

da Indústria Metalúrgica e Mecânica

Orofacial Pain and Absenteeism in Workers of The Metallurgic and Mechanics Industry

Josimari Telino de Lacerda

Doutora, Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço: Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário, Trindade, CEP 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: jtellino@gmail.com

Jefferson Traebert

Doutor, Professor do Grupo de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Endereço: Av: José Acácio Moreira, 787. Centro, CEP 88704-900, Tubarão, SC, Brasil.

E-mail: jefferson.traebert@unisul.br

Mari Lúcia Zambenedetti

Especialista, Coordenadora dos Serviços de Saúde Bucal da Secretaria de Saúde do Município de Xanxerê.

Endereço: Rua Irineu Bornhausen, 310. Centro, CEP 89820.000, Xanxerê, SC, Brasil.

E-mail: mzambenedetti@yahoo.com.br

Resumo

O objetivo do estudo foi verificar a prevalência de dor orofacial e sua relação com absenteísmo em trabalhadores do setor metalúrgico e mecânico do município de Xanxerê, Santa Catarina. Realizou-se um estudo transversal envolvendo todos os trabalhadores do sexo masculino (n = 480) das 13 indústrias do setor no município. As informações foram coletadas por meio de entrevistas estruturadas. Informações sócio-demográficas, prevalência, severidade e localização de dor orofacial no último semestre, bem como sobre falta ao trabalho devido à dor orofacial, compuseram o questionário. Dados de identificação, setor e turno de trabalho foram coletados nos departamentos de recursos humanos das empresas. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e testes de associação de qui-quadrado de Pearson entre absenteísmo e dor orofacial. A prevalência de dor orofacial foi de 66,1%, sendo *dor de dente provocada* ou *dor de dente espontânea* os tipos mais frequentes. O absenteísmo devido a dor orofacial no último semestre foi relatado por 9,3% dos trabalhadores, mostrando-se associado à dor de dente espontânea ($p < 0,001$), dor provocada por líquidos quentes e frios ou alimentos doces ($p < 0,001$), dor de ouvido ($p = 0,01$) e sensação de queimação na bochecha e lábios ($p < 0,001$). Os trabalhadores com dor intensa relataram maior percentual de absenteísmo ($p < 0,001$). Pôde-se concluir que a prevalência de dor orofacial foi alta na população estudada.

Palavras-chave: Dor orofacial; Dor de dente; Absenteísmo; Trabalhadores; Prevalência.

Abstract

The objective of this study was to assess the prevalence of orofacial pain and its association with absenteeism in workers of the metallurgic and mechanics industry of the city of Xanxerê, Brazil. A cross sectional study was performed involving all male workers ($n=480$) of the 13 industries of the sector in the city. The information was collected by means of structured interviews. Socio-demographic information, prevalence, severity and localization of orofacial pain in the last semester as well as on absenteeism due to orofacial pain formed the questionnaire. Identification data, work sector and shift were collected in the departments of human resources of the companies. The data were assessed using descriptive statistics and Pearson chi-squared tests between absenteeism and pain in the orofacial region. The prevalence of orofacial pain was 66.1%, and stimulated or spontaneous toothache were the most frequent types. Absenteeism due to orofacial pain in the last semester has been reported by 9.3% of workers and it was associated with spontaneous toothache ($p<0.001$) pain caused by intake of hot and cold liquids or candies ($p<0.001$), pain in the ear ($p=0.01$) and a burning sensation in the cheek and lips ($p<0.001$). Workers with intense orofacial pain presented greater prevalence of absenteeism ($p<0.001$). We have concluded that the prevalence of orofacial pain was high in the studied population.

Keywords: Orofacial Pain; Toothache; Absenteeism; Workers; Prevalence.

Introdução

O modelo hegemônico da prática odontológica no Brasil centrou sua atenção à população escolar de 6 a 12 anos de idade, gestantes e bebês, privilegiando a atenção individual e curativa (Lacerda, 2004; Almeida e Viana, 2005). Ações pontuais ofertadas à população adulta, geralmente centradas na assistência reparadora de urgência, não sofreram alterações significativas após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Como consequência dessa exclusão sistemática dos serviços observa-se um agravamento das condições de saúde bucal e, paralelamente, o aumento da prevalência das dores de origem odontogênica na população adulta.

