

Condição de urgência odontológica e fatores associados em trabalhadores da construção civil – Bahia, 2008

Oral urgency and related factors in construction workers civil – Bahia, 2008

Luisa Silva LIMA^a, Kátia Maria Gally SILVA^b, Manuela Vanessa Fernandes Moreira MELLO^b,
Mércia Sacramento dos SANTOS^b, Maristela Santos ARAÚJO^c, Maria Cristina Teixeira CANGUSSU^d

^aMestre em Odontologia, Faculdade de Odontologia, UFBA – Universidade Federal da Bahia,
41110-150 Salvador - BA, Brasil

^bMestranda em Odontologia e Saúde, Faculdade de Odontologia, UFBA – Universidade Federal da Bahia,
41110-150 Salvador - BA, Brasil

^cEspecialista em Segurança e Saúde no Trabalho, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA – Universidade Federal da Bahia,
41110-150 Salvador - BA, Brasil

^dDepartamento de Odontologia Social e Pediátrica, Faculdade de Odontologia,
UFBA – Universidade Federal da Bahia, 41110-150 Salvador - BA, Brasil

Resumo

Introdução: O ramo da construção civil lidera as taxas de acidentes de trabalho e a sua força produtiva caracteriza-se por empregar, a baixo custo, um número significativo de força de trabalho masculina com reduzido nível de escolaridade. Em relação à saúde bucal, percebe-se que este grupo apresenta problemas bucais relevantes, que podem culminar em urgências odontológicas. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi verificar a condição de urgência odontológica e os fatores sociodemográficos associados, em trabalhadores da construção civil de empresas de Salvador-BA e região metropolitana, atendidos pelo SESI-BA. **Material e método:** Conduziu-se um estudo transversal com dados de 1057 trabalhadores, examinados no ano de 2008. Procedeu-se à análise descritiva de indicadores sociodemográficos e indicadores de saúde bucal, e ao teste de associação do qui-quadrado. A análise multivariada foi realizada e todas as variáveis que mostraram significância estatística com um $p \leq 0,15$ foram consideradas no modelo saturado da Análise de Regressão de Poisson Robusta. **Resultado:** Observou-se um percentual de 14% de condição de urgência e associação positiva com alta atividade de cárie (RP = 1,98 IC95% 1,32-2,64 $p = 0,00$) e menor grau de escolaridade (RP = 1,48 IC95% 1,01-1,95 $p = 0,04$). **Conclusão:** Os resultados mostram a necessidade do desenvolvimento de ações para tratamento dos problemas bucais instalados e ações de prevenção e promoção em saúde para melhorar a condição de saúde bucal de trabalhadores da construção civil.

Descritores: Saúde bucal; epidemiologia; saúde do trabalhador; emergências.

Abstract

Introduction: The construction industry leads the rates of workplace accidents and their productive force is characterized by employing, at low cost, a significant number of male labor force with low education level. This group has significant dental problems that can lead to dental emergencies. **Objective:** The objective was to verify the association between emergency dental conditions and socio-demographic factors among construction workers from companies located in Salvador and the metropolitan area. **Material and method:** A study was conducted with data from 1057 construction workers examined in 2008. The authors conducted a descriptive analysis of socio-demographic indicators, indicators of oral health, and chi-square association test. Multivariate analysis was performed and all variables that showed statistical significance with a $p \leq 0.15$ were included in the saturated model of Poisson regression analysis. **Result:** There was a percentage of 14% in an emergency and positively associated with caries activity (PR = 1.98 95% CI 1.32 to 2.97 $p = 0.00$) and less education (RP = 1, 48 95% CI 1.01 to 2.18 $p = 0.04$). **Conclusion:** The results show the necessity to develop actions for the treatment of oral problems present and prevention of injuries and health promotion to improve the oral health status of construction workers.

Descriptors: Oral health; epidemiology; occupational health; emergencies.

INTRODUÇÃO

A severidade das condições de saúde bucal da população adulta brasileira é reflexo de um modelo assistencial hegemônico, cirúrgico-restaurador, no qual os programas e projetos desenvolvidos foram prioritariamente direcionados para crianças e adolescentes^{1,2}.

Durante todo o século XX, a intervenção nos adultos se restringia a situações de urgência²⁻⁴, tendo como opção de tratamento a extração dentária, alternativa que, na maioria das vezes, poderia ser evitada^{3,4}.

