



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*Absentismo laboral por motivos orais e avaliação da qualidade de vida
relacionada com a saúde oral numa amostra de funcionários da Empresa
PSA Peugeot/Citroën de Mangualde*

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau
de Mestre em Medicina Dentária*

Por

Carlos Manuel São Martins Carneiro

Viseu, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*Absentismo laboral por motivos orais e avaliação da qualidade de vida
relacionada com a saúde oral numa amostra de funcionários da Empresa
PSA Peugeot/Citroën de Mangualde*

Orientador: Professor Doutor Jorge Leitão

Co-Orientador: Mestre Nélio Jorge Veiga

Por

Carlos Manuel São Martins Carneiro

Visou, 2012

Aos meus pais

Por todo amor, ensinamentos e orientação que
permitiram que este dia se concretiza-se.

Á minha irmã

Por todos os momentos passados juntos e
pelo simples facto de existir.

Á minha tia Paula

Pelos cinco anos de cuidados e de apoio
nos bons e maus momentos.

Aos meus avós

Por serem um dos pilares da minha vida

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Jorge Leitão, orientador desta monografia, sem o qual a realização deste trabalho não seria possível;

Ao Dr. Nélio Veiga, co-orientador desta monografia, pela amizade e por toda a dedicação, ajuda e disponibilidade nos momentos de maior dificuldade;

À Dra. Ana Fonseca, à sua equipa e à empresa PSA Peugeot/Citroën, por toda a disponibilidade e ajuda, sem os quais seria impossível a recolha de dados;

A todos os colaboradores que se disponibilizaram a participar neste estudo;

Ao meu binómio, Diogo Calçada, por toda a amizade, companheirismo e apoio durante o curso, quer nível académico, quer a nível pessoal;

Aos meus “amigos de Viseu”, por todos os momentos que passa-mos e por todo o apoio que me deram ao longo dos cinco anos de curso;

Aos meus “amigos da Meda” por todo o apoio e por estarem presentes sempre que eu mais precisei;

A todas as pessoas que directa e indirectamente permitiram com que este trabalho fosse concretizado.

RESUMO

Introdução: Cada vez mais a população mundial tem vindo a adoptar comportamentos que visem uma saúde oral muito próximo do ideal. No entanto, ainda existe uma ampla taxa populacional que negligencia a saúde oral, e que não lhe reconhece o seu valor como sendo um dos factores essenciais para que possam disfrutar de um completo estado de saúde e bem-estar.

Objectivos: Este estudo teve como objectivos quantificar o absentismo laboral por motivos orais dos funcionários da empresa PSA Peugeot/Citroën de Mangualde, as possíveis repercussões pessoais e laborais resultantes desse absentismo e quais os principais motivos para esse mesmo absentismo, assim como analisar quais os comportamentos de saúde oral dos funcionários desta empresa

Outro dos objectivos deste estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral destes mesmos funcionários.

Materiais e Métodos: Para a realização deste estudo epidemiológico transversal, aplicou-se um questionário numa amostra de 310 funcionários da empresa PSA Peugeot/Citroën de Mangualde, assim como a aplicação da escala OHIP-14 - *Oral Health Impact Profile* destinado à avaliação da qualidade de vida relacionado com a saúde oral. Para a análise estatística recorreu-se ao programa informático SPSS 20.0.

Resultados: Verificámos um absentismo de 11,6% por motivos orais sendo a dor dentária a principal causa (63,6%). Um total de 280 horas de trabalho foram perdidas e 580€ foram deduzidos nos ordenados dos funcionários devido a esse absentismo.

O impacto da saúde oral na qualidade de vida da amostra é relativamente baixo e as principais dimensões afectadas são a “Dor” e o “Desconforto Psicológico”.

Conclusões: Uma baixa taxa de absentismo laboral e um baixo impacto a nível laboral por motivos orais foram registados, no entanto mais estudos na União Europeia e em Portugal são necessários para permitir comparações e resultados mais conclusivos. De acordo com estudos semelhantes foi possível verificar e afirmar que na amostra estudada as principais dimensões afectadas são a “Dor” e o “Desconforto Psicológico” e que o impacto da saúde oral na qualidade de vida é relativamente baixo.

Palavras-chave: Qualidade de vida relacionada com saúde oral, absentismo laboral, OHIP-14.

ABSTRACT

Introduction: The world's population has been taking better care of their oral health. However, there is still a high rate of the population that neglects their oral health, and don't recognize its value as being one of the essential factors for a complete good state of health and well-being.

Objectives: The objectives of this study was to quantify the work absenteeism due to oral reasons of workers of the PSA Peugeot/Citroën Enterprise of Mangualde, the possible personal repercussions resulting from such labor absenteeism and what are the main reasons for this same absenteeism, as well as analyzing which oral health behaviors do these company workers present.

Another objective was to evaluate the oral health related quality of life of these workers.

Materials and methods: We designed a cross-sectional epidemiological study with the application of a questionnaire in a sample of 310 employees of PSA Peugeot/Citroën Enterprise of Mangualde, as well as the application of the OHIP-14 scale to assess the oral health-related quality of life. For the statistical analysis we used the statistical program SPSS 20.0.

Results: We found a prevalence of absenteeism of 11.6% due to oral reasons being toothache the main factor involved (63.6%). A total of 280 hours of work were lost and 580€ were deducted in the worker's salaries due to the absenteeism.

The impact of oral health on the quality of life of the sample is relatively low and the main dimensions affected were the "Pain" and "Psychological Discomfort".

Conclusions: A low rate of absenteeism and a low impact on labor by oral health reasons were recorded, however more studies in the European Union and Portugal are needed to establish more conclusive comparisons and results. According to similar studies, we can verify that in our sample the main dimensions affected were the "Pain" and "Psychological Discomfort" and that the impact of oral health on the quality of life is relatively low.

Keywords: Oral health-related quality of life, labor absenteeism, OHIP-14.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 <i>Qualidade de Vida</i>	3
1.2 <i>Saúde oral</i>	6
1.3 <i>Qualidade de vida relacionada com saúde oral</i>	9
1.4 <i>Avaliação da qualidade de vida</i>	11
1.5 <i>Justificação do tema</i>	13
1.6 <i>Objectivos do Estudo</i>	13
2. METODOLOGIA	15
2.1 <i>Tipo de estudo</i>	17
2.2 <i>Amostra</i>	17
2.3 <i>Recolha de dados</i>	17
2.4 <i>Protocolo</i>	17
2.5 <i>Variáveis em estudo</i>	18
2.6 <i>Análise estatística</i>	20
2.7 <i>Procedimentos legais e éticos</i>	20
3. RESULTADOS.....	21
3.1 <i>Caracterização da amostra no que diz respeito ao absentismo laboral por motivos orais e percepção da importância da saúde oral</i>	23
3.2 <i>Caracterização da amostra no que diz respeito ao impacto da saúde oral na qualidade de vida (OHIP-14)</i>	46
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
5. CONCLUSÃO	63
6. BIBLIOGRAFIA	67
7. ANEXOS	77

7.1 <i>Índice de Tabelas</i>	79
7.2 <i>Índice de Gráficos</i>	81
7.3 <i>Índice de Abreviaturas</i>	83
CONSENTIMENTO INFORMADO	85
Parte I – QUESTIONÁRIO	87
Parte II - OHIP-14	90

1. INTRODUÇÃO



1.1 Qualidade de Vida

O termo qualidade de vida, nem sempre foi encarado como um factor essencial, aplicado num contexto social, para se usufruir de um amplo estado de saúde e bem-estar tendo sido raramente usado até ao século XX¹. Isto pode ser facilmente verificado, quando recorremos à história da Humanidade, em que encontramos documentado que nas origens das primeiras civilizações, a saúde era erroneamente interpretada como sendo uma dádiva divina, e que a sua manutenção ou não, dependia apenas do culto e da recompensa dos deuses aos quais estas civilizações eram devotas².

A grande alteração na maneira como a qualidade de vida e a doença eram vistos, ocorreu devido ao contributo de algumas civilizações das quais são exemplo as civilizações grega, egípcia ou romana, que reconheceram que as causas da doença têm origem no corpo e no bem-estar físico e não na origem divina¹.

Durante os séculos vindouros e com o desenvolvimento da ciência e da medicina, os mistérios da saúde e da doença foram sendo revelados. No século XX, após a II Grande Guerra, com o desenvolvimento político, económico e social e com o aparecimento da definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o entendimento da saúde foi estendido a um campo social e comunitário, no qual factores sócio-económicos, culturais e ambientais podem igualmente ser promotores de doença^{1,2}.

Isto foi referido pela primeira vez pelo presidente americano Lyndon B. Johnson, que em 1964 fez a seguinte afirmação: *“Goals cannot be measured in the size of our bank balance. They can only be measured in the quality of the lives that our people lead”*².

Desta forma, a qualidade de vida pode então ser definida como *“a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”*³.

Como esta definição nos indica, a qualidade de vida não é apenas um valor indissociável, mas sim, um estado multidimensional e multidisciplinar que inclui sobrevivência ou duração de vida; ausência de incapacidade, doença ou sintomas



dolorosos; funcionamento físico e oral adequado; ausência de desconforto e dor; funcionamento emocional; funcionamento social; percepção de saúde oral adequada; satisfação com a saúde oral e ausência de desvantagens sociais e culturais relacionadas com a saúde oral^{2, 4}.

Desta forma, a qualidade de vida é tida como experiências humanas que irão influenciar o bem-estar pessoal ou a satisfação com a vida⁴.

No entanto, em Portugal, não é realizada a avaliação de qualidade de vida dos pacientes por rotina, devido a vários factores:

- Falta de familiaridade com os estudos de qualidade de vida;
- Ausência de sensibilidade ou abertura a novos conhecimentos;
- Indisponibilidade;
- Falta de tempo;
- Dificuldade em quantificar parâmetros subjectivos;
- Relutância em aceitar a importância da percepção do doente sobre os seus resultados terapêuticos².

Apesar de ainda não existir um consenso universal entre os investigadores no que diz respeito ao termo qualidade de vida, todos concordam que o indivíduo mais qualificado para a avaliar será o próprio, uma vez que será capaz de dizer com mais assertividade qual é o impacto da doença e dos tratamentos na sua vida pessoal, sendo que os investigadores fazem uma avaliação diferente da qualidade de vida da pessoa em questão^{2, 5}.

No entanto, o termo qualidade de vida também levanta problemas éticos, não no que se refere à definição ou ao valor intrínseco do termo, mas sim na sua aplicação à medicina/economia, uma vez que, devido à falta de recursos médicos, se deve beneficiar aquele indivíduo que seja capaz de disfrutar de uma maior qualidade de vida durante um maior período de tempo².

Nesta fase torna-se importante fazer uma distinção entre qualidade de vida das pessoas em geral, a qual é abrangente de todos os factores que rodeiam o indivíduo, e



qualidade de vida das pessoas doentes, na qual é tido em conta apenas a doença da pessoa e o bem-estar da mesma relacionado com a doença e com o seu tratamento.

Nestas doenças, são de destacar as de afecção oral, devido à sua vulgaridade e etiologia diversa, de entre as quais se incluem doenças infecto-contagiosas, anomalias do desenvolvimento oral, quistos odontogénicos e tumores da cabeça e pescoço².



1.2 Saúde oral

Saúde oral é muito mais do que ter apenas bons dentes e sendo o organismo humano considerado como um todo e mais do que isso, funcionando como um todo, é essencial que haja a percepção de que a saúde oral é parte integrante da saúde geral³. Esta relação entre saúde oral e saúde geral está perfeitamente provada pela evidência. Por exemplo, doenças periodontais severas encontram-se associadas a casos de diabetes, assim como muitas outras doenças sistêmicas se encontram relacionadas com manifestações orais que aumentam o risco de surgimento de doenças orais e que por sua vez aumentam a probabilidade de aparecimento de outras alterações sistêmicas⁶.

Isto é facilmente verificado recorrendo à definição de saúde proposta pela OMS (1946) que a define como “*um estado de completo bem-estar psíquico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade*”, o que nos permite constatar que a saúde geral depende de um perfeito equilíbrio entre os diversos sistemas do corpo humano^{4,7}.

No entanto, apesar de as doenças orais serem um problema universal, devido a raramente colocarem em risco a vida do seu portador, a sua prevenção e tratamento deixam de ser uma prioridade, apesar de se saber que tem um forte impacto quer social, quer psicológico na vida do indivíduo⁸.

Com o intuito de alterar este ponto de vista erróneo, a OMS propôs em 1982 uma definição para saúde oral, como sendo “*um estado da cavidade oral que permita ao indivíduo alimentar-se, falar e socializar sem doenças activas, desconforto ou constrangimento e que contribua para o bem-estar geral*”⁶.

A detecção precoce de muitas doenças passa por um exame intra-oral, pois muitas alterações sistêmicas como deficiências nutricionais, infecções microbianas, desordens imunológicas, neoplasias, têm como evidência primária, uma alteração na cavidade oral, permitindo desta forma salvar vidas. Da mesma maneira, a recolha de amostras da cavidade oral, como por exemplo das glândulas salivares, que são modelos das glândulas exócrinas, providenciam pistas importantes acerca da saúde geral⁶.



Desta forma torna-se essencial haver uma consciencialização da população para a relação causa/efeito, no que se refere ao impacto dos problemas orais na saúde sistémica e na qualidade de vida do indivíduo⁸.

As principais doenças que se verificam na cavidade oral e que têm uma prevalência mundial, que varia de distribuição e de intensidade de região para região, são a cárie dentária e a doença periodontal⁶.

De entre estas, a cárie dentária é o principal problema oral na maioria dos países industrializados⁶.

Relativamente aos países em desenvolvimento, a perda de dentes é a principal preocupação, devido ao acesso limitado a cuidados de saúde oral e à fraca capacidade económica⁶.

Apesar de estar mundialmente enraizado que a perda de dentes é uma consequência natural e indissociável da idade, verificou-se em alguns países industrializados uma redução da taxa de edentulismo, no entanto, em indivíduos com idades de 65 anos ou superior, essa taxa ainda se mantém elevada, evidenciando a evolução da maneira de pensar do ser humano ao longo das décadas no que se refere aos cuidados com a saúde oral⁶.

Desta forma, torna-se fundamental implementar medidas preventivas e promotoras de saúde à escala global no que diz respeito não só à saúde em geral, mas também à saúde oral⁹.

Uma das medidas fundadoras da promoção da saúde foi proposta pela OMS através da carta de Ottawa publicada em 1986, que define promoção da saúde como “*o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar*”¹⁰. Esta definição permite então concluir que a promoção da saúde está assente em valores como a qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria entre todos e que requer, não só a acção do indivíduo, mas uma combinação de esforços entre este, o estado, a comunidade, a população, o sistema de saúde e parcerias intersectoriais⁹.

