

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA

RODRIGO RESENDE BRANDÃO

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE SAÚDE
BUCAL DE TRABALHADORES DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SERRA - ES**

VITÓRIA
2009

RODRIGO RESENDE BRANDÃO

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE SAÚDE
BUCAL DE TRABALHADORES DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SERRA - ES**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Raquel Baroni de Carvalho

VITÓRIA
2009

FICHA CATALOGRÁFICA UFES

Brandão, Rodrigo Resende.

Avaliação do conhecimento e percepção de saúde bucal de trabalhadores da estratégia de saúde da família, Serra-ES

Rodrigo Resende Brandão. Vitória, ES : [s.n.], 2009.

Orientadora: Raquel Baroni de Carvalho.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Clínica Odontologia. Mestrado Profissional.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Saúde Bucal. 3. Odontologia do Trabalho.

I. Carvalho, Raquel Baroni. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

RODRIGO RESENDE BRANDÃO

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE
TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SERRA - ES**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

BANCA AVALIADORA

Prof. Dr. Urubatan Vieira de Medeiros

Profa. Dra. Maria José Gomes

Profa. Dra. Raquel Baroni de Carvalho

Profa.Dra. Maria Hermenegilda Grasseli Batitucci
Suplente

Profa. Dra. Selva Maria Gonçalves Guerra
Coordenadora do Curso de Mestrado em Clínica Odontológica.

Vitória, 18 de Setembro de 2009.

Não há amanhã sem projeto, sem sonho, sem utopia,
sem esperança, sem o trabalho de criação,
e desenvolvimento de possibilidades que
viabilizem sua concretização (FREIRE, 2001).

VIVER VALE A PENA!

Que a felicidade não dependa do tempo, nem da paisagem, nem da sorte, nem do dinheiro.

Que ela possa vir com toda a simplicidade, de dentro para fora, de cada um para todos.

Que as pessoas saibam falar, calar, e acima de tudo ouvir.

Que tenham amor ou então sintam falta de não tê-lo.

Que tenham ideais e medo de perdê-lo.

Que amem ao próximo e respeitem sua dor, para que tenhamos certeza de que viver vale à pena.
Viver é colocar seu sonho à prova.

Os brotos da esperança crescem alimentados pelo sonho. É preciso reviver o sonho e a certeza de que tudo vai mudar.

É necessário abrir os olhos e perceber que as coisas boas estão dentro de nós, onde os sentimentos não precisam de motivos nem os desejos de razão. Mas é preciso ver as coisas com o coração e nem sempre com a razão. Não se esqueça de que o aprendizado dura a vida toda.

Eleve suas expectativas. Pessoas com sonhos grandes obtêm energia para crescer. Os vencedores pensam em como realizar seu objetivo.

Por isso...

...Tenha metas claras. Ter objetivo evita desperdícios de tempo, energia e dinheiro. Amplie os seus relacionamentos profissionais. Os amigos são a melhor referência em crises e a melhor fonte de oportunidades na expansão. Ter bons contatos é essencial em momentos decisivos.

No mais, o importante é aproveitar o momento e aprender sua duração, pois a vida está nos olhos de quem sabe ver.

AFINAL A VIDA É UMA ARTE, VIVER VALE A PENA!

Flávia C. Nery

Pós-Doutora em Genética e Biologia Molecular

Dedico esse trabalho à minha orientadora e amiga **RAQUEL BARONI DE CARVALHO**, que desde o meu retorno à Vitória acompanhou minha vida profissional e acadêmica, me dando oportunidades únicas, sempre me incentivando, apoiando, dando força, e, principalmente por **ACREDITAR** e **CONFIAR** em meu trabalho!

Qualquer caminho que você decida tomar, existe sempre alguém para te dizer que você está errado. Existem sempre dificuldades surgindo que te tentam a acreditar que as críticas estão corretas. Mapear um caminho de ação e segui-lo até o fim requer.....CORAGEM.

Ralph Waldo Emerson

"Você nunca enfrentará um problema que não esteja carregado de oportunidades".

H. Jackson Brown

Agradeço,

Pois esta dissertação de mestrado representa a concretização de um esforço interdisciplinar, contando com a cooperação efetiva de diversas instituições, profissionais, amigos e familiares, aos quais sou imensamente grato e reconhecido.

Foi há dois anos e meio que comecei minha jornada, e que agora apresento a vocês, e ao apresentá-la sinto um sentimento de alívio como há muito tempo não sentia!

Senti que brinquei com minha imaginação, meu conhecimento, minha capacidade... Eu sou ansioso, uma pessoa impaciente, que não consegue ver o significado da palavra "esperar", pode se dizer que tive muitos momentos difíceis até alcançar meu objetivo final: a defesa da dissertação e o título de Mestre em Clínica Odontológica.

Nesses dois anos e meio arrisquei-me abdicando de meu trabalho, dos meus amigos, da minha família. Não sei se o que sinto hoje é diferente de antes, mas o amadurecimento vem com o tempo, e posso dizer que gostei, e muito, dessa nova experiência!

Gostei até de aprender que existem pessoas que se identificam, ou não, que a pesquisa é difícil, mas surpreendente, mas com certeza o que eu mais gostei foi aprender que o esforço vale à pena!

Hoje eu sei que o mais importante para mim é o aprendizado. Aprender o que ainda não sei... e como existem coisas a serem aprendidas!

Eu creio que esta parte de agradecimentos é uma tarefa difícil, pois muitas vezes cometemos injustiças e por esquecimento não mencionamos nomes de pessoas que também contribuíram para o trabalho.

Nada na vida conquistamos sozinhos. Sempre precisamos de outras pessoas para alcançar os nossos objetivos. Muitas vezes um simples gesto pode mudar a nossa vida e contribuir para o nosso sucesso.

A sensação que eu tenho é de que quando termina, está na hora de começar tudo de novo...então que venham novos desafios!!!

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À **Universidade Federal do Espírito Santo**, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica – Mestrado em Clínica Odontológica, pelas oportunidades que me foram oferecidas.

À **coordenadora do curso de Mestrado em Clínica Odontológica**, Profa. Dra. Selva Maria Gonçalves Guerra, que não mede esforços para o sucesso deste curso.

A todos os **professores, mestres e doutores da UFES**, que dispensaram seu tempo para contribuir com meu crescimento profissional neste curso de Mestrado.

Aos coordenadores e professores da disciplina de Prática de Docência, que me deram a oportunidade de aprender, amadurecer e crescer como “Mestre”, lecionando em suas disciplinas, em especial à **Profa Dra. Maria Hermenegilda Grasseli Batitucci** e **Prof. Dr. Ranulfo Gianordoli Neto** da Dentística, e, **Prof. Dr. Francisco Ribeiro**, **Profa Dra. Rosana Pereira** e **Prof. Dr. Armelindo Holdi** da Endodontia. Obrigado pela confiança em mim depositada.

Aos **alunos do curso de graduação em odontologia da UFES**, em especial a **turma 2006/1**, o segundo semestre de 2008 será inesquecível! *“...O vencedor não tem medo de ensinar tudo o que sabe para os seus alunos, porque compreende que aprende ensinando. E ter alunos capazes é uma motivação maior para se aperfeiçoar” (Roberto Shinyashiki).*

Aos **gestores do município da Serra/ES**, que mesmo com os obstáculos no caminho, encontrei pessoas que me deram oportunidade de desenvolver o estudo empírico, e que, juntamente com os demais representantes da direção, em especial o **Núcleo da Estratégia da Saúde da Família**, a **Coordenação da Odontologia** e a **Coordenação do Departamento Escolar**, viabilizaram as informações necessárias à condução da pesquisa.

A **todos os dentistas** que trabalham na **coordenação da saúde bucal da Serra/ES**, que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Aos **trabalhadores e funcionários das Unidades Básicas de Saúde da Família** entrevistados nesta pesquisa, em especial a equipe de saúde bucal.

À Diretora **Ereneci Silveira Martins** da EMEF “Leonel de Moura Brizola” e Diretora **Maria da Penha** da EMEF “Darcy Ribeiro”, e todos seus funcionários pela calorosa acolhida.

Ao **Instituto Franciscano**, em especial **Irmã Ainda Martins, Irmã Alane Pardino** e **Irmã Regeane da Silva**, a todos os funcionários, e as idosas que ali residem, pelas orações e palavras de conforto.

À farmacêutica **Jaqueline Fonseca** e todos os funcionários do Almojarifado da Saúde da Serra/ES pelo tempo em que passamos juntos.

À **Morgana Carneiro de Andrade**, pela leitura atenta, recomendações valiosas, editoração deste trabalho.

Ao **SENAC/ES** pelas oportunidades que sempre me oferecem, contribuindo com meu crescimento como “Mestre”.

Ao **Prof. Geovane Carlos Barbosa**, pelo auxílio na realização da análise estatística dos resultados, e troca de experiências.

Há do nosso lado uma nova dimensão. Esta não pode ser tocada pelos indivíduos que cultuam o TER. Porém aqueles que conseguem no meio de um grande congestionamento olhar e perceber a dificuldade de SER do seu semelhante, já está apto para desfrutar destes dois mundos que na verdade se constituem em um só universo momentaneamente seguro em uma única centelha divina. Por isso busque sempre ver além do alcance, ouse o inimaginável, deseje o impossível, pois nós fomos possíveis e todo o universo conspira a nosso favor. Graças a Deus!

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Em primeiro lugar a **DEUS**, por eu existir, e sempre iluminar e guiar o meu caminho.

A orientadora desta dissertação, a quem dediquei este trabalho, **Raquel Baroni de Carvalho**, que muitas vezes (muitas mesmo!!!!) abdicou de suas horas livre e de lazer para me auxiliar, sem querer saber se era sábado, domingo ou feriado, dia ou noite. Ela estava sempre ali do meu lado. OBRIGADO POR FAZER PARTE DA MINHA VIDA!

À **Jadir e Laura**. Impossível deixar de agradecê-los pelo tempo em que privei vocês da companhia de sua esposa e mãe. Obrigado pela amizade e confiança.

Ao Professor Doutor **Urubatan Vieira de Medeiros**, que tem sido de uma disponibilidade irrestrita sempre que procurado para tratar de odontologia. Meus efusivos agradecimentos pela sua participação nesta banca de mestrado, o que certamente tornará nosso trabalho muito mais rico.

À Profa. Dra. **Maria José Gomes**, pelos conhecimentos dispensados durante todo curso de Mestrado, e por aceitar participar desta banca, enriquecendo o conteúdo desta dissertação com suas palavras.

Ao amigo e Professor **Roberto Sarcineli**, pela amizade e estímulo com que vem acompanhando minha carreira profissional e acadêmica.

Agradeço o apoio solidário dos **companheiros do Mestrado em Clínica Odontológica da UFES**, Cristianne V. C. Nobre, Helio E. de M. Barreto, Kleber B. Kill, Marcelo M. Peçanha, Nevelton Heringer, Rodrigo S. Rasseli, Tatiany B. C. R. da Costa, Valéria da P. Freitas, Vania A. de Souza e Viviany B. C. Ferrari, com quem compartilhei, mais de perto, dúvidas, angústias e conhecimentos.

A auxiliar de saúde bucal **Maria Madalena Rosa**. Obrigado pelos auxílios clínicos. Trabalhar sem você não é a mesma coisa.

À **Tereza Júlia Pacheco Heringer**. Você foi de extrema importância na confecção do projeto de pesquisa, que deu início a esse trabalho. Sem a sua ajuda e orientação eu não teria conseguido.

A **Rosi, Sylvinha e Fabiane**. Obrigado pelo carinho e apoio em minha vida profissional.

À colega de trabalho e amiga **Elaine O. Duailibi**, pela sensibilidade e dedicação à saúde bucal. Obrigado pela confiança e amizade.

À **Luciana Mallini, Carminha Massucatti, e Ivete Cruz** que sempre me ajudaram no que foi possível...e impossível. Sinto falta de trabalhar com vocês.

Às **dentistas** e colegas **Cristiane de Oliveira Góes e Laís de Carvalho Seda, e suas auxiliares de saúde bucal**. Obrigado pela disposição e por me ajudarem sempre que precisei.

A **Naldecy O. da S. Souza**, pelas valiosas informações na fase final deste trabalho.

A todos os **meus amigos** que de certa forma, direta ou indiretamente, me ajudaram a conquistar mais essa etapa de minha vida.

Finalmente, gostaria de expressar a minha gratidão a **TODOS** os meus **FAMILIARES**, que sempre serão meu **PORTO-SEGURO**, pelo carinho e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, em especial:

Aos meus pais, **Francisco e Lourdinha**,

Obrigado pela sólida formação dada até hoje, que me proporcionou a continuidade nos estudos, até a chegada a este mestrado, meus eternos agradecimentos. Sem vocês do meu lado nada disso estaria acontecendo.

"Conduta de pais, caminho de filhos".
Provérbio

Às minhas amadas, **Tatiana e Júlia,**

Obrigado pelo apoio incondicional, não me deixando desistir e sucumbir aos problemas e tropeços surgidos durante esta caminhada, me apoiando e me encorajando para que eu conseguisse sempre levantar a cabeça e seguir em frente!

Descobri como é bom chegar quando se tem paciência.
E para se chegar onde quer que seja, aprendi que não é preciso
dominar a força, mas a razão.
É preciso, antes de qualquer coisa, querer.
Amir Klink

OBRIGADO PELA ALEGRIA DE NOSSAS VIDAS, E PELO DESEJO DE
VENCERMOS JUNTOS!

SEM VOCÊS A VIDA NÃO TEM MAIS SENTIDO!

"Ser profundamente amado por alguém nos dá força.
Amar alguém profundamente nos dá coragem!"
Lao-Tsé

RESUMO

A odontologia do trabalho é uma nova especialidade que tem por objetivo a melhoria da saúde bucal dos trabalhadores no ambiente laboral. O objetivo deste trabalho foi obter por meio de questionários, o nível de conhecimento em saúde bucal de 75 trabalhadores inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município da Serra/Espírito Santo, bem como a percepção acerca da saúde bucal. Dentre os resultados encontrados, observou-se que 70,7% são mulheres e 74,7% da amostra trabalham 40 horas por semana além de 80% que ainda trabalham em outros locais, além da UBSF. Embora 44,6% dos entrevistados considerarem como boa a sua saúde bucal, 22,7% já faltaram ao serviço para realizar tratamento odontológico, 16,7% afirmou ter sangramento gengival e 26,6% irritação gengival. Além disso, 40,3% não freqüentam o dentista regularmente, e quando procuram, 34% utilizam clínicas privadas, 52% procuram o serviço público e 14% utilizam planos de saúde. Sobre a percepção de sua saúde bucal, 16,2% dos sujeitos da pesquisa consideraram sua saúde bucal como “ótima”, já 44,6% como “boa” e 33,8% como “regular”, e apenas 5,4% consideraram “ruim”. Sobre o conhecimento de saúde bucal dos profissionais de saúde, apesar de 91,9% já terem ouvido falar sobre cárie, apenas 56,8% sabiam que a cárie é uma doença transmissível. Sobre a existência de câncer bucal, 89,2% da amostra responderam saber de sua existência, e mesmo assim, 22,6% fumam e 20% fazem uso de bebidas alcoólicas, que são considerados fatores de risco para o câncer bucal. Os dados obtidos indicam que a presença do dentista do trabalho dentro do serviço público seria de fundamental importância para a implantação de programas de atenção em saúde bucal para o trabalhador.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Saúde Bucal, Odontologia do Trabalho.

ABSTRACT

The dental labor is a new specialty that aims to improve the oral health of workers in the work environment. The objective was achieved through questionnaires, the level of knowledge of oral health of 75 workers placed in two Basic Health Units Family (UBSF) in the municipality of Serra, Espírito Santo, as well as the perception of oral health. Among the findings, we observed that 70.7% are women and 74.7% of the sample work 40 hours per week and 80% who still work in other places, in addition to UBSF. Although 44.6% of respondents consider how good your oral health, 22.7% have missed the service to have dental treatment, 16.7% reported gingival bleeding and 26.6% gingival irritation. Furthermore, 40.3% did not attend the dentist regularly, and when they seek, 34% use private clinics, 52% use public service and 14% use health plans. About the perception of their oral health, 16.2% of study subjects considered their oral health as "excellent", as 44.6% as "good" and 33.8% as "fair" and only 5.4% considered "bad." About the knowledge of oral health professionals, while 91.9% have heard about caries, only 56.8% knew that dental caries is a transmissible disease. On the existence of oral cancer, 89.2% of the sample responded to know of its existence, and yet, 22.6% smoke and 20% use alcohol, which are considered risk factors for oral cancer. The data indicate that the presence of dental work within the public service is of paramount importance for the implementation of programs of oral health care for employees.

Keywords: Occupational Health, Oral Health, Dental Labor.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AMP	- Associação Mundial de Psiquiatria
ASB	- Auxiliar de Saúde Bucal
CCJC	- Constituição e Justiça e de Cidadania
CCS	- Centro de Ciências da Saúde
CD	- Cirurgião-dentista
CEO	- Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CF	- Constituição Federal
CFO	- Conselho Federal de Odontologia
CID	- Código Internacional de Doenças
CIPA	- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
COSIPA	- Companhia Siderúrgica Paulista
CPITN	- Índice periodontal comunitário de tratamento de necessidades
CPO-D	- Índice de dentes cariados, perdidos e oburados
CRST	- Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CSSF	- Comissão de Seguridade Social e Família
CTASP	- Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
GO	- Goiânia
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	- Lei Orgânica da Saúde
MBR	- Minerações Brasileiras Reunidas SA
MS	- Ministério da Saúde
MT	- Ministério do Trabalho
NOB	- Normas Operacionais Básicas
NR	- norma regulamentadora
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PACS	- Programa de Agente Comunitário de Saúde

PCMSO - Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional
PMDB-ES - Partido do Movimento Democrático Brasileiro – Espírito Santo
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal
PNSST - Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PSF - Programa Saúde da Família
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESC - Serviço Social do Comércio
SESI - Serviço Social da Indústria
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SESA - Secretaria de Saúde da Serra
SESMT - Serviços de Engenharia, Saúde e Medicina do Trabalho
SST - Serviço e Saúde de Trabalhador
ST - Saúde do Trabalhador
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
UFES - Universidade Federal do Espírito Santo
URS - Unidade Regional de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual de sujeitos da amostra por sexo.....	57
Gráfico 2 - Percentual dos profissionais envolvidos na pesquisa.....	58
Gráfico 3 - Percentual das horas semanais trabalhadas pelos sujeitos da amostra.	59
Gráfico 4 - Percentuais encontrados do tipo de vínculo dos profissionais envolvidos na pesquisa.	60
Gráfico 5 - Percentual dos profissionais que exercem suas funções em outro local além da UBSF.	60
Gráfico 6 - Percentual de sujeitos do perfil da amostra referentes a condição e hábitos relativos a saúde.....	61
Gráfico 7 - Percentual das respostas sobre conhecimento sobre sua saúde bucal. ...	63
Gráfico 8 - Percentual das respostas sobre percepção e cuidados sobre sua saúde bucal.	65
Gráfico 9 - Percentual das respostas sobre como considera a sua saúde bucal	66
Gráfico 10 - Percentual das respostas se visita o dentista regularmente.....	67
Gráfico 11 - Percentual das respostas do motivo da última consulta.....	67
Gráfico 12 -Percentual das respostas dos profissionais se já lhe ensinaram a escovar os dentes.	68
Gráfico 13 -Percentual das respostas dos profissionais em que local aprendeu a escovar os dentes.	69
Gráfico 14 -Percentual das respostas dos motivos odontológicos que tenham interferindo na jornada de trabalho.....	70
Gráfico 15 -Respostas do local em que os profissionais realizam tratamento odontológico.	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da freqüência e percentual, por sexo, dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.	57
Tabela 2 - Distribuição da freqüência e percentual, por área de atuação dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.....	58
Tabela 3 - Distribuição da freqüência e percentual do regime de trabalho dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.....	59
Tabela 4- Distribuição da freqüência e percentual do tipo de vínculo dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.....	59
Tabela 5 - Distribuição das respostas sobre a condição e hábitos relativos à saúde dos profissionais de duas UBSF do município da Serra. 2008/2009.....	61
Tabela 6 - Distribuição das respostas sobre conhecimento relativos a saúde bucal dos profissionais de duas UBSF do município da Serra. 2008/2009.....	62
Tabela 7 - Distribuição das respostas sobre a percepção e cuidados da sua saúde bucal dos profissionais de duas UBSF do município da Serra. 2008/2009.	64
Tabela 8 - Distribuição das respostas sobre a percepção de sua própria saúde bucal dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.	66
Tabela 9 - Distribuição das respostas sobre o conhecimento que os profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009 têm sobre a higiene bucal.....	68
Tabela 10- Distribuição das respostas sobre cuidados de saúde bucal que interferiram na atividade laboral dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.	69

Tabela 11- Distribuição das respostas do local em que os profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009 realizam tratamento odontológico.	70
Tabela 12 - Distribuição da frequência e percentual dos profissionais envolvidos na pesquisa, inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009, que responderam sobre a questão se gestante pode realizar tratamento odontológico.	71

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	24
2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	27
2.3. ODONTOLOGIA DO TRABALHO	32
2.4 PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO EM SAÚDE BUCAL.....	38
3 OBJETIVOS	51
3.1 OBJETIVO GERAL	51
3.1.2 Objetivos específicos	51
4 MATERIAIS E MÉTODOS	52
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	52
4.2 CASUÍSTICA.....	53
4.3 VARIÁVEIS DE INTERESSE DO ESTUDO	55
4.4 COLETAS DOS DADOS NAS UBSF	55
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	56
5 RESULTADOS	57
5.1 PERFIL DA AMOSTRA	57
5.2 CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL	62
6 DISCUSSÃO	72
7 CONCLUSÕES	88
8 REFERÊNCIAS	89
9 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	97
ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

Inúmeras são as definições de saúde encontradas na literatura, dentre elas, destaca-se a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008): “[...] saúde como sendo o completo bem estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença”. Esta definição leva a uma grande reflexão em que é fundamental realizar ações inter-setoriais e interdisciplinares para conseguir construir condições de vida com saúde.

No Brasil, os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizados na Constituição Federal (CF) de 1988 foram a integralidade, universalidade, equidade e o controle social (BRASIL, 2003).

O processo de consolidação do SUS vem se dando nas batalhas do dia-a-dia e principalmente dentro das municipalidades. É importante considerar que manter os preceitos constitucionais é fundamental, entretanto, mais importante ainda é a consolidação do sistema com a implantação de modelos assistenciais mais equitativos, resolutivos e eficazes que reforcem o ideário do SUS na prática (RONCALLI, 2003).

Promover, proteger e recuperar a saúde do trabalhador são ações garantidas pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, de 1990, que regulamenta o item do artigo 200 da CF/88 (BRASIL, 1990). Em seu parágrafo 3º, o artigo 6º trata da saúde do trabalhador, que é definida como

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindo das condições de trabalho.