O levantamento epidemiológico nacional realizado pelo Ministério da Saúde nos anos de 2002 e 2003 revelou alto CPO-D, de 20,13, para a população adulta na faixa de 35 a 44 anos, com um grande percentual de dentes perdidos (65,7%). Em relação ao uso e à necessidade de prótese, verificou-se um percentual de 85% da população adulta que utiliza ou necessita de algum tipo de prótese para reabilitação da estética ou da função mastigatória⁵.

O alívio da dor, as infecções dentoalveolares e o trauma são as principais demandas nos serviços de urgência odontológica pontuados por van Palenstein Helderman, Benzian⁶ (2006). Os autores sugerem ainda que há uma não priorização, pelos indivíduos, dos cuidados com saúde oral frente a outras doenças e ressaltam que o acesso facilitado a serviços de urgências deve ser colocado como prioridade dos programas em saúde bucal.

A condição de saúde bucal, especificamente dos trabalhadores da indústria brasileira nos anos de 2002-2003, verificada por Pinto⁷ (2006), revelou que o CPO-D de 8,41 em indivíduos mais jovens aumenta para 22,56 em idades mais avançadas. Observaram-se, ainda, diferenças relevantes no desenvolvimento da cárie dentária entre as diversas faixas salariais. Os maiores valores do componente cariado foram verificados na faixa de renda até 2,99 salários mínimos.

A prevalência de odontalgias de 18,7% e a associação da dor dentária como razão para última visita ao dentista em indivíduos com 8 anos ou menos de escolaridade, com 15 ou mais dentes cariados e 4 ou mais dentes perdidos por cárie, foi constatada por Lacerda et al.⁸ (2004), ao examinarem trabalhadores de uma cooperativa localizada em Maravilha, Estado de Santa Catarina, no ano de 1999.

Questões sociodemográficas e econômicas que envolvem condições de saúde bucal do trabalhador são referidas na literatura. Dentre estes estudos, destaca-se o realizado por Tomita et al.⁹ (2005), que avaliaram as condições de saúde bucal de 219 trabalhadores da construção civil, com idades entre 17 e 72 anos, em um município da região centro-oeste do Estado de São Paulo. Constataram maior necessidade de tratamento restaurador e reabilitador com o avanço da idade e piores condições dentárias dos trabalhadores do setor de produção, quando comparadas às do setor administrativo.

A construção civil, considerada mundialmente um dos ramos mais perigosos, lidera as taxas de acidentes de trabalho fatais, não fatais e anos de vida perdidos¹⁰. No Brasil, particularmente no Estado da Bahia, a força produtiva deste ramo caracteriza-se

por empregar, a baixo custo, um número significativo de força de trabalho masculina, com reduzido nível de escolaridade. Adicionalmente, em relação à saúde bucal, percebe-se que este grupo apresenta inclusão ainda incipiente na Política Nacional de Saúde Bucal¹¹.

Complementarmente ao serviço público, o Serviço Social da Indústria, Departamento Regional da Bahia (SESI DR-BA), é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, vinculada ao Sistema da Federação das Indústrias do Estado da Bahia – FIEB, que representa os interesses das indústrias baianas. O SESI tem sua atuação focada nas seguintes áreas de competência: Saúde, Educação, Lazer e Responsabilidade Social Empresarial¹². Os serviços odontológicos prestados pelo SESI – na própria indústria ou em uma de suas unidades – têm como diferencial a atenção integral à saúde bucal, por meio de procedimentos curativos e restauradores, e de ações de prevenção e promoção da saúde, individuais e coletivas¹³.

Desdobramentos importantes a serem considerados em relação à avaliação da saúde bucal dos trabalhadores são o absenteísmo e o presenteísmo. O absenteísmo refere-se à ausência ao trabalho motivada pela má condição de saúde do indivíduo. Desta forma, o absenteísmo caracteriza-se pela incapacidade temporária em resultado de doença ou enfermidade¹⁴. O baixo registro de absenteísmo oriundo de problemas odontológicos deve-se ao fato de os relatos de incapacitações por causas orais serem restritos às infecções dentárias e gengivais localizadas. Em consonância, relegados ao segundo plano, encontram-se os efeitos sistêmicos causados por tais infecções¹⁵.

