

YARA JANAINA VIANA LIMA LIDO

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PRESTADA POR EMPRESAS DA REGIÃO
METROPOLITANA DE CAMPINAS**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre junto ao curso de pós-graduação em odontologia em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional).

Orientadora: Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz

Piracicaba
2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecário: Sueli Ferreira Julio de Oliveira – CRB-8ª. / 2380

L619a	Lido, Yara Janaina Viana Lima. Análise da assistência odontológica prestada por empresas da região metropolitana de Campinas. / Yara Janaina Viana Lima Lido. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2008. Orientador: Dagmar de Paula Queluz Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Saúde pública. 2. Saúde bucal. 3. Assistência odontológica. I. Queluz, Dagmar de Paula. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título. (sfjo/fop)
-------	--

Título em Inglês: Analysis of dental care provided by companies in the metropolitan region of Campinas

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Public health. 2. Oral health. 3. Dental care

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia

Banca Examinadora: Dagmar de Paula Queluz, Arsênio Sales Peres, Satoshi Kitamura

Data da Defesa: 23-07-2008

Programa de Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO PROFISSIONALIZANTE, em sessão pública realizada em 23 de Julho de 2008, considerou a candidata YARA JANAINA VIANA LIMA LIDO aprovada.

A handwritten signature in purple ink, appearing to be "Dagmar de Paula Queluz", written over a horizontal line.

PROFa. DRa. DAGMAR DE PAULA QUELUZ

A handwritten signature in purple ink, appearing to be "Arsenio Sales Peres", written over a horizontal line.

PROF. DR. ARSENIO SALES PERES

A handwritten signature in purple ink, appearing to be "Satoshi Kitamura", written over a horizontal line.

PROF. DR. SATOSHI KITAMURA

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmãs, pela educação e incentivo em todas as etapas da minha vida, e pelo amor incondicional a mim dedicado.

Ao meu marido, Alessandro, pelo amor, carinho, apoio, companheirismo em todas as etapas deste trabalho

Ao prof. Dr. Antônio Carlos Pereira pela oportunidade de fazer este curso, pelas sugestões pertinentes e pelo exemplo de dedicação à carreira acadêmica.

À profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz, por sua orientação valiosa, seu apoio e incentivo na realização deste trabalho.

Aos funcionários do departamento de Odontologia Social pelo convívio e disponibilidade.

Aos colegas do curso de “mestrado profissional em saúde coletiva” pelo companheirismo, em especial Ana Cláudia e Ana Paula pelo apoio, amizade e suporte emocional durante todo esse período.

RESUMO

Dados obtidos do levantamento SB Brasil 2000 mostram alta prevalência de problemas bucais dos brasileiros, com idade entre 35 e 44 anos, como CPOD (Índice de dentes cariados, perdidos e obturados) 20,13 e necessidade de prótese em 70,99% dos indivíduos pesquisados, faixa etária que se encontra em plena atividade produtiva. Diante desta constatação, propôs-se a analisar a existência e o tipo de assistência odontológica prestada por empresas da região metropolitana de Campinas, já que com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e diminuir o absenteísmo, muitas empresas têm serviços de odontologia assistencial, contratados ou conveniados para o seu atendimento clínico assim como de seus dependentes. Foi enviado questionário por correio eletrônico a 115 empresas de médio e grande porte cadastradas no CIESP (Centro das Indústrias do Estado de São Paulo) e apenas 35 responderam. De acordo com a classificação do CIESP, empresas médias são aquelas que possuem de 100 a 499 funcionários e grande quando tem mais de 500 funcionários. Os resultados demonstraram que 27 (77%) empresas oferecem o serviço de odontologia assistencial aos seus trabalhadores como benefício, sendo que a maioria contrata serviços de terceiros. A cooperativa odontológica foi a modalidade de prestadora de assistência odontológica contratada por 16 (67%) empresas. Foi identificada em apenas uma empresa a integração do cirurgião-dentista à equipe do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho). Das empresas pesquisadas, 13 (37%) relataram realizar algum tipo de atividade preventiva odontológica, sendo as palestras proferidas durante a SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho) a atividade mais prevalente (77%). Conclui-se que a assistência odontológica para os funcionários é uma realidade nas empresas de médio e grande porte. No Brasil, esse benefício não é obrigatório, ficando a cargo de a empresa decidir por sua implantação ou não. Embora fiquem claros os benefícios que a implantação dos serviços de odontologia pode trazer para os trabalhadores, faltam dados mais tangíveis e atualizados acerca da saúde bucal do trabalhador. Seriam necessárias mais pesquisas para sanar essa lacuna.

Palavras chave: assistência odontológica, saúde bucal, saúde pública

ABSTRACT

Data obtained from the “SB Brasil 2000” shows a high prevalence of dental problems in the 35-44 age range, such as “DMFT 20.13” and the necessity of prosthesis was determined in 70.99% of the individuals researched, in an age range which is normally considered to enjoy frank and active production levels. Given this finding, it was suggested to examine the existence e type of dental care provided by companies in the metropolitan region on Campinas. In order to improve the quality of life of workers and reduce absenteeism, many businesses have dental care services, contracted or convened to your clinical care as well as their dependents. Questionnaire was sent by electronic mail to 115 companies of medium and large registered in CIESP (Centre of Industries of the State of Sao Paulo) and only 35 responded. According to the classification of CIESP, medium company are those that have from 100 to 499 employees and has great when more than 500 employees. The results showed that 27 (77%) companies offer the service of dental care to their workers as a benefit, and that most hires services of others. The cooperative was the type of dental provider of dental care contracted by 16 (67%) companies. Has been identified in only one company the integration of the dentist of the team SESMT (Service Specializes in Safety and work Medicine). Of the companies surveyed, 13 (37%) reported conducting some type of activity preventive dental, and the speeches given during the SIPAT (work accident prevention week) activity more prevalent (77%). It is concluded that the dental assistance for workers is a reality in companies of medium and large. In Brazil, this benefit is not mandatory, leaving it to the company decide on its implementation or not. Although the benefits are clear that the deployment of dental services can bring to workers, there are more tangible and updated data on the oral health of the worker. More searches would be necessary to remedy this shortcoming

Key words: Dental care, oral health, public health

Lista de abreviaturas e siglas

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CIESP	Centro das Indústrias do Estado de São Paulo
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CPOD	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
DIR	Diretoria Regional de Saúde
GOHAI	General Oral Health Assessment Index
IPC	Índice Periodontal Comunitário
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
PL	Projeto de Lei
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SESC	Serviço Social do Comércio
SESMT	Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho
SESI	Serviço Social da Indústria
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

SUMÁRIO

1 – Introdução	1
2 – Revisão da Literatura	10
3 – Objetivos	15
4 – Material e Métodos	16
5 – Resultados	19
6 – Discussão	25
7 – Conclusão	31
Referências	32
Anexos	39

1 - INTRODUÇÃO

O conceito de saúde bucal vem passando por muitas transformações nas últimas décadas, que dividiram e nortearam a própria prática odontológica. Do início do século XX até a década de 60, a odontologia limitava-se ao alívio das dores por meio de extrações dentárias. Na década seguinte, destacou-se a odontologia curativa, na qual ter saúde bucal era o dente estar restaurado. Atualmente, atentando para os aspectos biológicos das doenças bucais, motiva-se o indivíduo para que cuide da boca, investindo na prevenção. As concepções de saúde bucal modificaram-se, mas é certo que não há qualidade de vida quando a saúde bucal está comprometida (Narvai, 1994).

Com a globalização da economia ocorreu um aumento da competitividade mundial na área de produtos e serviços. Isso gerou a necessidade de as empresas nacionais aumentarem sua produtividade e a qualidade de seus produtos e serviços, a fim de diminuir os custos operacionais e não perderem mercado. Para obter esse êxito e sobreviver, os administradores estão dando maior importância aos recursos humanos como sendo o bem mais importante da empresa, ou seja, o homem como peça fundamental do sistema de produção. Os empresários partidários dessa idéia implementam medidas que beneficiam as condições do sistema de produção, adaptando-o para facilitar a produtividade e a satisfação dos trabalhadores. A ergonomia, os programas de qualidade total, de qualidade de vida no trabalho, as ações do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho), e a promoção de benefícios assistenciais, como, por exemplo, o atendimento odontológico aos funcionários, são alguns dos meios utilizados pelas empresas para conseguir melhores condições de competitividade da empresa no mercado globalizado.

A portaria n.º 3.214, de 8 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho e Emprego, aprovou as normas regulamentadoras (NR) relativas à segurança e medicina do trabalho (Ministério do Trabalho e Emprego, 1978). Nesta portaria, a NR-4 trata do SESMT ou Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, e estabelece o tipo e o número de profissionais especializados que deverão compor a equipe, classificando as empresas de acordo com o número de funcionários e o grau de risco ocupacional que oferecem. O SESMT é composto por engenheiro de

segurança do trabalho, técnico de segurança do trabalho, médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, auxiliar de enfermagem do trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador, no local de trabalho. Nesta composição não consta, porém, o cirurgião dentista

A qualidade de vida no trabalho é o reflexo da união de vários fatores, em que a saúde do trabalhador é um deles. Dentro das ações de saúde do trabalhador, a promoção de saúde nas empresas é um aspecto que tem tido grande ênfase nos últimos anos (Queluz, 2005). São exemplos dessas ações a implantação de exercícios físicos, além de outros benefícios variados, como a odontologia assistencial, que tem como objetivo o bem-estar do trabalhador, que, quanto mais satisfeito e saudável, se torna mais produtivo e eficiente.