É atribuição do SUS a execução das ações voltadas à saúde do trabalhador e a proteção do meio ambiente

No entanto, o atendimento das diretrizes do SUS tem sido negligenciado, principalmente quando se analisa a saúde bucal da população adulta (BRASIL, 1990). Há que se considerar ainda o desconhecimento da problemática de saúde bucal por parte dos trabalhadores, falta de interesse e conhecimento dos profissionais da saúde no que se refere ao estudo e interpretação correta dos

problemas de saúde bucal que afetam os trabalhadores e a necessidade de uma política de saúde bucal firme e eficaz.

O atual perfil da Odontologia preocupa-se com a prevenção, trazendo uma concepção de saúde bucal não somente de dentes preservados, mas sim de qualidade de vida. Desta forma, a atenção à saúde bucal deve ser direcionada a todas as faixas etárias e populações específicas (CUNHA, 2005).

Segundo Garrafa (1986), o objetivo da Odontologia do Trabalho é o estudo, interpretação e solução dos diferentes problemas bucais que atingem a todos trabalhadores, visualizados como participantes do processo de produção e consumo de bens, no qual os cirurgiões-dentistas e outros profissionais do setor também estão imersos enquanto trabalhadores de saúde.

Um grande marco para a Odontologia e para a saúde do trabalhador se deu em 27 de dezembro de 2001, com a criação da especialidade Odontologia do Trabalho de acordo com a Resolução n.º 22 do Conselho Federal de Odontologia. A resolução diz “[...] uma especialidade que objetiva a busca permanente da compatibilidade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador. Sua meta deve ser a prevenção, reabilitação e a preservação da saúde bucal dos trabalhadores.”

A recém-criada especialidade Odontologia do Trabalho deve encaixar-se neste cenário de maneira a elucidar a função do cirurgião-dentista na Saúde do Trabalhador, estabelecendo como deve ser o atendimento integral e específico ao trabalhador. A inserção do cirurgião-dentista (CD) nos ambulatórios de saúde do trabalhador torna-se uma alternativa de atendimento odontológico à população adulta, uma vez que, no que se refere à saúde bucal do adulto, há um hiato no cumprimento dos princípios doutrinários do SUS de universalidade, equidade e integralidade de atendimento à toda população.

Esta nova especialidade tem por objetivo a integração do profissional da Odontologia com as demais áreas da saúde, inserindo-o como um profissional promotor de saúde. Peres et al. (2004) afirmaram que esta especialidade deve assumir e contribuir com a responsabilização social relacionada à saúde dos trabalhadores, bem como para o aumento da estabilidade do setor industrial e de serviços, da produtividade e segurança.

A Odontologia do Trabalho se difere das demais especialidades por ter a sua ação diretamente dirigida e voltada para a prevenção de todos os agravos laborais, objetivando a prevenção das doenças conseqüentes da atuação profissional e dos acidentes do trabalho. Uma grande quantidade das moléstias profissionais possuem manifestações bucais, cabendo ao dentista do trabalho diagnosticá-la para evitar o seu agravamento (GUIMARÃES; ROCHA, 1979).

Em toda a história da humanidade, a percepção e o entendimento da saúde adquirem diversos significados de acordo, inclusive, com o desenvolvimento científico. Saúde e doença devem ser vistas como situações ou momentos dinâmicos e contraditórios de um mesmo processo vital. A falta de conhecimento a respeito dos problemas de saúde e de seus fatores causais aliada à inexistência de meios e de modos de combatê-los forma um quadro muitas vezes alarmante, presente ao longo da história (BASTOS; PERES; RAMIRES, 2003).

Também na boca podem se refletir distúrbios de natureza emocional, da mesma forma, a ausência de saúde bucal pode causar modificações de comportamento e até de personalidade (CAETANO; WATANABE, 1996).

A percepção é o estudo de como integramos sensações em conceitos sobre os objetos, e como depois usamos esses conceitos para lidarmos com o mundo. Salientamos que dois objetivos importantes de nosso sistema de percepção são determinar o que está a nossa frente e localizar os objetos em nosso campo visual. O conhecimento é adquirido com o aprofundamento dos objetivos da percepção (GESTALT apud SILVA, 2005).

Sendo assim, foi avaliado nesse trabalho, entre os 75 profissionais inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município da Serra/ES, o conhecimento e a percepção que possuem em relação à saúde bucal, analisando a possível necessidade de abordagem e divulgação sobre a necessidade de um programa de Saúde do Trabalhador.

Este estudo propõe a contribuir para a compreensão deste processo, a partir do resgate de sua história, da experiência acumulada ao longo do caminho percorrido, pelos programas de Saúde do Trabalhador na rede pública de serviços de saúde do município da Serra/ES.

O estudo procura ainda identificar na diversidade, o que é comum, no sentido de que estas experiências possam ser socializadas e adaptadas às distintas realidades, contribuindo dessa forma para a consolidação do projeto da atenção à saúde dos trabalhadores no SUS, bem como a necessidade de inserção de profissionais da área de Odontologia nestes programas.

O estudo justifica-se, na medida em que representa uma necessidade em reforçar as mudanças nos conceitos de atenção à saúde nos programas de Saúde da Família, com possibilidade de potencializar o impacto dos índices epidemiológicos de saúde bucal dos trabalhadores da área da saúde, além da falta de informações a respeito do conhecimento sobre saúde bucal por parte dos profissionais que atuam na área da saúde do município da Serra, ressaltando que, a saúde bucal é parte integrante do estado de saúde geral.

Sua importância torna-se visível quando a literatura odontológica é observada, com alta prevalência de cárie dentária, bem como outras enfermidades que afetam a cavidade bucal da população brasileira, entre elas, trabalhadores da área da saúde, dificultando o convívio social, a atividade laboral e a transmissão e informação de conhecimentos sobre saúde bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O SUS é fruto de um longo processo de construção política e institucional nomeado Reforma Sanitária, voltado para a transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, gestado a partir da década de 70. Mais do que um arranjo institucional, o processo da Reforma Sanitária brasileira é um projeto civilizatório, ou seja, pretendia produzir mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2009).

Dessa forma, para entender o Sistema de Saúde no Brasil é necessário resgatar um pouco de história. No final da década de 70, uma crise fiscal repercutiu na previdência social e conseqüentemente, no modelo médico assistencial privatista, que se esgotou, por ser um modelo de alto custo, tecnicista e curativista, sem conseguir modificar os perfis de morbi-mortalidade do país (MENDES, 1993).

Segundo o mesmo autor, subseqüentemente, a década de 80 caracterizou-se por uma crise econômica de ordem ideológica e financeira da previdência social e político institucional, ocorrendo paralelamente ao processo de redemocratização do país.

Nesse contexto, surgiram as primeiras idéias de mudanças no sistema nacional de saúde, com algumas propostas que mais tarde viriam compor a Reforma Sanitária.

Ainda segundo Mendes (1993), no ano de 1986, foi realizada a VII Conferencia Nacional de Saúde, adotando o conceito ampliado de saúde, definindo a saúde como direito de todos e dever do Estado, propondo uma reformulação do sistema nacional de saúde com a implantação de um sistema único de saúde.

O SUS tem por objetivos a promoção, proteção e recuperação da saúde da população e estabelece como princípios a universalidade, integralidade e equidade do atendimento; a descentralização, a hierarquização, regionalização e a participação da comunidade por meio dos conselhos municipais, estaduais e nacionais (BRASIL, 1990).

A partir da CF de 1988 várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº. 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº. 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996.

Outra grande conquista da década de 90 foi o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, pelo Ministério da Saúde, como uma nova proposta de modelo assistencial à saúde, visando à reorganização da prática de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, incorporando o agente comunitário de saúde (ACS) às Unidades básicas de Saúde (UBS), e, levando assim, a saúde mais perto das famílias (BRASIL, 2001).

O PSF prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. De acordo com Mendes (1991), é uma estratégia que incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS. Além de ser um trabalho de natureza técnica, política e ética, o PSF também envolve uma mudança paradigmática no sistema de serviços de saúde (MENDES, 1991).

A partir do início do Governo Lula, em 2003, O PSF teve a terminologia trocada, passando a ser denominada Estratégia da Saúde da Família (ESF). De acordo com Grigoletto (2007), o PSF, apesar de apresentar o nome “programa” por lidar com muitas situações incertas, trata-se de uma estratégia, com objetivos definidos e metas a serem alcançadas.

Essa nova estratégia na saúde constitui-se em mais um desafio, já que se propõem a uma ruptura com o modelo assistencial atual (modelo biomédico) e à construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética (RIBEIRO et al., 2004).

A inclusão da saúde bucal no PSF, no nível nacional, foi estabelecida pelo Ministério da Saúde pela portaria MS 1.444, de 28 de dezembro de 2000, regulamentada pela Portaria n.º 267 de março de 2001 (BRASIL, 2001).

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) do PSF devem ser compostas por dentistas, atendentes e técnicos em saúde bucal (dependendo da modalidade) e atuam nas áreas de abrangência das UBSF (BRASIL, 2001).

No ano de 2004, foi criada pela primeira vez na história do Brasil a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), chamada Brasil Sorridente, que apresenta como meta a produção do cuidado, melhorando o acesso aos serviços odontológicos. A PNSB compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações pelas quais assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem (BRASIL, 2004b).

A PNSB tem como estratégia a reorganização de todos os níveis de atenção para melhorar o acesso das populações em relação a saúde bucal, com a organização da atenção básica por meio da inserção das ESB no PSF e a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, com implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em todo o país, servindo como centro de referência para o serviços de atenção básica, onde são realizados alguns serviços especializados (BRASIL, 2009).

O total de equipes de saúde da família implantadas consolidadas até 2007 foram 27.324, abrangendo um total de 5.125 municípios, cobrindo 46,6% da população brasileira, correspondendo cerca de 87,7 milhões de pessoas. O total de ESB consolidadas até 2007 é de 15,7mil equipes, os municípios contemplados chegam a 4,3mil, alcançando uma cobertura populacional de 40,9%, correspondendo cerca de 77 milhões da população brasileira.

Além disso, com a implantação dos CEO's, foram gerados, de dezembro de 2002 a fevereiro de 2009, mais de 67 mil novos empregos para cirurgiões-dentistas, auxiliares de consultório, técnicos em higiene dental, além de técnicos em prótese dentária e funcionários de áreas administrativas.

Apesar de uma concordância quase unânime sobre as necessidades de mudança, e as limitações de um sistema de saúde bucal quase falido, pelo alto custo e baixa eficácia, as ações inovadoras de base preventiva ainda são incipientes e não ameaçam a sólida hegemonia com que o modelo biológico-curativista é exercido (PRADO; TOMITA, 2003). Devido a isso, a saúde bucal na maioria dos municípios

brasileiros, constitui um grande desafio frente aos princípios do SUS, principalmente no que se refere à universalização e a equidade do atendimento.

2.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

Trabalho é uma palavra de origem latina *tripalliu* – instrumento agrícola, confeccionado com três paus aguçados, sendo também utilizado como instrumento de tortura. A palavra trabalhar origina-se em *tripalliare*. O trabalho pode ser definido como a aplicação de forças (energia material) e conhecimentos (energia intelectual) do ser humano, visando à transformação da natureza em produtos (bens e/ou serviços), para satisfazer as necessidades fundamentais da sociedade (MELLO, 2006).

Para Dejours (2004, p. 28) o trabalho pode ser definido como:

[...] aquilo que implica do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc [...], certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais).

O trabalho desde a antiguidade foi visto como algo negativo. Ainda hoje, existem formas de trabalho que assumem características indesejáveis para o contexto social, seja como princípios constitucionais ou normas internacionais como, por exemplo, o trabalho infantil, o trabalho escravo, entre outros (MELLO, 2006).

As relações existentes entre o trabalho e o processo saúde-doença já aparecem nos papiros egípcios, passando ao mundo greco-romano. Hipócrates descreve um quadro de intoxicação saturnínica em um minerador. Em 1567, Aureolus Von Hohenheim escreve a primeira monografia sobre doença ocupacional, observando a intoxicação mercurial na Boêmia (NOGUEIRA; MONTANARI; DONNICI, 2009).

A necessidade de trabalhar pode levar a uma série de conseqüências em relação às condições de saúde do trabalhador, embora constatada desde a antiguidade não venha se constituindo foco de atenção, como afirma Nosela (1989), citado por Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 523):

Afinal, no trabalho escravo ou no regime servil, inexistia a preocupação em preservar a saúde dos que eram submetidos ao trabalho, interpretado

como castigo ou estigma: o 'tripalium', instrumento de tortura. O trabalhador, o escravo, o servo eram peças de engrenagens "naturais", pertencentes da terra, assemelhados a animais e ferramentas, sem história, sem progresso, sem perspectivas, sem esperança terrestre, até que, consumidos seus corpos, pudessem voar livres pelos ares ou pelos céus da metafísica.

O campo de Saúde do Trabalhador ainda não se encontra completamente consolidado, identificando-se à Saúde Ocupacional – incorporação de práticas e conhecimento da clínica, Medicina Preventiva e Epidemiologia. No entanto, a Saúde do Trabalhador amplia esta abordagem, propondo-se uma estratégia interdisciplinar, multiprofissional, com abertura à participação do ponto de vista metodológico. Busca-se ampliar o enfoque para a aquisição de instrumental que privilegie medidas preventivas, onde incorporando o conhecimento dos trabalhadores, potencialize lutas pela melhoria das condições de trabalho e de sua saúde. No Brasil, este campo emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer as relações de trabalho e saúde-doença. Busca ainda resgatar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora de agravos à saúde dos trabalhadores (LACAZ, 2007).

Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 524-529) sobre a saúde do trabalhador pode-se dizer:

[...] apesar dos avanços significativos no campo conceitual que apontam para um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, consubstanciados sob a denominação de Saúde do Trabalhador, depara-se no cotidiano com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional. Tal fato coloca em questão a já identificada distância entre a produção do conhecimento e sua aplicação [...].

Enquanto construção histórica permite apreender as permanências e as transformações atuais que geram novas formas de organizar o trabalho, em função das necessidades de acumulação e do dinamismo da sociedade de mercado. [...] A apropriação do conceito 'processo de trabalho' como instrumento de análise possibilita reformular as concepções ainda hegemônicas que, ao estabelecerem articulações simplificadas entre causa e efeito, numa perspectiva uni ou multicausal, desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença.

Vasconcellos (2007) relaciona alguns autores (PEREIRA; OTANI, 1983; COSTA, 1984; NOGUEIRA, 1984; MENDES, 1986; TAMBELLINI, 1986) que vêem a saúde do trabalhador como fruto de um diagnóstico situacional, indicativo da necessidade de superação do modelo vigente de atenção à saúde dos trabalhadores, a questão se incorporou à profunda revisão dos marcos conceituais do setor saúde, em sintonia com a Reforma Sanitária. O ápice de formulação política ocorreu com a I

Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1986, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, no contexto do debate que influenciou o processo constituinte.

Em 1988, com a Constituição Federal; em 1989, com as Constituições Estaduais; e em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080, de 19-9-1990), parte substancial da discussão que se travou naquele período foi levada à letra da lei, coroando algumas das grandes questões que se colocavam em relação à área de saúde do trabalhador.

Uma das maneiras para integrar as ações de saúde ao trabalhador se dá através dos ambulatorios de saúde. Experiências pioneiras de criação de centros de referências para a saúde do trabalhador surgiram no final dos anos 80, nos municípios de Campinas, Salvador e São Paulo. A partir de então, foi ressaltada a importância da organização de centros de referência voltados para a vigilância e atenção em saúde do trabalhador, o chamado programa de atenção integral à saúde do trabalhador (BRASIL, 2003).

Entre essas questões, podemos destacar a inovação do próprio conceito de saúde do trabalhador, as interfaces de sua abordagem com a sociedade, em especial com o movimento sindical, a mudança do caráter do modelo interventor e a sua introdução no campo das políticas públicas de saúde, trazidas para o corpo das legislações reguladoras da área (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 2000).

Com a promulgação da Constituição Federal/88, em que se insere a atribuição do SUS de executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, em seu inciso II do artigo 200 (BRASIL, 2003), a área institucionalizada de saúde do trabalhador vem passando por diversas turbulências, sem que se tenha um formato estrutural adequado.

O texto da Carta Magna, em seu artigo 198, afirma ainda que: [...] As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...].

E, em seu artigo 200, está definido que [...] ao Sistema Único de Saúde compete... executar as ações de Saúde do Trabalhador [...]", assim como "[...] colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho [...]"

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90), em seu artigo 6º, parágrafo 3º, regulamenta os dispositivos constitucionais sobre Saúde do Trabalhador, da seguinte forma:

Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das 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).

Sendo assim, de acordo com o Manual de Gestão e Gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador de 2006, a saúde do trabalhador abrange: I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II - participação, no âmbito de competência SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; III - participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à Saúde do Trabalhador; IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de Saúde do Trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRAGA, 2006).

Em 2004, foi lançada a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) como documento de referência na construção teórica no que se refere à atenção à saúde do trabalhador. As diretrizes da PNSST (2004) expressam um conjunto de objetivos comuns priorizados, a citar: I - Ampliação das ações de Serviço e Saúde de Trabalhador (SST), visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde; II - Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador; III – Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação; IV - Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador; V – Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da PNSST; VI - Promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em Segurança e saúde do Trabalhador.

O Ministério da Saúde, até setembro de 2003, havia implantado 80 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), o que vem garantindo, mesmo mediante várias dificuldades, uma maior atenção para a saúde do homem no trabalho. O trabalho nas CRST se dá em conjunto com o PSF, com equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais, profissionais estes que farão a triagem dos pacientes, e, nos casos de doenças provocadas pelo trabalho, deverão realizar o diagnóstico e encaminhar o paciente para as unidades de média ou alta complexidade. A Odontologia ainda não é citada como uma das profissões que devam integrar os CRST's (PERES et al., 2003). Dados atuais mostram que até julho de 2009, 150 CRST estão em funcionamento no país (BRASIL, 2008).

O CRST é um local de atendimento especializado em Saúde do Trabalhador. Além de atender diretamente o trabalhador, serve como uma fonte geradora de conhecimento, ou seja, tem condição de indicar se as doenças ou os sintomas das pessoas atendidas estão relacionados com as atividades que elas exercem, na região onde se encontram. Esses dados podem ser de extrema valia para as negociações feitas pelos sindicatos e também para a formulação de políticas públicas (PERES et al., 2003).

Além da criação destas unidades, há de se considerar a formação de uma rede de centros colaboradores, composta por universidades e centros de pesquisa, para garantir o apoio técnico necessário. Faz-se necessário ainda que se invista firmemente na integração, em âmbito municipal, das ações de saúde integral ao trabalhador no SUS.

Dessa forma, a configuração da Saúde do Trabalhador se dá diretamente no âmbito do direito à saúde, previsto como competência do SUS. Devido à abrangência de seu campo de ação, apresenta caráter intra-setorial (envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo do SUS) e inter-setorial (envolvendo a Previdência Social, Trabalho, Meio Ambiente, Justiça, Educação e demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), exigindo uma abordagem interdisciplinar e com a gestão participativa dos trabalhadores (BRAGA, 2006).

2.3. ODONTOLOGIA DO TRABALHO

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 60, a Odontologia encontrava-se em um estágio radical, cujo objetivo era somente o alívio da dor por meio de extrações. Na década de 70, a Odontologia curativa se destacou; neste período, ter saúde bucal era ter o dente restaurado. Atualmente, atentando para os aspectos biológicos das doenças bucais, motiva-se o indivíduo para que cuide de sua boca, investindo na prevenção. As concepções de saúde bucal se modificaram, mas certo é que a qualidade de vida não existe quando a saúde bucal está comprometida. Atualmente, a relação entre as condições de trabalho e estilo de vida, que por sua vez está relacionado a fatores ocupacionais, e a saúde bucal vem sendo objeto de investigações no campo da saúde bucal do trabalhador (FERREIRA, 1997; MENDONÇA, 2001; NARVAI, 1994).

Medeiros (1966) conceituou Odontologia do Trabalho como sendo o setor da Odontologia que tem por finalidade a melhoria da saúde oral, seus efeitos e influência sobre a produtividade do trabalho e o diagnóstico precoce de manifestações orais de doenças ocupacionais.

A importância do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador foi destacada já década de 70 por Nogueira (1972), que descreveu diversos quadros patológicos bucais decorrentes de doenças profissionais ocasionados por agentes mecânicos, físicos, químicos e biológicos.

Um estudo concluiu que estresse ocupacional, representado pela falta de controle dos trabalhadores durante seu processo de trabalho, foi um fator associado à progressão da doença periodontal em trabalhadores irlandeses (LINDEN; MULLALLY; FREEMAN, 1996).

Ainda sobre o estresse, relacionado a determinadas atividades profissionais, um estudo conduzido com trabalhadores suecos (SÖDERFELDT et al., 2002), apontou o estresse como um fator associado a piores condições de saúde bucal.

Araújo e Marcucci (2000) apontaram que a saúde bucal do trabalhador foi destacada como um novo campo de atuação profissional para o cirurgião-dentista. Os autores relataram que este novo campo deveria abordar a epidemiologia e patologia das doenças ocupacionais, buscando prevenir os efeitos nocivos das condições de trabalho e suas influências sobre a saúde. As condições de trabalho interferem na qualidade de saúde bucal dos trabalhadores e alterações na mucosa permitem, muitas vezes, um diagnóstico precoce de envolvimento sistêmico.

Segundo Midorikawa (2000), vários são os benefícios que podem ser elencados a partir da inserção do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador. Para o próprio trabalhador, pode-se citar desde o aprendizado dos cuidados com a higiene bucal, aumento da motivação e da imagem do local de trabalho perante o trabalhador, até a facilidade de acesso aos cuidados odontológicos, tratamento das doenças bucais, eliminação dos focos de infecção e das dores de origem dentária.

Com o mesmo enfoque, Silva, Barreto Junior e Sant'Ana (2003) descreveram que o novo padrão mundial de produção e comércio tem produzido mudanças no mundo do trabalho, nos determinantes da saúde-doença e na organização das práticas de saúde e de segurança no trabalho. Os agravos à saúde dos trabalhadores englobam, além dos acidentes de trabalho, as doenças profissionais, que apresentam relação nítida com o trabalho, e as doenças relacionadas ao trabalho,

diferentemente da primeira citada aqui, o trabalho é assumido como co-fator na etiologia da doença.

Horev et al. (2003) constataram que as condições de saúde bucal e as necessidades de tratamento odontológico de militares israelenses estavam associadas à sua hierarquia ocupacional, sendo que os indivíduos que possuíam uma posição hierárquica inferior apresentaram Índice de dentes cariados, perdidos e oburados e Índice periodontal comunitário de tratamento de necessidades (CPO-D e CPITN) mais elevados.

Muitos estudos têm sido conduzidos enfocando a saúde bucal de trabalhadores e aspectos patológicos de sua atividade laboral, dentre eles o de Crossato (2007), que cita a obra de Ramazzini, onde relaciona doenças a 54 categorias profissionais, dentre estas os profissionais de carvoarias, nos quais relata perdas dentárias e úlceras gengivais.

