

GIOVANA PEREIRA DA CUNHA SCALCO

**ESTRESSE NO TRABALHO E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL
EM ADULTOS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Bucal Coletiva ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva

Orientadora: Prof^a Dra. Claides Abegg

Co-orientador: Prof. Dr. Eduardo Faerstein

Porto Alegre

2011

GIOVANA PEREIRA DA CUNHA SCALCO

**ESTRESSE NO TRABALHO E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL
EM ADULTOS BRASILEIROS**

Defesa em 25 de agosto de 2011.

Banca de defesa:

Prof^a Dra. Claides Abbeg
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dra. Lílian dos Santos Palazzo
Universidade Luterana do Brasil

Prof^a. Dra. Salete Maria Pretto
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dra. Sonia Maria Blauth Slavutzky
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

*“A sabedoria do ser humano não está no quanto ele sabe,
mas no quanto ele tem a consciência que não sabe”*

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer todos que ao longo desses 2 anos, direta ou indiretamente contribuíram para materialização deste trabalho....

À minha família que eu amo tanto, incluindo o meu anjo!

A minha orientadora Cláides Abegg pelo amor e tranquilidade na arte de ensinar.

Ao Roger Keller Celeste pela incondicional ajuda estatística.

Ao professor Eduardo Faerstein pela oportunidade de trabalhar com os dados do Pró-Saúde IMS/UERJ e com a disciplina de Epidemiologia Social.

Aos professores Juliana Hilgert e Roger Keller Celeste, pelas considerações e sugestões importantes feitas durante a qualificação do meu projeto.

Aos professores do Mestrado, obrigada pelos ensinamentos, dedicação e trocas de experiências.

As professoras Dra. Lillian dos Santos Palazzo, Dra. Salete Maria Pretto e Dra. Sonia Maria Blauth de Slavutzky que gentilmente se dispuseram a fazer parte da minha banca de defesa.

A todos os meus colegas da turma do Mestrado, as amizades que fiz ficarão para sempre.

A CAPES pelo auxílio financeiro através da bolsa.

Aos funcionários da UERJ que participaram da pesquisa.

RESUMO

Objetivo: investigar a associação entre estresse no trabalho e a autopercepção de saúde bucal.

Método: Os dados analisados foram obtidos por meio de questionário de autopreenchimento de 3253 funcionários técnicos administrativos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro um Estudo do Pró-Saúde. O estresse no trabalho foi medido através de um questionário elaborado por Karasek 1970 e reduzido por Theorell 1988. O instrumento é composto pelas seguintes dimensões: alta exigência no trabalho (alta demanda e baixo controle), baixa exigência (baixa demanda e alto controle), trabalho ativo (altos níveis de demanda e controle) e passivo (baixos níveis de demanda e controle). Autopercepção de saúde bucal foi obtida pela pergunta: “De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?”, com opções de resposta variando entre, “muito bom” e “muito ruim”. Para a análise dos dados utilizou-se regressão logística ordinal, posteriormente ajustada para três blocos de variáveis: 1) saúde bucal (perda de dentes e dor de dentes nas duas últimas semanas) e uso e utilização serviço de saúde (frequência de visita ao dentista) 2) sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e renda) e 3) comportamentais em saúde (fumo e autopercepção de saúde geral). **Resultados:** Trabalhadores expostos à alta exigência e pouco controle no trabalho (OR=1,67; IC95%: 1,38-2,03) e ao trabalho passivo (OR=1,31; IC95%: 1,12-1,54), tiveram maiores chances de perceber pior saúde bucal, quando comparados àqueles expostos a baixa exigência no trabalho, não se observando associação com aqueles expostos ao trabalho ativo (OR=1,05; IC95%: 0,90-1,23). Entretanto, no modelo de regressão múltipla estas estimativas reduziram em magnitude e perderam significância estatística, a saber: alta exigência (OR=1,19; IC95%: 0,95-1,49), trabalho passivo (OR=1,09; IC95%: 0,91-1,31).

Conclusão: Funcionários expostos a alta exigência no trabalho apresentaram pior saúde bucal autorreferida (modelo bruto e ajustado para os três blocos de variáveis) que parece ser parcialmente explicada pelas comportamentais em saúde, presença de problemas de saúde bucal (dor e perda dentária) e uso de serviços odontológicos com uma frequência maior do que uma vez ao ano.

Palavras chave: Estresse no trabalho. Autopercepção de saúde bucal. Alta exigência no trabalho. Trabalho passivo. Saúde bucal.

ABSTRACT

Objective: To investigate the association between occupational stress and oral health self-perception. **Method:** Data obtained through a self-completion questionnaire with 3253 administrative technicians from a university in Rio de Janeiro, in the Pro-Health Study, were analyzed. Occupational stress was measured through a questionnaire prepared by Karasek, 1970, and reduced by Theorell, 1988. Oral health self-perception was obtained through the question: "In general, how do you consider your oral health state (teeth and gums)?", with answer options ranging from "very good" to "very bad". For data analysis, ordinal logistic regression was used, subsequently adjusted to three blocks of variables: 1) oral health (loss of teeth and toothache in the past two weeks) and use of the health service (frequency at which the dentist is attended); 2) socio-demographic (age, sex, schooling, and income); and 3) health-related behavior (smoking and general health self-perception). **Results:** Workers exposed to high strain and little control at work (OR=1.67; 95%CI: 1.38-2.03) and to passive work (OR=1.31; 95%CI: 1.12-1.54) had greater chances of perceiving worse oral health, when compared with those exposed to high-strain work, and no association was observed with those exposed to active work (OR=1.05; 95%CI: 0.90-1.23). However, in the multiple regression model, these estimates declined in magnitude and lost statistical significance, namely: high strain (OR=1.19; 95%CI: 0.95-1.49), passive work (OR=1.09; 95%CI: 0.91-1.31). **Conclusion:** Workers exposed to high-strain work presented worse self-reported oral health (raw model and adjusted to the three blocks of variables), which seems to be partially explained by health-related behavior, presence of oral health problems (toothache and dental loss), and use of dental services at greater frequency than once a year.

Keywords: Occupational stress. Oral health self-perception. High-strain work. Passive work. Oral health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Tabela descritiva da distribuição do desfecho em relação às variáveis explicativas.....	45
Tabela 2:	Análise bruta da relação das variáveis de estudo pelas categorias autopercepção de saúde bucal	46
Tabela 3:	Análise ajustada para variáveis Sócio-demográficas: idade, sexo, renda, escolaridade e cor da pele	46
Tabela 4:	Análise ajustada para as variáveis de percepção e comportamento: fumo, apoio social, estresse e percepção de saúde.....	47
Tabela 5:	Análise ajustada para as variáveis proximais perda dental, visita ao dentista e dor de dente.....	47
Tabela 6:	Razões de chance dos modelos de regressão de estresse no trabalho (pelas categorias baixa exigência, trabalho passivo e alta exigência) e autopercepção de saúde bucal	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 REVISÃO DE LITERATURA	9
1.1.1 Autopercepção de saúde bucal	9
1.1.2 Estresse no trabalho	11
1.1.3 Modelo teórico	13
2 OBJETIVO	15
2.1 OBJETIVO GERAL	16
3 MÉTODOS	17
3.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	17
3.2 LOCAL DO ESTUDO	17
3.3 POPULAÇÃO-ALVO	17
3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	17
3.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	18
3.6 VARIÁVEIS DO PRESENTE ESTUDO	18
3.6.1 Variáveis explicativas	18
3.6.2 Variáveis dependentes	21
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	22
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	23
4 RESULTADOS	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE A – Tabelas Adicionais	45
ANEXO A – Censo Saúde UERJ/1999- Questionário Parcial	48
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	53

1 INTRODUÇÃO

Estudos têm demonstrado que a saúde bucal tem uma influência grande sobre a autopercepção, considerando-se que as condições bucais precárias têm impacto negativo na vida diária de grande parte da população. A Odontologia, assim como outras áreas, atualmente, tem tido uma tendência maior em explorar a autopercepção de saúde, não valorizando apenas os recursos clínicos para o diagnóstico das condições de saúde bucal. Esse indicador individual e subjetivo está relacionado com as condições biopsicossociais do indivíduo e com qualidade de vida, que devem ser levadas em consideração no diagnóstico da condição bucal, pois não se baseia apenas no julgamento profissional, que é uma medida limitada e insuficiente para se medir saúde.

A autopercepção de saúde bucal tem sido associada com fatores sociodemográficos (MATTHIAS et al., 1995, ATCHISON e GIFT 1997, GIFT et al., 1998, SILVA e FERNANDES, 2001, MATOS e LIMA-COSTA, 2006, PATTUSSI et al., 2010); com variáveis clínicas de saúde bucal (MATTHIAS et al., 1995, GIFT et al., 1998, MATOS LIMA-COSTA, 2006, PATTUSSI et al., 2007, SILVA e FERNANDES, 2001), pior autopercepção de saúde geral (ROSENBERG et al., 1988, DOLAN, 1991, MATTHIAS et al., 1995, CHEN e HUNTER, 1996, ATCHISON e GIFT, 1997, PATTUSSI et al., 2007) e com fatores comportamentais e psicossociais (ATCHISON e GIFT, 1997, MATOS e LIMA-COSTA, 2006, AFONSO-SOUZA et al., 2007, SILVA e FERNANDES, 2001, MARTINS, 2009).

Nas últimas décadas, diante da relevância dos fatores psicossociais para o processo saúde doença, o fator estresse tem ganhado um espaço considerável nas pesquisas. A teoria do estresse está relacionada com a resposta dos indivíduos às demandas do ambiente externo. Entre essas, o trabalho, sem dúvida, na maioria das vezes, é uma das grandes preocupações da população. No que consta na literatura, o estresse no trabalho tem sido associado a doenças cardiovasculares (KIVIMAKI et al., 2002, KUPER e MARMOT, 2003), depressão (BROADHEAD et al., 1990), absenteísmo (PETER e SIEGRIST, 1997, MACEDO et al., 2007), distúrbios psíquicos (ARAÚJO et al., 2003), declínio da capacidade de executar várias tarefas cotidianas (CHENG et al., 2000, MACEDO et al., 2007) e também autopercepção de

saúde (BORG, KRISTENSEN, BURR, 2000, PIKHART et al., 2001, IBRAHIM et al., 2001).