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e diminuir o absenteísmo, muitas empresas oferecem o benefício da odontologia assistencial, por serviços contratados ou conveniados para atendimento clínico do trabalhador e de seus dependentes. No entanto, procedimentos curativo-restauradores tornaram-se uma situação corriqueira da participação do cirurgião-dentista na saúde do trabalhador. Há que se considerar, ainda, o desconhecimento das condições de saúde bucal por parte dos trabalhadores, a falta de interesse e conhecimento dos profissionais de saúde no que se refere ao estudo e interpretação dos problemas da saúde bucal e a ausência de uma política de saúde do trabalhador firme e eficaz (Mello, 2006). O absenteísmo é definido como a ausência do trabalhador no trabalho, naquelas ocasiões em que seria de esperar a sua presença, por razões de ordem médica ou outras (Midorikawa, 2000). Há dois tipos de absenteísmo: o absenteísmo tipo I, que é a falta pura e simples do empregado ao trabalho, que leva à perda de produção das horas não trabalhadas, e é o mais fácil de ser mensurado e ter o seu custo calculado. Já o absenteísmo tipo II (de corpo presente) é aquele que ocorre quando o trabalhador está com algum problema de saúde que não permite um melhor desempenho e, embora ele não falte ao trabalho, diminui a sua produtividade e pode causar acidentes de trabalho. As doenças bucais como cárie e doença periodontal, podem provocar tanto o absenteísmo tipo I como o tipo II.

Estudos comprovam que a cárie e outras complicações bucais são responsáveis por 20% da falta dos funcionários aos seus postos de trabalho e pela queda nos níveis de

produção. Os problemas de saúde bucal podem gerar agravos sistêmicos no organismo, como infecções generalizadas (Ferreira, 1995).

A assistência odontológica pode ser de autogestão ou terceirizada, por meio de empresas de odontologia de grupo ou cooperativas como um diferencial a ser oferecido aos seus funcionários, para atendimento curativo e sem nenhum vínculo com o SESMT. A principal vantagem da terceirização é permitir que a empresa concentre maior energia na sua atividade principal, sem se preocupar com pessoal ou equipamentos. O problema é que, muitas vezes, os prestadores de serviço terceirizado não conhecem a realidade da saúde dos trabalhadores, nem os riscos ocupacionais da empresa para a qual trabalham. Mas, qualquer que seja a opção da empresa, os benefícios relatados vão desde a redução do absenteísmo, melhoria das condições de saúde e trabalho, aumento da satisfação e conseqüentemente da produtividade, até a mudança da percepção da empresa por parte do empregado. Outra vantagem adicional é que o benefício é dedutível do imposto de renda (Ferreira, 1995).

Segundo Pinto (2000), as principais formas de organização da oferta de serviços odontológicos para os trabalhadores formais no Brasil são: serviços próprios (autogestão) instalados nas empresas, serviços contratados externamente, serviços proporcionados por algumas instituições como o SESI, SESC ou sindicato dos trabalhadores ou ainda reembolso por tratamento realizado.

O setor de planos privados de assistência à saúde envolve cerca de 44,7 milhões de vínculos de beneficiários, dos quais aproximadamente 82,7% são planos de assistência médica (com ou sem odontologia) e 16,9% são planos exclusivamente odontológicos, vinculados a cerca de 2 mil empresas operadoras e milhares de prestadores de serviços organizados em estabelecimentos – hospitais, laboratórios, clínicas e consultórios – e profissionais de saúde - médicos, odontólogos, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde (ANS/MS, 2007).

As operadoras são classificadas, conforme seu estatuto jurídico nas seguintes modalidades (ANS/MS, 2007):

*Autogestão: entidades que operam serviços de assistência à saúde destinados exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas

ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe profissionais ou assemelhados e seus dependentes;

- * Cooperativas médicas: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971;

- * Cooperativas odontológicas: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente planos odontológicos. Modalidade na qual os profissionais são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, recebem pagamento de forma proporcional à produção individual e também participam do rateio do lucro final obtido pelas unidades municipais, chamadas singulares;

- * Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos órgãos dos governos estaduais e municipais;

- * Administradoras: empresas que administram planos de assistência à saúde financiados por outra operadora, não assumem o risco decorrente da operação desses planos, não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não possuem beneficiários;

- * Seguradoras especializadas em saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades;

- * Medicina de grupo: demais empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde;

- * Odontologia de grupo: constituído por operadoras que administram planos de saúde odontológicos para empresas, indivíduos ou famílias, oferecendo uma variedade de tipos de planos. São predominantemente contratadoras de serviços, sendo que a estrutura de atendimento pode compor-se de serviços próprios e credenciados, combinando ou não as duas formas de oferta.

O crescimento do número de vínculos de beneficiários nos últimos anos tem superado o da população brasileira, refletindo no crescimento da taxa de cobertura, que passou de 20,8%, em 2000, para 23,9%, em 2006. Boa parte desse crescimento se deve aos planos exclusivamente odontológicos, que passaram de 2,8 milhões de vínculos, em 2000, para 7,8 milhões de vínculos em dezembro de 2006. Desses planos exclusivamente odontológicos, a maioria trata-se de planos coletivos (83,4%), seguidos dos individuais (11,6%) e dos não-identificados (5,1%). Os planos coletivos são aqueles contratos assinados entre uma pessoa jurídica e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde da massa de empregados/funcionários, ativos/inativos, ou de sindicalizados/associados da pessoa jurídica contratante e planos individuais ou familiares são aqueles contratos assinados entre um indivíduo e uma operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular (individual) ou do titular e seus dependentes. Segundo a ANS, os maiores beneficiários dos planos odontológicos são pessoas na faixa etária de 19 a 59 anos (72,6%) (ANS/MS 2007).

Segundo a modalidade de operadora de planos exclusivamente odontológicos, 62,1% correspondem às empresas de odontologia de grupo, 21,3% às cooperativas odontológicas, 8% às empresas de medicina de grupo, 7,3% às seguradoras especializadas em saúde, 0,6% às empresas de autogestão patrocinada, 0,5% às cooperativas médicas, 0,1% às empresas de autogestão não patrocinada e 0,1% às empresas de filantropia (ANS/MS, 2007).

A pesquisa realizada pela UNIDAS (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde) em 2006 contemplou 20 empresas de autogestão, através de questionário estruturado e demonstrou que 35% ofertam planos odontológicos (Unidas, 2006).

No entanto, poucas empresas têm na equipe de saúde ocupacional o dentista do trabalho, especialidade regulamentada em 2001. A odontologia do trabalho tem por objetivo a busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador (CFO, 2006).

Um dos princípios fundamentais para que o ideal da saúde do trabalhador seja alcançado é a integração do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador

(Midorikawa, 2000). A PL nº 3520/2004 (Brasil, 2004) se aprovada, tornará obrigatório a integração deste profissional ao SESMT. A odontologia do trabalho não significa ônus aos empresários, visto que seu foco não é o assistencialismo, mas ações preventivas, além dos exames tradicionais para que o empregado seja admitido e para o seu desligamento da empresa. Há outro projeto em tramitação no Congresso, o projeto de lei nº. 422/07, que tornaria obrigatórios exames bucais ocupacionais nas empresas (Brasil, 2007). Qualquer problema de origem oral pode provocar desconforto físico, emocional, prejuízos consideráveis à saúde geral, além de diminuir a produtividade do trabalhador.

Segundo Garrafa (1986), na odontologia do trabalho, três aspectos essenciais devem ser analisados: o desconhecimento da problemática odontológica por parte das classes trabalhadoras, a falta de interesse dos profissionais de saúde no estudo dos problemas bucais que afetam os trabalhadores e a necessidade de uma legislação que regulamente a aplicação da odontologia do trabalho nas empresas.

No Brasil, os estudos epidemiológicos em saúde bucal enfocam particularmente grupos de escolares e pré-escolares, considerados prioritários em programas odontológicos, carecendo de informações sobre a saúde bucal dos trabalhadores.

Uma revisão sobre a efetividade dos programas preventivos realizados no local de trabalho demonstrou ser o método mais simples e eficiente para alcançar resultados expressivos em educação em saúde. No entanto, poucos programas de promoção de saúde oferecidos pelas empresas abordam a saúde bucal (Schou, 1989).

O serviço de odontologia de uma empresa também deve considerar que os trabalhadores estão expostos a riscos físicos, químicos e biológicos em sua atividade profissional, que podem causar lesões na cavidade bucal. Uma recente mudança na legislação da Dinamarca permitiu a indenização por doenças orais causadas pelo ambiente do trabalho. Essa mudança se baseou no estudo realizado por Peterson em 1989, que demonstrou uma maior ocorrência de lesões orais em confeitores.

Na Alemanha também foi estabelecido onexo causal entre exposição ocupacional e doença bucal pela legislação trabalhista, segundo a qual a ocorrência de cárie na superfície vestibular dos dentes dos padeiros e confeitores é caracterizada como uma doença do trabalho (Tomita, 1999). No entanto, no Brasil, há uma falta de dados precisos

sobre a influência do meio ambiente laboral na saúde dos trabalhadores. Há uma carência muito grande de estudos que apontem a associação entre exposições ocupacionais e incidência de agravos à saúde bucal.

