

## Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores

Impact of oral health conditions on the quality of life of workers

Maria Júlia Campos Guerra <sup>1</sup>  
Rosângela Maria Greco <sup>2</sup>  
Isabel Cristina Gonçalves Leite <sup>1</sup>  
Efigênia Ferreira e Ferreira <sup>3</sup>  
Marcos Vinícius Queiroz de Paula <sup>4</sup>

**Abstract** Occupational health has been the scope of numerous studies, primarily due to the concern that the worker should enjoy good working conditions and a satisfactory quality of life. This study seeks to analyze the impact of oral health on the quality of life of workers at a public university using the simplified version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) and associated factors. A cross-sectional study was conducted with 326 workers who responded the questions of OHIP-14 about self-rated health, oral morbidity, and socioeconomic and demographic questions. Multiple linear regression analysis was performed to verify the association between the independent variables and OHIP-14. About 40% of the impact of oral health on quality of life can be explained by the variables: education level ( $p = 0,03$ ), age ( $p = 0,03$ ), reason for visiting a dentist ( $p = 0,01$ ), oral health perception ( $p < 0,01$ ) and satisfaction with teeth and mouth ( $p < 0,01$ ). The use of OHIP-14 can be useful for planning programs and actions focused on health education for occupational health, prioritizing workers with greater psychosocial impacts caused by oral problems.

**Key words** Occupational health, Oral health, Sickness impact profile, Quality of life

**Resumo** A Saúde do Trabalhador tem sido objeto de inúmeros estudos devido, principalmente, à preocupação de que o trabalhador tenha boas condições de trabalho e uma qualidade de vida satisfatória. O presente estudo objetiva analisar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores de uma universidade pública através do Oral Health Impact Profile, na sua versão reduzida (OHIP-14), e fatores associados. Realizou-se um estudo transversal com 326 trabalhadores que responderam às questões do índice OHIP-14, de autopercepção de saúde, morbidade bucal autorreferida, uso de serviços odontológicos e questões socioeconômicas e demográficas. Através da análise de regressão linear múltipla foi feita a associação entre as variáveis independentes e o OHIP-14. Cerca de 40% do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida pode ser explicado pelas variáveis: escolaridade ( $p = 0,03$ ), idade ( $p = 0,03$ ), motivo da consulta odontológica ( $p = 0,01$ ), percepção de saúde bucal ( $p < 0,01$ ) e satisfação com dentes e boca ( $p < 0,01$ ). A utilização do OHIP-14 pode ser útil para o planejamento de programas e ações focados na educação em saúde, voltados para o trabalhador, priorizando aqueles com maiores impactos psicossociais produzidos pelos problemas bucais.

**Palavras-chave** Saúde do trabalhador, Saúde bucal, Perfil de impacto da doença, Qualidade de Vida

<sup>1</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Campus Universitário, Martelos. 36036-330 Juiz de Fora MG Brasil.

majuguer@hotmaill.com  
<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem Básica, Faculdade de Enfermagem, UFJF.

<sup>3</sup> Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, UFMG.

<sup>4</sup> Departamento de Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia, UFJF.

## Introdução

Sabe-se que as alterações bucais comprometem a saúde geral do indivíduo, interferindo negativamente na sua qualidade de vida (QV) e afetando a atividade produtiva do trabalhador<sup>1</sup>.

O campo da saúde bucal do trabalhador tem como objeto a relação entre saúde bucal e trabalho, tratando de promover, preservar e recuperar a saúde bucal de populações inseridas nos diversos processos de trabalho, contribuindo, assim, para uma melhora na qualidade de vida<sup>2</sup>.

Alterações relacionadas ao sistema estomagnático podem desencadear estímulos dolorosos ou alterações psicológicas e emocionais que interferem diretamente no desempenho de atividades diárias da população, seja pela morbidade provocada pela dor, desviando a atenção das pessoas no intuito de aliviar o desconforto, seja por uma dificuldade no relacionamento interpessoal pela ausência de elementos dentários<sup>3</sup>.

Entretanto, apesar de reconhecer a importância de aspectos sociais e psicológicos na determinação da doença, a odontologia continua empregando índices biológicos na avaliação e determinação das necessidades de tratamento e apreciação de programas de saúde bucal, como o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e o índice periodontal comunitário (IPC). No entanto, tais índices não consideram a percepção subjetiva do indivíduo e não avaliam a maneira como a saúde bucal afeta a vida diária<sup>4</sup>.