Geradoras de estados de morbidade, as infecções podem culminar em baixa concentração do empregado durante a execução de suas tarefas¹⁵. Dentro deste contexto, surge o conceito de presenteísmo, comumente associado a agravos bucais. Caracteriza-se, portanto, pelas situações nas quais o desconforto e a dor interferem na realização das atividades laborais dos trabalhadores, por meio de presença insatisfatória ou precária no trabalho¹⁶.

Diante do exposto, tem-se como hipótese que o grupo de trabalhadores da construção civil do Estado da Bahia apresente influência de variáveis socioeconômicas em sua condição de saúde bucal. O conhecimento do perfil socioeconômico destes trabalhadores torna-se subsídio indispensável para propor ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, em substituição da assistência à saúde bucal do adulto focada na demanda oriunda da urgência. Assim, o objetivo do presente estudo foi verificar condição de urgência e fatores sociodemográficos em trabalhadores da construção civil do Estado da Bahia de empresas atendidas pelo SESI, no ano de 2008.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, que se utilizou de dados secundários registrados de trabalhadores do ramo da construção civil, de quatro empresas do município de Salvador-BA e região metropolitana, durante o ano de 2008. Foram incluídos todos os trabalhadores deste ramo, atendidos

pelo programa de atenção odontológica com procedimentos curativos e ações de prevenção e promoção em saúde ofertado pelo Serviço Social da Indústria – Departamento Regional Bahia (SESI-BA), denominado Programa de Saúde Bucal na Empresa (PSBE).

A população de referência constitui-se do universo dos trabalhadores atendidos no período de 2008. Do total de 1105 prontuários recuperados, 48 foram descartados por ausência de registro da condição de urgência, representando uma perda de informação de 4,34%. Assim, a população de estudo totalizou 1057 trabalhadores.

As equipes de coleta de dados (cirurgião-dentista examinador e auxiliar em saúde bucal anotador) receberam treinamento prévio com uma carga horária de 20 horas. Neste treinamento, destacou-se a importância de registro criterioso no preenchimento do prontuário e foram estabelecidos critérios de diagnósticos para uniformização dos dados coletados, utilizando-se como referencial os critérios do levantamento nacional epidemiológico de Saúde Bucal⁵. Os parâmetros de diagnóstico definidos para este estudo compõem um manual desenvolvido pelo SESI/BA¹⁷, que foi entregue a cada equipe ao final do treinamento.

A ficha clínica, construída especificamente para o PSBE, comporta o registro de dados sociodemográficos, antecedentes clínicos, anamnese odontológica, exame clínico com avaliação da presença de lesão de mucosa, uso e necessidade de prótese, avaliação da ATM (Articulação Temporomandibular), oclusão e condição dentária e periodontal. O exame intrabucal foi realizado com iluminação artificial, espelho bucal e sonda periodontal do tipo OMS (Organização Mundial de Saúde).

O estudo em questão assumiu como relevante a observância dos dados sociodemográficos e de acesso à saúde bucal, como: i) gênero – masculino e feminino; ii) idade em anos – até 34 anos e 35 anos ou mais (definida pela mediana da distribuição); iii) escolaridade – até 8.^a série completa e a partir do Ensino Médio; iv) renda – até 3 salários mínimos e superior a 3 salários mínimos (definida pela mediana da distribuição); v) setor de trabalho – produção e administrativo; vi) uso de bebida alcoólica pelo menos 3 vezes por semana – sim e não; vii) uso contínuo de tabaco – sim e não, e viii) uso regular do fio dental – sim e não.

Como indicadores de saúde bucal, consideraram-se atividade de cárie, condição de cárie dentária e urgência odontológica. A condição de cárie foi avaliada pelo índice CPO-D, que representa a média de dentes cariados, perdidos por cárie e obturados. A atividade de cárie foi categorizada em nenhuma, baixa (até dois dentes com cárie e/ou com manchas brancas ativas) e alta (mais de dois dentes com cárie e/ou com manchas brancas ativas). A condição de urgência, ausente ou presente, considerada neste estudo, restringiu-se a situação de dor referida pelo paciente ou quadro infeccioso instalado e diagnosticado pelo cirurgião-dentista, na primeira consulta do trabalhador no programa desenvolvido pelo SESI. O conceito de condição de urgência utilizado está em consonância com o estabelecido por Frencken et al. (2002), citado por van Palenstein Helderma, Benizian⁶ (2006, p. 46), no *Basic Package of Oral Care* (BPOC), desenvolvido pelo Centro de Colaboração da OMS em Nijmegen.