A prevalência das condições dolorosas é elevada e crescente nos últimos tempos. No recente levantamento nacional sobre as condições de saúde bucal observou-se que 33,7% da população entre 15 e 74 anos de idade relatou ter sentido dor nos seis meses anteriores à pesquisa, sendo que, destes, cerca de 9% afirmou ter sentido dor intensa (Brasil, 2004). Em um estudo de base populacional envolvendo a população adulta da cidade de Chapecó, Santa Catarina, foram encontradas altas prevalências de dor orofacial (21,4%) e de dor dentária (17,1%) (Lacerda, 2005). Ademais, a dor de dente é vivenciada como dificuldade enfrentada pelas populações e pelos indivíduos, que não encontram nos serviços de saúde meios apropriados para o cuidado à saúde bucal (Ferreira e col., 2006). Adotam a automedicação como alternativa para solucionar o sofrimento, conforme relato de profissionais de estabelecimento farmacêuticos (Silva e col., 2008).

A OMS reconhece que dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais podem resultar das doenças bucais, acarretando prejuízos em nível individual e coletivo (WHO, 2003). A dor tem um importante impacto na vida dos indivíduos pelo sofrimento e limitações causados no cotidiano e acarreta um dramático efeito para a sociedade, devido ao elevado custo do tratamento e ao custo das horas perdidas no processo produtivo (Macfarlane e col., 2002). Locker e Grushka (1987), num dos poucos estudos de associação entre saúde oral e qualidade de vida, dizem que a dor é um sintoma comum da condição bucal e tem um imediato e profundo impacto na qualidade da vida diária. A dor prejudica o sono, o trabalho, o lazer e o relacionamento com as pessoas.

Diversos autores, como Cushing e colaboradores (1986), Locker e Grushka (1987), Riley e colaboradores (1998), Locker e colaboradores (2000), desde há muito, já apontavam a elevada prevalência de dores de origem odontogênica e o impacto que problemas dessa ordem causam às pessoas, às comunidades e aos serviços odontológicos. Recente estudo envolvendo população de trabalhadores de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, observou alto percentual de trabalhadores (73,6%) referindo interferência em atividades diárias, gerada por problemas odontológicos. O desconforto e a dor foram o primeiro e o terceiro sintomas que mais geraram interferência, respectivamente (Gomes e Abegg, 2007). No estudo de Lacerda (2005), a dor orofacial foi o principal fator de risco para o impacto no desempenho diário por motivos odontológicos na população adulta.

Todavia, poucos são os estudos relacionados ao impacto gerado pelas condições de saúde bucal no desempenho laboral. Aqueles que se dedicam a essa temática adotam como objeto de estudo o absenteísmo por motivos odontológicos (Mazzilli, 2004).

Absenteísmo é o termo utilizado na literatura para, genericamente, indicar o não-comparecimento inesperado ao trabalho, especialmente aquele que acontece de forma repetitiva. Dentre as diversas possibilidades utilizadas para caracterizar o absenteísmo, pode-se evidenciar o absenteísmo por motivo de saúde e o absenteísmo-doença (Castejón, 2002). O primeiro compreende ausências devido a problemas de saúde próprios ou de seus dependentes, onde o trabalhador não está impedido de exercer suas atividades. Trata-se de aspectos que envolvem procura por diagnóstico, prevenção ou terapia. Caracterizaria uma condição potencialmente questionável em relação à necessidade de interrupção do exercício laborativo. No segundo caso, a ausência ao trabalho decorreria da falta de capacidade para exercer as atividades em razão de doença ou acidentes, configurando condição inquestionável quanto à necessidade de afastamento (Castejón, 2002).