Para Petersen<sup>5</sup>, a saúde bucal extrapola o conceito de manter os dentes saudáveis, sendo um ponto essencial para garantir o bem estar do indivíduo, pois está inserida no contexto de saúde geral interferindo na qualidade de vida. Os indicadores clínicos não são capazes de captar os agravos tais como dor e interferências na mastigação e na autoestima, a inferência desses aspectos é realizada através de questionários que medem o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Assim, para reconhecer o impacto das doenças bucais na vida cotidiana das pessoas, o termo qualidade de vida relacionada à saúde bucal vem sendo usado por pesquisadores.

A qualidade de vida pode ser definida como uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhe-

cimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades<sup>6</sup>.

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal é determinada por uma variedade de condições que afetam a percepção do indivíduo, os seus sentidos e os comportamentos no exercício de sua atividade diária. Tem-se observado, assim, um interesse crescente, por parte dos pesquisadores, em quantificar as consequências de uma doença que afete a rotina de seu portador<sup>7</sup>.

Reconhecendo, assim, a importância da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, pesquisadores desenvolveram questionários padronizados a fim de assimilá-la. Instrumentos capazes de abordar aspectos psicológicos e sociais, por meio da autopercepção e do levantamento dos impactos causados na qualidade de vida têm sido desenvolvidos e validados por vários autores. Dentre eles, pode-se citar o OIDP (*Oral Impacts on Daily Performances* – Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário), o GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index* – Índice de Determinação de Saúde Bucal Geriátrica) e o OHIP-49 (*Oral Health Impact Profile* – Perfil do Impacto da Saúde Bucal), e sua versão mais curta, o OHIP-14.

Observando que são poucos estudos que têm como objeto indicadores subjetivos de saúde bucal em populações de trabalhadores<sup>8-13</sup>, e considerando que índices subjetivos de saúde bucal têm sido cada vez mais empregados na odontologia, o presente estudo tem como objetivo analisar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores de uma universidade pública através do OHIP-14, e os fatores associados a esse impacto.

## Métodos

O presente estudo – Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores – faz parte de uma pesquisa exploratória transversal – *Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida*. A pesquisa foi iniciada com o I Inquérito sobre Condições de Trabalho e de Vida dos Trabalhadores da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), realizado em uma amostra de trabalhadores Técnicos Administrativo em Educação (TAE) da UFJF, Minas Gerais, durante os meses de fevereiro de 2012 a janeiro de 2013.

A pesquisa *Trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação: Condições de Trabalho e de Vida* está sendo o ponto de partida, a base para

o desenvolvimento de um estudo prospectivo de coorte na universidade. Na construção do instrumento de coleta de dados foram utilizadas escalas já testadas e validadas com intuito de investigar questões relacionadas às condições de trabalho e de vida desses trabalhadores. O inquérito foi dividido em 12 blocos, abordando questões sobre o estado de saúde geral, saúde bucal, hábitos alimentares, atividades físicas, etilismo e tabagismo, relações familiares, com amigos e no trabalho, condições socioeconômicas e perfil demográfico, dentre outras.

Considerando que o interesse principal do presente estudo foi analisar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos TAE da UFJF, faz-se mister destacar alguns pontos sobre as questões analisadas e o bloco do inquérito referente à saúde bucal dos trabalhadores.

A primeira questão analisada foi sobre autopercepção de saúde geral. A segunda foi sobre o “item único de saúde bucal percebida”, uma medida que incorpora a percepção do indivíduo sobre sua própria saúde bucal. A grande riqueza dessa medida é ilustrada pela forte associação com questionários relevantes para a saúde bucal, incluindo questões relativas à estética, mastigação, conforto, bem-estar psicológico, relacionamento social, qualidade de vida geral e bucal e saúde geral<sup>14</sup>.

Na primeira parte do bloco sobre saúde bucal foram utilizadas 10 questões da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal<sup>15</sup> – Projeto SBBrazil 2010, que questionam sobre morbidade bucal referida, uso de serviços odontológicos e autopercepção. Na segunda parte foi utilizado o questionário OHIP-14 para analisar os impactos das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos trabalhadores. O OHIP-14 é o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto adverso provocado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos<sup>16</sup>.

Para traçar o perfil socioeconômico e demográfico da população de estudo foram analisadas as questões referentes à idade, ao sexo, ao grau de escolaridade, ao estado civil e às questões do bloco socioeconômico para fazer a classificação econômica de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). O Critério de Classificação Econômica Brasil<sup>17</sup> (CCEB) é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. O critério atribui pontos em função de cada

característica domiciliar e os soma. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica, definidos de acordo com a renda familiar média bruta mensal em reais: A (R\$ 9.263,00); B1 (R\$ 5.241,00); B2 (R\$ 2.654,00); C1 (R\$ 1.685,00); C2 (R\$ 1.147,00); DE (R\$ 776,00).