Devido a esta medida impulsionadora, muitas outras foram propostas, nomeadamente as medidas apresentadas em 2003 pela OMS para o século XXI, que se baseiam na filosofia “*think globally – act locally*”



Nesta proposta consta o desenvolvimento de programas e medidas para a promoção da saúde oral, nomeadamente a identificação de determinantes de saúde e desenvolvimento de acções que promovam a saúde oral, o desenvolvimento de projectos comunitários de promoção de saúde oral, principalmente em regiões desfavorecidas, o desenvolvimento de medidas que permitam analisar o sucesso dos programas de saúde oral implementados e estabelecer parcerias que permitam fortalecer estes programas de promoção de saúde oral⁶.

Como tal, a OMS através do “*Global Oral Health Program*” pretende combater a doença e promover a saúde de forma a atingir os seguintes quatro objectivos:

- Reduzir o dano e incapacidade causados pelas doenças orais, especialmente em populações pobres e marginalizadas;
- Promover hábitos de vida saudáveis reduzindo factores de risco de doenças orais com origem em problemas ambientais, económicos, sociais e comportamentais;
- Desenvolvimento de sistemas de saúde oral que contribuam para melhorar os resultados de saúde oral, respondendo às exigências legítimas das pessoas e sendo financeiramente justos;
- Elaboração de políticas de saúde oral, integradas em programas nacionais comunitários de saúde e ressaltar a saúde oral como um factor importante para o desenvolvimento da sociedade⁶.



1.3 Qualidade de vida relacionada com saúde oral

Como já foi referido em parágrafos anteriores, o desenvolvimento económico e social mundial permitiu estabelecer um ponto de vista diferente no que se refere à saúde e à maneira como esta é compreendida na sociedade, dando origem ao termo qualidade de vida, e qualidade de vida relacionado com a saúde/doença.

Da mesma forma, sendo a saúde oral parte integrante da saúde geral, o conceito qualidade de vida, relacionado com saúde oral passou a fazer sentido na comunidade médico-científica.

Desta forma, qualidade de vida relacionada com a saúde oral pode ser definida como a avaliação da alteração do bem-estar de uma pessoa em resposta a factores funcionais, psicológicos (aparência e auto-estima), sociais (interacção com outros) e dor/desconforto quando relacionados com a cavidade oral ou a região orofacial¹.

De facto, esta evolução verificada e o surgimento do termo qualidade de vida relacionado com a saúde e, posteriormente do termo qualidade de vida relacionado com a saúde oral, deram origem a duas teorias adoptadas no leito da sociedade, a teoria materialista e a teoria posmaterialista⁵.

De acordo com estas teorias, um individuo que adopte valores materialistas, os seus cuidados dentários baseiam-se apenas na manutenção dos dentes e gengivas saudáveis, enquanto um individuo que adopte valores posmaterialistas inclui nos seus cuidados dentários, não só os anteriores, mas também a estética e o impacto da aparência facial na auto-estima e na interacção com os outros⁵.

Como tal, o conceito qualidade de vida relacionado com a saúde oral veio sugerir que uma boa saúde oral não se baseia apenas na ausência de cárie e doença periodontal, mas também num bem-estar psíquico e social⁵.

Esta importância dada à qualidade de vida é de tal forma que muitos têm sido os estudos realizados por investigadores, nas mais variadas amostras, para estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral^{2, 3, 5, 8, 11-15}.

Em Portugal, devido às políticas do Ministério da Saúde para a saúde oral, assim como o elevado custo dos cuidados orais em clínicas privadas, leva a que a maioria da



população se descure da sua saúde oral, procurando cuidados médicos apenas em casos de urgência e quando a qualidade de vida já se encontra algo comprometida².

No entanto, a percepção do conceito qualidade de vida relacionado com a saúde oral varia entre culturas e de pessoa para pessoa e, como tal, deve ser avaliada sempre, tendo em conta o contexto sócio-cultural e pessoal em que é aplicado.¹²

Por exemplo, a qualidade de vida relacionada com a saúde oral pode depender de experiências pessoais como doenças orais, estados psicológicos, como a presença de depressão ou felicidade, assim como esperanças para o futuro⁵.

Apesar de a qualidade de vida ser um factor bastante importante quando se aborda qualquer paciente, apenas em 2002 foi realizado o primeiro trabalho para validação de um questionário que permita mesurar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, neste caso, a de crianças³.

Uma diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde oral acarreta bastantes problemas, no que se refere, não só a nível de mau estar e má qualidade de vida, mas também em relação ao efeito que tem nas limitações causadas no quotidiano pessoal e no elevado custo para a sociedade e para o individuo, traduzindo-se em horas perdidas de produtividade laboral¹³.

Esta situação foi verificada no estudo de Helen C. Gift *et al.* no qual estudou como os problemas orais e consultas ao médico dentista influenciam o desenvolvimento na escola e no trabalho, assim como o seu impacto social na população dos Estados Unidos da América (EUA). Esta verificou que relativamente às horas de trabalho perdidas por ano, foram de 164 milhões no total da população empregada o que se reflecte em 148000 horas por cada 100000 empregados, ou seja 1,48 horas por empregado no ano de 1989¹⁶.

Relativamente à perda de tempo escolar, esta foi de 51 milhões de horas, 117000 horas por cada 100000 crianças (1,17 horas por criança) em idade escolar na população dos EUA em 1989¹⁶.

Relativamente a dias de actividade perdidos, estes foram 41 milhões, 17000 por 100000 indivíduos dos EUA em 1989¹⁶.



1.4 Avaliação da qualidade de vida

Como já foi referido anteriormente, a qualidade de vida é multidimensional e depende da sensação de bem-estar sentido pela pessoa, levando a que na década de 90 os instrumentos de avaliação e quantificação da qualidade de vida considerassem a perspectiva pessoal e colectiva e não apenas a perspectiva de profissionais de saúde¹⁷.

Para tal, são usados questionários com perguntas direccionadas à amostra escolhida, com a finalidade de medir e quantificar o quanto aspectos físicos, psicológicos, materiais e sociais são afectados pela condição de saúde actual, de forma a determinar até que ponto a qualidade de vida se encontra comprometida devido a esses factores. No entanto é necessário ter em conta que a qualidade de vida é um valor subjectivo o que impossibilita a sua rigorosa quantificação³.

Apesar disso, já existem questionários e instrumentos de medição standard, generalizados para todos os indivíduos, sendo os mais utilizados o WHOQOL-100 - *Instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS*, o SF-36 - *Medical Outcomes Study Questionnaire*, o SIP - *Sickness Impact Profile* e o OHIP/OHIP-14 - *The Oral Health Impact Profile*^{3, 18}.

Da mesma maneira que existem questionários e instrumentos de medição standard, também existem outros específicos e focalizados para uma amostra específica. De entre estes incluem-se o CPQ11-14 - *Child Perception Questionnaire*, The Michigan OHRQoL scale, Child-OHIP - *The Oral Health Impact Profile*, ECOHIS - *Early Childhood Oral Health Impact Scale*, AUQEI - *Autoquestionnaire de Qualité de Vie Infant Imagê*, CHQ - *Child Health Questionnaire*, GOHAI - *Geriatric Oral Health Assessment Index*, DIDL - *Dental Impacts on Daily Living*, OIDP - *Oral Impacts on Daily Performances* e o OHIP/OHIP-14 - *The Oral Health Impact Profile*^{3, 11, 12, 19-21}.

Este último questionário possui catorze questões referentes a alterações vivenciadas nos últimos doze meses e para as quais existem cinco respostas possíveis: 0 – nunca; 1 – quase nunca; 2 – ocasionalmente; 3 – bastantes vezes; 4 – frequentemente²².



O número da opção seleccionada é posteriormente multiplicado pelo peso significativo de cada questão: 1 – 0.51; 2 – 0.49; 3 – 0.34; 4 – 0.66; 5 - 0.45; 6 – 0.55; 7 – 0.52; 8 – 0.48; 9 – 0.60; 10 – 0.40; 11 – 0.62; 12 – 0,38; 13 – 0.59; 14 – 0.41.

Após somado o produto de todas as questões, obtém-se um valor que pode variar entre 0 e 28 sendo que, quanto maior for o resultado, maior será o impacto dos problemas orais na qualidade de vida²³.

Como é possível verificar, existem questionários vocacionados para cada faixa etária, prendendo-se com o facto de crianças, adolescentes, adultos e idosos terem diferentes formas de avaliar a sua qualidade de vida³.



1.5 Justificação do tema

Como já foi exposto na introdução teórica que precedeu este tópico, o termo qualidade de vida relacionado com a saúde oral tem vindo a merecer o interesse crescente por parte dos investigadores, devido às complicações que uma qualidade de vida relacionada com a saúde oral débil acarreta a nível pessoal, escolar, profissional e social.

Desta forma, ao estudar o impacto da saúde oral em funcionários de uma empresa multinacional, como é a empresa PSA Peugeot/Citroën, através da análise da abstenção ao trabalho por motivos orais e da alteração na qualidade de vida relacionada com a saúde oral e o impacto desta na produtividade laboral, irá permitir criar uma analogia com a demais população portuguesa em idade de actividade laboral, permitindo verificar a relevância dada à saúde oral, como elemento essencial para se poder disfrutar de uma saúde geral óptima e de uma boa qualidade de vida.

1.6 Objectivos do Estudo

Pretendeu-se com este estudo avaliar:

- O absentismo laboral por motivos orais dos funcionários da empresa PSA Peugeot/Citroën de Mungalde, assim como as possíveis repercussões pessoais e laborais resultantes desse absentismo, nomeadamente as consequências negativas a nível salarial;
- Os comportamentos de saúde oral dos funcionários desta empresa e quais os principais motivos para esse absentismo;
- Alterações na qualidade de vida relacionada com a saúde oral através da aplicação do questionário OHIP-14 especialmente desenvolvido para esse efeito.

2. METODOLOGIA



2.1 Tipo de estudo

Realizou-se um estudo epidemiológico observacional transversal numa amostra de funcionários da empresa PSA Peugeot/Citroën, por forma a quantificar a ausência ao trabalho por motivos orais e a qualidade de vida relacionada com saúde oral.

2.2 Amostra

Para a realização deste estudo, recorreu-se a uma amostra de 310 funcionários de um total de 930.

Consideraram-se todos os funcionários elegíveis para este estudo.

2.3 Recolha de dados

Para a recolha de dados foi fornecido aos funcionários um questionário dividido em duas componentes. Uma com questões no âmbito da saúde oral, frequência das consultas ao médico dentista e ausência ao trabalho por motivos orais e outra que analisa a qualidade de vida relacionada com saúde oral. Para medição da qualidade de vida relacionada com a saúde oral foi utilizado o questionário OHIP-14.

2.4 Protocolo

A cada operário foi fornecido:

- Um questionário referente ao estudo a ser realizado;
- Um documento referente à explicação do estudo e consentimento informado.



2.5 Variáveis em estudo

Relativamente às características sócio-demográficas:

- **Sexo:** Masculino e Feminino;

- **Data de nascimento**

- **Área de residência:** aldeia, vila, cidade;

- **Habilitações literárias:**
 1. <9 ano;
 2. 9º ano
 3. 12º ano
 4. Bacharelato
 5. Licenciatura
 6. Mestrado
 7. Doutoramento

Relativamente aos cuidados com a higiene oral:

- **Frequência de higienização oral:** Aplicadas quatro escolhas: “menos que uma vez por dia”, “uma vez por dia”, “duas vezes por dia”, “duas ou mais vezes”, assim como os meios utilizados para realizar essa higienização como “escova dentária”, “pasta dentífrica”, “fio dentário”, “escovilhão”, “colutórios” e “outros”.

- **Consultas ao médico dentista:** Para estudar a frequência de consultas ao médico dentista, foram colocadas duas questões, “Com que frequência costuma ir ao médico dentista?” assim como “Quando foi a ultima consulta no médico dentista?”.



Como resposta a estas questões, à primeira serão dadas as opções “Nunca”, “De 6 em 6 meses”, “Anualmente”, “Muito raramente”. À segunda será permitido responder “menos de 6 meses”, “6 a 12 meses”, “mais de 1 ano” e “Nunca”.

Também foi questionado qual o motivo da última consulta no médico dentista sendo possível responder “Dor de dentes”, “Cara inchada”, “Estética”, “Rotina” e “Outra”.

Relativamente às alterações na vida laboral e quotidiana provocadas por motivos orais:

- **Alterações na vida quotidiana causadas por motivos orais:** Foram colocadas as seguintes questões: “Está satisfeito com a sua saúde oral?”, sendo possível responder “Sim” ou “Não”; “Preocupa-se com a dor dentária ou desconforto dentário?” com as respostas “Sim” e “Não” e para quem respondeu “Sim” foi possível responder “Pouco”, “Nem muito nem pouco”, “Muito”; “Alguma vez se sentiu prejudicado ou sentiu as suas funções diminuídas por motivos orais?” cujas respostas permitidas foram “Sim” ou “Não” e se a resposta foi “Sim”, foi questionado “Por que motivo?”, “Dor de dentes”, “Cara inchada”, “Fracturas dentárias”, “Estética” e “Outro”. Também foi questionado “Quais as actividades em que se sentiu prejudicado?” sendo possível responder “Tarefas domésticas”, “Auto Higienização”, “Alimentação”, “Comunicação” e “Outra”.
- **Alterações no trabalho por motivos orais:** No que se refere à informação relativamente a alterações no trabalho por motivos orais, foram colocadas as seguintes questões: “Em que medida motivos orais já prejudicaram o seu rendimento laboral?”, sendo possível responder “Nada”, “Pouco”, “Nem muito nem pouco”, “Muito”; “Já faltou ao trabalho por motivos dentários?” com as respostas “Sim” e “Não”. Se a resposta for “Sim”, então houve outras duas questões “Quantas vezes faltou?”, podendo responder “1x”, “2x”, “3x”, “mais de 4x” e “Por que motivo?” com as seguintes opções “Dor de dentes”, “Cara inchada”, “Fractura dentária”, “Remoção de pontos”, “Consultas de revisão de aparelhos dentários” e “Outro”.



Também foi questionado quantas horas de trabalho se perderam por motivos orais e se a ausência ao trabalho trouxe repercussões financeiras negativas ao fim do mês relativamente ao salário mensal, assim como se sente que se tivesse alterado o cuidado com a sua saúde oral, esta ausência poderia ter sido evitada, sendo possível responder “Sim” e “Não”.

- **Qualidade de vida relacionada com saúde oral:** Calculada através do OHIP-14. Este questionário permitiu avaliar sete dimensões alteradas pelo impacto de problemas orais: Limitação Funcional (1 e 2), Dor (3 e 4), Desconforto Psicológico (5 e 6), Incapacidade Física (7 e 8), Incapacidade Psicológica (9 e 10), Incapacidade Social (11 e 12) e Desvantagens (13 e 14)²³.

2.6 Análise estatística

Para a realização da análise dos dados recolhidos com o questionário aplicado, foi utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences 20.0. (SPSS 20.0.)*, que permitiu calcular as variáveis contínuas, descritas por medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão), permitindo ainda calcular prevalências que foram expressas em percentagens. Foi ainda utilizado o teste não paramétrico do Qui-quadrado para comparação de proporções.