Outra classificação do absenteísmo apresentada por Midorikawa (2000) aborda o aspecto da ausência ao trabalho e o absenteísmo de corpo presente. O primeiro pode ser medido e ter seu custo calculado pela ausência do indivíduo. O segundo, que não pode ser medido, é quando o trabalhador não consegue exercer suas atividades laborais habituais em função da dor. As doenças bucais como a cárie e a doença pe-

riodontal podem, muitas vezes, levar a um quadro de sintomatologia dolorosa de pouca intensidade. Assim, o trabalhador tolera durante dias, eventualmente durante semanas, a dor e o desconforto, antes de procurar ajuda profissional. Em sua revisão, Midorikawa (2000) relata que próximo a 25% do absenteísmo por doenças não ocupacionais está diretamente relacionado às condições orais. A dor de dente ocupa o terceiro lugar entre as causas de falta ao trabalho, perdendo apenas para dor de estômago e a dor de cabeça. Para o autor, a presença precária no trabalho por motivos de saúde, além de interferir diretamente na produtividade, pode, por razões relacionadas à dor e à falta de concentração, levar à depressão, ansiedade e irritabilidade, aumentando o risco da ocorrência de erros técnicos, conflitos interpessoais e acidentes de trabalho.

O presente estudo teve como objetivo conhecer a prevalência de dor orofacial e sua relação com absenteísmo em trabalhadores do setor metalúrgico e mecânico do município de Xanxerê-SC.

Metodologia

Realizou-se um censo entre os trabalhadores metalúrgicos e mecânicos do sexo masculino ($n = 480$) envolvendo as 13 indústrias do setor no município de Xanxerê, em 2001. O município, com cerca de 40 mil habitantes, localiza-se na região Oeste do Estado de Santa Catarina, a 516 km de Florianópolis.

O estudo observacional de corte transversal coletou informações por meio de entrevistas autorizadas e agendadas com antecedência. Dados de identificação, setor e turno de trabalho foram coletados no departamento de recursos humanos das empresas. Informações sócio-demográficas (idade, escolaridade e renda) sobre prevalência, intensidade e localização de dor orofacial no último semestre (Locker e Grushka, 1987), bem como sobre falta ao trabalho devido à dor orofacial, compuseram o questionário aplicado individualmente, testado e validado. No instrumento de coleta as perguntas relativas aos tipos de dor não eram excludentes, assim uma mesma pessoa poderia responder positivamente a mais de um tipo. Foi realizado um estudo piloto com 25 trabalhadores da indústria agropecuária que iriam se submeter a exame médico ocupacional. Os resultados mostraram que a metodologia proposta era exequível, sem necessidade de alterações

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, devidamente treinada, na sede das empresas, em sala com boa iluminação e pouco ruído, o que permitiu aos entrevistados condições adequadas para responder às perguntas. O tempo médio de cada entrevista foi de quatro minutos.

Breves reuniões antecederam as entrevistas ressaltando os objetivos do estudo, garantindo o sigilo das informações, o anonimato e a liberdade aos trabalhadores em participar ou não do estudo. Nesse momento foi solicitado que os trabalhadores assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido de acordo com norma específica do Conselho Nacional de Saúde (196/96). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os dados foram tabulados e analisados no programa de Software SPSS versão 10.0. A análise dos dados pautou-se na estatística descritiva e no teste de associação de qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%. Estimou-se os valores das *odds ration* e respectivo intervalo de confiança de 95% para presença de dor intensa e absenteísmo.

Resultados

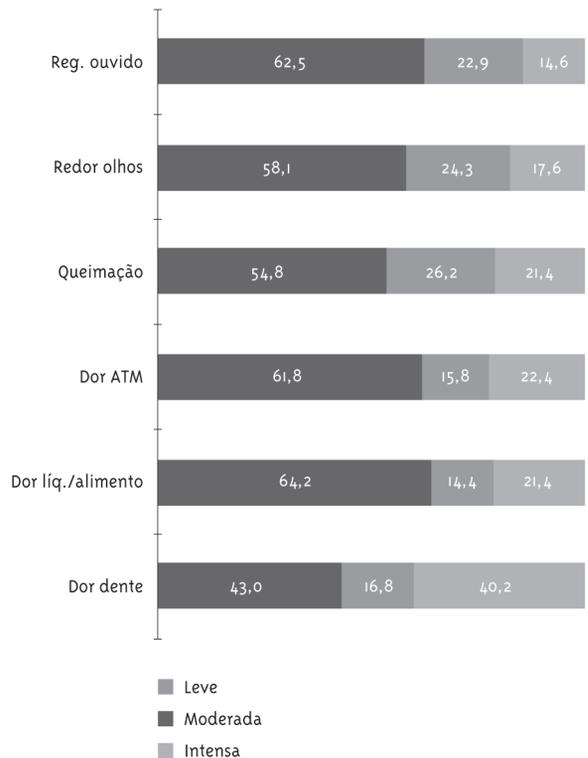
Foram entrevistados 442 metalúrgicos e mecânicos, com uma taxa de resposta de 92,1%. Os motivos de perda foram demissão, deslocamento para viagens e faltas por motivo de saúde.

