional.pdf](http://www.sesi.org.br/Programas/jornal/ed_84/SN8406_regional.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2012.

GOMES, K. R. O.; TANAKA, A. C. A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 75-82, 2003.

GRAÇA L. **O processo de adoecer, faltar e voltar ao trabalho**. 1999. Disponível em: <<http://www.terravista.pt/meco/5531/textos11.html>>. Acesso em: 7 out 2012.

GRAÇA, L. Europa: uma tradição histórica de proteção social dos trabalhadores (II Parte): **o nascimento da medicina do trabalho**. 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos31.html>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

MELO, A. C. S.

GUIMARÃES, E.; ROCHA, A. A. Organização dos serviços odontológicos de uma empresa - 1º parte. **Odontólogo Moderno**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 7, p. 7-12, 1979.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. Editora Saraiva: São Paulo, 30ª edição, 2005.

HERMANN, R. C., **O professor e a síndrome de burnout: a síndrome do século XXI em Santa Catarina**. 2005. Monografia (Curso de Especialização em Avaliação Psicológica) – Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Florianópolis, 2005.

HESPANHOL, K. Z. **Absenteísmo odontológico em uma empresa de energia**. 2009. Dissertação (Mestrado em fisiopatologia clínica e experimental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

IDE, R. Evaluation of oral health promotion in the workplace: the effects of dental care costs and frequency of dental visits. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 29, p. 213-219, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Brasil: o estado de uma nação: Mercado de Trabalho, emprego e informalidade. A oferta de força de trabalho: tendências e perspectivas**. Brasília, DF, p. 69 – 118, 2009.

JOAKIN, E.; MAZZONI, R. Patologia oral em exames de la salud. Relación entre incidencia y detección. **Salud Ocupacional**, Buenos Aires, v. 18, n. 77, p. 4-10, 2000.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1991.

KRIGER, L. **Promoção de saúde bucal**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

LACAZ, F.A.C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 151-161, 2000.

LACERDA, J. T. *et al.* Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1846-1858, ago. 2008.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

LAURELL, A. C.; NOGUEIRA, M. **Processo de produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEÃO A.; SHEIHAM, A. Relation ship between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **Journal of dental research**, Washington, v.74, p.1408-1413, 1995.

MELO, A. C. S.

LIMA, C. R. M. A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 62-73, abr./jun. 1998.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE, G. D. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: Department of Dental Ecology/University of North Carolina; 1997. p. 11-23.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, London, v. 5, p. 3-18, 1988.

LOCKER, D., MILLER, Y. Evaluations of subjective oral health status indicators. **Journal of the public health dentistry**, Raleigh, v. 54, n. 3, p. 167-176, 2003.

LOCKER, D.; GRUSHKA, M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 15, p. 186-172, 1987.

LURIE, S. G. Ethical dilemmas and professional roles in occupational medicine. **Social science and medicine**, Oxford, v.38, n 10, p. 1367-1374, 1994.

MARTINS, R. J. *et al.* Absenteísmo por motivo odontológico e médico nos serviços público e privado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 30, n. 111, p. 9-15, 2005.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 81-92, jan. 2008.

MAZZILLI, L. E. N.; CROSATO, E. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000. **RPG Revista de Pós Graduação**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 444-453. 2005.

MAZZILLI, L.E.N. **Odontologia do Trabalho**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2007.

MAZZILLI, L. E. N. Regulamentação. Acidente do Trabalho. In:\_\_\_\_. **Odontologia do trabalho**. São Paulo: Santos, 2003. p. 25-68.

MEDEIROS, E. P. G.; BIJELLA, V. T. Bases para a organização de programas dentais para operários. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 166, p. 303-311, 1970.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do Trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p. 3-11, 1991.



MENDES, R. aspectos históricos da patologia do trabalho. In: **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDONÇA, T. C. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1545-1547, 2001.

MENDONÇA, T. M. **Auto-eficácia e Qualidade de Vida em adultos com Epilepsia**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.

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

MIGUEZ, J.; BONAMI, M. Comportamentos de ausência, quadros de análise e suas operacionalizações. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 173-179, 1988.

MINAYO-GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, suppl. 2, 1997.

MINAYO-GOMEZ, M. C., HARTZ, Z. M.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO-GOMEZ, M. C. Produção de conhecimento e intersetorialidade em prol das condições de vida e de saúde dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.8, ago. 2011.