Antes de elaborar a versão final do questionário, a fim de realizar possíveis adequações no instrumento de coleta de dados e treinar os pesquisadores, foi realizado um estudo-piloto em uma população similar aos sujeitos desta pesquisa, constituída por 184 trabalhadores terceirizados da UFJF, os quais não participaram do presente estudo. A confiabilidade do questionário foi estimada pela consistência interna através dos coeficientes Alfa Ordinal e Ômega de McDonald, com resultados de 0,94 e 0,96 respectivamente. No estudo-piloto evidenciaram-se as limitações do instrumento, tais como incapacidade de responder alguma pergunta e falta de clareza em alguma questão. Assim, foram feitas as alterações necessárias para superar as dificuldades percebidas e melhor adequar o instrumento de coleta de dados.

Para o cálculo da amostra, considerando a totalidade de 1.266 TAE, foi utilizado como parâmetro uma prevalência média esperada de 30% para a saúde bucal percebida, baseando-se em estudos prévios<sup>7,9,18</sup>. Estimou-se erro de 5% e nível de confiança de 95%, o que resultou em 258 participantes. A este valor foi acrescido 25% para compensar possíveis perdas, resultando em uma amostra mínima de 325 indivíduos, com a expectativa de alcançar 258 questionários válidos.

Foram incluídos na amostra os TAE da UFJF, independente de idade e sexo, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os trabalhadores que, no momento da coleta, estavam cedidos a outras instituições, de férias, ou de licença por qualquer motivo. Assim, obteve-se uma amostra aleatória simples, constituída por 326 indivíduos.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0 e no *Microsoft Office Excel* 2007.

Foi utilizada a escala de *Likert* para pontuar as respostas de cada pergunta do OHIP-14 com os seguintes valores: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = com frequência, 4 = sempre, com pontuação máxima possível chegando a 56 pontos. Baseando em estudos prévios<sup>8,11,18</sup>, as respostas de cada pergunta do OHIP-14 foram dicotomizadas e foi definido como presença de impacto

as respostas com frequência e sempre, e sem impacto as respostas às vezes, raramente e nunca.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, com distribuição das frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis de estudo, de acordo com a forma (simetria, assimetria), tendência central (média, mediana) e variabilidade (desvio-padrão, amplitude total).

As médias de cada domínio e do OHIP-14 total foram verificadas para posterior comparação<sup>7,9,11,13,19,20</sup>.

Para análise bivariada foram realizados testes estatísticos, com o objetivo de determinar a associação entre o índice OHIP-14 e as variáveis independentes. Foi testada a normalidade das variáveis dependentes pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* e refutada a hipótese de normalidade de distribuição dos dados. Assim, optou-se pela utilização do teste não paramétrico *Mann-Whitney*, com nível de significância a 5%.

Foram adotadas como variáveis dependentes o OHIP-14 e seus sete domínios (1: Limitação funcional; 2: Dor física; 3: Desconforto psicológico; 4: Incapacidade física; 5: Incapacidade psicológica; 6: Incapacidade social; 7: Deficiência). As variáveis independentes adotadas buscaram traduzir a associação entre o OHIP-14 e suas dimensões e as condições socioeconômicas e demográficas, a morbidade bucal autorreferida, a autopercepção e o uso de serviços odontológicos da população de estudo.

As variáveis independentes estudadas foram dicotomizadas segundo a média ou agrupadas, de acordo ou com a homogeneidade ou com a distribuição das frequências, em categorias, e reclassificadas para a verificação da associação com o desfecho.

Foi feita a análise de regressão linear múltipla a partir das variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com OHIP-14 total na análise bivariada. A análise multivariada foi conduzida para identificar os preditores do OHIP-14, e foi apresentada em três blocos, na seguinte ordem: 1: variáveis socioeconômicas e demográficas; 2: variáveis socioeconômicas e demográficas e variável de uso de serviços odontológicos; 3: variáveis socioeconômicas e demográficas, variável de uso de serviços odontológicos e variáveis de autopercepção e morbidade bucal.

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisas em Seres Humanos da UFJF e aprovada.

## Resultados

A população deste estudo ( $n = 326$ ) foi composta em sua maioria por homens (52,0%). A média de idade foi 44,01 anos, com mínima de 20 anos e máxima de 67 anos, e a maioria possuía pós-graduação (59,1%). Quanto à classe econômica, de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), 56,4% dos trabalhadores pertenciam à classe B2, cuja renda média bruta familiar no mês é de R\$ 2.654,00, ou seja, aproximadamente 4 salários mínimos, considerando o valor atual de R\$ 678,00.

Com relação à percepção de saúde, 53,4% consideraram-se com boa saúde geral e 50,3%, com boa saúde bucal. A maioria afirmou necessitar de tratamento dentário (54,2%) e 82,9% não teve dor de dente nos últimos seis meses. Quanto à satisfação com os dentes e boca, 50,0% estavam satisfeitos.