Após coleta dos dados, os prontuários foram digitados no programa Epi Info 6.04, constituindo um banco independente por empresa, que posteriormente foi agrupado para realização deste estudo. Procedeu-se sequencialmente às análises por meio do pacote estatístico MINITAB 15[®]. A análise estatística contemplou frequências absolutas e relativas descritivas, assim como a prevalência do desfecho considerando o intervalo de confiança a 95%.

Todas as variáveis que mostraram significância estatística com um $p \leq 0,15$ foram consideradas no modelo saturado da análise. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para analisar a associação na análise bivariada. A Regressão de Poisson foi usada para análise das variáveis independentes associadas ao desfecho, controladas por possíveis fatores de confusão (RP ajustada) na análise múltipla.

Ressalta-se, ainda, que este estudo foi realizado mediante aprovação da Superintendência Regional, submissão e aprovação do Comitê de Ética do Complexo Hospital Universitário *Professor Edgar Santos* (HUPES), protocolo SISNEP 079.0.442.000-10, além da autorização prévia dos indivíduos para uso das informações para análises epidemiológicas e divulgação científica.

RESULTADO

A população de estudo totalizou 1057 trabalhadores, com uma média de idade de 33,79 anos (DP = 9,88), mínima de 18 anos e máxima de 76 anos. O CPOD correspondeu a 17,55 (DP = 9,64) com mediana de 17,00. Em relação à composição percentual do índice, predominou o componente cariado (53,05%), seguido do perdido (27,41%) e do obturado (19,54%) (Figura 1). A Tabela 1 apresenta como indicadores da condição de saúde bucal, 14,00% de condição de urgência e 61,87% de alta atividade de carie.

Na Tabela 2, observa-se associação positiva estatisticamente significante entre condição de urgência e o grau de escolaridade

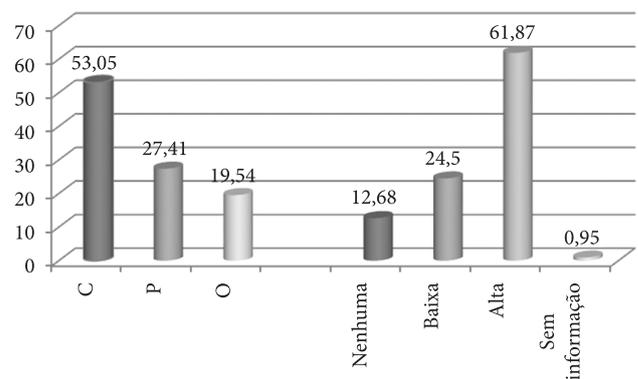


Figura 1. Composição percentual do CPO-D e atividade de cárie de trabalhadores da construção civil, SESI/BA, Salvador-BA, 2008.

Tabela 1. Indicadores da condição de saúde bucal de trabalhadores da construção civil atendidos pelo SESI/ BA, Salvador-BA, 2008

Indicador	n	%
Condição de urgência		
Não	909	86,00
Sim	148	14,00

($p = 0,08$). Isto é, aqueles com menor grau de escolaridade apresentaram maior proporção de urgência. Comportamento similar foi observado para a maior atividade de cárie ($p = 0,00$). Embora sem significância estatística, observou-se maior prevalência de condição de urgência nos trabalhadores do setor de produção, com renda inferior a três salários mínimos e que não faziam uso regular de fio dental. As variáveis que apresentaram um $p \leq 0,15$ foram submetidas à regressão logística.

No modelo final de Regressão de Poisson, observaram-se as variáveis alta atividade de cárie (RP=1,98; 1,32-2,64 95%IC) e baixa escolaridade (RP = 1,48; 1,01-1,95 95%IC) como importantes na associação com a maior proporção de urgência no grupo em estudo. As demais variáveis deste modelo não foram estatisticamente significantes, apesar de apresentarem associação positiva para o setor de produção e baixa renda, e associação negativa para uso regular do fio dental (Tabela 3).