Apesar do quadro de saúde bucal dos trabalhadores brasileiros ter melhorado nos últimos anos, a situação continua muito ruim. Como agravante, a distribuição dos empregos no país se dá, predominantemente, em empresas de pequeno porte que, na maior parte dos casos, possuem recursos econômicos escassos. As micro e pequenas empresas do setor da indústria no Brasil representam quase 98% do universo de empresas do setor e ocupam, praticamente, 50% do pessoal empregado. Observamos uma grande quantidade de trabalhadores distribuídos por milhares de empresas que, em número expressivo, possuem recursos limitados, dificultando a iniciativa em saúde. Isso sem considerar o trabalho informal que, como é de domínio comum, faz parte da realidade do brasileiro (SEBRAE, 2007).

A presença do cirurgião-dentista guarda relação direta com o tamanho e o poder econômico da empresa, sendo que, muitas vezes, as organizações pequenas, por causa dos recursos limitados que possuem, acabam trabalhando com equipamentos e processos antiquados, potencialmente mais poluidores e nocivos à saúde. São justamente esses empreendimentos de médio e pequeno porte os que deveriam observar as questões de saúde com mais cuidado. A realidade mostra outra situação e, na maior parte dos casos, apenas as empresas de grande porte dedicam algum tipo de atenção à saúde bucal de seus empregados (Pizzatto, 2002).

A implantação de serviços odontológicos para os trabalhadores é extremamente importante, de acordo com Pinto (2000), pois essa parcela da população apresenta alta incidência de doenças bucais, higiene deficiente, além de dificuldades de acesso ao tratamento odontológico devido ao tempo escasso e aos baixos salários que a impedem de procurar serviços particulares de odontologia.

No período de 2002 a 2003, o SESI (Serviço Social da Indústria) realizou levantamento epidemiológico em 8.204 trabalhadores das indústrias de transformação e construção civil em 10 estados brasileiros (SESI, 2003). Essa população em estudo foi estratificada por grupo etário e faixa de renda. Foram avaliados vários índices como: CPO-

D (Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), IPC (Índice Periodontal Comunitário), Índice de Inserção Clínica, Condição e Necessidade de Prótese Dental, condição da mucosa bucal, Índice de Determinação de Saúde Bucal Geral (GOHAI) e frequência ao dentista. Foi encontrado um índice CPO-D alto (15,19), apenas 35% das pessoas tinham o periodonto saudável; quanto à necessidade de próteses, 27% precisavam de prótese superior e 43% necessitavam de prótese inferior. Esse estudo concluiu, portanto, que as ações na área da saúde bucal do trabalhador só receberão a devida atenção de todas as empresas quando a legislação trabalhista e os órgãos responsáveis pela saúde e segurança no trabalho incluírem a saúde bucal nos programas de saúde do trabalhador. Por enquanto, nesse sentido, a inexistência de uma legislação não fomenta os investimentos empresariais nessa área.

Um artigo publicado em 2005, com 219 trabalhadores da construção civil do interior de São Paulo, encontrou um CPO-D médio de 16,9 que aumentava com faixa etária. Também demonstrou a diferença de CPO-D entre funcionários do setor administrativo (15,6) e os operários (21,7), encontrando aumento do índice no grupo de menor instrução (Tomita et al., 2005).

Dados obtidos do levantamento SB Brasil 2000 mostram alta prevalência de problemas bucais na faixa etária que se encontra em plena atividade produtiva, entre 35 a 44 anos, como CPO-D de 20,13 e necessidade de prótese de 70,99% dos indivíduos pesquisados.

O direito à saúde bucal não é exigido pela maioria da população brasileira, porque a prioridade nos serviços públicos é para crianças em idade escolar e regularmente matriculadas na rede pública de ensino. Dessa forma, apenas uma pequena parcela da população tem acesso ao tratamento odontológico e, assim, diante desse quadro, crescem os planos de saúde bucal privados para atenderem a demanda emergente de tratamentos, com necessidades acumuladas ao longo dos anos, já que a manutenção da saúde bucal não consegue ser efetivada pelo governo.

A saúde bucal dos trabalhadores no Brasil está em situação muito grave, guardando relação íntima com a saúde bucal da população em geral. O que torna a situação mais preocupante é o desconhecimento, por falta de dados precisos, da influência do meio

ambiente laboral sobre a saúde dos trabalhadores. Há em nosso país uma carência muito grande de estudos que apontem a associação entre exposições ocupacionais e incidência de agravos à saúde bucal (Mello, 2006).

Diante disso, este trabalho se propõe a buscar informações sobre a assistência odontológica prestada por empresas da região metropolitana de Campinas, para o seu devido conhecimento e dimensionamento nesta região que se insere numa área densamente povoada e com elevado nível de industrialização.

2 - REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - Riscos à saúde bucal dos trabalhadores

O estudo e o conhecimento das manifestações orais de origem ocupacional foram inicialmente relatados por Bernardino Ramazzini (1633-1714) conhecido como o pai da “medicina do trabalho”. Em 1690, ele relatou que pintores estavam morrendo de intoxicação com tintas luminosas ao utilizar seus lábios para molhar a ponta dos pincéis durante a pintura de mostradores de relógio (Schour e Sarnat, 1942).

Diversos autores, como Hesse em 1886, Kunert em 1901, Rose em 1917, Mussmacher em 1937 e por Lyons em 1941, relataram uma alta incidência de cáries em trabalhadores expostos à poeira de açúcar (Schour e Sarnat, 1942).

No Brasil, Nogueira, em 1972, dissertou sobre a saúde ocupacional e a odontologia, discorrendo sobre a importância do dentista na empresa, e relacionou as doenças bucais ocupacionais a diversos agentes: físicos, químicos, mecânicos e biológicos.

Ao examinar a cavidade oral de 222 trabalhadores expostos a vapores de mercúrio, Fahmy, em 1978, identificou que a intensidade e o período de exposição ao mercúrio associados à má higiene oral são os principais fatores relacionados às lesões encontradas.

Gordon et al., em 1979, explanaram sobre a importância do exame da cavidade oral nos trabalhadores expostos ao chumbo, pois foi possível detectar alterações orais precoces que podem ser sinais da intoxicação crônica pelo metal, principalmente nos expostos sem outras manifestações clínicas.

Foi observado um aumento da prevalência de cáries em trabalhadores de indústrias de doces de Israel, em comparação ao grupo controle que pertencia a outra atividade industrial. Os resultados indicam um Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) superior entre os trabalhadores com maior tempo de exposição na mesma atividade de trabalho, assim como foi encontrado um índice de CPO-D superior nos trabalhadores da linha de produção em comparação ao grupo que trabalhava fora da linha de produção de doces (Anaize, 1980).

No Brasil, Esteves, em 1982, informou sobre as manifestações bucais de origem ocupacional, dando ênfase à importância do exame da cavidade oral dos trabalhadores expostos a agentes químicos presentes em diversos ambientes de trabalho, a fim de detectar e prevenir as patologias bucodentárias decorrentes dessas exposições.

Ao avaliar o índice de abrasão dentária entre trabalhadores de uma indústria de granito na Dinamarca, Petersen encontrou essa lesão em 100% das pessoas examinadas, especialmente nos dentes anteriores. A severidade da abrasão aumentou de acordo com o tempo de exposição à poeira. O autor concluiu que a abrasão dental relacionada com a poeira no local de trabalho deve ser considerada uma doença ocupacional (Petersen e Henmar, 1988).

Tomita, em 1999, apresentou dados sobre a saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria alimentícia no centro-oeste paulista e, em uma comparação com o grupo controle que não foi exposto à farinha e açúcar, encontrou níveis mais elevados de doença periodontal no grupo controle, porém não de cárie.

Em pesquisa realizada em três indústrias de galvanoplastia da Grande São Paulo, Araújo concluiu que as condições de trabalho interferem na qualidade da saúde bucal dos trabalhadores. Esse estudo foi realizado em 149 trabalhadores e dividiu as empresas pesquisadas em três tipos:

- A. contam com todos os equipamentos de proteção coletiva e individuais;
- B. contam com alguns equipamentos de proteção coletiva e todos os de proteção individual;
- C. não contam com nenhum equipamento de proteção coletiva e alguns equipamentos de proteção individual. Ao final do estudo, verificou-se que existem variações significativas entre as indústrias quanto às alterações de mucosa dos trabalhadores, demonstrando a importância dos equipamentos de proteção coletiva e individual para a proteção da saúde bucal dos trabalhadores (Araújo e Marcucci, 2000).

Em revisão sistemática de literatura, foi encontrada uma associação positiva entre a exposição a névoas ácidas e a erosão dentária. Estudos sobre a associação entre névoas ácidas e doença periodontal ou lesões da mucosa bucal são mais recentes e raros, e os achados, controversos. As névoas ácidas estão presentes em inúmeros processos

industriais, como na extração, fabricação e acabamento de metais, na produção de fertilizantes e detergentes, na manufatura de baterias e em vários segmentos das indústrias químicas e petroquímicas. A autora conclui ressaltando a importância deste tema, devido ao grande número de trabalhadores potencialmente expostos, e a necessidade de incorporação de aspectos da saúde bucal no campo da saúde do trabalhador, a fim de que programas de prevenção efetivos possam ser implementados (Vianna e Santana 2001).

Ao investigar o papel dos fatores ocupacionais em distintos ramos de atividade e de ocupação exercida, na incidência do câncer da cavidade oral e orofaringe na região metropolitana de São Paulo, Andreotti e colaboradores, em 2006, identificaram que a ocupação como mecânico de veículos configura-se como situação de risco para câncer da cavidade oral e orofaringe, independentemente da idade e do consumo de tabaco e álcool. Os riscos elevaram-se nas exposições prolongadas.