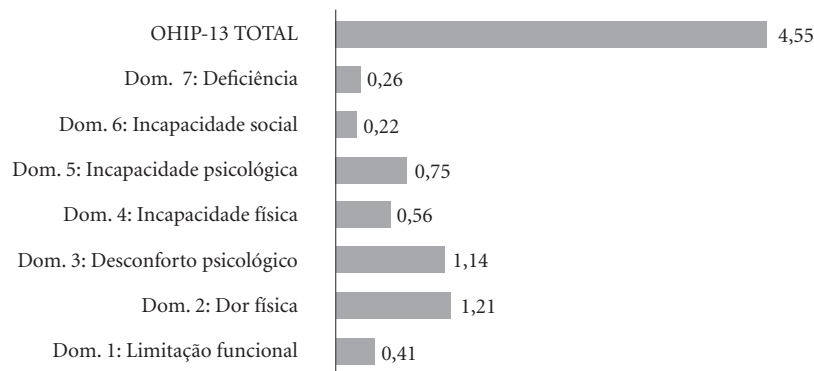
Quanto ao uso de serviços odontológicos, 65,2% foram ao dentista há menos de um ano e a maioria (76,6%) utilizou o serviço particular. 49,2% procuraram o dentista para revisão, prevenção ou *check-up*, e 31,3% para tratamento.

Em relação à frequência de impacto para cada domínio (Tabela 1), é importante destacar que os Dor física e Desconforto psicológico apresentaram a maior frequência (6,5%), assim como as maiores médias (1,21 e 1,14, respectivamente). A média total encontrada para o OHIP-14 foi de 4,55 (Figura 1).

As variáveis idade ( $p = 0,01$ ) e grau de escolaridade ( $p = 0,01$ ) apresentaram uma associação com significância com o OHIP-14 total. Os indivíduos mais velhos, com idade entre 45 e 67 anos, e os trabalhadores sem ensino universitário apresentaram maior impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida (Tabela 2).

**Tabela 1.** Distribuição dos TAE da UFJF, 2012, de acordo com a frequência do impacto, por domínios ( $n = 326$ ).

Dimensão de saúde bucal	Sem impacto n (%)	Com impacto n (%)
Limitação funcional	314 (97,2)	9 (2,8)
Dor física	302 (93,5)	21 (6,5)
Desconforto psicológico	302 (93,5)	21 (6,5)
Incapacidade física	313 (97,2)	9 (2,8)
Incapacidade psicológica	309 (96,0)	13 (4,0)
Incapacidade social	321 (99,7)	1 (0,3)
Deficiência	322 (100,0)	0 (0,0)



**Figura 1.** Média total do OHIP-14 e por domínios dos TAE da UFJE, 2012 (n = 326).

**Tabela 2.** Média, desvio-padrão e p-valor (Mann-Whitney) das variáveis socioeconômicas e demográficas, de uso de serviços odontológicos, de autopercepção e morbidade bucal autorreferida, para OHIP-14 total dos TAE da UFJE, 2012 (n = 326).

Variável	OHIP-14 total média (desvio-padrão)
Idade	
20-44 anos	2,97 (4,22)
45-67 anos	7,27 (4,41)
p-valor	0,01
Escolaridade	
Não universitário	6,49 (7,760)
Universitário	6,00 (6,343)
p-valor	0,01
Motivo da consulta odontológica	
Revisão, prevenção, check-up	2,28 (4,12)
Dor, extração, tratamento, outros	6,64 (7,32)
p-valor	< 0,01
Necessidade de tratamento autorreferida	
Sim	6,43 (7,05)
Não	2,13 (4,56)
p-valor	< 0,01
Saúde bucal percebida	
Ruim	10,12 (8,54)
Boa	2,49 (3,83)
p-valor	< 0,01
Saúde geral percebida	
Ruim	8,25 (9,48)
Boa	4,01 (5,76)
p-valor	0,02
Satisfação com dentes e boca	
Não satisfeito	9,38 (7,98)
Satisfeito	2,24 (3,69)
p-valor	< 0,01

Todas as variáveis de morbidade bucal e autopercepção analisadas apresentaram associação estatisticamente significativa com o OHIP-14 total na análise bivariada. Quem afirmou necessitar de tratamento odontológico teve mais impacto na qualidade de vida causado por condições bucais ( $p < 0,01$ ), assim como quem percebeu sua saúde bucal ruim ( $p < 0,01$ ), quem percebeu sua saúde geral ruim ( $p = 0,02$ ) e quem afirmou estar não satisfeito com seus dentes e boca ( $p < 0,01$ ) (Tabela 2).