2.7 Procedimentos legais e éticos

A informação foi recolhida através da aplicação de um questionário, sendo que o anonimato e confidencialidade de todos os dados foram garantidos.

Não foi permitida a colocação do nome ou de qualquer outra informação identificativa do indivíduo em questão.

Foi fornecido um documento de consentimento informado que elucidou os participantes acerca do estudo em que participaram.

3. RESULTADOS



3.1 Caracterização da amostra no que diz respeito ao absentismo laboral por motivos orais e percepção da importância da saúde oral

Após a recolha e contabilização do total de questionários preenchidos verificou-se que foi possível atingir o número previamente estipulado de 310 (33,33%) participantes de um total de 930 funcionários.

Desta amostra averiguou-se que 247 (79,7%) são do sexo masculino e 63 (20,3%) são do sexo feminino. Relativamente às idades dos operários, confirmou-se que a média de idades é de aproximadamente 37 anos e a mediana de 36.

No que diz respeito aos restantes dados sócio-demográficos, como área de residência e habilitações literárias, estes são apresentados nas tabelas 1 e 2:

Tabela 1. Área de Residência

	n	%
Aldeia	148	47,7
Vila	47	15,2
Cidade	115	37,1

Tabela 2. Habilitações literárias

	n	%
1º-4º ano	15	4,8
4º-9º ano	82	26,5
9º-12º ano	120	38,7
Bacharelato	12	3,9
Licenciatura	67	21,6
Mestrado	14	4,5



Relativamente à frequência de higienização dentária diária, verificou-se que existe uma maior preocupação por parte dos indivíduos do sexo feminino, sendo que 27% referem higienizar duas ou mais vezes por dia em contraste com 6,1% dos indivíduos do sexo masculino.

No entanto o mais frequente de ambos os sexos é higienizarem duas vezes por dia verificando-se também uma menor percentagem de indivíduos do sexo masculino quando comparado com o sexo feminino (47% masculino; 57,1% feminino).

Também é possível verificar neste estudo que existe uma correlação entre área de residência e frequência de higienização oral, sendo que os indivíduos que residem em áreas mais desfavorecidas como é o caso das aldeias, referem higienizar menos vezes a cavidade oral quando comparado com os das vilas ou das cidades, como é possível verificar na tabela 3.

Neste estudo, também as habilitações literárias estão relacionadas com a higienização oral. Indivíduos com menor grau de formação, como é o caso de 1º-4º ano, referem higienizar na maioria das vezes menos de uma vez por dia (40%) enquanto indivíduos com maior grau de formação, como é o caso de Licenciatura, apresentam uma frequência de escovagem diária de duas vezes por dia na maioria dos casos (70,1%).

Relativamente à validade destes resultados, constatou-se através do teste do X^2 que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à distribuição da variável frequência de escovagem por sexo que nos permite afirmar que estes dados podem ser aplicados e extrapolados à demais população ($p < 0.01$). O mesmo pode ser aplicado na distribuição da variável frequência de escovagem por habilitações literárias ($p < 0,01$). No que diz respeito à distribuição da frequência de escovagem pela área de residência, não se obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($p > 0,05$).



Tabela 3. Frequência de escovagem dentária nos funcionários

		Frequência de escovagem				Total	Teste X ²	
		menos de 1x/dia	1x/dia	2x/dia	mais de 2x/dia			
Sexo	Masculino	n	29	87	116	15	247	0,00
		%	11,7%	35,2%	47,0%	6,1%	100%	
	Feminino	n	1	9	36	17	63	p<0,01
		%	1,6%	14,3%	57,1%	27,0%	100%	
Residência	Aldeia	n	17	54	63	14	148	0,243
		%	11,5%	36,5%	42,6%	9,5%	100%	
	Vila	n	2	11	28	6	47	p>0,05
		%	4,3%	23,4%	59,6%	12,8%	100%	
	Cidade	n	11	31	61	12	115	p>0,05
		%	9,6%	27,0%	53,0%	10,4%	100%	
Habilitações literárias	1 ^o -4 ^o ano	n	6	3	4	2	15	0,00
		%	40,0%	20,0%	26,7%	13,3%	100%	
	4 ^o -9 ^o ano	n	13	35	31	3	82	0,00
		%	15,9%	42,7%	37,8%	3,7%	100%	
	9 ^o -12 ^o ano	n	7	46	54	13	120	0,00
		%	5,8%	38,3%	45,0%	10,8%	100%	
	Bacharelato	n	2	2	8	0	12	p<0,01
		%	16,7%	16,7%	66,7%	0,0%	100%	
	Licenciatura	n	1	10	47	9	67	p<0,01
		%	1,5%	14,9%	70,1%	13,4%	100%	
Mestrado	n	1	0	8	5	14	p<0,01	
	%	7,1%	0,0%	57,1%	35,7%	100%		

No que diz respeito a consultas ao médico dentista, foram encontrados dados algo imprevistos, uma vez que não foram encontradas variações dignas de registo por área de residência e função desempenhada ($p>0,05$) (Tabela 4).

No entanto, no que se refere ao sexo foi possível verificar que os indivíduos do sexo feminino têm melhores hábitos de higiene no que respeita à frequência de escovagem por dia relativamente ao sexo masculino.



Também analogamente às habilitações literárias, confirmou-se, e como era espectável, que 46,7% dos indivíduos com 1º- 4º ano recorrem muito raramente ao médico dentista.

Apurou-se também através do teste X^2 que existem diferenças estatisticamente significativas no que se refere à distribuição destas variáveis (sexo e habilitações literárias pela frequência de escovagem) ($p < 0,01$) o que permite auferir que estes dados podem ser extrapolados para a demais população, permitindo concluir que, de facto, existe uma maior preocupação por parte do sexo feminino com a escovagem diária, e que, também, quanto menor for a formação académica, menor é a frequência de escovagem diária (Tabela 4).

É ainda de referir que a maioria dos participantes respondeu que consulta o médico dentista anualmente, em vez dos 6 meses recomendáveis (Tabela 4).

Outros aspectos a destacar no que diz respeito aos cuidados com a saúde oral são quando foi a última consulta ao médico dentista e o motivo dessa consulta. A maioria dos participantes respondeu que a última consulta foi há menos de 6 meses (45,8%), sendo a rotina o motivo principal (53,5%), logo precedido pela dor de dentes (26,1%) (Tabela 5 e 6).



Tabela 4. Frequência da consulta ao médico dentista

		Frequência consulta M.D.				Total	Teste χ^2		
		Nunca	Muito raramente	De 6 em 6 meses	Anualmente				
Sexo	Masculino	n	2	47	92	106	247	0,71	
		%	0,8%	19,0%	37,2%	42,9%			100%
	Feminino	n	0	12	20	31	63		
		%	0,0%	19,0%	31,7%	49,2%	100%		
Residência	Aldeia	n	1	25	58	64	148	0,548	
		%	0,7%	16,9%	39,2%	43,2%	100%		
	Vila	n	0	7	14	26	47		
		%	0,0%	14,9%	29,8%	55,3%	100%		
	Cidade	n	1	27	40	47	115		p>0,05
		%	0,9%	23,5%	34,8%	40,9%	100%		
Habilitações literárias	1º-4º ano	n	1	7	2	5	15	0,04	
		%	6,7%	46,7%	13,3%	33,3%	100%		
	4º-9º ano	n	1	22	21	38	82		
		%	1,2%	26,8%	25,6%	46,3%	100%		
	9º-12º ano	n	0	17	53	50	120		
		%	0,0%	14,2%	44,2%	41,7%	100%		
	Bacharelato	n	0	3	2	7	12		
		%	0,0%	25,0%	16,7%	58,3%	100%		
	Licenciatura	n	0	8	27	32	67		p<0,05
		%	0,0%	11,9%	40,3%	47,8%	100%		
Mestrado	n	0	2	7	5	14			
	%	0,0%	14,3%	50,0%	35,7%	100,0%			
Função desempenhada	Chefe	n	0	6	18	20	44	0,097	
		%	0,0%	13,6%	40,9%	45,5%	100%		
	Administrativo	n	0	7	18	37	62		
		%	0,0%	11,3%	29,0%	59,7%	100%		
	Operário	n	2	46	76	80	204		p>0,05
		%	1,0%	22,5%	37,3%	39,2%	100%		



Tabela 5. Última consulta no médico dentista

	n	%
Menos de 6 meses	142	45,8
De 6 a 12 meses	83	26,8
Mais de 1 ano	84	27,1
Nunca	1	0,3
Total	310	100

Tabela 6. Motivo da última consulta no médico dentista

	n	%
Dor de dentes	81	26,1
Cara inchada	3	1
Estética	27	8,7
Rotina	166	53,5
Outro	32	10,3
Total	309	99,7

É de realçar o total de 309 participantes e não de 310 na tabela 6, devido à existência de um inquirido que admite nunca ter consultado o médico dentista.

No que diz respeito à distribuição por sexo da última consulta ao médico dentista, foi possível verificar neste estudo que a maioria de ambos os sexos refere ter realizado a sua última consulta há menos de 6 meses (45,3% masculino; 47,6% feminino), sendo que, apenas um inquirido do sexo masculino admitiu nunca ter consultado o médico dentista (Tabela 7).

Relativamente ao motivo da última consulta, a rotina foi o principal motivo em ambos os sexos, logo precedido de dor de dentes (Tabela 8).



Em relação à validade estatística destes dados, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que se refere a estas variáveis ($p > 0,05$). (Tabela 7 e 8)

Tabela 7. Distribuição por sexo da última consulta ao M.D.

		Menos de 6 meses	De 6 a 12 meses	Mais de 1 ano	Nunca	Total	Teste X^2
Masculino	n	112	69	65	1	247	0,754
	%	45,3%	27,9%	26,3%	0,4%	100%	
Feminino	n	30	14	19	0	63	$p > 0,05$
	%	47,6%	22,2%	30,2%	0,0%	100%	

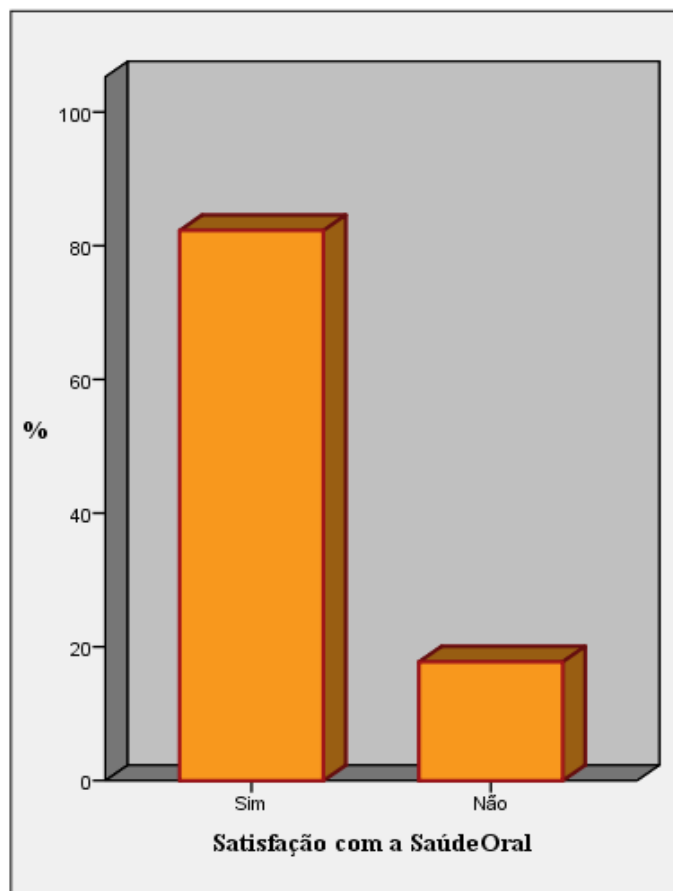
Tabela 8. Distribuição por sexo do motivo da última consulta ao M.D.

		Dor de dentes	Cara inchada	Estética	Rotina	Outro	Total	Teste X^2
Masculino	n	67	2	25	129	23	246	0,273
	%	27,2%	0,8%	10,2%	52,4%	9,3%	100%	
Feminino	n	14	1	2	37	9	63	$p > 0,05$
	%	22,2%	1,6%	3,2%	58,7%	14,3%	100%	

Neste estudo foram também avaliadas as alterações na vida quotidiana provocadas por motivos orais.

Neste grupo foi possível verificar que 82,3% dos participantes se diz satisfeito com a sua saúde oral enquanto 17,7% diz não estar (Gráfico 1)

Gráfico 1. Satisfação com saúde oral



Da mesma maneira, foi também possível verificar até que ponto os participantes se preocupam com a dor ou desconforto dentário. Os resultados demonstraram que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) no que respeita a sexo, área de residência, habilitações literárias ou funções que desempenham e, em todos, a maioria dos participantes respondeu preocupar-se com esta condição (Tabela 9).

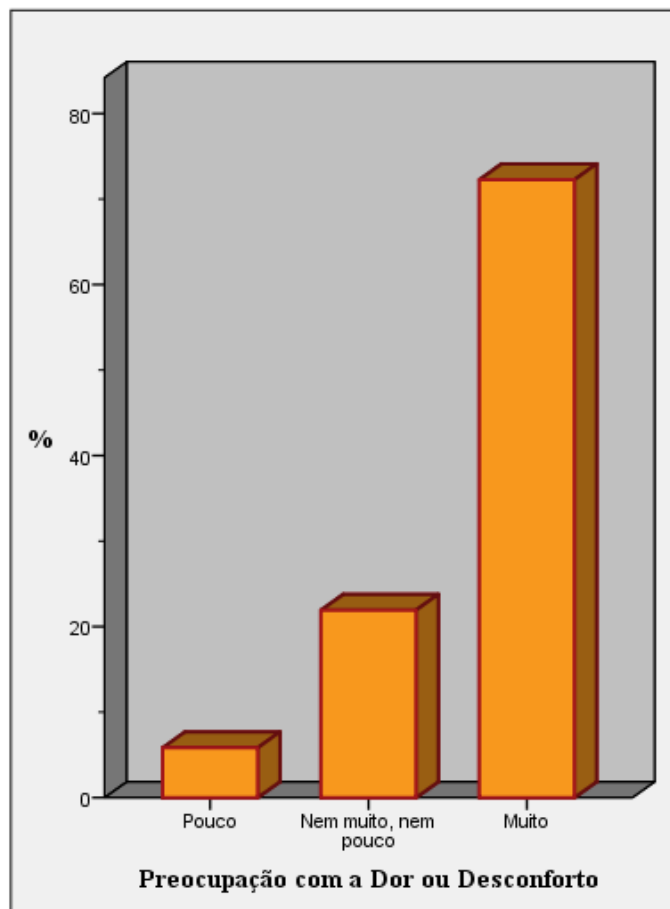


Tabela 9. Preocupação com dor ou desconforto dentário

			Preocupação com Dor ou Desconforto Dentário		Total	Teste X^2
			Sim	Não		
Sexo	Masculino	n	233	14	247	0,778
		%	94,3%	5,7%	100%	
	Feminino	n	60	3	63	p>0,05
		%	95,2%	4,8%	100%	
Residência	Aldeia	n	143	5	148	0,276
		%	96,6%	3,4%	100%	
	Vila	n	43	4	47	p>0,05
		%	91,5%	8,5%	100%	
	Cidade	n	107	8	115	p>0,05
		%	93,0%	7,0%	100%	
Habilitações literárias	1º-4º ano	n	15	0	15	0,068
		%	100,0%	0,0%	100%	
	4º-9º ano	n	80	2	82	0,068
		%	97,6%	2,4%	100%	
	9º-12º ano	n	112	8	120	p>0,05
		%	93,3%	6,7%	100%	
	Bacharelato	n	12	0	12	p>0,05
		%	100,0%	0,0%	100%	
	Licenciatura	n	63	4	67	p>0,05
		%	94,0%	6,0%	100%	
Mestrado	n	11	3	14	p>0,05	
	%	78,6%	21,4%	100%		
Função desempenhada	Chefe	n	41	3	44	0,903
		%	93,2%	6,8%	100%	
	Administrativo	n	59	3	62	p>0,05
		%	95,2%	4,8%	100%	
Operário	n	193	11	204	p>0,05	
	%	94,6%	5,4%	100%		

Verifica-se também que o nível de preocupação relativamente a esta condição é elevado, sendo que 68,1% respondeu que se preocupa muito e apenas 5,5% admitiu que se preocupa pouco (Gráfico 2).