A relação entre estresse no trabalho e saúde bucal ainda tem sido pouco explorada. Em estudo realizado por Marcenes e Sheiham, 1992, foi demonstrada associação entre estresse no trabalho e doença periodontal. Posteriormente, Abegg et al., 1999, observaram associação entre esta variável, frequência e performance de higiene bucal.

Portanto, o objetivo do presente estudo é investigar relação entre estresse no trabalho e a autopercepção de condição bucal em funcionários técnicos administrativos da Universidade Estadual do Estado do Rio de Janeiro.

1.1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1.1 Autopercepção de saúde bucal

Historicamente, a autopercepção de saúde bucal é estudada desde a década de 70 (COHEN e JAGO, 1976), mas essa medida só começou a ser usada como desfecho pelos anos 80 e 90 (LOCKER, 1988, ROSENBERG et al., 1988, ATCHISON et al., 1993, SLADE e SPENCER, 1994, MATTHIAS et al., 1995, e LEÃO e SHEIHAM 1995, ÖSTBERG et al., 2001). Alguns estudos desta época mostraram que os problemas de ordem bucais causavam impacto negativo na percepção de saúde dos indivíduos.

O assunto também despertou o interesse de Spencer e Lewis, 1988, que, utilizando dados de um levantamento na Austrália, observaram um grande número de perdas de dias de trabalho e de escola por causa de problemas bucais. Neste mesmo ano, nos Estados Unidos da América, Rosenberg et al. publicaram que a dor de dente acarretava problemas de ordem funcional do sistema estomatognático. Um pouco depois, em 1993, Atchison et al verificaram que uma saúde bucal ideal estava associada com a capacidade de mastigar alimentos sem sentir dor e/ou desconforto, com a habilidade de se relacionar socialmente e com o bem-estar.

Na América Latina, uma pesquisa desenvolvida por Leão e Sheiham, 1995, no Brasil, em adultos jovens, demonstrou que as condições de saúde bucal geram impacto na vida diária das pessoas. Slade et al., em 1996, observaram associação entre visitas regulares ao dentista, ter cáries não tratadas, ter restos radiculares e ter

bolsas periodontais. De acordo com os autores esse impacto poderia interferir na autopercepção de saúde bucal dos indivíduos.

Em Ontario, Canadá, Locker, Jokovic, Payne, 1997, analisaram os dados de um estudo de coorte em adultos com 50 anos ou mais e a perda dentária esteve associada à autopercepção de saúde bucal. Este mesmo autor junto com colaboradores, no ano de 2000, concluíram que dificuldade de mastigação, dor de dente e comunicação afetam a autopercepção de saúde bucal das pessoas (LOCKER et al., 2000).

Silva e Fernandes, 2001, em um estudo realizado em idosos, na cidade de Araraquara, no Estado de São Paulo, Brasil, avaliaram a autopercepção de saúde bucal, demonstrando sua relação com os fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos. Foram avaliados 201 idosos (sessenta ou mais anos de idade) atendidos em um centro de saúde na cidade de Araraquara, São Paulo. A maioria dos participantes (56,4%) avaliou a sua saúde bucal como excelente a boa e 13% como ruim ou péssima. As variáveis associadas à autopercepção foram: índice de Geriatric Oral Health Assessment Index, dentes cariados e indicados para extração, e classe social.

No artigo de Matos e Lima Costa, 2006, com adultos (35-44anos) e idosos (65-74 anos) da região Sudeste, usando os dados do Inquérito epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil, 2003, foi observada uma predominância de autopercepção de saúde bucal como positiva. A autopercepção de saúde bucal esteve associada com fatores facilitadores e de predisposição. Em relação aos idosos, os resultados mostraram que quem tinha três ou mais anos decorridos após a última visita ao dentista tinha pior autopercepção de saúde bucal. Já aqueles idosos com 1 a 19 dentes avaliaram sua saúde bucal como pior comparado com aqueles que não tinham dentes. Já em relação aos adultos, aqueles que tiveram melhor autopercepção de saúde bucal foram os que percebiam melhor sua condição de saúde geral, tinham maior número de visitas ao dentista, presença de maior número de dentes permanentes, menor número de dentes cariados e obturados, melhor condição periodontal e melhor condição socioeconômica.

Em estudo realizado por Pattussi et al., 2007, com adolescentes brasileiros, foi demonstrada associação entre autopercepção de saúde bucal negativa, maior prevalência de cárie não tratada e uma pior aparência da boca.

No estudo transversal aninhado a um estudo de coorte realizado no Rio de Janeiro por Afonso de Souza et al., 2007, com 3.252 funcionários, foi demonstrado que, entre os indivíduos que relataram visitar o dentista só quando têm problema, 14,80% relataram a saúde bucal percebida como ruim. A chance de relatar uma saúde bucal percebida ruim foi 3,9 vezes maior para os indivíduos que visitam o dentista só quando têm problema, comparada aos indivíduos que visitam para revisão de rotina, pelo menos, 1 vez ao ano.

Nunes e Abegg, 2008, investigando idosos de 65-74 anos, da região Centro-Sul do Brasil, observaram que dor de dente e necessidade de prótese dentária, foram os fatores que mais afetaram a autopercepção de saúde bucal desta população.

Em 2009, Martins encontrou uma associação negativa entre viver em um domicílio localizado na área rural do município de Carlos Barbosa, no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, e uma percepção boa de saúde bucal. Além disso, as variáveis alto potencial de resiliência, renda mais elevada e ausência de mudança na dieta por problemas bucais foram indicadores de uma boa percepção de saúde bucal.

Recentemente, em idosos brasileiros, Pattussi et al., 2010, usando dados do inquérito epidemiológico realizado no Brasil (SB, 2003), observaram que a autopercepção de saúde bucal negativa estava associada a más condições clínicas de saúde bucal, não usar prótese dentária, pertencer ao sexo masculino, ser da raça negra e ter baixas condições socioeconômicas.

1.1.2 Estresse no trabalho

A palavra *stress* foi usada, primeiramente, na Física, significando o desgaste sofrido por matérias expostas a pressões ou forças (LIMA e CARVALHO, 2000). Na área da Saúde, começou a ser usada por Hans Selye nos anos de 1976. Atualmente, o dicionário Aurélio classifica a palavra estresse como “um conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras, capazes de perturbar-lhe a hemóstase; estrição”.

A teoria do estresse está relacionada com a resposta dos indivíduos às demandas do ambiente externo e pode ser analisada sob dois enfoques, biológico ou psicológico (KARASEK, 1979). Biologicamente, nosso organismo, quando passa

por situação de estresse, desencadeia mudanças físicas e comportamentais envolvendo uma diversidade de sinais cognitivos, emocionais e neurosensoriais. As mudanças comportamentais podem ser: aumento no estado de alerta e de vigiância, da capacidade cognitiva, atenção e euforia, enquanto as físicas englobam: analgesia, diminuição da temperatura e a inibição das funções vegetativas, como o apetite, a alimentação e a reprodução (CHARMANDARI, 2005).

Diante destas situações, o organismo tem uma adaptação física, redirecionando a energia, nutrientes e oxigênio para o coração, cérebro e músculos, gerando um aumento no tônus cardiovascular, da frequência respiratória e do metabolismo, podendo ocasionar uma inibição de funções digestivas, de crescimento, da tireoide, reprodutivas e da imunidade. Existem alguns estudos que afirmam que o estresse crônico pode estimular e/ou potencializar a adoção de hábitos deletérios à saúde, como tabagismo, abuso de álcool e de drogas, sedentarismo e dieta rica em gordura e sal (PICKERING, 1997, e MATTHEWS et al., 2010). Mediante todas essas respostas, cada indivíduo possui a sua capacidade individual de lidar com eventos estressores, estudos têm evidenciado que um dos eventos mais associados ao estresse é o trabalho (STANSFELD, HEAD, MARMOT, 2000).

Um dos primeiros estudos desenvolvidos para medir estresse no trabalho foi de Karasek, em 1979. De acordo com o autor, o estresse no trabalho e subsequentes doenças ocorrem quando as demandas psicológicas do trabalho são altas e a habilidade pessoal em lidar com essas demandas é baixa, portanto, é necessário considerar as duas dimensões, tanto no que se refere à demanda psicológica quanto ao controle. Assim, ele propôs os seguintes quadrantes para analisar o estresse no trabalho: alta exigência do trabalho (caracterizado como alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle).

Diferentes estudos têm demonstrado a relação entre estresse no trabalho e problemas de saúde. Um deles, conduzido por Kivimaki et al., 2002, que teve como objetivo verificar associação entre estresse no trabalho e risco de morrer por doença cardiovascular; foi um estudo de coorte prospectivo com 812 trabalhadores e mostrou que o estresse no trabalho aumenta o risco de mortalidade por problemas cardiovasculares. Na mesma linha de pesquisa, mas em Salvador, Bahia, Araújo et

al., 2003, demonstraram associação positiva entre distúrbios psíquicos menores com demandas psicológicas do trabalho e negativa com controle sobre o trabalho entre trabalhadores de Enfermagem.

Nessa mesma perspectiva, Macedo et al., 2007, no Rio de Janeiro, observaram que os homens em atividades de alta exigência apresentaram a prevalência de interrupção das atividades habituais duas vezes maior do que aqueles cujas atividades não foram classificadas nesta categoria, entre mulheres essa prevalência também foi maior.

Em relação ao desfecho saúde bucal, poucos estudos investigaram sua relação com o estresse no trabalho, até o momento. Um dos primeiros estudos relacionando estresse no trabalho e doença periodontal foi realizado por Marcenes e Sheiham, em 1992, com uma população de 164 homens trabalhadores com idade entre 35 a 44 anos, em que foi verificada uma associação positiva entre estresse no trabalho e doença periodontal. Em outra investigação desenvolvida por Abegg et al., 1999, em trabalhadores de Porto Alegre, foi constatado que indivíduos com maior flexibilidade no trabalho têm uma frequência e qualidade da higiene bucal melhor do que os que não possuem essa flexibilidade.

Mais recentemente, Söderfeldt et al., 2002, usando alguns domínios da Escala de estresse no trabalho de Karasek, encontraram associação entre estresse no trabalho e autopercepção de saúde bucal.