2.2 - A odontologia nas empresas

O primeiro registro de cuidados de saúde bucal voltados aos trabalhadores se deu em 1887, na Great Western Railway Medical Fund Society, na Inglaterra (Feaver, 1988).

Poucos estudos abordam essa temática. Em 1989, Petersen realizou um estudo para avaliar a efetividade de um programa preventivo de saúde oral em trabalhadores de duas fábricas de chocolate na Dinamarca. O resultado mostrou uma melhora da saúde oral devido à redução do índice de placa, sangramento gengival, cálculo e do CPO-D.

Bondancia, em 1990, publicou uma revisão literária evidenciando a importância do exame clínico da cavidade oral dos trabalhadores para se diagnosticar manifestações orais relacionadas ao trabalho. Enfatizou a importância da integração do dentista ao serviço médico de uma empresa para o diagnóstico precoce e prevenção dessas doenças.

Em 1993, Westerman elaborou um programa de saúde oral para os trabalhadores da cidade de Brisbane, na Austrália, que incluía orientação de higiene, profilaxia regular e referência para cuidados curativos, e concluiu que tal programa dentro da empresa pode fomentar melhoria na saúde oral.

Ahlberg et al. (1996b) avaliaram o autocuidado e a frequência de visita ao dentista entre trabalhadores com benefícios fornecidos pela empresa e o grupo controle que não tinha esse benefício subsidiado, e demonstraram um impacto positivo dos serviços odontológicos oferecidos pelo empregador. Em outro estudo (Ahlberg et al., 1996a), também avaliaram a saúde periodontal entre trabalhadores da Finlândia com e sem acesso a tratamento odontológico subsidiado pela empresa e demonstraram um melhor índice periodontal naqueles que tinham o benefício.

Ao comparar trabalhadores com e sem assistência odontológica subsidiada pela empresa, Ahlberg avaliou as condições dentárias, contagem de *Streptococcus mutans* e fatores associados. O índice médio de cárie dentária mostrou-se significativamente inferior no grupo com assistência subsidiada. Foi encontrado também neste grupo um número inferior de *Streptococcus mutans* quando comparado ao grupo sem assistência subsidiada. Os autores finalizam reconhecendo a importância do atendimento odontológico subsidiado destinado à população adulta trabalhadora (Ahlberg et al., 1999).

Ao avaliar o impacto de um programa de promoção de saúde bucal em locais de trabalho, através dos custos com dentista e frequência de visitas, Ide concluiu que o programa foi eficiente para diminuir custos com cuidados dentais. Esse programa mostrou resultados significativos quando comparado ao grupo controle após 2 e 3 anos de implementação (Ide et al., 2001).

Em 2003, Morishita e colaboradores avaliaram a efetividade de programa de promoção de saúde em empresas e concluíram que o programa foi efetivo na manutenção da boa saúde oral entre os trabalhadores, diminuindo o CPO-D e melhorando a condição periodontal.

Foi demonstrado por Hanioka e colaboradores em 2004 que a orientação de escovação feita de forma sistemática no local de trabalho é mais eficiente para melhorar a saúde periodontal do que qualquer tipo de intervenção.

Ao analisar o custo-benefício de um programa de promoção de saúde bucal no local de trabalho, Ichihashi e colaboradores, em 2007 concluíram que esse programa com frequência de visitas médias (2 a 4 visitas ao ano) apresentou uma boa relação custo-

benefício para o empregador. Esse estudo foi realizado no Japão com 357 trabalhadores (de 20 a 59 anos de idade), no período de 1992 a 1997.

Trabalho semelhante foi realizado por Pizzatto, em 2002, na região de Araçatuba e Birigüi. Ao analisar a existência de assistência odontológica nessa região, em 47 empresas privadas, ele descobriu que 34,4% das empresas pesquisadas disponibilizavam algum tipo de assistência, a maioria terceirizada. Observou também o predomínio de atividades cirúrgico-restauradoras em detrimento das atividades de caráter coletivo.

Na região de Bauru (DIR X), Cunha, em 2005, realizou um estudo em 15 empresas de grande porte. Após aplicar questionário, observou que 12 (85,71%) forneciam assistência odontológica aos seus trabalhadores, sendo todos os benefícios terceirizados. Nenhuma das empresas pesquisadas realiza exame odontológico admissional, e os funcionários também não são chamados para a realização de exames periódicos.

Crosato (2006), por sua vez, pesquisou 15 empresas do estado de São Paulo e fez uma análise qualitativa e quantitativa. Observou que em 20% das empresas o dentista participa do SESMT e faz exames ocupacionais. Quanto à parte assistencial, 80% possuem algum tipo de convênio, sendo que 33% destas possuem atendimento localizado no espaço físico da empresa. Foi observado também que 60% das empresas pesquisadas fazem algum trabalho de promoção de saúde bucal.

Considerando o atual estágio de desenvolvimento científico e tecnológico do Brasil, é ainda incipiente o conhecimento sobre a assistência odontológica oferecida pelas indústrias aos seus trabalhadores, consequência do limitado estudo sobre esse assunto e da falta de uma legislação específica que regule a integração do dentista na equipe de saúde ocupacional, que por sua vez têm gerado impacto nas condições de saúde e qualidade de vida dos trabalhadores. Assim, a busca por informações sobre os programas de saúde bucal aplicados pelas empresas de Campinas é necessária para o devido conhecimento e o seu dimensionamento em nossa região, que se insere numa área densamente povoada e com elevado nível de industrialização.

3 – OBJETIVOS

Analisar a assistência odontológica prestada pelas indústrias da região metropolitana de Campinas aos trabalhadores, verificando:

- tipo de assistência;
- modalidade de prestadora de assistência odontológica;
- participação do dentista junto ao SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho), e se o mesmo realiza exames admissionais e periódicos;
- realização de programas de promoção de saúde bucal.

4 - MATERIAL E MÉTODOS

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP conforme resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, pelo processo nº. 170/2006 (Anexo 1), foram encaminhadas solicitações de autorização para a realização da pesquisa aos órgãos e pessoas competentes.

Esta pesquisa envolveu indústrias da região metropolitana de Campinas, de diversos setores. O cadastro contendo o nome de 480 empresas foi adquirido junto ao CIESP (Centro das Indústrias do Estado de São Paulo), mediante requisição e pagamento. Este cadastro não contempla todas as empresas sediadas na região metropolitana de Campinas, mas apenas aquelas que são sócias do CIESP por livre iniciativa. O CIESP classifica o porte das empresas de acordo com o número de funcionários, conforme o Quadro 1. Foram selecionadas todas as 115 empresas de médio e grande porte, pois em empresas com menos de 100 funcionários (pequena e microempresa), não é nem mesmo obrigatória a contratação de todos os funcionários do SESMT, o que dificultaria sobremaneira a resposta do questionário.

PORTE DA EMPRESA	Nº. DE FUNCIONÁRIOS	CADASTRO CIESP - CAMPINAS
MICRO	0-9	122
PEQUENA	10-99	233
MÉDIA	100-499	80
GRANDE	Acima de 500	35

Quadro 1 - Porte da empresa de acordo com critério do CIESP – 2007.

A região metropolitana de Campinas (Figura 1) é constituída de 19 municípios e é uma das mais dinâmicas no cenário econômico brasileiro. Representa 9,5% do PIB do estado de São Paulo (Produto Interno Bruto) e 4% do PIB brasileiro. Possui ainda um

parque industrial moderno e diversificado (Secretaria de Economia e Planejamento, São Paulo, 2007).



Figura 1 – Municípios que formam a região metropolitana de Campinas

Foi utilizado um questionário estruturado de múltipla escolha e de questões abertas (Anexo 2), enviado aos 115 participantes/empresas por e-mail.

Inicialmente, foi feito contato telefônico com as pessoas responsáveis pelo setor de benefícios em cada empresa — trabalhadores da área de recursos humanos ou médicos do trabalho — para se explicar a natureza e os objetivos do estudo, e feito o convite para participar da pesquisa, sendo de caráter voluntário a participação. Em seguida, foi enviado o questionário por e-mail. Após duas semanas sem resposta, foi enviada nova mensagem eletrônica cobrando a participação na pesquisa. Apesar do apoio do Grupo Ramazzini de médicos do trabalho de Campinas e do CIESP, apenas 35 (30,43%) das empresas optaram por responder o questionário. Dificuldade semelhante ocorreu com Midorikawa (2000), quando apenas 10,66% das empresas responderam ao questionário enviado.

Antes do trabalho de campo, visando maior segurança e credibilidade, foi realizado um pré-teste com cinco médicos do trabalho, que relataram não ter qualquer dúvida quanto ao entendimento do questionário.

Os dados foram coletados em planilhas do Excel e os cálculos foram efetuados utilizando o programa Biostat. Para melhor compreensão, os dados foram apresentados em gráficos e tabelas. A análise foi feita através de distribuição de frequência.

5 – RESULTADOS

Das 115 empresas de médio e grande porte catalogadas pelo CIESP para as quais foi enviado o questionário, 35 (30,43%) aceitaram participar da pesquisa, sendo 17 (48,57%) de grande porte e 18 (51,43%) de médio porte.

Em seguida foi verificada a qualificação das empresas em relação ao oferecimento de assistência odontológica, resultado apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Frequências e porcentagens de empresas que oferecem assistência odontológica de acordo com o porte.