MINGUEZ, P. Gerenciando saúde bucal no ambiente de trabalho. **Jornal do Conselho Federal de Odontologia**, Brasília, ano 12, n. 61, p. 17, jul./out. 2004. Disponível em: <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/n.-61-e-62-\\_jul-a-out04.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/n.-61-e-62-_jul-a-out04.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2012.

MIRANDA, C. R. **Organização dos serviços de Saúde do Trabalhador**. 2002. Disponível em: <<http://nr7.sat.sites.uol.com.br/sesmt.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

MORISHITA, M. *et al.* Effectiveness o fan oral health promotion programme at the workplace. **Journal of oral rehabilitation**, Oxford,; v. 30, n. 4, p. 414-417, 2003.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo Londrina: Midiograf, 2001.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: um conceito. **Revista do IEEE América Latina**, São Paulo, v. 3, n. 1/2, p. 47-52, 2001.

MELO, A. C. S.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994, 113p.

NEVES, J. F.; NEVES, M. C. P. **Qualidade e sustentabilidade**. Seropédica: Embrapa Agrobiologia, dez. 2000. 14p.

NOGUEIRA, D. P. Odontologia e saúde ocupacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, p. 211-223, 1972.

ODDONE, I. *et al.* **Ambiente de trabalho**: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, A. G. R. C., *et al.* Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília. DF, v.2, n.1, p. 9-14, 1999.

OLIVEIRA, R. Notas para uma Sociologia da ética médica. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v.7, p.59-108, 1995.

OLIVEIRA, S.A. Qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 625-634, 1997.

OLIVEIRA, M.N.B.; VASCONCELLOS, L.C.F. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem resposta. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8., n.22, p.150-156, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Viellissement et capacité de travail**: Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS. Genève, 1993. (Série de rapports techniques, n. 835).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Control de la hipertensión**. Genève, 1996. (Série de rapports techniques, n. 862).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Gêneve, 2003. (WHO Technical Report Series, n. 916). (RAFAEL FALOU)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: World Health Organization; 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International classification of impairments, disabilities and handicaps**. Gêneve: World Health Organization, 1980.

QUANDT, A. S. *et al.* Oral Health and quality of life of migrante and seasonal farworkers in North Carolina . **Journal of Agricultural Safety and Health**, Chicago, v. 13, n. 1, p. 45-55, 2007.

MELO, A. C. S.

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo:** a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas. 1995. 286 p.

PARMEGGIANI, L. Evolution of concepts and practices in occupational health. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO, 5., 1987, Florianópolis. **Anais....** Florianópolis: ANAMT, 1987.

PASSOS, A. S.; VILLELA, F. Odontologia na saúde ocupacional. **Vida Odontológica**, São Paulo, v. 6, n. 15, p. 75-80, 1983.

PEREIRA, M. G. Conceitos básicos da epidemiologia. In: \_\_\_\_\_. **Epidemiologia teórica e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 1-16.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 51-72, 2002.

PETERSEN, P. E. Challenges to improvement of oral health in the 21 st Century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **International Dental Journal**, London, v. 54, p. 329-343, 2004.

PETERSEN, P. E. Global policy for improvement of oral health in the 21 st Century – implications to oral health research of World Health Assembly, 2007, World Health Organization. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 37, n. 1, p. 1-8, 2009.

PETERSEN, P. E. **Global research challenges for oral health**. Global forum update on research for health: Geneva: WHO. 2005. p. 181-184.

PETERSEN, P. E. Priorities for research for oral health in the 21 st Century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dental Health**, London, v. 22, p. 71-74, 2005.

PETERSEN, P. E. Sociobehavioral risk factors in dental caries – international perspectives. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 33, p. 274-279, 2005.

PETERSEN, P. E. **The World Oral Health Report 2003**. Continuous improvement of oral health in the 21 st century – the approach of the Who Global Oral Health Programme. Geneva: WHO. 2003.

PETERSEN, P. E. Evaluation of a Dental Preventive Program for Danish Chocolate Workers. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 17, p. 53–59, 1989.

PETERSEN, P. E.; UEDA, H. **Oral Health in Ageing Societies:** Integration of oral health and general health. World Health Organization, Geneva: WHO. 2006.

MELO, A. C. S.

PETERSEN, P. E.; YAMAMOTO, T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, London, v. 33, p. 81-85, 2005.

PETRY, P. C.; VICTORIA, C. G.; SANTOS, I. S. Adultos livres de cárie: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 145-153, 2000.