1.1.3 Modelo teórico

Como foi observado na revisão de literatura, a investigação de fatores relacionados com a saúde bucal envolve inúmeras variáveis, como condições socioeconômica, condições nutricionais, ambientais, cuidado com a saúde, entre outras. Em uma das primeiras tentativas de modelar e explicar a autopercepção de saúde bucal, Gift, Atchison e Drury, 1998, propõem um modelo cujo argumento é que fatores comportamentais e ambientais, denominados demográficos (idade, gênero, raça e etnia), e de predisposição e facilitação (orientação para cuidado dentário, percepção de saúde geral e educação) influenciam as atitudes dos indivíduos. A concepção teórica do modelo está fundamentada em uma integração de outros modelos teóricos existentes, (GIFT et al., 1998). Essa aproximação segue a evolução do modelo de Andersen que coloca comportamentos de saúde como

intermediários aos determinantes primários (população, cuidado em saúde e características externas) e consequência em saúde (estado de saúde percebida, avaliação do estado de saúde e satisfação do consumidor) (ANDERSEN, 1997).

No modelo de Martins, 2009, concebido a partir da proposta de Andersen, 1997, existe uma subdivisão em quatro níveis: o primeiro nível, o mais externo, estão as variáveis externas (idade e sexo), no segundo, os determinantes primários (ambiente externo e características pessoais), no terceiro nível, os comportamentos de saúde (práticas pessoais e visitas formais ao dentista) e, no quarto e último nível, as condições de saúde bucal (estado bucal).

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Pattussi et al., 2010, concebem um modelo teórico hierárquico no qual agrupou as variáveis do distal ao proximal, como nos outros modelos analisados anteriormente. Fatores associados com autopercepção de saúde bucal foram divididos em quatro níveis, no primeiro nível, as variáveis socioeconômicas e demográficas, no segundo, doenças bucais e assistência odontológica, no terceiro, necessidade e estado da prótese dentária e, no quarto, incluiu sintomas bucais subjetivos.

A partir da revisão da literatura, concebeu-se um modelo teórico, conforme podemos analisar na figura 1. No bloco I, estão as características que definem um indivíduo, geralmente imutáveis, no bloco II, as variáveis subjetivas, enquanto que mais próximo ao desfecho está o bloco III, em que estão as variáveis frequência de visita ao dentista, perda dentária e dor bucal. De acordo com o que foi encontrado na literatura existe, uma força de associação maior entre essas últimas variáveis e a autopercepção de saúde bucal.

Modelo Teórico Operacional

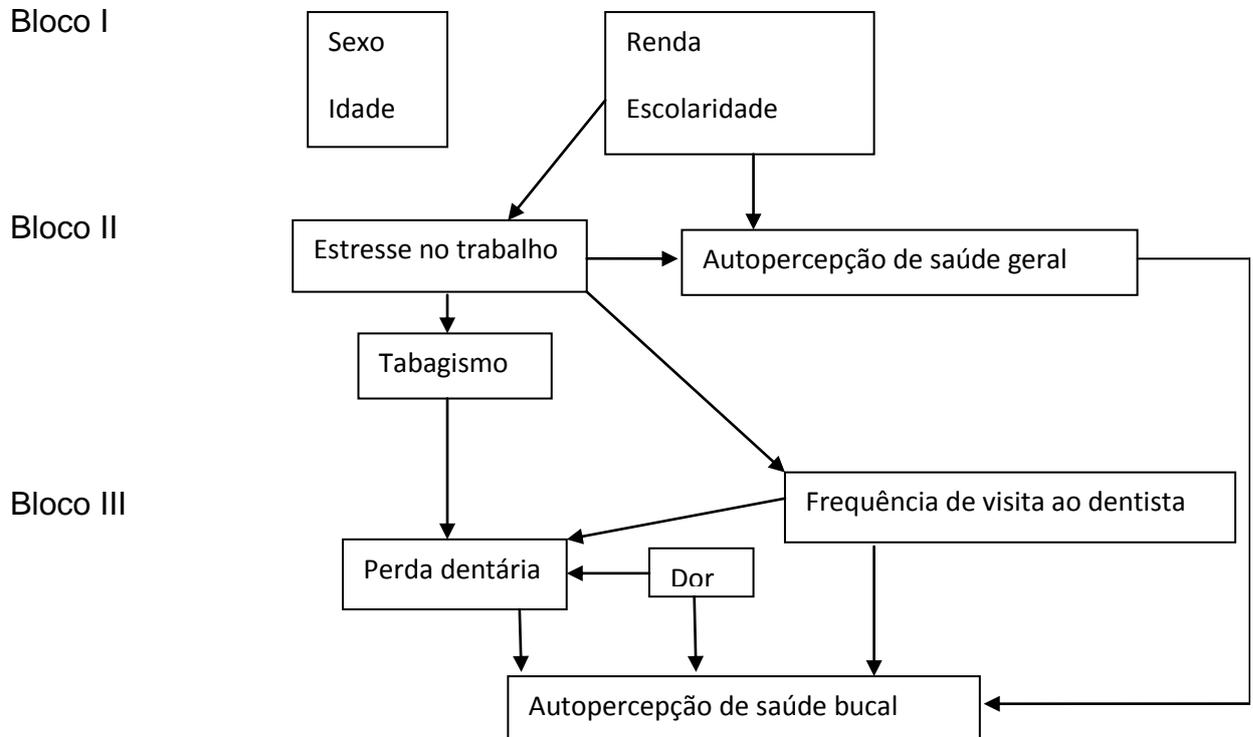


Figura 1 – Modelo Teórico Operacional proposto para esta pesquisa.

Bloco I (Sócioeconômicas)

Bloco II (Percepção-comportamento)

Bloco III (Variáveis de saúde bucal e uso de serviço)

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar a relação entre estresse no trabalho e a autopercepção de saúde bucal.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Estudo seccional realizado a partir de dados secundários da linha de base do Estudo Pró-Saúde (FAERSTEIN et al., 2005). Os indivíduos desta pesquisa foram funcionários técnico-administrativos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados, no local de trabalho, por meio de um questionário autopreenchido.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo Pró-Saúde foi desenvolvido no município do Rio de Janeiro-RJ. A cidade esta localizada no Estado do Rio de Janeiro, Sudeste do Brasil, e possui uma população de 6.186.710 habitantes (IBGE, 2009). É o segundo maior PIB do país, estimado em cerca de 140 bilhões de reais (IBGE, 2007) e IDH de 0,842 (PNUD, 2000) com PIB per capita de R\$ 22.903,00; responsável por 17% da produção científica nacional.

3.3 POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo foi composta por 4.347 funcionários técnicos-administrativos de ambos os sexos, na faixa etária entre 24 e 83 anos, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram elegíveis todos os funcionários, excluindo aqueles em regime temporário, transferidos, em licença ou inativos, totalizando um número de 3.253 funcionários. Maiores detalhes metodológicos são descritos por Faerstein et al. (2005).

3.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

O instrumento utilizado foi um questionário com perguntas estruturadas, multidimensional e autopreenchível com perguntas envolvendo aspectos sociodemográficos, psicossociais e relacionados à saúde bucal (ALEXANDRE et al., 2006). Os questionários foram aplicados por pessoas treinadas no horário e local de trabalho dos funcionários. As respostas foram digitadas diariamente após aplicação para fins de controle de qualidade, todos os questionários foram submetidos à revisão por um supervisor de campo e dois revisores durante a digitação dos dados, a qual foi feita por dois digitadores independentes com a utilização do recurso *write/append* do Epi Info 2000 a cada lote de 400 questionários, e validados por meio do recurso *validate* do Epi Info 6.04; a fim de confrontar os trabalhos dos dois digitadores e verificar as discordâncias e falta de padronização. Posteriormente, o banco foi submetido a um trabalho de edição de dados para avaliação de inconsistências internas (JUUL, 2004).

3.6 VARIÁVEIS DO PRESENTE ESTUDO

3.6.1 Variáveis explicativas

A variável estresse no trabalho (Quadro 2) foi mensurada utilizando-se a escala de Karasek reduzida por Töres Theorell, em 1988, e adaptada para o Português do Brasil (ALVES et al., 2004). Essa escala é composta por 17 itens medidos em escala Likert de 1 a 4 pontos, dividida 3 subescalas: demanda (5 itens), controle (6 itens) e apoio no trabalho (6 itens). O cálculo do escore individual da escala foi realizado por meio da multiplicação baseado na escala de demanda e controle, seguindo os quadrantes propostos por Karasek, 1979. Assim, foi possível classificar as atividades em quatro situações: baixo controle (escore menor que 17), alto controle (escore maior ou igual a 17), baixa demanda (escore menor ou igual a 14) e alta demanda maior do que 14. As duas primeiras subescalas foram dicotomizadas na mediana (demanda<15 e controle<17) conforme proposto por Macedo et al., 2007. Os indivíduos foram classificados segundo os quadrantes de Karasek: 1) alta exigência (alta demanda e baixo controle), 2) baixa exigência (baixa demanda e alto controle), na qual foi utilizada como categoria de referência, 3)

trabalho ativo (alta demanda e alto controle), e 4) passivo (baixos níveis de demanda e de controle).

A confiabilidade das dimensões do estresse no trabalho foi avaliada por meio dos coeficientes de correlação intraclasse, estimando-se 0,88 para demanda (IC95%: 0,82-0,92) e 0,87 para controle (IC95%: 0,80-0,91). No que diz respeito à consistência interna das escalas, os coeficientes Alpha de Cronbach foram de 0,72 para demanda e 0,63 para controle (ALVES et al., 2004).

As perguntas foram as seguintes (Anexo A): “Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?”, “Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?”, “Seu trabalho exige demais de você?”, “Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?”, “O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?”, “Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?”, “Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?”, “Seu trabalho exige que você tome iniciativas?”, “No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?”, “Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?” e “Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?”. As opções de resposta eram: Frequentemente; Às vezes; Raramente; Nunca ou quase nunca. E, depois, as perguntas: “Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho”, “No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros, Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho”, “Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem”, “No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.”, “Eu gosto de trabalhar com meus colegas.”. Para essas últimas perguntas, a opção era: “Concordo totalmente”; “Concordo mais que discordo”; “Discordo mais que concordo”; “Discordo totalmente”.

Outras variáveis utilizadas foram as sociodemográficas, psicossociais e de saúde bucal. Nas variáveis sociodemográficas, apresentadas no quadro 1, a idade (data do nascimento do indivíduo) foi coletada em anos e analisada como uma variável contínua. A renda foi considerada como familiar per capita, por meio do cálculo de renda familiar líquida mensal, como renda familiar mensal dividida pelo número de membros na família e, para fins do estudo, analisada como uma variável contínua. Na escolaridade, considerou-se o número de anos de estudo completados no ensino formal, sem contar os anos de repetência, sendo considerados também os

cursos de especialização e pós-graduação. A variável foi dividida em três categorias: universitário completo ou mais, ensino médio completo e ensino médio incompleto.