A confluência dos conceitos de saúde do trabalhador e saúde bucal coletiva nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) de 2004 no âmbito do SUS propõe uma reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção. Entre essas linhas, estão à atenção aos adultos, em especial aos trabalhadores, que deve integrar a Odontologia aos programas de saúde do trabalhador e a segurança no trabalho, viabilizando a detecção dos riscos específicos. No mesmo documento existe o reconhecimento de que essa nova forma de fazer as ações de saúde bucal é um grande desafio, mas ao mesmo tempo um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho e a própria inserção da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. É decorrente da superação das práticas uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal, a possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo, de ganhos nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão (BRASIL, 2004a).

Segundo Mazzilli (2003), o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a partir de 1999, demonstrou firme propósito de inserir a Odontologia no Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional (PCMSO) da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho (SST) do Ministério do Trabalho.

A Odontologia do Trabalho está regulamentada com base na Resolução do CFO n.º 22/2001, Art. 30º, de 27 de dezembro de 2001 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2009) e na Resolução do CFO n.º 25/2002, Art. 3º, de 16 de maio de 2002 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2002).

O reconhecimento da especialidade atendeu pelo menos a dois aspectos de suma importância: a relevância social e a relevância 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 n.º 22/2001, Art. 30º, da Seção X, do Título I, assim define a especialidade (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2001): “Art. 30º. 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 trabalho”.

A Resolução do CFO n.º 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 no local de trabalho, em qualquer das fases do processo de produção;
- b) assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde, de segurança, de ergonomia e de higiene no trabalho, assim como em matéria de equipamentos de proteção individual, entendendo-se inserido na equipe interdisciplinar de saúde do trabalho operante;
- c) planejamento e implantação de campanhas e programas de duração permanente para educação dos trabalhadores quanto a acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e educação em saúde;
- d) organizar estatística de morbidade e mortalidade com causa bucal e investigar suas possíveis relações com as atividades laborais; e,
- e) realização de exames odontológicos para fins trabalhistas.

A Odontologia, neste contexto, deverá ser contemplada quanto à sua participação, tendo em vista a saúde integral do trabalhador e as necessidades preventivas e promocionais e assistenciais na área de saúde bucal na população brasileira em geral.

Não se pode falar em atenção integral à saúde do trabalhador sem inserir as ações de saúde bucal, as quais devem ser conduzidas dentro dos Programas de Saúde Ocupacional por odontólogos devidamente capacitados para lidar com a especificidade da relação saúde bucal e trabalho. Algumas iniciativas para incluir a Odontologia do Trabalho no organograma do Ministério do Trabalho e Emprego como o Projeto de Lei n.º 3.520, de 2004, do Deputado Federal Vanderlei Assis (PP-SP) que tratava desse assunto foi arquivado, porém, em 2007 foi retomada através do Projeto de Lei n.º 422.

O Projeto de Lei n.º 422, de 2007 de autoria do Deputado Flaviano Melo (PMDB-AC), propõe alterar os artigos 162 e 168 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para incluir a odontologia do trabalho entre os serviços especializados que as empresas devem manter com vistas à prevenção e monitoramento dos agravos ocupacionais de seus empregados (PL-422/07) (COMISSÃO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO, 2007).

Com esse projeto se tornando lei, a alteração se dará na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em torno da Norma Regulamentadora 4 (NR 4), que dispõem sobre os serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). A NR-4 ainda diz que as empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes legislativo e judiciário, que possuam empregados regidos pela CLT, manterão, obrigatoriamente, serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho (BRASIL, 1978).

Os SESMT são integrados por médico do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico de segurança do trabalho e auxiliar de enfermagem do trabalho.

A Odontologia do Trabalho já foi inserida em alguns serviços particulares, que é o caso de indústrias, como a Companhia Siderúrgica Paulista (COSIPA), em São Paulo; a Dakota, no Ceará; a MBR e a Votorantim Metais, em Minas Gerais; e as empresas vinculadas às instituições que integram o Sistema S (SENAI, SESI, SESC, SENAC, SEBRAE). Em 10 anos de atuação com a Odontologia do Trabalho, a

COSIPA conseguiu reduzir o índice de cárie de seus empregados para 4,6%, contra uma média brasileira de 13,3%; e chegou a alcançar, em 2005, a meta da OMS estabelecida para 2010: 90% com o mínimo de 20 dentes na boca. De acordo ainda com a entrevista publicada na Revista Proteção, em nove anos de existência do programa, a Dakota obteve significativa redução no absenteísmo e na rotatividade, e melhoria da produtividade, obtendo um índice de satisfação dos empregados da ordem de 88%. Segundo dados da revista especializada (PRESENÇA..., 2007).

Ainda segunda essa reportagem, no setor público, há exemplo de iniciativas voltadas para o mesmo objetivo. O Ministério do Planejamento, ao instituir o Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Civis Federais, através da Portaria n.º 1.675/2006, previu a inclusão do odontólogo com a função específica de:

[..] elaborar laudos e/ou pareceres; realizar perícias odontológicas; fazer anamnese odontológica; promover palestras educativas sobre doenças do aparelho estomatognático e orientação de saúde bucal; atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificação de falta ao emprego; encaminhar o paciente para atendimento por outras especialidades; avaliar as condições de saúde bucal do servidor, atentando para as disfunções têmpero mandibulares e outras que lhe forem delegadas.

O PL-422/07 segue em agosto de 2009 para a Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), na qual a relatora, já nomeada, será a deputada Rita Camata (PMDB-ES). Depois, irá para a Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP), para a de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC). Aprovada, seguirá finalmente para o Senado para se tornar Lei.

Crossato (2007) afirmou que a Odontologia do Trabalho pretende mitigar riscos e agravos por meio de ações preventivas, conscientizando os diversos atores sociais sobre a importância da saúde do trabalhador como um todo, onde este poderá ser visto como sujeito do processo evolutivo. Isto poderá ser possível através da integração da Odontologia às empresas, associando-se a processos de controle de seus insumos, juntamente com as Gestões de Qualidade e Ambiental, vinculando-se ao SESMT, com seu suporte técnico-científico, atuando na saúde do trabalhador, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), sindicatos, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Ministério da Previdência Social, entre outras áreas afins. E ainda poderá ter uma atuação relevante na prevenção de acidentes de trabalho e na redução do absenteísmo ocupacional, que segundo o próprio autor

define como a ausência do trabalhador ao trabalho, por razões médicas ou outras. O absenteísmo tipo I é aquele em que o empregado falta, simplesmente, levando à perda de produção de horas não-trabalhadas. O absenteísmo de corpo presente (tipo II) é aquele em que o trabalhador, apesar de presente, não desenvolve seu melhor desempenho, com redução de produtividade. Este geralmente é decorrente de problemas de saúde, que podem, muitas vezes, ser oriundos de causas odontológicas.

O absenteísmo por atestado odontológico encontrado em estudo desenvolvido em Araçatuba, interior de São Paulo, foi de 3,3% em empresas públicas e de 6,3% em empresas privadas, em relação ao total de atestados apresentados, no período estudado. Percebeu-se, entretanto, que muitos atestados de cirurgiões-dentistas não eram aceitos por ausência de Código Internacional de Doenças (CID). Além disto, observou-se que muitas empresas não acatam o atestado fornecido pelo cirurgião-dentista, contrariando a legislação em vigor (MARTINS et al., 2005). Esta referência mostra tanto o desconhecimento do cirurgião-dentista, não colocando o CID, quanto a não-aceitação e descumprimento da lei, por parte dos empregadores.

Mazzilli (2003) ainda definiu que o absenteísmo odontológico pode ser entendido como a ausência do empregado ao trabalho, motivada pela má condição de saúde bucal, em sua pessoa ou em qualquer de seus dependentes, quando se tratar de acompanhamento. Caracteriza-se pela perda temporária da possibilidade ou da capacidade de trabalho e determina a ausência física, parcial ou completa, do trabalhador em sua regular jornada laboral (corpo ausente) ou, ainda, sua presença insatisfatória ou precária no trabalho (ausência de corpo presente).

2.4 PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO EM SAÚDE BUCAL

A percepção e o conhecimento em relação à saúde adquirem diversos significados, de acordo, inclusive, com o desenvolvimento científico da sociedade. Saúde e doença devem ser vistas como situações ou momentos dinâmicos e contraditórios de um mesmo processo vital, que são diversos e independentes. A falta de conhecimento a respeito de problemas de saúde e de seus fatores causais, aliada a inexistência de meios para combatê-los, forma um quadro muitas vezes alarmante ao longo da história (BASTOS; PERES; RAMIRES, 2003).

Trabalhos sobre o conhecimento em saúde também foram realizados por Valentini et al. (2004), que conduziram um estudo em Campinas/SP para investigar as atitudes, conhecimento, e autoconfiança dos médicos clínicos no diagnóstico e tratamento da depressão. Participaram do estudo dezessete médicos psiquiatras da Associação Mundial de Psiquiatria (AMP).

Dentre outros, os fatores socioeconômicos geralmente avaliados pela escolaridade e renda (este último sujeito a erros), refletem que as piores condições de saúde em geral, afetando os cuidados preventivos e o julgamento sobre o significado da doença, ocorrem nas pessoas que apresentam um baixo nível socioeconômico, como afirma Starfield (2002).

Para avaliar a auto-percepção das condições de saúde bucal e analisar os fatores clínicos, e subjetivos que interferem na percepção, é essencial entender como o indivíduo percebe sua condição bucal, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a ela (KIYAK, 1993).

Segundo Silva e Castellanos Fernandes (2001), estudos sobre auto-percepção mostraram estar relacionada a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e com fatores subjetivos, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas, além dela também ser influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo. De maneira geral as pessoas conseguem perceber sua condição bucal com alguma precisão, porém usando critérios diferentes do profissional. Enquanto o cirurgião-dentista avalia a condição clínica pela presença ou ausência de doenças, para o paciente são importantes os sintomas e os problemas funcionais e sociais decorrentes das doenças bucais.

A emergência de programas de saúde bucal nas unidades locais, como aqueles empreendidos por secretarias de saúde municipais, assumem grande importância na medida em que procura utilizar metodologias de educação como parte do processo de capacitação da população para melhorar sua saúde bucal. Entretanto, como enfatizam Misrachi e Sáez (1989), é necessário considerar os estilos de vida e as formas de viver das populações a quem são dirigidas as ações de saúde, pois no

campo da cultura popular, os conhecimentos, os valores, as crenças e as práticas se vinculam com fatores biológicos, econômicos e sociais.

Existem poucas informações acerca do uso de serviços odontológicos por parte da população brasileira. Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD, 2000), quase um quinto (18,7%) da população brasileira nunca consultou um dentista. As maiores proporções de pessoas desassistidas estão entre as crianças menores de quatro anos (85,6%), nos homens (20,5%) e na população residente em áreas rurais (32,0%).

Provavelmente incluídas nesta porcentagem de pessoas que não procuram o dentista, estão as que enfrentam barreiras ao atendimento odontológico, conceituadas por Freeman (1999) como aquelas dificuldades que as pessoas vivenciam para obter atendimento em Odontologia.

No documento Melhorando o Acesso à Saúde Bucal, citado por Bernd et al. (1992), as barreiras ao atendimento odontológico foram classificadas em três categorias: relacionadas ao indivíduo, à prática da profissão e à sociedade. As barreiras concernentes ao indivíduo são: baixa percepção de necessidade, ansiedade e medo, custos e dificuldade de acesso. Entre os fatores limitantes à prática da Odontologia figura a inadequação dos recursos humanos, a formação inadequada dos profissionais para contribuir na mudança das condições de saúde da população, a má distribuição geográfica da mão-de-obra e a ocorrência de estresse ocupacional. As barreiras concernentes à sociedade se referem ao número insuficiente de ações de promoção de saúde, a instalações impróprias dos serviços e ao reduzido apoio financeiro à pesquisa.

Wannmacher (1995) considera que fatores sociais, econômicos e culturais podem interferir no processo de doença de um grupo considerado de alto risco para o desenvolvimento da cárie dental. Isto se reflete em países desenvolvidos, nos quais grande parte da contribuição para o declínio da experiência desta doença parece estar associada a melhor qualidade de vida das populações, sendo que a saúde bucal apresenta-se como uma prioridade.

No ano 2000, um projeto identificado como “SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, foi lançado com o objetivo de produzir informações sobre

as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do SUS. Dentre as variáveis pesquisadas, foi avaliada a condição da coroa e raiz dentária, necessidade de tratamento odontológico do elemento dentário, condição periodontal do sextante, oclusão dentária, uso e necessidade de prótese, fluorose dentária e presença de alterações de tecidos moles. Foram obtidos também dados relativos à condição sócioeconômica do examinado, acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal (BRASIL, 2004a).

Dentre os resultados, divulgados em 2004, observa-se desigualdades regionais marcantes no acesso ao serviço odontológico: no total, cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foi ao dentista. Na Região Sul, menos de 6% dos adolescentes relatam nunca ter ido ao dentista enquanto que esta percentagem chega a quase 22% na região Nordeste.

Os resultados também mostraram que um dos principais motivos da visita ao dentista foi a experiência de dor dentária, relatada por mais de 30% dos adolescentes entrevistados. A ida ao dentista para consulta de rotinas/manutenção foi relatada por cerca de 34% dos adolescentes. Quanto a adultos e idosos, a percentagem de pessoas que foram ao dentista devido à presença de dor foi de cerca de 46% nestas faixas etárias.

Em relação a autopercepção da saúde bucal, os resultados revelaram uma situação de saúde bucal péssima, ruim ou regular de 44,7%, 59,2% e 43,6% para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade, respectivamente. A prevalência da dor dentária (pouca/média/alta) nos últimos seis meses foi de 35,7% em adolescentes, 34,8% em adultos e 22,2% em idosos.

Ainda de acordo com os resultados do SB BRASIL, a maioria dos adolescentes (55,62%), adultos (48,16%) e idosos (40,5%) entrevistados freqüentou o atendimento odontológico do serviço público (BRASIL, 2004b).

Em outro estudo, Barreira et al. (1997) evidenciaram que a procura pelo dentista ocorre basicamente após a instalação de problemas bucais, apesar dos entrevistados reconhecerem que esta atitude é incorreta. A falta de periodicidade de visitas ao profissional foi justificada pela precária condição financeira, pela

indisponibilidade de tempo e, além disso, essas pessoas julgam apresentar outros problemas de maior necessidade de resolução.

Esteves (1999), estudando uma amostra constituída por alunos dos cursos de Odontologia, enfermagem e medicina de Alfenas (MG), pertencentes a diferentes classes sociais, relatou que a procura pelo dentista ainda se faz em caso de dor, em detrimento da prevenção.

Em um estudo sobre autopercepção e conhecimento sobre saúde bucal de moradores de uma comunidade carente do município de Porto Alegre, anterior à implantação de um programa de saúde bucal, Figueiredo, Silva e Bez (2008), entrevistaram 185 pais ou responsáveis de crianças matriculadas na escola da comunidade, usuários de uma UBS. Os resultados mostraram que pouco mais da metade dos indivíduos já havia frequentado o dentista e 31,98% deles, por causa de dor de dente. Com relação à autopercepção sobre a saúde bucal, as autoras encontraram que 63,78% da amostra já tiveram experiência de cárie e 40% de sangramento gengival. Com relação aos conhecimentos sobre saúde bucal, 50,81% dos sujeitos da pesquisa entenderam que a cárie é uma doença infecto-contagiosa.

Silva e Castellanos Fernandes (2001), numa pesquisa sobre autopercepção de saúde bucal de idosos, realizada em Araraquara, que 60,8% e 81,3% dos examinados declararam não ter nenhum problema em seus dentes ou gengivas, respectivamente. A condição bucal foi avaliada como “regular” por 42,7% das pessoas. A percepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva, as respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais. A auto-avaliação da condição bucal aparentemente contrasta com a condição clínica, pois a pessoa teve visão positiva, mesmo com seus dados não sendo satisfatórios. No entanto, ela apenas revelou que o paciente deve avaliar sua condição bucal com critérios diferentes do profissional.

Outros estudos, como os de Mathias et al. (1995) e Jokovic e Locker (1997), sobre autopercepção, já haviam mostrado que a maioria das pessoas vê sua condição bucal de maneira favorável, mesmo em condições clínicas não satisfatórias, provavelmente porque as medidas clínicas de saúde utilizadas pelo profissional são preditores relativamente fracos da percepção de saúde bucal das pessoas.

De acordo ainda com Jokovic e Locker (1997), uma das razões para a fraca associação entre as variáveis clínicas e a auto-avaliação devesse ao fato de que muitas doenças detectadas no exame clínico são assintomáticas e provavelmente desconhecidas pelo indivíduo.

Flores e Drehmer (2001) realizaram um estudo para verificar as percepções e conhecimentos, bem como o comportamentos e representações sociais de saúde e doença bucal de adolescentes. Os resultados mostraram que os entrevistados manifestaram comportamentos que se contrapõem aos bons conhecimentos que possuem a respeito dos cuidados relacionados com a saúde bucal e que a motivação para realizá-los está vinculada com a vida social.

Moimaz et al. (2001) estudaram a percepção de saúde bucal em 23 indivíduos de uma comunidade de Icatu/SP, e ao serem questionados a respeito da percepção de saúde bucal, 56,5% da população estudada citou que saúde bucal está relacionada à higiene, 47,8% a uma boa mastigação e 43,4% disseram que saúde bucal esta relacionada a estética. Para 21,7% dos pesquisados, ter saúde bucal é ter ausência de doença e dor. Outro resultado encontrado na pesquisa diz respeito às condições bucais dos entrevistados e 78,3% citam condição regular, 17,4%, boa, e apenas 4,3%, ruim. A maior parte dos entrevistados (78,2%) acha a higiene bucal de suma importância, 90% deles utilizam escova dentária, 65,2% usam pasta, 30,4% fazem uso do fio dental, e apenas 4,3% utilizam o enxagüatório.

Ferri (2006) pesquisou a satisfação dos usuários em uma unidade de saúde da família realizada em Ribeirão Preto, SP, e considerou um avanço a sugestão dos usuários para a contratação do profissional dentista dentro da UBSF, mostrando que a saúde bucal começa a ser reconhecida como necessidade pela população.

Em um estudo sobre a avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal, Unfer e Saliba (2000), na observação das características pessoais e socioeconômicas da população estudada verificaram que as faixas etárias predominantes estão situadas de 21 até 30 anos (33,4%) e de 31 até 40 anos (25,4%), sendo a maioria do sexo feminino (80,2%). Nesse estudo, a autoras encontraram respostas sobre quais foram os problemas bucais conhecidos pelos entrevistados. As categorizações foram feitas de acordo com referências a

problemas dentários ("cárie", "dor de dente", "problema de canal", "obturação", dentre outros), problemas periodontais ("sangramento", "problema de gengiva", "tártaro" e outros) e problemas classificados pelo autor como não específicos da odontologia (como "sapinho", "afta" e outros). Acerca da percepção sobre saúde, foram categorizadas as percepções da própria saúde bucal. Com relação à pergunta "Quais os problemas da boca que você conhece?", os problemas dentários foram mencionados por 64,5% dos entrevistados. Em segundo lugar foram citados os problemas não específicos da área odontológica, por 45,7%, e, em terceiro, os problemas periodontais, por 19,7%. No que diz respeito à percepção da própria saúde bucal, 45,7% consideraram sua saúde regular. Quando questionados sobre o porquê da sua percepção, os entrevistados mencionaram apresentar algum tipo de necessidade, expressadas principalmente por "necessito prótese", "necessito tratamento de canal", "tenho cárie", "tenho problema de gengiva", "preciso ir ao dentista", enquanto que 30%, ao considerarem sua saúde bucal boa, expressaram-na como "nada incomoda", "não sinto nada", "fui ao dentista", "como bem".

No mesmo estudo, Unfer e Saliba (2000) concluíram que os dados colocam em evidência a relação entre problemas e sinais e sintomas, destacando que as noções de saúde e de doença bucal são concebidas por cada indivíduo de acordo com seu próprio critério, podendo refletir tanto suas experiências anteriores com cuidados dentários como expectativas de saúde bucal relativas a algum grupo de referência.

Vasconcellos e Silveira (1989), Rocha (1993) e Maciel (1994) realizaram estudos semelhantes e verificaram o fato de um percentual significativo de pessoas considerarem que a cárie dentária pode ser evitada por meio do autocuidado e da visita ao dentista. Esse achado evidencia que o aparecimento da doença e a busca pela saúde parecem ser atribuição e responsabilidade apenas do indivíduo.

Em um estudo sobre informação e conhecimento sobre saúde bucal de 101 acadêmicos matriculados no último ano do curso de pedagogia da Universidade Federal da Paraíba, Ferreira et al. (2005) abordaram em seus questionários questões sobre a prevenção em Odontologia, percepção e conhecimento sobre a cárie dentária e hábitos saudáveis na infância, e verificou que grande parte sua de sujeitos de sua pesquisa afirmou saber que a cárie é uma doença, entretanto, apenas 29% acreditam no caráter de transmissibilidade da mesma. Em seu estudo o

autor ainda encontrou que 83% de sua amostra já haviam recebido informações voltadas para a Odontologia preventiva e 64% aprenderam a higienizar a boca através do dentista, seguido pela leitura (51%) e meios de comunicação (44%).

Vellozo (2006) avaliou o conhecimento em saúde bucal de 167 profissionais do ensino fundamental de escolas públicas do município de Campos dos Goytacazes-RJ, e quando questionados se já tinham feito cursos sobre saúde bucal, 59 profissionais (37,3%) responderam que sim, enquanto 99 (62,7%) responderam que não. Os que receberam informações em saúde informaram que foi ministrado pelo cirurgião-dentista e pelo médico.

Sant'Anna (2007) analisou o conhecimento em saúde bucal dos professores de ensino fundamental das escolas públicas de Bauru-SP. Investigou também qual a atitude desses profissionais, em relação à educação em saúde e promoção de saúde bucal na sala de aula e 38% de sua amostra responderam não conhecer o que é doença periodontal.

Com relação ao conhecimento popular sobre saúde bucal das gestantes, o trabalho de Bernd et al. (1992) apontaram que a percepção mais marcante do discurso de gestantes gaúchas foi a de que dentistas, amigos e familiares influenciaram decisivamente na concepção da impossibilidade de tratamento odontológico neste período, mesmo quando elas demonstravam interesse em buscar atendimento. A formulação da hipótese que poderia explicar a origem desse discurso parece um exercício de bastante complexidade. Talvez envolva o processo de informação dos profissionais e, até mesmo, um mecanismo de defesa dos mesmos referentes a traumas e medos relacionados ao tratamento odontológico no decorrer da gestação. Em conseqüência, a população, em sua grande maioria, apresenta-se sem a informação necessária e correta, o que gera uma cultura popular permeada de ambigüidades e crenças.

A influência de crenças também foi considerada verdade em 40,7% das 237 gestantes entrevistadas em cidades do interior do Estado de São Paulo (SANTOS-PINTO, 2001). Esta concepção não se restringe à cultura brasileira, estando disseminada em outros países como Austrália (CHAPMAN et al., 1971) e Chile (MISRACHI; SAEZ, 1989), demonstrando nesses achados que a maioria das

gestantes desconhecia a inexistência da relação de causalidade entre o processo de cárie e gestação.