Para as variáveis de uso de serviços odontológicos, o motivo da última consulta realizada manteve associação estatisticamente significativa com o OHIP-14 total ( $p < 0,01$ ). Quem procurou o cirurgião-dentista por motivo de dor, extração, tratamento ou outros, que não fossem prevenção, teve impacto mais negativo das condições de saúde bucal na qualidade de vida (Tabela 2).

A análise de regressão linear múltipla revelou um coeficiente de determinação de 0,40, o que significa que cerca de 40,0% do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, medido pelo OHIP-14, nesse grupo de trabalhadores, pode ser explicado pelas variáveis escolaridade, idade, motivo da consulta, saúde bucal percebida e satisfação com dentes e boca. (Tabela 3).

## Discussão e conclusões

O presente estudo teve a maioria da sua população composta por homens, mas percebe-se que a quantidade de mulheres TAE foi bem expressiva, o que evidencia a crescente inserção destas no campo do trabalho, fato explicado pela combinação de fatores econômicos, culturais e sociais.



**Tabela 3.** Regressão linear múltipla para o OHIP-14 total, pela ordem de entrada das variáveis dos TAE da UFJE, 2012 (n = 326).

Bloco	B	IC (95%)			p-valor	R <sup>2</sup>		Erro		p-valor
						R	R <sup>2</sup>	ajustado	padrão	
1										
Escolaridade	-0,95	-2,93	1,03	0,35	0,22 <sup>a</sup>	0,05	0,04	6,08	7,73	0,01
Idade	2,44	1,02	3,86	0,01						
2					0,39 <sup>b</sup>	0,15	0,15	5,74	17,80	< 0,01
Escolaridade	0,61	-1,46	2,68	0,56						
Idade	2,14	0,76	3,52	0,02						
Motivo da consulta	4,28	2,90	5,66	< 0,01						
3					0,63 <sup>c</sup>	0,40	0,39	4,85	27,37	< 0,01
Escolaridade	1,97	0,15	3,80	0,03						
Idade	1,28	0,09	2,46	0,03						
Motivo da consulta	2,10	0,84	3,36	0,01						
Necessidade de tratamento	-0,80	-2,13	0,53	0,24						
Saúde bucal percebida	-3,59	-5,30	-1,87	< 0,01						
Saúde geral percebida	-1,28	-3,14	0,58	0,18						
Satisfação com dentes e boca	-4,11	-5,69	-2,54	< 0,01						

<sup>a</sup> Preditores: escolaridade, idade; <sup>b</sup> Preditores: escolaridade, idade, motivo da consulta; <sup>c</sup> Preditores: escolaridade, idade, motivo da consulta, necessidade de tratamento, saúde bucal percebida, saúde geral autopercebida, satisfação com dentes e boca.

Entretanto, autores afirmam que mesmo com uma maior participação das mulheres na força de trabalho recentemente, o número de homens trabalhadores formais ainda é maior<sup>11</sup>.

Quanto à escolaridade, a maioria da população estudada possuía pós-graduação, o que pode ser explicado pelo fato de que os TAE são servidores efetivos, portanto com certa estabilidade financeira e plano de cargos-carreira. Além disso, são incentivados a continuar os estudos, o que estimula o servidor a buscar complementar sua formação.

Observou-se que o impacto da saúde bucal na QV foi maior quando a escolaridade era menor, semelhante a outros estudos<sup>8,12</sup>. Isto pode ser explicado pelo fato de a maior escolaridade estar associada a um maior nível de renda e mais informação, o que determina uma maior busca por serviços odontológicos por essa população de trabalhadores, o que implica em menor impacto na QV<sup>12</sup>.

O nível educacional de um sujeito tem impacto significativo na QV do mesmo<sup>21</sup>. Quanto maior a escolaridade, maior informação e maior busca por serviços odontológicos<sup>12</sup>.

Em relação à classificação econômica, como a maioria pertencia à classe B2, pode-se afirmar que é uma população de trabalhadores com bons recursos, não só financeiros, mas também de educação, o que provavelmente reflete na qualidade

de vida. Conforme afirmam Silva e Fernandes<sup>22</sup>, o meio social é importante, pois as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual os indivíduos pensam, sentem e agem a respeito de sua saúde.

Entretanto, neste estudo não foram encontradas associações entre classe econômica e o OHIP-14. Resultado semelhante ao estudo de Bombarda-Nunes et al.<sup>8</sup>.

Pode-se afirmar que a severidade do impacto mostrou-se reduzida no presente estudo, pois a média total do OHIP-14 foi baixa, o que também foi observado por outros autores<sup>7,9</sup>.