Tabela 2. Associação entre variáveis sociodemográficas e de hábitos e condição de urgência em trabalhadores da construção civil, SESI/BA, Salvador-BA, 2008

Variável	Condição de urgência Não		Condição de urgência Sim		p valor*	RP 95%IC
	n	%	n	%		
Gênero						
Masculino	813	89,4	131	88,5	0,74	1,10 (0,64-1,56)
Feminino	96	10,6	17	11,5		
Idade						
≤ 34 anos	532	58,5	85	57,4	0,80	1,05(0,74-1,36)
≥ 35 anos	377	41,5	63	42,6		
Setor						
Administrativo	144	15,8	16	10,8	0,10	1,09(0,95-1,23)
Produção	765	84,2	132	89,2		
Renda						
Até 3 SM	775	85,3	134	90,5	0,07	1,65(0,94-2,36)
Acima de 3 SM	134	14,7	14	9,5		
Escolaridade						
Até 8.ª série	763	84,04	129	87,16	0,08	1,59 (0,89-2,29)
Ensino Médio ou mais	145	15,96	19	12,84		
Uso regular do fio dental						
Não	479	52,7	91	61,5	0,15	0,79(0,55-1,03)
Sim	430	47,3	57	38,5		
Uso de bebida alcoólica						
Não	251	27,6	43	29,1	0,72	0,93(0,63-1,23)
Sim	658	72,4	105	70,9		
Uso do tabaco						
Não	659	72,5	110	74,3	0,64	0,89(0,62-1,16)
Sim	250	27,5	38	25,7		
Atividade de cárie						
Nenhuma/Baixa	367	40,4	36	24,3	0,00	2,11(1,41-2,81)
Alta	542	59,6	112	75,7		

*Teste do Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3. Resultado final da regressão de Poisson da associação entre variáveis sociodemográficas e de hábitos e condição de urgência em trabalhadores da construção civil, SESI/BA, Salvador, 2008

Variáveis	Razão de prevalência (RP)	p valor	Limite inferior IC 95%	Limite superior IC 95%
Setor (produção)	1,06	0,44	0,91	1,21
Renda (até 3 SM)	1,21	0,54	0,66	1,76
Escolaridade (até 8.ª série)	1,48	0,04	1,01	1,95
Uso regular do fio dental	0,95	0,76	0,66	1,24
Alta atividade de cárie	1,98	0,00	1,32	2,64

DISCUSSÃO

O índice CPO-D observado para os trabalhadores examinados foi bastante elevado (17,55), sendo próximo ao índice CPO-D de 16,9 encontrado por Tomita et al.⁹ (2005), em estudo realizado com trabalhadores da construção civil em Bauru-SP, e por Gomes, Abegg¹⁸ (2007), que encontraram um CPO-D = 16,45 nos trabalhadores examinados, do departamento municipal de limpeza urbana no seu estudo.

O percentual de condição de urgência encontrado neste estudo foi de 14% de presença de dor e de infecção observada na primeira consulta. Este achado é inferior ao encontrado no trabalho de Gomes, Abegg¹⁸ (2007), que relataram um percentual relevante de 20,7% dos trabalhadores com problemas agudos e situação de urgência. Lacerda et al.⁸ (2004) avaliaram apenas a presença de odontalgias como situação de urgência e encontraram um percentual de 18,7%, ultrapassando o percentual mensurado neste estudo. Supõe-se que o histórico odontológico de programas e projetos direcionados prioritariamente para crianças e adolescentes^{1,2} se reflita na alta prevalência da condição de urgência odontológica apresentada pela população adulta brasileira. No caso específico de trabalhador, esta prevalência, associada comumente a situações de desconforto, pode afetar sobremaneira o desempenho profissional diário¹, caracterizando o presenteísmo¹⁶.

Observou-se uma associação positiva entre condição de urgência e escolaridade, em que, do total de trabalhadores com condição de urgência, 87,16% possuíam até Ensino Fundamental completo. Matos et al.¹⁹(2001) sugerem que a menor procura ativa por atendimento odontológico por parte dos indivíduos esteja diretamente associada a um baixo grau de escolaridade.

A condição de urgência apresentou associação positiva com a atividade de cárie. O percentual encontrado de 75,7% para indivíduos em situação urgência e com alta atividade de cárie indica que indivíduos com maior atividade da doença possuem maior probabilidade de apresentar situações de urgência (RP = 2,11 IC95% 1,41-2,81; pvalor = 0,00), o que reforça a alta experiência de cárie da população brasileira e seu impacto no campo do trabalho.