Freire, Macedo e Silva (2000) conduziram um estudo quali-quantitativo em Goiânia (GO) sobre os conhecimentos atitudes e práticas relativas a saúde bucal de 96 médicos pediatras de ambos os sexos, sendo 60 (62,5%) do sexo feminino e 36 (37,5%), graduados entre 1968 e 1994. Os resultados demonstraram que apenas 38,5% dos pesquisados relataram que receberam informações sobre saúde bucal durante o curso de graduação em Medicina, enquanto um percentual ainda menor (24,0%) recebeu este conteúdo durante a residência em pediatria. Outras fontes de informação apontadas foram principalmente cursos de reciclagem fora do SUS - GO (28,1%) e publicações da área (14,6%). Os autores ainda relataram que a grande maioria dos médicos apresentou um elevado grau de insegurança quanto ao tipo de orientação que é dada aos pais, provavelmente devido à fragmentação e pouca consistência de informações recebidas, havendo certa dificuldade de comunicação profissional-paciente.

Em um estudo sobre conhecimento de profissionais e estudantes da área da saúde sobre Odontologia para bebês, Silva (2007), teve como objetivo avaliar, através de um questionário, o conhecimento de pediatras, enfermeiros materno-infantis e estudantes de Medicina e Enfermagem sobre Odontologia para bebês. O estudo foi realizado com pediatras (n=42), enfermeiros materno-infantis (n=69), estudantes de medicina (n=118) e de enfermagem (n=68) de duas cidades do sul de Minas Gerais que possuem faculdades de Medicina e de Enfermagem. Verificou-se no desenvolvimento de seu trabalho, principalmente no serviço público, que o pediatra tem sempre o apoio da enfermagem, que assiste de modo peculiar à criança e sua mãe com diferentes recursos técnicos e, em especial, com procedimentos educativos. O que chama a atenção no estudo de Silva (2007) é que os pediatras apresentam lacunas de conhecimento sobre diversos aspectos relacionados com a saúde bucal da criança. Essas lacunas também podem ser observadas entre os enfermeiros materno-infantis e entre os estudantes de medicina e de enfermagem.

Quanto ao conhecimento e importância do uso do fio dental, Campos e Garcia (2004) relataram que a frequência do uso de fio dental mostrou-se alta nos grupos estudados (professores de escolas de ensino fundamental) e avaliando-se as

respostas referentes à função do fio dental verificou-se que este tem sido utilizado apenas para remoção de partículas sólidas de alimentos presas entre os dentes.

Ainda sobre o uso do fio dental, Santos-Preciado e al. (2003), em um estudo no México com adolescentes, verificou que não era usado rotineiramente.

Em um estudo sobre conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre realizado por Flores e Drehmer (2003), foi questionado como cuidar dos dentes e 100% da amostra respondeu que é escovando os dentes, 96,23% indo ao dentista e 92,45% usando fio dental, embora ao perguntar sobre o uso do fio dental, 32,08% da amostra responderam não fazer uso deste artifício para a manutenção de sua saúde bucal.

No amplo estudo de Grigoletto (2007), que envolveu 77 cuidadores de família cadastradas da zona oeste do município de Riberão Preto/SP, foram avaliados a percepção de risco em relação à saúde bucal de um núcleo de saúde da família. Os resultados foram divididos em caracterização socioeconômica e cultural dos sujeitos; conhecimentos, crenças/valores, e comportamentos/attitudes relacionados à saúde bucal. Foi observado nos entrevistados se eles já tinham recebido alguma orientação de saúde bucal para evitar problemas odontológicos, e 53,2% deles disseram que nunca tinham sido orientados e 46,8% afirmaram que tiveram orientação, embora apenas 31,2% obtiveram esse aprendizado proveniente do dentista. Quando foi avaliada a percepção da própria condição de saúde bucal, 52% dos entrevistados consideraram sua saúde bucal excelente, muito boa ou boa e 3,9% consideraram como “ruim”. Em relação à saúde geral, perguntou se alguém tinha algum problema, e 63,6% dos sujeitos afirmaram que tinham qualquer problema de saúde. No estudo foi relatado ainda que 49,3% dos entrevistados visitam o dentista regularmente, e que essa era a melhor maneira para se ter uma boa condição de saúde bucal. Quanto ao motivo de procura pelo serviço odontológico, 26% dos respondentes disseram ter ido da última vez ao dentista por rotina, 14,3% por motivos de dor e 45,5% por outros motivos. Quanto ao tipo de serviço odontológico, 51,9% dos entrevistados afirmaram que usam o serviço privado, 23,4% disseram ter usado o plano de saúde, e apenas 22,1% afirmaram usar o serviço público.

Ainda no estudo de Grigoletto (2007), ao perguntar “[...] o que é para você ter saúde bucal”, foram encontradas respostas do tipo:

“...saúde bucal é não ter problema...”
“...é não ter nada que incomode...”
“...ter a boca saudável...”
“não sentir dor...”

Mutsumi (2002) em seu estudo sobre acesso aos serviços odontológicos da população brasileira no final do século XX, obteve como resultado que cerca de 50% da população estudada tinha acesso freqüente à assistência odontológica, 30% tinha acesso irregular e 20% não tinham acesso (nunca tinham ido ao dentista), sendo que o motivo mais freqüente da não procura por serviços de saúde, caracterizou-se pela não percepção da necessidade. Ainda segundo o mesmo autor, os problemas odontológicos são os terceiros maiores de procura por serviços de saúde no Brasil. No entanto, o acesso aos serviços odontológicos no país é restrito, os serviços públicos ainda não garantem o acesso universal previsto na constituição de 1988, já que o resultado de Mutsumi mostrou que o atendimento predominante ocorria através do SUS, seguido pelo particular.

Barros e Bertoldi (2002), em uma avaliação nacional sobre desigualdade na utilização a serviços odontológicos, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), verificaram que do ponto de vista ao acesso, o SUS é um agente de grande importância, porém com um papel proporcionalmente pequeno, uma vez que encontraram que 69% dos atendimentos ocorreram em serviços particulares. O SUS respondeu por apenas 24% dos atendimentos, enquanto 17% procuraram o dentista através de planos de saúde.

Corbacho et al. (2001) em seus achados em uma pesquisa sobre a percepção em saúde bucal das famílias participantes do programa de saúde da família, encontraram que apenas 25% dos sujeitos procuravam o dentista particular, 16,6% realizavam o tratamento por meio de planos de saúde e 58,3% buscavam alguma Unidade de Saúde.

Marcenes e Sheiham (1992) em um estudo na cidade de Belo Horizonte com adultos de diferentes categorias socioeconômicas encontraram uma freqüência alta quando foi perguntado aos entrevistados se escovavam os dentes regularmente.

Já Abegg (1997), em seu estudo sobre hábitos de higiene bucal de adultos de Porto Alegre, procurou incluir na amostra pessoas que exercessem as mais diferentes funções nas empresas, de modo a abrigar diferentes categorias socioeconômicas, e com uma amostra de 234 mulheres e 237 homens, observou que 67,5% declararam usar fio dental e mais da metade dos indivíduos entrevistados (68,1%) informaram escovar os dentes três vezes ao dia.

Ainda sobre a frequência da escovação dentária, 98,7% dos sujeitos da pesquisa de Grigoletto (2007) afirmaram escovar os dentes freqüentemente, e quem faz o uso do fio dental diariamente foi relatado por 57,1% dos entrevistados.

Segundo Gift (1986), em estudo sobre medidas de controle da placa dental e práticas de higiene bucal, o uso regular do fio dental não é um comportamento para a maioria da população dos países industrializados, sendo que apenas uma parcela restrita da mesma o utiliza regularmente, e na pesquisa de Faber (2006), apenas 10% a 15% das pessoas realmente usam o fio dental.

Quanto à percepção de risco em relação à saúde bucal, relacionado ao câncer de boca, Grigoletto (2007) encontrou que 64,9% dos entrevistados já ouviram falar do auto-exame para detecção de câncer bucal, no entanto, 81,8% deles nunca tinham recebido informação sobre como realizar o auto-exame. Embora tenha o conhecimento sobre câncer bucal, 14,3% dos entrevistados fumam, 36,4% já fumaram alguma vez, e, apesar de 62,3% dos sujeitos entrevistados relatarem que não ingeriam bebida alcoólica, 22,1% dos sujeitos afirmaram que bebiam “às vezes” e 2,6% bebiam “todos os dias”

Esses dados são muito importantes, porque segundo o manual do câncer bucal do Ministério da Saúde, o tabagismo é o principal fator de risco para o câncer bucal, seguido pelo consumo de bebida alcoólica, sendo que a associação de ambos comportamentos aumenta a possibilidade de desenvolvimento da doença. Além disso, o consumo de cigarro também está relacionado a alterações gengivais, doenças periodontais, dentre outras alterações na cavidade bucal, e o consumo de bebida alcoólica, além de problemas sistêmicos, pode acarretar em defeitos na mucosa, além de aumentar em 15 vezes o risco para o câncer de boca (SOARES, 2003-2005).

Apesar da alta prevalência de cárie dentária e de agravos periodontais, Silva (2000) detectou uma auto-percepção eminentemente positiva de condições de saúde bucal de uma população de 113 trabalhadores que freqüentaram o Serviço de Saúde do Trabalhador do município de Diadema, SP. Implicando na necessidade, não apenas de facilitar o acesso da população adulta trabalhadora aos serviços de atenção à saúde bucal, mas de promover o diálogo e a promoção de uma consciência do trabalhador de sua condição de saúde.

As atitudes e percepções dos indivíduos sobre o risco à saúde está diretamente relacionada ao nível de consciência de cada um (TAKAYANAGUI, 2004). De acordo com Elliott, Eyles e Scott (2000), no nível individual, os tipos de atitudes e percepções de cada indivíduo podem ajudar a amenizar as necessidades e temores ou então, representar fator de maior risco a eles, dependendo do nível de compreensão do objeto em questão.

O mesmo foi observado por Grigoletto (2007), em relação à saúde bucal: se o indivíduo percebe com clareza a importância de adotar comportamentos saudáveis, e toma atitudes voltadas para essa direção, é muito mais fácil conseguir uma melhor condição de saúde bucal.

A saúde está deixando de ser vista de forma fragmentada, sendo analisada na ótica da multidisciplinaridade, sendo assim, ter saúde significa também ter saúde bucal. No entanto, ter apenas saúde bucal não faz sentido se não tiver pelo menos um grau razoável de saúde geral do indivíduo (CHAVES, 1986).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo foi analisar o conhecimento e a percepção de saúde bucal dos trabalhadores inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do município da Serra, ES.

3.1.2 Objetivos específicos

- a) obter o nível de conhecimento sobre saúde bucal dos trabalhadores inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do município da Serra, ES;
- b) obter a percepção sobre saúde bucal dos trabalhadores inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do município da Serra, ES.

Para tal, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H₀ - O conhecimento sobre saúde bucal dos trabalhadores inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do município da Serra é mínimo ou insuficiente;

H₁ - O conhecimento sobre saúde bucal dos trabalhadores inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do município da Serra é bom ou suficiente;

H₂ - A percepção sobre saúde bucal dos trabalhadores inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do município da Serra é mínima ou insuficiente;

H₃ - A percepção sobre saúde bucal dos trabalhadores inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do município da Serra é boa ou suficiente.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Problema da pesquisa

Há pouco conhecimento no meio odontológico sobre a importância da Odontologia do trabalho, assim como uma falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre problemas bucais.

As principais formas de organização da oferta de serviços odontológicos para os trabalhadores formais no Brasil, no que se refere aos serviços públicos, sempre foram incipientes se comparada à assistência médica, com predomínio das ações curativas, na sua maioria de caráter mutilador, ou seja, limitadas quase exclusivamente às extrações dentárias.

A presença do odontólogo do trabalho no ambiente laboral é de fundamental importância para a saúde bucal do trabalhador, contribuindo positivamente para sua qualidade de vida e para a produtividade no serviço. Para tanto, pesquisar sobre o conhecimento e percepção desses trabalhadores sobre saúde bucal é de suma importância para que se possa criar um programa de saúde bucal do trabalhador a ser incorporado no SUS.

Objeto de estudo

O objeto de estudo constitui de 75 trabalhadores inseridos em duas UBSF do município da Serra no Espírito Santo.

Tipo de estudo

Estudo transversal, que se caracteriza por uma abordagem quali-quantitativa, utilizando-se um questionário semi-estruturado, o qual verificou o conhecimento e a percepção de saúde bucal dos trabalhadores inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do município da Serra, ES.

Período de estudo

Novembro de 2008 a março de 2009.

Procedência dos casos

- a) procedência geográfica: município da Serra, na Grande Vitória, ES. (ANEXO A); e
- b) procedência Institucional: as Unidades de Saúde estudadas são da Estratégia de Saúde da Família do município da Serra/ES

A realização desta pesquisa no município da Serra deu-se pelo fato de ser o local de trabalho do pesquisador, facilitando a integração do mesmo com a equipe de saúde para a implantação a *posteriori* de serviços de saúde bucal do trabalhador.

Implicações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o Registro n.º CEP-005/08 (ANEXO B).

A pesquisa foi realizada em duas UBSF do município da Serra. Os nomes e a localização das UBSF não foram expostos no trabalho, uma vez que no termo de consentimento livre e esclarecido é enfatizado que tanto o participante quanto a UBSF não teriam nenhum risco de identificação, já que os resultados foram expressos em Tabelas e números.

Os participantes foram devidamente orientados e explicados sobre a importância do estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

4.2 CASUÍSTICA

Esta pesquisa foi realizada na forma de um estudo transversal, que se caracteriza por uma abordagem quali-quantitativa, utilizando-se um questionário semi-estruturado, o qual verificou o conhecimento e a percepção de saúde bucal de 75

trabalhadores inseridos em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do município da Serra, ES.

Seleção da amostra

A amostra do estudo foi constituída de um total de 110 profissionais. Houve perda de (*n*) devido a alguns fatores, a citar: o não comparecimento do funcionário no dia da visita, questionários incompletos (com resposta em branco), trabalhadores de férias, etc. Houve aqueles ainda que não assinaram o TCLE e nem devolveram o questionário.

Ao total, 75 (*n*) profissionais que trabalham em duas UBS constituíram a amostra final.

Foram excluídas as outras UBSF do município porque elas não foram elegíveis para os fatores de inclusão exigidos para o interesse do estudo.

Os profissionais escolhidos para compor a amostra foram aqueles presentes nas UBSF presentes no dia de entrega do questionário. Foram feitas diversas visitas, até que o total de profissionais que compõem a equipe de saúde tivesse respondido o questionário. Eles foram devidamente orientados e explicados sobre a importância do estudo e assinaram o TCLE.

Crítérios de inclusão

Ter Equipe de Saúde Bucal (ESB) implantada ao mesmo tempo. Esse período, entretanto não poderia ser menor que um ano, para se ter um tempo suficiente da integração do CD com a equipe de saúde da família. Caso uma das UBSF já tivesse um CD trabalhando há mais tempo, poderia haver diferenças importantes no conteúdo relativo ao conhecimento e percepção acerca da saúde bucal, tema de pesquisa do presente trabalho.

Assim, foram escolhidas duas UBSF em que as ESB foram inseridas ao mesmo tempo (aproximadamente três anos).

Critérios de exclusão

UBSF que não possuem ESB, ou as UBSF que a ESB já existia há mais ou menos tempo (3 anos). Além disso, foram excluídas as UBS, Unidades Regionais de Saúde (URS) e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).

4.3 VARIÁVEIS DE INTERESSE DO ESTUDO

As variáveis estudadas são informações sobre o perfil da amostra, o conhecimento e a percepção que cada profissional tem sobre a saúde bucal, extraídas dos questionários.

O questionário (ANEXO D) foi elaborado com base na literatura (MAZZILLE, 2007; MELLO, 2006), além da participação de um grupo de especialistas em Odontologia do Trabalho (RBC, RSB, TSMB). Para a validação do questionário, foi realizado um teste piloto antes de sua aplicação.

4.4 COLETAS DOS DADOS NAS UBSF

Para a coleta de dados, o pesquisador foi pessoalmente nas UBSF's para convidar os funcionários a participarem e explicar os objetivos da pesquisa além de entregar o TCLE.

Após a assinatura do TCLE, retornou-se aos locais para a aplicação do questionário.

Processamento dos dados

- a) extração dos dados: os dados foram extraídos das fontes primárias, por meio de questionários (ANEXO D);
- b) *softwares* empregados no processamento e análise dos dados empregaram-se os softwares Excel, Microsoft Office XP e pacote estatístico SPSS versão 13.1 for *Windows*;
- c) digitação e consistência dos dados: os dados foram digitados pelo estatístico (GB) em planilhas especialmente elaboradas, empregando-se o software Excel. A consistência dos dados foi assegurada por intermédio do auxílio de um

professor de estatística da UFES (GCB), realizados em conjunto pelo pesquisador, variável a variável, consultando-se os documentos primários e procedendo-se às correções quando necessárias.

- d) Conversão e categorização das variáveis: as variáveis primárias foram digitadas como colhidas e depois convertidas e categorizadas em categorias pertinentes à pesquisa, expressas em escalas nominal ou ordinal.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística envolveu os seguintes aspectos:

- a) amostragem - todos os profissionais, dentre eles, médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, agente comunitário de saúde e outros (segurança, etc.) que trabalham nas duas UBSF estudadas.
- b) análise descritiva - apresentam-se nesta seção as análises descritivas das principais variáveis coletadas (distribuições de frequência, porcentagem, etc).
- c) medidas de associação:

– Teste Qui-Quadrado.

Os resultados foram analisados utilizando o teste Qui-Quadrado para verificar possíveis associações entre as variáveis qualitativas; e

– outras análises

As respostas descritivas para perguntas abertas dos questionários foram categorizadas pelo pesquisador, e estão relatadas na discussão deste trabalho.

5 RESULTADOS

Para a análise e discussão dos resultados, os dados obtidos dos 75 profissionais de duas UBSFs envolvidos na pesquisa foram agrupados em: perfil da amostra, conhecimento e percepção sobre saúde bucal. Além de correlações entre as variáveis estudadas.

5.1 PERFIL DA AMOSTRA

Esse tópico abrange as seguintes variáveis: sexo dos 75 entrevistados (Tabela 1 e Gráfico 1); profissão (Tabela 2 e Gráfico 2); regime de trabalho (Tabela 3 e Gráfico 3); tipo de vínculo do servidor com o município (Tabela 4 e Gráfico 4); se o servidor trabalha em outro local além da UBSF (Gráfico 5); e hábitos relativos à sua saúde (Tabela 5 e Gráfico 6).

Tabela 1 – Distribuição da frequência e percentual, por sexo, dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.

VARIÁVEL	n	%
Sexo		
Masculino	22	29,3
Feminino	53	70,7
Total	75	100

O Gráfico 1 ilustra os percentuais encontrados referentes ao sexo dos sujeitos da amostra.

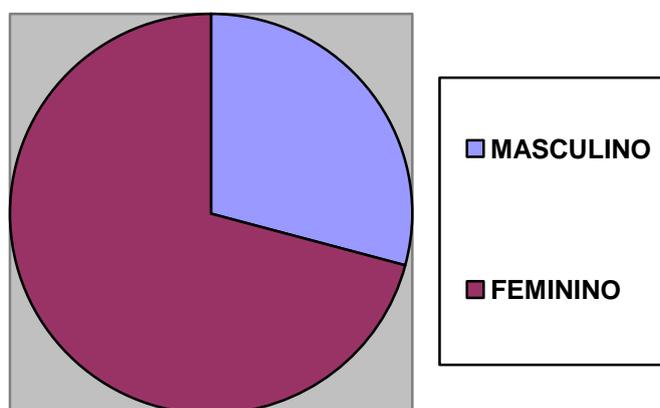


Gráfico 1. Percentual de sujeitos da amostra por sexo.

Tabela 2. Distribuição da frequência e percentual, por área de atuação dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.

VARIÁVEL	n	%
Profissão		
Médico	9	12,0
Dentista	7	9,3
Enfermeiro	7	9,3
ACD	8	10,7
Téc. Enfermagem	8	10,7
Aux. Enfermagem	9	12,0
Aux. Administrativo	5	6,7
ACS	18	24,0
Outros	4	5,3
Total	75	100

O Gráfico 2 ilustra os percentuais encontrados das profissões dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

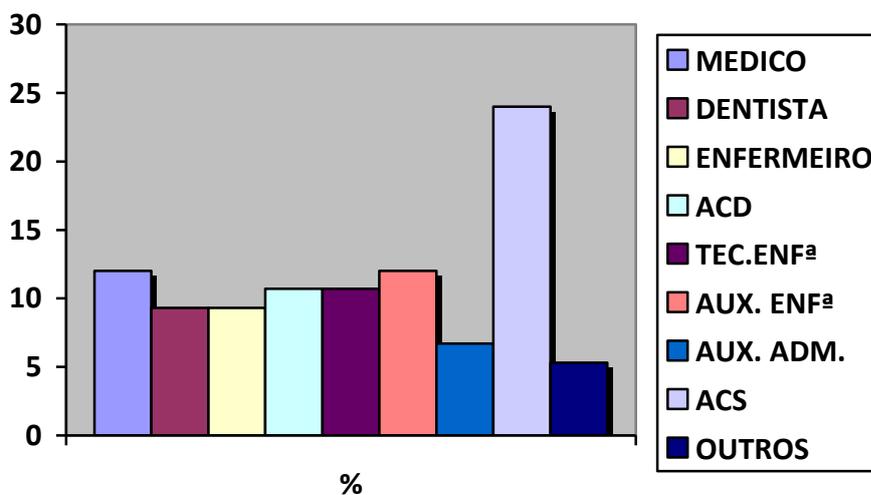


Gráfico 2. Percentual dos profissionais envolvidos na pesquisa.

Tabela 3. Distribuição da frequência e percentual do regime de trabalho dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.

VARIÁVEL	n	%
Regime de Trabalho (horas semanais)		
20 horas	7	9,3
30 horas	12	16
40 horas	56	74,7
Total	75	100

O Gráfico 3 ilustra os percentuais encontrados do regime de trabalho dos profissionais envolvidos na pesquisa.

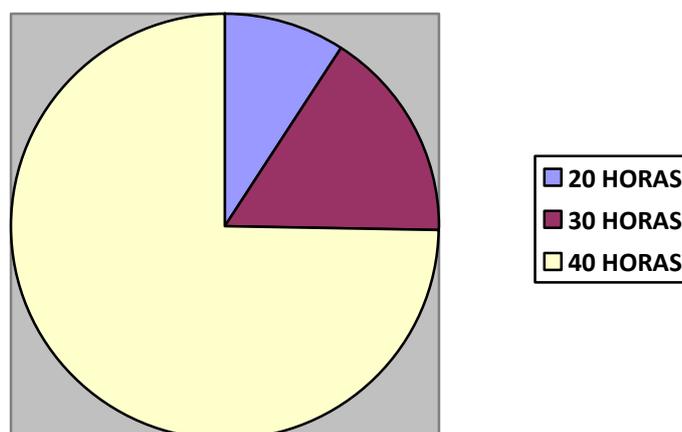


Gráfico 3. Percentual das horas semanais trabalhadas pelos sujeitos da mostra.