Os trabalhadores metalúrgicos e mecânicos entrevistados eram majoritariamente jovens, com idade entre 17 e 64 anos e uma idade média de 31,3 anos (s = 9,8). Menos da metade (43,4%) não concluiu o ensino fundamental; 60,2% ganhavam entre três e cinco salários mínimos e 91,4% trabalhavam no setor de produção.

Dor na região orofacial no último semestre foi relatada por dois terços (66,1%) dos entrevistados, dentre os quais 60,3% referiram mais de um tipo de dor ou local afetado. A *dor provocada por líquidos quentes e frios ou alimentos doces* (42,3%) e a *dor de dente espontânea* (24,2%) foram os tipos mais frequentes. Outro grupo de dor referido relacionava-se à sintomatologia na *região de ATM, abrir e fechar a boca e mastigação* (17,2%). *Dor na região ocular* (16,7%), *à frente do ouvido* (10,9%) e *sensação de queimação na bochecha e língua* (9,7%) também foram referidos pelos metalúrgicos e mecânicos.

A intensidade da dor orofacial foi classificada como leve pela maioria dos trabalhadores. *Dor de dente espontânea* foi o tipo que causou maior sofrimento. Cerca de 40,2% dos trabalhadores com relato desse tipo de dor classificaram-na como intensa ou muito intensa. *Dor na região da ATM* (22,4%), *provocada por líquidos ou alimentos* (21,4%) e *sensação de queimação na bochecha ou língua* (21,4%) foram os demais tipos que apresentaram maior grau de intensidade (Figura 1).

Figura 1 - Grau de intensidade, segundo o tipo de dor na região orofacial, em trabalhadores da indústria metalúrgica e mecânica (%). Xanxerê (SC), 2001.



A análise particularizada da população acometida por sofrimento intenso apontou associação significativa com grau de escolaridade ($p = 0,006$). Trabalhadores com escolaridade inferior a oito anos de estudo relataram quase o dobro de dor intensa do que os de maior escolaridade (OR 1,94 [IC95% 1,20;3,16]). Os trabalhadores mais velhos, com menor renda e inseridos no setor de produção, relataram dor intensa em maior percentual que os demais, porém essa diferença não foi estatisticamente significativa (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e proporção de trabalhadores da indústria metalúrgica e mecânica com presença de dor intensa, com os respectivos odds ratio (OR), intervalo de confiança de 95% (IC95%) e nível de significância p, segundo aspectos sócio-demográficos, Xanxerê (SC), 2001.

Variáveis	Dor Intensa				OR [IC95%]	Valor de p
	Não	%	Sim	%		
Escolaridade						
8 ou mais anos	209	83,6	41	16,4	1	0,006
< de 8 anos	139	72,4	53	27,6	1,94 [1,20;3,16]	
Renda						
3 ou mais SM*	300	80,0	75	20,0	1	0,168
< 3 SM	48	71,6	19	28,4	1,58 [0,84;2,96]	
Idade						
< 30 anos	174	82,9	36	17,1	1	0,057
30 ou mais anos	174	75,0	58	25,0	1,61 [0,99;2,64]	
Setor						
Administrativo	32	84,2	06	15,8	1	0,512
Produção	316	78,2	88	21,8	1,49 [0,57;4,09]	

* SM = Salário Mínimo.

O absenteísmo devido a dor na região orofacial foi relatado por 9,3% dos trabalhadores entrevistados. *Dor de dente espontânea e dor provocada por líquidos ou alimentos* geraram maior afastamento do trabalho. Respectivamente, 27,1% e 15,0% dentre os que sentiram *dor de dente espontânea* ou *provocada* informaram ter se ausentado pelo menos meio período de trabalho por esse motivo. A maioria das faltas ao trabalho por dor orofacial (78,6%) concentravam-se em até um turno do trabalho.