As variáveis relacionadas à saúde bucal e uso, e utilização de serviço de saúde foram três (Quadro 3), dentre elas, está a frequência de visita ao dentista. Aos participantes, foi perguntado: “Em geral, com que frequência você vai ao dentista para uma revisão de rotina?” 1- “Nunca fui ao dentista”; 2- “Não costumo fazer revisão de rotina, só vou ao dentista quando tenho um problema”; 3- “Menos frequente que de 2 em 2 anos”; 4- “De 2 em 2 anos”; 5- “Pelo menos, 1 vez ao ano”. As respostas foram categorizadas em 1- uma vez ao ano; 2- mais que dois em dois anos ou nunca; 3- só quando tem problema. Em relação à perda dentária, foi feita a seguinte pergunta: “Com o tempo, muitas pessoas perdem alguns ou mesmo todos os dentes. Qual das opções abaixo melhor corresponde ao número de dentes que você perdeu?” e as opções de resposta foram apresentadas em quatro categorias: 1- “não perdi nenhum dente”; 2- “perdi um ou poucos dentes”; 3- “perdi vários dentes”; 4- “perdi quase todos ou todos os dentes”. No que diz respeito à dor de dente que impedisse a realização de tarefas habituais, foi aferida mediante a pergunta: “Nas últimas duas semanas, você ficou impedido (a) de realizar alguma de suas tarefas habituais (trabalho, estudo ou lazer) por ter tido dor de dente?”. O respondente marcava sim ou não.

Quadro 1: Variáveis socioeconômicas.

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS	CATEGORIAS
Idade	Variável Contínua
Sexo	Masculino; Feminino
Renda	Variável Contínua
Escolaridade	Universitário completo ou + Ensino Médio Completo Ensino Médio Incompleto

Fonte: Própria do autor

Quadro 2: Variável psicossocial.

VARIAVEL PISCICOSOCIAL	CATEGORIAS
Estresse no trabalho	-Baixa exigência (alto controle e baixa demanda) -Trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda) -Trabalho ativo (alto controle e alta demanda) -Alta exigência (baixo controle e alta demanda)

Quadro 3: Variáveis de saúde bucal e uso e utilização de serviço.

VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE BUCAL	CATEGORIAS
Freqüência de visita ao dentista	1 vez ao ano +2-2 anos Quando tem problema
Perda Dentária	Nenhum Um ou poucos Vários Quase todos/todos
Dor Bucal	Sim Não

3.6.2 Variável dependente

O desfecho que será investigado é autopercepção de saúde bucal. Esta variável dependente será trabalhada como uma variável categórica ordinal. Para tal, será calculado o escore de cada indivíduo. Essa pergunta foi realizada da seguinte forma: “De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?” 1- “Muito bom”; 2- “Bom”; 3- “Regular”; 4- “Ruim”; 5- “Muito ruim”. A avaliação da confiabilidade foi feita por meio do teste-reteste para toda a população e segundo sexo, faixa etária, níveis de escolaridade e renda. Em relação à toda população, encontrou-se um coeficiente kappa ponderado quadrático de 0,75 a 0,80. A estabilidade desse indicador, nas diferentes formas de categorização, é substancial 15. Valores pontuais mais altos foram obtidos para mulheres (k = 0,84;

IC95%: 0,71-0,94); adultos jovens na faixa etária entre 30 e 39 anos ($k = 0,85$; IC95%: 0,55-0,97); participantes com nível médio de escolaridade ($k = 0,86$; IC95%: 0,74-0,95) e os com renda maior que seis salários mínimos ($k = 0,91$; IC95%: 0,68-1,00) (AFONSO-SOUZA et al., 2007).

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram apresentados em tabela bivariada para a associação entre o desfecho e a principal exposição, por meio do teste do chi-quadrado de Pearson. Análises multivariadas foram realizadas por regressão logística ordinal em modelos de chances proporcionais de acordo com Hosmer e Lemeshow (2000). O teste Brant foi utilizado para avaliar o pressuposto de proporcionalidade nas seguintes variáveis: autopercepção de saúde geral, educação, idade e perda dentária no nível de significância de 1 %. Devido a isso, não havia uma única razão de chances para cada covariada, uma vez que as razões de chances são iguais para cada ponto-de-corte do desfecho ($0 \times 1+2+3+4 / 0+1 \times 2+3+4 / 0+1+2 \times 3+4 / 0+1+2+3 \times 4$). Assim, para evitar tabelas extensas, optou-se por apresentar apenas a exposição principal, pois, para cada categoria avaliada, o *odds ratio* apresentava o mesmo valor, podendo sustentar a suposição do *odds* proporcional.

As análises foram feitas para os seguintes conjuntos de variáveis baseado na revisão de literatura e no modelo teórico conceitual construído para o estudo. O primeiro bloco, contendo as variáveis distais e demográficas (idade, sexo, renda e escolaridade), o segundo bloco, contendo variáveis de autopercepção de saúde e comportamentais (fumo e autopercepção de saúde), e o terceiro bloco composto pelas variáveis saúde bucal e uso de serviço odontológico, variáveis mais proximais ao desfecho (perda de dente, visita ao dentista e dor de dente). No modelo final, foram mantidas apenas as variáveis que alcançaram o nível de significância de 20% nos modelos prévios. A variável de exposição esteve presente em todos os modelos.

O ajuste dos modelos foram avaliados por meio de dois parâmetros principais: critérios de Informação Baysan e pseudo-R². Todas as análises foram realizadas usando Stata 11.1

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, dentro dos padrões exigidos pela declaração de Helsinque (Anexo B) (461-CEP/HUPE). Os participantes assinaram a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi mantido o sigilo dos dados.

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO

RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE NO TRABALHO E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM ADULTOS BRASILEIROS: UM ESTUDO DO PRÓ-SAÚDE

RELATIONSHIP BETWEEN JOB STRESS AND SELF-PERCEIVED ORAL HEALTH IN BRAZILIAN ADULTS: PRÓ-SAÚDE STUDY

Giovana Pereira da Cunha Scalco¹
Claides Abegg²
Roger Keller Celeste³
Eduardo Faerstein⁴
Yara Hahr Marques Hökerberg⁵

Endereço:

Giovana Pereira da Cunha Scalco
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Rua Ramiro Barcelos 2492, 3º andar
Porto Alegre – RS - CEP 90035-003
Phone: (0xx51) 3308-5015.
E-mail: giscalco@hotmail.com

-
- ¹ Departamento de Odontologia Social Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
² Departamento de Odontologia Social Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
³ Departamento de Odontologia Social Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
⁴ Departamento de Epidemiologia, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
⁵ Laboratório de Epidemiologia Clínica do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

RESUMO

Objetivo: investigar a associação entre estresse no trabalho e a autopercepção de saúde bucal. **Método:** Os dados analisados foram obtidos por meio de questionário de autopreenchimento de 3.253 funcionários técnicos administrativos da Universidade Estadual do Rio de Janeiro em um Estudo do Pró-Saúde.

O estresse no trabalho foi medido por meio de um questionário elaborado por Karasek 1970 e reduzido por Theorell 1988. A autopercepção de saúde bucal foi obtida pela pergunta: “De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?”, com opções de resposta variando entre “muito bom” e “muito ruim”. Para a análise dos dados, utilizou-se regressão logística ordinal, posteriormente ajustada para três blocos de variáveis: 1) saúde bucal (perda de dentes e dor de dentes nas duas últimas semanas) e uso e utilização serviço de saúde (frequência de visita ao dentista) 2) sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e renda) e 3) comportamentais em saúde (fumo e autopercepção de saúde geral). **Resultados:** Trabalhadores expostos à alta exigência e pouco controle no trabalho (OR=1,67; IC95%: 1,38-2,03) e ao trabalho passivo (OR=1,31; IC95%: 1,12-1,54), tiveram maiores chances de perceber pior saúde bucal, quando comparados àqueles expostos a baixa exigência no trabalho, não se observando associação com aqueles expostos ao trabalho ativo (OR=1,05; IC95%: 0,90-1,23). Entretanto, no modelo de regressão múltipla, estas estimativas reduziram em magnitude e perderam significância estatística, a saber: alta exigência (OR=1,19; IC95%: 0,95-1,49), e trabalho passivo (OR=1,09; IC95%: 0,91-1,31). **Conclusão:** Funcionários expostos à alta exigência no trabalho apresentaram pior saúde bucal autorreferida (modelo bruto e ajustado para os três blocos de variáveis) que parece ser parcialmente explicada pelas comportamentais em saúde, presença de

problemas de saúde bucal (dor e perda dentária) e uso de serviços odontológicos com uma frequência maior do que uma vez ao ano.

Palavras-chave: Estresse no trabalho. Autopercepção de saúde bucal. Alta exigência no trabalho. Trabalho passivo. Saúde bucal.

ABSTRACT

Objective: To investigate the association between occupational stress and oral health self-perception. Method: Data obtained through a self-completion questionnaire with 3253 administrative technicians from a university in Rio de Janeiro, in the Pro-Health Study, were analyzed. Occupational stress was measured through a questionnaire prepared by Karasek, 1970, and reduced by Theorell, 1988. Oral health self-perception was obtained through the question: "In general, how do you consider your oral health state (teeth and gums)?", with answer options ranging from "very good" to "very bad". For data analysis, ordinal logistic regression was used, subsequently adjusted to three blocks of variables: 1) oral health (loss of teeth and toothache in the past two weeks) and use of the health service (frequency at which the dentist is attended); 2) socio-demographic (age, sex, schooling, and income); and 3) health-related behavior (smoking and general health self-perception). Results: Workers exposed to high strain and little control at work (OR=1.67; 95%CI: 1.38-2.03) and to passive work (OR=1.31; 95%CI: 1.12-1.54) had greater chances of perceiving worse oral health, when compared with those exposed to high-strain work, and no association was observed with those exposed to active work (OR=1.05; 95%CI: 0.90-1.23). However, in the multiple regression model, these estimates declined in magnitude and lost statistical significance, namely: high strain (OR=1.19; 95%CI:

0.95-1.49), passive work (OR=1.09; 95%CI: 0.91-1.31). Conclusion: Workers exposed to high-strain work presented worse self-reported oral health (raw model and adjusted to the three blocks of variables), which seems to be partially explained by health-related behavior, presence of oral health problems (toothache and dental loss), and use of dental services at greater frequency than once a year.

Keywords: Occupational stress, oral health self-perception, high-strain work, passive work, oral health.