Tabela 4. Distribuição da frequência e percentual do tipo de vínculo dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.

VARIÁVEL	n	%
Tipo de vínculo com o município		
Efetivo	32	42,6
CLT	09	12,0
Contrato	30	40,0
Comissionado	04	5,4
Total	75	100

O Gráfico 4 ilustra os percentuais encontrados do tipo de vínculo dos profissionais envolvidos na pesquisa.

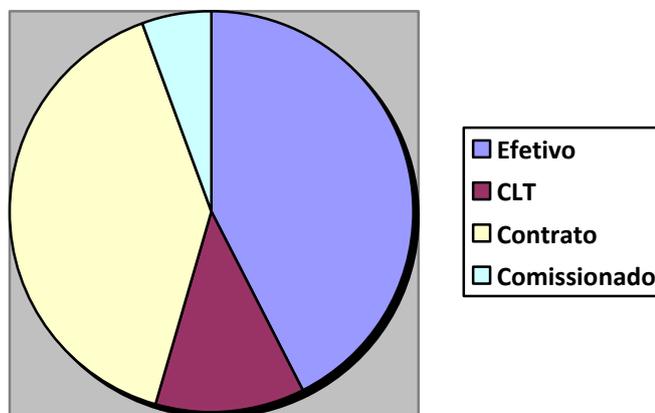


Gráfico 4. Percentuais encontrados do tipo de vínculo dos profissionais envolvidos na pesquisa.

Outro achado da pesquisa foi que 80% (n=60) dos entrevistados trabalham em outro local, além da UBSF, enquanto que a parcela dos profissionais que só exercem a sua função naquele lugar foi de 20% (n=15), como pode ser visto no Gráfico 5.

O Gráfico 5 ilustra os percentuais dos profissionais que trabalham em outro local além da UBSF.

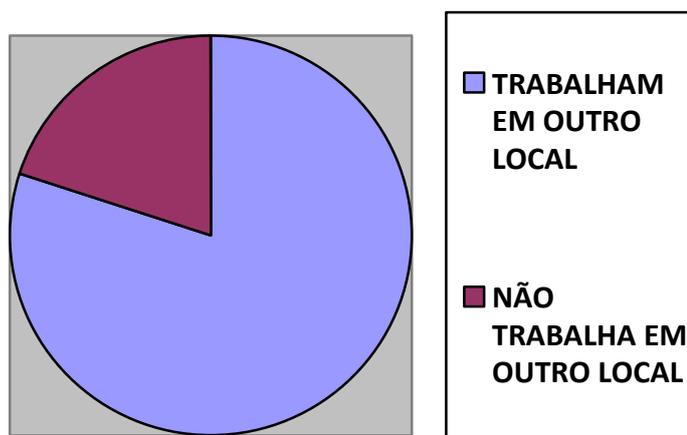


Gráfico 5. Percentual dos profissionais que exercem suas funções em outro local além da UBSF

Ainda sobre o perfil da amostra, na Tabela 5 e Gráfico 6 pode-se ver as respostas sobre algumas condições e hábitos relativos à sua saúde sobre realização de tratamento médico, fumo e álcool.

Tabela 5. Distribuição das respostas sobre a condição e hábitos relativos à saúde dos profissionais de duas UBSF do município da Serra. 2008/2009.

PERGUNTAS	FREQUENCIA	%
Faz algum tratamento médico?		
Sim	54	72
Não	21	28
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100
É fumante?		
Sim	17	22,6
Não	58	77,4
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100
Faz uso de bebida alcoólica?		
Sim	15	20
Não	60	80
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100

O Gráfico 6 ilustra os percentuais encontrados dos profissionais envolvidos na pesquisa que responderam a três perguntas relacionadas ao perfil da amostra: Se faz algum tratamento médico, se é fumante e se faz uso de bebida alcoólica.

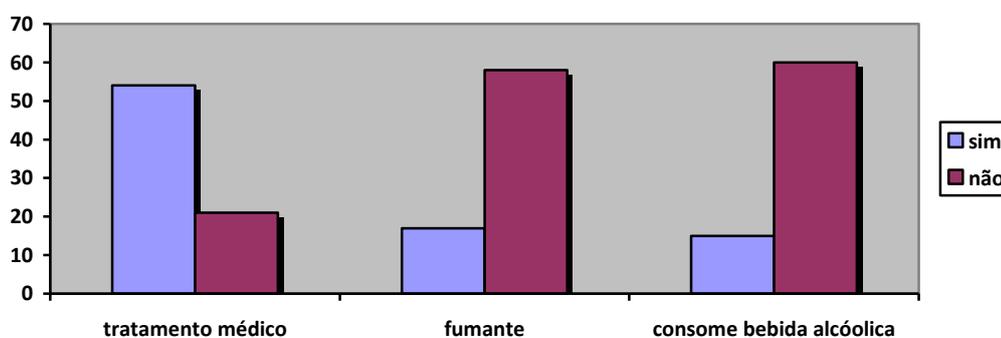


Gráfico 6. Percentual de sujeitos do perfil da amostra referentes a condição e hábitos relativos a saúde.

5.2 CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL

Este tópico abrange o conhecimento dos 75 sujeitos da amostra sobre sua saúde bucal, expostos na Tabela 6 e Gráfico 7. Para verificar esse conhecimento, foi feito questionamento dos profissionais acerca do seu conhecimento sobre doença cárie e doença periodontal, problemas odontológicos na cavidade bucal relacionados ao estresse, câncer de boca e tratamento odontológico para gestantes.

Tabela 6. Distribuição das respostas sobre conhecimento relativos a saúde bucal dos profissionais de duas UBSF do município da Serra. 2008/2009.

PERGUNTAS	FREQUENCIA	%
Já ouviu falar sobre doença cárie?		
Sim	68	91,9
Não	04	5,4
Não sabe	03	2,7
TOTAL	75	100
A cárie é transmissível?		
Sim	42	56,8
Não	09	12,2
Não sabe	24	31,0
TOTAL	75	100
Já ouviu falar sobre doença periodontal?		
Sim	59	79,7
Não	10	13,5
Não sabe	06	6,8
TOTAL	75	100
O stress pode causar problemas na boca?		
Sim	55	74,3
Não	05	6,8
Não sabe	15	18,9
TOTAL	75	100
Existe câncer na boca?		
Sim	66	89,2
Não	02	2,7
Não sabe	07	8,1
TOTAL	75	100
Gestante pode realizar tratamento odontológico?		
Sim	56	74,7
Não	04	5,3
Não sabe	15	20,0
TOTAL	75	100

O Gráfico 7 ilustra os percentuais encontrados dos profissionais envolvidos na pesquisa que responderam a perguntas referentes ao conhecimento sobre sua saúde bucal.

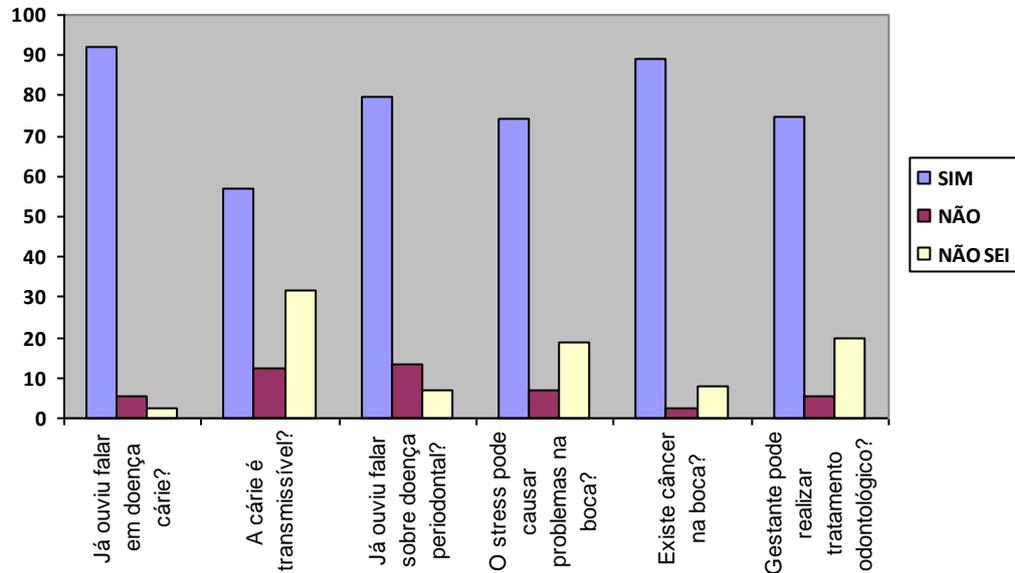


Gráfico 7. Percentual das respostas sobre conhecimento sobre sua saúde bucal.

Quando foi abordado sobre a percepção e cuidados sobre sua saúde bucal, as seguintes perguntas foram feitas: faz uso de algum colutório bucal (bochecho); situação gengival (dolorida ou avermelhada); sente a boca seca; tem mau hálito; escova os dentes com freqüência; usa fio dental diariamente; suas gengivas sangram regularmente. A Tabela 7 e o Gráfico 8 mostram a freqüência e porcentagem das respostas a esses questionamentos.

Tabela 7.- Distribuição das respostas sobre a percepção e cuidados da sua saúde bucal dos profissionais de duas UBSF do município da Serra. 2008/2009.

PERGUNTAS	FREQUENCIA	%
Suas gengivas sangram regularmente?		
Sim	10	16,7
Não	65	83,3
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100
Sente sua gengiva irritada, dolorida ou avermelhada?		
Sim	20	26,6
Não	55	73,3
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100
Sente a boca seca?		
Sim	67	89,3
Não	4	5,3
Não sabe	4	5,3
TOTAL	75	100
Tem mau hálito?		
Sim	20	26,6
Não	55	73,3
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100
Escova os dentes com frequencia?		
Sim	71	94,6
Não	4	5,4
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100
Usa fio dental diariamente?		
Sim	53	70,6
Não	22	29,4
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100
Faz uso de algum colutório bucal (bochecho)?		
Sim	55	74,4
Não	16	20,2
Não sabe	4	5,4
TOTAL	75	100

O Gráfico 8 ilustra os percentuais encontrados dos profissionais envolvidos na pesquisa que responderam a perguntas referentes à sua percepção e cuidados sobre sua saúde bucal.

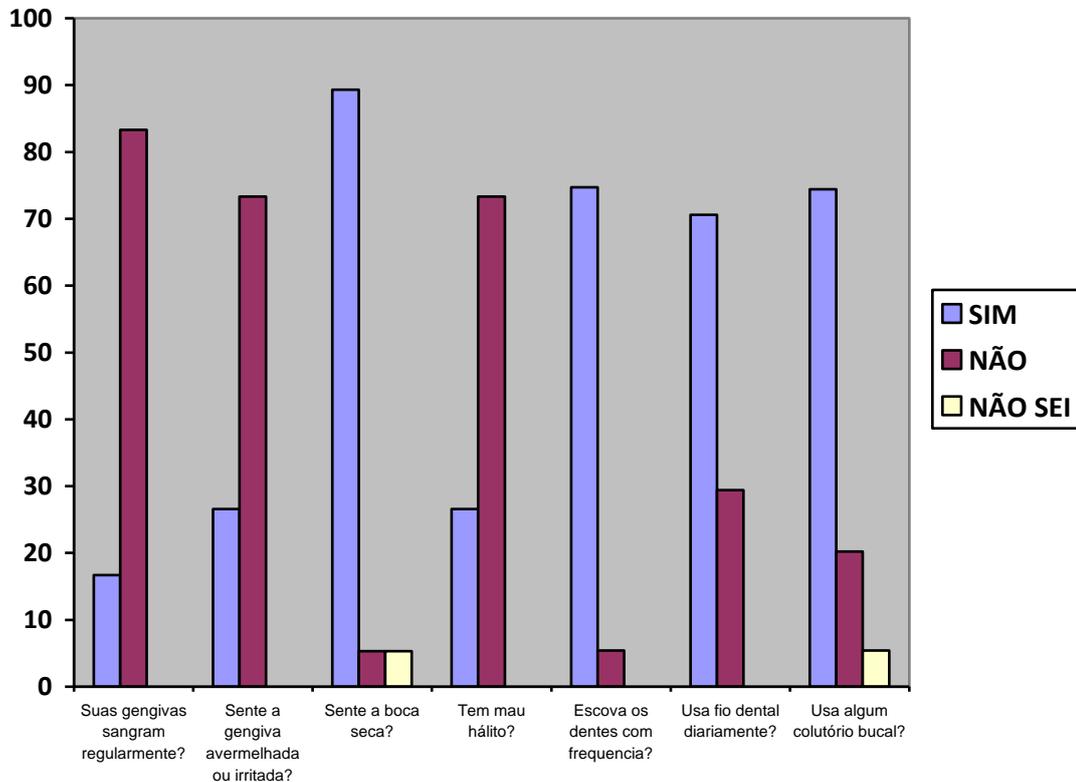


Gráfico 8. Percentual das respostas sobre percepção e cuidados sobre sua saúde bucal.

Na Tabela 8, foi abordada a percepção da própria saúde bucal dos servidores (como considera a sua saúde bucal, freqüência de visitas e motivo da última consulta ao dentista), como podem ser vistos nos Gráficos 9, 10 e 11 respectivamente.

Tabela 8. Distribuição das respostas sobre a percepção de sua própria saúde bucal dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.

PERGUNTAS	FREQUENCIA	%
Como considera a sua saúde bucal?		
Ótima	12	16,2
Boa	33	44,6
Regular	25	33,8
Ruim	05	5,4
TOTAL	75	100
Visita o dentista regularmente?		
Sim	30	40,3
Não	45	59,7
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100
Qual o motivo da última consulta ao dentista?		
Dor	12	16,1
Revisão	40	53,3
Cáries	17	22,6
Estética	3	4,0
Não sei	3	4,0
TOTAL	75	100

O Gráfico 9 ilustra os percentuais encontrados para as respostas dos profissionais envolvidos na pesquisa quando lhe foram perguntados sobre como consideram a sua saúde bucal.

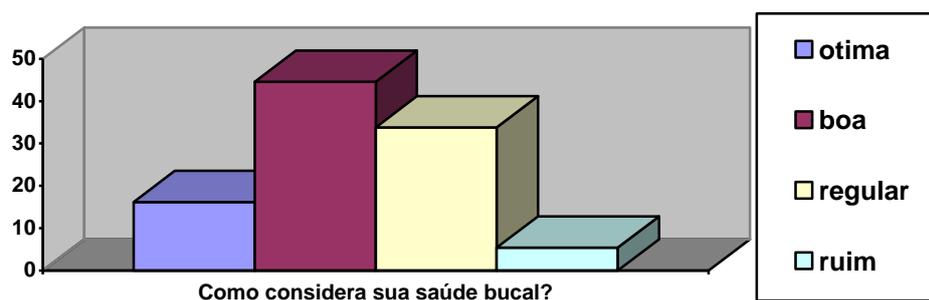


Gráfico 9. Percentual das respostas sobre como considera a sua saúde bucal

O Gráfico 10 ilustra os percentuais encontrados para profissionais envolvidos na pesquisa que visitam o dentista regularmente.

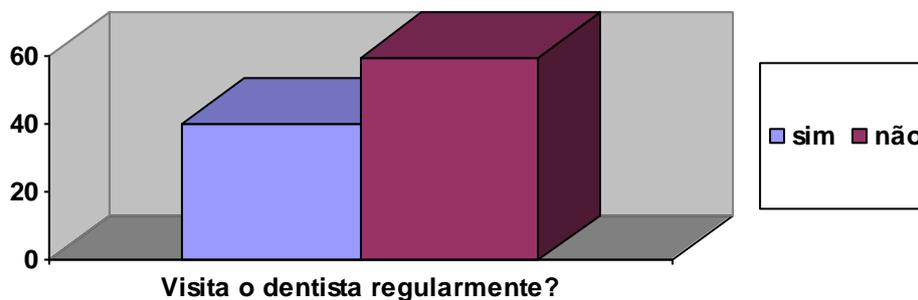


Gráfico 10. Percentual das respostas se visita o dentista regularmente.

O Gráfico 11 ilustra os percentuais encontrados para os motivos em que levaram os profissionais envolvidos na pesquisa a ultima consulta ao dentista.

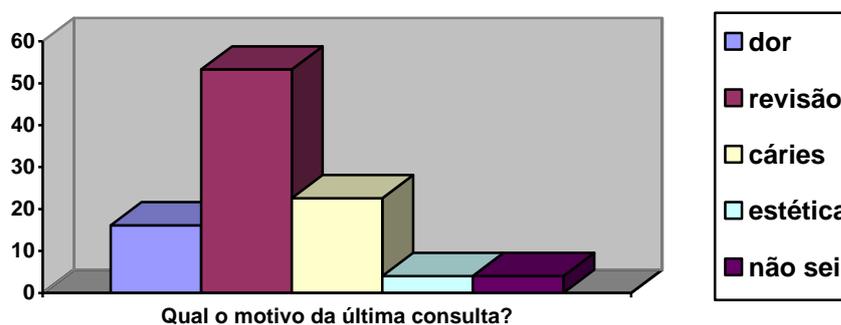


Gráfico 11. Percentual das respostas do motivo da última consulta.

O Gráfico 9 foi abordado o conhecimento que os profissionais têm sobre a higiene bucal (se alguém já os ensinou e em que local aprendeu a escovar os dentes), como pode ser visto nos Gráficos 12 e 13.

Tabela 9 - Distribuição das respostas sobre o conhecimento que os profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009 têm sobre a higiene bucal.

PERGUNTAS	FREQUENCIA	%
Já ensinaram a escovar os dentes?		
Sim	51	68,0
Não	23	30,6
Não sabe	01	1,4
TOTAL	75	100
Qual local aprendeu a escovar os dentes?		
Dentista	49	65,3
Escola	16	21,7
Outros	10	13,0
TOTAL	75	100

O Gráfico 12 ilustra os percentuais encontrados para as respostas dos profissionais envolvidos na pesquisa quando lhe foram perguntados se já ensinaram a escovar os dentes.

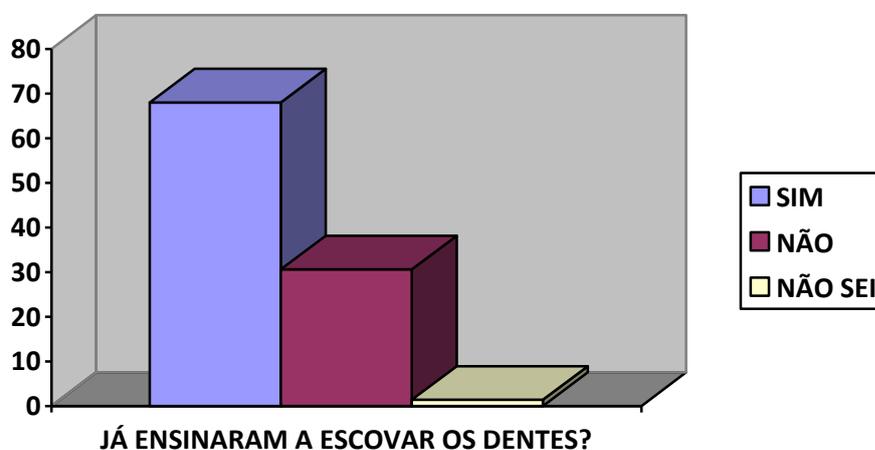


Gráfico 12. Percentual das respostas dos profissionais se já lhe ensinaram a escovar os dentes

O Gráfico 13 ilustra os percentuais encontrados para as respostas dos profissionais envolvidos na pesquisa quando lhe foram perguntados sobre como consideram a sua saúde bucal.

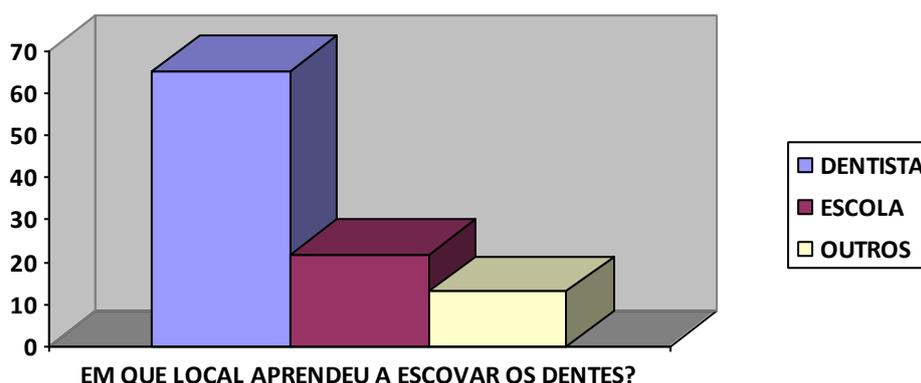


Gráfico 13. Percentual das respostas dos profissionais em que local aprendeu a escovar os dentes.

Neste tópico foram abordados ainda os cuidados que os sujeitos da amostra têm sobre sua boca que tenham interferido em seu trabalho, exposto na Tabela 10. Para isso foi perguntado se já houve falta ao serviço por problemas odontológicos (dor de dente), bem como para ir ao dentista, como pode ser observado no Gráfico 14.

Tabela 10. Distribuição das respostas sobre cuidados de saúde bucal que interferiram na atividade laboral dos profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009.

PERGUNTAS	FREQUENCIA	%
Já faltou ao serviço por problemas odontológicos (dor de dente)?		
Sim	65	86,6
Não	10	13,3
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100
Já faltou ao serviço para ir ao dentista?		
Sim	17	22,7
Não	58	77,3
Não sabe	-	-
TOTAL	75	100

No Gráfico 14 ilustra os percentuais encontrados para os motivos em interferiram na vida laboral dos profissionais envolvidos na pesquisa.

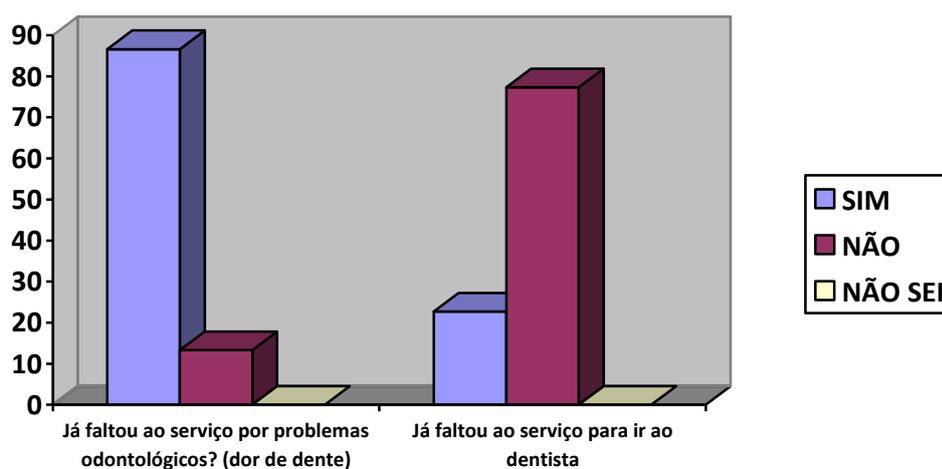


Gráfico 14. Percentual das respostas dos motivos odontológicos que tenham interferido na jornada de trabalho.