Porte	Oferecimento de Assistência Odontológica		Total
	Sim	Não	
Grande	15 (88,24)	2 (11,76)	17 (48,57)
Médio	12 (66,67)	6 (33,33)	18 (51,43)
Total	27 (77,14)	8 (22,86)	35 (100,00)

Probabilidade da Tabela (P): 0,1073 valor-p: 0,2285 n: 35

Observa-se que 88,24% das empresas de grande porte oferecem assistência odontológica. Uma proporção não tão inferior, 66,67% das empresas de médio porte oferece este mesmo benefício.

O teste exato de Fisher não dá indícios da existência de associação entre o porte da empresa e oferecimento da assistência odontológica, com o nível de significância de 5% adotado para este estudo ($p > 0,05$).

Também se pesquisou sobre o tipo de assistência adotado pelas empresas e os resultados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Frequências e porcentagens dos tipos de gestão dos planos de assistência odontológica de acordo com o porte.

Porte	Tipo de gestão do plano		Total
	Autogestão	Plano terceirizado	
Grande	3 (20,00)	12 (80,00)	15 (55,56)
Médio	0 (0,00)	12 (100,00)	12 (44,44)
Total	3 (11,11)	24 (88,89)	27 (100,00)

Probabilidade da Tabela (P): 0,1556 valor-p: 0,2308 n: 27

Observa-se que enquanto 80,00% das empresas de grande porte oferecem assistência odontológica através de plano terceirizado, 100% das empresas de médio porte optaram pelo oferecimento deste tipo de solução. Nenhuma empresa de porte médio optou pela autogestão, o que ocorre em 20% das empresas de grande porte.

O teste exato de Fisher não oferece indícios de associação entre o porte da empresa e o modelo de gestão do serviço de assistência odontológica, mas a tabela dá indícios de que há maior chance de que as empresas de grande porte venham a adotar a autogestão.

Dentre aquelas empresas que optaram por planos terceirizados, houve um predomínio do contrato com cooperativas odontológicas (66,66%), seguido de empresas de odontologia de grupo (29,17%) e uma empresa (4,17%) não informou a sua opção.

Em seguida, optou-se por estudar os motivos destacados para a implantação dos benefícios associados ao oferecimento da assistência odontológica, o que é apresentado na Tabela 3

Tabela 3 - Frequências e porcentagens dos motivos para oferecimento e não oferecimento de assistência odontológica de acordo com o porte.

de assistência odontológica de acordo com o porte:			
Motivos	Grande	Porte Médio	Total
Para o oferecimento			
Acordo coletivo e melhoria da saúde	1 (5,88)	1 (5,88)	2 (5,88)
Benefício a mais	10 (58,82)	7 (41,18)	17 (50,00)
Melhoria da qualidade de vida	4 (23,53)	4 (23,53)	8 (23,53)
Para o não oferecimento			
Custos	2 (11,76)	5 (29,41)	7 (20,59)
Total	17 (50,00)	17 (50,00)	34 (100,00)
Probabilidade da Tabela (P): 0,0245 valor-p: 0,6999 n: 34			

O motivo mais recorrente dado como justificativa para o oferecimento de assistência odontológica foi a do oferecimento de um “Benefício a mais”, que congregou 50% das respostas no geral. Essa justificativa pode ser desmembrada em termos do porte das empresas de forma relativamente homogênea, uma vez que foi dada por 10 empresas de grande porte (58,82%) e por 7 empresas de médio porte (41,18%).

Tendo como justificativa a “Melhoria da qualidade de vida”, os resultados são rigorosamente similares, uma vez que esta resposta foi dada por 4 empresas de grande porte e 4 empresas de médio porte em um total de 8 respostas, o que corresponde a 23,53% das respostas.

Por fim, também em proporções iguais de uma empresa de cada porte, foi dada a resposta “Atendimento de acordo coletivo e melhoria da saúde” com um total de duas respostas (5,88%).

Os “custos da assistência” são a única resposta válida apontada para o não oferecimento do benefício, que ocorreu em 7 empresas ou 20,59% das respostas, havendo, neste caso, uma maior proporção dessa alternativa na resposta das empresas de porte médio com 5 casos ou 29,41% contra apenas duas empresas grandes que apontaram esta resposta (11,76%).

Em seguida, é apresentado na Tabela 4 o estudo do tempo de oferecimento da assistência odontológica aos funcionários das empresas estratificadas de acordo com o porte.

Tabela 4 - Frequências e porcentagens de oferecimento dos planos de assistência odontológica de acordo com o porte.

Tempo	Porte		Total
	Grande	Médio	
Até 1 ano	0 (0,00)	2 (20,00)	2 (9,09)
1 a 5 anos	2 (16,67)	4 (40,00)	6 (27,27)
5 a 10 anos	4 (33,33)	2 (20,00)	6 (27,27)
Mais que 10 anos	6 (50,00)	2 (20,00)	8 (36,36)
Total	12 (54,55)	10 (45,45)	22 (100,00)
Probabilidade da Tabela (P): 0,0097 valor-p: 0,2359 n: 22			
Qui-quadrado de Mantel e Haenszel: 4,0563 valor-p: 0,0440			

Estas proporções devem ser avaliadas com cautela uma vez que é possível a existência de um viés relacionado ao tempo de existência das empresas. É possível que as empresas de porte médio estejam estabelecidas há menos tempo e isso justifique o oferecimento desse benefício em épocas mais recentes, como se observa na Tabela 5. Tomando-se o cuidado de avaliar esta possibilidade, há indícios ($p < 0,05$) da existência de associação linear entre o porte da empresa e o tempo de oferecimento do benefício quando avaliado o teste de qui-quadrado de Mantel e Haenszel. Essa associação fica evidente quando se observa que 50% das empresas de grande porte oferecem o benefício há mais de 10 anos, havendo uma queda da proporção à medida que o tempo de oferecimento decresce. Por outro lado, quando se observa as empresas de médio porte, há uma distribuição mais uniforme, com máxima proporção (40%) oferecendo o benefício por um tempo entre 1 e 5 anos.

Quanto à extensão da assistência odontológica aos familiares, observa-se que a maior parte das empresas, 23 empresas (85%), estende o benefício aos dependentes, enquanto apenas 15% daquelas que oferecem o benefício o fazem exclusivamente aos funcionários.

A Figura 2 ilustra as formas de prestação dos serviços de assistência odontológica das empresas de grande porte e médio porte.

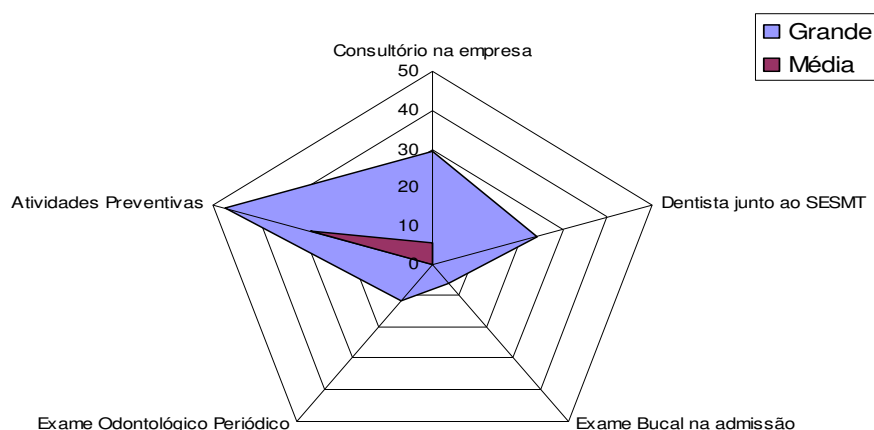


Figura 2 - Porcentagem das empresas de porte grande e médio que oferecem os diversos tipos de serviços odontológicos elencados na pesquisa.

Observa-se na Figura 2 que a proporção de empresas que oferecem os diferentes serviços é baixa, sobretudo quando avaliadas as empresas de porte médio. Embora ainda em frequência inferior a 50%, o serviço mais comumente prestado nos dois casos é o de campanhas preventivas através de palestras e folders, entre outros tipos de ferramentas de divulgação.

A existência de consultório na empresa é mais frequente nas empresas de grande porte, onde tal prática ocorre em 30% dos casos contra menos de 10% de ocorrência nas empresas de médio porte. A existência de dentista no SESMT, de exame bucal na admissão e exame odontológico periódico são práticas exclusivas das empresas de grande porte e ocorrem em menos de 30% delas.

Quanto ao modelo de gestão do serviço odontológico e os tipos de serviços prestados, os resultados são sintetizados na Figura 3.