Montero et al.<sup>13</sup> encontraram médias mais altas (9,60) com trabalhadores espanhóis. Cohen-Carneiro et al.<sup>19</sup>, em um estudo com populações ribeirinhas no estado da Amazônia, encontraram médias mais elevadas para duas comunidades (10,92 e 14,03). Segundo os autores, esses resultados podem ser explicados pelo fato de que o acesso a serviços odontológicos nessa região é limitado, por ser uma região bem distante dos centros urbanos.

Quanto aos domínios, os que tiveram maior média foram Dor física, Desconforto psicológico e Incapacidade psicológica. Outros autores encontraram resultados semelhantes<sup>4,23</sup>.

Locker<sup>24</sup> afirma que a dor pode causar desconforto físico ou psicológico, ou ainda incapacidade física, psicológica ou social, descrita pelo

autor como limitação ou falha na capacidade de realizar alguma tarefa cotidiana. A consequência final é a desvantagem, que pode ser, por exemplo, a dificuldade de arrumar um emprego devido aos problemas na dicção<sup>25</sup>.

Considerando que as atividades realizadas pelos TAE da UFJF se caracterizam por múltiplas funções e que, na grande maioria, essas funções incluem manter contato direto com o público, isso faz com que o trabalhador se preocupe com sua aparência, incluindo o aspecto de seus dentes e sua boca. Assim, pode-se entender que o desconforto psicológico e a incapacidade psicológica tenham sido duas das dimensões mais afetadas.

Pena e Minayo-Gomes<sup>26</sup> afirmam que o elemento diferenciador do setor serviço para a saúde do trabalhador é a relação mais direta com o cliente ou usuário inserido no processo de trabalho. O sorriso e a expressão facial, dissociadas de afeto, e a beleza padronizada são incorporadas ao processo de trabalho do serviço, segundo critérios raciais, sexuais, etários e outros<sup>26</sup>.

Quanto à frequência do impacto em cada dimensão, pode-se dizer que foi baixa. As dimensões que tiveram impacto mais frequente foram Dor física e Desconforto psicológico, semelhante a outros estudos<sup>7,8</sup>.

Uma possível explicação para as baixas frequências do impacto da saúde bucal na QV encontradas neste estudo pode ser a utilização dos serviços odontológicos pelos trabalhadores, já que a maioria afirmou procurar os serviços para revisão e grande parte para tratamento. Esses trabalhadores, além de terem condições financeiras para pagar pelo serviço particular, estão inseridos dentro de uma instituição que propicia convênio e plano odontológico.

No presente estudo, a variável sexo não teve associação com o impacto das condições de saúde bucal na QV dos trabalhadores, semelhante a outros estudos<sup>7,8,12,27</sup>.

A variável idade manteve associação estatisticamente significativa com o OHIP-14, com os indivíduos mais velhos (45 a 67 anos) apresentando maior impacto na QV do que os mais novos (20 a 44 anos). Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos<sup>9,12,18,27</sup>. Entretanto, Bombarda-Nunes et al.<sup>8</sup> não encontraram diferenças estatisticamente significantes quanto à faixa etária.

A variável motivo da consulta odontológica também manteve associação com significância com o impacto. Os trabalhadores que procuraram atendimento odontológico por motivo de revisão, prevenção ou *check-up* tiveram menor

impacto na QV do que os que procuraram o atendimento por causa de dor, extração, tratamento e outros. Resultado semelhante ao estudo de Mesquita e Vieira<sup>12</sup>. Chapelin et al.<sup>27</sup> verificaram que quem buscou o serviço odontológico por motivo de urgência teve maior impacto, semelhante a outros estudos<sup>8,18</sup>.

A dor é o motivo principal que leva os adultos à procura de atendimento odontológico, e usualmente esses indivíduos usam de forma esporádica o serviço odontológico, apenas quando apresentam sintomatologia. O agravamento das condições de saúde bucal e, paralelamente, o aumento da prevalência das dores de origem odontológica na população adulta é consequência da exclusão histórica e sistemática desse grupo populacional dos serviços públicos, que centraram atenção à população escolar, gestantes e bebês, privilegiando a atenção individual e curativa<sup>28</sup>.

Slade e Spencer<sup>25</sup> afirmam que a utilização de serviços odontológicos rotineiramente melhora a qualidade de vida da população. O peso da doença poderia diminuir com uma atenção direcionada aos indivíduos que têm padrão de visita sintomático e de frequência irregular. Além disso, pode-se dizer que se os trabalhadores buscassem mais o serviço odontológico preventivamente, possivelmente as faltas constantes por motivo odontológico, os afastamentos ou desconfortos no trabalho seriam menores, ou até mesmo evitados.