PETTY, F. F. What is necessary to make industrial dentistry a credit to the dental profession? **Journal of the american dental association**, Chicago, v. 30, p. 1418-1427, 1943.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**: Avaliando necessidades através da abordagem sócio-odontológica. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal**: odontologia social e preventiva. 3. ed. São Paulo: Santos, 1992.

PIZZATTO, E. **Análise do estado de saúde bucal de adultos trabalhadores: assistência/atenção odontológica**. 2005. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2005.

PIZZATTO, E.; GARBIN, C. A. S. Odontologia do Trabalho. **Odontologia Clínica-Científica**, Recife, v.5, n. 2, p. 99-102, abr./jun. 2006.

POSSAS, C. **Saúde e trabalho**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

RAMAZZINI, B. **As Doenças dos Trabalhadores**. 3. ed. São Paulo: Fundacentro, 2000.

REISINE, S. T. Dental health and public police: the social impact of dental disease. **American journal of public health**, Washington, v. 75, n. 1, p. 27-30, 1985.

REISINE, S. T., BAILLIT, H. L. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. **Social science and medicine**, Oxford, v. 14, n. 6, p. 597-605, 1980.

RESENDE, P. R.; COELHO, M. P.; CARVALHO, C. M. Absenteísmo por causas odontológicas em empresa da área de energia elétrica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 11, n. 4, p. 22-26, 2009.

SÁ JÚNIOR, L. S. M. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 15-16. 2004. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dis/pg/Def-Saude.pdf>>. Acesso em 28 set. 2012.

SÁ JÚNIOR, L. S. M. **Absenteísmo por causa odontológica**: Análise comparativa entre funcionários da Prefeitura do Município de São José dos Campos e segurados do Instituto Nacional de Previdência Social – INAMPS. 2001. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=22>>. Acesso em: 25 nov. 2012.

SALES PERES, S. H. C. *et al.* **Revista Odontológica de Araçatuba**, São Paulo, v.27, n.1. p. 54-58, jan./jun. 2006.

SANTANA, R. M. **As Relações entre Capacidade para o Trabalho e Saúde dos servidores do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco**. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

SANTIAGO, L.M. **Condições associadas à saúde auto-referida em homens idosos de Juiz de Fora, MG**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

SCHOU, L.; MONRAD, A. A follow up study of dental patient education in the workplace: participants` opinions. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 4, p. 45-51, 1989.

SCHOU, L. Oral health promotion at worksites. **International dental jornal**, London, v. 39, n. 2, p. 122-128, 1989.

SCHÜLLER SOBRINHO, O. Temas de Ciências Sociais. In: VIEIRA, S. I. **Medicina básica do trabalho**. Curitiba: Gênese, 1995.

SCILIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEIDL, E. M.; ZANNON, C. M. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste Mental do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1994.

SELIGMANN-SILVA, E. *et al.* Saúde do Trabalhador no início do século XXI. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 185-186, 2010.

SHEIHAM, A., TSAKOS, G. Oral health needs assessments. In: PINE, C.; HARRIS, R. (ed.) **Community Oral Health**. Mew Malden: Quintessence Publishing Co. Limited, 2007. p. 59-79.

SHEIHAM, A. A. determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos; 2000. p. 223-250.

SILVA, E. F.; OLIVEIRA, K. K. M.; SOUZA, P. C. Z. Saúde mental do trabalhador: o assédio moral praticado contra trabalhadores com LER/DORT. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 56–70, mar. 2011.

SILVA, I.; MENESES, R. F.; SILVEIRA, A. **Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral**. 2007. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/452/1/264-274%20FCHS04-18.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2012.

SILVA, M. A .D. Exercício e qualidade de vida. In: GHORAYEB, N.; BARROS, T. **O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica – aspectos especiais e preventivos**. São Paulo: Atheneu, 1999.

SILVA, N. M. **Avaliação da capacidade para o trabalho do servidor público: um estudo de caso em uma instituição federal de ensino superior**. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

SILVA, M. V. S.; FREITAS O.; MENDES, I. J. M. O medicamento, a automedicação e o papel do farmacêutico. **UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 2, n. 1, p. 183-189, 2000.

SILVA, R. B.; SOUTO, D. F. Modelo de serviço assistencial em odontologia ocupacional. **Odontólogo Moderno**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 10, p. 39-45, 1983.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.4, p.01-10, 2001.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.25, p.284-290, 1997.

SLADE, G. D; SPENCER, A. J. Social impact of oral conditions among older adults. **Australian Dental Journal**, Sidney, v.39, p.358-364, 1994.