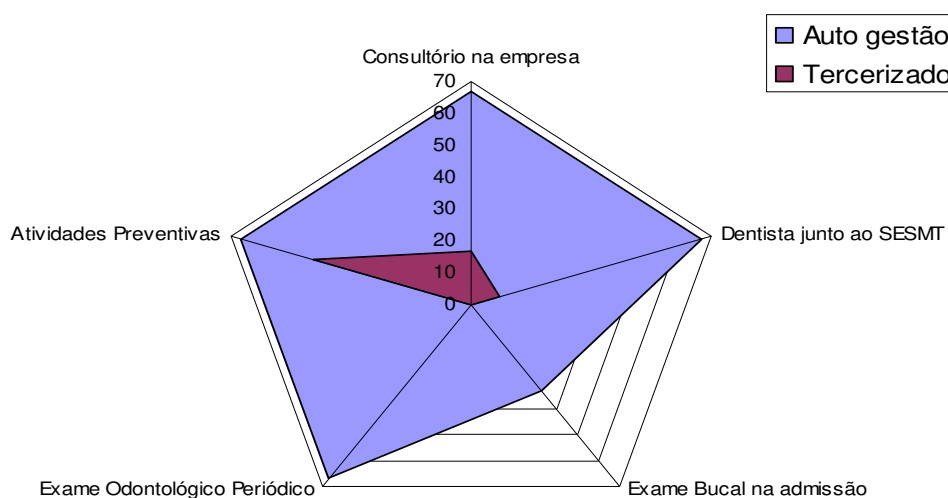


Figura 3 - Porcentagem das empresas de porte grande e médio que oferecem os diversos tipos de serviços odontológicos elencados na pesquisa.

O conjunto de serviços prestados é maior no modelo baseado na autogestão. Observa-se que, dentre os que optam por esse modelo, apenas o exame admissional não ocorre com porcentagem superior a 50%. Há que se considerar, todavia, o pequeno número de casos que optaram por essa forma de gestão, que totaliza apenas 3 empresas. Entretanto,

nesses três casos, a lista de serviços não deixa de ser maior do que a nos casos de gestão terceirizada.

Quanto à convocação para exames periódicos, apenas 2 empresas responderam que o fazem, caracterizando um predomínio da livre-demanda, e apenas 1 empresa realiza o exame odontológico no admissional, sendo estas empresas de autogestão.

A maioria das empresas ($n = 23/66\%$) considera a saúde bucal importante para o bom desempenho dos funcionários e também que deve facilitar o acesso do trabalhador aos serviços odontológicos; apenas 1 (3%) respondeu que não faz diferença para o bom desempenho do funcionário (Figura 3).

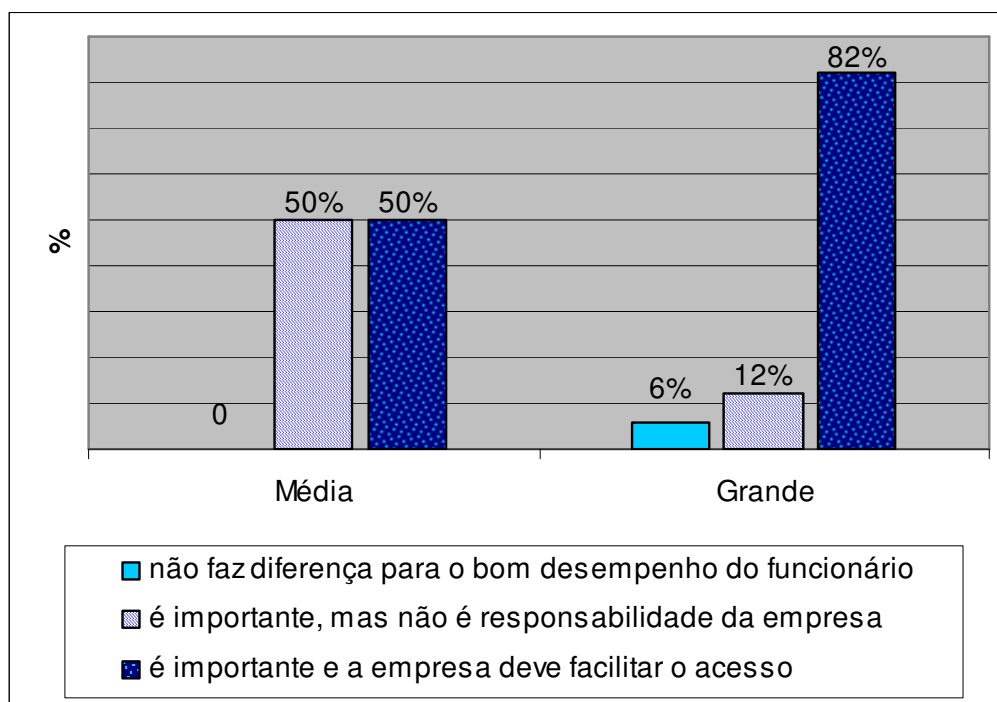


Figura 3 - Opinião das empresas da região de Campinas sobre a saúde bucal de seus funcionários.

6 - DISCUSSÃO

A política de benefícios das empresas prevê assistência à saúde, porém nem sempre inclui a saúde bucal. O empregador tende a assistir seus trabalhadores nesse sentido, como terceira prioridade, após transporte e assistência médica. Pesquisa realizada em dezembro de 2007 pela consultoria de Recursos Humanos Watson Wyatt, com 249 empresas de diversos segmentos, revela que a totalidade dos entrevistados oferece assistência médica, seguida por seguro de vida (95%), assistência odontológica (81%), previdência privada (71%), checkup periódico para executivos (64%), auxílio-farmácia (45%) e auxílio-óptica (15%) (SBC, 2008).

Normalmente, empresas de grande porte, que possuem uma estrutura organizacional mais desenvolvida, são as que fornecem maiores benefícios aos seus funcionários, dentre os quais serviços odontológicos (Pizzato, 2002). Por isso a escolha dessa categoria e da categoria médio porte para o estudo, pois este benefício não é obrigatório, ficando a cargo de a empresa decidir ou não sua implantação. Pizzato observou uma correlação positiva entre a disponibilização de serviços odontológicos e o porte das empresas pesquisadas ($p = 0,00256$); 72,73% das empresas de grande porte pesquisadas por ele disponibilizavam esses serviços a seus funcionários. Esse dado corroborado por Cunha em 2005, que encontrou assistência odontológica em 85,71% das empresas de grande porte de Bauru, é um índice semelhante ao encontrado neste estudo, onde 88,24% (Tabela 2) das empresas de grande porte da região metropolitana de Campinas oferecem algum benefício odontológico aos seus funcionários. Deve-se ressaltar a importância desse benefício ao trabalhador que se encontra na faixa etária de 19 a 59 anos, pouco assistida pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e que muitas vezes não possui renda financeira suficiente para custear um tratamento particular (Pinto, 2000).

É importante que o empresário seja sensibilizado por essa necessidade dos trabalhadores e do valor que lhes será agregado, pois a boca e os dentes, sob o ponto de vista empresarial, fazem parte do ativo intangível da empresa, já que a aparência e o bem-estar estão ligados à sua imagem (Robles, 2004). Cuidar do fator humano é investir no ativo intangível da empresa, que são os seus colaboradores. Contudo, são nas empresas

consideradas de pequeno porte e nas microempresas, que a grande massa da população economicamente ativa está inserida. Sete em cada 10 trabalhadores do estado de São Paulo estão vinculados a empresas deste porte (SEBRAE, 2007). Trabalhos realizados por Ahlberg e colaboradores em 1996 e 1999 demonstraram um impacto positivo na saúde bucal de trabalhadores com assistência odontológica subsidiada pela empresa quando comparado com aqueles que trabalhavam em empresas que não forneciam o benefício.

Dentre as empresas pesquisadas que fornecem benefício odontológico, observou-se um predomínio da terceirização (Tabela 3), sendo as cooperativas odontológicas e empresas de odontologia de grupo as operadoras mais prevalentes, dado corroborado por Ferreira em 1995. As prováveis causas da terceirização podem ser a falta de recursos econômicos, a dificuldade do gerenciamento desse serviço ou a necessidade de não desviar o foco das atividades da empresa (Mello, 2006). Segundo dados do SINOG (Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo) para reverter a situação dos péssimos índices de saúde bucal e minimizar custos assistenciais, as empresas de odontologia de grupo oferecem planos a custos mínimos, especialmente se comparados a outros benefícios, como o vale-transporte e o ticket-refeição, hoje presentes nas relações de trabalho da maioria das empresas. São planos isentos de carência para procedimentos básicos, nos contratos empresariais e já atendem 2 milhões de pessoas. Só no estado de São Paulo são 39 empresas de odontologia de grupo cadastradas (SINOG, 2008). Embora alguns autores como Medeiros e Bijela, 1971, defendam que a assistência odontológica seja preferencialmente oferecida na forma de autogestão e realizada dentro da empresa, apenas 11,11% das empresas fornecem o benefício por meio dessa modalidade de gestão, sendo que este trabalho demonstrou que há maior chance de que as empresas grandes adotem tal modalidade. A principal vantagem da terceirização é permitir que a empresa concentre maior energia na sua atividade principal e deixe que outros tipos de serviços, alheios à sua especialidade, sejam confiados a outros. No entanto, as prestadoras que assumem o serviço terceirizado não conhecem a realidade da empresa para a qual trabalham.