Gráfico 2. Grau de preocupação com Dor ou Desconforto Dentário



Uma vez que esta questão está directamente relacionada com preocupação com a saúde oral, seria interessante verificar qual o grupo, de entre chefes, administrativos e operários, que mais se preocupa com essa mesma dor ou desconforto. Desta forma, constatou-se, através dos resultados obtidos, que a classe operária será a que menos se preocupa com essa mesma dor ou desconforto dentário (6,3%), enquanto a classe chefe é a que mais se preocupa (75,6%).

Também relativamente às habilitações literárias se verificou que quanto menor são as habilitações, menor essa preocupação, uma vez que 20% dos participantes com 1º-4º ano respondeu que se preocupa pouco e 81,8% dos participantes com mestrado revelou preocupar-se muito. (Tabela 10)

No que diz respeito ao sexo, os indivíduos do sexo masculino demonstraram uma menor preocupação com a dor ou desconforto dentário e consequentemente com a



saúde oral, uma vez que 6% admitiu preocupar-se pouco, contrastando com os 5% do sexo feminino. Da mesma maneira 86,7% dos indivíduos do sexo feminino respondeu preocupar-se muito, enquanto apenas 68,5% dos indivíduos do sexo masculino escolheu a mesma opção (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição da preocupação com Dor e Desconforto Dentário

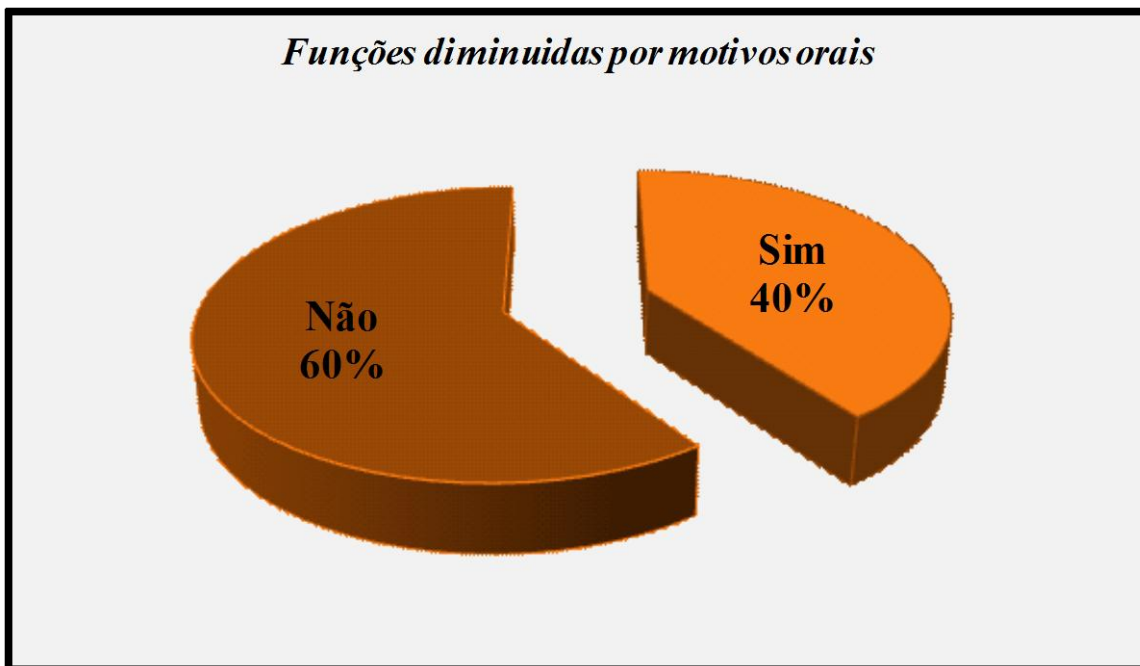
			Preocupação			Total	Teste χ^2
			Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito		
Sexo	Masculino	n	14	59	159	232	0,778
		%	6,0%	25,4%	68,5%	100%	
	Feminino	n	3	5	52	60	p>0,05
		%	5,0%	8,3%	86,7%	100%	
Residência	Aldeia	n	7	35	100	142	0,276
		%	4,9%	24,6%	70,4%	100%	
	Vila	n	3	3	37	43	p>0,05
		%	7,0%	7,0%	86,0%	100%	
	Cidade	n	7	26	74	107	p>0,05
		%	6,5%	24,3%	69,2%	100%	
Habilitações literárias	1º-4º ano	n	3	1	11	15	0,068
		%	20,0%	6,7%	73,3%	100%	
	4º-9º ano	n	4	23	52	79	0,068
		%	5,1%	29,1%	65,8%	100%	
	9º-12º ano	n	6	22	84	112	0,068
		%	5,4%	19,6%	75,0%	100%	
	Bacharelato	n	2	4	6	12	0,068
		%	16,7%	33,3%	50,0%	100%	
	Licenciatura	n	2	12	49	63	p>0,05
		%	3,2%	19,0%	77,8%	100%	
Mestrado	n	0	2	9	11	p>0,05	
	%	0,0%	18,2%	81,8%	100%		
Função desempenhada	Chefe	n	1	9	31	41	0,903
		%	2,4%	22,0%	75,6%	100%	
	Administrativo	n	2	13	44	59	p>0,05
		%	3,4%	22,0%	74,6%	100%	
	Operário	n	12	42	138	192	p>0,05
		%	6,3%	21,9%	71,9%	100%	

Apesar destes resultados, diferenças estatisticamente significativas não foram encontradas ($p > 0,05$) (Tabela 10).

Através do questionário aplicado, também foi possível avaliar até que ponto os participantes já sentiram as suas funções diminuídas por motivos orais.

Os resultados obtidos demonstraram que houve uma maior percentagem de indivíduos a admitirem que nunca haviam sentido as suas funções diminuídas (60%) no entanto, uma percentagem bastante elevada de participantes (40%) admitiu que alguma vez na sua vida já havia sentido as suas funções diminuídas por motivos orais (Gráfico 3).

Gráfico 3. Funções diminuídas por motivos orais



Das razões para os participantes se sentirem prejudicados, houve uma que se destacou largamente das outras, que foi a dor de dentes, recolhendo 84% das escolhas (Tabela 11).



Tabela 11. Motivo por se sentir prejudicado

	n	%
Dor de dentes	105	84
Fractura dentária	6	4,8
Cara inchada	5	4
Estética	6	4,8
Outro	3	2,4

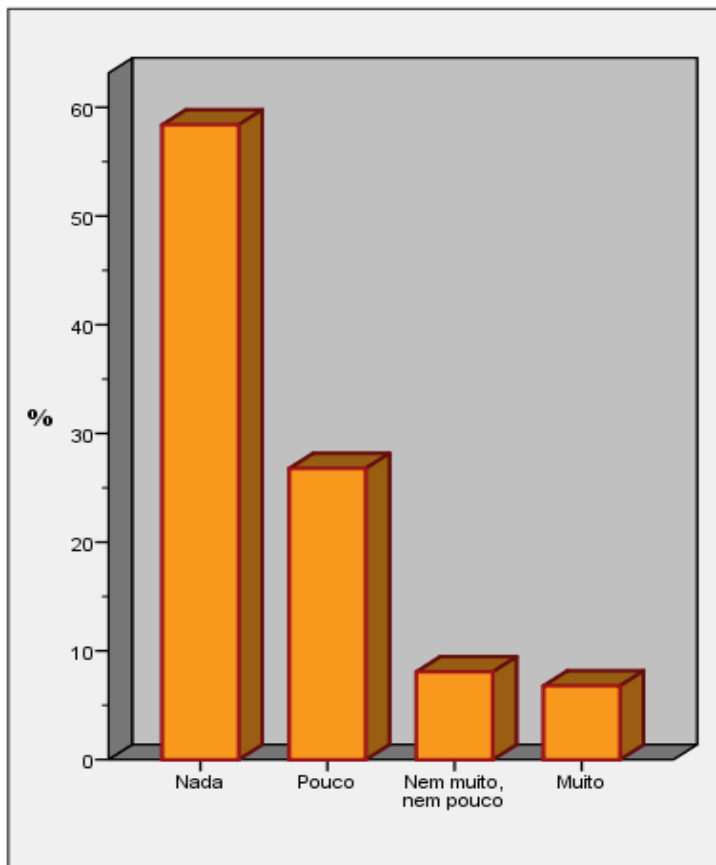
Relativamente às actividades em que os participantes se sentiram prejudicados, estes responderam, na maioria das vezes (62,9%) que a alimentação foi a principal actividade afectada (Tabela 12).

Tabela 12. Actividades prejudicadas

	n	%
Tarefas domésticas	8	6,5
Auto higienização	12	9,7
Alimentação	78	62,9
Comunicação	24	19,4
Outro	2	1,6
Total	124	100

Como um dos principais objectivos deste estudo é avaliar o absentismo laboral por motivos orais, foram também avaliadas alterações laborais por motivos orais. De entre estas questionaram-se os funcionários até que ponto motivos orais já prejudicaram o rendimento laboral, obtendo-se os seguintes resultados apresentados no gráfico 4.

Gráfico 4. Alterações no rendimento laboral provocados por motivos orais



Averiguou-se, então, que 58,4% dos participantes nunca se sentiu prejudicado no seu rendimento laboral por motivos orais. 26,8% responderam que pouco, 8,1% nem muito nem pouco e 6,8% sentiram que o seu rendimento já foi muito afectado por problemas orais.

O grupo que sentiu as suas funções mais prejudicadas por motivos orais foi o grupo dos operários (8,3%), enquanto os chefes foram os que menos sentiram as suas funções diminuídas por motivos orais (70,5%) ($p > 0,05$) (Tabela 13).

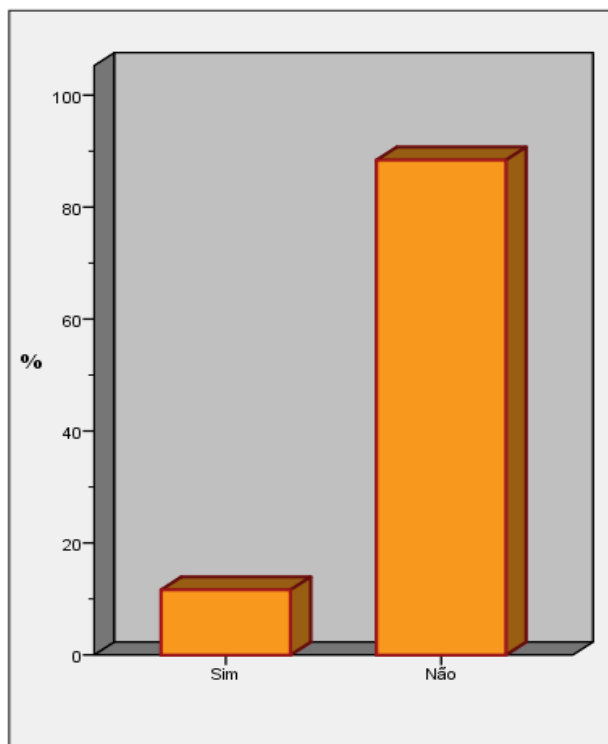


Tabela 13. Distribuição das alterações no rendimento laboral por motivos orais pelas funções desempenhadas

		Alterações no rendimento laboral por motivos orais				Total	Teste X^2	
		Nada	Pouco	Nem muito, nem pouco	Muito			
Função desempenhada	Chefe	n	31	6	4	3	44	0,2 p>0,05
		%	70,5%	13,6%	9,1%	6,8%	100%	
	Administrativo	n	35	21	5	1	62	
		%	56,5%	33,9%	8,1%	1,6%	100%	
	Operário	n	115	56	16	17	204	
		%	56,4%	27,5%	7,8%	8,3%	100%	
Total	n	181	83	25	21	310		
	%	58,4%	26,8%	8,1%	6,8%	100%		

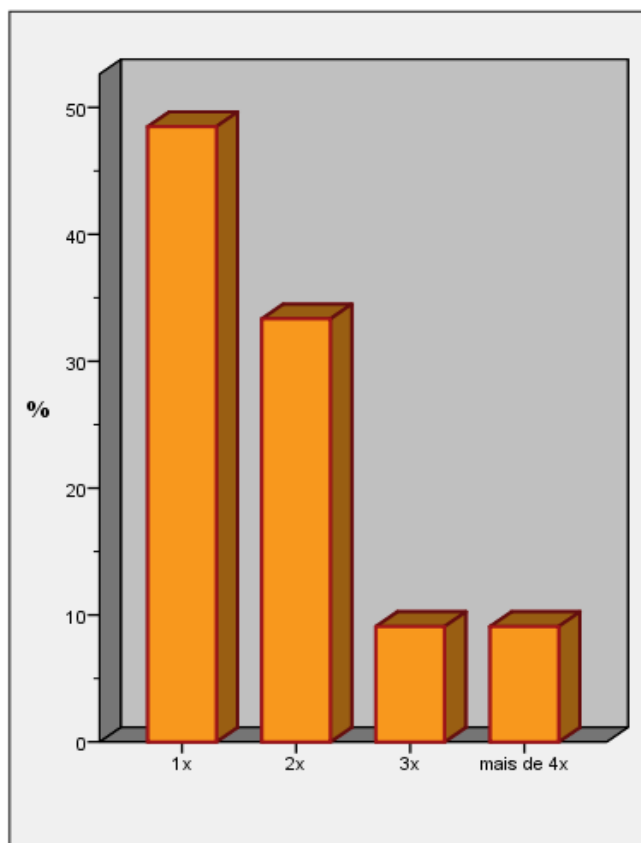
No que diz respeito ao absentismo laboral verificou-se que a maioria dos funcionários nunca faltaram ao trabalho por motivos orais, no entanto 11,6% já haviam faltado (Gráfico 6).