A dor exerce um importante impacto na QV dos indivíduos devido ao sofrimento e às limitações causadas no cotidiano. Entretanto, pouco se sabe a respeito da prevalência da dor orofacial e seu impacto no cotidiano de trabalhadores no Brasil<sup>10</sup>.

Pode-se dizer que os TAE, por possuírem renda que possibilita o custeio de um tratamento odontológico, são servidores que procuram mais por esses serviços. E ainda, Mesquita e Vieira<sup>12</sup>, afirmam que servidores em funções qualificadas, por terem salários maiores e disporem de maior controle do tempo, têm mais facilidade de acesso ao tratamento dentário. Isso explica o fato de a maioria dos trabalhadores procurar o serviço odontológico para revisão, prevenção, e grande parte procurar o serviço odontológico para tratamento, conforme foi citado.

A variável necessidade de tratamento autorreferida não manteve associação estatisticamente significativa com o OHIP-14. Outros autores encontraram associação entre necessidade de tratamento autorreferida e impacto na qualidade de vida<sup>9,19,20</sup>. Barcellos e Loureiro<sup>29</sup> afirmam que a

percepção da necessidade pode ser considerada uma forte preditora da utilização de serviços.

A percepção de saúde bucal manteve associação significativa com o OHIP-14. Os trabalhadores que perceberam sua saúde bucal como boa tiveram menor impacto, achado semelhante a outros estudos<sup>9,12</sup>.

A percepção da condição bucal e a importância dada a ela é que condicionam o comportamento do indivíduo. Quase sempre a razão pela qual as pessoas não procuram atendimento odontológico é o fato de não perceberem suas necessidades. Assim, é de suma importância levar em conta como a população percebe sua própria situação no que se refere aos aspectos de saúde e doenças bucais<sup>22</sup>.

A variável satisfação com dentes e boca manteve associação com significância com o OHIP-14. Os trabalhadores que afirmaram estar satisfeitos apresentaram menor impacto da saúde bucal na QV, achado semelhante ao estudo de Papaioannou et al.<sup>21</sup>.

Observa-se que ao mesmo tempo em que a maioria dos trabalhadores percebe sua saúde bucal boa e apresenta um baixo impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, eles também afirmam que necessitam de tratamento. Segundo Alvarenga et al.<sup>7</sup>, quando se trata das múltiplas mediações psicossociais sobre a qualidade de vida, observa-se que o campo da saúde bucal não constitui exceção. Muito provavelmente, os indivíduos contentam-se com pouco nessa área, nutrindo baixas expectativas em termos de saúde bucal.

Fato interessante observado foi a alta frequência da resposta nunca para todas as perguntas do OHIP-14, resultado também observado no estudo de Silva et al.<sup>23</sup>. Tal fato nos leva a refletir que quase a totalidade dos trabalhadores estudados não considera que tenha problemas bucais, e, conseqüentemente, isto não está afetando a vida social dos mesmos. Assim, pode-se afirmar que se o trabalhador acha que está bem, possivelmente ele não percebe nenhum problema de saúde bucal que vá impactar em sua QV.

Macedo e Queluz<sup>11</sup> afirmam que há poucos relatos na literatura sobre condições bucais em adultos, assim como uma escassez de programas de saúde coletiva estruturados para essa população economicamente ativa.

As divergências encontradas entre as populações estudadas e até mesmo entre os indivíduos ocorrem devido à influência do contexto cultural

e dos valores na percepção da qualidade de vida, o que confirma a subjetividade do conceito.

Diante dos resultados, pode-se afirmar que, considerando que os dados levantados referem-se à percepção dos trabalhadores estudados, e que não são dados de exames clínicos, as condições de saúde bucal têm impacto reduzido na qualidade de vida dos mesmos. Além disso, o impacto reduzido pode ser explicado pelo fato dessa população ter bons recursos financeiros, alto nível de escolaridade e facilidade de acesso a serviços odontológicos.

Pode-se afirmar ainda que a percepção dos trabalhadores é coerente com a análise das variáveis de saúde explicativas do estudo (motivo da consulta, saúde bucal percebida e satisfação com dentes e boca).

Faz-se mister considerar que questões subjetivas e aspectos psicológicos sejam considerados tão essenciais quanto as necessidades normativas. E ainda, a introdução do modelo de determinação social do processo saúde/doença como filosofia de trabalho, valorizando e corresponsabilizando o paciente pela determinação de prioridades em seu tratamento odontológico, é uma necessidade evidente.

A utilização do OHIP-14 poderia ser útil para o planejamento de programas e ações voltadas para a saúde do trabalhador, priorizando aqueles com maiores impactos psicossociais produzidos pelos problemas bucais. Elaborar programas baseados na equidade é necessário para diminuir as desigualdades e seus efeitos negativos sobre a qualidade de vida das pessoas.