INTRODUÇÃO

Estudos têm mostrado que o trabalho é uma das principais causas de estresse(1) e o estresse no trabalho tem ganhado um espaço considerável nas pesquisas que avaliam a relação entre os fatores psicossociais e o processo saúde doença(2).O estresse, incluindo o estresse no trabalho, pode potencializar a adoção de hábitos não promotores de saúde, como a piora na escovação dentária e o tabagismo(3-5). Além disso, existem evidências sugerindo que o estresse no trabalho é um importante indicador de risco de para diferentes desfechos em saúde (6-9).

Estresse no trabalho ocorre quando as demandas psicológicas do trabalho são altas e a habilidade em lidar com essas demandas é baixa (10) Uma dos instrumentos mais utilizados para medir esse tipo de estresse é a escala de demanda-controle (10) que possui 4 categorias: alta exigência; baixa exigência; trabalho ativo; e trabalho passivo (10). Essa escala é considerada válida e confiável (11). Em relação à saúde bucal, poucos estudos têm utilizado essa escala (4, 12, 13). Um dos primeiros estudos relacionando estresse no trabalho e doença periodontal foi verificada uma associação positiva entre essas duas variáveis (13). Em outra investigação foi constatado indivíduos com maior flexibilidade no trabalho têm uma frequência e qualidade da higiene bucal melhor do que os que não possuem essa flexibilidade (4). Mais recentemente, Söderfeldt et al., 2002 encontraram associação entre estresse no trabalho e autopercepção de saúde bucal. Em todos os trabalhos conhecidos, são explorados apenas alguns domínios do estresse no trabalho. Seria importante que essas avaliações fossem realizadas conforme o modelo originalmente proposto com os quatro quadrantes.

Há evidências da associação entre o estresse no trabalho e a autopercepção

de saúde geral (14). Pode ser que esta associação seja observada também com saúde bucal, uma vez que o estresse no trabalho induz a comportamentos insalubres, que podem piorar a percepção de saúde bucal (3-5). É importante mais estudos que confirmem a existência dessa associação e seus possíveis mecanismos para que se construa estratégias de redução do impacto do estresse no ambiente de trabalho. Portanto, o objetivo do presente estudo é investigar a relação entre estresse no trabalho e a autopercepção de condição bucal em servidores públicos universitários.

METODOLOGIA

Estudo seccional realizado a partir da coleta de dados da linha de base do Estudo de Coorte Pró-Saúde(15). A variável de estresse no trabalho é oriundas da primeira fase (1999) e as demais da segunda fase (2001). Os indivíduos desta pesquisa foram funcionários técnico-administrativos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados, no local de trabalho, por meio de um questionário autopreenchido. Foram elegíveis todos os funcionários, excluindo aqueles em regime temporário, transferidos, em licença ou inativos, totalizando um número de 3.253 funcionários(15). Em relação aos aspectos éticos, o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto dentro dos padrões exigidos pela declaração de Helsinque.

Variáveis independentes

A variável estresse no trabalho foi mensurada utilizando-se a escala de Karasek reduzida por Theorell em 1988 e adaptada para o português do Brasil (11), 2004). Essa escala é composta por 17 itens medidos em escala Likert de 1 a 4 pontos, dividida 3 subescalas: demanda (5 itens), controle (6 itens) e apoio social no trabalho (6 itens). As duas primeiras subescalas foram dicotomizadas na mediana (demanda<15 e controle<17) conforme proposto por Macedo et al., 2007(16). Os indivíduos foram classificados segundo os quadrantes de Karasek: 1) baixa exigência (baixa demanda e alto controle), 2) passivo (baixos níveis de demanda e de controle), 3) trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e 4) alta exigência (alta demanda e baixo controle).

Outras variáveis utilizadas foram: idade, sexo, renda equivalizada, escolaridade, fumo e saúde geral autorrelatada, perda dentária autorreferida, dor de

dente, uso serviço odontológico, e frequência de visita ao dentista.

Variável Dependente

O desfecho investigado é autopercepção de saúde bucal. Esta variável foi coletada segunda a pergunta: “De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva)?”. Possui quatro opções de resposta que variam de “muito bom” a “muito ruim”, cujo escore varia de 1 a 4. (17).

Análise Estatística

Os dados foram apresentados em uma tabela de frequência absoluta e relativa para avaliar a associação entre o desfecho e a principal exposição. Análises de regressão múltipla foi realizada com modelo logístico ordinal de acordo com Hosmer e Lemeshow (2000). O teste Brant foi utilizado para avaliar o pressuposto de proporcionalidade da razão de chances no nível de significância de 1%. Quando esse pressuposto foi violado, utilizou-se modelo de proporcionalidade parcial. Em nenhum modelo, a variável de estresse no trabalho violou esse pressuposto.

As análises foram feitas para os conjunto de variáveis do modelo proposto na Figura 1. O primeiro bloco contém variáveis demográficas consideradas potenciais fatores de confusão (idade, sexo, renda e escolaridade). O segundo bloco contém variáveis consideradas como mediadores distais entre o estress no trabalho e autopercepção de saúde bucal: fumo e autopercepção de saúde. O terceiro bloco contém variáveis consideradas como mediadores proximais, inclui: perda de dente, visita ao dentista e dor de dente. No modelo final, foram mantidas apenas as variáveis que alcançaram o nível de significância de 20% nos blocos (modelos) prévios. A variável de exposição esteve presente em todos os modelos.

O ajuste dos modelos foi avaliado por meio de dois parâmetros principais:

critérios de Informação Baysan e pseudo-R². Todas as análises foram realizadas usando Stata 11.1.

RESULTADOS

Dentre os 3.253 funcionários técnico-administrativo que participaram das duas fases, 2770 foram incluídos na análise final (15.1% de perdas). Desses, 44% pertenciam ao sexo masculino e a média geral de idade ficou em 42,5 anos. Em relação à condição sócio-econômica constatou-se uma média de R\$ 1.316,29 por pessoa e 22,2% dos funcionários tinham o nível universitário completo ou mais. Um pouco mais da metade dos indivíduos 50,2% relataram ter perdido um ou poucos dentes, 97% não apresentaram dor nas últimas duas semanas e 45,1% classificam como boa sua saúde bucal. No que diz respeito ao estresse no trabalho 40,5% possuem alto controle e baixa demanda sobre o trabalho.

A distribuição dos funcionários segundo as categorias de estresse no trabalho mostra uma significativa associação (Qui-quadrado $p < 0.01$). No grupo de alta exigência de trabalho 11.7% dos indivíduos classificou sua autopercepção de saúde como muito boa e 2% como muito ruim, comparado com o grupo de baixa exigência em que 18.4% dos indivíduos classificaram sua autopercepção de saúde bucal como muito boa e 0.6% como muito ruim (Tabela 1).

Na análise de regressão logística ordinal, comparado aos com baixa exigência no trabalho, os funcionários com trabalho passivo e alta exigência no trabalho tiveram respectivamente 1.31 (IC95%: 1.12-1.54) 1.68 (IC95%: 1.38-2.03) vezes mais chance de piorar de categoria de autopercepção de saúde bucal. À medida que se ajustou para cada um dos blocos de variáveis, sejam confundimento ou mediadores, a magnitude da associação reduziu, porém manteve-se

estatisticamente significativa (Tabela 2). No modelo final o estresse no trabalho não se manteve significativamente associado à autopercepção de saúde bucal (Tabela 2).

As variáveis que mantiveram-se associadas ao desfecho no modelo final foram as seguintes: autopercepção de saúde geral, perda dentária, visita ao dentista e dor de dente. O estresse no trabalho não se manteve significativamente associado autopercepção de saúde bucal após o ajuste final (tabela 2).

DISCUSSÃO

Nesse estudo, observou-se que indivíduos com alta demanda de trabalho e baixo controle sobre esse possuem 1,67 (IC95% 1,38-2,03) vezes mais chances de ter uma autopercepção de saúde bucal pior do que indivíduos com baixa demanda e alto controle. Essa associação foi reduzida para 1,19 (IC95% 0,91-1.49) após controle por três blocos de variáveis: sociodemográficas, comportamentais e de saúde bucal. Todos os blocos de variáveis contribuíram de forma similar para a redução da magnitude de efeito do estresse no trabalho. A associação entre estresse no trabalho e saúde bucal autoreferida é também confirmada por Söderfeldt et al.(13). Naquele estudo, usando alguns domínios da Escala de estresse no trabalho de Karasek, os autores encontraram que os indivíduos com maiores níveis de estresse no trabalho e relatavam pior autopercepção de saúde bucal.

É possível que, no presente estudo, as variáveis tabagismo, autopercepção de saúde geral, uso de serviços odontológicos e perda dentária tenham mediado a relação entre estresse no trabalho e a autopercepção de saúde bucal. O estresse no trabalho está associado a comportamentos não saudáveis como tabagismo e baixa frequência de escovação dentária. O estresse tem efeito negativo gerando

angústia e sofrimento quando os indivíduos não possuem recursos adequados ou suficientes para lidar com ele. Nessa circunstância, sua capacidade de adotar comportamentos saudáveis fica enfraquecida. Pelo menos um estudo conhecido relatou que trabalhadores com menos flexibilidade no trabalho apresentaram frequência de escovação dentária mais baixa do que os com maior flexibilidade no trabalho (4). Fumo e escovação deficiente são fatores de risco para doença periodontal, juntos, podem favorecer o aumento de risco à perda dentária (18). Estudos têm evidenciado que a perda dentária tem sido uma das mais influentes variáveis na explicação da autopercepção de saúde bucal (17, 19).

A relação entre estresse no trabalho e autopercepção de saúde geral foi explorada em outros estudos (14, 20). Autores que utilizaram alguns domínios da escala de estresse no trabalho encontraram associação consistente entre controle sobre o trabalho e autopercepção de saúde (14, 20). Já em outra pesquisa, quem teve alta demanda psicológica teve pior autopercepção de saúde (20).

A realização de estudos como o presente é importante porque explora indicadores individuais e subjetivos que medem saúde e devem ser considerados no diagnóstico das condições de saúde, pois não se baseia apenas no julgamento profissional, que é uma medida limitada e insuficiente.