A Tabela 11 e Gráfico 15 mostram os locais em que os servidores realizam tratamento odontológico (particular, serviço público ou plano de saúde)

Tabela 11. Distribuição das respostas do local em que os profissionais inseridos em duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009 realizam tratamento odontológico.

VARIÁVEL	n	%
Local em que realiza o tratamento odontológico		
Particular	25	34,0
Serviço público	39	52,0
Plano de saúde	11	14,0
Total	75	100

No Gráfico 15 ilustra os percentuais encontrados para os locais em que os profissionais realizam o tratamento odontológico.

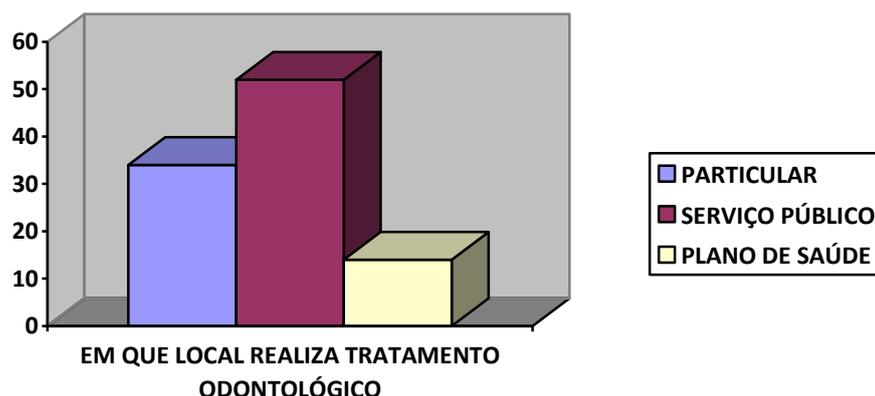


Gráfico 15. Respostas do local em que os profissionais realizam tratamento odontológico.

Na Tabela 12 foi feita a correlação entre o quê os profissionais sabem sobre a realização de tratamento em gestantes.

Tabela 12. Distribuição da frequência e percentual dos profissionais envolvidos na pesquisa, inseridos na Estratégia de Saúde da Família de duas UBSF do município da Serra, ES. 2008/2009, que responderam sobre a questão se gestante pode realizar tratamento odontológico.

VARIÁVEL							TOTAL
	NÃO		SIM		NÃO SEI		
PROFISSÃO	n	%	n	%	n	%	n
Médico	0	0	9	17	0	0	9
Dentista	1	10	6	11	0	0	7
Enfermeiro	0	0	7	13	0	0	7
ACD	1	10	5	9	2	13	8
Téc. Enfermagem	1	10	4	7	3	20	8
Aux. Enfermagem	2	20	6	11	3	20	11
Aux.Administrativo	1	10	2	4	1	7	4
ACS	0	0	13	24	3	20	16
Outros	0	0	2	4	3	20	5
Total	6	-	54	-	15	-	75
		100		100		100	100

6 DISCUSSÃO

Neste trabalho foi proposta a discussão do conhecimento e a percepção de saúde bucal dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família do município da Serra/ES. Para tanto, a referência teórica perpassou a história do estabelecimento das ações de saúde no Brasil, questões como a organização contemporânea do trabalho e a estruturação do conceito de 'Saúde do Trabalhador', o recente reconhecimento da especialidade Odontologia do Trabalho pelo Conselho Federal de Odontologia, além de rever trabalhos sobre conhecimento e percepção da saúde bucal.

A união destes temas foi possível por não objetivar que o tema fosse esgotado, mas sim, que um olhar crítico e contextualizado fosse lançado sobre a questão, atento ao momento político brasileiro, registrando no texto a discussão do papel do município na garantia dos direitos básicos do cidadão trabalhador.

O debate em torno da importância da Odontologia dentro das práticas de saúde do trabalhador no serviço público, se dá principalmente depois do reconhecimento da especialidade da Odontologia do Trabalho e posterior aprovação da PL n.º 422/07 na Comissão da Câmara de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio. O PL n.º 422/07 seguirá para a CSSF. Depois, irá para a CTASP, e posteriormente para a de CCJC.

A *posteriori*, sendo aprovada, seguirá finalmente ao Senado, tornado a inclusão do CD dentro da NR4 uma Lei Federal. Assim, as empresas e os serviços públicos a incluir o CD nas equipes de Segurança do Trabalho e a manter um serviço de assistência odontológica para os empregados segundo as normas do Ministério do Trabalho.

Neste contexto, esta pesquisa discute a importância do cirurgião dentista do trabalho no SUS, bem como suas atribuições como especialista nas ações em saúde do trabalhador. Destaca-se que as ações em saúde do trabalhador são indissociáveis das ações em saúde pública e das políticas sociais, e identifica parâmetros de atuação para o cirurgião dentista do trabalho no SUS no qual o enfoque no paradigma da promoção da saúde, na abordagem clínico-epidemiológica e na integração com as áreas de saúde envolvidas com saúde do trabalhador.

Realizada uma breve revisão da história sobre a formação das políticas públicas de saúde brasileiras, foi estruturado um trabalho para investigar a atenção à saúde bucal do trabalhador na Serra/ES, a partir de sua percepção e conhecimento de saúde bucal, correlacionando os resultados encontrados com a literatura e com as diretrizes da legislação em vigor.

A escolha da localidade envolvida na pesquisa não foi feita aleatoriamente. O município da Serra vem crescendo populacionalmente e tem recebido um grande contingente de pessoas que buscam alternativas de trabalho. Ele se encontra a 27 km da capital do estado (Vitória), possui uma área aproximadamente de 553mil km² e uma população estimada em 397.226 habitantes (IBGE, 2009).

Além de ser o local de trabalho do pesquisador, o município vem investindo bastante em saúde nos últimos anos. Atualmente, possui 23 Unidades de Saúde (US) com atendimento odontológico, dentre elas URSs, UBS e UBSF, onde funcionam a ESF.

A saúde do trabalhador no Brasil situa-se no domínio da Saúde Coletiva, recebendo contribuições de diferentes disciplinas num caminho interdisciplinar e multiprofissional, em que se diferencia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

Como assinalado na literatura por Oliveira e Vasconcellos (2000), Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), Peres et al. (2003) e Lacaz (2007), a Saúde do Trabalhador (ST) também foi formalmente incorporada no organograma e nas práticas do Ministério da Saúde além dos níveis estaduais e municipais do SUS.

As ações de ST apresentam dimensões sociais, e como o caráter técnico das ações nessa área é dado pelos referenciais da Saúde Coletiva, toda a rede de serviços de saúde do SUS poderia incorporar, em sua prática, ações de ST, reconhecendo o trabalho enquanto categoria central na determinação do processo-saúde seja para suspeitar diagnósticos, ou para avaliar situações de risco em ambientes específicos. Essa área não difere de qualquer outra, cujo modelo de atenção busca a integralidade, prevendo-se para isto serviços com distintos níveis e complexidade e de atenção.

É importante enfatizar que o adoecer de qualquer indivíduo provoca um desequilíbrio em todo seu meio, devendo este se organizar para lidar com esta nova situação. Os setores de saúde têm nesse processo a função de oferecer às pessoas, meios para conseguirem uma sobrevivência maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor.

A discussão do trabalho foi dividida, para melhor compreensão dos fatos, entre metodologia utilizada e resultados.

A metodologia do presente trabalho escolheu duas UBSF em que as ESB foram inseridas ao mesmo tempo, (aproximadamente três anos), esse período, entretanto não poderia ser menor que um ano, para se ter um tempo suficiente da integração do CD com a equipe de saúde da família.

Caso uma das UBSF já tivesse um CD trabalhando há mais tempo, poderia haver diferenças importantes no conteúdo relativo ao conhecimento e percepção acerca da saúde bucal, tema de pesquisa do presente trabalho.

O presente estudo aponta que 70,7% da amostra pertencia ao sexo feminino (Tabela 1 e Gráfico 1), assim como os estudos de Unfer e Saliba (2000), e, de Freire, Macedo e Silva (2000) que avaliaram 80,2% e 62,5% mulheres, respectivamente.

A amostra estudada era composta exclusivamente por profissionais da área da saúde, sendo que a maioria 24% (n=18) eram os ACS, seguidos pelos médicos, que compuseram 12% (n=9) da amostra (Tabela 2 e Gráfico 2). O fato de grande parte da amostra ser composta de ACS é compreendido, já que o estudo foi realizado em duas UBSF.

Outros estudos sobre conhecimento e percepção de saúde bucal, também tiveram sua amostra composta por profissionais da saúde, a citar, Valentini (2004), Freire, Macedo e Silva (2000) e Silva (2007) que trabalharam com médicos; e Esteves (1999) que estudou uma amostra constituída por alunos dos cursos de Odontologia, enfermagem e medicina.

Pode-se ver na literatura que esse mesmo tipo de pesquisa sobre conhecimento e percepção de saúde bucal são realizados com profissionais de outras áreas, como Pedagogia, objeto de estudo de Ferreira (2005); estudos com professores do ensino

fundamental como o trabalho de Vellozo (2006), Sant'Anna (2007) e Campos e Garcia (2004). Além de trabalhos com a população em geral, como mostra os estudos de Unfer e Saliba (2000), Figueiredo et al. (2008), que avaliaram moradores de uma comunidade carente; Silva e Castellanos Fernandes (2001) que o objeto da pesquisa foram os idosos; Moimaz et al. (2001) que estudaram uma comunidade indígena; Bernd et al. (1992) e Santos-Pinto (2001) que avaliaram gestantes; Santos-Preciado et al. (2003), Flores e Drehmer (2003) e Flores (2001) trabalharam com adolescentes; Grigoletto (2007) usou cuidadores de família; Mutsumi (2002) avaliou a população brasileira no final do século XX.

Já Corbacho et al. (2001), Marcenes e Sheiham (1992), Abegg (1997), Gift (1986), dados do PNAD (IBGE, 2000) e do SB BRASIL (BRASIL, 2004b) trabalharam o conhecimento e percepção de saúde bucal independente da profissão, uma vez que são trabalhos com a população brasileira em geral, com todos os tipos diferentes de idade, classe social e sexo.

Os resultados encontrados nesse trabalho, revelaram que cerca de 74,7% do tempo de vida ativa é despendido no emprego ou local de trabalho (Tabela 3 e Gráfico 3), e, além disso, 80% exercem suas atividades fora da UBSF (Gráfico 5). Dessa maneira, foi detectado a necessidade de um programa que contemple o atendimento à saúde desse trabalhador, como os CRST (BRASIL, 2006), citado por Peres et al. (2003).

Uma grande parte da amostra avaliada (86,6%) já faltou ao serviço por problemas odontológicos (dor de dente), uma vez que não há tempo suficiente para o cuidado com a própria saúde, e aí surge a dúvida: Como que podemos cuidar da saúde do próximo, se não temos tempo de cuidar da própria saúde? Além disso, 22,7% da amostra de nossa pesquisa já faltaram ao serviço para ir ao dentista, seja por dor ou consulta de rotina (Tabela 10 e Gráfico 14). O absenteísmo por problemas odontológicos foi relatado na literatura também por Mazzilli (2003), Martins et al., (2005) e Crossato (2007).

No item perfil da amostra, foi pesquisado como era a condição e os hábitos relativos à saúde (Tabela 5 e Gráfico 6), e se descobriu que 72% fazem algum tratamento médico, o que se associa a duas vertentes: uma é que a maioria se preocupa com a

sua saúde, portanto estão sempre fazendo consultas periódicas ao médico, e a outra é que será que tantos profissionais se encontram com alguma enfermidade? No estudo de Grigoletto (2007), que apresenta dados sobre saúde em geral, 63,6% dos sujeitos afirmaram que tinham algum problema de saúde.

Como os sujeitos da presente pesquisa foram compostos por profissionais que trabalham em um estabelecimento da saúde, supõe-se que em sua formação, independente de sua especialidade e área de atuação, alguma vez já lhes foi falado sobre os riscos de câncer relacionados ao cigarro e ao álcool, e, mesmo a amostra parecendo se preocupar com sua saúde, 22,6% fumam e 20% fazem uso de bebidas alcoólicas (Tabela 5 e Gráfico 6).

Sobre a existência do câncer de boca, 89,2% responderam saber de sua existência (Tabela 6 e Gráfico 7). Esses resultados estão em concordância com o estudo de Grigoletto (2007), que embora a amostra tenha um bom conhecimento sobre câncer bucal, 14,3% dos entrevistados fumam, 36,4% já fumaram alguma vez, e, apesar de 62,3% dos sujeitos entrevistados relatarem que não ingeriam bebida alcoólica, 22,1% dos sujeitos afirmaram que bebiam “às vezes” e 2,6% bebiam “todos os dias”.

Grigoletto (2007) ainda relatou que 64,9% dos entrevistados já ouviram falar do auto-exame para detecção de câncer bucal, no entanto, 81,8% deles nunca tinham recebido informação sobre como realizá-lo. Estudo sobre a relação do fumo e do álcool com o câncer bucal tem sido observado em outros estudos, como o de Soares (2005).

Em relação à saúde geral, Bastos, Peres e Ramires (2003), ainda afirmam que a falta de conhecimento a respeito de problemas de saúde e de seus fatores causais, aliada a inexistência de meios para combatê-los, vem formando um quadro muitas vezes alarmante ao longo da história.

O tema conhecimento e percepção acerca da saúde bucal tem sido estudado e relatado pela literatura ao longo do tempo, a saber: Starfield (1982), Vasconcellos e Silveira (1989), Bernd et al. (1992), Kiyak (1993), Wannmacher (1995), Barreira et al. (1997), Esteves (1999), Unfer e Saliba (2000), Freire, Macedo e Silva (2000), Vasconcelos e Silveira (2001), Silva e Castellanos Fernandes (2001), Santos et al. (2002), Bastos, Peres e Ramires (2003), Flores e Drehmer (2003), Campos e Garcia

(2004), Valentini et al. (2004), Ferreira (2005), Velloso (2006), Sant'Anna (2007), Silva (2007), Figueiredo, Silva e Bez (2008).

Sobre o conhecimento sobre saúde bucal: 91,9% da amostra já ouviu falar sobre doença cárie, embora 56,8% não sabiam de sua transmissibilidade (Tabela 6 e Gráfico 7). Os estudos de Ferreira (2005) estão em consonância com este, pois grande parte dos sujeitos de sua pesquisa afirmou saber que a cárie é uma doença, entretanto, apenas 29% acreditam no caráter de transmissibilidade da mesma. Já Unfer e Saliba (2000), detectaram que 50,81% dos sujeitos entrevistados entenderam que a cárie é sim uma doença infecto-contagiosa.

Ainda sobre o conhecimento acerca da saúde bucal, 79,7% da amostra (Tabela 6 e Gráfico 7) afirmaram conhecer a doença periodontal, Unfer e Saliba (2000) encontraram uma parcela menor, apenas 19,7% conheciam a patologia. Já o estudo de Sant'Anna (2007), 38% de responderam não conhecer o que é doença periodontal.

O estresse relacionado a determinadas atividades profissionais representa um fator associado a piores condições de saúde bucal. O estudo do estresse que pode levar a patologias bucais é observado em trabalhos como os de Linden, Mullally e Freeman (1996) e Söderfeldt et al. (2002), e quando foi perguntado se o estresse pode ocasionar problemas na boca, 74,3% responderam que sim (Tabela 6 e Gráfico 7).

Com relação ao conhecimento popular sobre saúde bucal das gestantes, o trabalho de Bernd et al. (1992) apontou que a percepção mais marcante do discurso de gestantes era que dentistas, amigos e familiares influenciaram decisivamente na concepção da impossibilidade de tratamento odontológico neste período, mesmo quando elas demonstravam interesse em buscar atendimento. O impedimento de realizar tratamento dentário no período gestacional também foi observado por 40,7% das gestantes entrevistadas no estudo de Santos-Pinto et al. (2001). Esses dados são de suma importância, pois nos mostra um hiato na comunicação entre os profissionais de saúde e a gestante, para melhor elucidar a questão da permissão de realizar os procedimentos odontológicos durante a gestação. Ao questionar os

profissionais de nossa pesquisa sobre esse assunto, 74,7% (Tabela 6 e Gráfico 7) afirmaram saber que a gestante pode realizar tratamento odontológico.

Um fato positivo observado em relação aos médicos no presente estudo foi observar que 100% deles (Tabela 12) afirmaram não haver problema algum em realizar tratamento odontológico em mulheres grávidas.

Com isso, ressalta a importância das orientações sobre saúde bucal a outros profissionais da saúde, como parte das ações de promoção de saúde, que são muitos incipientes nos serviços públicos como um todo, o que nos leva a acreditar na importância da transmissão de conhecimentos específicos aos outros profissionais da equipe, facilitando a troca de experiências.

Nas duas UBSF pesquisadas ocorrem reuniões de equipes semanalmente com todos os integrantes (médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de consultório dentário, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) para trocas de experiência sobre a comunidade adstrita a que atendem.

Verifica-se que esse seria o melhor momento para que ocorram essas capacitações de troca de experiências, já que se observa na literatura que o conhecimento de saúde bucal por profissionais da área de saúde não são efetivos. O estudo de Silva (2007) avaliaram o conhecimento de SB em faculdades de Medicina e Enfermagem, e o de Freire, Macedo e Silva (2000) que avaliou o conhecimento entre os pediatras, revelando que apenas 38,5% dos pesquisados relataram que receberam informações sobre saúde bucal durante o curso de graduação em medicina, enquanto um percentual ainda menor (24,0%) recebeu este conteúdo durante a residência em pediatria. Sendo assim, como no curso de Odontologia temos disciplinas relacionadas a outras áreas da saúde, como medicina e até mesmo Psicologia, enfatizamos que é preciso acrescentar que seja dada uma maior atenção ao ensino nas faculdades da área da Saúde e residências médicas, principalmente no que diz respeito aos fatores biológicos, sociais e econômicos que influenciam na instalação e desenvolvimento das doenças bucais. Esta abordagem tem por finalidade demonstrar que a responsabilidade por certo grau de desconhecimento em saúde bucal dos indivíduos não se limita apenas aos cirurgiões-dentistas, devendo ser extensiva aos demais profissionais de saúde, como vemos no trabalho

de Vellozo (2006), que embora não tenha trabalhado com profissionais da área da saúde, questionou se os professores de ensino fundamental, objeto de sua pesquisa, já tinham feito cursos sobre saúde bucal e 37,3% responderam que sim, enquanto 62,7% responderam que não. Os que receberam informações em saúde informaram que foi ministrado pelo cirurgião-dentista e pelo médico.

O conhecimento é importante e deveria ser cobrado no momento de ingresso do profissional na instituição, entretanto, é importante salientar que na maioria das vezes a contratação de servidores públicos ocorre por meio de contratos temporários, que, em algumas situações, não requerem do contratado conhecimentos específicos sobre o sistema em que atuará.

Além disso, observa-se em muitos casos, um perfil inadequado para o serviço público, interesse em apenas complementar renda e oferecimento de um atendimento de pouca qualidade e dedicação mínima, justificado às vezes pelo baixo salário. O ingresso desse profissional no serviço público não prevê o treinamento e/ou a capacitação direcionada, inviabilizando a reflexão desse profissional sobre os paradigmas do SUS. No presente estudo pode-se observar que embora 42,6% sejam funcionários efetivos, o vínculo com o município por profissionais contratados chega a 40%, havendo ainda 12% e 5,4% de profissionais regidos pela CLT e com cargos comissionados respectivamente (Tabela 4 e Gráfico 4).

Quando se abordou os cuidados com saúde bucal, foi perguntado sobre a situação gengival, e 16,7% informaram que suas gengivas sangram regularmente e 26,6% sentem a gengiva irritada, dolorida ou avermelhada (Tabela 7 e Gráfico 8). Esses resultados também foram encontrados no estudo de Figueiredo et al. (2008) onde 40% de sua amostra apresentou sangramento gengival. Já Silva e Castellanos Fernandes (2001) encontraram que 81,3% dos examinados declararam não ter nenhum problema em sua gengiva. Os problemas periodontais também foram identificados por 19,7% da amostra da pesquisa de Unfer e Saliba (2000).

A Tabela 7 e Gráfico 8 apresentam resultados sobre como era feita a higienização bucal dos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa, e 94,6% afirmaram escovar os dentes com frequência, 70,6% usam o fio dental diariamente, 74,4% ainda disseram usar algum colutório bucal. Moimaz et al. (2001) encontraram em

uma comunidade indígena resultados bem inferiores aos nossos, onde apenas 30,4% de sua amostra fazem uso de fio dental e apenas 4,3% utilizam o enxaguatório.

Quando se analisado na literatura a respeito da escovação, Flores e Drehmer (2003) encontraram que para cuidar dos dentes, 100% de sua amostra respondeu que é escovando os dentes. Abegg (1997), em seu estudo sobre hábitos de higiene bucal, 68,1% informaram escovar os dentes três vezes ao dia, e 98,7% dos sujeitos da pesquisa de Grigoletto (2007) afirmaram escovar os dentes freqüentemente. Quanto ao conhecimento e importância do uso do fio dental, em concordância com os resultados dessa pesquisa, Campos e Garcia (2004) relataram que a freqüência do uso de fio dental mostrou-se alta nos grupos estudados, Abegg (1997) encontrou que 67,5% de sua amostra declararam usar fio, e para Grigoletto (2007), o uso do fio dental diariamente foi relatado por 57,1% dos entrevistados. Tais resultados da literatura diferem de estudos como o de Santos-Preciado et al. (2003) ao verificar que o uso de fio dental não era feito rotineiramente, do trabalho de Gift (1986) que relatou que o uso regular do fio dental não é um comportamento para a maioria da população dos países industrializados, e ainda o de Faber (2006), em que apenas 10% a 15% das pessoas realmente usam o fio dental.

Se tantos profissionais afirmam escovar os dentes e usar o fio dental, por quê os resultados mostram que uma parte da amostra ainda apresenta sangramento gengival e gengivas irritadas? Talvez pela falta de conhecimento, e até mesmo pelo fato de não realizar a higienização corretamente.

Ao questionar a nossa amostra sobre o conhecimento relativo a higienização bucal, foi perguntado se alguma vez foi ensinado a escovar os dentes (Tabela 9 e Gráfico 12) e 68% responderam que sim e 30,6% nunca tiveram ensinamento. Aos que já tiveram algum tipo de aprendizado de como fazer a correta higienização, 65,3% aprenderam com o dentista enquanto que 21,7% aprenderam na escola, e 13% aprenderam em outros meios (Tabela 9 e Gráfico 13). Ferreira et al. (2005) encontraram que 83% de sua amostra já haviam recebido informações voltadas para a odontologia preventiva e 64% aprenderam a higienizar a boca através do dentista, seguido pela leitura (51%) e meios de comunicação (44%). Vellozo (2006) ao questionar se sua amostra, já tinha realizado cursos sobre saúde bucal, 59

profissionais (37,3%) responderam que sim, enquanto 99 (62,7%) responderam que não. Os que receberam informações em saúde informaram que foi ministrado pelo cirurgião-dentista e pelo médico. Freire, Macedo e Silva (2000) encontrou outras fontes de informação de aprendizado sobre higienização bucal, que foram principalmente cursos de reciclagem fora do SUS (28,1%) e publicações da área (14,6%). Foi encontrado ainda que, 38,5% dos entrevistados na pesquisa de Freire, Macedo e Silva (2000) relatou ter recebido informações sobre saúde bucal durante o curso de graduação em Medicina, enquanto um percentual ainda menor (24,0%) recebeu este conteúdo durante a residência em pediatria. Já Grigoletto (2007) encontrou em seus resultados que 53,2% de sua amostra disseram que nunca tinham sido orientados sobre higiene bucal e 46,8% afirmaram que tiveram orientação, embora apenas 31,2% obtiveram esse aprendizado proveniente do dentista.