Verificou-se que, a cada 10.000 metalúrgicos e mecânicos, 6.610 sentiram dor na região orofacial, 4.230 sentiram dor de dente ao se alimentar ou beber algo quente ou frio, 930 faltaram ao serviço por dor orofacial, sendo 656 devido a dor de dente. Os reflexos desse tipo de dor no serviço são significativos e estão expressos no Quadro 1. Estimou-se uma perda de 4.814 horas em 6 meses de trabalho, o que corresponde a 601 dias de trabalho perdidos. Considerando que o mês tem 22 dias de trabalho, a cada seis meses o trabalhador deve cumprir 132 dias, o total de horas perdidas devido a dor na região orofacial corresponde ao tempo de trabalho de 4,5 trabalhadores num semestre.

No presente estudo o absenteísmo mostrou-se associado a quatro dos seis tipos de dor investigados:

Quadro 1 - Estimativa de horas perdidas/semestre, no grupo de 10.000 metalúrgicos e mecânicos, segundo turno e dias de trabalho, Xanxerê (SC), 2001.

	Trabalhadores	Horas perdidas	Total horas
Meio turno	531	2	1.062
Um turno	200	4	800
Um dia	69	8	552
Dois dias	90	16	1.440
Três dias	40	24	960
Total	930	-	4.814

dor de dente espontânea ($p < 0,001$), *dor provocada por líquidos quentes e frios ou alimentos doces* ($p < 0,001$), *dor de ouvido* ($p = 0,01$) e *sensação de queimação na bochecha e lábios* ($p < 0,001$). Dor de dente espontânea ou provocada conferiu maior efeito sobre o absenteísmo entre os metalúrgicos e mecânicos entrevistados. Os trabalhadores com dor intensa relataram quase sete vezes mais absenteísmo que os demais (OR 6,68 [IC95% 3,25;13,80]). Não se observou associação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis sócio-demográficas analisadas, nem setor de trabalho na empresa (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e proporção do absenteísmo de trabalhadores da indústria metalúrgica e mecânica, com os respectivos *odds ratio* (OR), intervalo de confiança de 95% (IC95%) e nível de significância *p*, segundo aspectos sócio-demográficos e dor orofacial, Xanxerê (SC), 2001.

Variáveis	Absenteísmo				OR [IC95%]	Valor de p
	Não	%	Sim	%		
Escolaridade						
8 ou mais anos	231	92,4	19	7,6	1	0,222
< de 8 anos	170	88,5	22	11,5	1,57 [0,79;3,14]	
Renda						
3 ou mais SM*	344	91,7	31	8,3	1	0,133
< 3 SM	57	85,1	10	14,9	1,95 [0,84;4,42]	
Idade						
< 30 anos	258	89,3	31	10,7	1,72 [0,78;3,87]	0,203
30 ou mais anos	143	93,5	10	6,5	1	
Setor						
Administrativo	34	89,5	04	10,5	1,17 [0,33;3,70]	0,769**
Produção	367	90,8	37	9,2	1	
Dor dente						
Ausente	324	96,7	11	3,3	1	< 0,001
Presente	77	72,0	30	28,0	11,48 [5,24;25,59]	
Dor liq/alim						
Ausente	250	98,0	05	2,0	1	< 0,001
Presente	151	80,7	36	19,3	11,92 [4,35;35,37]	
Queimação						
Ausente	369	91,5	30	7,5	1	< 0,001
Presente	32	74,4	11	25,6	4,23 [1,80;9,80]	
Dor ATM						
Ausente	334	91,3	32	8,7	1	0,528
Presente	67	88,2	09	11,8	1,40 [1,59;3,24]	
Dor ouvido						
Ausente	364	92,4	30	7,6	1	0,001
Presente	37	77,1	11	22,9	3,61 [1,56;8,25]	
Dor olhos						
Ausente	337	91,6	31	8,4	1	0,247
Presente	64	86,5	10	13,5	1,70 [0,74;3,83]	
Dor intensa						
Ausente	331	95,1	17	4,9	1	< 0,001
Presente	70	74,5	24	25,5	6,68 [3,25;13,80]	

* SM = Salário Mínimo.