Gráfico 5. Absentismo laboral por motivos orais



A frequência de absentismo laboral encontra-se representado no gráfico 6, em que é possível constatar que a maioria dos funcionários (48,5%) faltou apenas uma vez por motivos orais, 33,3% faltou duas vezes, 9,1% três e quatro vezes, respectivamente.

Gráfico 6. Frequência de absentismo laboral por motivos orais



Neste estudo analisou-se também qual o grupo de funcionários com mais absentismo laboral por motivos orais, sendo que o grupo dos operários foi o que mais faltou, contando com 72,7% de ausências em comparação com 18,2% dos administrativos e 9,1% dos chefes (Tabela 13). Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas na distribuição destas variáveis, ($p < 0,05$) o que permitem concluir que de facto existe uma forte associação entre estatuto sócio-económico e absentismo laboral relacionado com a saúde oral e que essa mesma associação se pode verificar na demais população (Tabela 14).

Estes dados são também reforçados pelos anteriormente obtidos nas tabelas 3 e 4, em que foi possível apurar que existem diferenças estatisticamente significativas no



que respeita à frequência de escovagem diária e à frequência das consultas ao médico dentista quando distribuídas pelas habilitações literárias, sendo que um menor grau de formação/menor condição sócio-económica conduz a uma menor escovagem diária e a uma menor assiduidade nas consultas ao médico dentista.

Tabela 14. Distribuição da frequência de absentismo laboral por motivos orais pela função desempenhada

		Função desempenhada			Total	Teste X^2	
		Chefe	Administrativo	Operário			
Frequência de absentismo laboral	1x	n	0	4	12	16	0,019
		%	0,0%	25,0%	75,0%	100%	
	2x	n	1	2	8	11	
		%	9,1%	18,2%	72,7%	100%	
	3x	n	2	0	1	3	
		%	66,7%	0,0%	33,3%	100%	
	mais de 4x	n	0	0	3	3	
		%	0,0%	0,0%	100%	100%	
Total	n	3	6	24	33		
	%	9,1%	18,2%	72,7%	100%		

Também se corroborou que os indivíduos do sexo masculino faltaram muito mais (90,9%) quando comparado com os indivíduos do sexo feminino (9,1%) (Tabela 15).

No entanto estes dados têm apenas validade interna na amostra seleccionada, sendo que, uma vez realizado o teste do X^2 , se verificou que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$).



Tabela 15. Distribuição da frequência de absentismo laboral por sexo

		Sexo		Total	Teste χ^2	
		Masculino	Feminino			
Frequência de absentismo laboral	1x	n	15	1	16	0,459
		%	93,8%	6,3%	100%	
	2x	n	10	1	11	
		%	90,9%	9,1%	100%	
	3x	n	3	0	3	
		%	100%	0,0%	100%	
	mais de 4x	n	2	1	3	
		%	66,7%	33,3%	100%	
	Total	n	30	3	33	
		%	90,9%	9,1%	100%	

As razões mais frequentes desse absentismo laboral foram a dor de dentes (63,6%), fractura dentária e revisão de aparelhos ortodônticos (6,1%). 21,2% dos participantes respondeu que o motivo foi outro que não as opções disponíveis (p>0,05) (Tabela 16).

Tabela 16. Distribuição do motivo do absentismo laboral por sexo

		Motivo					Total	Teste χ^2	
		Dor de dentes	Fractura dentária	Remoção de pontos	Consulta de revisão de aparelhos dentários	Outro			
Sexo	Masculino	n	18	1	2	2	7	30	0,757
		%	60,0%	3,3%	6,7%	6,7%	23,3%	100%	
	Feminino	n	3	0	0	0	0	3	
		%	100%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	
Total		n	21	1	2	2	7	33	p>0,05
		%	63,6%	3,0%	6,1%	6,1%	21,2%	100%	



Relativamente à distribuição do motivo do absentismo laboral pela actividade desempenhada, certificou-se que a totalidade do absentismo dos chefes se deveu a outros motivos, não os apresentados. Os administrativos por sua vez faltaram mais por dor de dentes (50%), assim como os operários (75%) (Tabela 17).

Também no que diz respeito a estas variáveis, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), revelando que a dor de dentes é o principal motivo do absentismo laboral, quando esse absentismo se deve a motivos orais (Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição do motivo de absentismo laboral por função desempenhada

		Motivo					Total	Teste χ^2		
		Dor de dentes	Fractura dentária	Remoção de pontos	Consulta de revisão de aparelhos dentários	Outro				
Função desempenhada	Chefe	n	0	0	0	0	3	0,04		
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%			
	Administrativo	n	3	0	1	0	2		p < 0,05	
		%	50,0%	0,0%	16,7%	0,0%	33,3%			
	Operário	n	18	1	1	2	2			p < 0,05
		%	75,0%	4,2%	4,2%	8,3%	8,3%			
Total	n	21	1	2	2	7	33			
%	63,6%	3,0%	6,1%	6,1%	21,2%					

No que respeita a horas de trabalho perdidas por motivos orais, verificou-se que dos 33 funcionários que faltaram ao trabalho por motivos orais, 39,4% faltaram oito horas enquanto 27,3% faltaram duas horas, 15,2% quatro horas e 6,1% uma e dezasseis horas, respectivamente (Gráfico 7 e Tabela 18)

Foi possível então averiguar que o total de horas perdidas por motivos orais de todos os funcionários participantes foi de 248 horas (Tabela 18).

Gráfico 7. Horas de trabalho perdidas por motivos orais

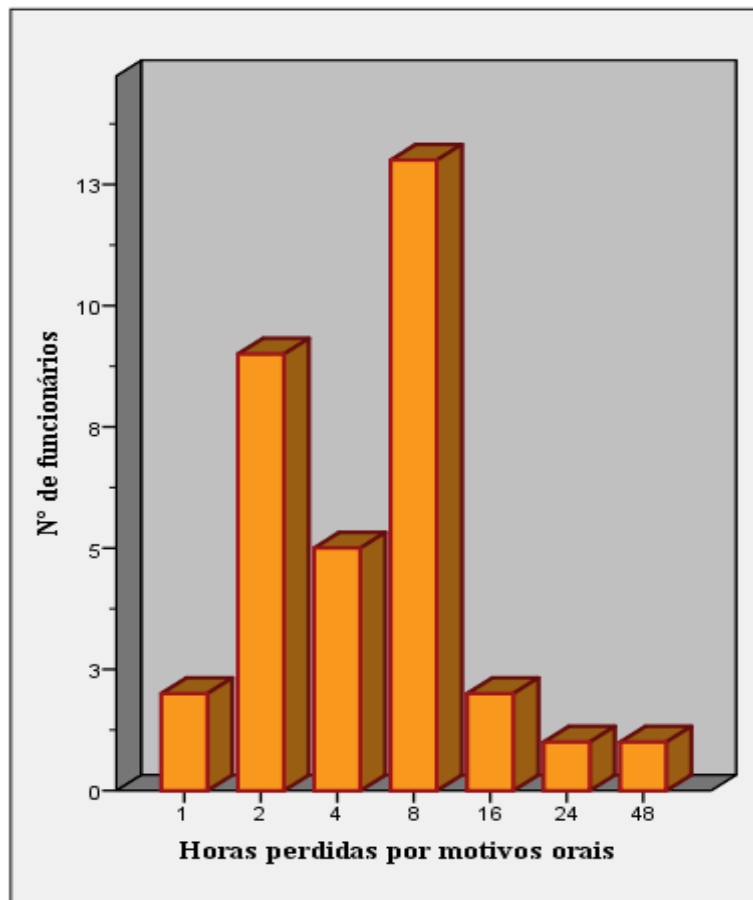


Tabela 18. Horas de trabalho perdidas por motivos orais

	n	%	Total de horas perdidas
Horas perdidas por funcionário	1	2	6,1
	2	9	27,3
	4	5	15,2
	8	13	39,4
	16	2	6,1
	24	1	3
	48	1	3
Total de funcionários que faltaram ao trabalho	33	100	
Total de funcionários que não faltaram ao trabalho	277		
Total de funcionários	310		

Uma vez contabilizado o número de horas que os funcionários faltaram ao trabalho por motivos orais decidiu-se, neste estudo, contabilizar também as repercussões monetárias a nível salarial desse mesmo absentismo. Dos 33 funcionários que faltaram ao trabalho, apenas 26 preencheram o campo referente à dedução salarial. Desta forma foi possível verificar que destes 26 funcionários, 38,5% viu o seu salário diminuído em 30€, enquanto 34,6% não tiveram repercussão alguma (Gráfico 8 e Tabela 19).

Relativamente à dedução efectuada nos salários dos funcionários por faltarem ao trabalho por motivos orais, o total foi de 580€ por quinze funcionários, visto que nove responderam que não sofreram dedução alguma (Tabela 19).

Gráfico 8. Dedução salarial por absentismo laboral devido a motivos orais

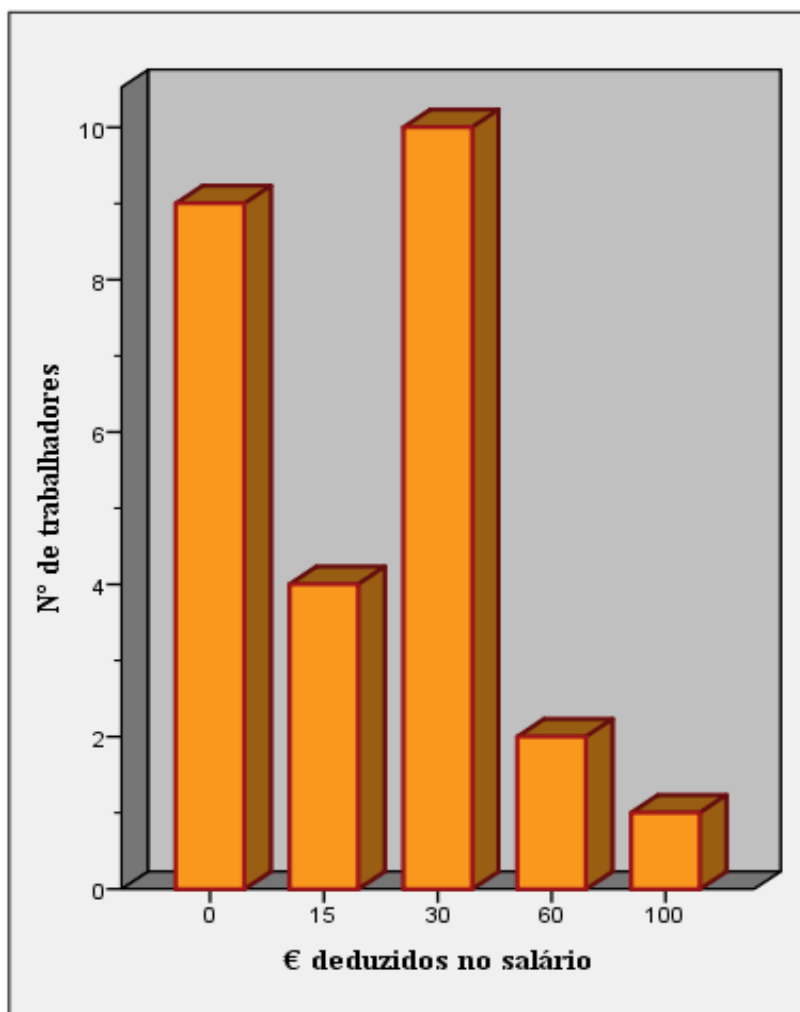




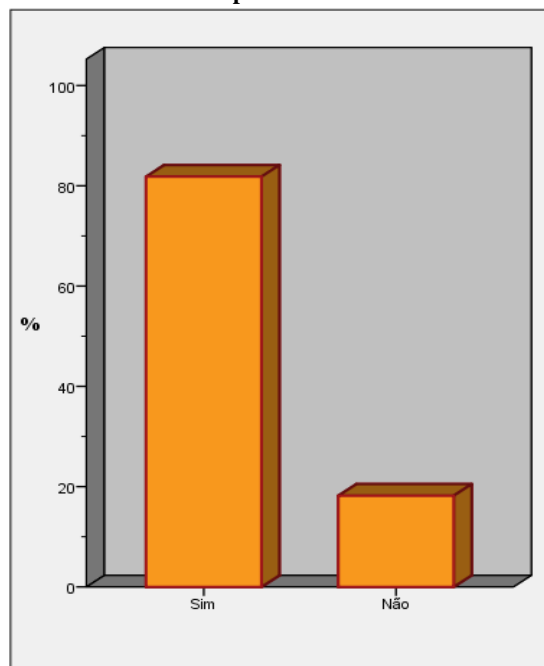
Tabela 19. Dedução salarial por absentismo laboral devido a motivos orais

	n	%	Total de €
	9	34,6	
	4	15,4	
Dedução no salário em €	10	38,5	580
	2	7,7	
	1	3,8	
Total de funcionários que tiveram repercussões salariais	26	100	
Total de funcionários que não faltaram ou não tiveram repercussões salariais	284		
Total	310		

Neste estudo foi também verificado até que ponto os funcionários que haviam faltado ao trabalho por motivos orais estavam conscientes de que, alterando os seus cuidados com a sua saúde oral, essas ausências e esse dinheiro deduzido no seu salário seriam evitados.

Constatou-se, então, que 81,8% estavam conscientes de que alterando os seus cuidados com a higiene oral essas ausências seriam evitadas, enquanto 18,2% não partilharam da mesma opinião (Gráfico 9).

Gráfico 9. Consciencialização dos funcionários que uma alteração nos seus hábitos de saúde oral evitaria o absentismo laboral por motivos orais.



Tendo em conta que 100% dos chefes admitiu que não sente que se alterasse os seus cuidados com a saúde oral essa ausência teria sido evitada, uma vez que em todos, essa ausência foi por outro motivo que não o das opções fornecidas (Tabela 17), verificou-se que tanto o grupo dos administrativos (83,3%) como o grupo dos operários (91,7) estão bastante conscientes que alterando os seus comportamentos de higiene oral, evitariam essas ausências e, conseqüentemente, a repercussão monetária subjacente seria igualmente evitada (Tabela 20).

Também relativamente à distribuição destas variáveis, diferenças estatisticamente significativas foram verificadas ($p < 0,01$) (Tabela 20).

Tabela 20. Distribuição da consciencialização pela função desempenhada

		Consciencialização		Total	Teste X^2	
		Sim	Não			
Função desempenhada	Chefe	n	0	3	0,001	
		%	0,0%	100%		
	Administrativo	n	5	1		6
		%	83,3%	16,7%		100%
	Operário	n	22	2		24
		%	91,7%	8,3%		100%
Total	n	27	6	33	$p < 0,01$	
	%	81,8%	18,2%	100%		



3.2 Caracterização da amostra no que diz respeito ao impacto da saúde oral na qualidade de vida (OHIP-14)

Como referido em capítulos anteriores, o OHIP-14 é um questionário que permite quantificar o impacto da saúde oral na qualidade de vida, de uma amostra, através de uma escala que varia entre 0 e 28. Desta forma e através de 14 questões, permite averiguar até que ponto dimensões como: Limitação funcional (1 e 2); Dor (3 e 4); Desconforto Psicológico (5 e 6); Incapacidade Física (7 e 8); Incapacidade Psicológica (9 e 10); Incapacidade Social (11 e 12) e Desvantagens (13 e 14) se encontram afectadas por motivos orais.