Sobre a percepção de sua saúde bucal dos sujeitos de nossa pesquisa, 16,2% consideraram sua saúde bucal como “ótima”, já 44,6% como “boa” e 33,8% como “regular”, e apenas 5,4% consideraram “ruim” (Tabela 8 e Gráfico 9). De acordo com o SB BRASIL (BRASIL, 2004b), entre 44,7% e 59,2% da população brasileira consideraram sua saúde bucal como péssima, ruim ou regular. A condição bucal foi avaliada como “regular” por 42,7% das pessoas na pesquisa de Silva e Fernandes (2001). Moimaz et al. (2001) encontraram em seu resultado que 78,3% dos entrevistados citam condição “regular”, 17,4%, “boa”, e apenas 4,3%, “ruim”. Esses resultados foram bem semelhantes se comparado ao presente estudo. Unfer e Saliba (2000) também encontraram resultados bem semelhantes, pois 45,7% de sua amostra consideraram sua saúde “regular” e 30% consideraram como “boa”. Grigoletto (2007) encontrou em seus resultados que 52% dos entrevistados consideraram sua saúde bucal excelente, muito boa ou boa.

Na presente pesquisa, no item “B” do questionário, na pergunta XX (ANEXO D), foi indagado aos profissionais sobre o que é ter uma boa saúde bucal e esses dados foram categorizadas de acordo com a resposta subjetiva que os entrevistados deram e eles mencionaram algum tipo de necessidade, que foram expressas principalmente por: “cuidar sempre fazendo uma boa higiene bucal” (19,6%), “visitar o dentista regularmente” (19,6%), “ter hálito puro, saudável” (9%), “ter dentes bem tratados” (16,6%), “ter alimentação saudável” (7,5%), “escovar os dentes

corretamente e usar fio dental” (3%), “ter dentes livres de carie e doenças de gengiva” (16,6%), “não sentir dor” (7,5%), e “ter uma boa estética” (1,5%).

Grigoletto (2007) fez a mesma pergunta em seu estudo, e encontrou respostas do tipo: “[...] saúde bucal é não ter problema [...]”, “[...] é não ter nada que incomode [...]”, “[...] ter a boca saudável [...]”, “não sentir dor [...]” A literatura mostra respostas que quando questionados sobre o porquê da sua percepção de saúde bucal, os entrevistados mencionaram apresentar algum tipo de necessidade, expressadas principalmente por "necessito prótese", "necessito tratamento de canal", "tenho cárie", "tenho problema de gengiva", "preciso ir ao dentista" (UNFER; SALIBA, 2000).

É válido ressaltar que a própria pergunta “o que é ter uma boa saúde bucal”, fragmenta o conceito de saúde/saúde bucal, visto que a saúde bucal é intrínseca à saúde geral do indivíduo. No entanto, esta fragmentação foi intencional, para podermos aprender a percepção dos sujeitos em relação a saúde bucal, e nos surpreendeu o fato dos entrevistados considerarem a saúde bucal como parte da saúde geral da pessoa, o que para nós significou um grande avanço.

Segundo Chaves (1986), a saúde está deixando de ser vista de forma fragmentada, sendo analisada na ótica da multidisciplinaridade, sendo assim, ter saúde significa também ter saúde bucal. No entanto, ter apenas saúde bucal não faz sentido, se não tiver pelo menos um grau razoável de saúde geral do indivíduo.

É necessário possibilitar a adaptação do trabalho ao homem, para desempenho da função de forma mais saudável e produtiva, uma vez que 59,7% dos profissionais da saúde não freqüentam o consultório odontológico regularmente. Apenas 40,3% da amostra relatou visitar o CD (Tabela 8 e Gráfico 10). É válido ressaltar nesse ponto, que 18,7% da população brasileira nunca consultou um dentista (IBGE, 2000), cerca de 14% dos adolescentes brasileiros nunca foi ao dentista. Figueiredo, Silva e Bez (2008) fizeram uma pesquisa com uma amostra de 185 sujeitos, e pouco mais da metade dos indivíduos já havia freqüentado o dentista. Já Mutsumi (2002) encontrou em seus resultados que cerca de 50% da população estudada tinha acesso freqüente à assistência odontológica, 30% tinha acesso irregular e 20% não tinham acesso (nunca tinham ido ao dentista).

Ainda quanto ao tipo de acesso ao tratamento odontológico, 34% de nossa amostra buscou clínicas privadas, enquanto 52% fizeram tratamento no serviço público, e 14% utilizaram planos de saúde (Tabela 11 e Gráfico 15). Essa grande parte dos profissionais que realizam tratamento no SUS está de acordo com o SB BRASIL (2004) onde a maioria dos adolescentes (55,62%), adultos (48,16%) e idosos (40,5%) entrevistados freqüentou o serviço público.

O trabalho de Mutsumi (2002) afirmou que o acesso aos serviços odontológicos no país é restrito, os serviços públicos ainda não garantem o acesso universal previsto na Constituição de 1988, já que o atendimento predominante ocorria através do SUS, seguido pelo particular. Resultados divergentes como o de Barros e Bertoldi (2002) verificou que do ponto de vista ao acesso, o SUS é um agente de grande importância, porém, com um papel proporcionalmente pequeno, uma vez que 69% dos atendimentos ocorreram em serviços particulares. Ainda no trabalho de Barros e Bertoldi (2002), o SUS respondeu por apenas 24% dos atendimentos, enquanto 17% procuraram o dentista através de planos de saúde. O estudo de Grigoletto (2007) mostrou que 51,9% dos entrevistados afirmaram usar o serviço privado, 23,4% o plano de saúde, e apenas 22,1% usaram o serviço público. O estudo de Corbacho et al. (2001) já acompanha os nossos resultados, pois apenas 25% dos sujeitos procuravam o dentista particular, 16,6% realizavam o tratamento por meio de planos de saúde e 58,3% buscavam alguma Unidade de Saúde. É importante ressaltar nesse ponto que o problema do acesso aos serviços odontológicos evidencia a fragmentação do sistema público de saúde, ferindo o princípio da integralidade.

Independente se o acesso ocorre pelo SUS, pela iniciativa privada ou através de planos de saúde, o presente estudo procurou saber o motivo dessa consulta, e pouco mais da metade da amostra (53,3%) procura o dentista para realizar revisão, seguido por “caries” (22,6%) e estética (4%). A procura pelo odontólogo por motivos de dor foi relatada por 16,1% dos profissionais pesquisados (Tabela 8 e Gráfico 11), diferentemente do SB BRASIL (BRASIL, 2004b), onde os resultados mostraram que um dos principais motivos da visita ao dentista foi à experiência de dor dentária, relatada por mais de 30% dos adolescentes entrevistados. A ida ao dentista para consulta de rotinas/manutenção foi relatada por cerca de 34% dos adolescentes, já nos adultos e idosos essa porcentagem aumenta para 46%. Figueiredo, Silva e Bez (2008) encontraram resultados semelhantes ao do SB BRASIL (BRASIL, 2004b),

pois 31,98% dos indivíduos que freqüentaram o dentista foi motivo de dor de dente. No estudo de Grigoletto (2007) 26% dos respondentes disseram ter ido da última vez ao dentista por rotina, 14,3% por motivos de dor e 45,5% por outros motivos. Esteves (1999) relatou que a procura pelo dentista ainda se faz em caso de dor, em detrimento da prevenção. Esses resultados, que diferem dos nossos, confirmam que as pessoas, em sua maioria, continuam procurando o serviço odontológico quando possuem algum problema dental, algum sintoma agudo que os incomodam no momento, para a realização de procedimentos curativos, reproduzindo o modelo biomédico, com a prática odontológica curativista.

Com relação ao exposto, cabe ressaltar a grande importância da incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

Parece lícito afirmar que a discussão feita a partir da bibliografia consultada e dos resultados obtidos, possibilitou construir uma fundamentação teórica consistente e coerente em relação ao objetivo proposto por este estudo, que foi obter o nível de conhecimento e a percepção de saúde bucal dos trabalhadores inseridos nas Unidades de Saúde da Família. A pesquisa será apresentada aos gestores a importância de implantação de um serviço de saúde bucal dos trabalhadores do município.

Para a aplicação prática e direta dos achados deste trabalho, alguns pontos devem ser considerados. No município estudado existe apenas uma URS que funciona no turno noturno (17:00 as 21:00) para atendimento ao trabalhador que não pode comparecer em horários diurnos. Além disso, algumas US's funcionam aos sábados em um programa chamado "Sábado Saúde", criado em 2007, que tem como objetivo proporcionar um atendimento de qualidade e suprir as necessidades dos munícipes que possuem dificuldades de acesso às US durante a semana, colaborando na acessibilidade aos serviços de saúde do município, principalmente para o trabalhador que não dispõe de tempo durante a semana (SERRA, 2007). Embora no município exista um setor de medicina e segurança do trabalho, para a realização de perícias médicas, exames admissionais e demissionais dos funcionários, não há uma coordenação específica para a saúde do trabalhador, e nem um centro de referência para o atendimento médico e odontológico, e o "programa sábado saúde",

não é um programa específico para o servidor municipal, e sim aberto a todos os municípios.

A Odontologia do Trabalho compartilhada ao SUS pretende assumir sua responsabilidade social relacionada à saúde dos trabalhadores, bem como contribuir com o aumento da estabilidade do setor municipal, da produtividade e segurança no trabalho.

Portanto, o especialista em Odontologia do Trabalho deverá, como todos os profissionais que integram a saúde do trabalhador atuar na prevenção da saúde dos trabalhadores, visando um aumento da eficiência do setor público e de serviços (produtividade) na qualidade da produção dos serviços, com redução do tempo perdido por acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Sob este olhar, a estratégia principal é vincular os programas de atenção odontológica à gestão pública no trabalho, atuando na prevenção e tratamento das afecções bucais, além dos riscos existentes nos ambientes de trabalho. Os gestores municipais devem fazer uma reflexão sobre a Odontologia do Trabalho, uma vez que esta especialidade veio defender os seus interesses, afim de que os recursos humanos trabalhem com maior rendimento e com menor índice de afastamento por motivos de agravos a saúde, pois somente assim pode-se encontrar um profissional promotor de saúde laborativa.

A Odontologia do Trabalho, assim como a medicina do trabalho, deve ser fundamental para o exercício da atividade laboral, diminuindo os agravos que a atividade odontológica traz à saúde dos trabalhadores (PL 422/07) (COMISSÃO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO, 2007).

Portanto, a demanda de profissionais diferenciados, com conhecimentos multidisciplinares, faz com que o CD do trabalho ocupe, de forma legítima, o quadro funcional da saúde do trabalhador integrante do SUS.

Guimarães (1979) assinalou em seu artigo que, considerar a significação emocional da boca é tomar consciência de que a atuação do odontólogo do trabalho é muito mais do que a função mecânico-protética e técnico-manual. É uma atividade essencialmente clínica em que o dentista do trabalho, com orientação

psicossomática, se ocupa da personalidade, das emoções, dos estados de ânimo e sentimentos de temor e de dor, dos sintomas de enfermidades reais, produzidas direta ou indiretamente pela boca, dentes e gengivas.

Melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida do trabalhador não se restringe somente ao contexto assistencialista, é imperioso intervir nas condições sociais determinantes do processo saúde-doença.

Se o serviço público almeja alcançar objetivos de crescimento e reconhecimento de oferta de serviços de saúde, não podem estar alheios a investimentos em tecnologia e também em seus recursos humanos para os próprios trabalhadores que ali exercem suas funções.

Dessa forma, o mercado odontológico terá uma abertura, necessitando de profissionais que sejam realmente promotores de saúde, cuja função não ficará restrita a exames admissionais e demissionais, ou, ainda, à contagem de dentes cariados, mas abrangerá o diagnóstico precoce de lesões, vigilância ambiental, percepção da alteração do equilíbrio da saúde-doença e, mais ainda, a origem deste desequilíbrio.

Quando se discute as incapacidades que atingem os trabalhadores não podemos excluir as doenças bucais, pois estas não se desvinculam das condições gerais de saúde do corpo. Qualquer problema de origem bucal pode provocar desconforto físico, emocional, prejuízos consideráveis à saúde em geral, além de diminuir a produtividade de um empregado dentro de sua função.

Sendo assim, o foco da Odontologia do Trabalho deve ser a prevenção, reabilitação e a preservação da saúde dos trabalhadores, o que pode ser atingido pela análise, planejamento, execução, avaliação de serviços ou programas de saúde bucal, avaliação técnica e perícia.

O profissional da odontologia terá, ainda, o desafio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para que, juntamente com a equipe de Saúde do Trabalhador e da Saúde da Família, consiga-se ter uma população integralmente saudável; a sociedade e, em especial, os gestores consigam ter, além de uma mão-de-obra saudável, um aumento de produção do município.

Para isso, é importante também que o trabalhador, como exemplo do nosso estudo, que são os trabalhadores da saúde, tenha no mínimo um grau de conhecimento sobre os problemas odontológicos, para poder efetivamente entender a importância da prevenção e a manutenção da saúde bucal.

Entre os desdobramentos esperados do trabalho, ressalta-se a possibilidade de desenvolvimento de novas tecnologias de produção de saúde, que direcionem os serviços para um novo modelo de atenção integral, além de propor estratégias de ação à Secretaria Municipal de Saúde do Município da Serra.

Diante desse fato, torna-se necessário um aprofundamento desta pesquisa, sobre o conhecimento e a percepção do funcionalismo público que exerce suas atividades na área da saúde, assim como o entendimento das funções do especialista do trabalho.

Com a inserção da ESB, juntamente com a ESF, o profissional da Odontologia da ESB passa a ter um objetivo maior: sua capacidade de diagnóstico e a discussão dos agravos de saúde provocada pelo serviço laboral da população que passa a ser fundamental, resultando, assim, numa interação de todos os membros das equipes de saúde da família para a efetiva promoção de saúde.

Por fim, seria oportuno considerar a importância que os serviços públicos de saúde têm como suporte para uma política de saúde em nível nacional que contemple, em última instância, os esforços das unidades locais na promoção da saúde da população. Isso seria viável à medida que os princípios, diretrizes e leis que regem a implantação do SUS no Brasil fossem definitivamente consolidados, não só no município deste estudo, mas em todo território nacional.

7 CONCLUSÕES

Com base no que foi exposto, e tendo em vista os resultados obtidos conclui-se que:

- a) o conhecimento sobre saúde bucal dos trabalhadores inseridos nas UBSF estudadas pode ser considerado como bom ou suficiente o que nos leva a aceitar a hipótese alternativa 1 (H_1);
- b) a percepção sobre saúde bucal dos trabalhadores inseridos nas UBSF estudadas é boa ou suficiente, o que nos leva a aceitar a hipótese alternativa 3 (H_3);
- c) embora a hipótese nula (H_0) e a hipótese alternativa 2 (H_2) tenham sido rejeitadas, os reflexos dos problemas bucais sobre a saúde geral têm sido algumas vezes negligenciados, prevalecendo a não integração dos profissionais de odontologia nas equipes de saúde do trabalhador;
- d) a presença do dentista do trabalho dentro do serviço público é de fundamental importância, para a implantação de programas de atenção em saúde bucal voltado ao trabalhador, e tem como objetivo principal a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde bucal do trabalhador contribuindo para uma melhor qualidade de vida;
- e) os trabalhadores do setor público constituem um grupo da população cuja condição de realizar o trabalho favorece a implantação de programas de atenção à saúde bucal, o que se justificaria não só pelas razões já citadas na discussão, mas também pelo fato de estarem constantemente expostos a fatores de risco para saúde bucal em seu ambiente de trabalho; e
- f) os resultados obtidos neste estudo sugerem a necessidade de ampliação do universo de pesquisa para se ter a real necessidade da inserção da odontologia do trabalho nos serviço público, assim como criar uma futura ação de saúde bucal do trabalhador no município da Serra, ES.

8 REFERÊNCIAS

ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 586-593, 1997.

ARAÚJO, M. E.; MARCUCCI, G. Estudo da prevalência das manifestações bucais decorrentes de agentes químicos no processo de galvanoplastia: sua importância para a área de saúde bucal do trabalhador. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1/2, p. 20-25, 2000.

BARREIRA, A. K. et al. Percepção dos pais quanto à saúde bucal na clínica de odontopediatria da FOUFBA. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**, Salvador, v. 1, n. 16-17, p.13-20, 1997

BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdade na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Rev. Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.709-717, 2002.

BASTOS, J.R.M.; PERES, S.H.C.S.; RAMIRES, I. Educação em saúde bucal. In: PEREIRA, A.C. et al. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva**. São Paulo: Artmed, 2003.

BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde Debate**, Londrina, n. 34, p. 33-39, 1992.

BRAGA JR., D. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: manual de gestão e gerenciamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>>. Acesso em: nov. 2008.

BRASIL. Lei n.º 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 correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: abr. 2008

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Política Brasil Sorridente. **Projeto SB Brasil 2003**: levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho. **Norma Regulamentadora NR 7** - Programa de controle médico de saúde ocupacional. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 de julho de 1978. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_04a.pdf>. Acesso em: jul. 2009.

BRASIL. Portaria 267/GM, 6 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 67, 7 mar. 2001. Disponível em:< http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/port267.01_diretrizes.pdf>. Acesso em: mar. 2009.

BRASIL. Saúde bucal. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/>>. Acesso em: jul. 2009.

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**. Curitiba: Gênese, 1994. v. 3, p. 169-170.

CAMPOS, J. A. D.; GARCIA, P. P. N. S. Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de ensino fundamental. **Cienc. Odontol. Bras.**, São José dos Campos, v. 7, n. 1, p. 58-65, 2004.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDO DE SAÚDE. **Fundamentos da reforma sanitária**. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br>>. . Acesso em: jul. 2009.

CHAPMAN, P. J. et al. Dental health of pregnant women - 1 - a survey of dental knowledge attitudes and practices in an antenatal clinic population. **Med. J. Aust.**, Sidney, v. 2, n.2, p.113-116, 1971.

CHAVES, M.M. **Odontologia social**. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

COMISSÃO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO. Projeto de Lei nº 422, de 2007. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/528806.pdf>>. Acesso em: nov. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA . Resolução CFO-25/2002. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção I, 28 maio de 2002. Disponível em:< <http://webodonto.com/html/downloads.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO- 22 /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. Disponível em:< <http://webodonto.com/html/downloads.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

CORBACHO, M.M. et al. Percepção da saúde bucal – uma análise de famílias participantes do programa do programa de saúde, Salvador-BA. **Rev. Faculdade odontol. UFBA**, Salvador, v. 22, p. 6-11, 2001.

CROSATO, E. **Odontologia do trabalho**: construindo uma nova área de atuação. Tese (Livre-docência) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, São Paulo, 2007.

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

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf> >. Acesso em: 20 abr. 2009.

ELLIOT, S.; EYLES, J.; SCOTT, F. Survey design, analysis and interpretation-health-risk perception in Canada. Hamilton: University Bookstore, 2000. Module IV. p. 231-287.

ESTEVES, I.V. **Conhecimentos, atitudes e práticas de saúde bucal desenvolvidas pelos estudantes de odontologia, enfermagem e medicina, Alfenas – MG**. 1999. 122 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba.1999.

FABER, J.R. O uso de bochechos antimicrobianos é superior ao fio dental no controle da placa. **Rev. Dent. Press Ortop. Facial**, Maringá, v. 11, n. 5, p. 15, 2006.

FERREIRA, J.M.S. et al. Conhecimento de alunos concluintes de pedagogia sobre saúde bucal. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 9, n.17, p. 381-388, 2005.

FERREIRA, R.A. Odontologia: essencial para a qualidade de vida. **Rev. Assoc. Paul. Cirur. Dent.**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 514-524, nov./dez. 1997.

FERRI, S.M.N. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família** - elemento analisador da qualidade do cuidado prestado? 2006. 126f. Dissertação (Mestrado)- Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

FIGUEIREDO, M. C.; SILVA, D.D.F.; BEZ, A.S, Autopercepção e conhecimento sobre saúde bucal de moradores de uma comunidade carente do município de Porto Alegre, **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 43-48, 2008.

FLORES, E. **Percepções, comportamentos, conhecimentos e representações sociais da saúde e doença bucal de adolescentes**. 2001. Dissertação (Mestrado em saúde bucal coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Porto Alegre, 2001.

FLORES, E. M. T. L.; DREHMER, T. M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 743-752, 2003

FREEMAN, R. Barriers to accessing and accepting dental care. **Br. Dent. J.**, London, v. 187, p. 81-84, 1999.

FREIRE, M.C.M.; MACEDO, R.A.; SILVA, W. H. Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação à saúde bucal. **Pesq. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 14, p. 39-45, 2000

GARRAFA, V. Odontologia do trabalho. **Rev. Saúde Debate**, Londrina, v. 18, p. 5-10, 1986.

GIFT, H.C. Current utilization patterns os oral hygiene practices: state-of-the science reviw. In: LÖE, H.; KLEINMAN, D.V. (Ed.). **Dental plaque control measures and oral hygiene practices**. Oxford: IRL Press, 1986. p. 39-71.

GRIGOLETTO, J. **Percepção de risco em relação à saúde bucal de indivíduos cadastrados em um núcleo de saúde da família de Ribeirão Preto-SP**. 2007. 197 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GUIMARÃES, E.; ROCHA, A. Odontologia do trabalho. 2ª Parte. **Odonto. Mod.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 8, p. 25, 1979.

HOREV, T. et al. Oral health disparities between ranks in a military environment: Israel defense force as a model. **Mil. Med.**, Bethesda, v. 168, n. 4, p. 326-329, 2003.

IBGE. Cidades@. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: ago. 2009

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: jun. 2008.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in older adult population. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v. 57, p. 40-47, 1997.

KIYAK, H. A. Age and culture: influences on oral health behavior. **Int. Dent. J.**, London, v. 43, p. 9-16, 1993.

LACAZ, F.A.C. O campo da saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações de trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, jan./abr. 2007.

LINDEN, G. J.; MULLALLY, B. H.; FREEMAN, R. Stress and the progression of periodontal disease. **J. Clin. Periodontol**, Copenhagen, v. 23, n. 7, p. 675-680, 1996.

MACIEL, S.M. **Saúde bucal infantil: a participação da mãe**. Tese (Doutorado) - São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1994.

MARCENES, W.S.; SHEIHAM, A. The relationship between work stress and oral health status. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 35, n.12, p.1511-1520, 1992.