Apesar de não ter sido observada significância estatística entre condição de urgência e setor de trabalho, foi verificada uma associação positiva entre estas variáveis. Este achado está de acordo com afirmação de Silva et al.⁴ (2004) de que a saúde bucal sofre influência direta da inserção no mercado de trabalho, indicando melhores condições de saúde em trabalhadores com ocupações que exigem maior grau de qualificação. Estes resultados também estão de acordo com os achados de Tomita et al.⁹ (2005) ao avaliarem trabalhadores da construção civil, em que se observou um CPO-D mais elevado em trabalhadores da produção do que naqueles vinculados ao setor administrativo. Esta constatação pode sugerir que as melhores condições de saúde bucal são observadas naqueles indivíduos com melhor inserção profissional.

Ressalta-se, ainda, que, apesar de não ter sido obtida associação estatisticamente significativa entre condição de urgência e renda, as maiores necessidades de urgência foram observadas em grupos de trabalhadores com remuneração mensal até 3 salários mínimos. Resultados similares também foram observados em estudo realizado por Pinto⁷ (2006) com trabalhadores da indústria brasileira, em que as piores condições de saúde bucal foram observadas em trabalhadores com menor faixa salarial.

Apesar de assumir os limites de inferência e da associação, por se tratar de um estudo de corte transversal, com a utilização de uma amostra que não representa o universo de trabalhadores da construção civil, o estudo é relevante por colocar em discussão aspectos importantes relacionados à condição de saúde bucal do grupo estudado.

CONCLUSÃO

Observou-se associação positiva entre a alta atividade de cárie e a baixa escolaridade com condição de urgência. Sugere-se o desenvolvimento de ações de caráter curativo para tratamento dos problemas bucais já instalados, bem como a realização de ações sistemáticas de prevenção e promoção em saúde direcionadas a este grupo de profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Lacerda JT, Traebert J, Zambenedetti ML. Dor orofacial e absenteísmo em trabalhadores da indústria metalúrgica e mecânica. *Saúde Soc.* 2008; 17: 182-91. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000400018>
2. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24: 241-6. PMID:18278270. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200002>
3. Moimaz SAS, Tanaka H, Garbin CAS, Saliba TA. Prótese dentária – avaliação do uso e necessidade em população adulta. *Rev Paul Odontol.* 2002; 24(5): 31-4.
4. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20: 626-31. PMID:15073645. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200033>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.
6. van Palenstein Helder WH, Benzhian H. Implementation of a basic package of oral care: towards a reorientation of dental NGOs and their volunteers. *Int Dent J.* 2006; 56: 44-6.
7. Pinto VG, Lima MOP. Estudo epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da indústria: Brasil 2002-2003 – Brasília: SESI/DN; 2006.

8. Lacerda JT, Simionato EL, Peres KG, Peres MA, Traibert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38: 153-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000300017>
9. Tomita NE, Chinellato LUM, Lauris JRP, Kussano CM, Mendes HJ, Cardoso MTV. Oral health of building construction workers: an epidemiology approach. *J Appl Oral Sci*. 2005; 13(1): 24-7. PMID:20944876. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-77572005000100006>
10. Oliveira JR, Aguiar GAS. Absenteísmo: suas principais causas e consequências em uma empresa do ramo de saúde. *Revista de Ciências Gerenciais*. 2009; 13(18): 95-113.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes Nacionais da Política de Saúde Bucal. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.
12. Serviço Social da Indústria. Departamento Regional da Bahia. Declaração Estratégica do SESI [citado em 2012 jun 19]. Disponível em: <http://www.fieb.org.br>
13. Serviço Social da Indústria. Departamento Regional da Bahia. Odontologia [citado em 2012 jun 19]. Disponível em: <http://www.fieb.org.br>
14. Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho. A prevenção do absenteísmo no trabalho. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias; 1997.
15. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1): 38-44. PMID:19219352. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100006>
16. Umann J, Guido LA, Grazziano ES. Presenteeism in hospital nurses. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012; 20 (1): 159-66 [citado em 2012 ago 8]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/21.pdf>
17. Serviço Social da Indústria. Departamento Regional da Bahia. Programa de Saúde Bucal na Empresa – PSBE – relatório final. Salvador; 2005.
18. 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 Saúde Pública*. 2007; 23: 1707-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700023>
19. Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17: 661-8. PMID:11395802. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000300020>

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria Cristina Teixeira Cangussu
Faculdade de Odontologia, UFBA – Universidade Federal da Bahia, Rua Araújo Pinho, 62, Canela, 41110-150 Salvador - BA, Brasil
e-mail: cangussu@ufba.br

Recebido: 03/01/2013

Aprovado: 15/02/2013