Através dos resultados obtidos verificou-se que o impacto da saúde oral sobre a qualidade de vida dos funcionários é significativamente baixo, uma vez que a média é de 4 num máximo de 28. No entanto existem casos pontuais de elevado grau de afectação, uma vez que foi possível obter num caso o valor máximo de 23,34, o que indica que neste inquirido, a sua qualidade de vida se encontra bastante afectada pela sua saúde oral. Foi também verificado que a moda dos resultados obtidos, ou seja, o valor mais frequente nos resultados, foi o 0 e que a mediana é de 3 (Tabela 21)

Tabela 21. Resultados OHIP-14

	Média	Moda	Mediana	Valor mais elevado	Valor mais baixo
Resultados OHIP-14	4	0	3	23,34	0

No que diz respeito às várias dimensões avaliadas certificou-se, também, que o impacto na qualidade de vida de cada uma das dimensões é baixo, tendo em conta que o resultado do OHIP-14 na sua totalidade também o foi. No entanto foi possível verificar que a dimensão mais afectada foi a “Dor” com 1,08 logo seguido do “Desconforto psicológico” (0,72) e da “Incapacidade psicológica” (0,62).



Embora os resultados tenham sido baixos, também foi possível validar que existiram participantes em que o resultado dos parâmetros foi máximo (4), excepto na “Incapacidade social” (2,62) e na “Desvantagens” (2,36), indiciando que existem funcionários que têm a sua qualidade de vida bastante afectada em qualquer uma das dimensões (Tabela 22).

Tabela 22. Resultados OHIP-14 por dimensões

Dimensões	Média	Moda	Mediana	Valor mais	Valor mais	Valor máximo possível
				elevado	baixo	
Limitação Funcional	0,55	0	0	4	0	
Dor	1,08	0	1	4	0	
Desconforto Psicológico	0,72	0	0	4	0	
Resultados OHIP-14 Incapacidade Física	0,5	0	0	4	0	4
Incapacidade Psicológica	0,62	0	0	4	0	
Incapacidade Social	0,4	0	0	2,62	0	
Desvantagens	0,28	0	0	2,36	0	

Tendo em conta a tabela 22 confirma-se que a média varia entre 0,28 e 1,08, considerando que, quanto maior for a média, maior será a percepção do impacto da saúde oral na qualidade de vida.

Verificou-se, ainda, que a opção mais escolhida foi “Nunca” em todas as questões e que a dimensão que é mais afectada e, como havia sido concluído através da tabela 22, é a “Dor” sendo que apenas 36,5% e 34,5% responderam “Nunca” nas duas questões que a quantificam. As dimensões que são menos afectadas e como é possível verificar também na tabela 22 são a “Incapacidade social” e a “Desvantagem” com 73,2%/70,3%, e 70,3%/100%, nas duas questões que as quantificam, respectivamente (Tabela 23).



Tabela 23. Quantificação das respostas ao OHIP-14

Dimensões	Questões	n/%	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Bastantes vezes	Frequentemente
Limitação Funcional	OHIP1	n	228	47	31	1	3
		%	73,5	15,2	10,0	0,3	1,0
	OHIP2	n	178	59	62	5	6
		%	57,4	19	20	1,6	1,9
Dor	OHIP3	n	113	100	84	11	2
		%	36,5	32,3	27,1	3,5	0,6
	OHIP4	n	107	87	96	10	10
		%	34,5	28,1	31	3,2	3,2
Desconforto Psicológico	OHIP5	n	169	64	64	4	9
		%	54,5	20,6	20,6	1,3	2,9
	OHIP6	n	183	69	43	8	7
		%	59	22,3	13,9	2,6	2,3
Incapacidade Física	OHIP7	n	211	58	33	4	4
		%	68,1	18,7	11	1,3	1,3
	OHIP8	n	201	70	29	8	2
		%	64,8	22,6	9	2,6	0,6
Incapacidade Psicológica	OHIP9	n	182	74	45	5	4
		%	58,7	23,9	15	1,6	1,3
	OHIP10	n	207	44	44	5	10
		%	66,8	14,2	14	1,6	3,2
Incapacidade Social	OHIP11	n	227	52	24	7	0
		%	73,2	16,8	8	2,3	0
	OHIP12	n	218	56	28	6	2
		%	70,3	18,1	9	1,9	0,6
Desvantagem	OHIP13	n	218	51	31	5	5
		%	70,3	16,5	10	1,6	1,6
	OHIP14	n	310	0	0	0	0
		%	100	0	0	0	0

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



Sendo o corpo humano uma associação de diversos sistemas que se relacionam entre si e que funcionam num sinergismo, cuja finalidade é proporcionar ao ser humano uma condição que o permita disfrutar da totalidade das suas capacidades, da mesma maneira os diversos ramos da medicina não devem ser estanques e devem “olhar” para o corpo humano como um todo.

Desta forma, a medicina dentária e a saúde oral não podem ser encaradas como sendo de importância secundária, uma vez que é através da cavidade oral que o ser humano obtém todos os suplementos necessários ao correcto funcionamento do seu corpo, permitindo responder às agressões externas a que este está exposto diariamente.

Ainda nos dias que correm, a medicina dentária e a saúde oral são negligenciadas por muitas comunidades e sociedades, sendo consideradas como uma condição de interesse e prioridade secundário^{24, 25}.

Estando a saúde oral comprometida, o sinergismo de todos os sistemas é quebrado, sendo cada um afectado de forma diferente, dependendo da relação e da proximidade que mantêm com a cavidade oral^{5, 13, 14, 24, 26-28}.

Verificando-se uma saúde oral deficitária, não é só a saúde geral que vai estar afectada, mas também irá conduzir a repercussões multidimensionais, como por exemplo, alterações físicas, psíquicas e sociais que culminam numa fraca qualidade de vida, podendo advir destas alterações consequências menos positivas para o individuo, consequências essas de cariz pessoal, social ou mesmo profissional^{3, 5, 8, 12-14, 16, 23, 24, 27-47}.

Muitos dos estudos que abordam a qualidade de vida relacionada com saúde oral são mesmo realizados em crianças em idade escolar, uma vez que uma saúde oral débil em idades precoces pode conduzir a um elevado impacto com repercussões negativas para o resto da vida^{3, 11, 12, 24, 25, 42}.

Não só as crianças mas também os idosos são alvo de muitos estudos, no que respeita à avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral^{23, 26, 37, 48}.

Para além destes, também há estudos realizados na faixa etária profissionalmente activa. Esta carece de mais interesse em avaliar o impacto da qualidade de vida relacionado com saúde oral na sua vivência diária, assim como o absentismo laboral por motivos de saúde oral, uma vez que desta faixa etária depende o auto-sustento de um agregado familiar, de uma empresa e mesmo de um país^{13, 16, 31-34, 36, 45, 46, 49-54}.



Devido à escassez de estudos semelhantes na Europa, Península Ibérica, e em Portugal, foi estudado o absentismo laboral por motivos orais assim como a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, numa amostra de funcionários da empresa PSA Peugeot/Citroën de Mangualde.

Por a essa mesma escassez, será difícil fazer comparações com populações próximas, no entanto vários estudos foram realizados internacionalmente com a finalidade de relacionar a qualidade de vida das mais variadas amostras com problemas orais.

Che *et al.* num estudo algo diferente ao aqui apresentado e em que a saúde oral não é estudada, verificou a relação entre stress ocupacional e saúde mental em funcionários na produção de óleo e concluiu que funcionários que sofriam de stress ocupacional durante 7 a 9 anos sofriam de alterações psicológicas⁵⁴. Uma vez que as alterações mentais podem estar associadas a condições orais precárias²⁹, é possível associar danos orais com alterações a nível laboral nestes indivíduos.

Esta referência surge apenas a título de curiosidade, uma vez que neste estudo não foram avaliadas repercussões do trabalho na saúde oral.

Num estudo semelhante ao atrás apresentado, realizado por Marcenes *et al.* (1992), foi estudada a relação entre stress no trabalho e o status oral numa amostra de indivíduos e concluíram, que existia uma relação entre doença periodontal e a exigência mental causada pelo trabalho, qualidade conjugal e estatuto sócio-económico, assim como uma relação entre cárie dentária e consumo de açúcar, idade, estatuto sócio-económico e qualidade conjugal³¹.

Um resultado semelhante foi encontrado neste estudo, no que respeita à importância dada à saúde oral relacionada com o estatuto sócio-económico. Verificou-se, então, que funcionários com níveis de instrução mais baixo e que residem em áreas mais desfavorecidas como aldeias e têm, consequentemente, estatuto sócio-económico inferior, foram os que revelaram menor interesse com esta problemática, e consequentemente foram os que sofreram maiores repercussões no que diz respeito a problemas com a saúde oral.

Relativamente a estes dados verificou-se também, através do teste do X^2 , que existe uma diferença estatisticamente significativa no que respeita a estas variáveis, o



que permite a utilização destes dados para fazer uma analogia para a demais população que rodeia a amostra seleccionada, evidenciando que na população na qual a amostra seleccionada se insere, quanto menor for o grau de formação/estatuto sócio-económico, menor a preocupação com a saúde oral e maiores são as repercussões negativas relacionadas com essa falta de adopção de cuidados de saúde. (Tabelas 3, 4 e 14).

O mesmo resultado foi também obtido por Nguyen *et al.* (2010), em que verificaram que indivíduos a residir em áreas urbanas têm um menor risco de perder dentes e de presença de cáries, quando comparado com os indivíduos residentes nas zonas rurais.

Outro dado interessante verificado neste estudo foi que existe uma maior preocupação por parte dos indivíduos do sexo feminino com a sua condição oral, quando comparado com o sexo masculino, uma vez que a frequência de escovagens por dia deste último é inferior.

Também no cruzamento destas variáveis, diferenças estatisticamente significativas foram encontradas através do teste do X^2 ($p < 0,01$). À semelhança do que se verificou com o estatuto sócio-económico, o mesmo pode ser auferido com o sexo dos participantes, permitindo da mesmo forma verificar que, na demais população na qual a amostra se insere, os indivíduos do sexo feminino têm uma maior preocupação com a saúde oral e adoptam mais comportamentos de saúde relacionados com a cavidade oral que os indivíduos de sexo oposto.

Esta conclusão é reforçada com os resultados obtidos no motivo da última consulta e com a preocupação com dor ou desconforto dentário. Relativamente ao primeiro, os indivíduos do sexo masculino tiveram, quando somadas, percentagem superior de Dor de Dentes e Cara inchada (28%) quando comparado com o sexo feminino (23,8%). Este resultado vai de encontro com o obtido por Nguyen *et al.* (2010) que concluíram que numa amostra recolhida no Vietname, as mulheres apresentaram risco significativamente maior de dentes cariados e obturados e menos probabilidade de falta de dentes que os homens⁵⁵.

Igualmente aos anteriores Lawrence *et al.* (2008) concluíram que, numa amostra recolhida na Nova Zelândia, a incidência de superfícies cariadas e a prevalência de doença periodontal é superior nos indivíduos do sexo masculino que do sexo feminino,



assim como indivíduos com melhor condição sócio-económica apresentam uma condição oral mais favorável que aqueles sócio-económicamente mais desfavorecidos.

Com o mesmo enquadramento e, no que diz respeito à preocupação com a dor ou desconforto dentário, resultados semelhantes foram obtidos, em que se verificou que o sexo feminino afirmou preocupar-se em maior percentagem, ainda que escassa (95,2%) do que o sexo oposto (94,3%).

Por sua vez, Madléna *et al.* (2008) chegaram a conclusões distintas. Estes, num estudo realizado na Hungria, verificaram que as mulheres apresentam um índice DMF-T (análogo do índice CPO) mais elevado do que os homens, o que se traduz numa condição oral mais deficitária nas mulheres que nos indivíduos do sexo oposto⁵⁶.

Da mesma forma Sarita *et al.* (2004) chegaram às mesmas conclusões num estudo realizado numa amostra recolhida na população da Tanzânia. Concluíram então que as mulheres com idade inferior a 60 anos apresentavam um índice DMF-T superior ao dos homens e não foram encontradas variações entre área de residência urbana ou rural⁵⁷.

Esta variação de resultados pode ser explicada, tendo em conta o local e a região onde as amostras foram recolhidas. Devido à distância que separa as amostras, existem variações culturais, étnicas e sociais, que podem influenciar a adopção ou não de medidas preventivas relacionadas com saúde oral.

Este facto pode ser confirmado através do estudo realizado por Wu *et al.* (2011), no qual concluíram que indivíduos da raça negra e hispânica têm piores comportamentos de saúde oral, em comparação com indivíduos da raça branca, assim como chegaram à conclusão que, quanto menor for o estatuto sócio-económico, pior é a condição oral⁵⁸.

No que respeita à preocupação da amostra recolhida com a dor e desconforto dentário, ou seja, com a saúde oral, foi possível verificar que 68,1% dos participantes respondeu que se preocupa muito, sendo a classe operária e os participantes com menor estatuto sócio-económico, os que menos se preocupam com esta condição.

Desta forma e tendo em conta os resultados obtidos, quer por este estudo, quer pelos estudos anteriormente apresentados, é possível verificar que, e de acordo com Locker (2000), o estatuto sócio-económico tem um efeito profundo nos comportamentos de saúde oral, assim como variações sociais, culturais e étnicas^{58, 59}.



Também foi possível verificar neste estudo que uma grande percentagem dos participantes (40%) mas não a maioria, sentiu as suas funções diminuídas por motivos orais.

Este resultado não vai de encontro ao obtido por Gomes e Abegg (2007) que verificaram uma prevalência de 73,6% de impactos de problemas orais no desempenho diário da sua amostra⁵².

Este facto é justificado, tendo em conta que parte representativa dos participantes consulta regularmente o médico dentista, preocupa-se com a saúde oral e tem comportamentos preventivos relativamente à sua condição oral, nomeadamente escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia.

Estes dados são de grande relevância, uma vez que através deles é possível verificar que apenas uma minoria ainda não encara a saúde oral como uma prioridade para o bem-estar geral, sendo visível o efeito positivo das medidas preventivas e da informação transmitida à população, no que se refere à importância de uma boa saúde oral.