O presente trabalho apresenta limitações. Primeiramente, há perdas por não resposta (15,1%), todavia, não acreditamos que tenha comprometido os resultados. Outra limitação é que, por ter um delineamento transversal, exposição e desfecho são coletados ao mesmo tempo, impedindo o estabelecimento de relação temporal. Entretanto, esta pesquisa apresenta pontos fortes como realização da adaptação transcultural do instrumento que mede o estresse no trabalho e a avaliação de suas propriedades psicométricas (11, 15, 21-23). Da mesma forma, existe confiabilidade

(teste-reteste) na coleta de dados do desfecho (22).

Por fim, pesquisas com metodologias de maior poder de estabelecer relação causal devem ser consideradas dando mais consistência aos resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

- 1.SH Stansfeld, J.; Marmot, M.. Work related factors and ill health. The whitehail study. *Health & Safety Executive* 2000.
- 2.PL Kivimaki M.; Leino-Arjas, R.; Riihimaki, H.; Vahtera, J.; Kirjonen, J.. Work stress and risk of cardiovascular morbidity: Prospective cohort study of industrial employees. . *BMJ* 2002; 19 october: p.325-857.
- 3.TG Pickering. The effects of environmental and lifestyle factors on blood pressure and the intermediary role of the sympathetic nervous system. *Journal of Human Hypertension* 1997; v. 11: S9-S18.
- 4.C Abegg, W Marcenes, R Croucher and A Sheiham. The relationship between tooth cleaning behaviour and flexibility of working time schedule. *J Clin Periodontol* 1999;26: 448-52.
- 5.KA Matthews, LC Gallo and SE Taylor. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Ann N Y Acad Sci*;1186: 146-73.
- 6.SRCF Silva, R.A.C. . Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. . *Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos* 2001;35: 349-55.
- 7.T Breivik, PS Thrane, R Murison and P Gjermo. Emotional stress effects on immunity, gingivitis and periodontitis. *Eur J Oral Sci* 1996;104: 327-34.
- 8.A Aurer, J Aurer-Kozelj, A Stavljenic-Rukavina, S Kalenic, M Ivic-Kardum and V Haban. Inflammatory mediators in saliva of patients with rapidly progressive periodontitis during war stress induced incidence increase. *Coll Antropol* 1999;23: 117-24.
- 9.RJ Genco, AW Ho, SG Grossi, RG Dunford and LA Tedesco. Relationship of stress, distress and inadequate coping behaviors to periodontal disease. *J Periodontol* 1999;70: 711-23.
- 10.RA Karasek. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. . *Adm Sci Q*, 1979;24: 285-307.
- 11.MG Alves, D Chor, E Faerstein, S Lopes Cde and GL Werneck. [short version of the "Job stress scale": A portuguese-language adaptation]. *Rev Saude Publica* 2004;38: 164-71.
- 12.WS Marcenes and A Sheiham. The relationship between work stress and oral health status. *Soc Sci Med* 1992;35: 1511-20.
- 13.M Soderfeldt, B Axtelius, B Soderfeldt and L Unell. Demand and control in human service work in relation to self-rated oral health. *Community Dent Health* 2002;19: 180-5.
- 14.V Borg and TS Kristensen. Social class and self-rated health: Can the

gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc Sci Med* 2000;51: 1019-30.

15. EC Faerstein, D.; Lopes, C.S.; Werneck, G.L. Estudo pró-saúde: Características gerais e aspectos metodológicos. . *Rev bras epidemiol* 2005;8: 454-66.

16. LE Macedo, D Chor, V Andreozzi, E Faerstein, GL Werneck and CS Lopes. [job stress and interruption of routine activities due to health problems, according to the pro-saude study]. *Cad Saude Publica* 2007;23: 2327-36.

17. G Afonso-Souza, P Nadanovsky, D Chor, E Faerstein, GL Werneck and CS Lopes. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in rio de janeiro: The pro-saude study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35: 393-400.

18. WM Thomson, R Poulton, BJ Milne, A Caspi, JR Broughton and KM Ayers. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32: 345-53.

19. MP Pattussi, MT Olinto, R Hardy and A Sheiham. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35: 377-86.

20. H Pikhart, M Bobak, J Siegrist, A Pajak, S Rywik, J Kyshegyi, et al. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *J Epidemiol Community Health* 2001;55: 624-30.

22. EL Faerstein, C.S; Valente, K.; Sole-Plá, M.A. Pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível: A experiência do estudo pró-saúde uerj. *Rev Saude Coletiva* 1999;9: 117-30.

24. G Afonso-Souza, P Nadanovsky, GL Werneck, E Faerstein, D Chor and CS Lopes. [test-retest reliability of self-perceived oral health in an adult population in rio de janeiro, brazil]. *Cad Saude Publica* 2007;23: 1483-8.

25. YH Hokerberg, OB Aguiar, M Reichenheim, E Faerstein, JG Valente, J Fonseca Mde, et al. Dimensional structure of the demand control support questionnaire: A brazilian context. *Int Arch Occup Environ Health*;83: 407-16.

Tabelas:

Tabela 1: Distribuição dos funcionários segundo as categorias de auto percepção de saúde bucal e categoria de estresse da escala de Karasek.

		Auto-percepção de saúde bucal					Total	p-valor	
		Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim			
Estresse no Trabalho	Alto controle baxia demanda	n	223	568	347	66	7	1,211	<0,001
		%	18.41	46.9	28.6	5.4	0.6	100	
	Baixo controle e baixa demanda	n	148	373	287	73	13	894	
		%	16.5	41.7	32.1	8.2	1.4	100	
	Alto controle e alta demanda	n	158	438	266	57	3	922	
		%	17.1	47.5	28.9	6.2	0.3	100	
	Baixo Controle Alta demanda	n	59	212	171	50	10	502	
		%	11.7	42.2	34.0	10.0	2.0	100	
Total		n	588	1,591	1071	246	33	3529	
		%	16.7	45.1	30.3	7.0	0.9	100	

Tabela 2: Razões de chance e intervalos de confiança de 95% (IC95%) dos modelos de regressão logística ordinal de estresse no trabalho (pelas categorias baixa exigência, trabalho passivo e alta exigência) e auto percepção de saúde bucal.

	Estresse no trabalho			
	Razão de Chance (CI 95%)			
	Baixa Exigência	Trabalho Passivo	Trabalho ativo	Alta Exigência
Modelo Bruto	1	1.31 (1.12-1.54)	1.05 (0.90.-1.23)	1.68 (1.38-2.03)
Modelo 1: Sócio-demográficas	1	1.15 (0.98-1.36)	1.14 (0.96-1.34)	1.39 (1.13-1.71)
Model 2: Percep e comport	1	1.23 (1.04-1.45)	1.00 (0.85.-1.19)	1.38 (1.13-1.71)
Model 3: Proximais	1	1.19 (1.00-1.42)	1.06 (0.89-1.26)	1.59 (1.29-1.96)
Modelo cheio	1	1.09 (0.91-1.31)	1.06 (0.89-1.28)	1.19 (0.95-1.49)

Tabela 3: Razão de chances e intervalos de confiança de 95% (IC95%) de ter uma pior autopercepção de saúde bucal para as variáveis retidas do modelo final de regressão logística ordinal.

	Autopercepção de saúde bucal (Modelo Final Cheio)	
	Odds ratio	IC95%
Estresse no Trabalho	Alto controle baxia demanda	1
	Baixo controle e Baixa demanda	1.09 (0,91-1,31)
	Alto controle e Alta demanda	1.06 (0,88-1,28)
	Baixo Controle Alta demanda	1.19 (0,95-1,49)
Perda Dental	Nenhum	1
	Um Ou Poucos	2.39 (1,96-2,91)
	Vários	6.49 (4,97-8,49)
	Quase Todos/Todos	4.48 (3,09-6,49)
Visita ao dentista	1 vez ao ano	1
	+2-2 anos ou nunca	1.64 (1,37-1,98)
	Quando tem problema	2.66 (2,23-3,15)
Escolaridade	Universitário completo ou +	1
	Ensino Médio completo	1.22 (1,02-1,46)
	Ens Médio Incompleto	1.18 (0,93-1,51)
Dor de dente na últimas 2 semanas	não	1
	sim	2.22 (1,44-3,43)
Idade		*0,99 (0,98-1,00)
Fumo	Nunca	1
	Ex-fumante	1.14 (0,95-1,37)
	Fumante	1.51 (1,26-1,82)
Auto-percepção de saúde geral	Muito Bom	1
	Bom	2.50 (2,10-2,96)
	Regular	4.92 (3,90-6,20)
	Ruim	4.94 (2,74-8,92)
Renda domiciliar equivalizada (R\$)	Salários Mínimos	**0,95 (0,94-0,97)

*OR referente ao aumento de um ano de idade.

**OR referente ao acréscimo de um salário mínimo equivalente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, 40,5% da população possui um alto controle e baixa demanda sobre o trabalho. Essa população diferencia-se da população no geral, pela sua condição socioeconômica. Em populações cujos níveis socioeconômicos são mais baixos, com instabilidade no emprego, ou mesmo ao desemprego e, por conseguinte, mais sujeitas a eventos da vida estressantes, esses eventos tenderiam a assumir importância ainda maior e tendendo a uma pior autopercepção de saúde bucal.

À medida que se ajustou para as variáveis proximais que, de acordo com o estudo modelo teórico conceitual, são: frequência de visita ao dentista, perda de dentes e dor de dentes nas últimas duas semanas, observou-se uma redução na razão de chance do desfecho, perdendo significância estatística. A autopercepção de saúde bucal nesta população foi explicada pela autopercepção de saúde geral, perda dentária e frequência de visita ao dentista, confirmando resultados encontrados em estudos anteriores (ROSENBERG et al., 1988, DOLAN, 1991, CHEN e HUNTER 1996, ATCHISON e GIFT, 1997, MATOS e LIMA-COSTA 2006, AFONSO-SOUZA et al. 2007, PATTUSSI et al., 2007).

É possível que, neste estudo, as variáveis tabagismo, uso de serviços odontológicos e perda dentária tenha mediado a relação entre estresse no trabalho e autopercepção de saúde bucal. Sua presença no modelo diminuiu a magnitude da relação entre estresse no trabalho e o desfecho. Entretanto, análises complementares são necessárias para confirmar esta hipótese e, ao mesmo tempo, esclarecer quais as variáveis que atuaram como confundidoras. Outro aspecto a ser considerado é a presença no modelo autopercepção de saúde geral, que, por estar associada à saúde bucal, poderia estar mediando a relação entre o estresse no trabalho e o desfecho do estudo.