Ao fazer uma comparação, dentro de um mesmo plano de saúde odontológico, Costa Filho, em 2008, avaliou o impacto causado na assistência por duas formas de redução de custo, a renegociação de preços com uma prestadora que operava com rede credenciada

e a implantação de um serviço odontológico próprio com orientação de odontologia baseada em evidências e promoção de saúde. Foi encontrado que as duas estratégias adotadas conseguiram diminuir os custos da odontologia, enquanto a situação original consumia 14,6% dos recursos totais do plano de saúde, com a renegociação esse percentual baixou para 10,4% e com o serviço próprio (autogestão) chegou a 7,7% do total de recursos. Quanto aos procedimentos, a renegociação basicamente diminuiu o número de procedimentos sem alterar o perfil da assistência, enquanto o serviço próprio não reduziu a quantidade de serviços prestados, mas modificou o perfil assistencial com o aumento de procedimentos voltados a promoção de saúde bucal e diminuição de tratamentos cirúrgico-restauradores. Foi verificado, ainda, o aumento de satisfação do usuário. O autor conclui que a redução de custos conseguida pela autogestão se deu pelos seguintes motivos: remoção do componente de lucro da empresa anterior; diminuição na indução de demanda, pois os dentistas não são remunerados pela quantidade de serviço; mudança no perfil assistencial; e pela otimização de recursos através da implantação de condutas clínicas embasadas em evidência. A oferta dos serviços odontológicos no próprio local de trabalho traz como vantagens: facilidade de acesso por parte dos trabalhadores, diminuição do tempo que o trabalhador fica afastado da linha de produção, maior integração com os demais setores responsáveis pela saúde e segurança dos trabalhadores e maior conhecimento por parte do cirurgião dentista da rotina de trabalho e dos processos produtivos realizados pela empresa para, assim, elaborar um diagnóstico mais completo (Pizzatto, 2002).

Neste estudo foi verificado que apenas 17% das empresas pesquisadas possuíam consultório odontológico em suas dependências para atendimento do funcionário (Figura 3).

O benefício, quando oferecido, na maioria das vezes (85%) se estende aos funcionários e seus dependentes, e resultado semelhante foi verificado em outros estudos de Pizzatto, 2002, e Cunha, 2005.

Ao contrário da recomendação de vários autores (Guimarães e Rocha, 1979b; Araújo e Gonini Jr., 1999; Vianna e Santana, 2001), neste trabalho apenas 11% das empresas pesquisadas apresentavam integração dos profissionais da odontologia com o

SESMT. Um dos princípios fundamentais para que o ideal da saúde do trabalhador seja alcançado é a integração do dentista à equipe de saúde do trabalhador. A participação integrada com profissionais como psicólogos, engenheiros, fisioterapeutas, entre outros, possibilita o estudo, análise e solução dos problemas, contando com várias óticas diferentes, que atingem a saúde dos trabalhadores. A inserção do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador traz vários benefícios: para o trabalhador, para a empresa, para o país, e finalmente para a própria odontologia, abrindo um novo mercado de trabalho para o cirurgião-dentista (Midorikawa, 2000). Dentre os benefícios para o trabalhador, podem ser citados: eliminação de uma das principais causas de acidentes de trabalho, que é a dor; melhoria geral da saúde e diminuição da incidência de cáries e doenças periodontais.

Mesmo sendo importante como enfatizado por diversos autores (Medeiros, 1965; Bondancia, 1990; Midorikawa, 2000), o exame odontológico admissional foi realizado por apenas uma empresa pesquisada e apenas 2 convocam os trabalhadores para exames periódicos, sendo que essas empresas adotam o sistema de autogestão. O exame admissional é realizado antes que o trabalhador assuma as suas atividades e tem como objetivos proteger os futuros empregados de atividades para as quais não estejam fisicamente qualificados, detectar doenças em fase inicial e proteger os trabalhadores de doenças contagiosas (Mello, 2006). O empregador pode requerer que os problemas odontológicos mais graves sejam tratados antes da admissão do empregado ou, caso o empregado não tenha recursos, pode ser estabelecido um prazo limite para a realização do tratamento após a sua admissão (Mello, 2006). A contra-indicação permanente (inaptidão) só é indicada quando a função apresentar riscos de agravar a anormalidade diagnosticada pelo exame do candidato, quando este não aceitar as condições de tratamento ou quando não colaborar com as medidas de higiene para a recuperação da saúde. Exames admissionais e periódicos na verdade representam economia para a empresa, e não gastos. É um investimento com retorno garantido. Com a aprovação do projeto de lei nº. 422/2007, que está em tramitação no Congresso Nacional, esses exames odontológicos se tornariam obrigatórios e as empresas teriam o prazo de um ano para colocá-las em prática.

Apesar de vários autores (Petersen, 1989; Westerman, 1993; Ide et al., 2001; Morishita et al., 2003; Hanioka et al., 2004; Ichihashi et al., 2007) demonstrarem a

efetividade e boa relação custo-benefício de programas de prevenção e promoção de saúde bucal nas empresas, apenas 37% das empresas utilizam estes recursos, principalmente palestras durante a SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho), que ocorre apenas uma vez ao ano (NR5). Orientações sobre promoção de saúde bucal deveriam ser realizadas de forma mais organizada e sistemática, pois têm reflexos no núcleo familiar, uma vez que a maior parte dos funcionários atua como multiplicador das informações que recebe. A educação em saúde bucal no ambiente de trabalho deve estar embasada em: conhecer as reais necessidades educativas dos trabalhadores, estabelecer estratégias de ação e executá-las junto com os trabalhadores, avaliar o que foi realizado e manter, ao longo do tempo, os ganhos e o entusiasmo quanto à saúde bucal conquistados. O programa ideal é aquele que contempla o alcance de melhorias previstas, e deve trazer vantagens para a saúde dos trabalhadores e para a empresa. O diagnóstico das reais necessidades educativas deve ser feito em conjunto com trabalhadores, identificando quais informações são necessárias e importantes para o grupo, ou seja, o que se desconhece e o que deveria ser conhecido por todos ou pela maioria. Nesse processo, não se pode deixar de considerar os costumes, os valores, a condição socioeconômica, as crenças e as práticas de saúde adotadas. A seguir, devem-se planejar as estratégias de ação e métodos que serão utilizados no processo de educação, sempre junto com os trabalhadores. Deveriam ser realizadas ações como distribuição de kits contendo escova, pasta e fio dental, orientação de higiene sistemática e freqüente, disponibilidade de espelhos e fio dental no banheiro do refeitório etc. Estimativas mostram que, a cada real investido em prevenção, são economizados dezoito reais no futuro, e as empresas deveriam investir em odontologia preventiva e não curativa (Assada, 2000).

Embora fiquem claros os benefícios que a implantação dos serviços de odontologia pode trazer para os trabalhadores, organizações e sociedade em geral, faltam dados mais tangíveis e atualizados acerca da problemática da saúde bucal no trabalho. Programas de atenção à saúde bucal para essa população devem ser cada vez mais incentivados e desenvolvidos, tendo como base o conhecimento epidemiológico, uma vez que há muitos exemplos de programas implantados em empresas bem-sucedidos e capazes de promover a redução da incidência de doenças e a melhoria da qualidade de vida dos

trabalhadores. Deve-se também incentivar pesquisas sobre a satisfação do usuário e o impacto na saúde bucal causado por várias modalidades de assistência odontológica. Estes dados poderiam ser usados para conscientizar os empresários da importância da saúde bucal, dos seus benefícios e de como promovê-la em sua empresa.

7 - CONCLUSÃO

Concluimos que:

A assistência odontológica para os funcionários é uma realidade dentro das empresas de médio e grande porte cadastradas no CIESP, e é oferecida como benefício por 77% das empresas pesquisadas.

A terceirização da assistência odontológica foi a forma predominante, sendo a cooperativa odontológica a modalidade de prestadora mais prevalente.

Observou-se a não integração do cirurgião-dentista à equipe do SESMT, apenas uma empresa o adotava. Em consequência disso, um número muito pequeno de empresas realiza exames admissionais e periódicos.

Poucas empresas (37%) realizam atividades de prevenção e promoção da saúde, embora vários autores ressaltem a sua importância.

Foi encontrada uma associação positiva entre a modalidade de assistência odontológica de autogestão e o oferecimento de um número maior de serviços, tais como consultório na empresa, realização de exames admissionais e periódicos, e a presença do cirurgião-dentista no SESMT.

REFERÊNCIAS:

Ahlberg J, Tuominen R, Murtomaa H. Periodontal status among male industrial workers in southern Finland with or without access to subsidized dental care. *Acta Odontol Scand.* 1996a; 54(3): 166-70.

Ahlberg J, Tuominen R, Murtomaa H. Dental knowledge, attitudes towards oral health care and utilization of dental services among male industrial workers with or without an employer-provided dental benefit scheme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996b; 24(6): 380-4.

Ahlberg J, Murtomaa H, Meurman JH. Subsidized dental care associated with lower mutans streptococci count in male industrial workers. *Acta Odontol Scand.* 1999; 57(2): 83-6.

Anaise JZ. Prevalence of dental caries among workers in the sweets industry in Israel. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1980; 8(3): 142-45.

Andreotti M, Rodrigues AN, Cardoso LMN, Figueiredo RAO, Eluf-Neto J, Wünsch-Filho V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(3): 543-52.

Araújo ME, Gonini Júnior A. Saúde bucal do trabalhador: os exames admissional e periódico como um sistema de informação em saúde. *Odontol Soc.* 1999; 1(1/2): 15-8.

Araújo ME, Marcucci G. Estudo da prevalência das manifestações bucais decorrentes de agentes químicos no processo de galvanoplastia: sua importância para a área de saúde bucal do trabalhador. *Odontol Soc.* 2000; 2(1/2): 20-25.

Assada RM. A democratização da assistência odontológica no Brasil. A inovação da odontologia. In: Weyne SC, organizador. Prêmio SINOg de Odontologia de 2000 a 2004. São Paulo: Parma, 2005. p. 207-30.

Bondancia E. Enfermedades bucodentales profesionales. Salud Ocup. 1990; 8(40): 8-12.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Setembro 2007 [acesso 2007 Dez 10]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/informacoesss/caderno_informaca_09_2007.pdf

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 22/2001. Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização. Diário Oficial da União 2002; 2002 jan 25. Seção1: 269-72.