SOUNIS, E. **Manual de higiene e Medicina do Trabalho**. 3. ed. São Paulo: Ícone, 1991. 79 p.

SOUTO, D. F. Saúde Ocupacional. **Revista Proteção**, Novo Hamburgo, n. 3, jul./dez., 1998.

SOUZA, G. B. *et al.* Avaliação dos Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.16, n.3, p.138-148, 2007.

TAUCHEN, A. L. O. **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 Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TEIXEIRA, S.F. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989.

MELO, A. C. S.

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. **Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários**. 2. ed. Lisboa: CLIMEPSI, 2007.

TSAKOS, G. Combining normative and psychosocial perceptions for assessing orthodontic treatment needs. **Journal of dental education**, Washington, v. 72, n. 8, p. 876-885, 2008.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v.8, n.1, p. 23-35, 2001

VASCONCELLOS, P. P. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) — Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

VIEIRA, M. M. F. *et al.* Indicadores de qualidade na administração municipal: um estudo exploratório na prefeitura da cidade de Recife. **RAC**, Recife, v. 4, n. 1, p. 69-91, jan./abr. 2000.

VILAÇA-MENDES, E. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: \_\_\_\_\_. **Distrito Sanitário**. São Paulo: Hucitec, 1993.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Cadernos de Ciência e Tecnologia**, Brasília, v. 3, p. 17-24, 1991.

ZAR, J. H. **Bioestatistical analysis**. 4.ed. New Jersey: Prentice Hall, 1999. 929p.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Instituição: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

**Pesquisa: “Análise do Impacto das Condições Bucais Autopercebidas na Qualidade de Vida dos Servidores da Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco”.**

Você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa tendo sido selecionado por sorteio, não sendo obrigatória sua participação. A qualquer momento você pode desistir de participar retirando seu consentimento, sem que isto gere prejuízo algum em sua relação com a instituição ou a pesquisadora. Sua participação consistirá em responder um questionário com perguntas objetivas, sendo o único risco possível o constrangimento diante de alguma pergunta cujo total sigilo destas informações pessoais está totalmente assegurado. **O objetivo deste estudo é analisar o Impacto das Condições Bucais Autopercebidas na Qualidade de Vida dos Servidores da Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco.** Este estudo não importará em nenhum custo aos participantes e trará subsídios para melhor acompanhamento e melhoramento do estado de saúde bucal de nossos servidores, norteando as práticas de planejamento e gestão do nosso setor odontológico, na busca constante pela qualidade de nossos serviços. As informações advindas desta pesquisa serão publicadas em meio acadêmico e sua identidade e participação não são passíveis de identificação. Uma cópia deste termo, constando o telefone e endereço da pesquisadora, lhe será fornecida, de modo que quaisquer dúvidas sobre o projeto e sua participação, poderão ser tiradas a qualquer momento. Denúncias sobre alguma questão ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM, pelo telefone (81) 2101-2639.

Registro do Projeto: 23/12

Parecer: 28/2012

CAAE: 06606312.9.0000.5190

Nome e assinatura da pesquisadora responsável

Ana Cláudia de Souza Melo: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua Dr. José Maria, 900 apto 401- A, Rosarinho. Recife-PE. CEP: 52.041-000.

Fone: (81) 9967-6165 E-mail: [anaclaudiatrt@hotmail.com](mailto:anaclaudiatrt@hotmail.com)

Declaro que concordo voluntariamente em participar, visto ter entendido os objetivos, riscos e benefícios de minha participação.

Nome do participante: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Recife, \_\_\_/\_\_\_/2012.

Av. Prof.º Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Campus da UFPE  
CEP: 50.670-420 Recife-PE Telefone: (81) 2101-2500/2101-2600



## APÊNDICE B - Questionário sobre o perfil sócio-demográfico e funcional

### Questionário sobre o perfil sócio-demográfico e funcional

1. Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )
2. Idade: \_\_\_\_\_ anos.
3. Escolaridade:  
Ensino médio completo ( )  
Ensino superior completo ( )  
Ensino superior incompleto ( )  
Pós-Graduação:  
Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )
4. Estado conjugal:  
Solteiro ( )  
Casado/companheiro ( )  
Separado/divorciado ( )  
Viúvo ( )
5. Lotação:  
Área Administrativa ( )  
Área Judiciária ( )  
Área de Apoio Especializado ( )
6. Cargo:  
Analista Judiciário ( )  
Técnico Judiciário ( )  
Auxiliar Judiciário ( )
7. Função: \_\_\_\_\_
8. Tempo na Função: \_\_\_\_\_
9. Tempo de Tribunal: \_\_\_\_\_
10. Jornada de Trabalho: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - Carta de Anuência