** Teste Exato de Fischer.

Discussão

A boa taxa de resposta obtida no estudo (92,1%) contribuiu para a sua validade interna. As perdas obtidas não interferiram nos resultados, pois apresentaram uma distribuição equilibrada nos diferentes segmentos da população estudada. A reprodutibilidade dos dados foi assegurada pelo processo de treinamento da pesquisadora e pela alta concordância obtida verificada pelo teste Kappa.

As prevalências de dor orofacial (66,1%) e dor de dente (28,0%) podem ser consideradas altas quando comparadas à literatura consultada. Em estudo longitudinal realizado por Locker e colaboradores (2000) em Ontário, Canadá, 40,7% dos indivíduos com 50 anos de idade ou mais relataram um ou mais sintomas de dor orofacial nas quatro semanas anteriores à pesquisa. Um outro estudo de delineamento transversal utilizando dados do *National Health Interview Survey* (NHIS), dos Estados Unidos, mostrou que 13,6% da população adulta investigada relatou dor de dente nos último semestre. No Reino Unido, Macfarlane e colaboradores (2002) encontraram uma prevalência de 26% de dor orofacial em população adulta. No Brasil, o mais recente levantamento nacional de saúde bucal mostrou que 33,7% da população adulta sofria de dor (Brasil, 2004). Em Chapecó, Santa Catarina, foram encontradas prevalências de dor orofacial (21,4%) e de dor dentária (17,1%) menores do que o presente estudo (Lacerda, 2005). Em Maravilha, Santa Catarina, a dor de origem dentária como motivo da última consulta entre trabalhadores do setor frigorífico foi de 18,7% (Lacerda e col., 2004).

A coleta de informações sobre aspectos da dor orofacial apresenta importante variabilidade metodológica, o que, somado à própria operacionalização da definição de dor e ao alto grau de subjetividade da percepção da dor, poderiam explicar as discrepâncias entre as prevalências encontradas nos estudos pesquisados (Riley e Gilbert, 2001).

A dor é uma experiência complexa influenciada por circunstâncias sociais e psicológicas. Fatores cognitivos como o conhecimento, crenças e expectativas, bem como aspectos culturais, têm sido associados a diferenças de percepção da dor (Slade, 2001; Alexandre e col., 2006). No presente estudo, trabalhadores com escolaridade inferior a oito anos de estudo apresenta-

ram maior relato de dor intensa no período, comparado aos de maior escolaridade ($p = 0,004$), corroborando os achados de Lacerda e colaboradores (2004) e de Macfarlane e colaboradores (2004). Some-se aos aspectos citados o fato de o acesso a serviços odontológicos também interferir nesta associação. Menor frequência ao consultório está associada a maior prevalência de dor de origem dental (Lacerda e col., 2004). Paralelamente, menor acesso a serviços odontológicos e pior condição social no Brasil têm apresentado associação significativa. Apesar dos princípios constitucionais de 1988, a população adulta, com destaque para os trabalhadores, não tem condições de acesso às unidades de saúde na grande maioria dos municípios brasileiros. Consequentemente, o mais provável é que os problemas de saúde bucal existentes venham a se agravar até se transformarem em casos de urgência, em geral acompanhados de sintomatologia dolorosa. O recente levantamento nacional de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004, encontrou elevados índices de ataque de cárie na população adulta. Em média apresentam 20,1 dentes atingidos pela doença, 75% não possui dente funcional, somado ao já referido percentual de dor (33,7%). A ausência de uma política de saúde bucal direcionada a essa população pode ser uma provável justificativa para a manutenção dos altos índices da doença e seus reflexos. Outrossim, o modelo de atenção curativo, vigente na grande maioria dos casos, funciona como um mero paliativo e mantém inalterado o quadro epidemiológico geral.

O impacto gerado pela dor orofacial parece ser bastante significativo. Unfer e Saliba (2000) destacam que as noções de saúde e doença bucal são concebidas por cada indivíduo de acordo com seu próprio critério e que a doença cárie, por exemplo, por vezes é percebida pela manifestação de dor e desconforto. Gilbert e colaboradores (1998) demonstraram que a autoavaliação de saúde bucal é afetada pela dor e pelo desconforto e que importantes aspectos da saúde da população são perdidos se as medidas utilizadas limitam-se às condições clínicas odontológicas. Os indicadores criados para mensurar o impacto da condição bucal na qualidade de vida dos indivíduos em sua quase totalidade incluem dor e desconforto como uma de suas dimensões de análise (Lacerda, 2005).