Relativamente ao impacto de problemas dentários nas actividades diárias dos funcionários, averiguou-se então que, relativamente aos indivíduos que já sentiram as suas funções diminuídas, a função mais afectada foi a alimentação (62,9%) seguido da comunicação (19,4%) e que a dor de dentes foi a principal causa dessas funções diminuídas (84%) seguido da fractura dentária (4,8%) e da estética (4,8%)

Estes resultados vão de encontro com os obtidos por Gomes e Abegg (2007) em que numa amostra de 728 funcionários do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre estudaram o impacto dos problemas dentários no desempenho diário dos funcionários, concluindo que a alimentação (48,6%) e a higienização dentária (38,4%) foram as funções mais afectadas, tendo sido a comunicação afectada em 18,5% dos casos. Os principais motivos foram a falta de dentes (21,7%) e a dor de dentes (20,7%) e os principais sintomas, o desconforto (40,6%), insatisfação com a aparência (31,5%) e a dor (31,2%)⁵².

Matje (2009) também validou, numa amostra de 300 indivíduos do Porto Alegre com idades compreendidas entre os 50 a 74 anos que 31,3% dos inquiridos referiram sentir a sua alimentação afectada por problemas dentários e 35,5% sentiram a sua estética prejudicada por esses mesmos motivos⁴⁴.



Também Adulyanon *et al.* em 1996 verificaram o impacto de problemas orais menores no desempenho diário da população Tailandesa e chegaram à conclusão de que 73,6% dos indivíduos da amostra tiveram pelo menos um dia em que o seu desempenho foi afectado devido a motivos orais, tendo sido a alimentação a função mais afectada, seguido de estabilidade emocional e da capacidade de sorrir³³.

Num estudo semelhante Srisilapanan e Sheiham (2001), na Tailândia, contabilizaram a prevalência do impacto que as alterações orais causavam no desempenho diário de pessoas idosas, e verificaram que 52,8% dos participantes já tinham sido afectados uma vez, sendo dificuldades na alimentação, a capacidade mais afectada³⁷.

Outro estudo realizado por Kim *et al.* (2009), e em nada semelhante aos anteriores, foi relacionado e verificado o impacto de alterações mastigatórias na qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Estes concluíram que alterações a nível oral podem levar a alterações na qualidade de vida, e conseqüentemente a alterações e limitações a nível laboral⁴³.

Tsakos *et al.*, em 2001 estudaram diferenças do impacto dos problemas orais no desempenho diário entre Gregos e Ingleses. 39% dos Gregos e 12,3% dos Ingleses dentados e 47,6% dos Gregos e 16,3% dos Ingleses desdentados viram o seu desempenho diário afectado por motivos orais sendo que 89,8 % dos Gregos e 62,4% dos Ingleses necessitaram de tratamento médico-dentário⁴⁸.

Também em 2002, Macfarlane *et al.* verificaram que a prevalência de dor orofacial no Reino Unido é de ¼ da população adulta (26%). No entanto, apenas 46% procuram tratamento³⁸.

Relativamente a alterações no rendimento laboral provocadas por motivos orais na amostra seleccionada, confirmou-se que o impacto não foi muito significativo, sendo que apenas 6,8% dos 310 funcionários já haviam sentido o seu rendimento prejudicado, sendo que o grupo dos operários foi o mais afectado (8,3%)

Estes resultados não vão de encontro com os obtidos por Lacerda *et al.* (2011) no seu estudo em que verificaram a prevalência de dor orofacial e o seu impacto na qualidade de vida relacionada com saúde oral em funcionários da indústria têxtil. Concluíram então que em 28,5% dos funcionários, causas orais, nomeadamente a dor orofacial, causavam alterações no desempenho diário¹³.



Também Matje (2009) averiguou que nos 300 indivíduos da sua amostra, 59,7% sentiram o seu desempenho afectado por motivos orais⁴⁴.

Gomes e Abegg (2007) numa amostra de 201 funcionários do Departamento Municipal de Limpeza Urbana do Porto Alegre também encontraram uma percentagem bastante elevada de indivíduos (73,6%) que referiam que já tinham vivenciado alterações no seu rendimento laboral por motivos orais nos últimos 6 meses⁵².

As diferenças encontradas nos resultados destes estudos podem ser justificadas tendo em conta, mais uma vez as diferenças culturais e sociais que existem entre as diferentes amostras, assim como a quantidade e qualidade de informação que lhes é transmitida, no que respeita à sensibilização para adopção de comportamentos preventivos para com a saúde oral e também a aplicação de projectos comunitários para promoção da saúde oral.

Um dos objectivos principais deste estudo é verificar o absentismo laboral provocado por motivos orais.

Os resultados obtidos permitiram concluir que a grande maioria dos funcionários nunca havia faltado ao trabalho por motivos orais. No entanto 11,6% destes referiram já ter tido necessidade de se ausentar ao trabalho para procurar ajuda profissional de um médico dentista, ou devido a incapacidade de desempenhar as suas funções devido a esses mesmos motivos.

No que diz respeito à frequência desse absentismo, grande parte dos funcionários faltou apenas uma vez (48,5%), 33,3% duas e 9,1% três e quatro vezes.

O grupo que mais faltou foi o grupo de operários. Estes faltaram num total de 72,7%, enquanto dos administrativos faltaram 18,2% e dos chefes 9,1%.

Relativamente à distribuição por sexo, verificou-se e, como era espectável tendo em conta os resultados previamente obtidos, um maior absentismo por parte dos indivíduos do sexo masculino (90,9%).

Foi possível constatar, também, que a principal razão para esse absentismo foi a dor de dentes em 63,6% dos casos.

Ainda relativamente a estes resultados se verificou através do teste do X^2 que existe diferença estatisticamente significativa, sendo possível afirmar que na demais população, a principal causa de absentismo laboral por motivos orais é a dor de dentes.



No que diz respeito ao número de horas perdidas verificou-se que 39,4% dos que faltaram ao trabalho, se ausentaram durante oito horas, 27,3% duas horas, 15,2 % quatro horas 6,1% uma e dezasseis horas e apenas 3% faltaram por 24 e 48 horas, perfazendo um total de 248 horas perdidas por motivos orais.

Relativamente às repercussões monetárias, verificou-se que no total das 248 horas de absentismo laboral, foram deduzidos nos salários dos funcionários, um total de 580€.

Comparativamente com outros estudos realizados no âmbito da mesma problemática, estes resultados obtidos coincidem com os obtidos por Lacerda *et al.* (2011). Estes verificaram que a prevalência de dor orofacial nos funcionários da sua amostra era de 32,2% sendo que e 11,6% necessitaram de se ausentar do trabalho devido a essa mesma dor. Relativamente ao tempo de ausência laboral, destes 11,6%, 40% faltaram a um turno de trabalho, o que corresponde a 4 horas e 40% a dois turnos, correspondendo a 8 horas. Os restantes 20% faltaram menos de um turno. No total, foram perdidas 66 horas de trabalho num semestre¹³.

Num estudo muito semelhante realizado na Malásia, Jaafar *et al.* (1989) estudaram o impacto da dor orofacial na população industrial e averiguou-se que a prevalência era de 43,2% e que uma em cada dez pessoas teve que pedir licença médica por causa dessa mesma dor. No entanto, apenas 1 em cada 4 consultou o médico dentista³⁰.

Também em 2008 Lacerda *et al.* através de um estudo que relacionava a dor orofacial e o absentismo laboral, numa amostra de 480 funcionários da indústria metalúrgica, verificaram que a prevalência de dor orofacial foi de 66,1%, sendo que o absentismo registado foi de 9,3% dos funcionários⁵³.

Por sua vez Helen C. Gift *et al.* estudaram como os problemas orais e consultas ao médico dentista influenciam o desenvolvimento na escola e no trabalho, assim como o seu impacto social na população dos Estados Unidos da América (EUA). Esta verificou que relativamente às horas de trabalho perdidas por ano, foram de 164 milhões no total da população empregada o que se reflecte em 148000 horas por cada 100000 empregados, ou seja 1,48 horas por empregado no ano de 1989¹⁶. Relativamente à perda de tempo escolar, esta foi de 51 milhões de horas, 117000 horas por cada 100000 crianças (1,17 horas por criança) em idade escolar na população dos EUA em 1989¹⁶.



Relativamente a dias de actividade perdidos, estes foram 41 milhões, 17000 por 100000 indivíduos dos EUA em 1989¹⁶.

Quando analisados por individuo, estes resultados parecem não ter um impacto muito significativo, mas quando analisados tendo em conta os 164 milhões de habitantes funcionários nos EUA em 1989, verifica-se que esses resultados acarretam um importante impacto a nível sócio-económico da sociedade Norte Americana.

Outro dos objectivos principais deste estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral na amostra seleccionada, através da aplicação do questionário especialmente desenvolvido para esse efeito OHIP-14.

Como já foi referido em vários capítulos anteriores, o OHIP-14 permite quantificar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de uma amostra através de uma escala que varia entre 0 e 28. Desta forma e através de 14 questões, permite verificar até que ponto dimensões como: Limitação funcional (1 e 2); Dor (3 e 4); Desconforto Psicológico (5 e 6); Incapacidade Física (7 e 8); Incapacidade Psicológica (9 e 10); Incapacidade Social (11 e 12) e Desvantagens (13 e 14) se encontram afectadas por motivos orais.

Apurou-se, então, que o impacto da saúde oral sobre a qualidade de vida dos funcionários é significativamente baixo, uma vez que a média é de 4 num máximo de 28.

No entanto quando os dados foram analisados individualmente verificou-se que existem casos pontuais de elevado grau de afectação, uma vez que foi possível obter num caso o valor máximo de 23,34, o que indica que neste inquirido, a sua qualidade de vida se encontra bastante afectada pela sua saúde oral. Foi também provado que a moda dos resultados obtidos, ou seja, o valor mais frequente nos resultados, foi o 0 e que a mediana é de 3.

Estes resultados, permitem então confirmar, em conjunto com os anteriormente obtidos, que existe um bom nível de consciencialização e de informação no que respeita à saúde oral na amostra de 310 funcionários que foi recolhida, assim como o impacto da qualidade de vida relacionado com a saúde oral na vida quotidiana dos funcionários não é muito significativo excepto em casos pontuais.

Estes resultados são facilmente justificados tendo em conta que, e, como já foi referido anteriormente, a maioria dos funcionários consulta regularmente o médico



dentista, preocupa-se com a saúde oral e tem comportamentos preventivos relativamente à sua condição oral, nomeadamente escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia.

Em comparação com estudos semelhantes verificou-se que os valores obtidos estão dentro do que se pode considerar aceitável.

Pinto (2009) num estudo em que foi avaliado a qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos das Residenciais do Centro de Apoio Social de Oeiras, verificou que os resultados do OHIP-14 também foram bastante baixos tendo sido a média 3,23 (3,83) a mediana 2,36 e o máximo obtido 15,41²³.

Contudo verifica-se que estes valores se encontram mais baixos dos que os obtidos neste estudo, mesmo tendo sido realizado em pessoas idosas e as quais mais repercussões negativas sentem no que se refere à saúde oral²³.

No entanto estes resultados podem ser explicados tendo em conta a diferença da região e o estatuto sócio-económico dos indivíduos que constituem a amostra. Embora o nível de escolaridade dos idosos referente à amostra do primeiro estudo seja mais baixa do que o do estudo aqui realizado, o facto de essa amostra ter sido recolhida numa região citadina, mais urbanizada e densamente povoada como é Oeiras e, na qual, o nível sócio-económico é mais elevado, permite de certa forma justificar a diferença de valores obtida para a amostra deste estudo que foi recolhida numa região urbana/rural algo desfavorecida e na qual o nível sócio-económico é significativamente mais baixo²³.

Também no que respeita aos valores obtidos na resposta a cada pergunta do OHIP-14, estes dados encontram-se de acordo com os obtidos por Pinto (2009).

Esta, à semelhança dos resultados obtidos neste estudo, verificou que a resposta mais frequente foi “Nunca” e que as dimensões mais afectadas na amostra foram a “Dor” e o “Desconforto Psicológico”²³.

Estes resultados, tendo em conta que as amostras foram recolhidas no mesmo país, em áreas bastante distintas e em faixas etárias diferentes, permitem concluir que a população portuguesa tem uma maior predisposição, em ter as dimensões “Dor” e “Desconforto Psicológico” afectadas em detrimento das outras dimensões, quando se verifica que têm a sua qualidade de vida relacionada com a saúde oral diminuída.

Também é possível concluir que, embora em casos pontuais, ainda exista alguma negligência no que se refere à higiene oral e à saúde oral resultando numa qualidade de vida relacionada com a saúde oral bastante afectada, no cômputo geral e tendo em conta



os resultados obtidos em ambos os estudos, verifica-se que grande parte da população portuguesa adopta comportamentos de saúde oral correctos, resultando numa melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral, permitindo que desta forma possam usufruir de todas as capacidades e funções que a cavidade oral dispõe (falar, mastigar, saborear, etc.) assim como de um completo bem-estar físico, psíquico e social.

5. CONCLUSÃO



Através deste estudo, realizado na amostra de funcionários da empresa PSA Peugeot/Citroën, foi possível concluir que:

- Dos 930 funcionários, 310 participaram no estudo, representando 33,33% dos funcionários, logo os resultados obtidos são referentes a aproximadamente 1/3 dos funcionários da empresa;
- Relativamente ao absentismo laboral e comparativamente a outros estudos realizados internacionalmente, verificou-se uma disparidade de resultados. Um absentismo de 11,6% foi registado, o que se traduz num total de 248 horas de trabalho perdidas e 580€ deduzidos nos salários dos funcionários;
- De acordo com estudos semelhantes foi possível verificar e afirmar através do OHIP-14 que o impacto da saúde oral na qualidade de vida da amostra e da população portuguesa é relativamente baixo e que as principais dimensões afectadas são a “Dor” e o “Desconforto Psicológico”;
- É necessário a realização de mais estudos em Portugal sobre o absentismo laboral por motivos orais assim como as alterações na qualidade de vida relacionada com a saúde oral de forma a permitir obter comparações e resultados mais conclusivos.

6. BIBLIOGRAFIA



1. Martins M. A Promoção da saúde: percursos e paradigma. *Population Journal*. 2005.
2. Isabel Silva RM, Augusta Silveira. Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. 2007(4): 264 - 74.
3. Tesch FC, Oliveira BH, Leao A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and methodological issues. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2007;23(11):2555-64. Epub 2007/10/24. Mensuracao do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de criancas: aspectos conceituais e metodologicos.
4. Atchison KA. Understanding the "quality" of quality care and quality of life. In Inglehart, M R, & Bagramian, R A (eds), *Oral Health-Related Quality of Life Chicago, IL: Quintessence Publishing, Inc*. 2002:13-28.
5. Marita Rohr Inglehart RAB. Oral Health-Related Quality of Life: An Introduction. In Inglehart, M R, & Bagramian, R A (eds), *Oral Health-Related Quality of Life Chicago, IL: Quintessence Publishing, Inc*. 2002:1-6.
6. Organazation WH. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programe. Geneva,1999. 2003.
7. Organization WH. Geneve: Word Health Organization; 2003 [cited 2012 14/09]; Available from: <http://www.who.int/about/contacthq/en/index.html>.
8. Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med*. 1996;43(8):1213-22. Epub 1996/10/01.
9. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciencia & saude coletiva*. 2000;5:163-77.~



10. Organization WH. Geneve: World Health Organization; 2012 [cited 2012 14/09]; Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
11. Rodrigo L. Measurement of oral health-related quality of life in children—a step forward. *Journal of Evidence Based Dental Practice*. 2006;6(4):274-5.
12. Nurelhuda NM, Ahmed MF, Trovik TA, Astrom AN. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory. *Health and quality of life outcomes*. 2010;8:152. Epub 2010/12/25.
13. Lacerda JT, Ribeiro JD, Ribeiro DM, Traebert J. Prevalence of orofacial pain and its impact on the oral health-related quality of life of textile industries workers of Laguna, SC, Brazil. *Ciencia & saude coletiva*. 2011;16(10):4275-82. Epub 2011/10/28. Prevalencia da dor orofacial e seu impacto no desempenho diario em trabalhadores das industrias texteis do municipio de Laguna, SC.
14. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and quality of life outcomes*. 2010;8:126. Epub 2010/11/06.
15. Divaris K, Lee JY, Baker DA, Vann WF, Jr. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. *Health and quality of life outcomes*. 2011;9(1):108. Epub 2011/12/03.
16. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *American journal of public health*. 1992;82(12):1663-8. Epub 1992/12/01.
17. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007;35(6):401-11. Epub 2007/11/28.
18. Montero J, Lopez JF, Vicente MP, Galindo MP, Albaladejo A, Bravo M. Comparative validity of the OIDP and OHIP-14 in describing the impact of oral health on quality of life in a cross-sectional study performed in Spanish adults. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2011;16(6):e816-21. Epub 2011/01/11.



19. Montero J, Bravo M, Albaladejo A. Validation of two complementary oral-health related quality of life indicators (OIDP and OSS 0-10) in two qualitatively distinct samples of the Spanish population. Health and quality of life outcomes. 2008;6:101. Epub 2008/11/21.
20. Brennan DS, Spencer AJ. Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. Health and quality of life outcomes. 2004;2:35. Epub 2004/07/14.
21. Coulter ID, Marcus M, Atchison KA. Measuring oral health status: Theoretical and methodological challenges. Social Science & Medicine. 1994;38(11):1531-41.
22. Montero-Martin J, Bravo-Perez M, Albaladejo-Martinez A, Hernandez-Martin LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal. 2009;14(1):E44-50. Epub 2008/12/31.
23. Pinto PAC. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos : um estudo exploratório Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa, 2009.
24. Yiengprugsawan V, Somkotra T, Seubsman SA, Sleigh AC. Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. Health and quality of life outcomes. 2011;9:42. Epub 2011/06/15.
25. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. Health and quality of life outcomes. 2004;2:57. Epub 2004/10/13.
26. Locker D, Matear D, Stephens M, Jokovic A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. Community dental health. 2002;19(2):90-7. Epub 2002/07/31.
27. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann WF, Jr. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. Health and quality of life outcomes. 2011;9:108. Epub 2011/12/03.



28. Kudo Y, John MT, Saito Y, Sur S, Furuyama C, Tsukasaki H, et al. Oral health in the Japan self-defense forces - a representative survey. *BMC oral health*. 2011;11:14. Epub 2011/04/20.
29. Stiefel DJ, Truelove EL, Menard TW, Anderson VK, Doyle PE, Mandel LS. A comparison of the oral health of persons with and without chronic mental illness in community settings. *Special Care in Dentistry*. 1990;10(1):6-12.
30. Jaafar N, Razak IA, Zain RB. The social impact of oral and facial pain in an industrial population. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 1989;18(5):553-5. Epub 1989/09/01.
31. Marcenes WS, Sheiham A. The relationship between work stress and oral health status. *Soc Sci Med*. 1992;35(12):1511-20. Epub 1992/12/01.
32. Leao A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *Journal of dental research*. 1995;74(7):1408-13. Epub 1995/07/01.
33. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community dentistry and oral epidemiology*. 1996;24(6):385-9. Epub 1996/12/01.
34. Slade GD. Oral impacts on daily performances: measuring oral health and quality of life. North Carolina: Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina. 1997.
35. Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Dolan TA, Vogel WB. Multidimensionality of Oral Health in Dentate Adults. *Medical Care*. 1998;36(7):988-1001.
36. Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *British dental journal*. 2001;190(3):121-6. Epub 2001/03/10.



37. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology*. 2001;18(2):102-8. Epub 2002/01/17.
38. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2002;30(1):52-60.
39. Allen P. Assessment of oral health related quality of life. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1(1):40.
40. Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Oral Research*. 2004;18:85-91.
41. Lacerda JTd. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo; 2005.
42. Alves DSG, Ana. Impacto da saúde oral na qualidade de vida de jovens entre os 11 e os 14 anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa*. 2009:296-308.
43. Kim HY, Jang MS, Chung CP, Paik DI, Park YD, Patton LL, et al. Chewing function impacts oral health-related quality of life among institutionalized and community-dwelling Korean elders. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2009;37(5):468-76. Epub 2009/08/18.
44. Matje PRB. Prevalência do Impacto Odontológico no Desempenho Diário entre Individuos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Odontologia; 2009.
45. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2009;37(2):171-81. Epub 2009/01/30.



46. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, Lopez JF, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and quality of life outcomes*. 2010;8:24. Epub 2010/02/23.
47. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10:6. Epub 2012/01/17.
48. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Cross-cultural differences in oral impacts on daily performance between Greek and British older adults. *Community dental health*. 2001;18(4):209-13. Epub 2002/01/16.
49. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community dental health*. 1996;13(1):22-6. Epub 1996/03/01.
50. Hescot P, Bourgeois D, Doury J. Oral health in 35–44 year old adults in France. *International Dental Journal*. 1997;47(2):94-9.
51. Mazzilli LEN. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas): Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2004.
52. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:1707-14.
53. Lacerda JTd, Traebert J, Zambenedetti ML. Dor orofacial e absenteísmo em trabalhadores da indústria metalúrgica e mecânica. *Saúde e Sociedade*. 2008;17:182-91.
54. Chen WQ, Wong TW, Yu TS. Influence of occupational stress on mental health among Chinese off-shore oil workers. *Scandinavian journal of public health*. 2009;37(7):766-73. Epub 2009/07/11.



55. Nguyen TC, Witter DJ, Bronkhorst EM, Truong NB, Creugers NH. Oral health status of adults in Southern Vietnam - a cross-sectional epidemiological study. *BMC oral health*. 2010;10:2. Epub 2010/03/17.
56. Madlena M, Hermann P, Jahn M, Fejerdy P. Caries prevalence and tooth loss in Hungarian adult population: results of a national survey. *BMC public health*. 2008;8:364. Epub 2008/10/23.
57. Sarita PT, Witter DJ, Kreulen CM, Matee MI, van't Hof MA, Creugers NH. Decayed/missing/filled teeth and shortened dental arches in Tanzanian adults. *The International journal of prosthodontics*. 2004;17(2):224-30. Epub 2004/05/04.
58. Wu B, Plassman BL, Liang J, Remle RC, Bai L, Crout RJ. Differences in self-reported oral health among community-dwelling black, Hispanic, and white elders. *Journal of aging and health*. 2011;23(2):267-88. Epub 2010/09/23.
59. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2000;28(3):161-9. Epub 2000/06/01.

7. ANEXOS



7.1 Índice de Tabelas

Tabela 1. Área de Residência	23
Tabela 2. Habilitações literárias	23
Tabela 3. Frequência de escovagem dentária nos funcionários	25
Tabela 4. Frequência da consulta ao médico dentista	27
Tabela 5. Última consulta no médico dentista.....	28
Tabela 6. Motivo da última consulta no médico dentista.....	28
Tabela 7. Distribuição por sexo da última consulta ao M.D.	29
Tabela 8. Distribuição por sexo do motivo da última consulta ao M.D.....	29
Tabela 9. Preocupação com dor ou desconforto dentário.....	31
Tabela 10. Distribuição da preocupação com Dor e Desconforto Dentário.....	33
Tabela 11. Motivo por se sentir prejudicado	35
Tabela 12. Actividades prejudicadas	35
Tabela 13. Distribuição das alterações no rendimento laboral por motivos orais pelas funções desempenhadas.....	37
Tabela 14. Distribuição da frequência de absentismo laboral por motivos orais pela função desempenhada.....	39
Tabela 15. Distribuição da frequência de absentismo laboral por sexo	40
Tabela 16. Distribuição do motivo do absentismo laboral por sexo	40
Tabela 17. Distribuição do motivo de absentismo laboral por função desempenhada...	41
Tabela 18. Horas de trabalho perdidas por motivos orais	42
Tabela 19. Dedução salarial por absentismo laboral devido a motivos orais.....	44
Tabela 20. Distribuição da consciencialização pela função desempenhada.....	45
Tabela 21. Resultados OHIP-14	46
Tabela 22. Resultados OHIP-14 por dimensões	47
Tabela 23. Quantificação das respostas ao OHIP-14	48



7.2 Índice de Gráficos

Gráfico 1. Satisfação com saúde oral	30
Gráfico 2. Grau de preocupação com Dor ou Desconforto Dentário	32
Gráfico 3. Funções diminuídas por motivos orais	34
Gráfico 4. Alterações no rendimento laboral provocados por motivos orais	36
Gráfico 5. Absentismo laboral por motivos orais	37
Gráfico 6. Frequência de absentismo laboral por motivos orais	38
Gráfico 7. Horas de trabalho perdidas por motivos orais	42
Gráfico 8. Dedução salarial por absentismo laboral devido a motivos orais	43
Gráfico 9. Consciencialização dos funcionários que uma alteração nos seus hábitos de saúde oral evitaria o absentismo laboral por motivos orais	45



7.3 Índice de Abreviaturas

AUQEI – Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagê;

CHQ - Child Health Questionnaire;

CPQ - Child Perception Questionnaire;

DIDL - Dental Impacts on Daily Living;

ECOHIS - Early Childhood Oral Health Impact Scale;

EUA - Estados Unidos da América;

GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index;

OHIP - Oral Health Impact Profile;

OHRQoL – Oral Health Related Quality of Life;

OIDP - Oral Impacts on Daily Performances.

OMS - Organização Mundial de Saúde;

SF - 36 - Short Form Health Survey – 36;

SIP - Sickness Impact Profile;

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences.

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life;



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

CONSENTIMENTO INFORMADO

“ABSENTISMO LABORAL POR MOTIVOS ORAIS E AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM SAÚDE ORAL NUMA AMOSTRA
DE FUNCIONÁRIOS DA EMPRESA PSA PEUGEOT/CITROËN DE
MANGUALDE”

Eu, Carlos Manuel Sião Martins Carneiro, aluno do 5º ano do Mestrado integrado em Medicina Dentária, venho por este meio comunicar que farei um estudo numa amostra de operários da empresa PSA Peugeot/Citroën de Mangualde, com o objectivo de obter dados relevantes ao desenvolvimento de uma dissertação de mestrado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, onde será realizado um questionário.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e serão exclusivamente utilizados pelos investigadores deste projecto sendo o seu nome codificado.

A participação neste estudo não implicará qualquer encargo para o operário e não será efectuado qualquer procedimento.

Obrigado pela colaboração.

Eu _____ fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) e autorizo a utilização da informação deste questionário para o estudo estatístico desta investigação.

Estou ciente que esta investigação tem como responsável o aluno Carlos Carneiro e o Mestre Nélio Veiga.

Mangualde, _____ de _____ de 2012

Assinatura do Inquirido

Assinatura do Aluno

Assinatura do Co-Orientador



Parte I – QUESTIONÁRIO

Responda às questões em baixo colocando uma cruz atrás da opção que acha mais adequada.

Grupo I – Características sócio-demográficas

1. **Sexo:** M F

2. **Data de Nascimento:** ___/___/___

3. **Residência:**

Aldeia;

Vila;

Cidade.

4. **Habilitações Literárias:**

1º - 4º ano

Licenciatura

4º - 9º ano

Mestrado

9º - 12º ano

Doutoramento

Bacharelato

5. **Função que desempenha:**

Chefe

Administrativo

Operário

Grupo II – Cuidados de Higiene Oral/Tratamentos Oraís

1. **Com que frequência higieniza os dentes?**

menos de 1x/dia

2x/dia

1x/dia

mais de 2x/dia

2. **Quais os meios utilizados para realizar essa higienização?**

Escova dentária

Pasta dentífrica

Fio dentário

Escovilhão

Líquidos de
higienização

Outro: _____

3. Com que frequência costuma ir ao médico dentista?

- Nunca De 6 em 6 meses
 Muito raramente Anualmente

4. Quando foi a sua ultima consulta num médico dentista?

- menos de 6 meses mais de 1 ano
 de 6 a 12 meses Nunca

5. Qual foi o motivo dessa consulta?

- Dor de dentes Estética
 Cara inchada Rotina
 Outra: _____

Grupo III – Alterações na vida quotidiana provocadas por motivos orais

1. Está satisfeito com a sua saúde oral?

- Sim
 Não

2. Preocupa-se com a dor dentária ou desconforto dentário?

- Sim
 Não

3. Se respondeu "Sim", preocupa-se:

- Pouco
 Nem muito, nem pouco
 Muito

4. Alguma vez se sentiu prejudicado ou sentiu as suas funções diminuídas por motivos orais?

- Sim
 Não

Se na resposta anterior respondeu "Não", passe para o **Grupo IV**.

5. Por que motivo se sentiu prejudicado?

- Dor de dentes Cara inchada
 Fractura dentária Estética
 Outro: _____

6. Quais as actividades em que se sentiu prejudicado?

- Tarefas domésticas Comunicação
 Auto Higienização Outra: _____
 Alimentação

Grupo IV – Alterações laborais por motivos orais

1. Em que medida motivos orais/dentários já prejudicaram o seu rendimento laboral?

- Nada
 Pouco
 Nem muito, nem pouco
 Muito

2. Já faltou ao trabalho por motivos dentários?

- Sim
 Não

3. Se respondeu “*Sim*”, quantas vezes faltou?

- 1x 3x
 2x mais de 4x

4. Por que motivo faltou?

- Dor de dentes Consulta de revisão de aparelhos
 Cara inchada dentários
 Fractura dentária Outro: _____
 Remoção de pontos

5. Quantas horas de trabalho perdeu por cada ausência por motivos orais?

_____ h

6. Quais as repercussões monetárias dessa ausência no que se refere ao seu salário mensal?(Quanto foi deduzido do seu salário devido a essa ausência?)

_____ €

7. Sente que se alterasse o cuidado com a sua saúde oral, esta ausência poderia ter sido evitada?

- Sim
 Não

Parte II - OHIP-14

Responda às questões em baixo (colocando uma cruz atrás da opção que acha mais adequada) tendo em conta a frequência em que sentiu cada um dos aspectos nos **últimos 12 meses**.

- 1. Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

- 2. Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

- 3. Teve alguma dor persistente/continuada na boca?**

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

- 4. Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

- 5. Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

6. Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

7. A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

8. Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

9. Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

11. Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

12. Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

13. Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

14. Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Ocasionalmente Frequentemente
 Quase Nunca Bastantes vezes

Obrigado pela sua colaboração.