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA DO TRABALHO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO  
Cais do Apolo, 739 - Bairro do Recife – CEP: 50.030-902-Recife – PE  
Fone: 3225-3478 – 3225-3479 - e-mail: srh@trt6.gov.br

### CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a mestranda **Ana Cláudia de Souza Melo** do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, a desenvolver sua pesquisa intitulada (**Análise do Impacto das Condições Bucais Autopercebidas na Qualidade de Vida dos Servidores da Região Metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco**), sob orientação do Professor Dr. Rafael da Silveira Moreira.

Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa acima citada, e que me são assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/96 CNS/MS;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa;
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento.

Recife, 12 de Junho de 2012.

  
\_\_\_\_\_  
**ANDRÉ GENN DE ASSUNÇÃO BARROS**  
Desembargador Presidente do TRT 6ª Região

## ANEXO A - Códigos e critérios para necessidade de tratamento para cárie

### Códigos e critérios para necessidade de tratamento para cárie

O Sr(a) acha que necessita de tratamento para cárie?	Sim (1)	Não (0)
O Sr(a) acha que necessita de restauração de algum dente?	Sim (1)	Não (0)
O Sr(a) acha que necessita de coroa em algum dente?	Sim (1)	Não (0)
O Sr(a) acha que necessita de tratamento estético em algum dente?	Sim (1)	Não (0)
O Sr(a) acha que necessita de tratamento de canal em algum dente?	Sim (1)	Não (0)
O Sr(a) acha que necessita de extrair algum dente?	Sim (1)	Não (0)

### Códigos e critérios para necessidade de prótese

O Sr(a) acha que necessita de Prótese Total (dentadura) na arcada superior?	Sim (1)	Não (0)
O Sr(a) acha que necessita de Prótese Total (dentadura) na arcada inferior?	Sim (1)	Não (0)
O Sr(a) acha que necessita de Prótese para substituir um dente?	Sim (1)	Não (0)
O Sr(a) acha que necessita de Prótese para substituir mais de um dente?	Sim (1)	Não (0)

### Códigos e critérios para necessidade de tratamento periodontal:

O Sr(a) acha que necessita de tratamento nas gengivas, para mau-hálito ou para mobilidade dentária (dentes moles)?	Sim (1)	Não (0)
--	---------	---------

Caso necessite, acha que seria um tratamento simples ou difícil/complexo?	Simple (1)	Difícil (0)
---	------------	-------------

**ANEXO B - OHIP-14**

**OHIP-14**

1 – Você tem dificuldade para pronunciar algumas palavras ou falar devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente

2 – Você sente que seu paladar (sentido do gosto) piorou devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente

3 – Você tem sofrido dores na sua boca ou dentes?

Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente

4 – Você sente dificuldade para comer algum alimento devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente

5 – Você se sente inibido por causa de seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente

6 – Você tem se sentido tenso por causa de problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente

7 – Sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente

8 – Você tem interrompido suas refeições devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente

- 9 – Você sente dificuldade em relaxar devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?
- Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente
- 10 – Você tem se sentido embaraçado devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?
- Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente
- 11 – Você tem se sentido irritado com outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?
- Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente
- 12 – Você tem tido dificuldade de realizar seus trabalhos diários devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?
- Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente
- 13 – Você tem sentido a vida menos satisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?
- Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente
- 14 – Você tem se sentido totalmente incapaz de suas obrigações devido a problemas com seus dentes, boca ou prótese dentária?
- Nunca  quase nunca  ocasionalmente  bastante vezes  frequentemente

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

### Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



**Título do Projeto:** “Análise do impacto das condições bucais autopercebidas na qualidade de vida dos servidores da região metropolitana do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco”.

**Pesquisador responsável:** Ana Cláudia de Souza Melo.

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 22/08/2012

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 23/12

**Registro no CAAE:** 06606312.9.0000.5190

#### PARECER Nº 28/2012

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 05 de setembro de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 05 de setembro de 2012.

Janaina Campos de Miranda  
Pesquisadora em Saúde Pública  
Coordenadora  
Mat. SIAPE 464777  
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Observação:  
Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;  
• Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 05/09/2013.

Campus de UFPE - Av. Moraes Rebelo  
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
Recife - PE - Brasil  
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