O trabalhador que sente dor ou desconforto sente-se estressado, dorme mal e manifesta vários sinais e

sintomas, que vão desde a diminuição da atenção ao trabalho com perda da produtividade, aumento do risco de acidente de trabalho e, por fim, a ausência no local de trabalho. No presente estudo a dor foi suficientemente importante para afastar do trabalho 9,3% dos indivíduos entrevistados. Em sua revisão, Locker e Grushka (1987) relataram que 25% dos trabalhadores adultos estudados tiveram suas atividades laborais diminuídas em função de tratamento odontológico ou resultados desse tratamento. Os autores supracitados apontaram que, anualmente, 20% da população americana pode ter as atividades do trabalho ou sono prejudicadas, em função da dor orofacial. Schaub, citado por Gift e Atchison (1995), observou que, no início dos anos 1980, cerca de 53% dos trabalhadores estudados relataram que problemas bucais os impediam de exercer suas atividades habituais. Estudo realizado por Midorikawa (2000) mostrou que as causas odontológicas foram responsáveis por cerca de 28% das faltas ao trabalho no Rio de Janeiro. No Reino Unido, dentre 2.504 adultos entrevistados, 17% relataram ausência ao trabalho ou incapacidade para realizarem atividades normais devido a presença de dor orofacial (Macfarlane e col., 2002). Ressalte-se que os estudos citados analisam todos os aspectos odontológicos relacionados ao absenteísmo e não apenas a dor. Outrossim, os estudos sobre dor investigam aspectos de limitação da dor no cotidiano e não especificamente a ausência ao trabalho, o que poderia explicar as diferenças nos percentuais.

Além do sofrimento individual, o agravamento dos problemas de saúde bucal interfere no processo de trabalho e no desempenho laboral dos trabalhadores, resultando em perdas financeiras para o indivíduo e para a empresa. O custo econômico da dor orofacial para a sociedade inclui custos diretos, como providenciar tratamento, e custos indiretos, como ausência e diminuição da produtividade no trabalho (Macfarlane e col., 2002). Neste estudo estimou-se uma perda de 601 dias de trabalho em seis meses, num grupo de 10 mil trabalhadores, o que corresponde ao tempo de trabalho de 4,5 trabalhadores num semestre. Nos Estados Unidos, observou-se uma perda média de 1,3 horas por trabalhador adulto por ano (Resine apud Locker e Grushka, 1987). Em um outro estudo, Gift e Atchison (1995) apontaram que entre os trabalhadores adultos da população dos Estados Unidos, uma média de 1,6 horas por ano são perdidas por problemas ou tratamento den-

tário. O estudo do absenteísmo odontológico no Brasil é extremamente dificultoso por problemas de registro. Não há valores palpáveis para aferirmos o número de dias de trabalho perdidos por razões de absenteísmo odontológico. Não existem, portanto, informações tanto a respeito do ônus econômico que tais faltas possam acarretar, como também em relação à insatisfação do trabalhador pela quebra do binômio saúde-trabalho. Novas investigações sobre o tema e um melhor registro de dados de afastamento laboral devido a dor de origem odontogênica fazem-se necessários.

Considerações Finais

O alto percentual de dor orofacial relatado pelos trabalhadores entrevistados e as diferenças no comportamento desse evento segundo características sócio-demográficas sugerem interferência da saúde bucal no cotidiano dos indivíduos, com maior prejuízo para os de menor escolaridade e os mais velhos. Este estresse físico e psicológico pode se traduzir em diminuição da concentração no trabalho, com perda de produtividade, até a impossibilidade de exercer as atividades laborais, o absenteísmo de fato.