Assim, ações voltadas para a educação em saúde, com ênfase na autopercepção, autoproteção e autocuidado deveriam ser mais exploradas, pois possibilitariam um maior empoderamento dos trabalhadores para atuarem com mais autonomia na busca pela melhoria da qualidade de vida e saúde.

Quanto às limitações do estudo, cabe ressaltar que, como a amostra foi composta apenas por trabalhadores Técnicos Administrativos em Educação, os resultados encontrados aqui são representativos dos indivíduos estudados, não podendo ser generalizados para toda a população de trabalhadores da UFJF. Como todo estudo de natureza transversal, as análises feitas guardam limite na interpretação pela temporalidade, além disso, trata-se de uma amostra homogênea, particularmente nos aspectos socioeconômicos, o que certamente influencia o acesso a serviços e a percepção da saúde.



## Colaboradores

MJC Guerra trabalhou na concepção da pesquisa, na metodologia, na coleta e análise dos dados e na redação final do artigo. RM Greco e ICG Leite participaram da concepção da pesquisa, da metodologia, da análise dos dados e da redação e aprovação final do artigo. EF Ferreira e MVQ Paula participaram da redação e aprovação final do artigo.

## Referências

1. Sales Peres SHC, Theodoro DS, Ribeiro DA, Avila ED, Greggi GA, Silva RPR. Odontologia do trabalho: doenças e lesões na prática profissional. *Rev Fac Odontol Araçatuba* 2006; 27(1):54-58.
2. Pizzatto E, Garbin CAS. Odontologia do trabalho: implantação da atenção em saúde bucal do trabalhador. *Odontol Clin-Cient* 2006; 5(2):99-102.
3. Mendonça BMC, Cimões R, Araújo ACS, Caldas Júnior AF, Silva PV. Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividade diárias: estudo piloto. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):775-784.
4. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(7):1707-1714.
5. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(Supl. 1):3-24.
6. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):7-18.
7. Alvarenga FAS, Henriques C, Takatsui F, Montandon AAD, Telarolli Júnior R, Monteiro ALCC, Pinelli C, Loffredo LCM. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP*. 2011; 40(3):118-124.
8. Bombarda-Nunes FF, Miotto MHMB, Barcellos LA. Auto percepção de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2008; 8(1):7-14.
9. Coelho MP, Cordeiro MCP, Corrêa FF, Carvalho CM, Araújo VE. Avaliação do impacto das condições bucais na qualidade de vida medido pelo instrumento OHIP-14. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(3):4-9.
10. Lacerda JT, Ribeiro JD, Ribeiro DM, Traebert J. Prevalência da dor orofacial e seu impacto no desempenho diário em trabalhadores das indústrias têxteis do município de Laguna, SC. *Cien Saude Colet* 2011; 16(10):4275-4282.
11. Macedo CG, Queluz DP. Quality of life and self-perceived oral health among workers from a furniture industry. *Braz J Oral Sci* 2011; 10(4):226-232.
12. Mesquita FAB, Vieira S. Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. *RGO* 2009; 57(4):401-406.
13. Montero J, López JF, Vicente MP, Galindo MP, Albaladejo A, Bravo M. Comparative validity of the OIDP and OHIP-14 in describing the impact of oral health on quality of life in a cross-sectional study performed in Spanish adults. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(6):816-821.
14. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Werneck GL, Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Confiabilidade teste-reteste do item único de saúde bucal percebida em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(6):1483-1488.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Pesquisa nacional de saúde bucal - SBBrasil. [acessado 2011 nov 7]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/outras\\_acoes.php](http://dab.saude.gov.br/CNSB/outras_acoes.php)

16. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Health* 2009; 37(2):171-181.
17. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de classificação econômica do Brasil*. [acessado 2013 fev 7]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>
18. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Cien Saude Colet* 2012; 17(2):397-406.
19. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl.1):1007-1015.
20. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-314.
21. Papaioannou W, Oulis, CJ, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral Health-Related Quality of Life of Greek Adults: A Cross-Sectional Study. *Int J Dent*. 2012; 2011:360292.
22. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica* 2001; 35(4):349-355.
23. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):841-850.
24. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 28(3):161-169.
25. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1):3-11.
26. Pena PGL, Minayo-Gomes C. Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviços. *Saude Soc* 2010; 19(2):371-383.
27. Chapelin CC, Barcellos LA, Miotto MHMB. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(2):46-51.
28. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(3):453-458.
29. Barcellos LA, Loureiro CA. O público do serviço odontológico. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(2):41-50.

---

Artigo apresentado em 30/10/2013

Aprovado em 17/02/2014

Versão final apresentada em 25/02/2014