Conselho Federal de Odontologia [acesso 2006 Jul 18]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>.

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. Resultados principais. Brasília 2004 [acesso 2007 Out 20]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/download/relatoriosbbrasil2003.pdf>.
Capturado em 20/10/2007.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Segurança e Medicina do Trabalho. Normas regulamentadoras: Portaria n. 3214, de 8 de junho de 1978. [acesso 2007 Out 25]. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/default.asp.

Brasil. Projeto de Lei n. 3520, de 2004. Altera o art. 162, Seção III, e o art. 168, Seção V, do Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e

medicina do trabalho e dá outras providências [acesso 2008 Ago 15].
<http://www2.camara.gov.br/>

Brasil. Projeto de Lei n. 422 de 2007. Altera o art. 162, Seção III, e o art. 168, Seção V, do Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências [acesso 2008 Ago 15].
<http://www2.camara.gov.br/>

Centro das Indústrias do Estado de São Paulo (CIESP). Diretoria Regional de Campinas. Cadastro de empresas de Campinas e região. Campinas, 2007.

Costa Filho LC, Duncan BB, Polanczyk CA, Sória ML, Habekost AP, Costa CC. Análise do impacto econômico-assistencial de duas abordagens para redução de custos em um plano odontológico de autogestão. Cad Saúde Pública. 2008; 24(5): 1071-81.

Crosato IR. Avaliação das características dos serviços odontológicos existentes em empresas do estado de São Paulo [dissertação]. São Paulo: USP/FO; 2006.

Cunha LSC. Saúde bucal do trabalhador e a assistência odontológica nas empresas [dissertação]. Bauru: USP/FOB; 2005.

Esteves RC. Manifestações bucais de doenças profissionais. Rev Bras Saúde Ocup. 1982; 10(40): 56-60.

Fahmy MS. Oral and dental affections in mercury exposed workers. Community Dent Oral Epidemiol. 1978; 6(4): 161-5.

Feaver GP. Occupational dentistry: a review of 100 years of dental care in the workplace. J Soc Occup Med. 1988; 38(1/2): 41-3.

Ferreira RA. O valor da saúde bucal nas empresas. Rev APCD. 1995; 49(2): 96-107.

Garrafa V. Odontologia do trabalho. RGO. 1986; 34(6): 508-12.

Gordon NC, Brown S, Khosla VM, Hansen LS. Lead poisoning. A comprehensive review and report of a case. Oral Med Oral Pathol. 1979; 49(6): 500-12.

Guimarães E, Amaral-Rocha A. Odontologia do trabalho. Organização dos serviços odontológicos de uma empresa. Odontol Mod. 1979; 6(9): 40-50.

Hanioka T, Shigemoto Y, Matsuse R, Ojima M, Shizukuishi S. Effect of follow-up intervention of toothbrushing on periodontal health in workplace dental examination. J Occup Health. 2004; 46(3): 199-204.

Ichihashi T, Muto T, Shibuya K. Cost-benefit analysis of a worksite oral-health promotion program. Ind Health. 2007; 45(1): 32-36.

Ide R, Mizoue T, Tsukiyama Y, Ikeda M, Yoshimura T. Evaluation of oral health promotion in the workplace: the effects on dental care costs and frequency of dental visits. Community Dent Oral Epidemiol. 2001; 29(3): 213-9.

Medeiros EPG, Bijella VT. Bases para a organização de programas dentais para operários. Rev Bras Odontol. 1970; 27(166): 303-311.

Mello PBM, organizador. Odontologia do trabalho: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2006.

Midorikawa ET. A odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade odontológica profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião dentista na equipe da saúde do trabalhador [dissertação]. São Paulo: USP/FO; 2000.

Morishita M, Sakemi M, Tsutsumi M, Gake S. Effectiveness of an oral health promotion programme at the workplace. *J Oral Rehabil.* 2003; 30(4): 414-7.

Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva.* São Paulo: HUCITEC; 1994.

Nogueira DP. *Odontologia e saúde ocupacional.* *Rev Saúde Pública.* 1972; 6: 211-223.

Petersen PE. Evaluation of a dental preventive program for Danish chocolate workers. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1989; 17(2): 53-9

Petersen PE, Henmar P. Oral conditions among workers in the Danish granite industry. *Scand J Work Environ Health.* 1988; 14(5): 328-31.

Pinto VG. *Saúde bucal coletiva.* 4. ed. São Paulo: Editora Santos; 2000.

Pizzatto E. *A saúde bucal no contexto da saúde do trabalhador: análise dos modelos de atenção [dissertação].* Araçatuba: UNESP/FOA; 2002.

Queluz DP. Labour Dentistry: a new specialty in Dentistry. *Braz J Oral Sci.* 2005; 4(14): 766-72.

Robles LP. Operadoras em saúde bucal em busca da excelência na prestação de serviços. In: Weyne SC, organizador. *Prêmio SINOG de odontologia de 2000 a 2004.* São Paulo: Parma, 2005. p. 171-205.

São Paulo (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento. Região Metropolitana de Campinas [acesso 2007 Set 11]. Disponível em: <http://www.planejamento.sp.gov.br/AssEco/textos/RMC.pdf>.

Serviço Brasileiro de Apoio às Micros e Pequenas Empresas (SEBRAE). Anuário do Trabalho na Micro e Pequena Empresa, 2007 [acesso 2008 Fev 28]. Disponível em: <http://www.sebrae.com.br>.

Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo [acesso 2008 Maio 15]. Disponível em: <http://www.sinog.com.br/sog.asp>.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Investir no funcionário é retorno garantido [acesso 2008 Maio 15]. Disponível em: <http://noticias.cardiol.br/vernoticia.asp?cod=11153>.

Schou L. Oral health promotion at worksites. *Int Dent J*. 1989; 39(2): 122-8.

Schour I, Sarnat BG. Oral manifestation of occupational origin. *JAMA*. 1942; 120:1197-207.

Serviço Social da Indústria (SESI). Estudo epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da indústria. Brasil, 2003 [acesso 2007 Maio 14]. Disponível em: <http://www.sesi.org.br>.

Tomita NE, Cordeiro R, Mendonça J, Senger V, Lopes ES. Saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria alimentícia do centro-oeste paulista. *Rev Fac Odontol Bauru*. 1999; 7(1/2): 67-71.

Tomita NE, Chinellato LEM, Lauris JRP, Kussano CM, Mendes HJ, Cardoso MTV. Oral health of building construction workers: an epidemiological approach. *J Appl Oral Sci*. 2005; 13(1): 24-7.

União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS). Pesquisa Nacional 2006 [acesso 2008 Fev 28]. Disponível em: <http://www.unidas.org.br>.

Vianna MIP, Santana VS. Exposição ocupacional a névoas ácidas e alterações bucais: uma revisão. Cad Saúde Pública. 2001; 17(6): 1335-44.

Westerman B. A preventive dental care programme at the workplace. Austr Dental J. 1993; 38(3): 210-5.

ANEXO 1



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Análise da assistência odontológica prestada por empresas da região de Campinas**", protocolo nº **170/2006**, dos pesquisadores **YARA JANAINA VIANA LIMA LIDO** e **DAGMAR DE PAULA QUELUZ**, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 08/11/2006.

The Research Ethics Committee of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that project "**Analysis of dental assistance by companies in Campinas and surroundings**", register number **170/2006**, of **YARA JANAINA VIANA LIMA LIDO** and **DAGMAR DE PAULA QUELUZ**, comply with the recommendations of the National Health Council – Ministry of Health of Brazil for researching in human subjects and was approved by this committee at 08/11/2006.


Profa. Cecília Gatti Guirado
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Jacks Jorge Júnior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

ANEXO 2
QUESTIONÁRIO:

Nome da empresa:

Ramo de atividade:

Nº de funcionários:

Nome do funcionário responsável pelas respostas:

1 - Existe algum tipo de assistência odontológica contratada em sua empresa:

() Sim

() Não

2 – Qual o motivo para a implantação ou não desta assistência?

3 – Há quanto tempo é concedido este benefício?

4 - Se sim, qual o tipo:

() plano odontológico de auto gestão (administrado pela própria empresa).

() plano odontológico terceirizado

() reembolso do valor do tratamento

() outros _____

5 - Se o plano for terceirizado, qual o nome da empresa contratada?

6 – O benefício é concedido:

() somente ao funcionário

() Ao funcionário e seus dependentes

7- Qual o custo para o funcionário?

8 - Há consultório odontológico na empresa para atendimento do funcionário no local de trabalho?

☐ Sim

☐ Não

9 – É realizado algum tipo de atividade preventiva odontológica dentro da empresa?

☐ sim ☐ não

Qual?

☐ palestras

☐ distribuição de folders educativos

☐ outras atividades

10 - Existe a integração do dentista com a equipe de saúde ocupacional da empresa (SESMT)?

☐ Sim

☐ Não

11 – E feito exame odontológico admissional?

☐ Sim

☐ Não

12 - O funcionário é chamado para exames bucais periódicos?

☐ Sim

☐ Não

13– Qual a opinião da empresa sobre a saúde bucal dos funcionários?

☐ não faz diferença para o bom desempenho dos funcionários

☐ é importante para o bom desempenho dos funcionários, mas não é responsabilidade da empresa

☐ é importante para o bom desempenho dos funcionários e a empresa deve facilitar o acesso do trabalhador aos serviços odontológicos.