Apesar de um menor percentual de absenteísmo encontrado entre os trabalhadores de Xanxerê, comparado aos demais estudos analisados, vale ressaltar que o absenteísmo-doença aqui investigado está relacionado à dor orofacial, geralmente de baixa intensidade e suportada pela população. Considera-se pouco provável que o indivíduo se exponha desnecessariamente aos riscos decorrentes do absenteísmo num mercado de trabalho extremamente competitivo. Outro aspecto importante é o fato de que, em geral, os agravos odontológicos são de evolução lenta, indicando precariedade ou dificuldade de acesso destes trabalhadores a serviços odontológicos. Reflete, portanto, a necessidade urgente de medidas preventivas e assistenciais, no âmbito da saúde bucal, voltadas à população adulta que, além do sofrimento causado pelo agravamento das doenças, expõe-se aos riscos próprios do absenteísmo, tais como redução salarial e até mesmo demissão.

É imperativo que se organize serviços preventivos e reparadores apropriados às necessidades da população adulta e trabalhadora. No momento em que se discute a implantação da Rede Nacional de Assistência à Saúde do Trabalhador e a ampliação da estratégia Saúde da

Família é mister a inclusão dessa temática no contexto da definição das políticas no âmbito da atenção básica e especializada. Dentre outros aspectos, advoga-se um atendimento com horário diferenciado, garantindo o princípio de igualdade de acesso preconizado na lei 8080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde.

Referências

ALEXANDRE, C. G. et al. Prevalência e fatores associados à ocorrência da dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1073-1078, maio, 2006.

ALMEIDA, T. F.; VIANA, M. I. P. O papel da epidemiologia no planejamento das ações de saúde bucal do trabalhador. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 144-154, set./dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília, DF, 2004.

CASTEJÓN, J. C. *El papel de las condiciones del trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral*. 2002. Tese - Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 2002.

CUSHING, A. M.; SHEIHAM, A.; MAIZELS, J. Developing socio-dental indicators-the social impact of dental disease. *Community Dental Health*, London, v. 3, p. 3-17, 1986.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 211-218, 2006.

GIFT, H. C.; ATCHISON, K. A. Oral health, health, and health-related quality of life. *Medical Care*, Philadelphia, v. 33, Supplement 11, p. NS57-77, 1995.

GILBERT, G. et al. Multidimensionality of oral health in dentate adults. *Medical Care*, Philadelphia, v. 36, n. 7, p. 988-1001, 1998.

GOMES, A. S.; 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*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1707-1714, jul. 2007.

LACERDA, J. T. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 453-458, jun. 2004.

LACERDA, J. T. *Impacto da saúde bucal na qualidade de vida*. 2005. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

LOCKER, D.; GRUSKA, M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, Copenhagen, v. 15, p. 169-172, 1987.

LOCKER, D.; CLARKE, M.; PAYNE, B. Self-perceived oral health status, psychological well-being and life satisfaction in a older adult population. *Journal Dental Research*, Washington, v. 79, p. 970-975, 2000.

MACFARLANE, T. V. et al. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dentistry Oral Epidemiology*, Copenhagen, v. 30, n. 1 p. 56-60, 2002.

MACFARLANE, T. V. et al. Predictors of outcome for orofacial pain in the general population: a four-year follow-up study. *Journal of Dental Research*, Washington, v. 83, p. 712-717, 2004.

MAZZILLI, L. E. N. *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*. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MIDORIKAWA, E. T. *A odontologia como saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador*. 2000. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

RILEY, J. L.; GILBERT G. H. Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. *Pain*, Amsterdam, v. 90, p. 245-256, 2001.

RILEY, J. L.; GILBERT, G. H.; HEFT, M. W. Orofacial pain symptom prevalence: selective sex differences in the elderly? *Pain*, Amsterdam, v. 76, n. 1/2, p. 97-104, May 1998.

SILVA, R. A.; MARQUES, F. D.; GOES, P. S. A. Fatores associados à automedicação em dor de dente: análise a partir dos profissionais dos estabelecimentos farmacêuticos da cidade do Recife, PE. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 697-701, abr. 2008. Suplemento.

SLADE, G. D. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. *Community Dental Health*, London, v. 18, p. 219-227, 2001.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 190-195, abr. 2000.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION; FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva, 2003. (WHO Technical Report Series, 916).

Recebido em: 27/09/2007

Reapresentado em: 28/05/2008

Aprovado em: 02/06/2008