Salienta-se a importância da realização de estudos com outras populações e outro delineamento que possam auxiliar na explicação da relação do estresse no trabalho com autopercepção de saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ABEGG, C.; MARCENES, W.; CROUCHER, R.; SHEIHAM, A. The relationship between tooth cleaning behaviours and flexibility of working time schedule. **J Clin Periodontol**, v. 26, p. 448-52, 1999.
- AFONSO-SOUZA, G.; NADANOVSKY, P.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; LOPES, C.S. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: the Pró-Saúde Study. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, p. 393-00, 2007.
- AFONSO-SOUZA, G.; NADANOVSKY, P.; WERNECK, G.L.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D.; LOPES, C.S. Confiabilidade teste-reteste do item único de saúde bucal percebida. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1483-88, 2007.
- ALEXANDRE, G.C.; NADANOVSKY, P.; LOPES, C.; FAERSTEIN, E. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1073-8, 2006.
- ALVES, M.G.M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E., LOPES, C.S.; WERNECK, G.L. Versão resumida da "Job stress scale" adaptação para o português. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164-71, 2004.
- ANDERSEN, R.M.; DAVIDSON, P.L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Adv Dent Res**, v. 11, n. 2, p. 203-9, 1997.
- ARAÚJO, T.M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C.O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v. 37, p. 424-33, 2003.
- ATCHISON, K.A.; MATTHIAS, R.E.; DOLAN, T.A.; LUBBEN, J.E.; DE JONG, F.; MAYERS-OAKES, S.A. Comparison of oral health rating by dentists and dentate elders. **J Public Health Dent**, v. 53, p. 223-30, 1993.
- ATCHISON, K.A.; GIFT H. C. Perceived oral health in a diverse sample. **Adv Dent Res**, v. 11, n. 2, p. 272-80, 1997.
- BORG, V.; KRISTENSEN, T.S.; BURR, H. Work environment and changes in self-rated health: A five year follow-up study. **Stress Med**, v. 16, p. 37-47, 2000
- BROADHEAD, W.E.; BLAZER, D.G.; GEORGE, L.K.; TSE, C. K. Depression, disability days, and lost from work in a prospective epidemiologic survey. **JAMA**, n. 264, p. 2524-8, 1990.
- CHARMANDARI, E. et al. Endocrinology of the stress response. **Annual Review of Physiology**, Palo Alto, v. 67, p. 259-84, 2005.

CHEN, M.S.; HUNTER, P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. **Soc Sci Med**, v. 43, p. 1213–22, 1996.

CHENG, Y.; KAWACHI, I.; COAKLEY, E.H.; SCWARTZ, J.; COLDITZ, G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. **BMJ**, n. 320, p. 1432-6, 2000.

COHEN, L.K.; JAGO, J.D. Toward the formulation of sociodental indicators. **Int J Health Serv**, v. 6, p. 681-98, 1976.

Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Estresse>>. Acesso em: 22 nov. 2010.
DOLAN, T.A.; GOOCH, B.F.; BOURQUE, L.B.. Association of self reported dental health and general health measures in the rand health insurance experimente. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 19, p. 1-8, 1991.

FAERSTEIN, E.; CHOR, D.; LOPES, C.S.; WERNECK, G.L.. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Rev. bras. epidemiol.** v. 8, n. 4, p. 454-66, 2005.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. p.1499, 1975.

GIFT, H.C.; ATCHISON, K.A.; DRURY, T.F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. **J Dent Res**, v. 77, n. 7, p. 1529-38, 1998.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S: **Applied logistic regression**, ed 2nd. New York, Wiley, 2000.

HÖKERBERG, Y.H.M. et al. Dimensional structure of the demand control support questionnaire: a Brazilian context. **Int Arch Occup Environ Health**, v. 83, p. 407-16, 2010.

IBRAIN, A.S.; SCOTT, F.E.; COLE, D.C.; SHANNON, H.S.; EYLES, J. Women's work, health and quality of life. **New York: The Haworth Press Incorporation**, p. 105-24, 2001.

JUUL, S. Take good care of your data. In: (Ed.): University of Aarhus., 2004.
Disponível em: <<http://www.epidata.dk/downloads/takecare.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2010.

KARASEK, R.A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Adm Sci Q**, v. 24, p. 285-307, 1979.

KIVIMAKI, M.; LEINO-ARJAS, P.; LUUKKONEN, R.; RIIHIMAKI, H.; VAHTERA, J.; KIRJONEN, J. Work stress and risk of cardiovascular morbidity: prospective cohort study of industrial employees. **BMJ**, p. 325-857, 19 october 2002.

KUPER, H.; MARMOT, M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the whitehall II study. **J Epidemiol Community Health**, n. 57, p. 147-53, 2003.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. **J Dent Res**, v. 74, p. 1408-13, 1995.

LIMA, EDRP; CARVALHO, DV. Estresse ocupacional. **Rev Nursing**, v. 22, p. 30-4, 2000.

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

LOCKER, D.; CLARKE, M.; PAYNE, B. Self –perceived oral health status, psychological well-being and life satisfaction in an older adult population. **J Dent Res**. v. 79, n. 4, p. 970-75. 2000.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; PAYNE, B. Life circumstances, life styles and oral health among older Canadians. **Community Dent Health**, v. 14, n. 4, p. 214-20, 1997.

MACEDO, L.E.T.; CHOR, D; ANDREOZZI, V.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; LOPES, C.S. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2327-36, out. 2007.

MARCENES, W.S.; SHEIHAM, A. The relationship between work stress and oral health status. **Soc. Sci. Med**, v. 35, n. 12, p. 1511-20, 1992.

MARTINS, A.B. **Resiliência e Autopercepção de Saúde Bucal**: considerações de uma análise hierárquica. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

MATOS, D.L.; LIMA-COSTA, M.F. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na região sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil 2003. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1699-1707, 2006.

MATTHEWS, K. A. et al. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1186, p. 146-73, 2010.

MATTHIAS, R.E.; ATCHISON, K.A.; LUBBEN, J.E.; DE JONG, F.; SCHWEITZER, S.O. Factors affecting self-ratings of oral health. **J Public Health Dent**, v. 55, n. 4, p. 197-204, 1995.

NUNES, C.I.P.; ABEGG, C. Factors associated with oral health perception in older basilian. **Gerontology**, v. 25, p. 42-8, 2008.

OSTBERG, A.L.; HALLING, A.; LINDBLAD, U. A gender perspective of self-perceived oral health in adolescents: associations with attitudes and behaviours. **Community Dent Health**, v. 18, p. 110-6, 2001.

PATTUSSI, M.P. et al. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, p. 377-86, 2007.

- PATTUSSI, M.P.; PERES, K.G.; BOING, A.F.; PERES, M.A.; DIAS DA COSTA, J.S. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. **Community Dent Oral Epidemiol**, p. 1-12, 2010.
- PETER, R.; SIEGRIST, J. Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: general or specific sociological explanations? **Soc Sci Med**, n. 45, p. 1111-20, 1997.
- PICKERING, T. G. The effects of environmental and lifestyle factors on blood pressure and the intermediary role of the sympathetic nervous system. **Journal of Human Hypertension**, Houndmills, v. 11, p. S9-S18, 1997. Suplemento.
- PIKHART, H. et al. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. **J Epidemiol Community Health**, v. 55, p. 624-30, 2001.
- POSIÇÃO ocupada pelos 100 maiores municípios em relação ao Produto Interno Bruto. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)** (16 de dezembro de 2008). Página visitada em 5 de julho de 2010.
- PRODUTO Interno Bruto dos Municípios 2003-2007. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (16 de dezembro de 2009)**. Página visitada em 05 de julho de 2010.
- RANKING decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000). Página visitada em 5 de julho de 2010.
- ROSENBERG, D.; KAPLAN, S.; SENIE, R.; BADNER, V. Relationships among dental functional status, clinical dental measures, and generic health measures. **J Dent Educ**, v. 52, p. 653-7, 1988.
- SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 349-55, 2001.
- SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Health**, v. 11, p. 3-11, 1994.
- SÖDERFELDT, M. et al. Demand and control in human service work in relation to self-rated oral health. **Community Dent Health**, v. 19, p. 180-5, 2002.
- SPENCER, A.J.; LEWIS, J.M.. The delivery of dental services: information, issues and directions. **Community Health Stud**, v. 12, p. 16-30, 1988.
- STANSFELD, S.; HEAD, J.; MARMOT, M. Work related factors and ill health. The **Whitehall Study**. **Health & Safety Executive 2000**. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/2000/crr00266.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

APÊNDICE A – Tabelas Adicionais

Tabela 1: Tabela descritiva da distribuição do desfecho em relação às variáveis explicativas

		Auto-percepção de saúde bucal					Total	p-valor
		Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim		
Total	n	588	1.591	1.071	246	33	3.529	
	%	16,66	45,1	30,4	6,97	0,94	100	
Estresse no Trabalho	n	298	814	505	101	9	1.727	<0,001
	%	17,26	47,13	29,24	5,85	0,52	100	
	n	180	505	377	98	16	1.176	
	%	15,31	42,94	32,06	8,33	1,36	100	
	n	83	192	108	22	1	406	
	%	20,4	47,3	26,6	5,4	0,3	100	
Auto-percepção de saúde geral	n	27	80	81	25	7	220	<0,001
	%	12,3	36,4	36,8	11,4	3,2	100	
	n	330	443	184	30	3	990	
	%	33,33	44,75	18,59	3,03	0,3	100	
	n	214	919	591	105	12	1.841	
	%	11,62	49,92	32,1	5,7	0,65	100	
Sexo	n	40	209	268	98	16	631	0,005
	%	6,34	33,12	42,47	15,53	2,54	100	
	n	3	18	25	13	2	61	
	%	4,92	29,51	40,98	21,31	3,28	100	
	n	233	700	473	133	15	1.554	
	%	14,99	45,05	30,44	8,56	0,97	100	
Educação	n	355	891	598	113	18	1.975	<0,001
	%	17,97	45,11	30,28	5,72	0,91	100	
	n	359	750	301	61	2	1.473	
	%	24,37	50,92	20,43	4,14	0,14	100	
	n	151	555	397	97	14	1.214	
	%	12,44	45,72	32,7	7,99	1,15	100	
Fumo	n	69	254	346	83	17	769	<0,001
	%	8,97	33,03	44,99	10,79	2,21	100	
	n	388	937	521	93	15	1.954	
	%	19,86	47,95	26,66	4,76	0,77	100	
	n	105	314	236	60	5	720	
	%	14,58	43,61	32,78	8,33	0,69	100	
Frequência de visita ao dentista	n	78	291	270	86	12	737	<0,001
	%	10,58	39,48	36,64	11,67	1,63	100	
	n	314	686	313	38	2	1.353	
	%	23,21	50,7	23,13	2,81	0,15	100	
	n	117	352	217	42	5	733	
	%	15,96	48,02	29,6	5,73	0,68	100	
Perda de dentes	n	101	400	431	139	20	1.091	<0,001
	%	9,26	36,66	39,51	12,74	1,83	100	
	n	236	341	100	9	1	687	<0,001
	%	34,35	49,64	14,56	1,31	0,15	100	
	n	238	828	479	79	3	1.627	

Fonte: Própria da autora

Tabela 2: Análise bruta da relação das variáveis de estudo pelas categorias auto percepção de saúde bucal.