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

MATHIAS, R.E. et al. Factors affecting self-ratings of oral health. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v. 55, p. 197-204, 1995.

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

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

MEDEIROS, E.P.G. Conceito de odontologia do trabalho. **O Inci-sivo**, v. 5, p. 22-24, 1966.

MELLO, P. B. **Odontologia do trabalho**: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio, 2006. p.1-30. TÍTULO DO CAPÍTULO

MENDES, E. V. O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização da Saúde no Brasil. In: CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SÃO PAULO, 2, São Paulo, 17 maio 1991. **Resumos...** São Paulo, 1991. p. 11.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1993. p.12-92.

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

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

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992. p.25-83.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

MISRACHI C.L.; SÁEZ, M. S. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. **Cuad. Med. Soc.**, Rosario, v. 30, n. 1, p. 27-33, 1989.

MISRACHI, C.L.; SÁEZ, M.S. Valores, creencias y practicas populares en relación a la salud oral. **Cuad. Méd. Soc.**, Rosário, v. 30, p. 27-33, 1989.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Percepção de saúde bucal em uma comunidade indígena no Brasil. **Unimep**, Piracicaba, v. 13, n. 1, p. 61-65, jan./jun. 2001.

MUTSUMI, S. Análise do acesso aos serviços odontológicos da população brasileira no final do século XX – PNAD 1998 (IBGE). 2002.192 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de São Paulo, Faculdade de odontologia, São Paulo, 2002.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 113 p

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

NOGUEIRA, L. J.; MONTANARI, C. A.; DONNICI, C. L. Histórico da evolução da química medicinal e a importância da lipofilia: de Hipócrates e Galeno a Paracelsus e as contribuições de Overton e de Hansch. **Rev. Virtual Quim.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, 2009. Disponível em: < <http://www.uff.br/RVQ/index.php/rvq/article/viewArticle/55/103>>. Acesso em: 20 jul. 2009.

OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 92-103, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>>. Acesso em: jun. 2008.

PERES, A. S. et al. Odontologia do trabalho e Sistema Único de Saúde – uma reflexão: o surgimento da odontologia do trabalho deve ser pensado como um reforço à promoção da saúde que o SUS pretende garantir à população. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 4, n.1, p. 38-41, 2004.

PRADO, S.U.U.;TOMITA, N.E. Ensino aprendizagem no estágio em saúde coletiva: percepção de acadêmicos e docentes. In: CONGRESSO BRASILEIRO E SAÚDE COLETIVA, 7, 2003, Brasília. **Resumos...** Brasília: ABRASCO, 2003. p.726.

PRESENÇA importante. **Proteção**, ed. 188, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.protecao.com.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

ROCHA, M.C.B.S. **Avaliação do conhecimento e das práticas de saúde bucal: gestantes do Distrito Sanitário Docente-Assistencial Barra/RioVermelho - Município de Salvador, BA**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Araraquara, 1993.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.) **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. cap. 2, p. 28-49.

SANT'ANNA, R. M. F. **Análise do conhecimento em saúde bucal dos professores de ensino fundamental das escolas públicas de Bauru-SP**. 2007. 198 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, Bauru, 2007.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alogoinhas, BA. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, P. A.; RODRIGUES, J. A.; GARCIA, P. P. N. S. Avaliação do conhecimento dos professores de ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal. **Rev. Odontol. Unesp**, Marília, v. 31, n. 2, p. 205-214, 2002.

SOARES, H.A. **Manual de câncer bucal**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Odontologia, 2005/2007.

SANTOS-PINTO, L. et al. O que as gestantes conhecem sobre saúde bucal? **J. Bras. Odontop. Odontol. Bebê**, Maringá, v. 4, n. 21, p. 429-34, 2001.

SANTOS-PRECIADO, J.I. et al. La transición epidemiológica de lãs y los adolescentes em Mexico. **Salud pública Mexico**, Mexico, v. 45, n. 1, p. 140-152, 2003.

SERRA (ES). Secretaria de Saúde. **Projeto “Sábado Saúde”**. 2007. Serra (ES), 2007.

SILVA, A.C.B. **Odontologia do trabalho**: avaliação da percepção e conhecimento de formandos e profissionais sobre a nova especialidade odontológica. 2005. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual de Campinas . Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2009.

SILVA, D. R. A. D. **Percepção de condições de saúde bucal em adultos trabalhadores**. 2000. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: </AgDw/silverstream/pages/pgRelatorioTesesCompleto.html>. Acesso em: 23 jan. 2009.

SILVA, J. B. O. R. Conhecimento de profissionais e estudantes da área da saúde sobre odontologia para bebês. **Rev. Espaço Saúde**, Londrina, v.9, n.1, p.36-42, dez. 2007

SILVA, S.R.C.; CASTELLANOS FERNANDES, R.A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-55, 2001.

SILVA, Z.P.; BARRETO JÚNIOR, I.F.; SANT’ANA, M.C. Saúde do trabalhador no âmbito municipal. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v.17, n.1, p. 47-57, jan./mar. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a05.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2008.

SOARES, H.A. **Manual de câncer bucal**. São Paulo: CROSP, 2003/2005.

SÖDERFELDT, M. et al. Demand and control in human service work in relation to self-rated oral health. **Community Dent. Health**, London, v. 19, n. 3, p. 180-185, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade e saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministerio da Saúde, 2002.725p.

TAKAYANAGUI, A.M.M. Risco Ambiental e o gerenciamento de resíduos nos espaços de um serviço de saúde do Canadá: um estudo de caso. 2004. 83 f Tese

(livre docência) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

TAUCHEN, A.L. **A contribuição da Odontologia do Trabalho no Programa de Saúde Ocupacional:** verificando as condições de saúde bucal de trabalhadores de uma agroindústria do sul do Brasil. 2006. 138 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 190-195, 2000.

VALENTINI, W. et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 522-528, 2004.

VASCONCELLOS, M.C.C.; SILVEIRA, F.O. Conhecimento sobre a manutenção da própria saúde bucal em população que demanda centro de saúde. **Rev. Odontol Unesp**, Marília, v. 18, p. 225-231, 1989.

VELLOZO, R.C.A.D.M. **Avaliação do conhecimento em saúde bucal dos profissionais do ensino fundamental.** 2006. 94 f. Dissertação (Mestrado profissional em Odontologia) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2006.

WANNMACHER, F. F. **Avaliação do risco de cárie em pacientes portadores de fenilcetonúria.** 1995, 98 f. Dissertação (Mestrado em Bioquímica) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Biociências, Curso de Pós-Graduação em Ciências Biológicas, Porto Alegre, 1995.

9 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

ALVES, Roberta Belizário. Vigilância do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 319-322, jan./fev. 2003.

ARAÚJO, M. E.; MARCUCCI, G. Estudo da Prevalência das Manifestações Bucais Decorrentes de Agentes Químicos no Processo de Galvanoplastia: sua Importância para Área de Saúde Bucal do Trabalhador. **Odontologia e Sociedade**, v. 2, n.1/2, p.20-25, 2000.

ARAÚJO, M.E. (1998) **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. 126 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, São Paulo, 1998.

BARATA, L. R.B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D.V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BARBOSA-BRANCO, A.; ROMARIZ, M. S. Doenças das cordas vocais e sua relação com o trabalho. **Comum. Ciênc. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 1, p. 17-45, 2006.

BARCHIFONTAINE, C.P. Por que o povo não tem saúde? **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 379-375, 2003.

BASTOS, J. R.M. et al. **Manual de odontologia em saúde coletiva**. Bauru, 2001.

BOTAZZO, C.; BERTOLINI, S. R.; CORVELHO, V. M.. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. **Saúde Debate**, Londrina, v. 10, p. 43-53, jun. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ações em saúde do trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde. In: _____. **Cadernos de atenção básica: saúde do trabalhador**. Brasília, 2002. p. 15-17. (Caderno 5)

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de saúde do trabalhador: legislação. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: out. de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: “Trabalhar sim, Adoecer não”. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: set. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Município saudável: novo conceito de gestão revoluciona a vida de comunidades. **Promoção de Saúde**, n.1, p. 6-17, ago./out. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: abr. de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.679 de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: abr. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.120, de 1 de julho de 1998. Aprovou a Instrução Normativa em Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Disponível em: <<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/98port3120.pdf>>. Acesso em: abr. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 215-E. Seção 1. p. 17, 10 nov. 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005b. p. 95-113.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ FIOCRUZ, 2005c. p. 53-80.

BUCK, R. C. Segurança e medicina do trabalho. In: _____. **Cumulatividade dos adicionais de insalubridade e periculosidade**. São Paulo: LTr, 2001. cap.2, p. 33-62.

CARDOSO, M. H.C.A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 499-506, abr./june 2007.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, June 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: maio 2009.

COLACIOPPO, S. Higiene ocupacional da teoria à prática. In: FISCHER, F.M.; GOMES, J. R.; COLACIOPPO, S. (Org.). Tópicos de saúde do trabalhador. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 73-97.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JR, M.; TONON, L.M. (Org.). **Cadernos de Saúde I**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. p. 11-26.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DIAS, E. C. Debate sobre o artigo de Leny Sato. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 5, p. 1160-1161, 2002. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n5/10988d.pdf> >. Acesso em: jul. 2009.

DIAS, E. C. Organização da atenção à saúde no trabalho. In: FERREIRA JÚNIOR, M. (Org.). **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 4, p. 817-828, 2005.

DIESAT. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (publicação oficial). Pelo direito de mastigar. **Saúde e trabalho**, v. 4, n. 1, p. 11, jan./mar. 1984.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde. **Capacitação para Gerentes de Unidades Básicas de Saúde**: módulo I. Brasília, 2000. p. 12-22.

ESTEVES, R.C. Manifestações bucais das doenças ocupacionais. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 10, p. 56-59, out./dez. 1982.

FALEIROS, V. P. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais do Brasil. In: Capacitação em serviço social e política social. Módulo 3. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada e a Distância, 2000.

FALEIROS, V. P. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores**. São Paulo: Cortez, 1992.

GARRAFA, V. **Contra o monopólio da saúde**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

GOMES, J. R.; COLACIOPPO, S. (Org.). **Tópicos de saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 73-97.

GOMEZ, C. M.; CARVALHO, S. M. T. M. Social Inequalities, Labour, and Health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 498-503, oct./dec. 1993.

GONÇALVES, E.L. **O serviço médico da empresa**. São Paulo: Edusp, 1994.

GUIMARÃES, R. S.O. **O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Rio de Janeiro, 2005.

GUISSO, S. S.; GEIB, L. T. C. Conhecimento do médico pediatra acerca da promoção da saúde bucal na primeira infância em unidades básicas de saúde da família. **Mundo Saúde**, São Paulo, v.31, p. 3, p. 355-363, jul./set. 2007.

HUBERMAN L. **História da riqueza do homem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

LACAZ, F.A.C Saúde dos trabalhadores: cenário de desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. S07-S09, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v13s2/1360.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MACHADO, M. F. A. Z. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MANFREDINI, M. A. PSF: Promovendo saúde bucal. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 7, p. 50-54, 2004. (Edição especial).

MARTINS FILHO, H. B. Programa de saúde dos trabalhadores: histórico. In: COSTA, D. F. et al. (Org.). **Programa de saúde dos trabalhadores: a experiência da zona norte: uma alternativa em saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 19-31.

MARTINS, R. J. **Absenteísmo odontológico e médico no serviço público e privado**. 2002. 119f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, Araçatuba. 2002. Disponível em: <<http://basae.bireme.br/cgi-bin/wxis/ind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 12 jan. 2009.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____ . **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233 269

MENDES, R. **Medicina do Trabalho e doenças profissionais**. São Paulo: Sarvier; 1980.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1996.

MINAYO, M. C. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MONTEIRO, M.S.; GOMES, J. R. De Taylor ao modelo japonês: modificações ocorridas nos modelos de organização do trabalho a participação no trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 93/94, p. 29-37, dez. 1998.

MORAES, J.GV. **História geral e do Brasil**. São Paulo: Atual, 2003. p. 280-303.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. **Rev. ABENO**, Brasília, ano 4, n.1, p. 30-37, jul. 2004.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** São Paulo: FSP, 1992.

NOGUEIRA, D.P. Introdução à segurança, higiene e medicina do trabalho: histórico. In: FUNDAÇÃO JORGE DUPRAT FIGUEIREDO DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. **Curso de Medicina do Trabalho**. São Paulo: Fundacentro, 1979. v. 1, p. 5-10.

OLIVEIRA, A. G.R.C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal: tendências e perspectivas. **Rev. Ação Coletiva**, v. 2, p. 1, p. 9-14, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde do trabalhador**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/ambiente/default.cfm>>. Acesso em: 30 jun. 2008.

PAULA, J. A. A atualidade do programa do manifesto. In: REIS FILHO, D. A. (Org.). **O manifesto comunista 150 anos depois**. São Paulo: Contraponto, 1998. p. 139-153.

PAUTANDO a frente parlamentar de saúde. **J. Cons. Fed. Odontol.** , Brasília, Ano 11, v. 55, p. 10, 2003.

PINTO, E. RC. et al. Associação entre dislipidemia, fumo e perda óssea alveolar radiográfica em uma população brasileira. **PerioNews**, São Paulo, v. 1 n. 1, p. 64-69, 2007.

PINTO, V.G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1994. p.112.

PIZZATO, E. A. **A saúde bucal no contexto da saúde do trabalhador: análise dos modelos de atenção**. 2002. 110f. Dissertação (Mestrado Odontologia Preventiva e Social) – Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2002. Disponível em: <<http://basae.bireme.br/gibin/wxis/ind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 11 fev. 2008.

RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 2, p. 8-14, jan./mar. 1999.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M.C.S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-123, 2001.

SANTANA, V.; NOBRE, L.; WALDVOGEL, B. C. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 841-855, 2005.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 489-495, out./dez. 1996. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n4/0240.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, Rio de Janeiro, set./out. 2002.

SILVEIRA, J. L. G. C. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade. **Pesq. Bras. Odontop. Clín. Integr.**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 151-156, 2004.

SOUSA, I. M. C.; BEZERRA, A. F. B.; MARQUES, A. P.O. Trabalho em saúde: quem implementa o Sistema Único de Saúde no hospital universitário conhece sua filosofia? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 302-309, 2003.

SOUZA, E. M. A hundred years ago, the discovery of *Treponema pallidum*. **Ann. Bras. Dermatol.**, v. 80, n. 5, p. 547-548, 2005.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Rev. Bras. Saúde Família**, Brasília, v. 5, n. 7, p. 10-23, 2004. (Ed. Especial).

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiol. SUS**, Brasília, v.7, n.2, abr./jun. 1998.

TOMITA, N. E. et al. Saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria alimentícia do centro-oeste paulista. **Rev. Fac. Odontol.**, Bauru, v. 7, n. 1/2, p. 67-71, jan./jun. 1999.

TOMITA, N. E. et al.. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para má-oclusões em pré-escolares. **Pesq. Odontol. Bras.**, São Paulo, v. 14, n.2, p.169-175, abr./jun. 2000.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas. 1987.

VASCONCELLOS, L.C.F.; PIGNATI, W. A. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 105-115, out./dez. 2006.

VASCONSELLOS, L.C.F.; RIBEIRO, F.S. N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, abr./jun. 1997. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/arquivos/Sala241.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2009.

ANEXO A - FIGURA MOSTRANDO O MAPA COM A LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DA SERRA, LOCAL ONDE FOI REALIZADA A PESQUISA



Figura 1. Localização do município da Serra – ES

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 29 de maio de 2008

Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

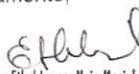
Para: Profa. Raquel Baroni de Carvalho
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Conhecimento e percepção de saúde bucal dos trabalhadores inseridos na estratégia de saúde da família do município da Serra, ES”**

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, N^o Registro no CEP-005/08, intitulado: **“Conhecimento e percepção de saúde bucal dos trabalhadores inseridos na estratégia de saúde da família do município da Serra, ES”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 28 de Maio de 2008.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde n^o 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Prof.^a Dra Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. **Título da Pesquisa:** Conhecimento e percepção da saúde bucal dos trabalhadores inseridos na Estratégia de Saúde da Família do município da Serra, ES.
2. **Pesquisadores:** Rodrigo Resende Brandão e Raquel Baroni de Carvalho.
3. **Justificativas:** A falta de informações a respeito do nível de conhecimento sobre saúde bucal por parte dos profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família do município da Serra, ES.
4. **Objetivo:** Analisar o conhecimento e a percepção dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde da Família do município da Serra, ES.
5. **Procedimentos:** Questionários para detectar o nível de conhecimento e percepção da saúde bucal dos trabalhadores da Saúde da Família do município da Serra, ES.
6. **Desconfortos e/ou Riscos esperados:** Praticamente nenhum, pois o questionário é rápido e objetivo, e não tendo o risco de identificação do trabalhador, nem da Unidade de Saúde onde trabalha, pois os resultados serão expressos através de Tabelas e números.
7. **Benefícios:** Os dados obtidos serão utilizados como base para desenvolver um programa de saúde bucal para o trabalhador da área da saúde do município da Serra, ES.
8. **Informações adicionais:** Os participantes têm a garantia de que receberão respostas e esclarecimento a qualquer dúvida relacionada à pesquisa, bem como, o sigilo e a privacidade dos dados coletados. (Drº Rodrigo Brandão 99760376)
9. **Obrigação do voluntário:** Cooperação e sinceridade para que os dados coletados não comprometam o resultado da pesquisa.
10. **Retirada do consentimento:** O voluntário tem o direito de retirar o seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar do estudo, sem nenhum problema.
11. **Consentimento:**

Eu _____ Li todo o documento, e entendi a importância da pesquisa sobre a importância da saúde bucal, e estou de acordo com a participação.

Assinatura: _____ . Identidade nº. _____ .

Serra, _____ de _____ de 2008

ANEXO D - QUESTIONÁRIOS APLICADOS NA PESQUISA

QUESTIONÁRIO SOBRE A PERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Número: _____

A. PESSOAS

I. Identificação: Sexo: 1. Masculino () 2. Feminino () Data de Nascimento: ____/____/____

II. Escolaridade:

1. Ensino Fundamental () 2. Ensino médio() 3. Superior () 4. Pós Graduação ()

III. Profissão: 1. Médico () 2. Dentista () 3. Enfermeiro () 4. ACD () 5. Téc. Enfº ()
6. Aux. Enfº () 7. Aux. Adm () 8. ACS() 9. Outros()
Qual? _____

IV. Tempo de Serviço no Município: ____anos 1. Efetivo() 2. CLT() 3. Contrato()
4. Comissionado()

V. Local de Trabalho: 1. SESA() 2. Unidade de Saúde()
Qual _____

VI. Regime de trabalho: 20 horas() 30 horas () 40 horas ()
Período _____

VII. Trabalha em outro local: 1. Não () 2. Sim ()
Onde _____

Qual período: 1. Manhã () 2. Tarde () 3. Noite ()

B. Saúde Bucal/Geral

I. Você faz algum tratamento médico: . Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()

II. Você faz uso de alguma medicação: . Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
Qual _____

III. Visita o dentista regularmente: 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()

IV. Quando foi a última visita: _____

V. Qual o motivo da consulta: 1. dor () 2. revisão () 3. cáries () 4. estética ()
5. ortodontia () 6. não sei ()

VI. Sente a boca seca: 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()

VII. Como limpa seus dentes: (pode marcar mais de um item): 1. escova () 2. fita ou fio dental () 3. palito () 4. outros () O quê? _____

VIII. Sua gengiva sangra regularmente: 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()

IX. Sente a gengiva irritada, dolorida ou avermelhada: 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()

X. Escova os dentes com freqüência: 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()

Quantas vezes ao dia: 1. Uma vez () 2. Duas vezes () 3. Mais de três vezes ()

XII. Alguma vez já ensinaram a escovar os dentes: 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()

Onde: 1. escola () 2. no dentista () 3. tv () 4. rádio () 5. vizinha () 6. outros () Qual? _____

XIII. Usa fio dental diariamente: 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()

Com que freqüência/dia: 1. Uma vez () 2. Duas vezes () 3. Mais de três vezes ()

XIV. Faz uso de algum bochecho: 1. Não () 2. Sim () Qual? _____. 3. Não Sei ()

XV. Tem mau halito: 1. Não () 2. Sim () Quando: 1. ao acordar() 2. sempre()

3. ao comer certos alimentos()

XVI. Fuma: 1. Não() 2. Sim(): Regularmente() Eventualmente()

Quantos maços: _____. Há quantos anos: _____.

XVII. Faz uso de bebida alcoólica: 1. Não() 2. Sim(): Regularmente() Eventualmente() Quantas vezes na semana: _____ vezes.

XVIII. Utiliza algum tipo de substância química: 1. Não() 2. Sim() 3. Não Sei ()

Qual: _____. Qual freqüência: _____.

XIX. Você considera sua saúde bucal como: 1. ótima () 2. boa () 3. regular () 4. ruim ()

Comentários _____

XX. Para você, o que é ter uma boa saúde bucal: _____

XXI. Existem momentos em que você repara ou percebe problemas de saúde bucal nos usuários da Unidade de Saúde? 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei () Se sim, o que mais percebe: 1. mau hálito () 2. estética () 3. outros () Quais? _____
Comentários: _____

XII. Você já faltou ao serviço por motivos de saúde: 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()

XIII. Você já faltou ao serviço por problemas odontológicos. 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei () Por qual problema (pode marcar mais de uma) 1. dor () 2. tratamento () 3. revisão ()

XXIV. Você já faltou ao serviço para ir ao Dentista: 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()

XXV. Onde realiza tratamento/revisão odontológico: 1. particular () 2. publico () 3. plano de saúde ()

QUESTIONÁRIO SOBRE O CONHECIMENTO DA SAÚDE BUCAL

Número: _____

- I. O stress pode causar problemas na boca?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- II. Já ouviu falar sobre doença cárie?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- III. A cárie é transmissível?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- IV. Já ouviu falar sobre doença periodontal?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- V. Quantos dentes de leite tem a criança ?** 10 (), 15 (), 20 (), 25 ()
- VI. O dente de leite tem raiz?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- VII. Você sabe quantos dentes permanentes temos?** 20 (), 25 (), 32 (), 38 ()
- VIII. Existe câncer na boca?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- IX. O uso constante de chupeta faz mal aos dentes?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- X. É comum os dentes permanentes amolecem com o tempo?** 1. Não () 2. Sim ()
3. Não Sei ()
- XI. Na hora de dormir se deve tirar a dentadura?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- XII. O que é bom para dor de dente: (pode marcar mais de uma opção)** 1. Ir ao dentista ()
2. tomar remédio () 3. banhar com chás () 4. banhar com ervas () 5. outros ()
- Quais:
-
- XIII. O que fazer quando cair e/ou se machucar e o dente cair no chão:** 1. lavar o dente ()
2. colocar no lugar () 3. ir para o dentista () 4. Não Sei ()
- XIV. Gestante pode realizar tratamento odontológico?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- XV. Gestante pode se submeter a anestesia?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- XVI. Diabético pode realizar tratamento odontológico?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()
- XVII. Quem tem pressão alta pode ir ao dentista?** 1. Não () 2. Sim () 3. Não Sei ()