		Odds bruto				p-valor
		0x (1+2+3+4)	(0+1)vs(2+3+4)	(0+1+2)vs(3+4)	(0+1+2+3)vs(4)	
Total						
Estresse no Trabalho	Alto controle baxia demanda	1	Idem	Idem	Idem	
	Baixo controle e baixa demanda	1,28				0,00
	Alto controle e alta demanda	0,85				0,11
	Baixo Controle Alta demanda	1,91				0,00
Auto-percepção de saúde geral	Muito Bom	1	1	1	1	
	Bom	*3,70	*2,34	*1,84	*1,59	
	Regular	*5,93	*5,93	*5,93	*5,93	
	Ruim	7,89	*7,89	*7,89	*7,89	
Sexo	Masculino	1	Idem	Idem	Idem	
	Feminino	1,20				0,00
Educação	Universitário completo	1	Idem	Idem	Idem	
	Ensino Médio completo	2,21				0,00
	Ensino Médio completo	3,90				0,00
Fumo	Nunca	1	Idem	Idem	Idem	
	Ex-fumante	1,51				0,00
	Fumante	2,16				0,00
Frequencia de visita ao dentista	1 vez ao ano	1	Idem	Idem	Idem	
	+2-2 anos ou nunca	1,60				0,00
	Quando tem problema	3,41				0,00
Perda de dentes	Nenhum	1	1	1	1	
	Um ou poucos	*3,05	*2,76	*3,59	1,27	
	Vários	*8,53	*8,72	*14,68	*18,08	
	Quase todos/Todos	*4,86	*7,72	*15,15	*24,90	
Dor de dente nas ultimas 2 semanas	Não	1	Idem	Idem	Idem	
	Sim	3,73				0,00
Apoio Social		1	Idem	Idem	Idem	
		1,08				0,26
Renda		1	1	1	1	
		0,91	0,87	0,86	0,83	0,00
Idade		1	Idem	Idem	Idem	
		1,04				0,00
Cor/Raça	Branco	1	Idem	Idem	Idem	
	Pardo	1,73				0,00
	Negro/Preto	1,96				0,00
	Outros	3,26				0,01

* $p \leq 0,01$ e as células nas quais o valor mudou de uma categoria para outra e não possuem

*é porque o $p > 0,05$.

Fonte: Própria da autora

Tabela 3: Análise ajustada para variáveis Sócio-demográficas: idade, sexo, renda, escolaridade e cor da pele

		* Modelo 3 - Vars sociodemográfico: (idade, sexo, renda, escolaridade e cor da pele)				P-valor
		0x (1+2+3+0+1)vs(2+3+4)	(0+1+2)vs(3+4)	(0+1+2+3)vs(4)		
Estresse no Trabalho	Alto controle baxia demanda	1	Idem	Idem	Idem	
	Baixo controle e Baixa demanda	1,12				0,16
	Alto controle e Alta demanda	0,89				0,35
	Baixo Controle Alta demanda	1,63				0,00
Sexo	Masculino	1	1	1	1	
	Feminino	1,14	0,96	1,30	0,87	>0,05
Escolaridade	Universitário completo ou +	1	Idem	Idem	Idem	
	Ensino Médio completo	1,51				-
	Ens Médio Incompleto	1,71				-
Idade		1,03	Idem	Idem	Idem	
		1	Idem	Idem	Idem	
Cor/raça	Branco	1	Idem	Idem	Idem	
	Pardo	1,18				0,05
	Negro/Preto	1,25				0,02
	Outros	2,61				0,49
Renda em R\$		1	1	1	1	
		0,94	0,90	0,89	0,83	$\leq 0,01$

As células com – tem $p < 0,001$

Fonte: Própria da autora

Tabela 4: Análise ajustada para as variáveis de percepção e comportamento: fumo, apoio social, estresse e percepção de saúde

* Modelo 2 - Vars percepção e comportamentos: fumo, apoio social, estresse e percepção de saúde					
		Ox (1+2+3+0+1)vs(2+3+4)	(0+1+2)vs(3+4)	(0+1+2+3)vs(4)	P-valor
Estresse no Trabalho	Alto controle baxia demanda	1	Idem	Idem	
	Baixo controle e Baixa demanda	1,18			0,02
	Alto controle e Alta demanda	0,77			0,02
	Baixo Controle Alta demanda	1,47			0,01
Apoio Social		0,95	Idem	Idem	0,49
Fumo	Nunca	1	Idem	Idem	
	Ex-fumante	1,46			0,00
	Fumante	2,00			0,00
Auto-percepção de saúde geral	Muito Bom	1	1	1	1
	Bom	*3,69	*2,14	*1,97	1,89
	Regular	*7,02	*5,01	*5,80	*6,84
	Ruim	*8,19	*5,97	*8,30	*10,61

*p≤0,01

Fonte: Própria da autora

Tabela 5: Análise ajustada para as varáveis proximais perda dental, visita ao dentista e dor de dente

Modelo 1 - Vars Proximais: perda dental, visita ao dentista e dor de dente						
		Ox (1+2+3+4)	(0+1)vs(2+3+4)	(0+1+2)vs(3+4)	(0+1+2+3)vs(4)	P-valor
Estresse no Trabalho	Alto controle baxia demanda	1	Idem	Idem	Idem	
	Baixo controle e baixa demanda	1,19				0,03
	Alto controle e alta demanda	0,91				0,42
	Baixo Controle Alta demanda	1,83				0,00
Frequencia de visita ao dentista	1 vez ao ano	1,00	Idem	Idem	Idem	
	+2-2 anos ou nunca	1,74				0,00
	Quando tem problema	2,91				0,00
Perda de dentes	Nenhum	1,00	Idem	Idem	Idem	
	Um ou poucos	2,91				0,00
	Vários	8,47				0,00
	Quase todos/Todos	6,99				0,00
Dor de dente nas ultimas 2 semanas	Não	1,00	Idem	Idem	Idem	
	Sim	2,73				0,00

Fonte: Própria da autora

Tabela 6: Razões de chance dos modelos de regressão de estresse no trabalho (pelas categorias baixa exigência, trabalho passivo e alta exigência) e autopercepção de saúde bucal

	Estresse no trabalho Razão de Chance (CI 95%)		
	Baixa Exigência	Trabalho Passivo	Alta Exigência
Modelo Bruto	1.00	1.31 (1.12-1.54)	1.67 (1.38-2.03)
Modelo 1: Sócio-demográficas	1.00	1.19 (1.00-1.42)	1.44 (1.16-1.79)
Model 2: Percep e comport	1.00	1.23 (1.04-1.45)	1.39 (1.13-1.71)
Model 3: Proximais	1.00	1.19 (1.00-1.42)	1.59 (1.28-1.96)
Modelo cheio	1.00	1.09 (0.91-1.31)	1.19 (0.95-1.49)

Fonte: Própria da autora

ANEXO A – Censo Saúde UERJ/1999- Questionário Parcial

C15. Agora, temos algumas perguntas sobre características de seu trabalho na UERJ.

a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

c) Seu trabalho exige demais de você?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

e) O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas através de seu trabalho?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

1 Freqüentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho na UERJ.

l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais do que discordo 3 Discordo mais do que concordo 4 Discordo totalmente

G1. Qual é o seu grau de instrução?

- 1 1º grau incompleto
 2 1º grau completo
 3 2º grau incompleto
 4 2º grau completo
 5 Universitário incompleto
 6 Universitário completo
 7 Pós-graduação

G2. Qual a sua formação profissional? _____**G3. NO MÊS PASSADO, qual foi aproximadamente sua renda familiar LÍQUIDA, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?**

- 1 Até 500 reais
 2 Entre 501 e 1.000 reais
 3 Entre 1.001 reais e 1.500 reais
 4 Entre 1.501 e 2.000 reais
 5 Entre 2.001 e 2.500 reais
 6 Entre 2.501 e 3.000 reais
 7 Entre 3.001 e 4.000 reais
 8 Entre 4.001 e 5.000 reais
 9 Mais de 5.000 reais

G4. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário.

|_|_| pessoas

G5. Qual é o seu sexo?

- 1 Masculino
 2 Feminino

G6. Qual é a sua data de nascimento?

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
 dia mês ano

Frequência de visita ao dentista

Em geral, com que frequência você vai ao dentista para uma revisão de rotina?

- 1- Nunca fui ao dentista
 - 2- Não costumo fazer revisão de rotina, só vou ao dentista quando tenho um problema
 - 3- Menos freqüente que de 2 em 2 anos
 - 4- De 2 em 2 anos
 - 5- Pelo menos 1 vez ao ano
-

Perda dentária

Com o tempo, muitas pessoas perdem alguns ou mesmo todos os dentes. Qual das opções abaixo melhor corresponde ao número de dentes que você perdeu?

- 1- não perdi nenhum dente
 - 2- perdi um ou poucos dentes
 - 3- perdi vários dentes
 - 4- perdi quase todos ou todos os dentes
-

Dor de dente

Nas últimas duas semanas, você ficou impedido (a) de realizar alguma de suas tarefas habituais (trabalho, estudo ou lazer) por ter tido algum dos tipos de DOR de dente?

- Sim Não

Autopercepção de saúde bucal

De um modo geral, como você considera o seu estado de saúde bucal (dentes e gengiva) ?

- 1- Muito bom
- 2- Bom
- 3- Regular
- 4- Ruim
- 5- Muito Ruim

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Rio de Janeiro, 10 de maio de 1999

Do : Comitê de Ética em Pesquisa
Prof.: Prof. Wille Oigman
Para: Prof. Eduardo Faerstein

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto "CENSO SAÚDE UERJ 99" dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 251 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 07 de agosto de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento pós-informado.

O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Wille Oigman', is written over the typed name.

Prof. Wille Oigman
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa