



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Ana Filipa Paiva Ribeiro de Carvalho Gameiro

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutora em Psicologia

Orientadora:

Doutora Ana Margarida Passos,

Professora Auxiliar do Departamento de Recursos Humanos e Comportamento
Organizacional

ISCTE-IUL - Instituto Universitário de Lisboa

Fevereiro, 2016



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Ana Filipa Paiva Ribeiro de Carvalho Gameiro

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutora em Psicologia

Júri:

Doutora M^a Filomena Mendes Gaspar, Professora Coordenadora e Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Doutor Duarte Nuno da Silva Marques, Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Doutora M^a Alexandra Penedo Marques Pinto, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Doutor Aristides Isidoro Ferreira, Professor Auxiliar do Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional do ISCTE-IUL - Instituto Universitário de Lisboa

Ana Margarida Soares Lopes Passos, Professora Auxiliar do ISCTE-IUL - Instituto Universitário de Lisboa

Fevereiro, 2016

Resumo

Segundo Locker & Matear (2000), as patologias orais têm impacto na saúde e qualidade de vida, bem como no bem-estar da sociedade em geral. Vários estudos têm procurado compreender a influência recíproca de variáveis psicossociais na saúde e bem-estar (Danna & Griffin, 1999; Larsen & Diener, 1987), todavia estudos que explorem o efeito das patologias orais com maior incidência na população adulta e, mais especificamente, o efeito da halitose na qualidade de vida e bem-estar, são praticamente inexistentes.

A presente tese defende uma abordagem teórico-prática e compreende 4 estudos, conjugando a vertente médica e psicológica, com o objetivo principal de medir o impacto da halitose na qualidade de vida e bem-estar, contribuindo para colmatar esta lacuna na investigação.

O primeiro estudo tem como principal objetivo analisar o posicionamento dos especialistas da medicina dentária face à halitose, sendo que existe uma desvalorização quanto ao seu papel na prevenção e tratamento desta patologia. O segundo estudo analisa o impacto que a perceção da saúde oral e, mais especificamente da halitose, tem no bem-estar e qualidade de vida, avaliando as crenças sobre o impacto da halitose e os comportamentos associados à halitose. Verificou-se que a perceção de saúde oral influencia a satisfação com a vida, sendo esta relação moderada pelos comportamentos. O Terceiro estudo avalia em que medida os portadores de halitose e os especialistas da medicina dentária usam estratégias de coping para lidar com esta patologia. Os resultados sugerem que a estratégia de coping ação tem um papel moderador na relação entre a perceção de saúde oral e satisfação com a vida. Por último, o quarto estudo, procura testar o efeito da perceção de halitose na felicidade e nas respostas emocionais e comportamentais dos indivíduos, tendo sido verificadas as hipóteses enunciadas.

Pretendemos ainda demonstrar a necessidade de desenvolvimento de programas de sensibilização, prevenção e tratamento da saúde oral nas organizações e sociedade em geral.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Bem-estar, Halitose, Satisfação com a vida.

Códigos de classificação (Associação Americana de Psicologia):

3660 Comportamento Organizacional

3360 Psicologia da Saúde e da Medicina

Abstract

According to Locker & Matear (2000), oral pathologies have an impact on systemic health and quality of life, as well as on the well-being in general society.

Several studies have sought to understand the reciprocal influence of psychosocial variables on health and well-being (Danna & Griffin, 1999; Larsen & Diener, 1987), however studies exploring the effect of oral diseases with higher incidence in the adult population, and more specifically the effect of halitosis, on quality of life and well-being, are almost nonexistent.

This thesis argues for a theoretical-practical approach and comprises four studies, combining medical and psychological aspects, with the main objective of measuring the halitosis impact on quality of life and well-being, contributing to fill this gap in research.

The first study aims to evaluate the placement of specialists in dentistry regarding halitosis, having in mind that there is a devaluation of their role in preventing and treating this disease. The second study analyzes the impact that the perception of oral health and, more specifically of halitosis, has on quality of life and well-being, assessing about halitosis impact beliefs and behaviors associated with halitosis. It was found that the oral health perception influences life satisfaction, and this relationship is moderated by behaviors. The third study assesses the extent to which the coping strategies to deal with this disease, that are used by people with halitosis and experts of dentistry. The results suggest that the strategy of coping action has a moderating role in the relationship between perceived oral health and satisfaction with life. Finally, the fourth study, tries to test the effect of the halitosis perception on happiness and the emotional and behavioral responses of individuals, having verified the assumptions made.

We also intend to demonstrate the need for development of oral health's awareness, prevention and treatment programs in organizations, schools and on society, in general.

Keywords: Quality of life, Well-being, Halitosis, Life's Satisfaction.

Classification codes (American Psychological Association):

3660 Organizational Behavior

3360 Health Psychology & Medicine

Agradecimentos

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas, fontes de inspiração que, com muita sabedoria, discernimento, bom senso e dedicação estiveram ao meu lado, encorajando-me e contribuindo para a concretização desta dissertação, ao mesmo tempo que me estimulavam intelectual e emocionalmente.

Agradeço à Professora Ana Margarida Passos, orientadora desta dissertação, por todo empenho, sabedoria, competência, compreensão e, acima de tudo, exigência, mas também por ter acreditado neste projeto contribuindo de forma valiosa.

Também estou grata ao Professor Jonas Nunes, por me ter incentivado a dar este passo, pelas suas ideias, criatividade e colaboração.

O meu profundo agradecimento aos meus familiares e amigos pelo incentivo, o tempo e o sorriso que me dedicaram, bem como pelas sugestões e retoques finais. Especialmente ao Nuno Gameiro, agradeço pelo amor, alegria, apoio constante e confiança em mim depositada.

À Teresa Figueira exprimo a minha gratidão pela amizade e disponibilidade, mas também pelos seus “olhos clínicos” e espírito construtivamente crítico.

Ao meu pai, Carlos Carvalho e à Isabel Delgado agradeço as sugestões quanto aos retoques técnicos e a força para melhorar cada pormenor.

À minha mãe, Manuela Barruncho, agradeço a paciência, o incentivo, o apoio e a disponibilidade continuamente demonstrada.

Agradeço a todos os que se mantiveram ao meu lado até ao último momento.

Ainda um agradecimento especial aos participantes nesta pesquisa pois, sem eles, este trabalho não seria possível nem estaria completo.

Uma última palavra de gratidão, ternura e saudade à pessoa que mais me apoiou, ensinou e conduziu neste processo de vida, obrigada Avó Laurinda por todo o amor, compreensão, sabedoria e partilha de valores.

Índice Geral

Introdução Geral	3
Plano da Tese	12
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
Qualidade de Vida e Bem-Estar Associados à Saúde	15
Qualidade de vida.....	15
Correntes do Bem-estar	18
Bem-estar objetivo.....	19
Bem-estar subjetivo.....	19
Preditores de Bem-Estar Subjetivo	21
Bem-estar psicológico.....	25
Impacto da Saúde na Qualidade de Vida e Bem-estar	26
Relação da saúde e qualidade de vida e bem-estar no trabalho	35
Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida e Bem-Estar	43
A influência da saúde oral na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo	43
Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar Do Indivíduo	48
Definição do conceito: Halitose	48
Consequências da Halitose para o indivíduo.....	53
Impacto do odor na qualidade de vida e bem-estar	54
Programas de Sensibilização, prevenção e tratamento de saúde oral - halitose.....	57
Objetivos Gerais	65
PARTE II ESTUDOS EMPÍRICOS	67
Estudos Empíricos	69
ESTUDO 1	73
Concepções sobre a halitose e o seu impacto na qualidade de vida do indivíduo:	
perspetiva dos especialistas em medicina dentária	75
A halitose e a qualidade de vida.....	75
O dever de informar	76
Informar sobre o diagnóstico de halitose	77
Objetivo do estudo	79

Método.....	81
Participantes	81
Procedimento.....	82
Desenvolvimento do guião de entrevista.	82
Tratamento e análise de dados.	83
Resultados	87
Conteúdo das questões realizadas numa primeira consulta	87
Percentagem de pacientes com halitose	88
Percentagem de pacientes com halitose	90
Causas da halitose	91
Ações quando o paciente não sabe que é portador de halitose.....	92
Plano de tratamento de halitose.....	94
Encaminhamento para um especialista de outra área.....	95
Impacto da halitose.....	96
Assunto tabu.....	99
Análise dos resultados da ACM – Análise de Correspondências Múltiplas.	101
Discussão	110
Conclusão	113
ESTUDO 2	117
Impacto Da Halitose Na Qualidade De Vida Do Indivíduo: Estudo A Uma Amostra Da População Portuguesa.....	119
Saúde e qualidade de vida	119
Saúde oral, halitose e qualidade de vida	121
Crenças sobre o impacto da halitose e qualidade de vida	123
Comportamentos associados à halitose como moderador desta relação	126
Método.....	132
Participantes	132
Procedimento.....	132
Operacionalização das variáveis	133
Qualidades psicométricas de duas escalas	134
Resultados	138

Análise exploratória: Diferenças entre os grupos de indivíduos com e sem halitose para a escala da Percepção da saúde oral - OHIP, Comportamentos Associados à halitose e Satisfação com a vida	138
Teste das hipóteses na amostra dos indivíduos que consideraram não ter halitose (N=405).	140
Teste das hipóteses para os indivíduos que consideraram não ter halitose (N=405)	141
Percepção de saúde oral – OHIP.	141
Crenças sobre o impacto da halitose – CIH.	143
Estatística descritiva e correlações para os indivíduos que consideraram ter halitose (n=44)	144
Teste das hipóteses para os indivíduos que consideraram ter halitose (n=44).....	145
Percepção de saúde oral – OHIP.	145
Crenças sobre o impacto da halitose – CIH.	146
Discussão	147
Conclusão	151
ESTUDO 3	155
Impacto da halitose na qualidade de vida do indivíduo: portadores de halitose – estratégias de coping	157
Coping	158
Estilos e estratégias de coping.....	162
Estratégias de coping focadas no problema versus focadas nas emoções para lidar com o stress em geral	164
Coping na saúde associado ao bem-estar e qualidade de vida	167
Método.....	169
Participantes	169
Procedimento.....	169
Operacionalização das variáveis	170
Resultados	171
Teste das hipóteses para os indivíduos que consideraram ter halitose (N=44).....	172
Efeito moderador da Estratégia de Coping Ação na relação entre Percepção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.	172
Efeito moderador da Estratégia de Coping Humor na relação entre Percepção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.	174

Efeito moderador da Estratégia de Coping Apoio na relação entre Percepção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.	176
Efeito moderador da Estratégia de Coping Culpa na relação entre Percepção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.	177
Efeito moderador da Atuação dos dentistas na relação entre Percepção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.	178
Discussão	179
Conclusão	183
ESTUDO 4	185
Impacto da Halitose na Qualidade de Vida do Indivíduo: Bem-estar, felicidade, emoções e comportamento – Estudo Experimental	187
Componentes do Bem-estar subjetivo.....	188
Felicidade.....	188
Emoções.....	189
Comportamentos.....	192
Pertinência do estudo	195
Método	196
Participantes	196
Design.....	196
Procedimento.....	196
Parte 1.	197
1º Teste - Manipulação visual (tira).....	197
2º Teste - Manipulação gustativa.....	197
3º Teste - Tarefa distratora.....	198
Parte 2.	198
Parte 3.	202
Operacionalização das variáveis	202
Resultados	203
Verificação da manipulação	203
Itens sem diferenças significativas entre os grupos	205
Diferenças nas várias condições relativamente à variável dependente	206
Felicidade.....	206

Emoções.....	209
Distância.....	212
Soprar no isqueiro.....	212
Discussão	213
Conclusões.....	215
PARTE III CONCLUSÕES, SUGESTÕES E CONTRIBUIÇÕES.....	217
Conclusões Gerais	219
Sugestões	235
Bibliografia	237
Sites consultados	282
ANEXOS - QUESTIONÁRIOS A, B, C, D, E, F, G e CV	283
ANEXO A Pedido de Participação – Especialistas de medicina dentária	285
ANEXO B Consentimento Informado - Entrevista	287
ANEXO C Guião de Entrevista	289
ANEXO D Questionário à população em geral e portadores de halitose	291
ANEXO E Questionário A – Pré-dinâmica.....	297
ANEXO F Questionário C – Pós-dinâmica.....	301
ANEXO G Questionário B – Sem dinâmica	303
ANEXO H Currículo Vitae	305

Índice de Figuras

Figura 1. Sobreposição da doença e da saúde (Locker, 1996)	28
Figura 2. Sobreposição da doença, da saúde e da qualidade de vida (Locker, 1996)	29
Figura 3. Modelo desenvolvido por Wilson e Cleary (1995).....	30
Figura 4. Modelo de bem-estar no trabalho de Danna e Griffin (1999).....	41
Figura 5. Modelo teórico de saúde oral de Locker (adaptado de Alves & Gonçalves, 2009; p. 299).....	44
Figura 6. Questões relacionadas com a halitose.....	87
Figura 7. Percentagem de pacientes com halitose.....	89
Figura 8. Percentagem de pacientes com halitose.....	90
Figura 9. Causas de halitose.....	91
Figura 10. Ações quando o paciente não sabe que é portador de halitose	93
Figura 11. Plano de tratamento de halitose	94
Figura 12. Encaminhamento para outro especialista.....	95
Figura 13. Impacto da halitose	97
Figura 14. Assunto tabu	99
Figura 15. Representação da Variância das dimensões.....	104
Figura 16. Plano Topológico das Variáveis ativas.....	108
Figura 17. Plano Topológico das Variáveis Suplementares.....	109
Figura 18. Modelo de Qualidade de Vida de Wilson e Cleary (1995).....	120
Figura 19. Modelo teórico de saúde oral de Locker (adaptado de Alves & Gonçalves, 2009; p. 299).....	122
Figura 20. Modelo em estudo.....	131
Figura 21. Mapa dos Comportamentos associados à halitose.....	135
Figura 22. Mapa das Crenças sobre o Impacto da Halitose na Vida.....	137
Figura 23. Efeito de moderação dos Comportamentos associados à halitose na percepção da saúde oral – OHIP (indivíduos que consideram não ter halitose)	142
Figura 24. <i>Modelo de Processamento de stresse coping de Lazarus e Folkman, 1984</i>	159
Figura 25. <i>Esquema de coping e stress de Rudolph, Denning e Weisz, 1995</i>	160
Figura 26. Efeito de moderação da <i>Atuação do dentista e Estratégia de coping na Percepção da saúde oral - OHIP</i> , tendo como variável dependente a <i>Satisfação com a vida</i>	169

Figura 27. Efeito de moderação das <i>Estratégias de Coping Ação</i> na <i>percepção da saúde oral – OHIP</i>	174
Figura 29. Modelo de bem-estar no trabalho de Danna e Griffin (1999).....	193
Figura 30. Primeiro teste – Manipulação visual.....	197
Figura 31. Segundo teste	198
Figura 32. Terceiro teste.....	198
Figura 33. Quatro condições de análise	199
Figura 34. Cenário.....	200
Figura 35. Cenário em fotografia	201
Figura 36. “Preocupação com o mau sabor”	204
Figura 37. “Preocupação por a tira mostrar que tenho halitose”.....	204
Figura 38. Média da felicidade global no Tempo 2 em função da percepção gustativa e percepção visual	209
Figura 39. Distância Durante o jogo	212
Figura 40. Soprar no isqueiro perto da equipa ou ir tocar o sino	213

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Componentes do Bem-estar</i>	21
Quadro 2. <i>Estruturas do WHOQOL – 100</i>	33
Quadro 3. <i>Causas da Halitose</i>	51
Quadro 4. <i>Diferentes tipos de Halitose</i>	52
Quadro 5. <i>Questões de Investigação e Estudos Empíricos da Tese</i>	69
Quadro 6. <i>Entrevistados</i>	81
Quadro 7. <i>Temas de Categorias</i>	84
Quadro 8. <i>Categorias e Sub-Categorias</i>	85
Quadro 9. <i>Conteúdo das Questões realizadas numa Primeira Consulta</i>	88
Quadro 10. <i>Percentagem de Paciente com Halitose</i>	89
Quadro 11. <i>Percentagem de Paciente com Halitose</i>	90
Quadro 12. <i>Causas da Halitose</i>	91
Quadro 13. <i>Ações quando o Paciente não sabe que é Portador de Halitose</i>	93
Quadro 14. <i>Plano de Tratamento de Halitose</i>	95
Quadro 15. <i>Encaminhamento para outro Especialista</i>	96
Quadro 16. <i>Impacto da Halitose</i>	97
Quadro 17. <i>Assunto Tabu</i>	99
Quadro 18. <i>Significado dos Labels utilizados na ACM</i>	103
Quadro 19. <i>Distribuição dos Valores Próprios e da Inércia</i>	104
Quadro 20. <i>Inércias da Solução Bidimensional</i>	106
Quadro 21. <i>Descriminação Medida de cada Variável na Análise de Correspondências Múltiplas</i>	106
Quadro 22. <i>Consistência Interna e Sensibilidade da Escala de Comportamentos Associados à Halitose</i>	136
Quadro 23. <i>Consistência Interna e Sensibilidade da Escala Crenças sobre o Impacto da Halitose - CIH</i>	138
Quadro 24. <i>Diferenças das Médias entre os Indivíduos com e sem Halitose em relação às Variáveis: Percepção com a saúde oral - OHIP, Comportamentos associados à halitose e Satisfação com a vida</i>	139
Quadro 25. <i>Estatística Descritiva e Correlações entre as Variáveis em Estudo</i>	140

Quadro 26. <i>Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação dos Comportamentos associados à Halitose para a Escala Perceção de saúde oral - OHIP</i>	141
Quadro 27. <i>Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação dos Comportamentos associados à Halitose para a Escala das Crenças sobre o Impacto da Halitose – CIH</i>	143
Quadro 28. <i>Estatística Descritiva e Correlações entre as Variáveis em Estudo</i>	144
Quadro 29. <i>Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação dos Comportamentos associados à Halitose para a Escala Perceção de saúde oral – OHIP</i>	145
Quadro 30. <i>Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação dos Comportamentos associados à Halitose para a Escala das Crenças sobre o Impacto da Halitose – CIH</i>	146
Quadro 31. <i>Taxonomia das estratégias para lidar com o stress proposta por Carver et al. (1989)</i>	166
Quadro 32. <i>Estatística Descritiva e Correlações entre as Variáveis em Estudo</i>	171
Quadro 33. <i>Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação de Estratégia de Coping Ação para a Escala Perceção de Saúde Oral – OHIP</i>	173
Quadro 34. <i>Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação de Estratégia de Coping Humor para a Escala Perceção de Saúde Oral –OHIP</i>	175
Quadro 35. <i>Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação de Estratégia de Coping Apoio para a Escala Perceção de Saúde Oral –OHIP</i>	176
Quadro 36. <i>Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação de Estratégia de Coping Culpa para a Escala Perceção de Saúde Oral –OHIP</i>	177
Quadro 37. <i>Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação da Atuação do Dentista para a Escala Perceção de Saúde Oral –OHIP</i>	178
Quadro 38. <i>Verificação da Manipulação Experimental: Número de Casos que referiram Sentir a Boca com Mau Sabor durante a Dinâmica de Grupo</i>	204
Quadro 39. <i>Verificação da Manipulação Experimental: Número de Casos que referiram Pensar no facto da Tira ter indicado o seu Nível do Hálito durante a Dinâmica de Grupo</i>	205
Quadro 40. <i>Género, Idade e Nacionalidade</i>	206
Quadro 41. <i>Teste ANOVA - As Condições Experimentais e os Valores na Felicidade</i>	207
Quadro 42. <i>Teste ANOVA - As Condições Experimentais e os Valores na Felicidade</i>	207

Quadro 43. <i>Teste T de Student para Amostras Pareadas - As Condições Manipulação da Tira, Manipulação do Sabor e Grupo de Controlo na Felicidade</i>	208
Quadro 44. <i>Teste de Wilcoxon para Amostras Emparelhadas: Condição Manipulação da Tira e Sabor na Felicidade.</i>	208
Quadro 45. <i>ANOVA - Diferenças entre Grupos Experimentais e de Controlo em Relação às Emoções Negativas e Positivas no Tempo 1.</i>	209
Quadro 46. <i>ANOVA - Diferenças entre Grupos Experimentais e de Controlo em Relação às Emoções Negativas e Positivas no Tempo 2.</i>	210
Quadro 47. <i>Diferenças entre Grupos Experimentais e de Controlo em Relação ao Soprar o Isqueiro ou Tocar o Sino.</i>	213

**O IMPACTO DA HALITOSE
NA QUALIDADE DE VIDA
E BEM-ESTAR DO INDIVÍDUO: UMA
ABORDAGEM PSICOSSOCIAL**

“Os odores são mais seguros do que as visões e os sons para quebrarem as cordas do coração”. Nabokov

Introdução Geral

O interesse pela qualidade de vida e pelo bem-estar associados à saúde dos indivíduos tem vindo a aumentar nas últimas décadas. Reflexo deste interesse é o número de publicações científicas e de programas de intervenção, prevenção e tratamento que têm surgido em diversos contextos (Baum, 1995; Blair, 1995; Canavarro & Serra, 2010; Chenoweth, 1995; Diener & Suh, 2000; DGS, 2006; Lopes, 2012; Shepard, 1995; Witmer, 1995).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo a destacar cada vez mais os aspetos mentais, emocionais e sociais na sua definição de saúde. De facto, em 1941, Henry Sigerist, analisando a importância da saúde para o bem-estar do indivíduo, afirmou que "o indivíduo saudável é um homem equilibrado física e mentalmente, além de ser bem ajustado ao ambiente físico e social, isto é, está no controlo completo das suas faculdades físicas e mentais e pode adaptar-se às mudanças ambientais, desde que não excedam os limites normais, contribuindo para o bem-estar da sociedade com a sua capacidade. Compreendemos assim, que a saúde não é simplesmente a ausência de doença, é uma sensação positiva, uma atitude alegre em relação à vida e a aceitação das responsabilidades que a vida coloca sobre o indivíduo". (Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers & Murray, 2002; WHO, 1948).

Esta ideia foi aprovada pelo presidente da Primeira Assembleia Mundial da Saúde da OMS, Andrija Stampar (1948), tendo sido incorporada no primeiro parágrafo do preâmbulo da Constituição da OMS e, posteriormente, no Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Direitos Culturais (Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers & Murray, 2002). Assim, em 1948, os fundadores da OMS definiram a saúde como: "um estado completo de desenvolvimento de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 1948).

Na Constituição da OMS, a frase que precede a definição acima referida defende que: "os seguintes princípios são básicos para a felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos povos". A Constituição acrescentou que: "a saúde de todos os povos é fundamental

para a consecução da paz e segurança" (Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers & Murray, 2002; Sigerist, 1941).

Tendo em conta esta definição e segundo alguns autores, o conceito atual de saúde é mais alargado e inclui aspetos psicossociais, tais como questões associadas com a qualidade de vida, intimamente relacionadas com as relações humanas na sociedade contemporânea (Minayo, Hartz & Buss, 2000). De facto, ao longo dos anos podemos identificar três tipos de definição de saúde (WHO, 2005; Sartorius, 2006). A primeira está relacionada com o facto de a saúde poder ser considerada a ausência de qualquer doença ou deficiência e esta ideia decorre do modelo biomédico de saúde, que enfatiza apenas a doença e os aspetos físicos. A segunda definição associa a saúde a um estado que permite ao indivíduo lidar de forma adequada com todas as exigências da vida quotidiana (implicando também a ausência de doença e deficiência). Já terceira relaciona a saúde com um estado de equilíbrio, que o indivíduo estabeleceu consigo mesmo com o meio-ambiente físico e social, integrando o modelo psicossocial (WHO, 2005; Sartorius, 2006).

A definição que engloba as dimensões subjetivas da saúde está associada ao paradigma biopsicossocial (Belloch & Olabarria, 1993; De Marco, 2003; Sebastiani & Maia, 2005), alternativo ao paradigma biomédico, que é mecanicista e centrado na doença (Santos & Westphal, 1999).

Belloch e Olabarria (1993), relativamente aos seis princípios do paradigma biopsicossocial referem que: o primeiro está relacionado com o facto de o corpo humano ser um organismo biológico, psicológico e social, que recebe informações, organiza, armazena, gera, atribui significados e os transmite, produzindo o comportamento; o segundo está associado à ideia de que a saúde e doença são condições que estão em equilíbrio dinâmico, sendo codeterminadas por variáveis biológicas, psicológicas e sociais, em constante interação; o terceiro defende que o estudo, diagnóstico, prevenção e tratamento de várias doenças deve considerar as contribuições especiais e diferenciadas dos três conjuntos de variáveis citadas no segundo princípio; o quarto tem em conta que a etiologia dos estados de doença é sempre multifatorial - existem vários níveis etiopatogénicos e todos requerem uma investigação adequada; o quinto refere que cuidar de pessoas doentes engloba ações integradas, realizadas por uma equipa de saúde composta por profissionais especializados nas três variáveis mencionadas; e o sexto coloca o enfoque no facto de a saúde não ser responsabilidade exclusiva de um grupo ou uma especialidade profissional (Pereira, Barros & Augusto, 2011).

O modelo biopsicossocial pressupõe assim, a necessidade de amadurecimento em função da formação dos profissionais de saúde, dos modelos de gestão, de financiamento e funcionamento do sistema de saúde como um todo (Sebastiani & Maia, 2005). É também essencial repensar os modelos e as práticas atuais (Motta, Buss & Nunes, 2001) e elaborar propostas para potencializar a participação ativa dos profissionais de saúde (Pereira, Barros & Augusto, 2011).

À terceira definição da saúde, relacionada com o paradigma biopsicossocial, gostaríamos também de associar a ideia de que as pessoas são definidas pelas diferentes dimensões da sua vida, sendo a saúde e o seu estado físico apenas uma dessas dimensões (WHO, 2005).

Desta forma, e segundo alguns autores, a saúde tem um caráter multidimensional e as diferentes dimensões não são proporcionais (Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers & Murray, 2002; Hausman, 2012; Mathers, Salomon, Murray, Lopez, Murray & Evans, 2003), pelo que, para descrever e medir o estado de saúde de um indivíduo, devemos ter em conta os aspetos físicos, mas também: (1) a avaliação subjetiva de saúde, (2) as consequências do estado de saúde, e (3) os impactos no ambiente social e físico (Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers & Murray, 2002; Hausman, 2012).

Consideramos, portanto, que valorizar a multidimensionalidade da saúde ajuda os indivíduos, os médicos e também a sociedade em geral a comprometerem-se a melhorar a saúde, participando em ações de prevenção e tratamento. Isto é, ajuda não só a ultrapassar as doenças e a diminuir os fatores de risco que podem levar à doença, mas também a envolver de forma ativa os indivíduos cuja saúde deve ser promovida (WHO, 2005). Vários autores consideram que um dos grandes desafios das sociedades contemporâneas reside precisamente na mudança dos paradigmas relativos à saúde e à doença (González Rey, 2002; 2007; 2011; WHO, 2005; Pereira, Barros & Augusto, 2011).

A saúde inclui, como conceito multidimensional, três domínios que podem ser especificados a fim de descrever o estado de saúde dos indivíduos (Sadana, Mathers, Lopez, Murray & Iberg, 2000): 1) os domínios essenciais de saúde – que são aqueles que quase todas as pessoas concordam que têm importância direta na saúde (tais como: afeto, dor, mobilidade, conhecimento); 2) os domínios adicionais de saúde – fatores que a maioria das pessoas concorda que são medidas diretas de saúde, mas que podem não fornecer informações adicionais importantes para os domínios essenciais (tais como: visão, audição, funcionamento

sexual, destreza, digestão, pele, excreção, fala, respiração, fertilidade, energia e vitalidade, sono, comunicação); e 3) outros domínios relacionados com a saúde e que servem como boas medidas da experiência de saúde, sendo medidas indiretas da mesma (tais como: relações interpessoais, relações sociais, participação social).

Tendo em conta a multidimensionalidade da saúde e o facto da definição de "qualidade de vida" estar associada à execução de boas práticas de promoção da saúde e prevenção da doença (Seidl & Zannon, 2004), podemos afirmar que a saúde oral não pode ser dissociada da saúde geral, sendo também essencial para a qualidade de vida (Petersen, 2003). Ou seja, consideramos que as patologias orais podem fornecer informações sobre os níveis de saúde dos indivíduos. Neste sentido, a medição do impacto das condições orais na qualidade de vida deve assim fazer parte da avaliação das necessidades de saúde em geral, pois embora as doenças orais não sejam normalmente fatais, são muito comuns e podem influenciar o bem-estar global e a qualidade de vida dos indivíduos. Este é o focus da presente tese.

Na realidade, são diversos os fatores que influenciam o modo como o indivíduo se sente e avalia a sua qualidade de vida. Por exemplo, o Inquérito Europeu sobre a Qualidade de Vida e Bem-estar subjetivo na Europa, analisa os diversos fatores que influenciam os níveis de bem-estar subjetivo dos cidadãos europeus (Eurofound, 2012). O relatório foi elaborado tendo em conta os dados do Inquérito Europeu sobre a Qualidade de Vida de 2003, 2007 e 2012 realizado pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho nos 27 Estados-Membros da União Europeia (Eurofound, 2012).

As preocupações económicas, tais como o bem-estar material ou o rendimento e o desemprego, são os fatores chave de preocupação para a qualidade de vida, destacando-se logo em seguida a falta de saúde. Só depois encontramos o equilíbrio entre a vida familiar e profissional e a falta de tempo e, por fim, a satisfação com os serviços públicos. A melhoria da saúde da população tem assim importância primordial para a melhoria da qualidade de vida (Eurofound, 2012).

Segundo o relatório Estatísticas Mundiais de Saúde 2011, divulgado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013), as doenças não-transmissíveis, tais como, as doenças cardíacas, os derrames, a diabetes e o cancro, representam dois terços de todas as mortes no mundo, associados ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco relacionados com a globalização. Além disso, este relatório considera essencial o controlo dos fatores de risco, tais como o tabagismo, o sedentarismo, a má alimentação e o álcool (WHO,

2013). Consideramos que as patologias orais, tais como a halitose, sendo doenças não transmissíveis, são fatores de risco que podem afetar o indivíduo a nível físico, visto estarem associadas a outras doenças consideradas mais graves, mas também podendo afetar o sujeito a nível mental e social.

Consideramos ainda que é importante referir que existem três pontos de consenso sobre a saúde: i) que a saúde é um conceito separado de bem-estar e é de valor intrínseco aos seres humanos, além de ser fundamental para o bem-estar; ii) que a saúde é composta por estados do corpo e da mente humana e, portanto, para se medir a saúde devem ser incluídas medidas do corpo e da mente; e iii) que a saúde é um atributo de um indivíduo, apesar de medidas agregadas de saúde poderem ser usadas para descrever populações (Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers & Murray, 2002).

De acordo com este último ponto, foi desenvolvido pela OMS a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (International Classification of Diseases - ICD) para classificar doenças e outros problemas físicos assinalados em muitos tipos de registos de saúde e de vida incluindo certificados de óbito. Para além de permitir o armazenamento e a recuperação de informação clínica, epidemiológica e propósitos de qualidade, estes registos também fornecem a base para a compilação das estatísticas nacionais de mortalidade e de morbilidade (Chatterji, Ustün, Sadana, Salomon, Mathers & Murray, 2002; WHO, 1992). Na prática, o ICD tornou-se a classificação diagnóstica padrão internacional para todos os efeitos epidemiológicos gerais, e além disso, também prevê uma grande variedade de sinais, sintomas, queixas e circunstâncias sociais que podem ser razões para o contato com um serviço de saúde mas que não podem beneficiar de um diagnóstico formal.

A OMS publicou também a CIF - Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH), em 1980 (WHO 1980). A CIF agrupa, de maneira sistemática, os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde. Dentro de cada componente, os domínios são agrupados de acordo com as suas características comuns (tais como, origem, tipo ou semelhança) e ordenados segundo essas características. A classificação está organizada de acordo com um conjunto de princípios que se referem à capacidade de interrelação dos níveis e à hierarquia da classificação (conjuntos de níveis), (WHO, 2004). A CIF baseia-se numa integração de dois modelos opostos: a dialética de “modelo médico” versus “modelo social”. Para se obter a integração das várias perspetivas de funcionalidade é

utilizada uma abordagem "biopsicossocial". Deste modo, a CIF tenta chegar a uma síntese que ofereça uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social (WHO, 2004).

As patologias orais estão inseridas no capítulo 5 da ICD (International Classification of Diseases, WHO, 1992), associadas às funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino. Esse capítulo trata das funções de ingestão, digestão e eliminação, bem como das funções relacionadas com o metabolismo e as glândulas endócrinas. No entanto, relativamente à halitose, patologia oral que pretendemos estudar e que é comumente conhecida por mau hálito, existe uma referência mínima, talvez porque o ICD permite uma análise dos dados de mortalidade e morbidade associados a doenças consideradas graves, o que não é o caso da halitose, podendo no entanto estar associada a doenças graves como mencionado anteriormente.

Ainda relativamente à CIF, também não existe nenhuma referência à halitose ou patologias orais, pelo que consideramos que ainda existe muito a entender, aprofundar relativamente a esta patologia não só a nível médico, mas também a nível do seu impacto na qualidade de vida pessoal, social e profissional dos indivíduos.

Em retrospectiva, na década de 80 começou a ser avaliado, de forma genérica, o impacto social das doenças orais (Chianca, De Deus, Dourado, Leão & Vianna, 1985; Pires 2009). Os indicadores de nível macro representam o custo económico, social e político das patologias orais e baseiam-se em dias de trabalho e de escola que se perdem, o que reflete a diminuição do desempenho no trabalho devido a essas patologias (Chianca, De Deus, Dourado, Leão & Vianna, 1985; Pires 2009).

Reisine (1985) comparou estas consequências das patologias orais com as gastrointestinais e génito-urinárias, concluindo que as outras ocorrem com mais frequência do que as orais, no entanto, o indivíduo permanece menos tempo privado de exercer as suas funções normais. Problemas orais graves podem ter um impacto idêntico às neoplasias e aos acidentes vasculares cerebrais, e os dias de trabalho perdidos são mais frequentes devido às patologias orais. A soma do número de horas perdidas do total de indivíduos empregados num ano, apresenta-se como um custo bastante relevante para a economia.

Na década de 90, o impacto da saúde oral relacionado com a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo começa a ser analisado através de indicadores de nível micro. Estes indicadores micro são mais abrangentes e englobam várias dimensões, tais como, a dor,

restrições alimentares e o bem-estar psicológico dos indivíduos (Chianca, De Deus, Dourado, Leão & Vianna, 1985, Pires 2009).

Os estudos empíricos que relacionam a saúde oral com a qualidade de vida e bem-estar geral são praticamente inexistentes, sendo que os que existem apresentam sempre uma vertente mais médica. Consideramos por isso importante apresentar uma visão mais holística do fenómeno que contemple a vertente psicossocial. Além disso, maioria dos estudos realizados neste âmbito têm por base as crianças ou os idosos, pelo que, gostaríamos de abordar a população adulta em geral. Também é sabido que as empresas se preocupam cada vez mais com a qualidade de vida e o bem-estar dos seus colaboradores. Pensa-se que colaboradores com condições de saúde e bem-estar reduzidas podem ser menos produtivos, tomar decisões de menor qualidade e contribuir para o aumento da taxa de absentismo (Boyd, 1997). Assim, os aspetos relativos à saúde e ao bem-estar no trabalho podem ter consequências tanto para o trabalhador, como para a empresa (Danna & Griffin, 1999). Devido a este facto, as organizações devem facilitar o bem-estar de cada colaborador, para que se sintam bem consigo e com os outros no seio das empresas.

Nesse contexto, surge a pergunta de partida deste trabalho de projeto de investigação: como é que as patologias orais, e mais especificamente a halitose, podem ter impacto na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo?

Tendo em conta que uma área de pesquisa em expansão na psicologia tem sido o estudo do impacto de fatores psicológicos, como humor, personalidade e stress na saúde (Barger, Burke & Limbert, 2007; Heaphy & Dutton, 2008; Miller, Chen & Cole, 2009) e que a maioria dos estudos aponta para a influência do bem-estar na saúde, estamos conscientes de que existem alguns autores (Straus, 1997) que sugerem que a direção da influência deve ser questionada. Isto é, poderá a saúde afetar fatores psicológicos, como o humor, a personalidade e o stress?

Além disso, sabemos que também existem condições fisiológicas que influenciam de forma positiva ou negativa o bem-estar do indivíduo (Danna e Griffin, 1999). Neste sentido, consideramos relevante o modelo de saúde relacionada com a qualidade de vida de Wilson e Cleary (1995), que defende que a perceção do indivíduo sobre a sua saúde é fundamental na sua qualidade de vida, e sobre o qual iremos debruçarmo-nos mais à frente.

Outra abordagem que consideramos relevante para a análise deste tema prende-se com o facto de diversos estudos se centrarem na relação entre as doenças graves, como a doença

cardíaca, a paralisia cerebral, o cancro de mama (Gameiro, Canavarro, Pereira, Vaz Serra, Paredes, Carona & Rijo, 2010; Silva, Moreira, Canavarro & Pinto, 2010; Carver, Smith, Antoni, Petronis, Weiss & Derhagopian, 2005) e o bem-estar, mas poucos terem procurado avaliar a relação entre as doenças menores (que não conduzem à morte – como as patologias orais) e a qualidade de vida e o bem-estar. Alguns dos escassos estudos que encontramos sobre doenças menores, como a gripe, constipações, dor de garganta ou dor de cabeça, mostraram que as doenças do trato respiratório superior influenciam a memória, a atenção, a rapidez, a tensão, o humor, o bem-estar, a fadiga e a sonolência, a cognição, o raciocínio lógico e verbal, a eficiência motora do desempenho humano e estão associadas ao absentismo (Craig e Cooper, 1992; Hall & Smith, 1996b; Harvey & Nicholson, 1999; Havliciek, Gasova, Smith & Flegr, 2001; Pitman 1997; Sepe, Colao, Merola & Massari, 1993; Rabbitt, 1989; Smith, Whitney, Thomas, Brockman & Perry, 1995; Smith, Thomas, Perry & Whitney, 1997; Smith, Thomas, Kent & Nicholson, 1998; Smith, Thomas & Whitney; 2000; Zeitlin & Oddy, 1984).

As doenças menores não matam mas condicionam o dia-a-dia do indivíduo, e afetam a sua qualidade de vida e bem-estar, pelo que também as patologias orais, sendo consideradas doenças menores, poderão ter efeitos semelhantes em diversas dimensões da vida do indivíduo.

Na realidade, as pessoas são continuamente afetadas pelas experiências de natureza física, emocional, mental ou social vividas em diversos domínios da existência humana, como no trabalho, na família e no lazer (Danna e Griffin (1999).

Juntando todos os fatores mencionados, em especial, a multidimensionalidade da saúde, a falta de estudos referentes ao impacto da saúde oral na população adulta, a influência da saúde no bem-estar e a desvalorização do impacto das doenças menores na qualidade de vida do indivíduo, remetemo-nos para o foco transversal desta tese: analisar o impacto da saúde oral – particularmente da halitose - na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo nos diversos domínios da sua vida.

Gostaríamos de observar qual a incidência da halitose, quais as suas causas, qual o seu impacto, mas também como é que os portadores de halitose lidam com a patologia.

No entanto, consideramos importante focar não só o indivíduo, mas também os especialistas da medicina dentária, bem como as organizações que poderão estar envolvidas nos programas de sensibilização, prevenção e tratamento e, inclusive, a sociedade em geral,

visto as patologias orais terem impacto na qualidade de vida e no bem-estar dos indivíduos (Locker & Matear, 2000).

Assim, estarão os indivíduos preparados para lidar com a halitose patológica? Estará a população sensibilizada para o facto de a halitose ser uma questão de saúde pública? Estarão os especialistas da medicina dentária consciencializados do impacto da halitose na vida dos seus pacientes e sentir-se-ão conhecedores e confortáveis no seu papel relativamente a este tema? Estarão as organizações preparadas para atuar através de programas de saúde oral ao nível da sensibilização, prevenção e tratamento da halitose? Estas são algumas das questões que suscitaram os estudos que constituem a presente tese.

Tendo por foco exatamente o estudo do impacto da halitose na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo, começamos por fazer um enquadramento teórico, salientando os diversos conceitos e modelos, interrelacionando os mesmos.

Associado à importância da consciencialização do indivíduo, da população, dos especialistas da medicina dentária e dos gestores, no sentido de potenciar a prevenção, o tratamento e a diminuição do impacto deste fenómeno nos diferentes contextos da vida dos indivíduos, será abordado o problema da investigação e focados os objetivos e contributos do trabalho em causa.

Mais concretamente, serão enunciadas as contribuições da presente pesquisa para a sensibilização e operacionalização de um plano de melhoria relativamente a um fenómeno que, até aqui, tem sido desvalorizado pelos intervenientes, sendo analisado de forma muito superficial e apenas na vertente teórica. Como foi referido, os estudos que exploram o efeito das patologias orais com maior incidência na população ativa adulta (como a halitose), são praticamente inexistentes, pelo que se torna necessário potenciar a colaboração entre organizações e universidades em trabalhos de diagnóstico, planeamento e implementação de boas práticas de promoção do bem-estar e saúde no trabalho (Caetano & Silva, 2010).

Tendo em conta a articulação dos modelos abordados pela medicina dentária e os modelos psicossociais da qualidade de vida e bem-estar, existem algumas variáveis que podem ter influência neste fenómeno - tais como a perceção de saúde oral, as crenças sobre o impacto da halitose na vida do seu portador, os comportamentos associados à halitose, as estratégias de coping, a atuação dos dentistas e a satisfação com a vida – pelo que, com base na literatura, pretendemos propor alguns modelos de análise que englobam as mesmas.

Plano da Tese

Apresentamos de seguida o plano da tese para facilitar a leitura da mesma.

A presente tese é dividida em três partes. Na primeira parte encontramos o enquadramento teórico, onde procuramos compreender as causas da halitose, o seu impacto na vida pessoal, social e profissional dos seus portadores e outros intervenientes, clarificar quais as estratégias de diminuição ou eliminação do fenómeno tendo em conta possíveis planos de prevenção e tratamento.

A segunda parte da tese é constituída por quatro estudos empíricos distintos que procuram responder à questão central de investigação.

Para finalizar, a terceira parte contempla a Discussão Geral e Conclusões, onde serão apresentadas as conclusões deste trabalho, de forma a salientar as implicações e os contributos da presente tese e sugerir futuros caminhos de investigação

PARTE I
-
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Qualidade de Vida e Bem-Estar Associados à Saúde

Qualidade de vida

O crescente interesse ao longo dos anos pelo conceito qualidade de vida está associado à mudança de paradigmas (do paradigma biomédico para o paradigma biopsicossocial) nas áreas da saúde. A saúde e doença passaram a ser vistos num *continuum* e não como opostos. Além disso, tornou-se cada vez maior o interesse na melhoria da qualidade de vida (Zagher, Pierezan e Claudino, 2009).

Definir a qualidade de vida e os seus termos mais próximos (como a felicidade e o bem-estar) é uma preocupação antiga, no entanto, nos diversos artigos publicados é evidente a falta de consenso relativamente à sua definição e medição (Slade, 1997).

No final da década de 50, a expressão Qualidade de Vida era já usada, no contexto da poluição ambiental e da deterioração da vida urbana.

Em 1964, o Presidente Lyndon Johnson, dos EUA, defendeu num discurso que os indicadores económicos eram insuficientes para avaliar o bem-estar das populações, e que o progresso de um país não pode ser medido apenas por fatores monetários, mas que deve ser medido pela qualidade de vida da população (Canavarro & Serra, 2010; Rapley, 2003). Esta visão está alinhada com o facto de os EUA na 2ª Guerra Mundial terem colocado em causa a ideia economicista do bem-estar, perante a deteriorização dos aspetos sociais, tais como, a segurança social, a confiança no governo e a solidariedade familiar (Canavarro & Serra, 2010; Oliver, Huxley, Bridges & Mohamad, 1996). Esta preocupação valoriza fatores como o controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança média de vida (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999a). Nos anos 70, começou a ser abordada em eventos científicos internacionais de economia e medicina (Gurland, Katz, Lantigua, 1993). Nessa altura, muitos se interessaram pelo termo qualidade de vida, mas também foram muitas as dificuldades em obter consenso sobre a sua definição.

Gill e Feinsten (1994), através da análise de 75 artigos escolhidos aleatoriamente, verificaram que os mesmos usavam instrumentos para avaliar a Qualidade de Vida, mas poucos a definiam. Estes autores verificaram que a qualidade de vida estava definida apenas em 15% dos artigos, os domínios identificados em 47%, a justificação para o uso do

instrumento em 36% e nenhum fez a distinção entre qualidade de vida geral e a qualidade de vida associada à saúde (Canavarro & Serra, 2010).

Por outro lado, em 2001, Chantal (2001) defendeu que, embora existam diversas definições de qualidade de vida, muitas são inadequadas, porque apenas englobam um número limitado dos fatores que complementam a qualidade de vida. Segundo Heinemann (2000; Canavarro & Serra, 2010), os componentes mais referidos na definição dos conceitos são: o estado físico, as capacidades funcionais, o estado psicológico, o bem-estar, interações sociais, os fatores profissionais e económicos e o estado religioso e espiritual.

A qualidade de vida é geralmente analisada sob dois prismas: sendo vista como objeto predominantemente psicológico ou objeto predominantemente social (Canavarro & Serra, 2010; Nordenfelt 1994). Relativamente ao primeiro prisma, é associada à satisfação com a vida (Canavarro & Serra, 2010), destacamos alguns modelos que representam esta abordagem, entre os quais: o *modelo da qualidade de vida, contentamento e bem-estar subjetivo* (Frisch, 1992), o *modelo da expectativa de vida feliz* (Veenhoven, 1996), o *modelo do ser, pertencer, e tornar-se* (Raphael, Brown, Renwick & Rootman, 1996), o *modelo global da qualidade de vida* (Felce & Perry, 1995) e o *modelo integrativo da qualidade de vida* (Granzin & Haggard, 2000).

Em relação ao segundo prisma, este visualiza a qualidade de vida como objeto predominantemente social, isto é, de acordo com os contextos e processos que determinam a qualidade de vida das populações e sociedades, existem alguns modelos elucidativos, entre os quais: o *modelo ecológico* (Bubolz, Eicher, Evers & Sontag, 1980), o *modelo esférico* (Lindstrom, 1992), o *modelo em cascata* (Berkman & Glass, 2000), e o *modelo do ecossistema humano* (Hancock, 1993).

Noll (2000; Canavarro & Serra, 2010), define a qualidade de vida como a combinação do bem-estar subjetivo com as condições de vida objetivas, incluindo os aspetos da vida importantes para a satisfação do indivíduo.

Para Felce & Perry (1995; Canavarro & Serra, 2010) a qualidade de vida é um fenómeno material e psicológico que engloba descritores objetivos e avaliações subjetivas do bem-estar físico, material, social e emocional, em conjunto com medidas de desenvolvimento pessoal e valores pessoais. Alinhado com esta visão, Cummins (2000; Canavarro & Serra, 2010), considera que a qualidade de vida engloba sete domínios: o bem-estar material, a saúde, a produtividade, a intimidade, a segurança, a comunidade e o bem-estar emocional.

Além dos aspetos mais subjetivos como a felicidade, a satisfação, o bem-estar, a qualidade de vida, também deve integrar tópicos objetivos como nutrição adequada, ambiente não adverso e uma vida longa saudável (Canavarro & Serra, 2010; Phillips, 2006).

Muitos autores defendem a seguinte definição: "a qualidade de vida é a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994, cit. por Fleck et al, 1999a; WHO, 1995, WHO, 1998, cit. por Lai, Tzeng, Wang, Lee, Amidon, e Kao, 2005).

Já Gill & Feinstein (1994; Cruz 2010), consideram a qualidade de vida mais do que uma descrição do estado de saúde de um indivíduo. Segundo os autores a qualidade de vida é um reflexo da forma como um paciente percebe e reage ao seu estado de saúde e aos outros aspetos da vertente não médica de sua vida.

A realidade é que, a qualidade de vida não tem uma definição universalmente aceite, mas existe o consenso de ser um constructo multidimensional, com uma perspetiva holística sobre a essência bio-psico-social do ser humano (Canavarro & Serra, 2010). É geralmente entendida como um conceito abrangente, que engloba aspetos da existência individual, o sucesso de alcançar objetivos, estados e condições desejáveis e também, o sentido de bem-estar e satisfação experienciado na situação atual da vida dos indivíduos (Canavarro & Serra, 2010; Oliver et al, 1996).

A qualidade de vida relaciona-se assim com diversos contextos (Hurley, Bond, Carlin, Evans & Kaldor, 1995), por exemplo: na economia, está ligada ao rendimento *per capita*, sendo um indicador ao acesso dos países aos benefícios da educação, medicina e serviços sociais; na sociologia, sendo mais abrangente, inclui um conjunto de indicadores económicos e de desenvolvimento sociocultural, associado ao nível de vida de uma população; na política, relaciona-se com a equidade das oportunidades sociais; na psicologia, está relacionada o conceito de satisfação; na medicina, o termo foi inicialmente usado para designar as condições que aumentam as hipóteses de sobrevivência dos recém-nascidos, e mais tarde foi direcionada para o atendimento de pacientes adultos e idosos, pacientes especiais e terminais. Está relacionado também com o custo/benefício associado à manutenção da vida de doentes crónicos e terminais (Albrecht & Fitzpatrick, 1994; Auquier, Simeoni & Mendizabal, 1997; Pires, 2009).

De facto, o termo qualidade de vida abrange uma variedade de condições que podem afetar o indivíduo, tais como, os sentimentos e comportamentos no quotidiano, incluindo, a condição de saúde e intervenções médicas, é multidimensional e abrange muitos significados, que englobam os conhecimentos e experiências dos indivíduos e entidades a ele associadas em diversas épocas, espaços e histórias. Na sua conceção também estão valores como: o amor, a liberdade, a solidariedade, a inserção social, a realização pessoal e a felicidade, (Caballo, 2006; Gift & Atchison, 1995; Meireles, 2012; Minayo, Hartz & Buss, 2000; Pires, 2009; Ribeiro & WHOQOL Group, 1997).

Para Heinemann (2000; Canavarro & Serra, 2010), a literatura associada à qualidade de vida tem por base uma “perspetiva piramidal dos seus componentes, sendo que os mais específicos se encontram na base dessa estrutura, e os mais gerais no topo”. As componentes importantes têm como dimensões: o estado físico, bem como, as capacidades funcionais; o estado psicológico e o bem-estar; as interações sociais; os fatores psicológicos e económicos, e o estado religioso e espiritual (Meireles, 2012).

Também é interessante verificar que o bem-estar é muitas vezes apresentado com bastante proximidade à qualidade de vida. No entanto, o bem-estar é uma medida que combina a presença de emoções positivas e a ausência de emoções negativas com um senso geral de satisfação com a vida, e a qualidade de vida deve estar inserida no contexto social e cultural, tanto do sujeito como do avaliador, e não deve ser reduzida apenas ao equilíbrio entre satisfação e insatisfação (Cruz 2010; Fleck et al, 1999a).

Correntes do Bem-estar

A qualidade de vida é muitas vezes associada à saúde, mas também é muito comparada com a felicidade, a satisfação e o bem-estar, o que vai para além da mera condição física, incluindo outros aspetos importantes da vida humana (Amorim, 1999; Bowling, 1995; 2007; Praça 2012).

Kahneman, Prémio Nobel em 1999, afirmou que as pessoas não são fiáveis para avaliar a sua qualidade de vida, pelo facto das suas respostas não serem o resultado de avaliações precisas. Assim, considera que a avaliação da qualidade de vida não deveria ser focada na perceção subjetiva do sujeito, mas na medida objetiva das sensações associadas ao estado real da felicidade. Para o autor, o verdadeiro bem-estar estaria associado à medida de

experiência de bem-estar na sua vida em tempo real e não no julgamento do indivíduo sobre a sua própria felicidade (Canavarro & Serra, 2010; Kahneman, 1999). No entanto, esta perspectiva da felicidade objetiva, atribui demasiada importância às “boas experiências”, desvalorizando a satisfação e o bem-estar subjetivo (Canavarro & Serra, 2010; Veenhoven, 2003).

Ao longo dos anos, vários modelos de bem-estar têm sido propostos por diversos autores (Ryff, 1989). Na realidade, três correntes podem ser destacadas nesta área: o bem-estar objetivo, o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico, sendo a principal diferença entre elas a concepção de felicidade adotada.

Bem-estar objetivo.

Na literatura, o bem-estar objetivo é definido de acordo com um conjunto de parâmetros socioeconómicos que permitem diferenciar sociedades, grupos ou indivíduos (Caetano & Silva, 2009).

Bem-estar subjetivo.

Por outro lado, o bem-estar subjetivo está relacionado com a avaliação da vida em termos de satisfação e balanço entre afeto positivo e negativo, sendo considerado, por alguns autores, sinónimo de felicidade (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Canavarro & Serra, 2010; Diener, 2000; Oishi & Lucas, 2003). Isto é, segundo Larsen e Diener, em 1987, as pessoas com alto nível de bem-estar subjetivo, estão satisfeitas e felizes, identificando um componente cognitivo (satisfação com a vida) e outro emocional, (felicidade ou afeto positivo e afeto negativo). Cada um destes componentes pode ainda ser dividido em subfactores, como os domínios do casamento e amizade na satisfação de vida e as emoções alegria e afeição, no afeto positivo, respetivamente (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

De acordo com Caetano e Silva (2009), podemos definir a felicidade de forma hedonista, a curto prazo, vendo-a como preponderância de sentimentos agradáveis em cada momento, ou de uma forma eudemónica, de longo prazo, como realização pessoal, no sentido de explorar ao máximo o seu potencial, desenvolver as suas capacidades e “tornar-se naquilo que é”, autovalidando o seu propósito na vida (Warr, 2007).

Enquanto que o afeto positivo consiste num sentimento transitório, "um contentamento hedônico puro experimentado num determinado momento como um estado de alerta, de entusiasmo e de atividade" (Albuquerque & Trócoli, 2004), em contrapartida, o afeto negativo também é um sentimento transitório, mas que "inclui emoções desagradáveis como ansiedade, depressão, pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes" (Albuquerque & Trócoli, 2004). Já a satisfação com a vida abrange um julgamento cognitivo da própria vida e inclui as circunstâncias da vida e os padrões escolhidos pela pessoa. Segundo Albuquerque e Trócoli, 2004, o bem-estar subjetivo é a ocorrência de frequentes afetos positivos, rara experiência emocional negativa e a satisfação com a vida como um todo.

Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), defendem que experimentar emoções agradáveis a maior parte do tempo e não experimentar emoções desagradáveis frequentemente, mesmo se as emoções agradáveis forem apenas leves, já é suficiente para os indivíduos proferirem altos relatos de felicidade. Uma pessoa que intervala entre o afeto positivo e o afeto negativo pode ser considerada feliz (Larsen & Diener, 1987).

Alguns autores consideram ainda o bem-estar subjetivo como sinónimo de "qualidade de vida percebida" (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Larsen & Diener, 1987; Suh, Diener & Fujita, 1996).

De facto, o elemento subjetivo é essencial na avaliação da qualidade de vida de um indivíduo ou de um grupo, pois os indicadores sociais por si só não seriam capazes de defini-la já que as pessoas reagem diferentemente a circunstâncias semelhantes (Albuquerque & Trócoli, 2004; Diener & Suh, 1997).

Alguns pesquisadores ainda acreditam que os indicadores sociais do bem-estar subjetivo por si só, não definem a qualidade de vida (Diener & Suh, 1997; cit in Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas, Heidi & Smith, 1999) e existem diversas influências no bem-estar subjetivo (Tay & Diener, 2011), tais como, a cultura (Triandis & Suh, 2002; Oishi, 2010) e o temperamento (Diener & Lucas, 2008). Por exemplo, as pessoas reagem de forma diferente nas mesmas circunstâncias, e avaliam as condições com base nas suas expectativas pessoais, valores e experiências anteriores.

Em 1967, Wilson concluiu que a pessoa feliz é "saudável, bem-educada, bem-paga, extrovertida, otimista, livre de preocupações, jovem, religiosa, casada, com alta autoestima, com modestas aspirações, pode ser de ambos os géneros e com inteligência" (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas, Heidi & Smith, 1999).

O modelo hierárquico de felicidade, segundo Diener, Oishi, & Lucas (2003; Siqueira & Padovam, 2008), defende que o bem-estar subjetivo reflete uma avaliação geral da vida e que existem diversos componentes de níveis inferiores na hierarquia. No topo da hierarquia, estão as quatro grandes componentes que representam bem-estar subjetivo: os afetos positivos, os afetos negativos, a satisfação geral com a vida e satisfação com domínios específicos. Esta estrutura de quatro componentes inclui, duas grandes dimensões psicológicas: as emoções e cognições. Representando as emoções estão os afetos positivos e negativos e a representar as cognições estão as avaliações gerais e específicas sobre a vida (Quadro 1).

Quadro 1. *Componentes do Bem-estar*

Afetos Agradáveis	Afetos desagradáveis	Satisfação com a vida	Satisfações de Domínio
Alegria	Culpa e vergonha	Desejo de mudar	Trabalho
Júbilo	Tristeza	Satisfação com a vida atual	Família
Orgulho e contentamento	A ansiedade e a preocupação	Satisfação com o passado	Lazer Saúde
Carinho	Stresse	Satisfação com o futuro	Finanças
Felicidade	Depressão	Satisfação de outras pessoas significativas da vida da pessoa	Self
Êxtase	Inveja		

Segundo Diener (2012), existem descobertas recentes sobre o bem-estar subjetivo. Uma descoberta, tem a ver com o facto de um elevado grau de saúde apresentar benefícios no bem-estar subjetivo, tais como: longevidade, cidadania e relações sociais (Diener, 2012).

Preditores de Bem-Estar Subjetivo

Relativamente aos preditores de bem-estar subjetivo alguns são comuns entre as culturas, entre eles: sentimentos de apoio social, confiança, personalidade e a satisfação das necessidades básicas (Diener, 2012). Em relação às diferenças nos preditores de bem-estar subjetivo entre as sociedades (Diener, 2012; Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Oishi, 2012), estas podem ser explicadas por diversos fatores.

Por exemplo, existem evidências, que em algumas regiões culturais os indivíduos tendem a ser mais felizes do que noutros, mesmo quando se controlam as condições, tais

como, o rendimento. Os indivíduos dos países latino-americanos tendem a relatar maior bem-estar subjetivo do que os indivíduos das nações do Leste da Ásia. Algumas explicações para isso incluem normas culturais para sentir e expressar, ou não, emoções positivas (Eid e Diener, 2001), apoio social (Oishi & Schimmack de 2010), e positividade (Diener, Scollon, Oishi, Dzokoto, & Suh, 2000; Diener, 2012).

Na verdade, algumas pessoas têm uma predisposição genética para serem felizes ou infelizes, o que é provavelmente causado por diferenças individuais inatas no sistema nervoso. Tellegen, Lykken, Bouchard, Wilcox, Segal & Rich (1988; Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999), analisaram gêmeos monozigóticos e dizigóticos. Uns foram criados juntos e outros foram criados separados e descobriram que gêmeos que foram criados na mesma família não eram muito mais semelhantes entre si do que os gêmeos que foram criados em separado. Estima-se que os genes são responsáveis por cerca de 40% da variação na emocionalidade positiva e 55% da variação na emotividade negativa (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999).

Lykken e Tellegen (1996), mostraram que embora apenas 40% a 55% da variação do bem-estar subjetivo atual possa ser explicada pelos genes, 80 % desse bem-estar a longo prazo é hereditário (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999).

A personalidade é um dos preditores mais fortes e consistentes de bem-estar subjetivo (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999). Por exemplo, para Costa e McCrae (1980; Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999), as influências positivas afetam a extroversão, enquanto que as influências negativas afetam o neuroticismo. Soto e Luhmann (2012; Diener, 2012), mostraram ainda que a personalidade é um preditor confiável do bem-estar subjetivo e que a satisfação com a vida dos indivíduos neuróticos, em comparação com os não neuróticos, foi mais influenciada pelos seus rendimentos.

Um outro estudo mostrou que os extrovertidos são mais sensíveis à indução de humor positivo (ou seja, os extrovertidos apresentaram maiores níveis de emoções positivas) do que os introvertidos, mas não houve diferenças entre os grupos para a indução de humor negativo (Larsen & Ketelaar, 1991; Rusting & Larsen, 1997; Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999).

Já Fulmer, Gelfand, Kruglanski, Kim-Prieto, Diener, Pierro e Higgins (2010), constataram que os extrovertidos tendem a ser mais felizes em culturas extrovertidas do que em culturas introvertidas e Suh, Diener e Updegraff (2008), mostraram que o humor e as

emoções de uma pessoa foram mais preditivos de satisfação com a vida numa cultura individualista, sendo no entanto, a vida social mais preditiva de satisfação com a vida numa cultura coletivista (Diener, 2012).

Na realidade, o bem-estar das pessoas pode influenciar não só o seu sucesso, mas também o bem-estar das pessoas à sua volta (Christakis e Fowler, 2009; Tay & Diener, 2011), e o cumprimento da necessidade dos outros pode influenciar o bem-estar do indivíduo, para além do cumprimento das suas necessidades pessoais (Tay & Diener, 2011).

A autoestima também está relacionada com o bem-estar subjetivo. Diener e Diener (1995; Diener, 2012) mostraram que a autoestima é um preditor de bem-estar mais forte na satisfação da vida em culturas individualistas, do que em culturas coletivistas.

As pessoas nas sociedades ocidentais usam muitas e diversas estratégias cognitivas para manter a sua autoestima (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999; Dunning, Leuenberger & Sherman, 1995). Por exemplo, Kwan, Bond e Singelis (1997) encontraram uma forte relação entre a autoestima e satisfação com a vida em Hong Kong, mas a autoestima também é um forte preditor de satisfação com a vida nos Estados Unidos (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999).

Outra característica que Wilson (1967), menciona como um preditor da felicidade é o otimismo. Scheier e Carver (1985; Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999), defendem que o otimismo representa uma tendência generalizada para esperar resultados favoráveis na vida.

Relativamente ao impacto da religião no bem-estar subjetivo (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999), diversos estudos, mostram que o bem-estar subjetivo se correlaciona significativamente com a crença religiosa (Ellison, 1991), a relação com o divino (Pollner, 1989), experiências de oração (Poloma & Pendleton, 1991), e aspetos devocionais de religiosidade (Ellison, Gay & Glass, 1989).

A relação positiva entre o casamento e o bem-estar subjetivo também tem sido mostrada em alguns estudos (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999; Glenn, 1975; Gove & Shin, 1989; Mastekaasa, 1995). Pessoas casadas relatam maior felicidade do que aquelas que nunca foram casadas ou divorciadas, separadas ou viúvas. Além disso, as pessoas que coabitam com um parceiro são significativamente mais felizes, em algumas culturas, do que aquelas que vivem sozinhas (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999; Kurdek, 1991; Mastekaasa, 1995).

Já em relação ao impacto da idade no bem-estar subjetivo, estudos recentes mostram que a idade muitas vezes aumenta ou diminui, a satisfação com a vida (Butt & Beiser, 1987; Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999; Inglehart, 1990; Horley & Lavery, 1995; Veenhoven, 1994). Diener e Suh (1997; Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999) recentemente analisaram a relação entre a idade e o bem-estar subjetivo e dos três componentes medidos (satisfação com a vida, afetos agradáveis e afetos desagradáveis), apenas os afetos agradáveis declinaram com a idade.

Tendo em conta o trabalho do indivíduo, este fator está relacionado com o bem-estar subjetivo ao fornecer um nível ótimo da estimulação que os indivíduos consideram prazeroso (Csikszentmihalyi, 1990; Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999; Scitovsky, 1976), das relações sociais positivas, e atribui um senso de identidade e significado ao indivíduo. As recompensas intrínsecas e os benefícios sociais também são importantes preditores de satisfação (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999; Mottaz, 1985).

Outra análise interessante prende-se com o facto de as pessoas que estão mais satisfeitas com suas vidas tenderem a encontrar maior satisfação no seu trabalho (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999; Stones & Kozma, 1986). Desempregados apresentam maior angústia, satisfação com a vida mais baixa e taxas mais elevadas de suicídio do que pessoas empregadas (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999; Platt & Kreitman, 1985; Oswald, 1997).

Relativamente à educação, esta é mais relacionada com o bem-estar subjetivo por indivíduos com rendimentos mais baixos (Campbell, 1981), e nos países pobres (Veenhoven, 1994).

Campbell (1976), constatou ainda que a inteligência é um dos mais fortes preditores de bem-estar mas, mais recentemente, Watten, Syversen e Myhrer (1995) não conseguiram encontrar uma relação entre de Inteligência e o bem-estar numa ampla amostra do exército Norueguês, assim como Wilson (1967) já tinha defendido que a inteligência, por si só, não tem um impacto direto no bem-estar subjetivo.

Outros estudos sugerem ainda que a adaptação às condições (Diener, Lucas, e Scollon, 2006; Diener, 2012) e às circunstâncias pode ter um grande impacto no bem-estar subjetivo (Clark, Diener, Georgellis & Lucas, 2008; Lucas, 2007; Diener, 2012).

Todavia, ao longo dos anos, a maioria dos indivíduos muda substancialmente os seus níveis de satisfação com a vida (Fujita & Diener, 2005; Diener, 2012).

Recentemente descobriu-se que o bem-estar subjetivo não é apenas um resultado desejável, também pode ser um importante preditor de resultados futuros da vida (Diener, 2012). Lyubomirsky, King & Diener (2005; Diener, 2012), afirmam que o elevado bem-estar subjetivo é preditor da saúde futura e da qualidade de vida social dos indivíduos. Diener e Chan (2011), também mostraram benefícios de elevado bem-estar subjetivo na saúde e longevidade (Chida & Steptoe, 2008) e Oishi (2012), constatou que os trabalhadores "felizes" são mais produtivos.

Harter, Schmidt, Asplund e Kilham (2010) constataram ainda que a satisfação no trabalho é preditor do desempenho, enquanto que Oswald, Proto e Sgroi (2012), afirmam que os humores positivos beneficiam a produtividade numa tarefa acelerada, mas não afetam a qualidade do trabalho (Diener, 2012).

De facto, de acordo com Diener (2012), os tipos de bem-estar subjetivo podem diferir em termos das causas (Diener, Kahneman, Tov & Arora, 2010; Schimmack, Schupp & Wagner, 2008), consequências (Wiest, Schuz, Webster & Wurm, 2011) e estabilidade ao longo do tempo (Eid & Diener, 2004).

Bem-estar psicológico.

Quanto à terceira corrente, a do bem-estar psicológico, é associada a perceção das ligações aos desafios existenciais da vida, e diz respeito à eficácia geral do funcionamento psicológico do indivíduo nos diversos contextos interpessoais, sociais ou organizacionais em que atua (Caetano & Silva, 2009). Por exemplo, Ryff (1989), critica os estudos sobre o bem-estar subjetivo que focam a componente afetiva, de curta duração – felicidade - e ignoram as situações da vida mais duradouras, como ganhar um sentido de autorrealização. Assim, propõe que o bem-estar seja entendido como o funcionamento positivo global do indivíduo.

Aliás, Ryff e Keyes (1995), trabalham este conceito de “felicidade aprendida”. De acordo com estes autores, um indivíduo com alto bem-estar é aquele que apresenta índices elevados de autoaceitação (atitudes positivas em relação a si mesmo), relação positiva com os outros (satisfação e confiança na relação com os outros), autonomia (autodeterminação,

independência e autorregulação do comportamento), controlo do ambiente (habilidade do indivíduo para escolher situações adequadas às condições pessoais), propósito na vida (senso de direção que contribui para a perceção de que a vida é significativa) e crescimento pessoal (desenvolvimento do potencial do indivíduo). Já Ryan e Deci (2001), afirmam que o bem-estar deve ser considerado para além da prevalência de afeto positivo e satisfação com a vida, como vitalidade e saúde mental.

O Estudo de Keyes, Shomotkin e Ryff (2002), mostrou ainda que a probabilidade de associação positiva entre o bem-estar subjetivo e psicológico aumenta com a idade, a educação, a extroversão, o aumento da consciência e a diminuição do neuroticismo. Mostrou também que os adultos com o bem-estar psicológico superior ao subjetivo são mais jovens, têm maior nível de educação e de abertura à experiência.

Impacto da Saúde na Qualidade de Vida e Bem-estar

Segundo Ribeiro (2005), na década de 70, ocorreu um período de maior centralização na Saúde, conhecido como a Segunda Revolução da Saúde, que surgiu do facto das principais causas de mortalidade e morbidade estarem associadas ao comportamento humano. O termo saúde passou a englobar não só as doenças, mas sobretudo a intervenção que se faz com as pessoas que estão saudáveis, de forma a reduzir a probabilidade de estas virem a adoecer. A saúde passa a ser vista como um recurso para a vida de todos os dias e uma dimensão da qualidade de vida (Praça, 2012).

A saúde é um conceito dinâmico, difícil de medir, que está relacionado com a qualidade de vida (Albuquerque & Matos, 2006; Praça, 2012) e é considerada o maior recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal. Fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde (WHO, 1986; Praça, 2012).

O termo qualidade de vida relacionado com a saúde surgiu, pela primeira vez, nos *Annals of Internal Medicine* em 1966, por Elkinton (cit in Katschnig, 2006; Canavarro & Serra, 2010).

De acordo com a World Health Organization (1948), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que engloba aspetos como a vitalidade ou energia e a

eficácia no desempenho (Larsen & Diener, 1987). Esta definição reconhece a saúde como um constructo positivo. Considera o mesmo como um estado ótimo e positivo de bem-estar e além de apontar à dimensão física, também inclui, pela primeira vez, a dimensão mental e social, o que ajuda a perceber que não é apenas um fator de domínio médico, mas mais abrangente (Locker, 1997, WHO, 1994), porque durante muito tempo “saúde” foi definida em termos negativos. Saúde seria a ausência de doença.

A obtenção de um estado completo de bem-estar físico, mental e social depende de fatores que não estão somente ao alcance da medicina, mas de toda a sociedade em geral. A condição de saúde de um indivíduo é um conceito multidimensional e dinâmico, sendo que a sua caracterização requer informação detalhada de diferentes aspetos da sua vida (Oliveira, 2009; Canavarro & Serra, 2010).

O modelo "biomédico" de saúde enfatiza apenas a doença, quando as medidas de saúde devem avaliar a presença ou ausência de doença, mas também os aspetos sociais e emocionais da saúde. Este modelo tem por base raízes filosóficas encontradas no dualismo mente-corpo, sendo entidades separadas, além de se referir ao corpo como uma máquina, apresentando uma visão reducionista, onde a saúde e a doença são entendidas como fenómenos estritamente biológicos.

Este modelo “biomédico” clássico, tem sido contestado pelo modelo “socio-ambiental” de saúde, que defende que a saúde não pode ser definida apenas em termos de ausência de doença, mas também de um funcionamento ótimo e um bem-estar social e psicológico (Lerner & Levine, 1994).

Assim, houve uma mudança de paradigma na definição da saúde. Sendo o modelo “biomédico” substituído pelo modelo “socio-ambiental” da saúde (Nettleton, 1995), mudou-se de uma perspectiva de preocupação com a doença para uma preocupação com a saúde. Isto é, além da importância dada ao corpo do indivíduo, passou-se a valorizar a sua experiência subjetiva e as suas interpretações acerca da saúde e da doença, o que representa deixar de se pensar de forma redutora, para se adquirir uma visão holística sobre a saúde e a doença (Coulter, Marcus & Atchison, 1994).

Segundo o modelo biomédico, a doença era definida como "processos patológicos que - juntamente com lesão e anomalia de desenvolvimento - afetam de forma biológica e funcional a integridade do corpo" (Locker, 1995). De acordo com o modelo socio-ambiental da saúde, a doença também pode ser definida como "uma experiência subjetiva de um

indivíduo em relação ao seu bem-estar funcional, social e psicológico". Assim, refere-se à experiência do corpo e às consequências dessa experiência para a realização da vida diária. Como tal, é um conceito sociológico e psicológico (Locker, 1995).

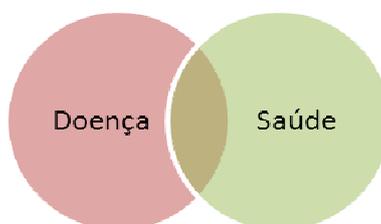


Figura 1. Sobreposição da doença e da saúde (Locker, 1996)

Segundo Locker (1996), a doença e saúde são dimensões independentes. Embora estejam relacionadas no sentido de se sobreporem frequentemente, podem ser experimentadas em separado e não são necessariamente coincidentes (Figura 1). Isto é, a doença não tem necessariamente de colidir com a saúde, e fraca saúde pode não ter origem nas condições patológicas. Este modelo indica que a doença é apenas uma das muitas ameaças para a saúde, que pode ser afetada por estados de tristeza, stress, entre outros.

Como já foi mencionado, tem vindo a aumentar a atenção dada ao facto das doenças poderem comprometer a qualidade de vida. As condições clínicas e problemas de saúde podem ter impacto na qualidade de vida, mas não é necessariamente verdade que aconteça sempre (Locker, 1996). Assumir que a fraca saúde significa má qualidade de vida, pode não ser verdade, visto muitas pessoas com transtornos incapacitantes avaliarem a sua qualidade de vida como mais elevada do que algumas pessoas saudáveis (Allison, Locker & Feine, 1997), pelo que os constructos doença, saúde e qualidade de vida são independentes podendo sobrepor-se em algumas situações (Figura 2).

Por outro lado, podemos ter a ligação inversa, fatores psicossociais (Heaphy & Dutton, 2008), como depressão, stress, nível socioeconómico, apoio social, podem estar relacionados com algumas doenças. Algumas pesquisas identificaram correlações imuno-biológicas distintas em função de estados psicológicos (Miller, Chen & Cole, 2009).

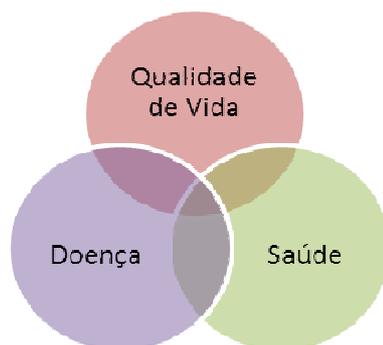


Figura 2. Sobreposição da doença, da saúde e da qualidade de vida (Locker, 1996)

Cada um desses domínios conceituais inclui as influências culturais, ambientais e psicossociais defendidas pelo modelo “socio-ambiental” da saúde, além do domínio físico. Por exemplo, o modelo de Wilson e Cleary (1995) que abrange a saúde, a doença e a qualidade de vida, explica as principais relações causais entre estes conceitos e concede um papel de mediação entre as características pessoais e ambientais nas quais o indivíduo vive.

Segundo Wilson e Cleary (1995), sendo a saúde física um constructo multidimensional que inclui domínios objetivos e subjetivos e em que os aspetos biológicos, sociais e psicológicos se interligam, a perceção do sujeito sobre a sua saúde e as suas queixas são manifestações significativas do estatuto de saúde do sujeito e da sua qualidade de vida. O modelo desenvolvido por Wilson e Cleary (1995), engloba a Doença, Saúde e Qualidade de Vida, tornando explícitas as principais relações causais entre elas e atribui um papel de mediador às características pessoais e do meio no qual o indivíduo vive. De um lado, encontram-se as variáveis biológicas e do outro a Qualidade de Vida. Entre os dois fatores estão os sintomas, o estado funcional do indivíduo e as suas perceções de saúde (figura 3).

Este modelo liga conceitos biofísicos com impactos sociais e psicológicos e estabelece uma base para que se explore a associação entre ambos e além disso, faz uma ligação entre o conceito biomédico e socio-ambiental de saúde, isto é, tem uma perspetiva biopsicossocial (Engel, 1977).



Figura 3. Modelo desenvolvido por Wilson e Cleary (1995)

Relativamente à qualidade de vida associada à saúde, a maioria das definições deste termo englobam o estado emocional, o funcionamento social e físico, em consonância com a definição da qualidade de vida em geral, e acrescentam outras dimensões específicas da área da saúde (Canavarro & Serra, 2010; Phillips, 2006), tais como, o funcionamento neuropsicológico, sexual, do sono, da dor, dos sintomas patológicos, entre outros (Naughton & Shumaker, 2003).

Hays, Alonso e Coons (1999), consideram que a qualidade de vida relacionada com a saúde se refere à forma como a pessoa doente funciona na sua vida e à percepção que tem do bem-estar (Canavarro & Serra, 2010). Katschinig (2006), também defende que são raras as doenças que não afetam o bem-estar (Canavarro & Serra, 2010), pelo que voltamos a constatar que a maioria dos autores considera o bem-estar uma componente da qualidade de vida não só geral, mas também associada à saúde.

A relação entre a qualidade de vida e a saúde é tão significativa que o termo está no *Index Medicus* desde 1977 (Bech, 1997; Canavarro & Serra, 2010). A necessidade de estudar esta relação tornou-se essencial e, nos anos 90, surgiu a revista *Quality of Life Research*, editada pela *International Society for Quality of Life Research – ISOQOL* (Canavarro & Serra, 2010).

Ao longo dos anos, diversos autores propuseram definições para a Qualidade de vida associada à Saúde (Meireles, 2012), como por exemplo: “ Valorização subjetiva que o doente faz dos diferentes aspetos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde” (Guiteras e Bayés, 1993); “É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais

e oportunidades sociais que são influenciados pela doença, tratamento ou políticas de saúde” (Ebrahim, 1995; Patrick e Erickson; 1993); “Aspetos da vida de uma pessoa que são afetados por uma mudança no seu estado de saúde, que são significativos para a sua qualidade de vida” (Cleary, Wilson e Fowler; 1995); “ Avaliação de qualidade de vida de pessoas que sofrem de uma doença tem a especificidade de um elemento central ser a saúde das pessoas, ou o melhor, o que se avalia e em que medida diversos domínios são influenciados pelas características da doença que afeta a pessoa” (Correia, Vala & Aguiar, 2007; Ribeiro, Meneses & Meneses, 1998).

O Centro de Promoção da Saúde da Universidade de Toronto definiu a qualidade de vida, da seguinte forma: "a qualidade de vida está relacionada com o grau com que um indivíduo desfruta as possibilidades importantes da vida" (Raphael, Brown, Renwick & Rootman, 1996). Esta definição respeita a autonomia do sujeito e reconhece que os pacientes podem fornecer informações sobre os seus próprios interesses (Locker, 1996).

Assim, na literatura médica, o termo qualidade de vida parece não ter um único significado (Gill & Feinstein, 1994). Expressões como “condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida” têm sido usadas como sinónimos e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação (Gill & Feinstein, 1994). De acordo com a conceituação de Gill e Feinstein (1994), qualidade de vida não inclui somente fatores relacionados com a saúde (como o bem-estar físico, funcional, emocional e mental) inclui também elementos não relacionados à mesma, tais como o trabalho, a família, os amigos e as circunstâncias da vida.

Nos estudos sobre a saúde das populações têm sido construídos uma grande variedade de indicadores, tais como indicadores de capacidade funcional de qualidade de vida, de bem-estar psicológico e de satisfação de vida. Contudo, a percepção do estado de saúde subjetivo tem vindo a ganhar maior destaque na comunidade científica (Oliveira, 2009; Praça, 2012), até porque Segundo Nunes e Rego (2002; Praça, 2012), o estado de saúde da população é profundamente influenciado por fatores de ordem económica, social, política, experiência pessoal e estilos de vida.

Esta realidade conduziu à necessidade de criar uma definição da qualidade de vida e instrumentos de avaliação para a mesma. Assim, no início da década de 90, a WHO - World Health Organization - reuniu um grupo de especialistas que acordou que a definição de qualidade de vida deve contemplar três características fundamentais: a subjetividade, a

multidimensionalidade e a bipolaridade (Fleck et al, 1999a; Pires 2009): A subjetividade diz respeito à avaliação que o indivíduo faz de si mesmo associada a um dado objetivo; A multidimensionalidade relaciona-se com três dimensões dentro de qualidade de vida: a física, a psicológica e a social; A bipolaridade está associada aos aspetos positivos e negativos aplicados a diversas situações do quotidiano (como o desempenho de vários papéis sociais).

A avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde deve incidir sobre quatro áreas que se inter-relacionam (Pires, 2009): 1) competência comportamental, que se refere aos comportamentos que o indivíduo tem em relação à sua saúde, funcionalidade, cognição, comportamento social e utilização do tempo; 2) condições ambientais, isto é, os atributos do meio físico que rodeiam o indivíduo; 3) qualidade de vida percebida, dimensão subjetiva do julgamento do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica e a sua competência comportamental; 4) bem-estar psicológico, a avaliação pessoal sobre as três dimensões anteriores, a capacidade de adaptar às perdas, a capacidade de recuperação de eventos stressantes, e a capacidade de encarar as situações pelo lado positivo.

Como escalas genéricas salientam-se (Praça, 2012): o *Formulário Abreviado da Avaliação de Saúde 36*, que foi desenvolvido para avaliação da população em geral, avaliação de políticas de saúde e avaliação de práticas e pesquisa no contexto clínico. É constituído por 36 itens, com 8 dimensões: função e desempenho físico, dor, saúde geral, função e desempenho emocional, função social e vitalidade; o *Perfil de Saúde de Nottingham* é constituído por 2 partes com 38 itens. A 1ª parte foca aspetos como a mobilidade física, energia, dor, sono, reações emocionais, isolamento social. A 2ª Parte foca o trabalho, relacionamento e atividades sociais, atividades em casa, atividade sexual; o *Inventário da Qualidade de Vida*, é constituído por 16 áreas: saúde, autoestima, objetivos e valores, dinheiro, trabalho, tempos livres, aprender, criatividade, serviços voluntários, amor, amigos, filhos/as, família, casa, vizinhança e comunidade; o *instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL e o WHOQOL-Bref)*.

Estes dois últimos instrumentos mencionados foram desenvolvidos pelo grupo de qualidade de vida (The WHOQOL Group 1995), e têm por base os pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (perceção do indivíduo), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (por exemplo, dor). Foram desenvolvidos dois instrumentos gerais de medida de qualidade de vida: o WHOQOL-100 (Quadro 2) e o WHOQOL-Bref (The WHOQOL Group, 1998a; The WHOQOL Group, 1998b; Pires, 2009). O primeiro envolve 100 questões que avaliam seis domínios: físico,

psicológico, de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais e o segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, baseadas no primeiro, cobrindo quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Pires, 2009).

Dentro dos instrumentos de doenças específicas salientamos: a *Escala Específica de Qualidade de Vida SS - QOL*, *THE Quality of life questionnaire – QLQ-30*, a *Audit Diabetes Dependent Quality of Life*, e *WHOQOL–OLD*.

Quadro 2. Estruturas do WHOQOL – 100

Domínio	Estruturas
1- Físico	1- Dor e desconforto
	2- Energia e fadiga
	3- Sono e repouso
	9- Mobilidade
	10- Atividades da vida cotidiana
	11- Dependência de medicação ou de tratamentos
	12- Capacidade de trabalho
2- Psicológico	4- Sentimentos positivos
	5- Pensar, aprender, memória e concentração.
	6 - Auto estima
	7- Imagem corporal e aparência
3- Relações sociais	8- Sentimentos negativos
	13- Relações pessoais
	14- Suporte (apoio) social
4- Meio Ambiente	15- Atividade sexual
	16- Segurança física e proteção
	17- Ambiente do lar
	18- Recursos financeiros
	19- Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20- Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
	21- Participação em e oportunidade de recreação / lazer
	22- Ambiente físico (poluição / ruído/ trânsito/ clima)
	23- Transporte
5- Espiritualidade/Religião/crenças pessoais	24- Espiritualidade/Religião/crenças pessoais

A qualidade de vida relaciona-se assim, com todos os aspetos do bem-estar da pessoa (físico, psicológico e social) e inclui o seu ambiente (Harding, 2001). Wallander e Schmitt (2001), propõem que qualidade de vida é a articulação entre a perceção de bem-estar objetivo e subjetivo em diversos domínios da vida, considerados importantes numa determinada cultura e tempo, tendo em conta os níveis universais dos direitos humanos.

Ainda relativamente à qualidade de vida associada à saúde, existe outro fator que consideramos importante abordar e que se prende com o facto de não serem apenas as doenças consideradas graves que afetam a qualidade de vida e o bem-estar, as doenças menores também influenciam bastante estes fatores. Dentro deste âmbito de análise, num estudo sobre diferenças de género relativamente às queixas de saúde verificou-se que, de treze sintomas físicos associados a doenças menores, tais como, dores de estômago, tonturas, palpitações ou dores de cabeça, entre outros, dez eram significativamente superiores nas mulheres (Kroenke & Spitzer, 1998). Alguns autores sugerem também que, como as mulheres avaliam a sua saúde mais negativamente do que os homens, apresentam mais queixas de sintomas, fazem-no mais frequentemente e de forma mais intensa (Alves & Figueiras, 2007; Eriksen, Ihlebaek, & Ursin 1999; Eriksen, Svendsrød, Ursin, & Ursin, 1998; Ihlebaek et al., 2002; Kroenke & Spitzer, 1998; Ladwig, Marten-Mittag, Formanek, & Dammann 2000; Silverstein & Blumenthal, 1997; Vassend & Skrondal, 1999).

Relativamente à gravidade da doença, as mulheres têm menos doenças consideradas graves comparando com os homens, que têm tendência para morrerem mais cedo e têm mais doenças e disfunções graves, o que pode tornar a vida mais curta (Verbrugge, 1989).

Num estudo de Eriksen et al. (1999), as diferenças de género existiam nas queixas de dores músculo-esqueléticas, pseudoneurologia e alergia. O que pode influenciar estas diferenças são fatores biológicos (Riley, Robinson, Wise, Myers & Fillingim, 1998), a maior prevalência de depressão e ansiedade no sexo feminino (Linzer, Spitzer, Kroenke, Williams, Hahn, Brody & Gruy 1996), o facto de as mulheres assumirem os sintomas mais frequentemente (Silverstein & Blumenthal, 1997), ou ainda, o facto de os homens serem menos expressivos relativamente às queixas (Verbrugge, 1982). Além de tudo isto, os homens esquecem as suas experiências de doenças anteriores mais rapidamente que as mulheres (Van Wijk & Kolk, 1997). As mulheres apresentam níveis mais elevados de afetividade negativa (Lynn & Martin, 1997) e têm maior prevalência de perturbações afetivas e da ansiedade do que os homens (Linzer et al., 1996). Além disso, também apresentam mais visitas aos médicos (Kolk, Hanewald, Schagen, & Gijsbers, van Wijk, 2002; Ladwig et al., 2000) e mais faltas ao trabalho por motivo de doença do que os homens.

Relação da saúde e qualidade de vida e bem-estar no trabalho

Um relatório denominado *Health and well-being at work*, analisa a relação entre trabalho, saúde e bem-estar, com base no questionário *Condições de Trabalho Europeu da Eurofound Survey (EWCS)*.

Segundo este relatório, o trabalho e o bem-estar estão intimamente relacionados, a boa ou má qualidade das condições de trabalho têm um impacto direto na qualidade de vida do indivíduo. O trabalho é também fundamental para a saúde, embora fatores de risco específicos no local de trabalho possam levar a lesões e doenças profissionais e ter consequências para a saúde a longo prazo.

No mesmo relatório, a saúde e bem-estar no trabalho são descritas como elementos-chave da Estratégia Global da Europa 2020 para o crescimento, competitividade e desenvolvimento sustentável. Uma economia saudável depende de uma população saudável.

Em 2008, a Comissão Europeia, juntamente com os parceiros sociais relevantes e partes interessadas, assinou o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar, destacando a importância da saúde mental e bem-estar para uma Europa forte e competitiva, pelo que, a depressão e stress relacionados com o trabalho são o foco de maior atenção neste relatório, porque podem resultar na incapacidade para trabalhar.

Relativamente aos dados apresentados, o mau estado da saúde em geral é mencionado por 2,5% dos trabalhadores europeus, enquanto 47% relataram mais de dois problemas de saúde, com uma forte ligação entre as dimensões física e mental. O apoio mais focado para auxiliar os indivíduos quando estão doentes é o oferecido pelos colegas de trabalho.

23% dos trabalhadores na Europa apresenta baixos níveis de bem-estar e 6% são propensos a sofrer de depressão. Cerca de 40% dos trabalhadores na Europa relatam ter estado ausentes do trabalho por motivos de doença, e, em contrapartida, um total de 41% dos homens e 45% das mulheres relataram ter trabalhado doentes (presentismo) pelo menos um dia nos últimos 12 meses.

Devido a estes fatores, consideramos importante referir que o presentismo é um constructo associado ao facto das pessoas com problemas físicos ou psicológicos, que não conseguem cumprir na totalidade as suas funções, estarem presentes no local de trabalho (Hemp, 2004; Laranjeira, 2009). Este constructo está associado a perdas manifestas de produtividade (Burton, Pransky, Conti, Chen, Schultz, & Edington, 2002; Hemp, 2004;

Lofland, Pizzi, & Frick, 2004; Martinez, Ferreira, Sousa & Cunha, 2007) que afetam o rendimento global das empresas e acarretam implicações económicas negativas.

Segundo Martinez, Ferreira, Sousa & Cunha (2007), as principais causas de presentismo, estão relacionadas com problemas de âmbito psicológico como a depressão (Wang, Beck, Berglund, Leutzinger, Pronk, Richling, Schenk, Simon, Stand, Ustun & Kessler, 2003), o stress (Goetzel, Ozminkowski & Long, 2003) e o défice de atenção (Kessler, Adler, Ames, Barkley, Birnbaum, Greenberg, Jonston, Spencer & Ustun, 2005), e as doenças de âmbito músculo-esqueléticos onde se destacam as lombalgias e as artrites (Allen, Hubbard & Sullivan, 2005; Collins, Baase, Sharda, Ozminkowski, Nicholson, Billotti, Turpin, Olson & Berger, 2005), muitas dessas doenças são consideradas doenças menores, conforme já foi referido anteriormente. Segundo os autores a utilização de fármacos também conduz a perdas de produtividade (Burton, et al, 2003), no entanto, o presentismo limita a quantidade, mas também a qualidade do trabalho (Hemp, 2004).

Devido a este facto surgem mais erros e omissões, devido às dificuldades de concentração, o que conduz a elevadas taxas de abandono por doença (Grinyer & Singleton, 2000; Martinez, Ferreira, Sousa & Cunha, 2007), estando assim o presentismo associado ao absentismo (Koopmanschap, Burdorf, Jacob, Meerding, Brouwer, & Severens, 2005), o que pode ser um custo para as organizações na ordem dos 180 mil milhões de dólares (Martinez, Ferreira, Sousa & Cunha, 2007).

Muitas empresas apresentam projetos direcionados para a prevenção da saúde dos colaboradores, tais como: reeducação postural global, massagens, drenagem linfática, pilates, yoga, meditação, ginástica, aulas de grupo, risoterapia, alimentação equilibrada, check ups periódicos e ações de sensibilização e informação, entre outros.

Por outro lado, muitos autores estudaram e/ou propõem *modelos de bem-estar subjetivo em contexto organizacional*: relacionados com componentes emocionais, dimensões afetivas (Warr, 2007), teoria dos eventos afetivos, teoria expandir-e-construir (Fredrickson, 2009); e de *antecedentes e consequentes no bem-estar e saúde no trabalho*: características do trabalho, modelo das exigências-controlo, exigências-recursos do trabalho, relação positiva entre traços de personalidade e a satisfação com o trabalho, efeito de fatores situacionais, das características e do conteúdo do trabalho na satisfação, no stress e no desempenho (Gilboa, Shirom, Fried & Cooper, 2008), relação entre saúde e segurança no trabalho (Christian, Bradley, Wallace, & Burke, 2009), elevados níveis de bem-estar associados, a sentimentos

positivos e baixos níveis correlacionados com situações desagradáveis, bem-estar associado a relações agradáveis (Baron, 1997), bem-estar associado a maior e melhor desempenho, produtividade, comportamentos de cidadania e a menor comportamento contraprodutivo, baixos níveis de bem-estar podem levar a consequências internas.

Relativamente ao bem-estar no trabalho, os pesquisadores usam diversos fatores para representá-lo (Siqueira & Padovam, 2008), tais como: a satisfação com o trabalho (Amaral & Siqueira, 2004) o burnout (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) ou o stress (Byrne, 1994).

A saúde e o bem-estar são muitas vezes mencionados como sendo interdependentes, e existem fatores que os influenciam mutuamente (Siqueira & Padovam, 2008), tais como: os perigos do ambiente de trabalho, fatores de personalidade e o stress ocupacional (Danna & Griffin, 1999) mas também, a segurança, as horas de trabalho, o controlo e estilo de liderança (Sparks, Fargher & Cooper, 2001).

Segundo Siqueira e Padovam (2008), o bem-estar no trabalho é um conceito que integra três componentes: a satisfação no trabalho, o envolvimento com o trabalho e o comprometimento organizacional afetivo. Estes três conceitos, representam vínculos positivos com o trabalho (satisfação e envolvimento) e com a organização (comprometimento afetivo), (Siqueira & Gomide, 2004).

Também é importante referir que, muitos autores têm adotado o modelo de Warr (1987) sobre saúde mental, associado ao bem-estar psicológico, para definir e operacionalizar o bem-estar laboral, que considera o funcionamento positivo integrado da pessoa e propõe oito dimensões para a definição da saúde mental: 1) a oportunidade de controlo pessoal sobre eventos e ações; 2) a oportunidade de desenvolver e usar habilidades variadas; 3) o ambiente gerador de desafios e metas diversificados e atingíveis; 4) a transparência organizacional em termos de papéis e feedback; 5) a disponibilidade de recursos materiais (dinheiro); 6) a segurança física; 7) a oportunidade de contactos interpessoais e relacionamentos; 8) e a valorização da posição social.

Van Horn, Taris, Schaufeli e Scheurs, (2004), basearam-se no modelo de Warr (1987; 1994) para a saúde mental e na teoria de Ryff (1989) sobre o bem-estar geral, partindo do pressuposto de que o bem-estar no trabalho consiste na avaliação positiva das várias características do trabalho e inclui aspetos afetivos, motivacionais, comportamentais, cognitivos e psicossomáticos. Assim, propuseram cinco dimensões para a compreensão do constructo: dimensão afetiva, bem-estar profissional, bem-estar social, cansaço cognitivo e

dimensão psicossomática, que passamos a caracterizar: a) A dimensão afetiva do bem-estar no trabalho inclui: o afeto, que diz respeito à frequência de sentimentos e emoções e à exaustão emocional, que engloba três dimensões: 1) a exaustão emocional - insatisfação com os colegas, organização e atividade, despersonalização e diminuição da realização pessoal; 2) a satisfação no trabalho; e 3) o comprometimento organizacional - identificação e envolvimento com a organização; b) a dimensão bem-estar profissional, é baseada no aspecto motivacional e inclui: a autonomia - liberdade para tomar as suas próprias decisões, a aspiração - procura de desafios e a competência profissional - percepção de que pode lidar eficazmente com os problemas; c) a dimensão do bem-estar social compreende o aspecto comportamental do bem-estar laboral e inclui dois tipos de conceitos: 1) despersonalização, derivada da proposta de esgotamento profissional, referente a atitudes negativas ou indiferentes em relação aos colegas, e 2) a qualidade das relações sociais na organização, que inclui a percepção do indivíduo de ser procurado pelos colegas para dar conselhos e suporte; d) A dimensão cansaço cognitivo diz respeito ao quanto conseguem processar novas informações e concentrar-se; e) e por fim, a dimensão psicossomática refere-se à presença ou à ausência de queixas psicossomáticas, como dores de cabeça. O bem-estar laboral, é assim, um constructo bastante amplo e multidimensional (Van Horn et al, 2004).

As necessidades derivadas do trabalho, segundo Maslow (1954; Csikszentmihalyi, 1988; Deci e Ryan, 2000; Ryff e Keyes, 1995); são: a comida e o abrigo; a segurança; o apoio social e o amor; a mestria; o ser digno de respeito e o orgulho nas atividades; autodireção e autonomia (Tay & Diener, 2011). Este autor, (Maslow, 1954; Tay & Diener, 2011), defende que a satisfação das necessidades universais conduz à saúde e à "felicidade". É possível que o cumprimento de certas necessidades esteja mais fortemente associada com alguns tipos de "felicidade" do que com os outros. Por um lado, parece haver uma estreita ligação entre as relações sociais e a extroversão, e os sentimentos positivos, por outro, uma relação menor entre sentimentos negativos e sociabilidade (Bradburn, 1969; Lucas, Diener, Grob, Suh, & Shao, 2000).

Tendo por base o modelo hierárquico de felicidade de Diener et al (2003), o bem-estar no trabalho pode ainda ser entendido como um constructo psicológico multidimensional, que engloba vínculos afetivos positivos com o trabalho (satisfação e envolvimento) e com a organização (comprometimento organizacional afetivo), (Siqueira & Padovam, 2008).

Esta estrutura compreende três fatores positivos (Siqueira & Padovam, 2008): a satisfação no trabalho, definida "como um estado emocional positivo ou de prazer, resultante

de um trabalho ou de experiências de trabalho." (Locke, 1976); o envolvimento com o trabalho, definido como "o grau em que o desempenho de uma pessoa no trabalho afeta a sua autoestima" (Lodahl & Kejner, 1965); e o comprometimento organizacional afetivo, definido como "um estado no qual um indivíduo se identifica com uma organização particular e com seus objetivos, desejando manter-se afiliado a ela com vista a realizar tais objetivos" (Mowday, Steers & Porter, 1979).

Para Paz (2004; Dessen & Paz, 2010), os indicadores de bem-estar são: 1) a valorização do trabalho – a percepção do próprio de que seu trabalho é importante, para ele e para os outros (organização e sociedade); 2) o reconhecimento pessoal – a percepção do indivíduo sobre ser admirado e recompensado pela sua competência; a autonomia - percepção sobre a liberdade que possui para usar o seu estilo pessoal na execução do trabalho; 3) a expectativa de crescimento - percepção que possui da possibilidade de desenvolvimento pessoal e profissional; 4) o suporte ambiental - percepção sobre a existência de apoio material, social e tecnológico; 5) os recursos financeiros - percepção de justiça na relação entre o trabalho que realiza e o salário que recebe; e 6) o orgulho - sentimento por fazer parte daquela organização. Para a autora, o bem-estar decorre das relações de reciprocidade estabelecidas entre trabalhador e organização (Dessen & Paz, 2010), sendo este afetado por características individuais (Danna & Griffin, 1999; Diener et al, 1999; Paz, 2004) e organizacionais (Paz, 2004; Tamayo, 2004; Warr, 2007).

Já para Dessen & Paz (2010), se existe uma relação entre configurações de poder e características individuais (Neiva, 1999) e se a subjetividade influencia o bem-estar do trabalhador nas organizações (Danna & Griffin, 1999; Warr, 2007), é essencial englobar as características de personalidade ao modelo teórico. Foi então, encontrada uma relação entre o modelo dos cinco grandes fatores (*Big Five*) e o bem-estar geral (Albuquerque, 2004; Dessen & Paz, 2010). Para Hutz, Nunes, Silveira, Serra, Anton e Wieczorek (1998), os fatores do *Big Five* correspondem às dimensões humanas básicas que são encontradas em diversos estudos (Andrade, 2008; Dessen & Paz, 2010; Hutz et al, 1998; McCrae & Terracciano, 2005).

De acordo com Nunes, Hutz e Giacomoni (2009) essas dimensões humanas básicas do *Big Five* têm sido denominadas de: extroversão (*extraversion*) que se refere ao grau de tolerância à estimulação sensorial vinda de outras pessoas e situações e à capacidade de estar feliz (Howard & Howard, 1995); neuroticismo (*neuroticism*) que é o grau de sensibilidade ao stress e de ajustamento emocional, e que identifica indicadores de propensão ao sofrimento psicológico (Howard & Howard, 1995); a abertura emocional (*openness*) que se refere ao

grau de abertura a novas experiências (Howard & Howard, 1995); a socialização ou amabilidade (*agreeableness*) que indica a tendência do indivíduo a ser socialmente agradável, caloroso e dócil (Howard & Howard, 1995; Hutz et al, 1998); e a realização ou conscienciosidade (*conscientiousness*), que agrupa características que se relacionam com a responsabilidade e a honestidade de um lado e a negligência e irresponsabilidade de outro (Howard & Howard, 1995; Hutz et al, 1998).

Tendo em conta estas ideias, Danna e Griffin (1999), a partir dos trabalhos de Cooper, Marshal (1978), também desenvolveram um modelo específico, que engloba a interação entre a saúde e o bem-estar no trabalho, considerando o bem-estar como um conceito mais amplo do que a saúde por englobar os diversos aspetos da vida do indivíduo, como a esfera social, familiar e do trabalho (figura 4). Para os autores, o bem-estar compreende as satisfações que o indivíduo possui com os diversos aspetos da vida dentro e fora do trabalho e a saúde é percebida como um subcomponente do bem-estar, incluindo indicadores físicos e mentais (Danna & Griffin, 1999), a saber: o afeto, a frustração, a ansiedade e a sintomatologia física.

Segundo o modelo destes autores, alguns dos antecedentes que afetam o bem-estar e saúde no trabalho são: os fatores do trabalho (riscos de saúde e de segurança), as ameaças de personalidade (tendências, locus de controlo) e o stress ocupacional (fatores intrínsecos à função, papel na organização, relacionamentos, progressão na carreira, estrutura e clima organizacional, interligação entre a vida pessoal e organizacional). As consequências podem ocorrer ao nível pessoal (físicas, psicológicas e comportamentais), ou organizacional (custo do seguro de saúde, absentismo, processos legais, compensações). No modelo é destacado o papel das intervenções, devido ao seu potencial impacto nos fatores antecessores, na saúde e bem-estar atuais e também nas consequências (Danna & Griffin, 1999).

Para Danna e Griffin (1999), as pessoas são afetadas pelas experiências vividas no trabalho, de natureza física, emocional, mental ou social, sendo o impacto destas experiências estendidas para outros domínios da existência humana, como a família e o lazer.

O modelo de Danna e Griffin (1999), integra assim, informação dispersa sobre o bem-estar nas organizações, contudo tem sido mais utilizado como suporte teórico do que como modelo de base da investigação empírica.

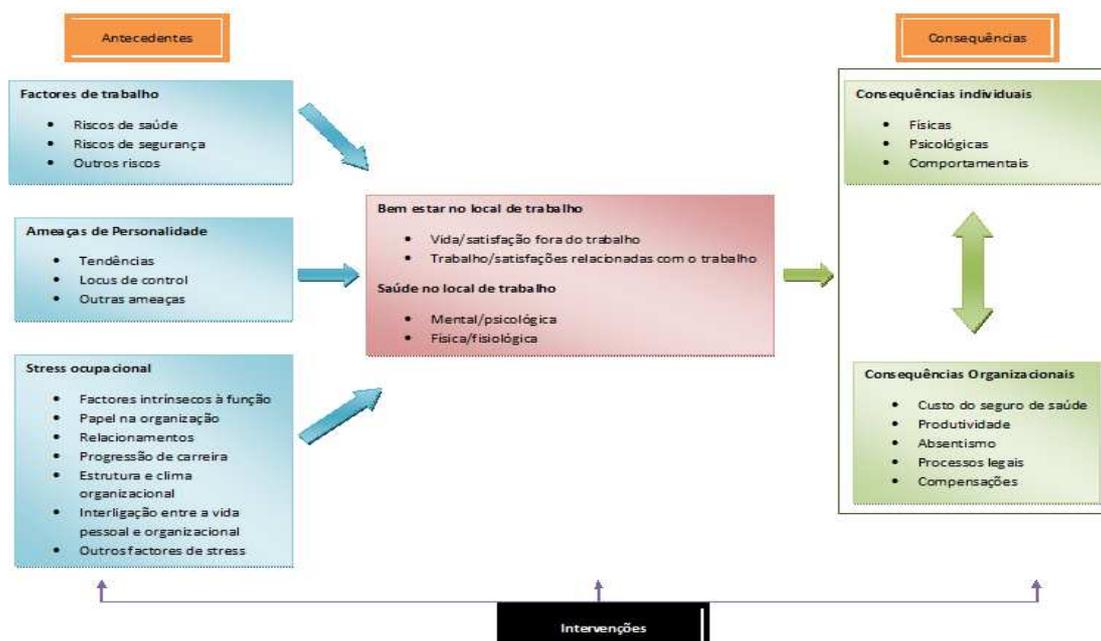


Figura 4. Modelo de bem-estar no trabalho de Danna e Griffin (1999).

A preocupação com a saúde como base no bem-estar afeta as atitudes, os comportamentos e o estilo de vida (Caetano & Silva, 2009), todavia, o inverso também é importante, por exemplo, a satisfação no trabalho está associada a problemas psicológicos (ansiedade, *burnout*, autoestima, tensão), e doenças físicas (doenças cardiovasculares, desordens musculares), (Faragher, Cass & Cooper, 2005) e o clima psicológico pressupõe que os indivíduos respondem aos estímulos do ambiente de acordo com a forma como os percebem e o sentido que lhes atribuem (James, James, & Ashe, 1990). O clima psicológico tem sido inclusive, considerado uma variável explicativa importante do comportamento, saúde e bem-estar dos indivíduos nas organizações (Parker, Baltes, Young, Huff, Altmann, Lacost & Roberts, 2003).

Na realidade, é essencial melhorar as condições de trabalho para aumentar o nível de satisfação do colaborador com as atividades laborais, e diminuir os níveis de stress (Abouserie, 1996), até porque, as situações de stress prolongadas e repetidas, dão origem a respostas negativas do ponto de vista mental (depressão e *burnout* - exaustão) e físico (ataques cardíacos, úlceras), isto é, a saúde é afetada (Chambel, 2005).

No modelo de saúde e bem-estar de Danna e Griffin (1999), os aspetos físicos também foram abordados, devido à importância que os mesmos têm em contexto profissional, podendo ter bastante impacto na saúde e bem-estar do indivíduo.

Assim, os estudos neste âmbito do bem-estar no trabalho, podem contribuir para a criação de um ambiente mais saudável que potência a realização pessoal e que pode ter impacto em diversas áreas da vida do indivíduo e das organizações, como a: rotatividade, o absentismo e o desempenho (Danna & Griffin, 1999; Dessen & Paz, 2010; Warr, 2007).

Consideramos que este modelo é pertinente para a tese em questão, visto defendermos que as patologias orais e mais concretamente a halitose, poderem ser individualmente ou em simultâneo fatores antecedentes e consequências do bem-estar e saúde do indivíduo não só na sua vida familiar e social, mas também no seu local de trabalho.

Impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida e Bem-Estar

A influência da saúde oral na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo

Locker e Matear (2000), defendem que as doenças orais têm impacto significativo no bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos em todas as idades e demonstram a sua importância na saúde da população, conduzindo-a a uma questão de saúde pública.

A maioria dos estudos centra-se em problemáticas de grupos específicos, como é o caso das cáries em jovens (Szpunar & Burt, 1990) ou perda progressiva de dentes no caso da população idosa (Locker, Clarke & Payne, 2000). Um dos estudos de Locker, Clarke & Payne (2000), demonstrou que a autoperceção da saúde oral tem um efeito significativo no bem-estar psicológico e na satisfação com a vida.

Em odontologia, a cavidade oral (boca) tem sido dissociado do resto do corpo, quando se considera o estado de saúde geral (Allen, 2003), isto é, tem havido uma tendência para o tratamento da cavidade oral, como se fosse autónoma, localizada no interior do corpo, mas que não está conectada com o mesmo – perspectiva do modelo biomédico - no entanto, os resultados de um estudo recente baseado no modelo “socio-ambiental” da saúde, mostraram que a perda de dentes foi influenciada por fatores psicossociais, como a má saúde em geral, o baixo nível socioeconómico, o stress da vida e a idade. (Locker & Slade, 1994)

Ao identificar a principal via de ligação causal entre fatores biológicos e os resultados funcionais e psicossociais, e ao referir as variáveis que têm um impacto direto e indireto sobre a qualidade de vida, o modelo “socio-ambiental” da saúde, pode ser usado para enquadrar uma série de questões que precisam de ser clarificadas na pesquisa em saúde oral: 1) qual a ligação entre as patologias orais e o funcionamento psicossocial do indivíduo? 2) em que medida comprometem a sua qualidade de vida? 3) qual o seu impacto no indivíduo? 4) que outros fatores individuais e ambientais influenciam estes resultados, e 5) os pacientes beneficiam de intervenções clínicas em termos de redução nos sintomas, para um melhor funcionamento e uma melhor qualidade de vida?

Até ao momento, relativamente poucos estudos têm abordado as associações entre as patologias orais, incluindo a halitose, e as variáveis biológicas e suas consequências em termos de *status* de sintoma, estado funcional e perceções de saúde (Locker, 1996).

A estrutura conceitual para medir o estado de saúde oral descrita por Locker (1988), baseia-se na WHO (1980) e inclui a classificação de deficiência, incapacidade e desvantagem, além de capturar todos os resultados funcionais e psicossociais dos distúrbios orais (Figura 5).

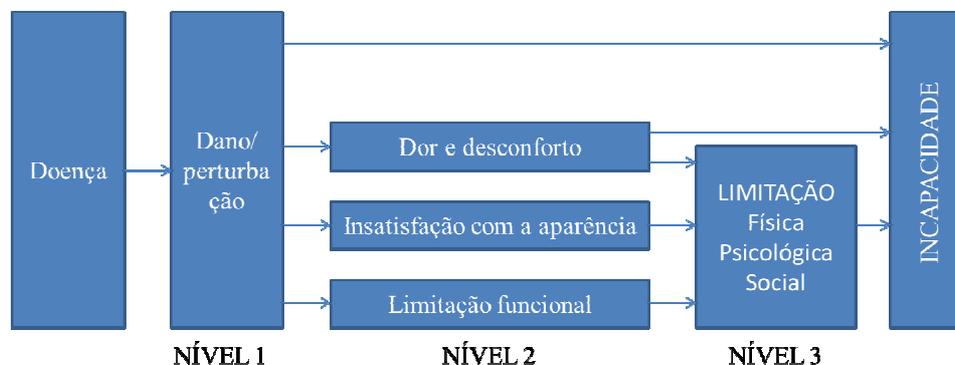


Figura 5. Modelo teórico de saúde oral de Locker (adaptado de Alves & Gonçalves, 2009; p. 299)

Segundo Locker (1996), as pessoas que perdem os dentes ficam psicologicamente afetadas (perderam uma parte do corpo). Outras consequências de perda dentária incluem deficiências (falta de capacidade de realizar tarefas diárias, tais como falar e comer) e desvantagens (diminuição do contato social devido ao constrangimento). Consideramos que o mesmo pode acontecer relativamente à halitose, sendo que, esta patologia está associada a algumas das mesmas deficiências e desvantagens.

De acordo com o conceito ampliado de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde em 1948, que é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não, meramente, a ausência de doença”, ter saúde oral não se restringe a estar livre de doenças orais. Deve-se considerar tanto um funcionamento ótimo, quanto o bem-estar físico, psicológico e social relacionados com os dentes e a boca. Portanto, as repercussões dos problemas na cavidade oral também devem ser avaliadas sob essa perspectiva, entendendo-se que, quando a saúde oral está comprometida, a saúde geral e a qualidade de vida também podem ser adversamente afetadas (Gift & Atchison, 1995).

De facto, os problemas de saúde oral têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade. Por exemplo, relatório da Organização Mundial da Saúde reconheceu que as doenças orais causam dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais,

acarretando prejuízos ao nível individual e coletivo (WHO, 2003), e vários estudos demonstraram que muitos adultos têm problemas de dor, mastigação, dificuldades em comer e problemas sociais, devido a patologias orais (Locker, Clarke & Payne, 2000). No entanto, a saúde oral, no contexto das definições contemporâneas de saúde, é entendida como uma dentição confortável, funcional, com uma aparência que permite aos indivíduos desempenharem a sua função social e as suas atividades diárias sem transtornos físicos, psicológicos ou sociais (Dolan, 1993; Yewe-Dyer, 1993).

Para medir a saúde oral relacionada com a qualidade de vida foram desenvolvidos diferentes instrumentos. Cohen e Jago (1976), foram os primeiros a reconhecer a falta de dados sobre o impacto psicossocial dos problemas de saúde oral, e alguns autores têm validado indicadores de qualidade de vida, utilizando critérios subjetivos (Robinson, Gibson, Khan, Birnbaum, 2003), argumentando que para avaliar estados de doença enquanto indicadores de qualidade de vida têm de ser incluídos aspetos psicológicos e sociológicos que só podem ser expressos subjetivamente. A verdade é que a perceção subjetiva da qualidade de vida não é sempre prejudicada pela presença da doença e o impacto da doença, sobre o bem-estar também é influenciado por fatores sociodemográficos, psicológicos, sociais e ambientais (Locker, 1997).

Apesar do reconhecimento da importância dos aspetos sociais e psicológicos na determinação da doença, amplamente debatidos (Dubos, 1979; Laurel 1983), a odontologia continua a usar quase que exclusivamente, índices biológicos na avaliação e determinação das necessidades de tratamento e apreciação de programas de saúde oral. De facto, o índice de dentes cariados, perdidos e obturados e o índice periodontal comunitário são os mais recomendados pela WHO (1999) na avaliação das patologias orais mais prevalentes: cárie e doença periodontal. Todavia, uma das limitações desses índices é o facto de não considerarem a perceção subjetiva do indivíduo em relação à saúde oral e de não avaliarem a maneira como a saúde oral afeta a vida diária (Locker, 1988). Além disso, existe um consenso emergente de que as escalas de saúde oral relacionadas com a qualidade de vida devem refletir as perspetivas dos pacientes e não apenas as do especialista médico (Leplege & Hunt, 1997).

Por estes motivos, muitas medidas que pretendem avaliar a saúde relacionada com a qualidade de vida têm sido criticadas, além de muitas vezes refletirem apenas os valores e preocupações dos médicos ou outros especialistas, sem ter em conta a perceção dos pacientes (Leplege & Hunt, 1997).

Contudo, têm sido desenvolvidos e validados por diversos autores alguns instrumentos de aferição capazes de englobar os aspectos psicológicos e sociais, por intermédio da autopercepção e do levantamento dos impactos causados na qualidade de vida (Adulyanon & Sheiham, 1997; Cushing, Sheiham & Maizels, 1986; Locker, 1988; Slade, 1997). Estes instrumentos refletem um movimento na odontologia em direção a um modelo socio-ambiental, holístico da saúde, em vez da visão mecanicista do modelo "biomédico" que vê o indivíduo como existente independente de seu ambiente (Kaplan, 1997).

O uso dos indicadores, baseados na autopercepção e nos impactos odontológicos, oferece vantagens importantes para o planejamento e prevenção dos problemas odontológicos, e a principal é a mudança na ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (Sheiham, 2000).

A Medicina Dentária tem criado escalas que refletem as percepções dos pacientes, tais como: *The Social Impact of Dental Disease* (SIDDD), (Cushing, Sheiham & Maizels, 1986); *Index of Chewing Ability* (ICA), (Leake, 1990); *The Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), (Atchison & Dolan, 1990); *Oral Health Impact Profile* (OHIP), (Slade & Spencer, 1994); *Subjective Oral Health Status Indicators* (SOHSI): Locker & Miller, 1994 (Reisine, 1997); *The Dental Impact on Daily Living* (DIDL), (Leao, Sheiham, 1996); *Oral Health-Related Quality of Life Measure* (OHQOL): Kressin, 1997 (Slade, 1997); *The Dental Impact Profile* (DIP), (Strauss & Hunt 1993); *The Sickness Impact Profile* (SIP), (Gilson, 1975; Reisine, 1997); *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP), (Adulyanon & Sheiham, 1997); *The Shortened Dental Arch* (SDA), (Elias & Sheiham, 1998); *Oral Health Quality of Life Inventory* (Cornell, 1994); *Rand Dental Questions* (Dolan 1991).

A maioria destes estudos envolvem populações adultas, geralmente idosos e foram desenvolvidos abrangendo diversas dimensões de impacto como dor, desconforto, estética, dificuldade na alimentação, na comunicação, nas relações afetivas, nas atividades diárias e no bem-estar psicológico do indivíduo (Pires, 2009). Estes estudos mostram ainda que as pessoas percebem a sua condição oral com alguma precisão, embora os critérios por vezes sejam diferentes do especialista médico (Reisine, 1981; Pires 2009).

Kononen, Lipasti, Murtomaa (1986), realizou um estudo para verificar a validade das informações obtidas através da autopercepção da boca em relação às próteses, ao número e à distribuição dos dentes remanescentes, tendo concluído que o método de recolha de dados é válido para avaliar a saúde oral. Outro estudo que foi realizado por Gilbert, Duncan, Heft,

Dolan, Vo gel, (1997), teve como objetivo avaliar a percepção da necessidade de tratamento dentário em idosos com 65 anos nos EUA, tendo em conta os sintomas das doenças orais e os problemas psicossociais que daí advêm. Os resultados sugerem que os indivíduos percebem a necessidade de tratamento a partir de sintomas específicos e não de uma avaliação geral da saúde dentária ou periodontal (Pires 2009).

A autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde oral realça o facto de que as experiências pessoais sobre a doença e a saúde são influenciadas pelo espaço social do indivíduo, sendo que esta tem por base a informação e os conhecimentos disponíveis, modificados pela experiência prévia e pelas normas sociais e culturais (Pires 2009). A percepção da saúde é elaborada e vivida dentro daquilo que os indivíduos fazem no quotidiano, no seu local de trabalho e onde se divertem (Portillo & Paes, 2000; Pires 2009). Assim, a autopercepção da condição de Saúde Oral é um bom indicador, que não substitui mas pode complementar o exame clínico do paciente (Biazevic, 2001).

Segundo Pires (2009), em Portugal os estudos sobre a Saúde Oral são reduzidos e focam apenas a cárie dentária, a doença periodontal (Alcoforado, 1995; Soares, 2007), a perda dentária (Davis, Meyer, Freita & Kristoffersen, 1983; Marques, Bjertness, Eriksen 1994), a medição da cárie radicular (Silva, 1995; Sousa, 2005), a perda dentária e uso e necessidade de reabilitação protética (Gavinha, 2000; Baciero, Gandarias & Pérez 1999), a caracterização dos fatores etiológicos da estomatite protética associada ao uso de prótese maxilar (Silva, 2000), e o grau de satisfação de pacientes portadores de próteses removíveis (Braz, 2005), e além destes, foi encontrado um estudo sobre a avaliação da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral que dizia respeito a de indivíduos portadores de próteses dentárias removíveis (Neves, 2006).

Relativamente ao nosso objeto de estudo, na realidade, existem muitas escalas para medir o impacto da saúde oral no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo, mas nenhuma engloba perguntas do âmbito da halitose. Consideramos assim, importante avaliar em que medida a halitose, terá impacto no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo.

Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar Do Indivíduo

Definição do conceito: Halitose

Estando o bem-estar relacionado com a saúde, existem uma série de aspetos físicos que condicionam o bem-estar e a halitose pode realmente ser um deles.

O termo halitose deriva do latim. A palavra “hálitos” significa “ar expirado” e o sufixo “osis” traduz uma alteração patológica. Hine, em 1957, definiu halitose como “mau hálito presente no ar expelido pelos pulmões, boca ou narinas”. Vieira e Falcão (2003), definem halitose como “uma alteração real ou imaginária do hálito que se manifesta como um sinal e/ou sintoma, decorrente de alterações fisiológicas, adaptativas, patológicas podendo ser de ordem senso-percetivas, gustativas e/ou olfativas”.

A halitose é uma doença oral, mais conhecida por mau hálito, e que tem uma prevalência elevada, em qualquer género, idade, nível socioeconómico e religião (Al-Ansari, Al-Jairan, Gillespie, 2006; Lee & Ashforth, 1996; Liu, Shinada, Chen, Zhang, Yaegaki e Kawaguchi, 2006; Loesche, 1999; Sanz & Roldán 2001; Nadanovsky & Carvalho, 2007; Sato, Washio, Koseki e Takahashi, 2005).

Estatísticas recentes sugerem que, no mundo, 25% de pessoas são portadoras de halitose (Lee & Ashforth, 1996), 30% da população do Brasil é portadora de halitose (Togashi, Montanha e Tarzia, 1998), bem como, de 25 a 50% da população adulta nos países desenvolvidos (Coil, Yaegaki, Matsuo, Miyazaki, 2002). Uma equipa multidisciplinar composta por psiquiatras, gastroenterologistas, otorrinolaringologistas e periodontistas consideram que 87% das causas de halitose são de ordem oral (Delanghe, Ghyselen., Bollen, Van Steenberghe, Vandekerckhove e Feenstra, 1999). Para a American Dental Association (ADA), 41% dos dentistas americanos, atendem seis ou mais pacientes portadores de halitose crónica por semana (Loesche, 1999). Dada a prevalência desta doença na população adulta em geral, Rosenberg, em 1992, recomendou que a halitose fizesse parte dos currículos de formação médica e odontológica.

Çiçek, Orbak, Tezel, Orbak e Erciyas (2003), Coil et al (2002), Eli, Baht, Koriat e Rosenberg (2001), Lee, Mak e Newsome, (2004), Lenton, Majerus e Bakdash (2001), e Tomás (2001), defendem que a halitose provoca embaraço social, emocional e psicológico, condicionando a autoestima, autoimagem, autoconfiança e também, a ansiedade emocional e exclusão social. No entanto, existem poucos estudos que o comprovem.

Em 1874, Howe escreveu o primeiro tratado sobre halitose que foi considerado numa entidade clínica (Tarzi, Davies, Claassens, Verbeek, Walport & Cook, 2003). Em 1934, Feira e Wells criaram um instrumento, o osmoscópio, utilizado para medir a densidade do odor (Dal Rio, Nicola & Teixeira, 2007; Tonzetich, 1977). Nos anos 40 e 50, Fosdick, concluíram que embora as causas da halitose possam ter uma condição patológica ou fisiológica, por via oral, sistémica ou nasofaringe, a principal causa consiste na cavidade oral (Dal Rio et al, 2007; Tonzetich, 1977). Nos anos 60 e 70 foram publicados os primeiros trabalhos para identificar compostos associados à halitose. Tonzetich, Bouchal, King, e Richter, em 1964, desenvolveram métodos de identificação e medição dos compostos odoríferos, na saliva. Uma delas é a medição direta dos compostos sulfurados voláteis (CSVS) através de cromatografia gasosa (Tonzetich, 1977). O papel da saliva no processo da halitose surge na literatura científica (El-maaytah, Hartley, Greenman, Porter & Scully, 1996; Kleinberg, Wolf & Codipilly, 2002).

A halitose, é por vezes responsável pela frustração de pacientes e profissionais de saúde devido à escassez de recursos tecnológicos especializados. Em função dos avanços da tecnologia e das descobertas pela comunidade científica internacional, na última década, o diagnóstico e o tratamento da halitose tem evoluído imenso. Em 1874, a halitose passou a ser considerada uma entidade científica, mas apenas nos últimos 15 anos houve um aumento do interesse pelo tema, pelos pesquisadores, clínicos e indústria (Tangerman, 2002; Lee et al, 2004). O primeiro simpósio internacional intitulado *Directions in Halitosis Research* ocorreu em 1991 (Rosenberg, 1992), em 1993, foi criado um grupo de estudo e pesquisa em halitose – ISBOR – *International Society on Breath Odor Research* – desde essa altura o tema começou a ter uma abordagem multidisciplinar integrada, o que favoreceu uma maior compreensão da sua etiologia e resultados mais efetivos dos tratamentos realizados.

Durante os últimos trinta anos testemunhámos um crescimento de trabalhos científicos publicados e as causas do mau hálito tornaram-se mais evidentes. Como sinal da crescente importância atribuída pela comunidade científica, além da *International Society for Breath and Odor Research* (ISBOR, 1995), foi criada a *International Association for Breath Research* (IABR) em 2005 e a *Breath Research*, revista científica sobre halitose em 2007.

Em junho de 2004, reafirmou-se no encontro científico da ISBOR que: existia a necessidade de desenvolver métodos de diagnósticos mais específicos; o método de diagnóstico devia ser fundamental para a escolha do tratamento, ser simples e detetar todos os compostos voláteis da halitose; e que existia a necessidade de encontrar novos dispositivos

para: aprimorar os diagnósticos, monitorar o tratamento escolhido, monitorar a progressão do tratamento. Para corresponder às expectativas dos pacientes, o rigor científico é essencial na instituição de tratamentos bem-sucedidos. O paciente vai ao especialista que intervém na origem do problema, sendo da Estomatologia, Medicina Dentária, Otorrinolaringologia, Gastrenterologia, Imuno-alergologia, Psicologia ou Nutrição, após a confirmação do diagnóstico e identificação das causas da halitose. Um dos fatores diferenciais e determinantes para o sucesso do tratamento é a integração de várias especialidades médicas.

A halitose imaginária, halitofobia ou halitose psicossomática: ocorre em pacientes que apresentam alteração no olfato (disosmia) e passam a acreditar que possuem halitose, porém outras pessoas não detetam o facto (Filippi, 2012). Alguns estudos mostraram que 12% a 27% dos pacientes são portadores desta condição psicológica (Seemann, Bizhang, Djamchidi, Kage & Nachnani, 2004).

A halitose é um sinal da presença de odoríferos ofensivos ao olfato humano, no fluxo expiratório e é um sintoma, quando não existem odoríferos, e o paciente se queixa de halitose. Odoríferos são compostos de baixo peso molecular que se dispersam no ar e sensibilizam as células olfativas. Possuem uma composição e estrutura físico-química variáveis, e englobam duas propriedades: a volatilidade (dispersão no ar) e a solubilidade em gorduras (elevada % de gorduras nas membranas das células recetoras). Bioquimicamente formam-se através de 4 mecanismos: 1. Presença de matéria orgânica estagnada, onde as proteínas são formadas por aminoácidos ricos em enxofre (Tonzetich, 1977). A cistina, cisteína e metionina (aminoácidos) reduzem, ganham uma molécula de hidrogénio, formando os compostos à base de enxofre: sulfidreto SH_2 , metilmercaptana CH_3SH e dimetilsulfeto $\text{CH}_3\text{-S-CH}_3$, que são compostos sulfurados voláteis (CSV), e existem em grande quantidade na doença periodontal e saburra lingual; 2. A degradação de aminoácidos presentes em focos de necrose tecidual assépticos ou contaminados por microrganismos patogénicos. Os compostos orgânicos voláteis (cov) são originados da putrefação da matéria orgânica (Tonzetich, Bouchal, King & Richter, 1964); 3. Uso de produtos aromáticos como a alicina, que existe no alho e cebola, sendo eliminados no fluxo expiratório independentemente do metabolismo (Crohn & Drosd, 1942); 4. Lentidão ou exaustão metabólica do organismo (Bogdasarian, 1986).

Segundo Vieira e Falcão (2003), a halitose é: de intimidade, quando esta é identificada à distância de 15 cm; do interlocutor, quando é percebida a 60 cm e social, quando é percebida a maiores distâncias, embora o ambiente fique com odor desagradável.

Estudos clássicos (Tonzetich, Bouchal, King & Richter, 1964; Tonzetich, 1977) e atuais (Awano, Koshimune, Kurihara, Gohara, Sakai, Soh, Hamasaki, Ansai & Takehara, 2004) defendem que a halitose, na maioria das vezes, é de origem bucal e resulta do metabolismo das bactérias anaeróbias proteolíticas que liberam CSV. Tratar a halitose contribui para a prevenção de problemas da cavidade oral, e de doenças sistêmicas (pneumonias, enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, nascimento de prematuros).

Hoje reconhece-se a halitose como um sintoma de uma doença sistêmica e que existem mais de 50 causas para a alteração do hálito (Uliana, 2003; Nunes, 2010), podendo ser as seguintes (Quadro 3):

Quadro 3. *Causas da Halitose*

1. Halitose fisiológica	11. Doença periodontal	21. Patologia das adenoides	31. Alterações pulmonares
2. Dieta	12. Cárie dentária	22. Patologia das fossas nasais	32. Alterações renais
3. Desidratação	13. Cicatrização de feridas cirúrgicas	23. Presença de corpos estranhos	33. Alterações gástricas
4. Hipossalivação	14. Neoplasia	24. Ingestão de alimentos com odor intenso	32. Diabetes
5. Stress psicológico	15. Estomatite	25. Tabagismo	35. Hipertermia
6. Alterações morfológicas da língua	16. Quisto dentífero	26. Medicamentos	36. Febre reumática
7. Halitose essencial	17. Miíase	27. Absorção de substâncias pela pele ou mucosas	37. Distúrbios neuro-psíquicos
8. Língua saburrosa	18. Amigdalite	28. Hipoglicemia	38. Reticuloendotelioses não lipídicas
9. Próteses porosas	19. Faringite	29. Alterações intestinais	39. Escorbuto
10. Higiene oral deficiente	20. Sinusite	30. Alterações hepáticas	40. Doenças raras

Existem diversos termos na literatura associados ao conceito, que são muitas vezes utilizados para classificar os diferentes tipos de halitose (Quadro 4).

Quadro 4. *Diferentes tipos de Halitose*

Termos	Significado
Verdadeira halitose	Há percepção de halitose, um cheiro óbvio acima do socialmente aceitável e é muitas vezes medido pelo exame organolético.
Pseudo-halitose ou de espera	Não existe halitose percebida, mas o paciente persistentemente reclama da sua existência por autopercepção.
Halitofobia	O paciente acredita que possui halitose, mesmo depois de tratar a verdadeira halitose, funcionando como resultado da pseudohalitoses.
Halitose psicológica, transitória, esporádica, matinal	Halitose genuína que é proveniente do dorso da língua, é autolimitada, e não precisa de terapia. É mais um problema cosmético do que de saúde.
Halitose patológica, crónica ou persistente	Halitose genuína, o que não é resolvido por meio de métodos usuais de higiene e evita que o paciente possa levar uma vida "normal".
Halitose Oral	Halitose genuína e patológica originária da boca, da parte posterior do dorso da língua.
Halitose Extraoral	Halitose genuína e patológica cuja origem está fora da boca (trato respiratório, aparelho digestivo, doenças sistémicas).

O programa de investigação científica sobre halitose é relativamente reduzido, considerando a sua elevada incidência na população adulta e a preocupação que muitas pessoas têm com a mesma. De 1949 até 2004 foram catalogados apenas 684 artigos no banco de dados da PubMed/Medline, sendo poucos os artigos científicos que estudam a halitose. Em 1991, foram estabelecidos alguns critérios para pesquisas nesta área (Rosenberg & McCulloch, 1992). O interesse científico pelo tema da halitose aumentou a partir da década de noventa do século passado, visto verificar-se um maior número de publicações na área médica. Contudo, os estudos publicados que exploram a vertente psicológica do impacto da halitose na vida dos indivíduos ainda é muito reduzido, como por exemplo, o estudo da “autoestima do mau hálito” de Rosenberg, Kozlovskyl, Gelernter, Cherniakl, Gabbay, Baht e Eli (1995).

Existem algumas publicações, em revistas conceituadas que apresentam investigações Medline/Pubmed sobre a halitofobia (mas ainda superficiais) dado que são da autoria de médicos da área da Medicina Dentária que não têm formação em Psicologia. Estudos que meçam o impacto psicológico e social, nas emoções e comportamentos físicos deste problema são escassos.

Consequências da Halitose para o indivíduo

Segundo Rosenberg (1992), numa pesquisa telefônica, 60% das mulheres e 50% dos homens relataram utilizar produtos que melhoram a respiração. É do conhecimento geral que as pessoas que sofrem deste problema estão conscientes das suas implicações e entram numa tentativa desesperada de disfarçar o seu odor bucal, usando pastilhas, hortelã, gomas, escovando os dentes compulsivamente e fazendo gargarejos. Além disso, adotam alguns comportamentos frequentes, como cobrir a boca, manter uma maior distância interpessoal ou evitar qualquer relação social.

Num inquérito no site da clínica dentária Honda, no Japão, 20% das 3.290 pessoas inquiridas responderam “sinto-me sempre nervosa por causa da minha respiração” (Sato et al, 2005). Segundo Fagundes, Conceição e Marocchio (2005), as pessoas com halitose por vezes isolam-se da sociedade, o que afeta diretamente as suas relações. Além disso, quem sofre de halitose fala com a mão à frente da boca, desvia a cara, está sempre a comer pastilhas e, por vezes, afeta o seu desempenho profissional. É também normal que o portador de mau hálito se sinta preocupado com a reação das pessoas. Se coçarem o nariz ao seu lado ou lhe oferecerem pastilhas, o sujeito vai considerar que isso se deve ao seu mau hálito. Segundo Fagundes et al (2005), para acabar com o problema é preciso combinar tratamentos, o que significa dar especial atenção aos aspetos emocionais ligados ao paciente. Muitas vezes, o portador de mau hálito não acredita que exista solução para o seu problema, porque normalmente já experimentou: endoscopias, cirurgias de estômago, de extração das amígdalas, de dentes, trocas de restaurações e de próteses e não obteve resultados positivos.

Tendo em conta as consequências negativas que a halitose pode ter sobre a vida de um indivíduo, da sua família e outros intervenientes, a situação torna-se algo alarmante. Portadores conscientes de halitose poderão sentir perturbações de sono e apetite, diminuição drástica da atividade física, ansiedade constante, podem desenvolver estados de depressão, chegando a afastar-se da família e amigos e chegando a entrar num processo de desintegração social.

Este panorama reflete a existência atual de um grave problema de saúde pública, de enormes repercussões pessoais, familiares e socioeconómicas.

A possibilidade de profissionais de saúde poderem, inadvertidamente, ou conscientemente não abordar o assunto com os seus pacientes, levando à falta de sensibilização do indivíduo, à prevenção, diagnóstico sobre a causa, programas de

tratamentos, e à desvalorização dos possíveis impactos pessoais, sociais e profissionais, levanta sérias e preocupantes questões a um sistema de saúde pública.

Os autores que se têm centrado neste tema, estão mais focados na descrição do fenómeno do que no seu entendimento ou resolução, sendo este mais um objetivo como contributo da presente tese.

Impacto do odor na qualidade de vida e bem-estar

Relativamente à halitose é ainda importante salientar que está intimamente associado à habituação olfativa, pelo que o portador de halitose pode não notar que a desenvolveu, mas os que interagem consigo podem sentir o seu odor.

O olfato foi o primeiro sentido a desenvolver-se e está localizado na mesma área do cérebro que processa as emoções, a memória e a motivação, o sistema límbico (Herz, 2007).

A estrutura límbica chave para interagir com o centro do olfato é a amígdala, onde se situam as emoções e sem a amígdala não processamos experiências emocionais, recordações emotivas. Estudos de imagens do cérebro mostram que ao perceber um cheiro que a amígdala é ativada e quanto mais emocional for a experiência maior é a ativação dessa área. Devido a este facto, o ato de cheirar possui uma carga emocional, que pode suscitar aproximação ou repulsa, e estimular a memória. O olfato tem sido considerado não só o órgão dos sentidos mais emocional como também o mais complexo, devido à elevada variabilidade de respostas emocionais produzidas pelos odores (Herz, 2002; Nunes, 2010). A perceção de um hálito desagradável geralmente promove o aumento imediato de emoções negativas, como irritabilidade, mal-estar, nervosismo e agitação (Nunes, 2010). Estudos recentes na área da Neuro-imagiologia têm interpretado a relação estreita entre o olfato e as emoções como resultado da sobreposição de sistemas neuronais, uma vez que o olfato/sentido do cheiro está localizado na mesma área do sistema nervoso central que as emoções (sistema límbico), (Herz 2004; Nunes, 2010).

A estrutura límbica chave na interação com o centro olfativo é a amígdala cerebelosa, onde as emoções são processadas. Algumas descobertas recentes demonstraram claramente que esta amígdala é estimulada pela perceção de um odor, e que os estímulos olfativos

(positivos ou negativos) influenciam as emoções relacionadas com a memória, a linguagem, o reconhecimento espacial e o temperamento (Nunes, 2010).

Os lobos temporais, atrás dos olhos, constituem a região que abriga a maior parte do sistema límbico e o córtex olfativo. São afetados pelos estímulos olfativos, por agentes odoríferos positivos ou negativos, e estão relacionados com a memória, a linguagem, o reconhecimento espacial e o controlo do temperamento, sendo importantes para a estabilidade emocional, a aprendizagem e a socialização. Segundo Alexander (2000), o olfato também é importante para a alimentação, intimidade sexual e comportamentos sociais, assim como, processos de aprendizagem e memória associados a estes comportamentos. O ser humano inala pelo menos vinte e três mil vezes por dia.

Herz (2007), faz referência no seu livro “O aroma do desejo” que, para testarem se o olfato está intimamente ligado à emoção, investigadores usaram os cheiros de amêndoa para criar boa disposição e um cheiro a piridina (odor acre) para criar má disposição. Esta autora decidiu estudar se os cheiros são catalisadores da memória e se podem ser usados para despertar emoções. A emoção é fundamental na percepção, aprendizagem e memória olfativa, facto que condiciona os nossos comportamentos. No entanto, Rozin, McCauley e Wrzesniewski (1999), ao perguntar sobre o grau de valorização da perda de vários atributos físicos, verificou que o sentido do olfato era enunciado em último lugar. A anosmia (cegueira do olfato) é a perda do olfato. Sem o sentido do cheiro, a capacidade para nos conhecermos a nós e aos outros fica obscurecida, o mundo emocional torna-se perturbado, existe uma perda de interesse em atividades normalmente geradoras de prazer: deixamos de ter capacidade para apreciar a comida, dificuldade em dormir, perda de motivação, concentração, de interesse na atividade sexual, temos sentimentos de tristeza e a saúde entra em declínio (Herz, 2007).

De facto, o sentido do olfato facilita a sobrevivência da espécie animal. A reação mais imediata de um odor é o reconhecimento de bom ou mau, que nos leva a aproximar ou a afastar, o mesmo acontece com as nossas emoções, as positivas ajudam-nos a seguir em frente, e as negativas dizem-nos para evitarmos, despoletando uma reação de fuga. O ser humano, tem também, o mesmo tipo de dificuldade em exprimir por palavras as experiências emocionais e olfativas.

É também importante referir que os sentidos influenciam o conforto no trabalho. Estudos recentes mostraram que as pessoas expostas constantemente a um odor no trabalho por um período de várias semanas mostram o declínio na sensibilidade a este odor, e este

pode durar até várias semanas após o estímulo ter sido removido. Segundo Engen (1991), aprendemos a ignorar odores familiares, e a atenção torna-se seletiva com o hábito. A força do estímulo em termos de concentração e a duração da exposição são fatores determinantes de adaptação ou fadiga dos recetores olfativos. A redução da sensibilidade também pode ser causada pela exposição de outro odor, a chamada adaptação cruzada (presumivelmente ocorrendo com odores que ativam os mesmos recetores). Para Engen (1991) existe o fenómeno facilitação, isto é, dependendo dos odores envolvidos, a exposição a um cheiro pode também aumentar a força de resposta de um segundo cheiro. Fatores cognitivos, como expectativas e atitudes, desempenham um papel importante na percepção odorífera. Quando as pessoas acreditam que estão a experimentar um aroma natural e inofensivo o seu tempo de resposta e adaptação é significativamente diferente de quando imaginam o odor como uma substância prejudicial. A halitose pode ser um sintoma de doenças mais graves, e o cheiro desagradável sentido pelos outros pode afetar a vida do indivíduo a nível social e profissional.

Vários estudos têm demonstrado que os odores tendem a produzir efeitos tanto a nível cognitivo como comportamental. Foi recentemente demonstrado que a presença de odores distintos tem impacto no grau de aprendizagem das crianças (aumentando ou diminuindo o seu desempenho conforme o odor é ou não agradável) e que a experiência olfativa pode causar mudanças em parâmetros fisiológicos como o ritmo cardíaco, por via da alteração das emoções (Chrea, Grandjean, Delplanque, Cayeux, Le Calve & Aymard, 2009; Nunes, 2010; Schiffman, Sattely-Miller, Suggs & Graham, 1995).

Os odores, as emoções, a imagem corporal e as relações sociais interagem de forma dinâmica ao longo da vida. Neste contexto, a halitose pode ser um fator determinante (Nunes 2010). A realidade é que não é difícil uma distinção entre as duas vertentes da halitose patológica uma vez que através do odor oral e do odor nasal se conseguem distinguir as duas diferentes situações. Por exemplo, a halitose de origem intraoral só emana odor pela cavidade oral, ao passo que na extraoral os pacientes podem apresentar mau odor oral e nasal ou apenas nasal (Tangerman 2002).

Programas de Sensibilização, prevenção e tratamento de saúde oral - halitose

Diversos estudos mostram que existem diversos benefícios organizacionais nos programas de prevenção de saúde, como: aumentar a qualidade do estilo de vida dos colaboradores e diminuir os riscos de desenvolvimento de doenças crónico-degenerativas (Blair, 1995), reduzir os custos nos cuidados com a saúde (Witmer, 1995), diminuir a incidência de traumas cumulativos no trabalho (Chenoweth, 1995), o absentismo (Baum, 1995) e o aumento da produtividade (Shepard, 1995).

Os programas de intervenção têm como foco a modificação dos precursores comportamentais das doenças, que nem sempre são relacionados com as tarefas associadas ao trabalho (Fielding, 1984), tais como: dieta, fumar, ingestão de álcool (Rosal, Ockene, Ma, Hebert, Merriam, Matthews, e Ockene, 2001), nutrição e atividade física (Kramish, Tessaro, DeVellis, Benedict, Kelsey, Belton e Sanhueza, 2002), controlo da pressão arterial e colesterol (Mutto & Keita 2001). Esses precursores são denominados de CRS – comportamentos de risco para a saúde (WHO, 1998).

De facto, participar em programas de bem-estar aumenta a satisfação no trabalho e diminui o absentismo (Parks & Steelman, 2008). No entanto, em alguns casos, existem algumas dificuldades na implementação de programas de promoção da saúde no trabalho, pela relutância por parte dos empregadores e pela baixa adesão dos colaboradores (Shepard, 1995). As organizações poderão não aderir às medidas propostas, pelo facto de a halitose não incapacitar os colaboradores de realizar as suas funções, nem de aumentar a taxa de absentismo. No entanto, esta patologia, por vezes invisível, pode ser um fator de diminuição de desempenho e satisfação nas equipas, quer para o portador, quer para os colegas de trabalho.

Estando o bem-estar relacionado com a saúde (WHO, 1948), existem uma série de aspetos físicos que condicionam o bem-estar e a halitose pode ser um deles. As empresas deverão estar preparadas para lidar com esta situação, evitando que o desempenho e produtividade dos colaboradores diminua, devido à autoperceção de halitose. Desta forma, as organizações podem tomar medidas de prevenção e tratamento, baseadas em ações de formação de sensibilização para o tema, onde os colaboradores podem tomar consciência das técnicas de prevenção e tratamento, dos locais onde poderão dirigir-se para o efeito, e do facto de que o seu bem-estar é prioridade da empresa, proporcionando o seu bom desempenho.

Poderão ainda disponibilizar seguros de saúde que cubram a especialidade de estomatologia, facilitando o acesso ao diagnóstico e tratamento da halitose.

Existem também diversos Modelos de mudança de comportamentos associados a programas de saúde. Segundo Bandura (2000; Costa, 2007), o modelo de saúde foca-se na promoção da saúde e na prevenção da doença, conduzindo aos modelos que explicam a mudança de comportamentos, tais como a *Teoria Sócio-Cognitiva* (Bandura, 1992), *Modelo de Crenças de Saúde* (Janz & Becker, 1984), *Teoria da Ação Racional* (Ajzen & Fishbein, 1980), *Modelo Transteórico* (Prochaska, Redding, Harlow, Rossi, & Velicer, 1994).

Estudos das últimas décadas, sugerem que os principais ganhos em saúde que ocorreram nos últimos duzentos anos estão maioritariamente associados com melhorias nas práticas alimentares e nos sistemas sanitários, do que propriamente com progressos no acesso aos cuidados de saúde (Birch & Stoddart, 1989). Foi assim atribuída relevância a outros determinantes de saúde, tais como fatores ambientais, genéticos e relacionados com os estilos de vida (Evans, Barer & Marmor, 1994; Lopes, 2012).

A importância dos estilos de vida foi fortalecida pelo World Health Report 2002 - Redução dos riscos, promover uma vida saudável (WHO, 2002), que defende que as doenças crónicas não transmissíveis, tais como, as doenças cardiovasculares, são das principais causas de morbilidade, perda de qualidade de vida e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, consumindo uma quantidade significativa de cuidados de saúde. Estas doenças têm em comum o facto de estarem associadas aos estilos de vida individuais, tais como os erros alimentares e inatividade física. Ao intervir sobre este fator teremos ganhos em saúde, reduzindo a prevalência destas doenças e os custos económicos e sociais associados (Lopes, 2012).

Alguns estudos pretendem ainda analisar a importância dos estilos de vida e comportamentos na produção de saúde, como por exemplo: tomar o pequeno-almoço, não fumar, manter o peso correto; não comer entre refeições, ter atividade física regular; não beber álcool (ou fazê-lo moderadamente) e dormir sete a oito horas regularmente (Belloc & Breslow, 1972; Schoenborn, 1986; Wiley & Camacho, 1980, citados por Balia & Jones, 2008; Contoyannis & Jones, 2004; Lopes, 2012).

O relatório do Instituto Nacional de Saúde de Estocolmo de 1997 também classifica os fatores determinantes da saúde como comportamentos ligados à saúde (tabaco, álcool, drogas, alimentação, exercício físico), ambiente (casa, trabalho/estudo, transporte, acesso a

transportes, ruído, qualidade do ar e da água, saneamento, radiações e biodiversidade), aspetos sociais (desemprego e pobreza), serviços de saúde (sistemas de saúde dos países, políticas de promoção da saúde, padrões de cuidados de saúde, utilização dos hospitais, qualidade dos medicamentos, investigação). Este estudo constrói uma hierarquia baseada no peso de cada um desses fatores para explicar a doença: consumo de álcool (8,4%), excesso de peso (3,7%), riscos ocupacionais (3,6%), baixo consumo de vegetais e de fruta (3,5%), pobreza relativa (3,1%), desemprego (2,9%), dependência de drogas (2,4%), inatividade física (1,4%), alimentação com gorduras (1,1%), poluição atmosférica (0,2%) (National Institute of Public Health, 1997; Sakki, 1999; Lopes, 2012).

A atitude dos indivíduos perante a saúde oral é moldada pelas suas experiências sendo determinantes do comportamentos e fundamentais na adoção de hábitos (Lopes, 2012). É sabido que a utilização de cuidados dentários é determinada por fatores como o rendimento, educação e seguros de saúde privados (Stoyanova, 2001), no entanto, os estilos de vida adotados ou não pelos indivíduos (como os hábitos alimentares, o consumo de tabaco, as bebidas alcoólicas e drogas e atividade física e social) podem ser fatores de risco para as doenças orais (Baelum, 2011; Davoglio, 2009; Halvari & Halvari, 2006; Lopes, 2012; Tada & Hanada, 2004).

A prevenção na saúde oral pode assim ser eficaz, sendo que tem um papel fundamental porque permite evitar o aparecimento de lesões de cárie e dos seus efeitos. Para uma intervenção com sucesso, é necessário conhecer o perfil do público-alvo e perceber quais são os seus comportamentos e motivações face à saúde oral para delinear estratégias eficazes (Lopes, 2012).

Hoje em dia, os cuidados de saúde ainda estão muito centrados no doente individual e não na saúde de toda a sociedade e temos tendência a tratar mais do que a prevenir. É necessário promover a saúde e a prevenção das doenças para a melhoria do estado de saúde da população portuguesa e existem muitas formas de capacitar as populações para a saúde (Lopes, 2012).

Os programas de promoção da saúde são efetivos quando desenvolvem uma abordagem holística da saúde e do bem-estar, envolvendo diversos intervenientes, tais como, os médicos de família, os centros de saúde, as autarquias). A capacitação dos cidadãos para a gestão da sua saúde passa, para além de acesso a informação adequada, por ambientes de

suporte à mudança e pelo reforço do papel da comunidade no incitamento à adoção de estilos de vida saudáveis (Lopes, 2012).

Em Portugal os programas de saúde oral têm dado importância à higiene oral e à promoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, muito ainda se pode fazer.

É essencial mencionar que a relação cidadão/dentista é da ordem dos 1503 habitantes por profissional de saúde oral, o que constitui um valor muito próximo da saturação (Lopes, 2012). Além disso, aproximadamente 50 % da população não acede a cuidados de Saúde Oral, por razões financeiras, entre outras (Lopes, 2012). Acresce o facto de se saber que as patologias orais são possíveis de prevenir e que os recursos necessários e custos para realizar a prevenção são muito mais baixos do que os do tratamento. Se ao custo do tratamento adicionarmos os custos inerentes ao absentismo, desregulação de doenças sistémicas como a diabetes mellitus, adiamento de cirurgias programadas (por infeções orais agudas), problemas de carácter social por questões estéticas entre outros, podemos concluir o custo de não atuar preventivamente será muito maior (OMD, 2010; Lopes, 2012). Em Portugal a maioria dos serviços de saúde dentária são prestados pelo setor privado sendo uma barreira na acessibilidade a esses cuidados (Almeida, Petersen, André & Toscano, 2003; Lopes, 2012).

Em 1986, começou a ser desenvolvido pela Direção Geral da Saúde (DGS), um programa básico de saúde oral em contexto escolar, constituído por um diversificado conjunto de atividades que têm vindo a contribuir para a melhoria da saúde oral dos mais jovens. Este programa era dirigido a todas as crianças do ensino pré-escolar e do primeiro e segundo ciclos do ensino básico e foi executado a nível local pelas equipas de saúde escolar dos centros de saúde, em articulação com os professores e educadores (DGS, 2000). Paralelamente, em 1988, foram criados programas de educação para a saúde oral, dirigidos à população em geral, e o programa de saúde oral em saúde materna e infantil em 1989, destinados a crianças, adolescentes e grávidas (DGS, 2000; Lopes, 2012).

No ano 2000, iniciou-se a prestação de cuidados dentários às crianças de 6-7 anos, 9-10, 12-13 e 16 anos, através da contratualização com médicos dentistas e estomatologistas do setor privado, e em 2005, face à evidência científica sobre a eficácia dos fluoretos na prevenção da cárie dentária e à associação da doença em populações específicas, foi aprovado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral pela Circular Normativa nº1 de 18/01/2005 da DGS, incluído no Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 (DGS, 2005; DGS, 2006; Lopes, 2012).

O PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral tem como finalidades:

1. A melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral;
2. A diminuição da incidência e prevalência de cárie dentária;
3. O aumento da percentagem de crianças livre de cárie;
4. A criação de uma base de dados nacional referente à saúde oral e prestação de cuidados de saúde oral a crianças com necessidades de saúde especiais, assim como dos grupos economicamente desfavorecidos e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou outras instituições (DGS, 2005).

No entanto, é nula a importância dada especificamente à halitose, em todas estas melhorias do programa de saúde oral.

De 2000 para 2006, houve uma melhoria significativa da percentagem de crianças livres de cárie dentária. Apesar da melhoria verificada, a meta da WHO prevê que, no ano 2020, a percentagem de crianças livres de cárie, aos 6 anos, seja de 80% na Região Europeia (Aoba & Fejerskov, 2002). Verificou-se ainda um aumento de 30% de jovens com dentes tratados. Estes ganhos em saúde oral resultaram, em grande parte, do processo de contratualização com o setor privado para a prestação de cuidados médico-dentários às crianças e jovens (DGS, 2008; Lopes, 2012).

No orçamento de estado de 2008, a saúde oral foi considerado um dos domínios prioritários, sendo dado particular destaque a segmentos da população considerados “grupos de risco”, como crianças e adolescentes até aos 16 anos, mulheres grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário. Em 2008, foi criado um gabinete de Saúde Oral para resolver este grave problema de saúde da população portuguesa (Lopes, 2012).

Presentemente, o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 reconhece a necessidade de reativar a promoção da saúde oral feita nas escolas, pelo que consideramos que seria pertinente incluir a prevenção e tratamento da halitose no Plano Nacional de Saúde Oral.

Apesar de não ser do conhecimento da maioria dos indivíduos já existem exames para definir a causa e planos de tratamento da halitose. O médico pode solicitar diferentes exames auxiliares de diagnóstico, nomeadamente: Exame da halimetria com Oralchroma®; Sialometria (estudo da função das glândulas salivares em repouso, com um estímulo mecânico e um estímulo farmacológico); Teste bioquímico BANA®, identificativo da presença de bactérias associadas à doença periodontal (*Bacteroides forsythus*, *Treponema*

denticula e *Porphyromonas gingivalis*) e à produção de diversos odorivectores causadores de halitose; PHmetria da língua; Teste colorimétrico Halitox®; Teste genético de suscetibilidade da doença periodontal; Outros exames (hemograma, glicemia de jejum, ureia, creatinina, ácido úrico, perfil lipídico, urina tipo II, proteína C reativa, teste do desafio da colina, teste da ureia, teste do permanganato, anticorpos antinucleares, prova do látex, Waller Rose, sialografia das glândulas salivares, biopsia do lábio).

Existem 3 tipos de tratamento para o hálito: o mascarador, o profilático (preventivo) e o curativo. O tratamento mascarador, em geral, o paciente já utilizou sem grande sucesso. O hálito incómodo leva as pessoas a usarem formas para mascarar o hálito que exalam, nomeadamente desodorizantes orais, pastilhas elásticas com odor forte (ex: menta ou canela), sprays orais, elixires e antissépticos vários. Acontece a substituição do mau cheiro por um outro cheiro que se vem sobrepor, mais forte e agradável, mascarando o odor original por poucas horas. Esta prática torna-se numa preocupação diária e continuada, passando a ser quase um vício. O tratamento profilático (preventivo) compreende todas as medidas que uma pessoa pode tomar para prevenir o aparecimento de mau hálito (quando ainda não o tem): medidas de higiene oral (escovagem da língua), dietéticas (evitar a ingestão de alimentos com odor forte) e medicamentosas (uso de bochechos frequentes com água oxigenada). São inúmeras as medidas que diminuem de forma significativa a probabilidade de vir a sofrer de halitose. O tratamento curativo é fundamental para manutenção dos resultados obtidos. É essencial um diagnóstico preciso sobre a causa do mau hálito, para se eliminarem as causas locais e se chegar à solução de possíveis causas sistémicas. A remissão da halitose dar-se-á pela cura da afeção que determina a produção de gases voláteis causadores do mau cheiro. Sendo a halitose um efeito, só desaparecerá depois de eliminada a respetiva causa. Todavia, nalgumas situações, a causa não pode ser removida prontamente (ex: halitose por neoplasia).

Considera-se que o tratamento da halitose teve êxito quando uma extinção do mau odor é reconhecida pelo paciente, por um confidente, por juízes de odor (examinadores com olfato apurado) e por exames de diagnóstico (como o exame de cromatografia gasosa). Para distinguir os diferentes tipos de êxito obtidos após um tratamento, algumas normas recentemente propostas determinam uma classificação em quatro categorias (Nunes, 2010): Êxito *completo*: o paciente, o confidente, os juízes de odor e os exames do hálito indicam a ausência de halitose; Êxito *biológico*: o confidente, os juízes de odor e os exames do hálito indicam a ausência de halitose, mas o paciente continua a crer que padece de halitose (fenómenos de autoperceção, por exemplo); Êxito *parcial*: algum dos critérios supracitados

melhorou (confidente, juízes de odor ou exames do hálito) mas o paciente continua a ter halitose perceptível; Êxito *nulo*: nenhum dos critérios obteve melhorias.

Após a remissão imediata da halitose, alguns pacientes demoram meses a tomar consciência da sua nova condição, a readquirir confiança e a deixar de manifestar comportamentos defensivos. Só após a resolução do problema psicológico é que se considera um êxito completo do tratamento (Nunes, 2010).

A verdade é que, existe a crença na população em geral (incluindo numa parte dos profissionais de saúde) de que, caso o mau hálito não desapareça com uma melhoria da higiene oral ou uma sessão de higienização com o dentista, é pouco provável que o problema venha a ter solução. Em 2010, um inquérito distribuído a profissionais de saúde oral da Península Ibérica oriundos de faculdades distintas apurou que 70% acreditavam apenas ser possível obter uma remissão do hálito em 50% dos casos. No entanto, a investigação científica mais recente contraria esta crença (Nunes, 2011).

No entanto, as taxas de êxito no tratamento do mau hálito (número de pacientes tratados com êxito completo no total de pacientes que procurou tratamento) começaram a ser registadas com o aparecimento dos primeiros centros clínicos (alguns associados a universidades) nos anos 90, dirigidos por investigadores informados e com acesso às últimas descobertas sobre a patologia. A primeira taxa de êxito apurada foi na Bélgica em 1996, onde se registou um valor de 59% (Delanghe et al, 1996; Nunes 2010).

Desde 1996, os resultados obtidos têm sido marcadamente superiores. Um Centro Universitário em São Paulo (2008), com uma consulta multidisciplinar de halitose, reportou uma taxa de êxito de 92% (Dal Rio et al, 2007; Nunes, 2010). O protocolo patenteado e desenvolvido na Universidade de Sevilha (HCP Arthyaga®), registou 96.6% de êxito, e até à data, são as taxas de êxito mais elevadas cientificamente comprovadas, registando uma clara evolução nos últimos 15 anos. (Nunes, 2010).

Todavia, não existe um único tratamento para a halitose e o tratamento adequado será o mais atual e de maior eficácia, visando a condição ou a causa que desencadeia o problema, logo, neste sentido, o diagnóstico médico da causa é fundamental. (Nunes, 2010).

Tendo por base a revisão de literatura e diversos programas nacionais que integram o Plano Nacional de Saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o Programa Nacional de Controlo da Diabetes, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças

Cardiovasculares e o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, e outros no âmbito da saúde, consideramos relevante ponderar a elaboração de um Programa de Sensibilização, Prevenção e Tratamento no Âmbito da Saúde Oral – Halitose, para as empresas, para as escolas e para a população em geral.

Consideramos ainda que o programa poderá ter com objetivo primordial, a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar do portador de halitose e dos que interagem com o mesmo no local de trabalho e os objetivos específicos: a sensibilização e consciencialização do potencial portador de halitose para a patologia, causas, sintomas e métodos de prevenção e tratamento; a avaliação do nível de halitose – rastreio com halitómetro numa consulta com o especialista de medicina dentária; a deteção criteriosa das causas de halitose; a análise de necessidade de um plano de tratamento ao nível da medicina dentária, o reencaminhamento para outra especialidade médica ou a análise de mudança de comportamentos e hábitos de higiene e/ou alimentares; a monitorização; e o acompanhamento do tratamento.

Objetivos Gerais

Mais do que entender a halitose numa vertente médica, a presente tese visa contribuir para um maior entendimento do fenómeno do impacto da halitose na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo que consideramos tem sido negligenciado na literatura empírica.

De uma forma geral, procuramos contribuir para tal entendimento através da revisão de bibliografia médica e psicossocial associada ao conceito da halitose. Apesar de este assunto ter vindo a ser analisado em artigos no âmbito da medicina dentária, existe uma enorme escassez de estudos realizados no âmbito da psicologia associados ao estudo da halitose. Não encontramos estudos à população em geral sobre a halitose e o seu efeito na vida física, pessoal, profissional ou social dos indivíduos. É um tema muito pouco abordado pela sociedade ou investigação científica, tendo apenas a demonstração de um maior interesse na vertente da medicina dentária.

Salientamos que, embora muitos considerem a halitose um tema tabu e uma patologia sem cura, é possível diagnosticar as causas da halitose e tratar esta doença, conduzindo a um aumento da qualidade de vida e bem-estar do indivíduo. Perante tal panorama, procuramos alcançar não só os portadores de halitose, mas também, os especialistas médicos, as organizações, professores e educadores, e a população em geral, argumentando que todos estes intervenientes podem ter um papel mais ativo na sensibilização, consciencialização e tratamento da patologia, fomentando a qualidade de vida do indivíduo. Por outras palavras, procuramos demonstrar ao longo deste trabalho que apesar de este ainda ser um fenómeno adormecido para a maioria da sociedade, visto estar associado a emoções desconfortáveis, em parte, devido ao desconhecimento sobre como lidar com o mesmo, desmitificar o tema da halitose irá permitir ajudar milhares de pessoas.

Perante tal conceptualização, defendemos então que mais do que descrever a halitose, faz sentido compreender as suas causas, o seu impacto na vida pessoal, social e profissional dos seus portadores e outros intervenientes. Consideramos também importante entender quais as estratégias de coping mais usadas pelos portadores de halitose e o papel dos especialistas de medicina dentária na diminuição ou eliminação do fenómeno, por forma a considerar estes fatores em futuros planos de intervenção, prevenção e tratamento ao nível pessoal, social e organizacional.

PARTE II
ESTUDOS EMPÍRICOS

Estudos Empíricos

Esta tese insere-se numa área de investigação que tem procurado avaliar o impacto de patologias de menor gravidade médica mas de natureza persistente, como é o caso da halitose, no bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos. O nosso objetivo é trazer uma discussão alargada da problemática da halitose envolvendo os médicos dentistas, os portadores de halitose e os indivíduos em geral. Assim, colocámos quatro questões centrais de investigação que procurámos responder através da realização de 4 estudos empíricos. Na Quadro 5 apresentamos uma sistematização das questões de investigação e dos estudos empíricos que foram realizados:

Quadro 5. *Questões de Investigação e Estudos Empíricos da Tese*

Estudos	Questões de pesquisa	Tipo de estudo	Contexto
Estudo 1	Para os especialistas de medicina dentária: (1) quais as principais causas da halitose?; (2) qual o impacto da halitose na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo?	Qualitativo	Especialistas de medicina dentária
Estudo 2	Para a população Portuguesa adulta em geral: (1) Os Indivíduos que consideram ter ou não ter halitose diferem nas variáveis de interesse? (2) Qual o impacto da halitose na qualidade de vida do indivíduo?	Quantitativo	População adulta
Estudo 3	(1) Quais as principais estratégias de Coping usadas pelos portadores de halitose? (2) Qual o papel dos médicos dentistas na prevenção e tratamento da halitose?	Quantitativo	População adulta portadora de halitose
Estudo 4	Será que a autoperceção de halitose tem um efeito no bem-estar (felicidade, emoções) e comportamentos do indivíduo?	Experimental	População adulta/estudantes universitários

No *estudo 1*, centramo-nos nas conceções dos especialistas da medicina dentária relativamente à sensibilização, prevenção e tratamento da halitose avaliando em que medida

estes especialistas consideram que esta patologia tem impacto na qualidade de vida do indivíduo e têm noção do seu papel enquanto facilitadores da prevenção e tratamento da halitose. Apresentamos um enquadramento conceptual e alguns estudos sobre o posicionamento dos especialistas da medicina dentária sobre o impacto da halitose na vida do indivíduo e a importância da comunicação entre médico e paciente relativamente a esta patologia. A ausência de articulação entre teorias e modelos que associam a saúde oral, e mais especificamente, a halitose, numa vertente médica, à psicologia da saúde, bem como, a escassez de estudos empíricos nesta área, justificam a realização de um estudo de natureza qualitativa. Assim, no estudo 1, são realizadas um conjunto de entrevistas a especialistas de medicina dentária sobre o que consideram ser as principais causas da halitose e em que medida esta patologia tem impacto na qualidade de vida dos seus pacientes. É igualmente abordado o papel que os especialistas de medicina dentária devem ter na sensibilização, prevenção e tratamento da halitose, tendo como ponto de referência as suas próprias opiniões.

No *estudo 2* procuramos avaliar o impacto que a saúde oral e, mais especificamente a halitose (analisando as crenças sobre o impacto da halitose e os comportamentos associados à halitose), têm na qualidade de vida numa amostra da população adulta portuguesa. Apresentamos uma revisão do estado da arte tendo em conta alguns mitos e factos associados à halitose, às suas causas e consequências na vida do indivíduo, bem como a referência a instrumentos de medida de saúde oral associada à qualidade de vida do indivíduo.

No *estudo 3* procuramos identificar as principais estratégias de coping que os portadores de halitose e os especialistas de medicina dentária utilizam para lidar com esta patologia. Para tal realizamos um estudo quantitativo com uma amostra de população adulta portuguesa que afirma ser portadora de halitose. Apresentamos uma revisão da literatura sobre o conceito de coping e os principais modelos existentes na literatura, explicitando os diversos estilos e estratégias de coping comumente utilizadas pelo indivíduo em situações de stress e de doença. Apesar de ser escasso o número de estudos que abordam este tópico no âmbito da saúde oral, procuramos entender como os processos de coping individuais e a atuação dos profissionais poderão estar relacionados com a perceção de saúde oral e mais concretamente da halitose, bem como com a qualidade de vida do indivíduo.

O *estudo 4* procura avaliar o efeito da auto-perceção da halitose no bem-estar subjetivo do indivíduo, sendo realizados dois estudos experimentais que procuram manipular a perceção de halitose. Assim, efetuámos uma revisão da literatura sobre o impacto da

autopercepção de halitose, na felicidade, nas emoções e comportamentos, sendo estes componentes do bem-estar subjetivo.

Nas páginas seguintes apresentamos os quatro estudos empíricos. Cada um integra um enquadramento teórico da questão específica de investigação, a descrição dos métodos utilizados, a análise dos dados e uma discussão dos principais resultados.

ESTUDO 1

Conceções sobre a halitose e o seu impacto na qualidade de vida do indivíduo: perspetiva dos especialistas em medicina dentária

A halitose e a qualidade de vida

Nos últimos anos tem-se assistido ao renascer do interesse por uma patologia que, durante séculos, esteve no esquecimento por parte da ciência: a halitose. Esse interesse tem sido visível não só pelo aparecimento de um maior número de publicações científicas sobre o tema (e.g., Barger et al, 2007; Dal Rio et al, 2007; Lee et al, 2004), mas também pelo esforço de vários centros de investigação e farmacêuticas em responder às necessidades dos pacientes que padecem desta patologia (e.g., Nunes, 2010; Van den Broek, Feenstra & De Baat, 2008).

Na Europa, alguns especialistas e centros de investigação têm procurado desenvolver consultas de medicina dentária específicas, como é o caso da consulta do hálito (Jonas 2010). No entanto, esta realidade contrasta com o que acontece nos Estados Unidos, em que o número de clínicas e centros de tratamento de halitose tem vindo a aumentar ao longo dos anos. De facto, a halitose é reportada como sendo o terceiro motivo mais frequente de consulta ao dentista - depois da cárie dentária e da doença periodontal (ADA Council on Scientific Affairs, 2003). Mesmo sendo de ordem física, a maioria das pessoas afetadas pela halitose estão essencialmente preocupadas com o efeito que esta patologia tem nos outros (Greenman & Rosenberg, 2005).

Apesar deste interesse crescente, não existe consenso na literatura sobre as causas da halitose. A literatura médica considera que a halitose é multifatorial e pode envolver tanto condições orais, como não orais. As causas consideradas mais frequentes são as relacionadas com a cavidade oral, limpeza da língua, doença periodontal e diminuição da taxa de fluxo de saliva, a degradação microbiana de substratos orgânicos e a falta de higiene (Alcoforado, 1995; Marques, Bjertness, Eriksen 1994; Silva, 1995; Soares, 2007; Sousa, 2005). Contudo, alguns autores sugerem que também existem causas relacionadas com perturbações do trato respiratório superior e inferior, doenças do trato gastrointestinal, algumas doenças sistémicas, distúrbios metabólicos, assim como a ingestão de alguns tipos específicos de medicamentos e de alimentos. (Seemann et al, 2004; Van den Broek et al, 2008).

Independentemente das suas causas, alguns autores têm chamado a atenção para as consequências que os problemas orais em geral, têm para a qualidade de vida dos indivíduos. O modelo de saúde oral de Locker (1988), relaciona os problemas orais com as limitações

funcionais e sociais, procurando analisar o seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos. Este modelo estabelece uma ligação entre os aspetos biológicos, comportamentais e sociais, propondo que uma doença oral pode conduzir a uma disfuncionalidade anatómica com consequências para as atividades diárias do indivíduo e para a sua qualidade de vida. Por exemplo, a perda de um dente pode dificultar pronúncia de um som em particular, inibindo o indivíduo de interagir quer seja em contexto profissional ou social (Locker, 1988).

Relativamente à halitose, apesar de não existir uma perda ou disfuncionalidade anatómica, a perceção de halitose pode levar o seu portador a sentir desconforto psicológico e físico, o que pode conduzir a uma clara inibição social, nomeadamente de abertura de boca, na comunicação e mesmo em estar perto ou em intimidade com outros (Jonas, 2010).

Podendo ser a halitose uma manifestação de várias doenças, os médicos dentistas são profissionais de saúde que, numa fase mais inicial, podem detetar a sua presença. Mas estarão estes especialistas preocupados com o rastreio e controlo correto da halitose dos seus pacientes? Serão capazes de informar os seus pacientes de um diagnóstico de halitose? Neste estudo centrarmo-nos nas conceções dos especialistas da medicina dentária relativamente às causas da halitose procurando igualmente avaliar em que medida estes especialistas consideram que esta patologia tem impacto na qualidade de vida do indivíduo.

O dever de informar

O código deontológico médico é claro no que diz respeito ao direito do doente em ser informado do seu diagnóstico. No ponto 1, do artigo 40 (prognóstico e diagnóstico) afirma-se que “o prognóstico e o diagnóstico devem ser revelados ao doente, salvo se o médico, por motivos que a sua consciência julgue ponderosos, entender que não o deve fazer”. Assim, é esperado que, caso detetem a presença da halitose, os médicos informem de imediato os seus pacientes e desenvolvam ações específicas de intervenção (tratamento ou encaminhamento do paciente para outra especialidade).

O código deontológico dos médicos dentistas é igualmente claro em relação ao dever do médico de informar os pacientes ou familiares do seu diagnóstico e em discutir com o doente o seu tratamento. No artigo 17 (Esclarecimento), está descrito no ponto 1 que: “O médico dentista deve informar e esclarecer o doente, a família ou quem legalmente o represente, acerca dos métodos de diagnóstico e terapêutica que pretende aplicar, bem como transmitir a sua opinião sobre o estado de saúde oral do doente”; no ponto 2 do mesmo artigo

podemos ler que: “Em caso de prognóstico grave, é lícito ao médico dentista omiti-lo ao doente, devendo, contudo, dar dele conhecimento à família, ou ao legal representante”; e no ponto 3, percebemos que: “O médico dentista deve discutir com o seu doente o tratamento a administrar”.

O princípio de que o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação clínica, a poder fazer perguntas ao médico e a consentir no tratamento a que vai ser sujeito está previsto em vários diplomas legais. Contudo, na prática, uma ideia menos clara sobre a relevância da halitose para os pacientes pode, efetivamente, conduzir a uma desvalorização do diagnóstico por parte dos médicos dentistas e a consequente não informação e/ou discussão das possíveis causas e tratamentos.

Informar sobre o diagnóstico de halitose

A halitose é, muitas vezes, considerada uma patologia com impacto reduzido, visto não constituir, em geral, um perigo para a vida dos indivíduos (Elias & Ferriani, 2006). Talvez por essa razão não constitui uma área de estudo central nos cursos de medicina e/ou medicina dentária levando a um conhecimento menos aprofundado por parte profissionais da sua etiologia, diagnóstico e tratamento (Greenman & Rosenberg, 2005; Yaegaki, Takano, Suetaka, Arai, Masuda & Ukisu, 1989). A ausência de um conhecimento científico fundamentado sobre esta patologia pode conduzir ao aparecimento de explicações mais baseadas nos hábitos de higiene dos pacientes ou descuido claro. De acordo com estas ideias, como é que reagem os especialistas médicos quando detetam um paciente com halitose? Estarão à vontade para comunicar a situação ao seu paciente?

Apesar de serem muito recentes, alguns estudos mostram que os dentistas têm dificuldade em informar os seus pacientes de um diagnóstico de halitose (Bornstein, Kislig, Hoti, Seemann, Lussi, 2009; Nunes, 2010). De facto, falar sobre o mau hálito pode ser muito difícil e desconfortável quer para os profissionais de saúde oral quer para os pacientes em geral. Segundo Tangerman (2002), o paciente raramente afirma que a principal razão para a visita ao dentista é a preocupação com o odor da boca, o que dificulta a possibilidade de diagnosticar a halitose dos pacientes.

O estudo de Bornstein et al (2009), revelou que apenas 0,9% dos pacientes com halitose foram informados pelo seu dentista de que padeciam dessa patologia. Num estudo semelhante, com uma amostra de 714 indivíduos, os resultados revelaram que 77,9% dos

pacientes referem ir ao dentista com regularidade (mais de uma vez por ano), mas apenas 0,7% foram alertados para o facto de sofrerem de halitose (Nunes, 2010).

Estes dados são de alguma forma um indicador do mal-estar causado por esta patologia nos próprio profissionais. Grande parte da sociedade ainda discrimina pessoas com halitose ou age com passividade e resignação a essa patologia, por considerar ser uma constatação inútil de um problema que não terá solução.

Nunes (2010) procurou compreender a razão desta falta de informação, junto dos seus pacientes, sobre o diagnóstico de halitose e identificou diferentes razões consoantes o enfoque é nas relações interpessoais próximas ou nos profissionais. De acordo com o autor, os familiares e amigos mais próximos alegam que o tema é sensível e, por isso, não se sentem capazes de tomar uma atitude explícita, embora muitas vezes critiquem ou foquem aspetos da aparência física (como a fisionomia, o penteado e a roupa), assuntos de índole pessoal (como as escolhas amorosas e os traços de personalidade considerados mais negativos) e situações embaraçosas no contexto social (por exemplo, uma nódoa na roupa ou um pedaço de comida no meio dos dentes). No que toca ao hálito, muitos admitem a sua passividade porque receiam que advertir para o problema seja entendido como um juízo de valor sobre o grau de higiene oral ou como a constatação inútil de um problema que não terá solução. Especialmente nos meios socioeconómicos mais elevados, além dos preconceitos referidos, verifica-se um silêncio mascarado de educação ou cortesia, mesmo nos círculos familiares mais íntimos.

Por outro, devido ao facto da halitose estar englobada no âmbito da saúde oral, assume-se que os especialistas de medicina dentária estejam predispostos, aptos e que tenham formação e estratégias adequadas associadas à sua função que minimizam o desconforto em falar deste fenómeno com os seus pacientes. Todavia, alguns estudos sugerem que também existe algum embaraço em abordar o tema da halitose mesmo na consulta médica. Numa pós-graduação universitária em Sevilha, em 2010, foi distribuído um questionário anónimo aos alunos (médicos dentistas com experiência profissional), e constatou-se que 87% responderam que não comunicariam a halitose ao paciente caso a detetassem inadvertidamente durante uma consulta de rotina. No entanto, 97% dos presentes, se padecessem de halitose sem o saber, prefeririam ser advertidos em detrimento de permanecer na ignorância. Do total de dentistas presentes, 78% admitiram detetar halitose em pacientes diariamente. As principais razões citadas para a omissão desta situação foram o receio de que o paciente se sentisse constrangido ou reagisse negativamente (63%) e a insegurança de não conseguir curar o paciente (21%) (Nunes, 2010).

Noutro contexto, o mesmo questionário, aplicado em Portugal, mostrou resultados semelhantes. Nesse estudo, foi distribuído um questionário anónimo a 80 alunos de Medicina Dentária, numa faculdade portuguesa, um mês antes da conclusão do mestrado integrado (maio de 2009). A taxa de resposta foi de 84%. A maioria referiu que não comunicaria aos seus pacientes um diagnóstico de halitose se estes não se queixassem (70%). Quando perguntado sobre quem deve ser o profissional a cuidar de um paciente que se queixa de halitose, os alunos ficaram divididos entre especialistas gastroenterologista (42%) e dentistas (39%). A maioria dos estudantes afirmou que o tempo dedicado à halitose nas aulas foi menos de uma hora (78%) e insuficiente (67%). A maioria (72%) também afirmou que não se sente preparado para lidar com pacientes com halitose, principalmente, devido a ser uma situação embaraçosa socialmente (46%) e porque eles não tinham conhecimento sobre como lidar com isso (24%) (Nunes, 2010).

Informar uma pessoa de que padece de mau hálito pode ser um dever dos familiares e dos amigos mais próximos do portador de halitose, mas também dos profissionais de saúde dentária (Nunes, 2010). As halitoses de intensidade leve e temporária nem sempre são facilmente perceptíveis para um profissional de saúde, em parte por as consultas serem ocasionais e pela dificuldade acrescida relacionada com odores frequentemente presentes num gabinete médico ou dentário (oriundos de antissépticos, desinfetantes e fármacos com odor intenso). Este aspeto é especialmente relevante se tivermos em atenção que a halitose constitui um indicador de uma variedade de condições patológicas, tanto orais como extraorais e a sua avaliação é importante para o diagnóstico precoce. Numa sessão anual da American Dental Association, 92% dos dentistas relataram terem pacientes com queixas de mau hálito crónico e 50% afirmou detetar seis ou mais pacientes com halitose por semana (Meskin, 1996), apesar de muitos dos pacientes com halitose não têm consciência disso (Bornstein, Stocker, Seemann, Bürgin & Lussi, 2009)

Objetivo do estudo

Apesar da halitose ser uma condição oral muito comum em muitos adultos de ambos os sexos (Uliana, 2003), considerados saudáveis, não existe consenso na literatura sobre os fatores que conduzem a esta patologia, sendo contudo possível de identificar duas abordagens principais.

Para alguns autores, a halitose resulta de fatores físicos, tais como causas relacionadas com a cavidade oral - isto é, com a libertação de compostos sulfurados voláteis (Hughes & McNab, 2008), provocada por bactérias anaeróbias proteolíticas (Debaty & Rompen, 2002; Pratibha, Bhat & Bhat, 2006) o que gera a decomposição da matéria orgânica, putrefação de aminoácido e diminuição do fluxo salivar (Tonzetich, 1977, 1997; Delanghe et al, 1999; Rosenberg, 1999); causas associadas à otorrinolaringologia - sinusite e rinite (Rosenberg, 2003; Tárzia, 2003; Van Steenberghe, 2004); causas gastrointestinais - doença do refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal, divertículos e síndromes de má absorção (Tárzia, 2003; Van Steenberghe, 2004); ou outras – uremia, prisão de ventre, insuficiência renal, desordem bioquímicas.

Para outros autores, a halitose está associada a fatores comportamentais e a algum descuido de higiene por parte do seus portadores – tais como, o tabagismo, alcoolismo, jejum, elevados níveis de stress, falta de escovagem dentária, insuficiência de ingestão de água (Amorim, Lins, Souza, Alves, Maciel & Lucena, 2010; Uliana, 2003).

Todos estes fatores mencionados conduzem-nos a algumas questões: Qual será então a opinião dos especialistas de medicina dentária relativamente ao seu papel em relação à halitose do seu paciente? Deverá ter o profissional da saúde um papel de informação, prevenção e intervenção na patologia? Poderá a atuação dos dentistas atenuar o impacto da halitose na vida do paciente, funcionando como uma variável moderadora? Sendo a halitose uma doença menor, existirá alguma desvalorização por parte dos especialistas, por não sentirem que a vida do paciente está em risco? Como poderá o paciente lidar com a halitose, se desconhece que tem essa patologia? Como consciencializar os indivíduos e sensibilizar a sociedade para esta patologia? A quem compete olhar e intervir nesta patologia, como um mal físico e psicológico a cuidar? Este estudo tem como principal objetivo analisar a conceção dos médicos dentistas sobre a halitose e o impacto que a perceção de halitose tem na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos. Para tal realizamos um estudo qualitativo com recurso a entrevistas semiestruturadas a médicos especialistas em medicina dentária.

Este estudo contribui para colmatar algumas lacunas na literatura. Em primeiro lugar, este estudo permite aprofundar a conceção dos médicos dentistas sobre a halitose, clarificando o que os médicos consideram ser as suas principais causas e qual o seu papel na transmissão do diagnóstico. Em segundo lugar, este estudo permite igualmente avaliar o posicionamento dos especialistas de medicina dentária face ao impacto da perceção de halitose na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos. A clarificação deste aspetos pode ajudar os especialistas

médicos dentários a entender a importância do relacionamento do médico da área com o paciente, fomentar o desenvolvimento de programas de sensibilização, prevenção e tratamento da saúde oral, mais especificamente, da halitose, para a sociedade em geral, e ainda alertar as instituições de ensino da área da saúde, sobre a necessidade de atribuir uma maior importância à halitose nos seus programas, preparando os especialistas de saúde para uma abordagem eficaz da patologia.

Método

Participantes

A amostra foi constituída por 31 profissionais de medicina dentária de nacionalidade portuguesa (quadro 6) que acederam em participar voluntariamente no estudo. 17 participantes são do género masculino e 14 do feminino, com média de idades de 35,3 anos (d.p.= 8,7). A média de anos de profissão foi de 10,8 anos (d.p.= 7,3).

Quadro 6. *Entrevistados*

Número da Entrevista	Género	Idade	Anos de Profissão
E1	Masculino	59	23
E2	Feminino	43	19
E3	Feminino	56	28
E4	Masculino	35	12
E5	Masculino	35	10
E6	Feminino	35	14
E8	Feminino	35	10
E8	Masculino	31	3
E9	Masculino	36	3
E10	Masculino	41	13
E11	Feminino	45	14
E12	Feminino	35	11
E13	Masculino	40	16
E14	Masculino	45	16
E15	Feminino	31	5
E16	Feminino	28	3
E17	Feminino	27	2
E18	Masculino	41	14
E19	Feminino	19	29

Número da Entrevista	Género	Idade	Anos de Profissão
E20	Masculino	31	6
E21	Masculino	25	3
E22	Feminino	23	1
E23	Feminino	28	5
E24	Masculino	33	10
E25	Masculino	32	8
E26	Masculino	40	13
E27	Masculino	42	16
E28	Masculino	35	10
E29	Masculino	33	7
E30	Feminino	30	6
E31	Feminino	27	3

Procedimento

Os entrevistados foram contactados por telefone e email para a clínica/ consultório onde realizam a sua atividade e convidados a participar no estudo, sendo a sua participação totalmente voluntária. As entrevistas foram realizadas no consultório dos especialistas de medicina dentária entre os meses de fevereiro e abril de 2012.

Cada participante assinou ainda um consentimento informado onde constava o nome do estudo, o objetivo, o tipo de investigação (Metodologia qualitativa através de entrevista), a garantia de confidencialidade, o contacto para quaisquer questões e a referência ao facto de não haver qualquer compensação pela sua participação no estudo.

Desenvolvimento do guião de entrevista.

A elaboração do guião de entrevista teve por base a revisão da literatura efetuada quer sobre a halitose, quer sobre qualidade de vida. Para além de se procurar compreender em que medida a halitose é um assunto abordado numa primeira consulta ou uma queixa comum dos pacientes, procurou-se igualmente investigar as causas e as consequências desta patologia nos doentes em geral. O guião foi previamente testado com dois profissionais de medicina dentária que se voluntariaram para esta tarefa. O guião final consistiu nas seguintes seis questões:

1. Na primeira consulta que tipo de questões coloca ao paciente?
5. Tendo por base a sua experiência, em que medida a halitose, ou seja, mau hálito, constitui uma queixa dos seus paciente? Qual a percentagem de pacientes com halitose previamente identificada? E por identificar?
6. No seu entender, quais as principais causas da halitose?
7. Como procede quando percebe que os seus pacientes são portadores de halitose? (Perguntas de seguimento: Faz exames específicos para identificar a causa? Encaminha para uma consulta específica?)
8. Qual o impacto que, no seu entender, a halitose tem na qualidade de vida dos seus pacientes ou das pessoas em geral?
9. Considera a Halitose um assunto tabu?

Para além da literatura específica sobre halitose e qualidade de vida (e.g., Uliana, 2003), tivemos também por base o código deontológico médico e o código deontológico dos dentistas, relativamente ao direito do doente em ser informado do seu diagnóstico.

Tratamento e análise de dados.

No estudo em questão, a análise de conteúdo começou durante a transcrição, que consiste numa tarefa árdua e demorada (Fielding & Lee, 1998), mas muito rica e profunda. A repetida audição da entrevista, necessária à sua transcrição, estimula a atenção e a reflexão (Maxwell, 1996) e facilita o pensamento interpretativo, conduzindo à compreensão necessária para dar sentido aos dados (Lapadat & Lindsay, 1999). As entrevistas resultaram em 12 horas de gravação e as transcrições 45 páginas de texto.

A análise de conteúdo foi realizada utilizando um procedimento aberto (Braun & Clarke, 2006; Ghiglione e Matalon, 1992) que se caracteriza pelo desenvolvimento das categorias após a análise de cada segmento de informação e baseadas na singularidade dos dados. As categorias foram determinadas utilizando uma combinação de uma abordagem indutiva e dedutiva (Ghiglione, & Matalon, 2005). O principal objetivo foi obter uma semântica conceptual (Braun & Clarke, 2006), identificando os principais consensos nos significados apresentados pelos entrevistados, tendo a análise sido realizada com o software MaxQDA10 (2011).

Como é sugerido pelos autores Bauer e Gaskell (2000), Bryman (2004) e Lincoln e Guba (1985), houve uma preocupação em garantir a qualidade dos procedimentos de recolha e análise de dados com detalhe transparência e clareza, e descrição dos resultados com inclusão de citações diretas.

Os dados foram analisados usando uma abordagem mista - conjunto de categorias à priori - abordagem fechada - com base na literatura (Apatzidou, Bakirtzoglou, Vouros, Karagiannis, Papa & Konstantinidis, 2012; Bornstein, Kislig, Hoti, Seemann, Lussi, 2009; Donaldson McKenzie, Riggio, Hodge, Rolph, Flanagan & Bagg, 2005; Nunes, 2010) e emergentes da análise - abordagem aberta (Ghiglione & Matalon, 2005).

Quadro 7. *Temas de Categorias*

1) Conteúdo das questões realizadas numa primeira consulta	Analisar qual o conteúdo associado às questões colocadas numa primeira consulta pelos especialistas de medicina dentária e verificar se as mesmas estão relacionadas com a halitose
2) Percentagem de pacientes com halitose	Obter uma estimativa da percentagem de pacientes de halitose dos especialistas de medicina dentária
3) Testes de diagnóstico da causa da halitose	Analisar as ações de avaliação de diagnóstico sobre as causas de halitose por parte dos especialistas de medicina dentária
4) Causas da halitose	Avaliar a perceção dos especialistas de medicina dentária sobre as possíveis origens da halitose
5) Ações quando o paciente não sabe que é portador de halitose	Conhecer as ações por parte dos especialistas de medicina dentária quando o paciente não tem consciência de que é portador de halitose.
6) Plano de tratamento de halitose	Detetar as ações relacionadas com o plano de tratamento de halitose sugeridas pelos especialistas de medicina dentária
7) Encaminhamento para um especialista de outra área	Verificar se os especialistas de medicina dentária encaminham os seus pacientes para outras especialidades e quais os motivos do encaminhamento
8) Impacto da halitose na vida do paciente	Avaliar qual a perceção dos especialistas de medicina dentária sobre o impacto da halitose na vida dos pacientes nos diferentes contextos
9) Assunto tabu	Analisar se os especialistas de medicina dentária consideram que a halitose é um assunto tabu nos dias de hje

No final da análise apurámos 9 categorias com origem nas questões do guião de entrevista (Quadro 7) e 37 sub categorias de nível 1 e 2 (quadro 8).

Para cada segmento foi criado uma subcategoria e sempre que um segmento não tinha correspondência foi criada uma categoria e/ou subcategoria. Foram ainda consideradas várias ocorrências por entrevistado.

Procurámos evitar subcategorias que poderiam ser problemáticas ao executar a análise de correspondência múltipla e preocupámo-nos com a retenção de subcategorias que consideramos relevantes para a pesquisa.

Quadro 8. *Categorias e Sub-Categorias*

Categorias	Sub-categorias nível 1	Sub-categorias nível 2
1. Conteúdo das questões realizadas numa primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Não fazem questões • Questões de saúde oral • Questões de saúde em geral • Questões de análise psicológica 	<ul style="list-style-type: none"> • Historial da saúde oral • Dentes em geral • Situação atual • Origem dos problemas • Historial da saúde em geral • Doenças em geral: oncológicas, gástricas, sistemicas, dor, diabetes, alergias, hipertensão, cardiológicas, hipertensão • Cirurgias • Medicação • Fobias, nervos, fatores psicológicos expectativas
2. Percentagem de pacientes com halitose	<ul style="list-style-type: none"> • Pequena percentagem • Grande percentagem • 1 a 2% • 10 a 15% • 20 a 30% • 30 a 50% • Não diz a percentagem • Não deteta a percentagem 	
3. Testes de diagnóstico da causa da halitose	<ul style="list-style-type: none"> • Não faz testes • Tipo de teste 	<ul style="list-style-type: none"> • Anmenese • Raio-x • Observação
4. Causas da halitose	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Biológica • Comportamental 	<ul style="list-style-type: none"> • Cavidades • Placa bacteriana • Periodontal • Causas oncológicas • Intestinais • Sinusite, rinite e faringite • Idade • Problemas respiratórios • Gastricos

		<ul style="list-style-type: none"> • Não mastigar bem • Falta de higiene • Fumar • Beber café • Alimentação
5. Ações quando o paciente não sabe que é portador de halitose	<ul style="list-style-type: none"> • Não comunica • Informa o paciente • Comunica de acordo com paciente • Quem deve comunicar 	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças • Namorado • Família • Esposa • Dentista • Colegas • Conta com cuidado • Diz que tem caries e gengivites • Pergunta se tem mau sabor
6. Plano de tratamento de halitose	<ul style="list-style-type: none"> • Produtos para disfarçar • Não existem soluções para todas as situações • Solução simples • Cirurgia • Boa higiene • Tratamento periodontal • Identificar e eliminar bactéria 	
7. Encaminhamento para um especialista de outra área	<ul style="list-style-type: none"> • Não encaminha • Encaminha para um especialista de outra área • Atitude do paciente quando é encaminhado • Nunca é necessário 	<ul style="list-style-type: none"> • Gástrica • Saúde geral • Otorrinolaringologista • Pensa que não é a sério • Não vai
8. Impacto da halitose na vida do paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Quem percebe sente impacto: no namoro e casamento, impacto profissional e impacto social • Não percebem, logo não tem impacto • Não querem saber 	<ul style="list-style-type: none"> • No namoro e casamento, • Impacto profissional • Impacto social: distância, tapar a boca, a discursar • hábito olfativo • alguém devia informar • não querem saber quando são informados
9. Assunto tabu	<ul style="list-style-type: none"> • Não é assunto tabu • É assunto tabu • Não sabe se é assunto tabu • Assunto delicado • Não é socialmente aceite • Medo ou vergonha 	

Resultados

A apresentação dos resultados segue a estrutura do guião da entrevista. Identificamos as sub-categorias que emergiram da análise e procuramos ilustrar com um exemplo das entrevistas. Apresentamos igualmente um mapa com as sub-categorias (nível 1 e nível 2) e as frequências associadas e cada uma delas.

Conteúdo das questões realizadas numa primeira consulta

No que diz respeito ao tipo de questões que os médicos dentistas participantes neste estudo fazem aos seus pacientes numa primeira consulta (figura 6), verificámos alguns não fazem qualquer questão (6) outros realizam questões relacionadas especificamente com a saúde oral (18), a saúde em geral (75) - relativa ao historial, às doenças em geral (48), a cirurgias (1) e à medicação (11), e uma pequena percentagem realiza questões de análise psicológica (7).

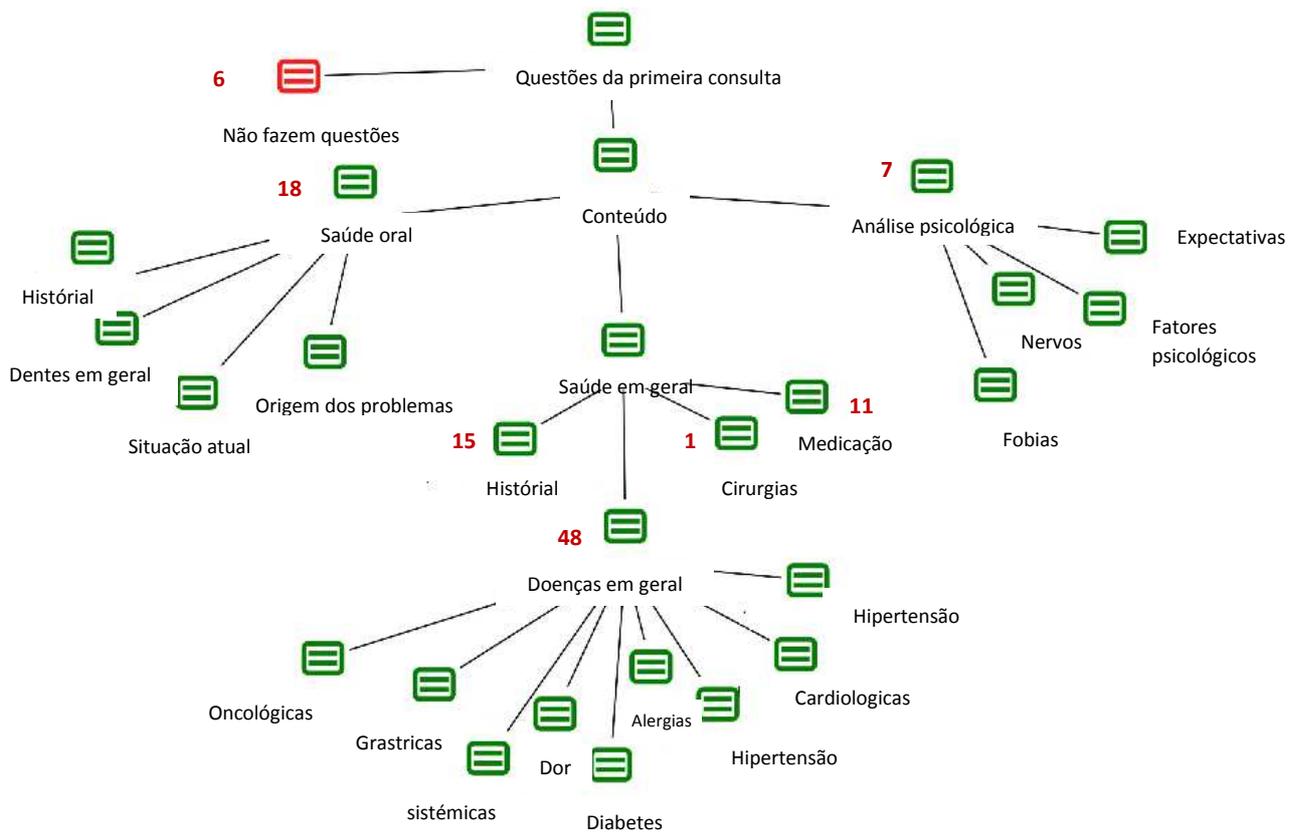


Figura 6. Questões relacionadas com a halitose

Alguns dos comentários obtidos nesta categoria foram (quadro 9): “... aqui neste caso, não temos uma secretária à parte para estar primeiro a conversar com o doente, senta-se logo na cadeira e perguntamos o que o trouxe à consulta” (E12), “... e às vezes, pergunto se tem algum medo em relação ao dentista. Porque há muita gente que teve uma má experiênciarelativamente ao dentista ou então ouviu histórias de maus tratos ou de dor” (E11).

Quadro 9. Conteúdo das Questões realizadas numa Primeira Consulta

Categoria	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
Tipo de questões realizadas numa primeira consulta	Não fazem questões	“normalmente os pacientes sentam-se logo na cadeira e dizem-nos qual o objetivo da consulta, pelo que não costumo fazer questões...” (E17)
	Questões de saúde oral	“...pergunto quais são as principais preocupações, tentar perceber porque é que o paciente nos está a procurar, e tentar ir ao encontro dos seus objetivos, primeiramente resolver aquilo e depois então logo se vê.” (E16)
	Questões de saúde em geral	“...anamnese à séria, saúde geral, história médica de progresso e história médica atual, história dentária de progresso e história dentária atual e questões pessoais para conhecimento”. (E4) “...pergunto se tem alguma doença geral que possa interferir no tratamento”. (E1) “...pergunto se tem alergia a algum medicamento”. (E8) “para a parte dentária não... hum... para já há um pequeno inquérito que qualquer pessoa recebe antes da consulta e que tem de preencher. É relacionado com problemas que tenham, com alergias, com medicação que eventualmente esteja a fazer. Depois quando entra, nós lemos esse pequeno inquérito que eles preencheram, e se tivermos dúvidas, normalmente fazemos perguntas...” (E11)
	Questões de análise psicológica	“... e às vezes, pergunto se tem algum medo em relação ao dentista. Porque há muita gente que teve uma má experiência relativamente ao dentista ou então ouviu histórias de maus tratos ou de dor”. (E11)

Percentagem de pacientes com halitose

A maior parte dos dentistas considera que a percentagem de pacientes com halitose (figura 7) é pequena (24). Alguns mencionam que é uma grande percentagem (4), não dizem a percentagem (9) ou dizem que não detetam a halitose (4).

A maioria afirma que a percentagem de pacientes com halitose ronda os 10, 15% (10), outros consideram que é de 1 a 2% (4), de 20 a 30% (6) ou de 30 a 50% (2).

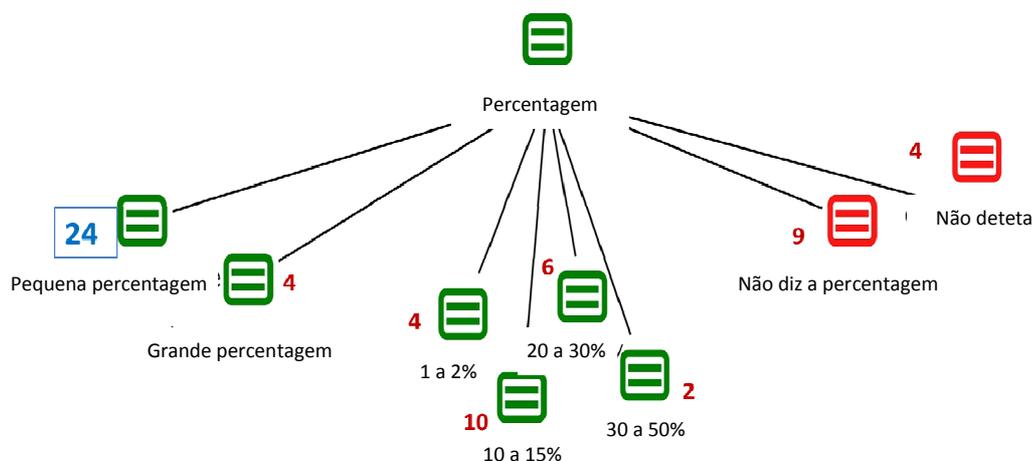


Figura 7. Percentagem de pacientes com halitose

Alguns dos comentários obtidos nesta categoria foram (quadro 10): “não consigo colocar em termos de percentagem” (E1), “é assim, eu por acaso de nariz... de nariz não sou muito bom... às vezes não deteto”, “é um número bastante grande”, “...só sou dentista à três anos, de qualquer das formas a percentagem é pequena, talvez 10 a 15%”.

Quadro 10. *Percentagem de Paciente com Halitose*

Categoria	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
Percentagem de pacientes com halitose	Não diz percentagem	“há muitas que pensam que têm halitose e não a têm, a chamada halitofobia” (E21) “não consigo colocar em termos de percentagem” (E1) “existe mais preocupação agora do que há 10 anos atrás, quando eu comecei a exercer...” (E24)
	Não deteta a percentagem	“é assim, eu por acaso de nariz... de nariz não sou muito bom... às vezes não deteto” (E8)
	Pequena percentagem	“não é uma queixa muito frequente, aliás devia ser mais, porque há quem tenha e não se queixa do problema. Há quem venha apenas por isso, de propósito por isso...” (E15)
	Grande percentagem	“é um número bastante grande” (E5) “quando comecei a trabalhar havia uma grande percentagem de pacientes que se queixava, muitos deles não tinham os cuidados de higiene que hoje em dia já têm...” (E3)
	Valor da percentagem	“1 a 2%” (E4) “...só sou dentista à três anos, de qualquer das formas a percentagem é pequena, talvez 10 a 15%.” (E21)

		<p>“abaixo dos 50% e eu até arriscaria os 20, os 25%...” (E26)</p> <p>“hum... dentro das consultas que tenho talvez uma média de entre 30 a 50%.” (E19)</p>
--	--	---

Percentagem de pacientes com halitose

A maioria dos dentistas não faz testes específicos (figura 8), com halitómetro - máquina especializada e adequada para medir os níveis de halitose e causas associadas - para detetar a causa de halitose (7), alguns referem que testam a halitose através da anamnese (1), através de raio-x (4) ou por observação (5).

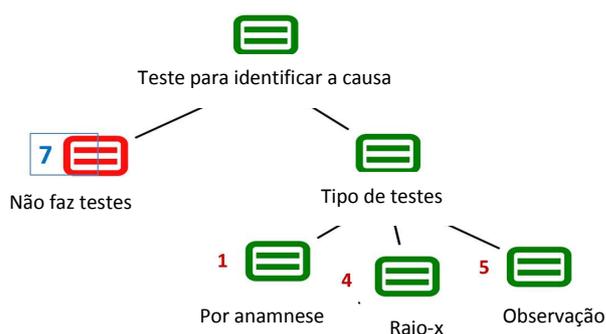


Figura 8. Percentagem de pacientes com halitose

Alguns dos comentários obtidos nesta categoria foram (quadro 11): “não existe esse despiste concreto” (E1), “não são exames, por exemplo, não é um halitómetro” (E23), “primeiro que tudo através da anamnese podemos recolher alguns dados que nos poderão fazer projetar a nossa hipótese de diagnóstico” (E19), “a nível de observação e de Raio X, tenta-se identificar, a nível de saúde oral se está tudo bem, e portanto não há coisa nenhuma, que se perceba que vem daí a halitose...” (E2).

Quadro 11. *Percentagem de Paciente com Halitose*

Categoria	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
Testes de diagnóstico da causa da halitose	Não faz testes	<p>“não existe esse despiste concreto” (E1)</p> <p>“não são exames, por exemplo, não é um halitómetro” (E23)</p>
	Tipos de testes	<p>“pergunto se costuma sentir desconforto de manhã” (E17)</p> <p>“pergunto se o paciente sente desconforto pós-alimentação” (E17)</p> <p>“primeiro que tudo através da anamnese podemos recolher alguns dados que nos poderão fazer projetar a nossa hipótese de diagnóstico” (E19)</p> <p>“vejo se está a fazer acumulação de bactérias devido à alimentação em alguma parte da cavidade oral...” (E23)</p>

		“a nível de observação e de Raio X, tenta-se identificar, a nível de saúde oral se está tudo bem, e portanto não há coisa nenhuma, que se perceba que vem daí a halitose...” (E2)
--	--	---

Causas da halitose

A maioria dos especialistas de medicina dentária considera que a causa (figura 9) mais frequente é oral (21), mas enuncia exemplos mais biológicos (23) e comportamentais (33) referentes ao paciente.

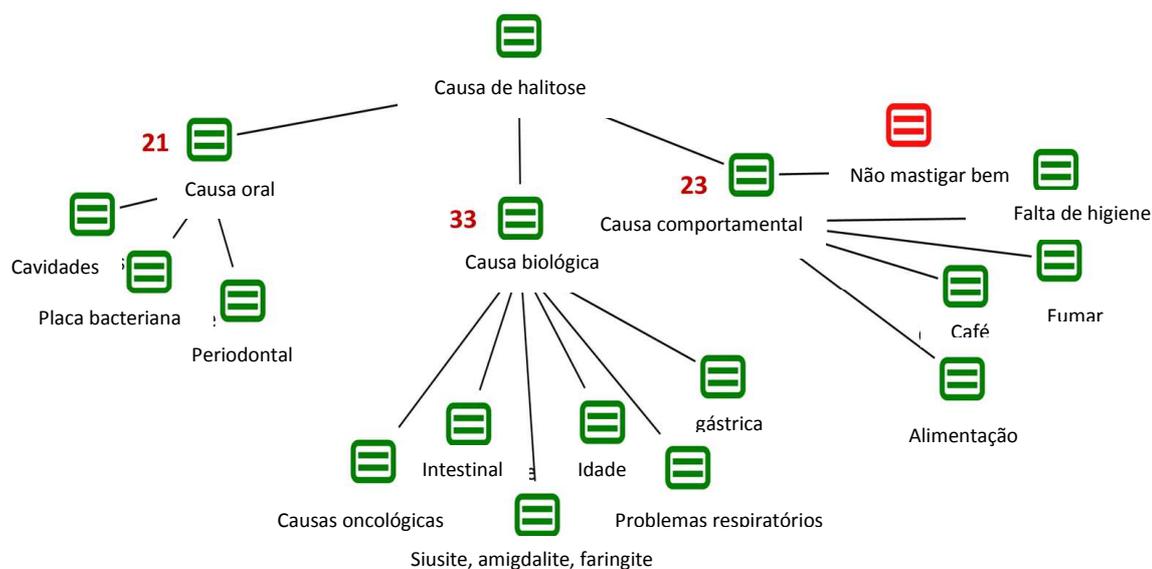


Figura 9. Causas de halitose

Alguns dos comentários proferidos foram (quadro 12): “...A causa que está relacionada com a medicina dentária tem a ver realmente com questões de acumulação de placa bacteriana na boca, e que não é frequentemente eliminada nem pelo paciente, nem por consultas de manutenção e portanto cabe-nos a nós ajudar a resolver” (E19), e “... depende dos hábitos da pessoa, má escovagem, nomeadamente à noite” (E29).

Quadro 12. Causas da Halitose

Categorias	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
Causas da halitose	Oral	<p>“Normalmente desaparece! é oral!” (E11)</p> <p>“...problemas peridontais, a halitose está associado à libertação de gases, têm haver com as bolsas gengivais, e quando à inflamação gengival”. (E2)</p> <p>“...desde que haja halitose, normalmente é de origem dentária ou de má higiene oral”. (E6)</p>

Categorias	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
		“... A causa que está relacionada com a medicina dentária tem a ver realmente com questões de acumulação de placa bacteriana na boca, e que não é frequentemente eliminada nem pelo paciente, nem por consultas de manutenção e portanto cabe-nos a nós ajudar a resolver” (E19)
	Biológica	“60, 70% dos casos, pelo menos da minha experiência, é problemas de estômago. Pergunto se tem gastrites, úlceras...” (E10) “as pessoas acham que o mau hálito é problema de intestinos” (E28) “pode ter haver com uma amigdalite crónica” (E28 “rinite”(E21) “sinusite” (E2)
	Comportamental	“Tentamos primeiro resolver tendo em conta a melhoria da higiene, como por exemplo, escovar a língua, usamos produtos próprios para esse tipo de bactérias que alojam na língua, podemos fazer uma limpeza” (E13) “fumadores” (E6) “problemas mais complicados oncológicos” (E13) “café” (E19) “alimentos não serem bem mastigados” (E10) “... depende dos hábitos da pessoa, má escovagem, nomeadamente à noite” (E29)

Ações quando o paciente não sabe que é portador de halitose

A maior parte dos dentistas considera que alguém devia comunicar ao paciente que tem halitose e considera que a família é que deve fazê-lo, sem assumir diretamente que pode ser da sua responsabilidade (figura 10). Alguns dos especialistas de medicina dentária afirmaram que não contam (8), outros consideram que quem deve ou costuma contar são as crianças (2), o namorado (2), a família (5), a esposa (2), dentista (2 e os colegas (2). Quando o paciente não se queixa, alguns médicos referem que lhe contam com cuidado (6), outros dizem-lhe que tem muitas cáries ou gengivites (7) e outros perguntam se sente mau sabor (8). Houve ainda um médico que referiu que contava de acordo com o tipo de paciente.

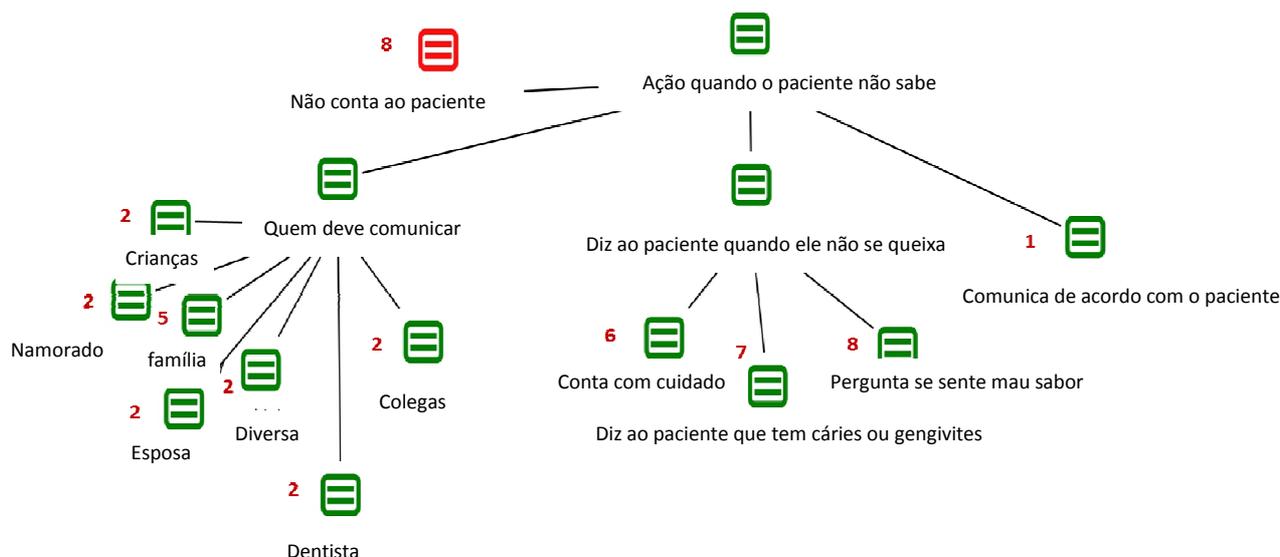


Figura 10. Ações quando o paciente não sabe que é portador de halitose

Como comentários para esta categoria obtivemos as seguintes afirmações (quadro 13): “... ninguém vai dizer: olhe você está com mau hálito! (rir) Até eu aqui, quando percebo que a pessoa tem mau hálito, não lhe digo...” (E13), “... por vezes, não podemos dizer diretamente porque as pessoas podem levar a mal... temos que dar a volta...” (E29) e “... abordo o paciente com uma questão indireta, por exemplo: “nunca sentiu um mau sabor na boca?” (E23).

Quadro 13. Ações quando o Paciente não sabe que é Portador de Halitose

Categorias	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
Ações quando o paciente não sabe que é portador de halitose	Não comunica	<p>“não costumo comunicar-lhes porque muitas vezes a halitose pode não ser apenas da parte oral mas de problemas gástricos”. (E17)</p> <p>“se não houver queixa por parte do paciente não digo nada... não...” (E25)</p> <p>“ninguém vai dizer: olhe você está com mau hálito! (rir) Até eu aqui, quando percebo que a pessoa tem mau hálito, não lhe digo“. (E13)</p>
	Quem deve comunicar: família, esposa, namorado, colegas, dentista...	<p>“...não há muita á vontade fora do meio familiar para dizer” (E24)</p> <p>“...acho que quem devia comunicar seríamos nós, dentistas...” (E11)</p>
	Informa o paciente	<p>“...por vezes, não podemos dizer diretamente porque as pessoas, algumas, podem levar a mal... temos que dar a volta de outra maneira... se elas levam a mal... acham que não temos nada a ver com isso... (E29)</p>

Categorias	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
		“tipicamente o primeiro passo é chamar a atenção do paciente. Dizer que existe um problema para ver se ele concorda com o tratamento... ou saber se ele assume”. (E4) “abordo o paciente com uma questão indireta, por exemplo: “nunca sentiu um mau sabor na boca?”(E23)
	Comunica de acordo com paciente	“hum...depende da pessoa.” (E9)

Plano de tratamento de halitose

Relativamente aos planos de tratamento de halitose, a maioria dos especialistas médicos afirma recomendar produtos para disfarçar (12), sem, por vezes, atuar na causa (figura 11). Alguns que a solução é simples (2), outros consideram que o melhor plano de tratamento é a boa higiene (6), cirurgia (1), tratamento periodental (1) e identificar e eliminar a bactéria (1). Existe ainda quem considere que não existem soluções para todas as situações (1).

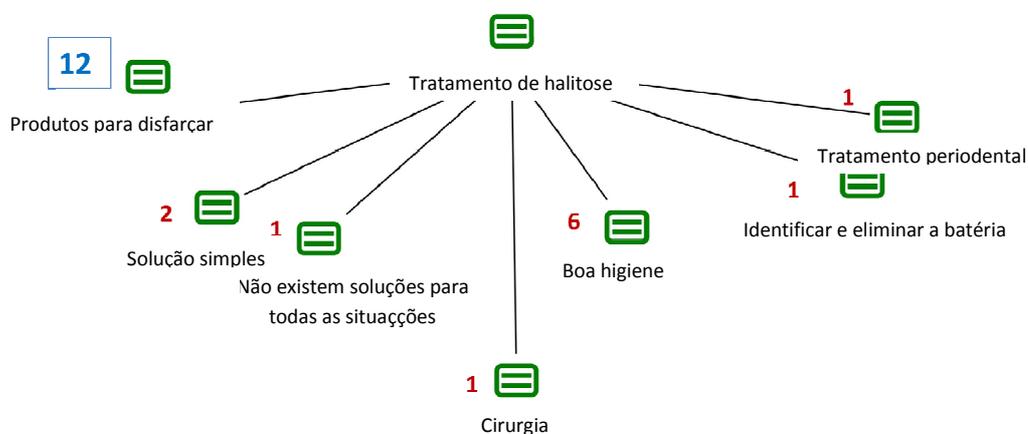


Figura 11. Plano de tratamento de halitose

Alguns dos comentários para esta categoria foram os seguintes (quadro 14): “... às vezes conseguimos resolver com alguns produtos para disfarçar que existem à venda no mercado” (E28), e “... se nós ensinarmos a técnica de escovagem resolve o problema” (E29).

Quadro 14. Plano de Tratamento de Halitose

Categorias	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
Plano de tratamento de halitose	Produtos para disfarçar	“...normalmente, num copo tenho água com um bocadinho de desinfetante, portanto a halitose fica logo um bocadinho disfarçada logo aí...” (E10) “...servem para disfarçar e resolvendo parte das causas se as causas forem da parte oral...”(E24) “...às vezes conseguimos resolver com algum produtos para disfarçar que existem à venda no mercado”. (E28) “uma caixa de pastilhas elásticas para disfarçar.” (E30)
	Não existem soluções para todas as situações	“...não existem soluções para todas as situações que apanhamos.”(E24)
	Solução simples	“...normalmente a solução é algo muito simples...”(E12)
	Cirurgia	“por vezes temos de recorrer à cirurgia.”(E5)
	Boa higiene	“ensino a técnica de escovagem, fio dentário...” (E31) “... se nós ensinarmos a boa técnica de escovagem resolve o problema.” (E29)
	Tratamento periodontal	“normalmente fazemos um tratamento periodontal.” (E2)
	Identificar e eliminar bactéria	“Pode-se identificar a bactéria e eliminar a bactéria, mas normalmente faz mais sentido a pessoa ter atenção à higiene normal e saber se isso é o suficiente para controlá-la”. (E4)

Encaminhamento para um especialista de outra área

A maior parte dos entrevistados participantes neste estudo nem sempre encaminha para um especialista da área da causa em questão (3) e consideram que não é necessário (4) ou que o paciente pensa que não é a sério (1) ou até que não irá a essa consulta (2), (figura 12). A maioria dos especialistas de medicina dentária encaminham para a área gástrica (11), outros para um colega da área da saúde em geral (3) ou para otorrinolaringologista (4).

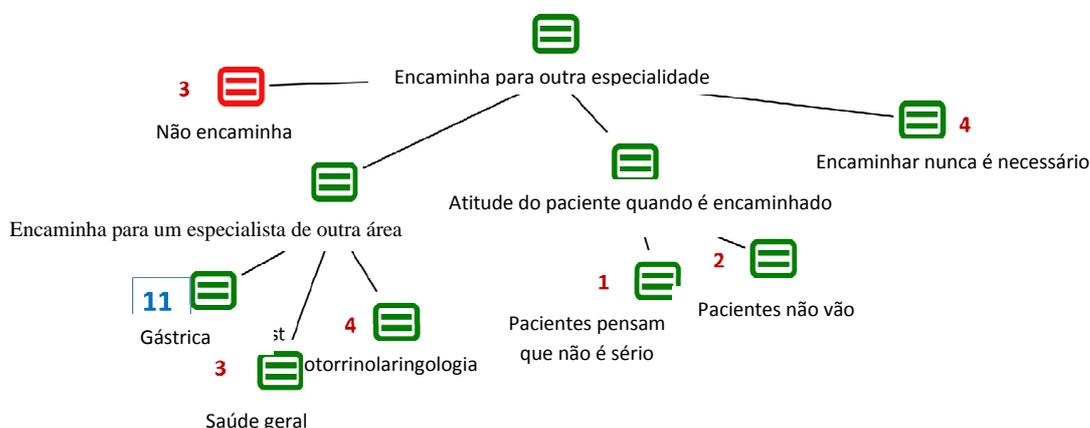


Figura 12. Encaminhamento para outro especialista

“...Nunca me aconteceu encaminhar porque normalmente ou é mesmo hábito de higiene, ou é de origem dentária, portanto tratamos das cáries” (E6)... e “... Costumo encaminhar para colegas da área gástrica” (E15)... Foram duas das afirmações apresentadas nesta categoria (quadro 15).

Quadro 15. *Encaminhamento para outro Especialista*

Categories	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
Encaminhamento para um especialista de outra área	Não encaminha	“nunca me aconteceu encaminhar para outra situação porque normalmente ou é mesmo hábitos, ou é de origem dentária, portanto tratamos das cáries” (E6) “hum... os casos de halitose que não tem causa oral, não sei... não me recordo...” (E26)
	Encaminha para um especialista de outra área	“se depois de fazermos tudo e não houver nada na boca, evidente que encaminho...” (E27) “então tento dirigir o pacientes... para sei lá... pode não ter nada haver com a boca, mas sim com a saúde geral...” (E3) “Costumo encaminhar para colegas da área gástrica” (E15)
	Atitude do paciente quando encaminhado	“mas os pacientes não vão...” (E10)
	Nunca é necessário	“Sabe como é que é o centro nacional de saúde, se as pessoas quiserem ir ao médico têm de esperar dois anos e é porque não é nada de grave...” (E10)

Impacto da halitose

Alguns especialistas médicos consideram que não existe impacto da halitose na vida dos pacientes porque estes não têm percepção de que têm halitose - hábito olfatório (8) ou consideram que os mesmos não se interessam pelo assunto mesmo quando lhes é comunicado (10), (figura 13).

A maioria considera que as pessoas que sentem a halitose sofrem com o impacto a nível social (11) - relativamente à distância a que se colocam dos outros, sentem-se constrangidas quando têm que falar em público e têm tendência para tapar a boca – outro consideram ainda haver impacto no contexto do namoro e casamento (4) e na vertente profissional.

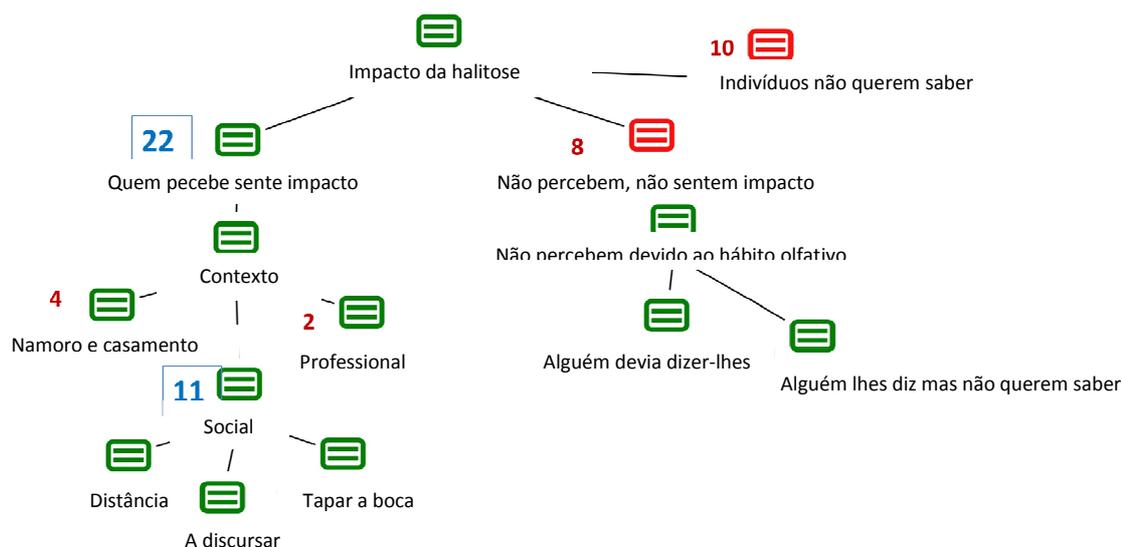


Figura 13. Impacto da halitose

Duas das afirmações realizadas relativamente a esta categoria foram (quadro 16): “...Há muitas pessoas que nós vemos que têm cáries e não se preocupam, e com a halitose muito menos” (E16) e “...existem bastantes pessoas preocupadas com isso e inclusivamente com alguns complexos em estar a conversar umas com as outras devido ao mau hálito... interfere nas relações sociais” (E19).

Quadro 16. *Impacto da Halitose*

Categories	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
Impacto da halitose na vida do paciente	Quem percebe sente impacto: no namoro e casamento, impacto profissional e impacto social	<p>“Nunca pensei nesta situação, mas realmente é um assunto completamente...” (E13)</p> <p>“...já vi pacientes em que o impacto é realmente grave, muito grave...” (E28)</p> <p>“E qual é o impacto que isto tem? é claro que tem! Acredito que tenha! É claro que é incomodativo. Sendo incomodativo...” (E11)</p> <p>“tem impacto e não estou a falar só das relações pessoais, como no casamento e namoro.” (E17)</p> <p>“uma pessoa que tem uma profissão em que tem de falar em público, deve ser muito desagradável” (E1)</p> <p>“...normalmente, as pessoas que trabalham e estão em contacto com o público, têm sempre essa preocupação...” (E3)</p> <p>“Acho que é importante e que acabam por se sentir melhor em público se o problema ficar resolvido, não é? Porque ao falar com colegas, com clientes, tem impacto social”. (E14)</p> <p>“existem bastantes pessoas preocupadas com isso e inclusivamente com alguns complexos em estar a conversar umas com as outras devido ao mau hálito, também com a estrutura</p>

Categorias	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
		<p>dentária, e a falta de dentes e o sorriso, mas de facto a halitose e a proximidade em conversas preocupa-as muito.” (E19)</p> <p>“Nas pessoas mais novas existe uma preocupação maior por causa das relações que tem com as outras pessoas, existe uma preocupação com a halitose e não só, com a apresentação em geral, mas não quer dizer que os mais velhos também não possam ter. Não existe propriamente um grupo etário...” (E13)</p> <p>“nós próprios não nos conseguimos aproximar tanto dessa pessoa, e afastamo-nos fisicamente, falamos mais distanciados e é uma coisa que perturba...” (E6)</p>
	<p>Não percebem que têm halitose por isso não tem impacto (hábito olfativo); consideram que alguém lhes deve comunicar</p>	<p>“há pessoas que não têm noção do que é que têm... por isso não sofrem (rir)” (E27)</p> <p>“quando há um problema relacionado com a halitose, acho que a própria pessoa não se deve aperceber...” (E11)</p> <p>“nomeadamente, os fumadores, acho que lhes passa muita coisa ao lado e termos de cheiros e de sabores, porque a nicotina e o alcatrão, dá conta das pupilas gustativas e das sensações todas”. (E2)</p> <p>“...há pessoas que ficam agradecidas porque alguém reparou e comunicou”. (E11)</p> <p>“Acho que é um problema que tem de ser de algum modo comunicado, porquê? Porque às vezes, a própria pessoa não se apercebe. E quando temos um cheiro habituamo-nos e a própria pessoa deixa de sentir...” (E11)</p>
	<p>Não querem saber</p>	<p>“...acho que as que sofrem e se preocupam com isso, são as mesmas que se preocupam com a saúde dentária geral, o que infelizmente na nossa população não é assim uma grande percentagem. Há muitas pessoas que nós vemos que têm cáries e etc e não se preocupam, e com a halitose muito menos”. (E16)</p> <p>“eu acho que os Portugueses não se preocupam muito com a saúde oral, e nesta perspetiva não se preocupam muito com a halitose... acho que não se preocupam, e que não sofrem...” (E26)</p> <p>“...acho que no geral há pouca preocupação.. em geral... acho que as pessoas andam com tanto stress, que nitidamente passa-lhes ao lado. Se a higiene oral passa ao lado, a halitose também...” (E29)</p> <p>“...as pessoas não têm muito o hábito ainda de vir ao dentista, vêm quando está a doer... às vezes nem vêm quando já têm um buraco” (E12)</p> <p>“regra geral a higiene oral não é ainda uma preocupação, não acho que seja... há muitos pacientes, da por exemplo, população urbana preocupam-se mais, mas acho que não é uma grande preocupação...” (E23)</p> <p>“o impacto da halitose na população em geral devia de ser uma coisa estrondosa, mas não vejo que seja...” (E 28)</p>

Assunto tabu

A maioria dos médicos especialistas em medicina dentária considera que a halitose é um assunto tabu (21) e um assunto delicado (15) associado ao medo e à vergonha(13) (figura 14). Outros consideram que a halitose não é um assunto tabu (5), que não é socialmente aceite (1) e ainda há quem refira que não sabe se é ou não um assunto tabu (1).

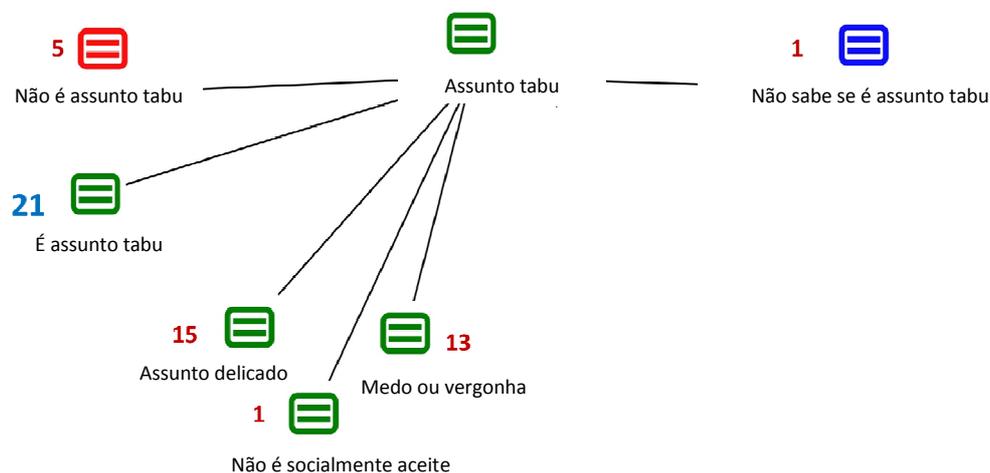


Figura 14. Assunto tabu

Alguns dos comentários proferidos nesta categoria foram os seguintes (quadro 17):
 “...Socialmente é óbvio que não é bem aceite, o mau hálito é uma coisa horrorosa!” (E13)... e
 “...Uns pacientes chegam com a mão na boca, exatamente porque têm, mas acabam por nem sequer falar do assunto... não se sentem à vontade” (E12).

Quadro 17. Assunto Tabu

Categorias	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
Assunto tabu	Não é assunto tabu	“hum... não me parece que nesta altura seja tabu um paciente falar com um médico dentista” (E19) “...acho que aqui falam, porque aqui é onde eventualmente vão resolver o problema” (E2) “A maioria das pessoas não têm vergonha, estamos ali para ajudar... mas com outras pessoas devem ter... connosco aproveitam para falar sobre isso.” (E22) “chegam e dizem: “olhe eu sinto isto...” ou sei lá, “o meu marido queixa-se que eu estou com mau hálito” (E3) “eu acho que os dentistas devem ter uma formação no sentido de fazer uma correta abordagem num paciente com halitose, de causa oral, de causa oral...” (E21)
	É assunto tabu	“Tabu no sentido... bem, se eu tiver fora do trabalho... se calhar vai passar algum tempo até ganhar coragem para dizer... há muito boa

Categorias	Sub-categorias	Exemplos retirados de excertos de entrevistas
		<p>gente que deixa passar um, dois anos sem dizer... (rir)” (E8)</p> <p>“para as pessoas com os odores no corpo, esses assuntos são um bocado tabu... as pessoas não gostam muito que se fale” (E28)</p> <p>“nas crianças há hábitos de prevenção e já se pode falar das coisas, na população mais adulta é um bocadinho mais complicado... e há coisas que por vezes nem sequer se pode perguntar... por exemplo. Porque é que lhe falta um dente... (rir)... porque acaba por recordar episódios, às vezes mais complicados...” (E31)</p>
	Não sabe se é assunto tabu	“não é questão de ser um assunto tabu... é uma questão... é um bocado, não sei...” (E10)
	Assunto delicado	<p>“é claro que é um assunto muito delicado, porque a pessoa pode sentir-se incomodado...” (E11)</p> <p>“é desconfortável.” (E12)</p> <p>“é sempre uma abordagem um bocadinho complicada... no entanto, tudo isto, obviamente que se consegue ultrapassar com informação... mas, no entanto, eu acho que as pessoas ainda tem alguns problemas em falar sobre isto...” (E26)</p> <p>“...Uns pacientes chegam com a mão na boca, exatamente porque têm, mas acabam por nem sequer falar do assunto... não se sentem à vontade” (E12)</p>
	Não e socialmente aceite	<p>“o profissional deve abordar o assunto porque as pessoas vão fugir de abordar esse tema, e muitas vezes a resolução está aqui. Eu abordar o assunto com os doentes, não tenho problemas, tenho mesmo de o fazer...” (E6)</p> <p>“Socialmente é óbvio que não é uma coisa bem aceite, o mau hálito é uma coisa horrorosa!” (E13)</p>
	Medo ou vergonha	<p>“as pessoas no fundo têm vergonha de falar sobre disso” (E29)</p> <p>“...muitas vezes as pessoas têm vergonha em vir falar dela, não é? (E13)</p> <p>“as pessoas têm medo...” (E14)</p> <p>“falam muito a medo...” (E18)</p>

Em suma, as questões da primeira consulta não estão diretamente relacionadas com a halitose.

A maioria dos especialistas médicos participantes neste estudo: considera que a percentagem de pacientes com halitose é pequena; não faz testes específicos (com halitómetro) para detetar a causa de halitose; considera que a causa mais frequente é oral, mas enuncia exemplos mais comportamentais e biológicos; considera que a família devia comunicar ao paciente que tem halitose, sem assumir que pode ser da sua responsabilidade; recomenda produtos para disfarçar, sem por vezes atuar na causa; não apresenta tratamentos eficazes de halitose ou nem sempre encaminha para um especialista da área da causa em

questão; considera que existe um maior impacto a nível social; e acredita que a halitose ainda é um assunto tabu, sensível, associado ao medo e à vergonha nos dias de hoje.

Alguns especialistas médicos consideram que não existe um impacto significativo da halitose porque a maioria dos pacientes não têm perceção de que têm halitose (hábito olfactório) ou não se interessam, mesmo quando alguém lhes comunica.

Análise dos resultados da ACM – Análise de Correspondências Múltiplas.

A análise de correspondência múltipla é um método multivariado usado para explorar as inter-relações entre variáveis categóricas (Greenacre, 2007; Carvalho, 2008; Ramos e Carvalho, 2011). Como a análise de componentes principais, a análise de correspondência múltipla gera um conjunto de dimensões fatoriais que resumem as associações entre as variáveis categóricas. Todavia, enquanto na análise de componentes principais, a interpretação dos componentes resultantes é baseada nos pesos das variáveis, na análise de correspondência múltipla, a interpretação das dimensões é baseada nas medidas de discriminação e as contribuições das variáveis ativas, isto é em análise (Quadro 1). As variáveis ativas mais relevantes para cada dimensão são as que têm a maior discriminação/contribuições, ou seja, a variância explicada mais elevada.

Além disso, a análise de correspondência múltipla permite a visualização gráfica da estrutura das associações entre todas as categorias num subespaço bidimensional o que facilita a análise (Plano 1 e 2).

Todas as análises estatísticas deste estudo também foram realizadas com o apoio do IBM SPSS Statistics (versão 20).

Com a ACM existem dois parâmetros em análise, as categorias (que classificam os objetos) e os objetos (classificados por categorias) e que são submetidos a um processo de transformação, sendo estimadas quantificações ótimas. A cada categoria está associada uma quantificação e a cada objeto um score. Pode estimar-se mais do que uma solução para essas quantificações – quantificação múltipla.

As quantificações estimadas pela ACM definem as coordenadas que permitem representar o espaço das p categorias e representar o espaço dos n objetos – espaço de input multidimensionais – em espaços de reduzidas dimensões, designadamente planos, o que implica definir, pelo menos, uma solução bidimensional.

Relativamente ao input para a ACM, teremos uma matriz com n objetos caracterizados segundo m atributos, que são variáveis categorizadas (qualitativas nominais), pelo que é necessário identificar na matriz de input as categorias pelas quais se distribuem os n objetos.

Relativamente aos aspetos técnicos relativos à construção da base de dados, dispomos de categorias que resultaram da análise de conteúdo pelo MAXQDA, proveniente das entrevistas realizadas aos 31 especialistas de medicina dentária.

A cada uma das categorias foi atribuído um código, sendo que cada uma das variáveis podia ter a seguinte codificação (atribuição numérica e sequencial dos naturais de $\underline{1}$ até \underline{k} – $k=n^\circ$ máximo de categorias para cada variável):

1 – presença da categoria e 0 – ausência da categoria, ou

1 – presença da categoria e 2 – ausência da categoria.

No entanto, para realizar a ACM temos de usar a 2ª forma de codificação, porque a ACM não aceita o “0” como código válido – é assumido como não resposta). Assim, optámos por preencher a base de dados com a 2ª forma de codificação, pelo que não foi necessário a recodificação (Automatic Recode).

Relativamente às etiquetas, na codificação 1 colocámos o nome da etiqueta (representado o *sim*) e na codificação 2 colocámos “.” (representando o *não*), para facilitar a leitura das representações gráficas.

A maioria das categorias ativas, que passaram da análise de conteúdo com o MAXQDA, para a base de dados para a ACM são binárias, sendo que apenas a categoria “percentagens” tem uma escala (1 – 1 a 2%; 2- 10 a 15%; 3- 20 a 30%; 4 – 30 a 50%; 5 – don’t say the percentage). No Quadro 18, apresenta-se o significado de cada Label.

De acordo com as frequências das variáveis, optámos por retirar da análise a variável *Testes de diagnóstico*, devido ao facto de todos os especialistas médicos terem respondido que não realizavam testes para diagnosticar a causa de halitose – estão todos numa única categoria (é uma constante e não uma variável = variância 0), e a variável *Causas orais*, porque a esmagadora maioria também se encontra numa das categorias, ao afirmarem que consideram que a halitose tem maioritariamente causa oral.

Quadro 18. *Significado dos Labels utilizados na ACM*

Label	Significado
Género	Género – feminino ou masculino
Idade	Idade
Anos de profissão	Anos de profissão
Anamnese	Realiza perguntas de Anamnese numa primeira consulta.
Percentagem	Percentagem de pacientes que sofre de halitose.
Testes de diagnóstico	Realiza testes para diagnosticar a causa da halitose
Causas comportamentais	Considera que a halitose pode ter causa comportamental.
Causas Biológicas	Considera que a halitose pode ter causa biológica.
Causas orais	Considera que a halitose pode ter causa oral
Comunicar ao paciente	Comunica aos pacientes que estes são portadores de halitose.
Produtos para disfarçar	Recomenda produtos para disfarçar a halitose.
Encaminhar	Encaminha para um colega de outra especialidade quando a halitose não é de causa oral.
Assunto tabu	Considera que a halitose é um assunto tabu.
Impacto da halitose	Considera que a halitose tem um impacto negativo no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo.

Em relação à geometria das quantificações, foram necessárias 48 iterações para obter a solução ótima para as quantificações.

A convergência foi atingida, porque o aumento da variância explicada pelo modelo da iteração anterior para a última é inferior ao valor de referência ($0,000009 < 1,968820$). A variância explicada pelo modelo é igual a 1,968820 e a variância não explicada (loss) é igual a 7,031180. O somatório da variância total com a perda (loss), é 9, ou seja, número de variáveis ativas.

Relativamente às dimensões, a inércia (variância) explicada por cada uma das r_{\max} dimensões é um critério de decisão para a seleção do subconjunto de dimensões efetivamente a reter para a interpretação. Como não existe um valor de referência para decidir qual o n° ótimo de dimensões a reter, umas das estratégias passa por representar a inércia das r_{\max} dimensões e detetar o “ponto de corte”.

A distribuição da inercia (variância) nas multiplas dimensões está representado na Figura 15.

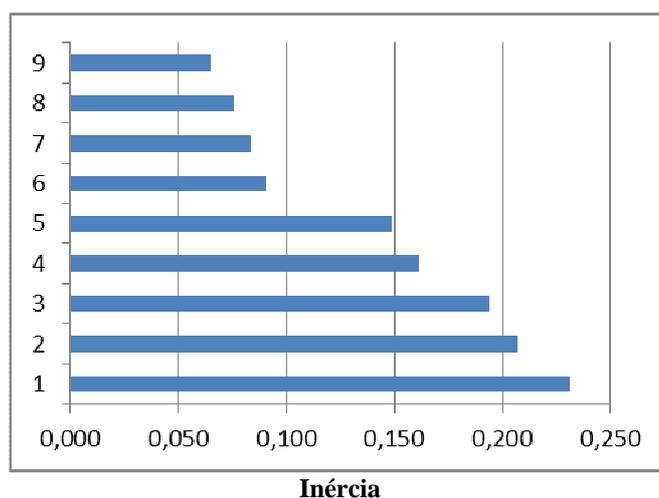


Figura 15. Representação da Variância das dimensões

As diferenças entre as dimensões que estão próximas não são muito nítidas, ou seja, não temos “pontos de corte” muito nítidos. Podia-se equacionar a hipótese de observar também a dimensão 3. A primeira dimensão explica 23% e a segunda 20%, pelo que são muito próximas.

Numa primeira fase foi solicitada uma solução com 9 dimensões (ver Quadro 19). Existem 9 variáveis de input, totalizando 18 categorias (9 – sim e 9 – não).

Quadro 19. Distribuição dos Valores Próprios e da Inércia

	Alpha de Cronbach's	Total	Inércia	% de Variância
1	.58	2.08	.23	23.08
2	.52	1.86	.21	20.68
3	.48	1.74	.19	19.37
4	.35	1.45	.16	16.11
5	.29	1.34	.15	14.9
6	-.24	.82	.09	9.15
7	-.36	.76	.08	8.40
8	-.52	.69	.08	7.62
9	-.8	.59	.07	6.51
Total		11.32	1.26	
Média	.23 ^a	1.26	.14	13.98

O nº máximo de dimensões neste caso, visto nenhuma das variáveis de input apresentar não-respostas, é: $rmax=p-m$, isto é, o nº é de aproximadamente 31 casos (ver anexo 2, quadro 2).

Na generalidade dos casos, acaba por ser selecionado um número de dimensões inferior ao valor máximo teoricamente possível: $r < r_{max}$. É também frequente escolherem-se as duas primeiras dimensões (eventualmente 3).

Para selecionarmos as duas primeiras dimensões, temos que analisar qual a % de variância explicada pelo modelo. Como temos a inércia e o total fazemos o quociente. Para calcular a % de variância explicada de cada dimensão dividimos a inercia de cada dimensão pela inercia total x 100.

A variância total só é dada quando temos todas as dimensões e quanto mais variância as dimensões explicarem maior a qualidade das dimensões. Se a % de variância for pequena não tem um significado tão decisivo como noutras ferramentas. O facto das percentagens serem pequenas não quer dizer que os resultados não sejam interessantes, e não existe um nº de percentagem em que digamos que os resultados têm qualidade.

O valor da variância total pode ser superior a 1 embora cada valor da inércia seja entre 0 e 1.

Valor da inercia de cada dimensão a dividir pelo valor de inercia total X 100.

$$1^{\text{a}} \text{ dimensão} = 0,231 / 1,258 \times 100 = \mathbf{18,36\%}$$

$$2^{\text{a}} \text{ dimensão} = 0,207 / 1,258 \times 100 = \mathbf{16,45\%}$$

$$\% \text{ de variancia explicada pelo modelo (2 dimensões)} = 18,36\% + 16,45\% = \mathbf{34,81\%}$$

Neste caso a variância explicada pelo modelo (2 dimensões) é de 34,81%.

A seleção das dimensões deve ser acompanhada com a análise das medidas de discriminação (Quadro 6.4.10). Estas quantificam a variância de cada variável por dimensão. Permitem identificar as variáveis que mais contribuem para definir cada dimensão. Variam entre 0 e 1 e quanto mais se aproximam de 1 mais as variáveis discriminam os objetos em análise, mais a variância é explicada.

A inércia é o valor médio por dimensão, varia entre 0 e 1, mas pode a soma exceder a unidade, e é decrescente, pelo que a dimensão 1 regista o maior valor, a dimensão 2 tem associado o segundo maior valor e assim sucessivamente. A inércia e o valor próprio da 1ª e 2ª dimensão não alteram, o total é diferente mas não é o nº de variância máxima.

Ao realizar uma ACM, para 2 dimensões, o ative total (0,438) é o total das variáveis ativas (Quadro 20).

Quadro 20. *Inércias da Solução Bidimensional*

Dimensão	Alpha de Cronbach's	Total	Inércia	% de Variância
1	.58	2.08	.23	23.08
2	.52	1.86	.21	20.68
Total		3.94	.44	
Média	.55 ^a	1.97	.22	21.88

A seleção das variáveis pode ser orientada pela ação de privilegiar as variáveis cuja medida de discriminação seja superior ao valor da inércia dessa dimensão, embora também se possa considerar uma variável (ou mais) cuja medida de discriminação apresente um valor inferior ao valor da inércia, conforme aconteceu neste caso.

A soma das contribuições de todas as p categorias para as m variáveis em análise é igual a 1 por dimensão. Privilegiam-se as categorias com a contribuição superior a $1/p$, isto é, as categorias com contribuição superior à média. Os valores a *bold*, estão acima do valor médio da inércia.

Quadro 21. *Discriminação Medida de cada Variável na Análise de Correspondências Múltiplas*

	Dimensão 1	Contribuição %	Dimensão 2	Contribuição
Anamnese	0.00	0.05	0.34	18.22
Percentagem	0.48	23.16	0.63	33.80
Causas comportamentais	0.29	14.16	0.08	4.14
Causas Biológicas	0.37	17.91	0	0.00
Comunicar ao paciente	0.06	2.79	0.05	2.85
Produtos para disfarçar	0.01	0.29	0.06	3.06
Emcaminhar	0.57	27.64	0.18	9.46
Impacto da Halitose	0.06	2.84	0.53	28.21
Assunto tabu	0.23	11.17	0.01	0.27
Total das ativas	2.08	100	1.86	100
% de variância	18.36		16.45	
Inércia	0.23		0.21	

Nota: Os valores a bold estão acima do valor médio da inércia para cada dimensão.

Assim, a ACM resultou em duas dimensões relevantes, representando 23,1% e 20,7% do total variância, respetivamente. O Quadro 21 mostra a discriminação medida de cada variável para duas dimensões (quanto mais próximo de 1, melhor o valor). Para cada

dimensão, apenas valores acima da inércia (variação média) foram considerados e apresentados a negrito.

As variáveis que contribuem para a dimensão 1 são: considerarem a percentagem de *pacientes com halitose com valores mais baixos*; as *causas da halitose serem comportamentais*; as *causas da halitose serem biológicas*; o *encaminhamento* para outra especialidade; e o facto da halitose ser um *assunto tabu*, que poderão corresponder a variáveis que tornam mais evidente a desvalorização da halitose e do seu impacto na vida do paciente pelos dentistas.

As variáveis que contribuem para a dimensão 2 são: fazer a *anamnese*; a *percentagem de pacientes com halitose com valores mais elevados*; e o *impacto na vida do indivíduo*, que poderão corresponder a variáveis que tornam mais evidente a valorização da halitose e do seu impacto na vida do paciente pelos dentistas.

Em relação à primeira dimensão, por um lado, consideramos que perante estes dados pode existir a hipótese de os médicos apontarem a origem da halitose como sendo biológica para terem uma justificação para encaminhar o paciente para um especialista de outra área, por exemplo gástrica ou intestinal, afastando-se da situação. Por outro lado, ao enunciarem que a causa pode ser comportamental, também se pode verificar uma desresponsabilização da sua parte dos médicos apresentando uma tentativa de responsabilização por parte dos pacientes que podem não ter bons hábitos de higiene (podem fumar, beber café, não ir regularmente ao dentista, etc).

O facto de considerarem a halitose um assunto tabu, também pode justificar o encaminhamento e a possível desresponsabilização para não resolver e não falar do tema com os seus pacientes, bem como estar relacionado com o baixo nível de conhecimento da parte dos médicos dentistas relativamente a tratamentos eficazes para o efeito, sendo que podem ter receio em informar os pacientes devido ao facto dos mesmo poderem reagir negativamente.

Assim, a primeira dimensão poderá estar mais relacionada com a “desresponsabilização pessoal e/ou falta de conhecimento” do dentista face ao impacto da halitose no bem-estar e qualidade de vida do seu paciente e aos seus possíveis tratamentos.

Relativamente à segunda dimensão, os dados poderão sugerir que, pelo facto de alguns especialistas de medicina dentária considerarem que a halitose tem impacto na vida do paciente e, por considerarem a percentagem de pacientes com halitose mais elevada, estão mais sensibilizados para efetuar a anamnese no sentido de perceber melhor a situação do

paciente e avaliar como poderão intervir. Assim, a dimensão 2 poderá estar mais relacionada com o “questionar”, “diagnosticar” a halitose.

Observando o plano topológico (figura 16) podemos notar o seguinte relativamente à caracterização das associações privilegiadas evidenciadas no plano de projeção das categorias das variáveis ativas: tendo apenas em conta as variáveis para cada dimensão que tiveram os valores acima da inércia (variação média) que foram apresentados a negrito na Quadro 6, no quadrante superior esquerdo (segunda dimensão), existe uma associação entre as categorias: *halitose causa impacto na vida do indivíduo; faz anamnese; e apresenta a percentagem de pacientes com halitose com valores mais altos (entre 30 a 50%)*.

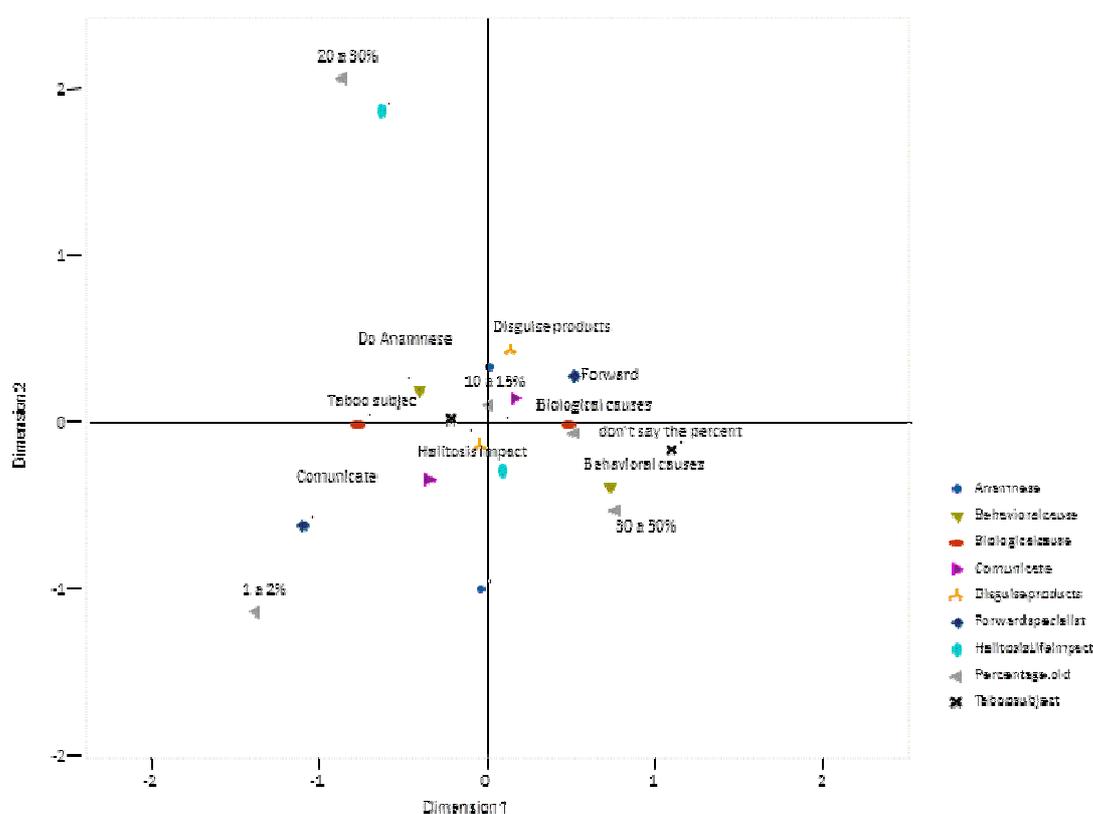


Figura 16. Plano Topológico das Variáveis ativas

No quadrante superior direito (primeira dimensão), existe uma associação entre as categorias: *encaminhar para um especialista de outra área; as causas da halitose serem biológicas; as causas da halitose serem comportamentais; e apresentar a percentagem de pacientes com halitose com valores mais baixos (entre os 10 a 15%)*.

Relativamente às variáveis suplementares relativas às características dos indivíduos que estão mais associadas a cada uma das configurações, podemos reparar no seguinte (plano 17): os homens estão associados ao perfil do quadrantes superior esquerdo (segunda dimensão) e as mulheres estão mais próximas do perfil de quadrante superior direito (primeira dimensão), embora se encontrem no quadrante inferior direito.

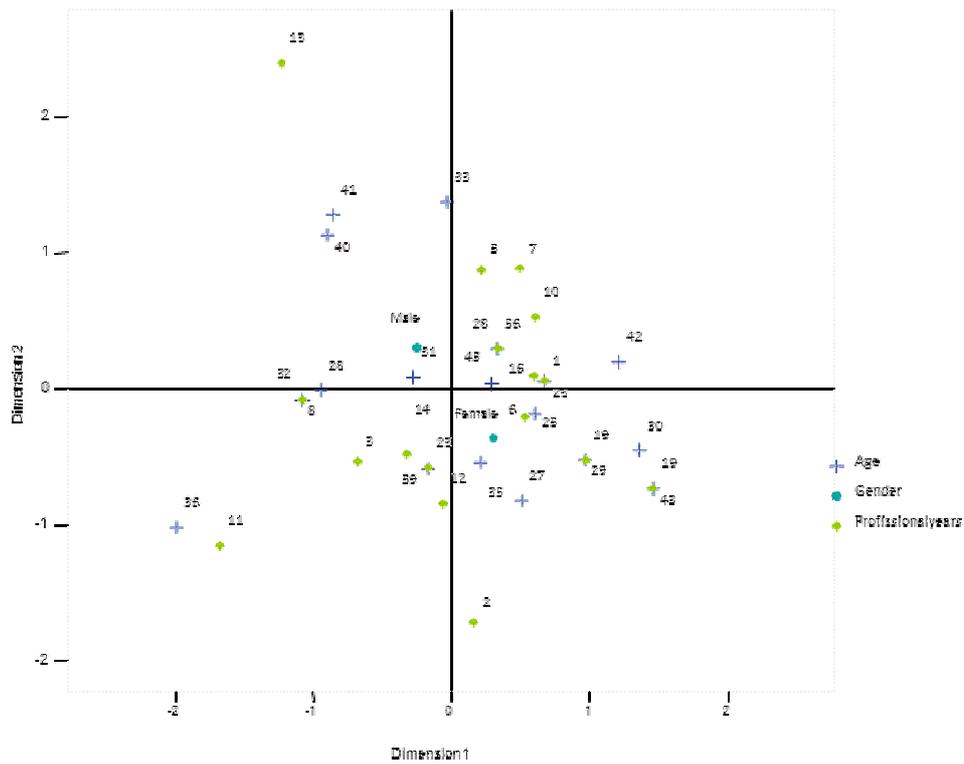


Figura 17. Plano Topológico das Variáveis Suplementares

Discussão

A qualidade de vida diz respeito ao bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo (Harding, 2001). Logo, as doenças consideradas menores também podem afetar a qualidade de vida e o bem-estar (Kroenke & Spitzer, 1998). Por exemplo, o absentismo está muitas vezes associado a gripes, dor de garganta, dor de cabeça, que também influenciam a memória, a atenção, a rapidez, a tensão, o humor, a cognição, o raciocínio lógico e verbal, entre outros fatores (Craig e Cooper, 1992; Harvey & Nicholson, 1999; Havliciek, Gasova, Smith & Flegr, 2001; Smith, Whitney, Thomas, Brockman & Perry, 1995; Smith, Thomas, Perry & Whitney, 1997).

O principal objetivo deste estudo foi o de analisar a concepção sobre as causas de halitose, uma patologia oral considerada menor, e o posicionamento dos especialistas de medicina dentária face ao impacto da halitose na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos.

Assim, consideramos que os resultados do estudo ajudam a perceber a tendência de resposta às questões suscitadas sobre: 1) a concepção dos médicos dentistas sobre a halitose: percepção sobre as causas da halitose, percentagem de prevalência, questionar o paciente sobre a halitose, perspectiva sobre quem deve transmitir ao paciente que é portador de halitose; 2) o posicionamento dos especialistas de medicina dentária face ao impacto da percepção de halitose na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos: diagnóstico, tratamentos, medidas de prevenção – recomendações; encaminhamento para especialistas de outras áreas; e 3) a relação dos médicos dentistas com os seus pacientes relativamente à halitose: disponibilidade, à vontade para falar sobre o assunto, demonstração de apoio, aconselhamento.

Os resultados sugerem assim, que a maioria dos especialistas médicos participantes neste estudo, numa primeira consulta, não coloca questões diretamente relacionadas com a halitose, tendo inclusivé relatado que, por vezes, não têm local específico para falar calmamente (uma secretária), e que, por esse facto, conduzem logo o paciente para a cadeira onde irão tratar dos dentes, o que, por vezes, pode não ser tão favorável para criar um ambiente confortável e de confiança para falar sobre a preocupação com a saúde oral, e mais especificamente, com a halitose. No entanto, as questões mais usadas numa conversa inicial estão relacionadas com o motivo da consulta e com o receio de vir ao dentista.

A maior parte dos dentistas considera que a percentagem de pacientes com halitose é pequena, no entanto, afirma que a percentagem ronda os 10% e os 15%, o que significa que

num universo de cem pessoas, a incidência ultrapassa pelo menos as dez, o que já é considerável, sobretudo se tivermos em consideração que é uma patologia de espectro alargado e que na presença de um grupo alargado de pessoas, o impacto do hálito é disseminado e sentido pelos presentes que dificilmente podem reduzir ou evitar o efeito provocado pela halitose no âmbito do grupo.

A maioria dos dentistas não faz testes específicos (com halitómetro - máquina especializada e adequada para medir os níveis de halitose e causas associadas) para detetar a causa de halitose e considera que a causa mais frequente de halitose é a causa oral, todavia enuncia exemplos mais comportamentais e biológicos (referentes ao paciente), o que poderá significar uma tentativa de desresponsabilização da sua parte e imputação ao paciente ou especialistas de outras áreas.

A maior parte dos dentistas considera que a família devia comunicar ao paciente que tem halitose, sem assumir que pode ser da sua responsabilidade. Além disso, a maioria dos especialistas médicos afirma recomendar produtos para disfarçar, sem, por vezes, atuar na causa. Isto é, a maior parte dos entrevistados não identifica tratamentos eficazes para a diminuição ou eliminação da halitose ou não costuma encaminhar para um especialista da área da causa em questão.

Relativamente ao impacto da halitose na vida dos pacientes, a maioria dos dentistas considera que o maior impacto da halitose acontece a nível social, mas também que a halitose é um assunto tabu - sensível e associado ao medo e à vergonha. No entanto, alguns especialistas médicos consideram que não existe impacto porque os pacientes não têm perceção de que têm halitose (hábito olfatório) e que também existem alguns pacientes que não se interessam pelo assunto, mesmo têm conhecimento da situação através de outra pessoa.

Ainda sobre este fator, a maioria considera que as pessoas que sentem a halitose sofrem com o impacto a nível social, relativamente à distância a que se colocam dos outros, sentem-se constrangidas quando têm que falar em público e têm tendência a cobrir a boca ou até a falar de forma contida para conter a saída de ar da boca.

Os resultados da análise de conteúdo das entrevistas com recurso ao software MaxQDA, sugerem também que os médicos parecem apresentar uma falta de consciência e desvalorização relativa ao impacto da halitose na vida do indivíduo, bem como ao seu papel como facilitador no processo de melhoria dessa patologia na vida do paciente.

O mau hálito ainda é assunto tabu nas sociedades modernas, mas estes resultados podem abrir um debate sobre o papel dos dentistas na deteção de halitose e em que medida se justifica a informação e intervenção no paciente.

A verdade é que informar uma pessoa de que padece de mau hálito pode ser um dever dos familiares, dos amigos mais próximos mas também dos profissionais de saúde. Naturalmente que o médico, em princípio, está melhor preparado para junto do paciente, comunicar de forma adequada e assertiva, sem melindrar o paciente, que sofre de halitose e que há formas de ultrapassar esta patologia. O familiar ou amigo, ao sentir o hálito, têm tendência a referir-se de forma mais espontânea e menos cuidada ao facto, o que pode afetar psicologicamente quem recebe a informação, mesmo quando é dito para alertar e ajudar. Um indivíduo pode não ter consciência de que padece de halitose por fenómenos de fadiga olfativa. Quando a informação é transmitida com um sentimento de preocupação e zelo, as pessoas que padecem de halitose valorizam a advertência e demonstram apreço por quem os informou (Nunes, 2011).

Uma das dimensões encontradas na ACM, engloba as seguintes variáveis: considerarem a *percentagem de pacientes com halitose com valores mais baixos*; as *causas da halitose serem comportamentais*; as *causas da halitose serem biológicas*; o *encaminhamento* para outra especialidade; e o facto da halitose ser um *assunto tabu*. A outra dimensão contempla as variáveis: fazer a *anamnese*; a *percentagem de pacientes com halitose com valores mais elevados*; e o *impacto na vida do indivíduo*. Assim, a primeira poderá estar relacionada com alguma “desresponsabilização pessoal e/ou falta de conhecimento” do dentista face ao impacto da halitose no bem-estar e qualidade de vida do seu paciente e aos seus possíveis tratamentos., e a segunda estará mais relacionada com o “questionar”, “diagnosticar” a halitose.

Através dos planos topológicos notamos que existe uma associação entre as categorias: a halitose causa impacto na vida do indivíduo; faz anamnese; e apresenta a percentagem de pacientes com halitose com valores mais altos (entre 30 a 50%); e uma associação entre as categorias: *encaminhar* para um especialista de outra área; as *causas da halitose serem biológicas*; as *causas da halitose serem comportamentais*; e apresentar a *percentagem de pacientes com halitose com valores mais baixos* (entre os 10 a 15%).

É de ressaltar ainda que os homens estão mais perto da segunda dimensão e as mulheres mais próximas do perfil da primeira dimensão.

Estipula-se que as razões mais apontadas pelos profissionais de saúde dentária para não informar os pacientes sejam o receio de que estes reajam negativamente, por ser ligado ao grau de higiene oral, ou à falta de conhecimento de uma abordagem eficaz na cura desta patologia (Nunes, Martinez-Sahuquillo, Cameira, Marques, 2011). Por isso, gostaríamos ainda de salientar a importância da valorização da formação dos futuros especialistas de medicina dentária nas faculdades, ao nível da obtenção de conhecimentos nas aulas teóricas, do desenvolvimento de experiência através de aulas práticas e da preparação dos mesmos para lidar com a situação, isto é, estar alerta para detetar a presença de halitose, comunicar assertivamente ao paciente a presença de halitose, investigar as causas, propor e realizar tratamentos no âmbito da saúde oral ou encaminhar para outras especialidades conforme a causa encontrada, acompanhar o paciente no processo de tratamento, mas também, atuar ao nível da prevenção, sensibilizando os seus pacientes para os cuidados a ter.

Consideramos que seria uma mais valia realizar um estudo idêntico com uma amostra superior e mais distribuído pelas várias zonas de Portugal, tendo em conta as várias especialidades dos profissionais de medicina dentária, mantendo a diferença de nacionalidade, idades e género.

Pensamos ainda que o estudo ajuda a abrir a investigação académica e o debate na sociedade sobre as seguintes questões: Qual será então a opinião dos especialistas de medicina dentária relativamente ao seu papel em relação à halitose do seu paciente? Deverá ter o profissional da saúde um papel de informação, prevenção e intervenção na patologia? Poderá a atuação dos dentistas atenuar o impacto da halitose na vida do paciente, funcionando como uma variável moderadora? Sendo a halitose uma doença menor, existirá alguma desvalorização por parte dos especialistas, por não sentirem que a vida do paciente está em risco? Como poderá o paciente lidar com a halitose se desconhece que tem essa patologia? Como consciencializar os indivíduos e sensibilizar a sociedade para esta patologia? A quem compete olhar e intervir nesta patologia como um mal físico e psicológico a cuidar?

Conclusão

A investigação da Medicina Dentária tem mostrado preocupação com o facto da saúde oral poder influenciar a qualidade de vida (Kressin, Spiro III, Bosse, Garcia, & Kazis, 1996; Locker, 1997). Recentes pesquisas têm destacado que os distúrbios orais têm consequências

emocionais e psicossociais tão graves como outros distúrbios físicos. Por ano são perdidas à volta de 160 milhões de horas de trabalho devido às doenças orais (Gift, Reisine & Larach, 1989; Reisine, 1984).

Todavia, mais do que entender a relação entre a perceção de saúde oral, mais concretamente da halitose, e o nível de qualidade de vida e bem-estar do indivíduo, pretendemos sensibilizar a comunidade científica e a sociedade para este fenómeno, potenciando uma maior atenção dos especialistas da medicina dentária para o seu papel na deteção, comunicação, acompanhamento e prevenção da halitose, bem como para o relacionamento com os seus pacientes quanto a este fenómeno e à criação de planos de prevenção e tratamento, visto as patologias orais serem uma questão de saúde pública (Locker & Matear, 2000). Pois parece existir alguma desvalorização e ausência de diferentes diagnósticos médicos, apesar de já se conhecerem mais de 50 causas de halitose e tratamentos eficazes (Nunes, 2010).

A educação deficiente pode levar à isenção de responsabilidade e falta de confiança dos profissionais de odontologia e de resposta insatisfatória para as necessidades dos pacientes.

Os resultados sugerem que os especialistas de medicina dentária, participantes neste estudo, apresentam um baixo envolvimento na prevenção e atuação da patologia de halitose dos seus pacientes. No entanto, este estudo constitui um primeiro passo para promover um diálogo sistemático entre áreas científicas e intervenientes (faculdades, professores, especialistas de medicina dentária, entre outros), alertar as instituições de ensino da área da saúde, para atribuir uma maior importância à halitose nos seus programas, preparando os especialistas de saúde para uma abordagem eficaz da patologia (Nunes, 2010), isto é, para se repensar nas horas dedicadas a este tema, nos conteúdos, nas vertentes teórica e prática de formação dos alunos, assim como entender a importância do relacionamento do médico da área com o paciente, e o desenvolvimento de programas de sensibilização, prevenção e tratamento da saúde oral, mais especificamente, da halitose.

De acordo com Chen & Dalton (2005), a eficiência de um sistema de saúde está associada ao desempenho dos profissionais que o englobam, devido a esse facto, as tentativas de reforma não produzem efeitos, sem uma mudança relativa à formação dos profissionais de saúde (Pereira, Barros & Augusto, 2011).

Salientamos a importância da formação dos futuros especialistas de medicina dentária nas faculdades, potenciando o nível de conhecimentos sobre esta temática nas aulas teóricas e a aquisição de experiência nas aulas práticas, visando a melhor preparação para lidar de forma eficaz com esta patologia (Goldrick & Pine, 1999; Greenman & Rosenberg, 2005).

Assim, os médicos dentistas poderão: estar mais alerta para detetar a presença de halitose; comunicar assertivamente ao paciente que é portador da mesma; diagnosticar as suas causas; propor e realizar tratamentos adequados; encaminhar para outras especialidades conforme a causa encontrada; atuar ao nível da prevenção, sensibilizando os seus pacientes para os cuidados a ter.

ESTUDO 2

Impacto Da Halitose Na Qualidade De Vida Do Indivíduo: Estudo A Uma Amostra Da População Portuguesa

Saúde e qualidade de vida

Nos últimos anos vários autores têm procurado compreender a relação entre saúde oral e a qualidade de vida (e.g., Locker, Clarke & Payne, 2000). O principal objetivo destes estudos é o de avaliar em que medida as disfunções, dores e patologias orais influenciam a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos. Contudo, apesar desta linha de investigação se ter desenvolvido significativamente, o número de estudos que avalia a relação entre halitose a qualidade de vida é ainda praticamente inexistente. Neste sentido este estudo visa analisar a perceção da população adulta sobre as causas e o impacto da halitose na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo.

Para Caetano e Silva (2010), a qualidade de vida estará mais relacionada com o bem-estar objetivo, que tem sido associado a um conjunto de fatores socioeconómicos, tais como o nível de escolaridade, de saúde, de segurança, o emprego e os rendimentos, que permitem diferenciar sociedades, países, culturas, grupos ou indivíduos. Para os mesmos autores, é frequente encontrarmos o bem-estar subjetivo como sinónimo de felicidade (Caetano e Silva, 2010). Todavia, a relação entre bem-estar objetivo e bem-estar subjetivo tem sido sistematicamente suportada na literatura em várias investigações empíricas que revelam que existem correlações elevadas entre os níveis de qualidade de vida dos países e o bem-estar subjetivo dos seus habitantes (e.g., Caetano et al., 2010; Delhey, 2009).

Segundo a World Health Organization (1997), a qualidade de vida tem vindo a tornar-se um conceito chave das sociedades podendo ser definida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, na cultura e no sistema de valores nos quais vive, tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (p. 18).

No entanto, na literatura médica em geral, a qualidade de vida aparece fundamentalmente associada ao bem-estar subjetivo, à felicidade e não a indicadores objetivos, sendo que também a consideram como multidimensional e que inclui dimensões positivas e negativas. (e.g., Assumpção, Kuczynski, Sprovieri & Aranha, 2000; McGrath, Broder & Wilson-Genderson, 2004; Seidl & Zannon, 2004).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, pelo que é possível utilizar a satisfação com a vida em geral como indicador de qualidade de vida. Esta é a perspectiva adotada neste estudo.

Uma das áreas da investigação que tem vindo a receber especial atenção tem sido o estudo do impacto de fatores psicológicos, como humor, personalidade e stress na saúde (Barger et al, 2007; Heaphy & Dutton, 2008; Miller, Chen & Cole, 2009). Apesar da maioria dos estudos apontar para a influência do bem-estar na saúde, alguns autores chamam a atenção para a influência recíproca destas variáveis e para o facto de a saúde também poder afetar estados psicológicos, como o humor, o stress e a qualidade de vida em geral (e.g., Straus, 1997).

Na verdade a qualidade de vida também pode ser influenciada pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais e pelas relações com os elementos essenciais do meio (Pinto, 2009; Silva, Meneses & Silveira, 2007). Segundo Wilson e Cleary (1995), a qualidade de vida relacionada com a saúde, engloba indicadores clínicos mas também a forma como o paciente percebe e vive a sua situação. Esta relação é igualmente influenciada por características individuais e por características do ambiente (ver Figura 18). Os autores propõem uma progressão linear simples, composto por cinco níveis: (1) fatores biofisiológicos; (2) estatuto do sintoma; (3) estado funcional do indivíduo; (4) perceção geral de saúde; e (5) qualidade de vida.

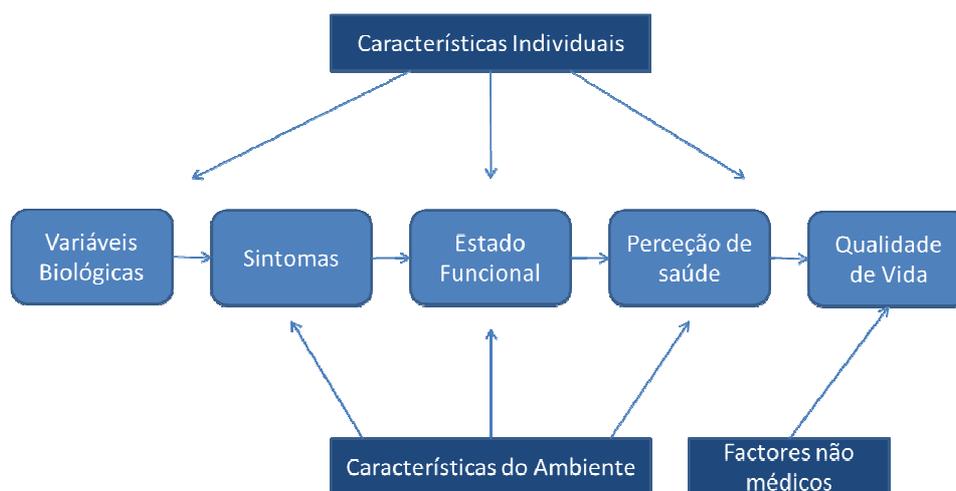


Figura 18. Modelo de Qualidade de Vida de Wilson e Cleary (1995)

Neste sentido, utilizar apenas indicadores biológicos e fisiológicos para medir a qualidade de vida é ter uma perspectiva reducionista, pelo que devem ser tidas em conta as percepções individuais nesta avaliação (Fonseca, Nunes, Teles, Martins, Paúl & Castro-Caldas, 2009).

Este fator, a percepção, implica sempre um nível de subjetividade que deve ser considerado na apreciação do que é qualidade de vida, já que esta que pode variar em função de vários fatores como o ambiente familiar, a escolaridade, a integração na sociedade, entre outros fatores. Assim, ao analisar a qualidade de vida desta forma, saímos de um modelo biomédico, e passamos para um modelo socio-ambiental que nos leva a compreender que a adaptação a uma doença envolve outras dimensões (Fonseca, Nunes, Teles, Martins, Paúl & Castro-Caldas, 2009; Moniz & Barros, 2005).

O modelo de Wilson e Cleary (1995), tem sido usado em estudos com pacientes com doenças de coração (Lee, Yu, Woo & Thompson, 2005), Parkinson (Chrischilles, Rubenstein & Voelker, 2002) e com HIV (Hays, Cunningham, SherbourneWilson, Wu, Cleary & Bozzette, 2000), bem como em estudos sobre o impacto da saúde oral na população adulta (Locker, Clarke & Payne, 2000; Quinonez, Locker, Sherret, Grootendorst, Azarpazhooh, & Figueiredo, 2010). Consideramos que este modelo deve ser tido em conta ao estudar o impacto de patologias orais e, mais especificamente, a halitose na qualidade de vida do indivíduo.

Saúde oral, halitose e qualidade de vida

A saúde oral constitui uma dimensão relevante da saúde dos indivíduos (Pinto, 2009). De facto, os problemas de saúde oral têm vindo a ser reconhecidos como tendo um impacto relevante nas atividades diárias dos indivíduos, influenciando também a sua qualidade de vida (WHO, 2003; Gomes & Abegg, 2007; Pinto, 2009).

O modelo de saúde oral de Locker (1988), que se baseia na classificação internacional de Danos, Limitações e Incapacidades da Organização mundial de saúde (Allen, 2003; Pinto, 2009; WHO, 1980;), defende que os problemas de saúde oral têm várias possíveis consequências, nomeadamente deterioração ou danos, limitação funcional, dor/desconforto, incapacidade (física, psicológica e social) e diversas desvantagem (Baker, 2007; Pinto, 2009), (Figura 19). Este modelo procura assim capturar todos os resultados funcionais e

psicossociais possíveis que os problemas de saúde oral poderão provocar (Allen, 2003; Pinto, 2009)

. Neste sentido, a deterioração (por exemplo, perda de dentes) poderá levar a limitação funcional (por exemplo, dificuldade em mastigar) e dor/desconforto (autorrelatos de sintomas físicos e psicológicos). Por sua vez, estas dificuldades podem levar a incapacidade (incapacidade de realizar as atividades diárias, por exemplo, alimentação insatisfatória) e a desvantagem (por exemplo, isolamento social devido a embaraço).

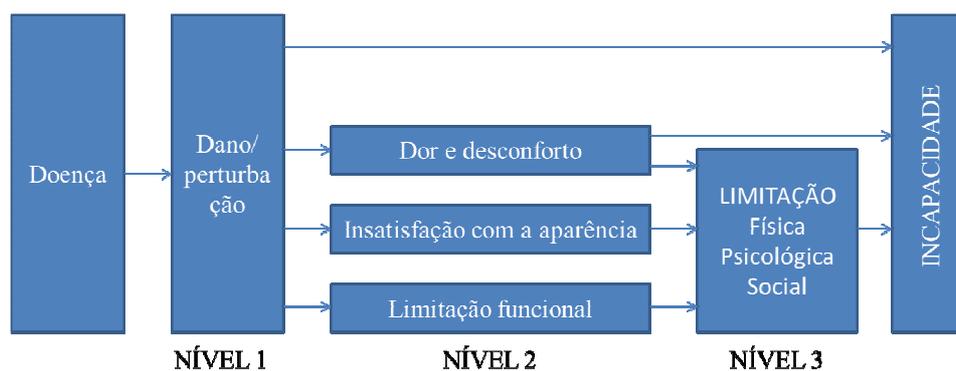


Figura 19. Modelo teórico de saúde oral de Locker (adaptado de Alves & Gonçalves, 2009; p. 299)

Na realidade, a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (Slade, 1977), compreende diferentes componentes como a funcionalidade (por ex: mastigar), dor, componentes psicológicos (por ex: Auto consciencialização), e aspetos sociais (por ex: a comunicação) (Hassel, Rolko, Leisen, Schmitter, Rexroth & Leckel, 2007; Inglehart & Bagramian, 2002). Isto é, os problemas de saúde oral, para além de provocarem dor e desconforto, dificuldades na alimentação, problemas de comunicação e de imagem, também podem ter consequências a nível social (e.g., Benyamini, Leventhal & Leventhal, 2004; Slade & Spencer, 1994).

Slade (2002) enfatiza a importância da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, dado que as doenças orais podem conduzir diretamente a diversos problemas que têm um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas em geral. Por exemplo, as dores na boca podem causar desconforto, mudanças no paladar e cheiro, dificuldade em mastigar e engolir ou falar, o que posteriormente se reflete na dieta, condição nutricional, autoimagem e nas próprias nas relações sociais.

Em 1985, Nikias sugeriu que a avaliação do efeito das doenças orais sobre a qualidade de vida é muito útil para planejar serviços de saúde, estabelecer programas e prioridades institucionais, estudar o processo saúde/doença, identificar medidas terapêuticas e profiláticas realmente efetivas, a tomar decisões de tratamento e monitorizar a evolução clínica dos pacientes. (Jokovic, Locker, Stephens, Kenny, Tompson & Guyatt, 2002).

Tendo por a revisão de literatura sobre a relação entre percepção de saúde oral e qualidade de vida colocamos a primeira hipótese:

Hipótese 1: *A percepção da saúde oral influencia a qualidade de vida.*

Crenças sobre o impacto da halitose e qualidade de vida

A investigação sobre os preditores da qualidade de vida não se tem centrado exclusivamente na saúde ou na percepção da saúde por parte dos indivíduos. Se por um lado alguns autores consideram que os indivíduos com uma saúde oral menos boa podem sentir um impacto negativo ao nível da sua qualidade de vida (e.g., Benyamini, Leventhal & Leventhal, 2004; Gomes & Abegg, 2007; Locker, Matear, Stephens & Jokovic, 2002; Pinto, 2009; Slade & Spencer, 1994) por outro lado, alguns autores sugerem que a simples crença que o individuo possui sobre a sua saúde oral podem afetar essa mesma qualidade de vida (Broadbent, Thomson & Poulton, 2006), facto que também se pode verificar em relação à halitose. De facto, a percepção da saúde oral por parte dos indivíduos que se consideram portadores de halitose, pode ser menos positiva e diminuir a satisfação com a vida, comparando com os indivíduos que consideram não ter halitose.

Para Naito, Yuasa, Nomura, Nakayama, Hamajima & Hanada (2006), a relação da saúde oral com a qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo sobre como o seu bem-estar é afetado em relação a fatores funcionais, psicológicos, sociais, bem, como a situações em que experimentou dor ou desconforto ou a preocupações oro-faciais. Já para Clement, Ehizele, Umoh, Ojehanon, Akhionbare, Okechukwu & Iginosa (2010), esta percepção sobre a saúde oral mede o quanto o individuo valoriza a mesma e a probabilidade se dispor a atingir um melhor estado de saúde.

O Ser humano possui um conjunto de crenças racionais e irracionais, sendo que as segundas advêm da necessidade de ter alguma justificação relativa aos comportamentos, principalmente os que aparentemente não têm um objetivo específico e aprovado na sociedade (Ricou, Salgado, Alves, Duarte, Teixeira, Barrias & Nunes, 2004). O que significa que

mesmo quando a informação é adequada, os riscos percebidos podem ser desvalorizados por crenças irracionais (Ricou et al., 2004).

Para Pajares (1992), as crenças são um conceito complexo de definir e podem ser internamente inconsistentes e contraditórias, tendo no entanto, grande influência no comportamento. As crenças influenciam como as pessoas organizam e definem suas tarefas, sendo fortes indicadores de como agem (Pajares, 1992). Por exemplo relativamente à aprendizagem, a relação entre crenças e ações refere-se à maneira como estas podem influenciar a abordagem dos alunos quando estão a aprender (Barcelos, 2001). – Isto é, a forma como eles percebem e interpretam a sua aprendizagem (Richards & Lockhart, 1994: 58) e as estratégias que adotam (Horwitz, 1987; Wenden, 1987).

Já Conner & Armitage (1998), considera que as crenças são características individuais duradouras que moldam os comportamentos e que podem ser adquiridas através da socialização primária. Para Kwan e Williams (1999), cada cultura tem o seu sistema de crenças acerca da saúde e da doença, que sustentam a saúde dos indivíduos.

Na realidade, as crenças podem afetar a saúde porque afetam os comportamentos, tais como, a frequência das consultas, o tipo de alimentação e a adesão aos planos de tratamentos (Janz & Becker, 1984; Marteau, 1989). Inclusive, as crenças dos profissionais de saúde também podem influenciar a saúde dos pacientes (Ribeiro, 1998).

A relação entre crenças sobre a saúde e os comportamentos tem sido bastante estudada na literatura, devido ao impacto das mesmas nos comportamentos (e.g., Broadbent, Thomson e Poulton, 2006). Foram inclusive, realizados alguns estudos, por exemplo, no sentido de analisar a relação entre as crenças sobre a saúde oral e a adesão do paciente à prática das instruções de higiene oral (Borkowska, Watts, & Welnman, 1998), sobre a apatia pública relativamente às medidas de saúde pública (Hastings, Hughes, Lawther & Lowry, 1998; Neenan, 1996), ou sobre as crenças dos profissionais de saúde oral associada à ansiedade dos pacientes (Abrahamsson, Berggren, Hakeberg & Carlsson, 2003). Além disso, têm ainda sido desenvolvidos diversos modelos teóricos, como o modelo das Crenças em relação à saúde - Health Belief Model, que explicam a adoção de comportamentos preventivos ao estabelecer relações entre os comportamento e as crenças individuais (Brevideilli & Cianciarullo, 2001). No entanto, o número de estudos da relação entre crenças sobre a saúde oral e qualidade de vida tem sido mais reduzido.

A verdade é que são escassos os estudos que mostram que a simples crença que o indivíduo possui sobre a sua saúde oral pode afetar a qualidade de vida. Aliás a maioria dos estudos que se debruça especificamente sobre a relação entre crenças e qualidade de vida, encontram-se no domínio da religião (e.g. Floriano & Dalgalarro, 2007), da educação com a população dos professores (e.g., Santos, 2007) e em menor número na saúde (e.g., Brevidelli & Cianciarullo, 2001).

Os resultados de um estudo de Broadbent, Thomson e Poulton (2006), sugerem que os indivíduos que possuem crenças favoráveis relacionadas com a saúde oral ao longo do tempo têm melhor saúde oral do que adultos com crenças mais negativas, isto é, os indivíduos que mantiveram estáveis as suas crenças favoráveis sobre a sua saúde oral, desde a adolescência até a idade adulta, tiveram menos dentes perdidos devido à cárie, menos doenças periodontais e uma melhor higiene oral, o que pode indicar que as crenças sobre a saúde oral têm um papel importante na qualidade de vida do indivíduo.

Em relação à halitose, especificamente, persiste, nos dias de hoje, um elevado desconhecimento sobre esta patologia que advém da escassa informação compilada e disponível, do facto de a halitose ser um tema constrangedor e de os estudos científicos mais relevantes ainda serem muito recentes (Nunes, 2010).

Para a maioria das crenças sobre halitose inclusive, já existe um veredicto científico, algumas são mitos infundados, como por exemplo: 1) “As pessoas que fumam mantêm um pior hálito ao longo do dia” - Estudos reconhecem que não existem diferenças significativas do hálito entre pessoas não fumadoras e fumadoras, duas horas após estas últimas terem fumado (Liu, Shinada, Chen, Zhang, Yaegaki & Kawaguchi, 2006; Miyazaki, Fujita, Soh & Takehara, 1996). No entanto, o tabagismo é um fator de risco para patologias associadas à halitose, como periodontalismo; 2) “Cheirar a própria saliva para confirmar a halitose” - uma pessoa pode padecer de halitose sem se aperceber de uma alteração do odor; 3) “Escovar os dentes com frequência igual ou superior a 4 vezes por dia previne a halitose” - Num ensaio clínico em pacientes com halitose, 38% referiu escovar os dentes quatro ou mais vezes por dia para disfarçar a existência de halitose. Contudo, do ponto de vista bacteriológico, a realização de uma escovagem dos dentes eficaz a cada oito horas é suficiente para controlar a produção de mau odor detetável. A escovagem dos dentes com dentífricos com sabores agradáveis produz um odor agradável. No entanto, apenas “mascara” o original e é de curta duração (Nunes, 2010).

Tendo em conta a revisão da literatura colocamos a segunda hipótese do estudo:

Hipótese 2: *As crenças sobre o impacto da halitose influenciam a qualidade de vida.*

Comportamentos associados à halitose como moderador desta relação

Estima-se que até cerca de 30% da população mundial possa sofrer de mau hálito de uma forma frequente, independentemente do sexo, da idade e da classe social (Nunes, 2010).

Segundo Nunes (2010), existem várias razões que explicam a pertinência do estudo da halitose no impacto da vida do indivíduo. A primeira tem haver com o facto de o mau hálito poder ter múltiplas causas e envolver diversas especialidades da Medicina. Apesar da complexidade desta patologia, o aparecimento de modernos aparelhos de diagnóstico (o halitometro), a descoberta das causas mais frequentes e o desenvolvimento de terapêuticas de maior eficácia permitem o tratamento da quase totalidade dos casos. Além disso, a deteção e a identificação da origem do mau hálito são importantes no diagnóstico precoce de doenças prejudiciais (por exemplo, a doença periodontal, que pode resultar na perda prematura dos dentes). É ainda importante ressaltar que a consciência de ter mau hálito pode levar a consequências psicológicas, com manifestações comportamentais visíveis (cobrir a boca ao falar, manter uma maior distância interpessoal ou evitar relações sociais), algumas das quais graves (Bosy, 1997; Nunes, 2010). E por último, é frequente que um paciente procure a consulta do hálito sem o conhecimento dos familiares mais próximos. Apurou-se que cerca de 20% dos pacientes que na Península Ibérica recorrem a uma consulta de halitose nunca foram informados ou nunca perguntaram aos mais próximos sobre a existência de mau hálito. (Nunes, 2010).

Em 2010, um estudo reportou as circunstâncias e doenças promotoras de halitose, com base na análise dos pacientes tratados na Península Ibérica nos cinco anos anteriores (Nunes, Sioli, Ortíz, Cobos, Gallardo & Martínez-Sahuquillo, 2010), sendo que as circunstâncias e as doenças que conduzem mais frequentemente à halitose são: 1) na boca - saburra lingual; gengivite/doença periodontal; hipossalivação; abscessos; alveolite; pericoronarite, candidíase; cáries muito extensas; exposição pulpar; restaurações debordantes; estomatite; feridas cirúrgicas; próteses dentárias; 2) no aparelho respiratório - rinosinusite; rinite atrófica; respiração bucal; obstrução nasal; rinorreia posterior; expetoração; desvio do septo nasal; adenoidite; amigdalite; amigdalite caseosa; 3) no tubo digestivo - doença do refluxo gastroesofágico; gastrite; úlceras; presença de helicobacter pylori; hérnia de hiato; doença

inflamatória intestinal; 4) causa sistémica - ingestão de alimentos com odor forte; tipo de dieta; jejuns prolongados; tabagismo; medicamentos; desidratação; e 5) causa psicológica e neurológica - ansiedade; stresse; depressão, disgeusia.

Além disso, os sintomas de halitose não devem ser ignorados, sob pena de se estar a desvalorizar um mal de saúde que pode ter implicações graves na saúde geral do doente. Importa sim, assumir a halitose como uma patologia a identificar e tratar pela especialidade médica que melhor responde à necessidade apresentada pelo doente.

Assim, para uma evolução positiva face à situação atual, existem ações a tomar que dependem de todos: dos indivíduos têm halitose, pois podem procurar ajuda de especialistas e tratamento adequado; dos familiares e amigos que devem advertir para o problema, dos especialistas de medicina dentária que podem ter um papel mais proactivo na sua resolução do problema e contribuir para melhoria a qualidade de vida dos seus pacientes, bem como das instituições de ensino da área da saúde, que devem atribuir uma maior importância à halitose nos seus currículos, preparando os profissionais de saúde para a abordagem eficaz da patologia (Nunes, 2010). Assim, consideramos importante estudar os comportamentos de saúde associados a esta temática.

Para Bennett e Murphy (1999), o comportamento tem influência no estado de saúde e segundo Conner e Norman (1996), os comportamentos de saúde podem ser definidos como “ações praticadas por indivíduos, que se percebem como saudáveis, com o objetivo de prevenir o surgimento de mal-estar ou doença”.

Os comportamentos de saúde podem assim ser qualquer atividade desenvolvida, independentemente do estado de saúde atual ou percebido do indivíduo, para promover, proteger ou manter a saúde, quer esse comportamento seja ou não objetivamente eficiente para o fim (Nutbeam, 1998), e podem ser positivos ou negativos (Ogden, 1996; Steptoe & Wardle, 2001).

De facto, de acordo com determinados conhecimentos, atitudes, valores, aptidões e crenças, os modelos de comportamentos de saúde baseiam-se no que a saúde significa para os indivíduos (Manson, 2004; Matos & Albuquerque, 2006). No entanto, segundo Ricou et al. (2004), o conhecimento não é suficiente para que haja uma alteração de comportamentos mesmo que seja essencial para manter ou melhorar a saúde (Manson, 2004).

A Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1985) defende que as normas subjetivas, atitudes e o controlo comportamental percebido, têm por base crenças acerca de

um dado comportamento e a intenção do indivíduo realizar esse comportamento resulta das crenças que possui (Ajzen, 1991). Esta teoria tem sido aplicada a diversos comportamentos, relacionados com a saúde, entre os quais, a cessação tabágica (Côté, Godin & Gagué, 2004; Moan & Rise, 2005) e o consumo de tabaco (Hill, Boudreau, Amyot, Déry, & Godin, 1997).

Em 1966, Rotter desenvolveu a ideia de Locus de controlo interno e externo, defendendo que um indivíduo com locus de controlo interno acredita que os acontecimentos relacionados com a saúde são uma consequência das suas próprias ações e um sujeito com locus de controlo externo considera que os mesmos acontecimentos não estão relacionados com as suas ações. Para Conner & Armitage (1998), quem acredita que pode controlar a sua saúde é mais suscetível de executar uma série de comportamentos promotores da saúde.

A teoria da aprendizagem defende que o comportamento é o resultado da expectativa da mudança e do valor que esta tem para o indivíduo (Ribeiro 1998). Já para Wallston (1978), apenas se pode prever comportamentos em relação à saúde se os indivíduos valorizarem a sua própria saúde.

Segundo Ribeiro (1998), a adoção de comportamentos saudáveis que nos conduzam à melhoria e à manutenção da saúde é o centro das estratégias eficazes de promoção de saúde, no entanto, para Borkowska et al (1998), é difícil encontrar preditores significativos na área dos comportamentos preventivos de saúde oral.

A verdade é que a perceção relativa ao controlo que um indivíduo pode ter sobre o seu comportamento em relação à sua saúde, é um determinante essencial das suas atitudes (Almeida & Pereira, 2006). Ajzen (1980), definiu atitude como sendo uma tendência para responder, de positiva ou negativamente, a um objeto, pessoa ou situação, isto é um mediador entre a forma de agir e de pensar (Albuquerque & Santos, 2013). Por exemplo, os indivíduos que consideram ter pouco controlo pessoal sobre a sua saúde manifestam menos comportamentos para a promoção da mesma (Frank-Stromborg, Pender, Walker, & Sechrist, 1990; Martinelli, 1999).

Alguns autores referem também que uma atitude influencia um comportamento apenas se a intenção para o fazer estiver presente (Leyens & Yzerbyt, 1999). Sendo o comportamento uma escolha pensada entre várias alternativas, o seu melhor preditor é a intenção comportamental (Albuquerque & Santos, 2013; Lima, 1996), embora a relação entre a intenção comportamental e o comportamento possa por vezes não ser muito forte (Ajzen, 1991; Ajzen e Fishbein, 1980; Brown, 1999; Fishbein & Ajzen, 1975), pelo que será

interessante compreender outros aspetos que podem influenciar a ação, nomeadamente o desejo de obter maior qualidade de vida.

Por exemplo, se um fumador decidir deixar de fumar considerar esse comportamento como muito benéfico para a sua saúde (atitude) e tentar a família a apoiá-lo e disponível para ajudar (norma subjetiva) pode, todavia, apresentar uma perceção fraca da sua competência para o conseguir realizar porque deixar de fumar acarreta mudança de hábitos (perceção de controlo do comportamento). Logo poderá ter uma fraca intenção, que também para Ajzen (1991), é o determinante mais relevante na mudança de comportamento do indivíduo porque se relaciona com a motivação e é determinada por três constructos: atitudes (positivas ou negativas) em relação ao comportamento; as normas subjetivas (quem aprova ou desaprova); e a perceção do controlo (perceção se o comportamento é realizável ou não). Assim, quanto mais positivas forem as atitudes e as normas subjetivas em relação a um comportamento, e quanto mais elevada for a perceção de controlo desse comportamento, mais forte será a intenção da pessoa para realizar esse comportamento (Ajzen, 1991).

Num estudo de Afonso & Pereira (2013), sobre os preditores da dependência nicotínica e do comportamento planeado para deixar de fumar, os resultados sugeriram que, por um lado, ter mais idade, menor compreensão, representações emocionais mais ameaçadoras e o parceiro não fumar mostraram-se preditores da intenção. Por outro lado, menor compreensão, representações cognitivas mais ameaçadoras e parceiro não fumar previram as atitudes face ao comportamento deixar de fumar. Além disso, mais idade, representações emocionais e cognitivas mais ameaçadoras e o parceiro não fumar previram as crenças de comportamento em relação a deixar de fumar. Enquanto que, as representações emocionais mais ameaçadoras e o parceiro não fumar revelaram-se preditoras das normas subjetivas. Já as representações cognitivas menos ameaçadoras e parceiro não fumar previram o controlo comportamental percebido e a mais idade, o parceiro não fumar e as representações emocionais mais ameaçadoras mostraram-se preditoras das crenças normativas/controlo.

Num outro estudo, sobre os preditores da intenção de adotar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses (Figueiras, Marcelino & Ferreira, 2009), os benefícios, as barreiras, as pistas para a ação, e a autoeficácia revelaram-se preditores que contribuem para a probabilidade de adotar comportamentos preventivos para o SIDA. Verificou-se que quanto mais forem os benefícios percebidos, a informação disponível e a perceção de autoeficácia, maior a intenção de vir a adotar comportamentos preventivos para o SIDA. As barreiras percebidas contribuem de forma negativa para a intenção de vir a

adotar comportamentos preventivos. Verificou-se ainda que a atitude em relação ao comportamento, a norma subjetiva e a autoeficácia são as variáveis preditoras da intenção comportamental.

Todavia, se a motivação não for forte o suficiente, os indivíduos podem falhar para assegurar determinado comportamento, (Piasecki, Fiore, McCarthy, & Baker, 2002; Sheeran, Milne, Webb, & Gollwitzer, 2005).

A verdade é que a maioria da investigação apresenta o comportamento como um resultado final (e.g. Côté, Godin & Gagué, 2004; Figueiras, Marcelino & Ferreira, 2009; Moan & Rise, 2005), ou tem procurado compreender os determinantes do comportamento. Além disso, apesar de existirem diversos estudos sobre os preditores da qualidade de vida no âmbito da saúde, nomeadamente, estudos sobre os preditores de qualidade de vida em pacientes renais crónicos (Rudnicki, 2007; Barbosa, Andrade & Bastos, 2007), em dependentes do tabaco (Miguel & Araujo, 2007), e em pessoas com HIV (Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005), são poucos os estudos que analisam a relação entre a perceção de saúde e a qualidade de vida avaliando o efeito do comportamento como mediador da mesma.

Um estudo apresenta resultados que sugerem que a Estratégia comportamental de Proteção é usada como uma ferramenta eficaz para reduzir as consequências negativas do consumo de álcool (Borden, L. A., Martens, McBride, Sheline, Bloch & Dude, 2011; Martens, Ferrier, Sheehy, Corbett, Anderson & Simmons, 2005; Martens, Neighbors, Lewis, Lee, Oster-Aaland & Larimer, 2008), isto é a os comportamentos funcionam como amortecedores, moderadores da relação entre o consumo de álcool e os problemas que daí advêm (Kite, 2013). Assim, como um outro estudo analisa o papel das diferenças individuais em processos de stresse no trabalho, focando a personalidade e o coping como variáveis moderadoras (Parkes, 1994).

Relativamente aos preditores de bem-estar subjetivo encontramos alguns estudos que referem os sentimentos de apoio social, confiança, personalidade e a satisfação das necessidades básicas (Diener, 2012), além da alimentação adequada, a saúde (Diener, 2012; Diener, Oishi, & Lucas, 2003; Oishi, 2012).

A personalidade por exemplo, é um dos preditores mais fortes e consistentes deste tipo de bem-estar (Diener, Eunkook, Suh, Richard, Lucas & Heidi, 1999), bem como a autoestima principalmente em culturas individualistas (Diener e Diener, 1995; Diener, 2012) e a inteligência (Campbell, 1976). Outro preditor da felicidade é o otimismo (Wilson, 1967).

Todavia não encontramos estudos que analisassem qual o papel dos *comportamentos associados à halitose* na relação entre a *percepção de saúde oral* e a *satisfação com a vida* como pretendemos estudar com este trabalho.

A ideia de controlar os *Comportamentos associados à halitose* pode reforçar a associação entre a *Percepção da saúde oral* ou as *Crenças sobre o impacto da halitose* com a Qualidade de vida medida pelo índice de *Satisfação*, isso é, ao usar estes comportamentos, estes podem funcionar como amortecedores, isto é, o indivíduo poderá diminuir a sua preocupação com a sua saúde oral e com o impacto que a halitose pode ter na sua vida, aumentando a sua satisfação com a mesma.

De acordo com a revisão da literatura, colocamos assim uma terceira e uma quarta hipótese:

Hipótese 3: Os *comportamentos associados à halitose* moderam a relação entre a *percepção da saúde oral* e a *qualidade de vida*.

Hipótese 4: Os *comportamentos associados à halitose* moderam a relação entre as *crenças sobre o impacto da halitose* e a *qualidade de vida*.

Para testar o modelo proposto, realizou-se um estudo empírico tendo por base uma amostra da população adulta portuguesa. Procuramos igualmente a título meramente exploratório, investigar em que medida os indivíduos que reportam halitose diferem de forma significativa dos que não reportam esta patologia nas variáveis de interesse. O modelo em estudo é apresentado na Figura 20.

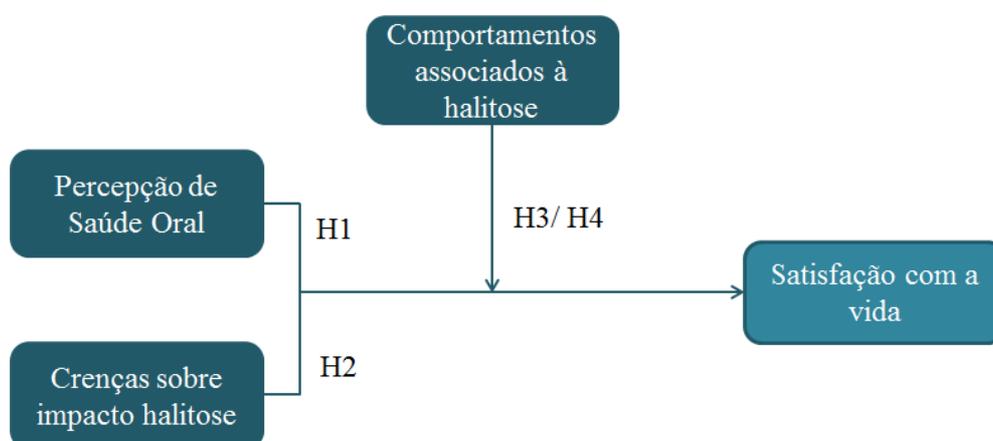


Figura 20. Modelo em estudo

Método

Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 449 indivíduos da população adulta, sendo a sua maioria do sexo feminino (72%). Os participantes tinham idades compreendidas entre os 19 e os 69 anos (média = 35,5; d.p. = 0,45).

Do total da amostra, 44 indivíduos afirmaram ter mau hálito e 405 não ter, pelo que algumas análises serão realizadas apenas com um ou o outro grupo específico de pessoas.

No grupo dos indivíduos que consideram não ter halitose (N=405) a maioria era do sexo feminino (71,4%) e tinham idades compreendidas entre os 19 e os 69 anos (média = 36,2; d.p. = 10,6). O grupo dos indivíduos que consideram ter halitose (N=44) tinha na sua maioria pessoas do do sexo feminino (75%) e idades compreendidas entre os 24 e os 58 anos (média = 40,32; d.p. = 8,7).

Procedimento

Os dados foram recolhidos através de um questionário desenvolvido para o presente estudo e distribuído via e-mail através da plataforma Qualtrics (Anexo D). O link com o questionário foi distribuído pela rede de contactos do investigador assim como participantes de ações de formação de uma empresa consultora nacional de média dimensão. Os dados foram recolhidos entre os meses de novembro e dezembro de 2012.

Os potenciais participantes foram informados que o questionário se inseria num estudo realizado por uma equipa de investigadores do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, no âmbito de um projeto de Doutoramento em Psicologia e que o principal objetivo do estudo seria compreender os fatores relativos à saúde oral que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida dos Portugueses. Os participantes foram ainda informados que o questionário era inteiramente anónimo e confidencial.

Operacionalização das variáveis

Definiu-se como variável critério a *qualidade de vida*, como variáveis preditoras a *percepção da saúde oral* e as *crenças sobre o impacto da halitose* na vida do indivíduo, e como variável moderadora os *comportamentos associados à percepção de halitose*.

A *qualidade de vida* foi operacionalizada através da *Satisfação com a vida*, medida por 1 item adaptado da escala de satisfação com a vida de Pavot e Diener (1993). Os indivíduos indicaram numa escala de 5 pontos (1 = nada satisfeito; 5 = totalmente satisfeito) em que medida se encontravam satisfeitos com a sua vida em geral, pensando exclusivamente na sua saúde oral.

A *percepção da saúde oral* foi medida por 13 itens da escala *OHIP – Oral health impact profile* (Slade & Spencer, 1994). Os indivíduos indicaram numa escala de 5 pontos com que frequência sentiram no último ano um conjunto de problemas ou situações específicas (1 = nunca; 5 = sempre). Exemplos de itens são: “*dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?*”; “*o paladar tem piorado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?*”; “*dores na boca*”.

A variável das *crenças sobre o impacto da halitose (CIH)* na vida do indivíduo foi medida por 10 itens desenvolvidos no âmbito desta investigação - *Crenças sobre o impacto da halitose – CIH* na vida do pessoal, social e profissional do indivíduo. Os participantes que responderam que tinham halitose numa pergunta anterior, indicaram numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 = Discordo totalmente; 5 = Concordo totalmente) em que medida consideravam que a halitose tinha impacto nos seguintes fatores da sua vida ao nível: *pessoal, social, profissional, das emoções, dos comportamentos, na felicidade, no relacionamento com a família e os amigos e no relacionamento com os colegas*. Os participantes que reponderam que não tinham halitose indicaram numa escala do mesmo tipo em que medida consideravam que a halitose tinha impacto nos mesmos fatores, mas da vida de um sujeito portador de halitose. Devido ao facto de termos estas duas escalas para cada amostra para medir as crenças sobre o impacto da halitose, não será realizada uma análise multigrupos.

Os *comportamentos associados à halitose* foram avaliados com a uma escala proposta por Nunes (2010) que compreende 14 itens. Os participantes indicaram numa escala de 5 pontos (1= nunca; 5= sempre) a frequência que sentiu no último mês cada uma das situações apresentadas. Exemplo dos itens são: “*O meu hálito limita-me o falar*”; *Faz-me distanciar quando estou a conversar*; *Faz-me tapar a minha boca com a mão*”.

Uma vez que as escalas sobre os comportamentos associados à halitose e as crenças sobre o impacto da halitose ainda são muito recentes, com pouca validação empírica, pareceu-nos apropriado testar a sua estrutura fatorial e as suas qualidades psicométricas antes de avançarmos com o teste das hipóteses deste estudo.

Qualidades psicométricas de duas escalas

Fomos testar as qualidades psicométricas de duas escalas: a escala de *Comportamentos associados à halitose* (Nunes, 2010) e a escala das *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* na vida. Testámos a validade fatorial de escalas no AMOS, cujos modelos se baseiam nas equações estruturais. Para este efeito usaram-se como índices de qualidade de ajustamento o χ^2/df , GFI, CFI e RMSEA e p-value ($rmsea \leq 0.05$). Considerou-se que o ajustamento dos modelos aos dados era bom para valores de CFI superiores a 0.9, valores de RMSEA inferiores a 0.05 e χ^2/df entre 1 e 2 (Maroco, 2011).

O modelo, ajustado para uma amostra de 401 participantes, revelou uma qualidade de ajustamento boa ($\chi^2/df = 2.791$; GFI= 0.947; CFI= 0.965 RMSEA= 0.067). Só se consideraram os participantes que não apresentaram não respostas (N = 401). Todos os que apresentaram não respostas foram eliminados por forma a facilitar a análise com o AMOS, pois caso contrário, alguns índices da qualidade de ajustamento não seriam calculados por existirem missings.

Neste sentido, foi encontrado um fator latente que designámos, *Comportamentos associados à halitose*, o qual explica os 14 itens presentes na escala de Nunes (2010). Todos os itens apresentam pesos fatoriais superiores a .50, com exceção de dois com valores de .43 (item Q16_11) e .49 (item Q16_9). A variância explicada apresenta também valores aceitáveis (ver Figura 21).

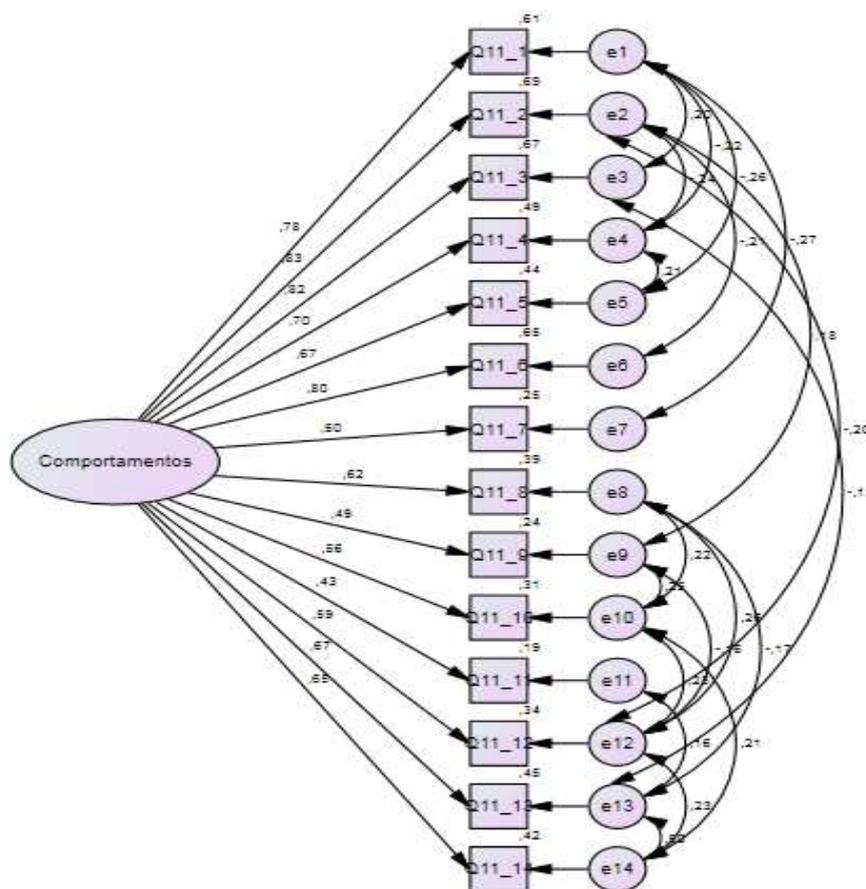


Figura 21. Mapa dos Comportamentos associados à halitose

O ajustamento do modelo foi melhorado tendo por base os modification índice que obtivemos, conforme sugerido na literatura.

Para avaliar a fiabilidade das variáveis compósitas, ou seja, dos fatores latentes (escalas) foi calculada a medida de consistência interna – Alpha (α) de Cronbach, sendo que se consideraram bons níveis de consistência para valores iguais ou superiores a 0,70. Por sua vez, para avaliar a sensibilidade quer das variáveis compósitas, quer dos itens isoladamente averiguou-se a normalidade das distribuições através dos coeficientes de assimetria (S_k) e achatamento (K_u). Considera-se que nenhuma variável apresenta desvios severos à distribuição Normal quando $|S_k| < 3$ e $|K_u| < 10$ (Maroco, 2011).

Quadro 22. *Consistência Interna e Sensibilidade da Escala de Comportamentos Associados à Halitose*

Fator(es)/itens	M	DP	Sk	Ku
Comportamentos ($\alpha=0,906$)	1.47	.45	1.96	3.85
1. Limita-me o falar	1.36	.59	1.46	1.47
2. Leva-me a distanciar dos outros quando estou a conversar	1.52	.70	1.03	-.08
3. Limita-me quando estou a falar em lugares mais pequenos ou fechados.	1.32	.59	1.70	1.76
4. Leva-me a comunicar com sinais ou gestos	1.11	.37	3.46	12.07
5. Leva-me a tapar a minha boca com a mão	1.20	.50	2.49	5.35
6. Limita a minha abertura bucal quando estou a falar	1.21	.51	2.87	10.62
7. Limita a minha forma de espirrar	1.11	.44	5.19	33.60
8. Provoca reações negativas nos outros	1.20	.44	2.02	3.28
9. Leva-me a fumar ou a comer chicletes	1.58	.86	1.34	.78
10. Interfere nas minhas relações íntimas	1.25	.54	2.41	6.19
11. Faz-me escovar os dentes mais de 5 vezes por dia	1.17	.46	3.14	10.84
12. Restringe a minha vida social	1.08	.31	4.74	27.73
13. Faz-me ficar nervosa(o)	1.21	.55	3.39	14.47
14. Diminui a minha felicidade	1.19	.51	3.10	11.53

Pela análise da Quadro 22 o fator, *Comportamentos associados à halitose*, apresenta um valor de consistência interna de 0,906, o qual se afigura muito forte. Quanto à sensibilidade do fator este apresenta uma distribuição sem desvios severos à curva normal, uma vez que $|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$, pelo que consideramos que apresenta bons níveis de sensibilidade. No entanto, ao se proceder com a análise de sensibilidade dos itens um a um verificamos que alguns itens apresentam desvios à curva normal, como sejam os itens 7 e 12, cujos respetivos coeficientes de assimetria e de achatamento são muito superiores ao desejável (Quadro 7.1).

Com base nestes resultados construímos um novo índice que designámos de *Comportamentos associados à halitose*. Este índice corresponde à média das respostas dos 14 itens da escala. Valores mais elevados correspondem a uma maior frequência de problemas ou situações causadas pelo mau hálito.

Em relação à validade fatorial da escala da *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* na vida, o modelo mostrou uma boa qualidade de ajustamento ($\chi^2/df = 2,491$, GFI = 0,964,

CFI = 0,985 RMSEA = 0,066). Foram incluídos na análise apenas os participantes que referiram não terem percepção de mau hálito e que não apresentaram não respostas.

Neste sentido, foi encontrado um fator latente que designámos de *Crenças sobre o impacto da halitose na vida - CIH*, o qual explica os 10 itens que constituem a escala referida. Todos os itens apresentam pesos fatoriais superiores a .60 e a variância explicada apresenta também valores aceitáveis (ver Figura 22).

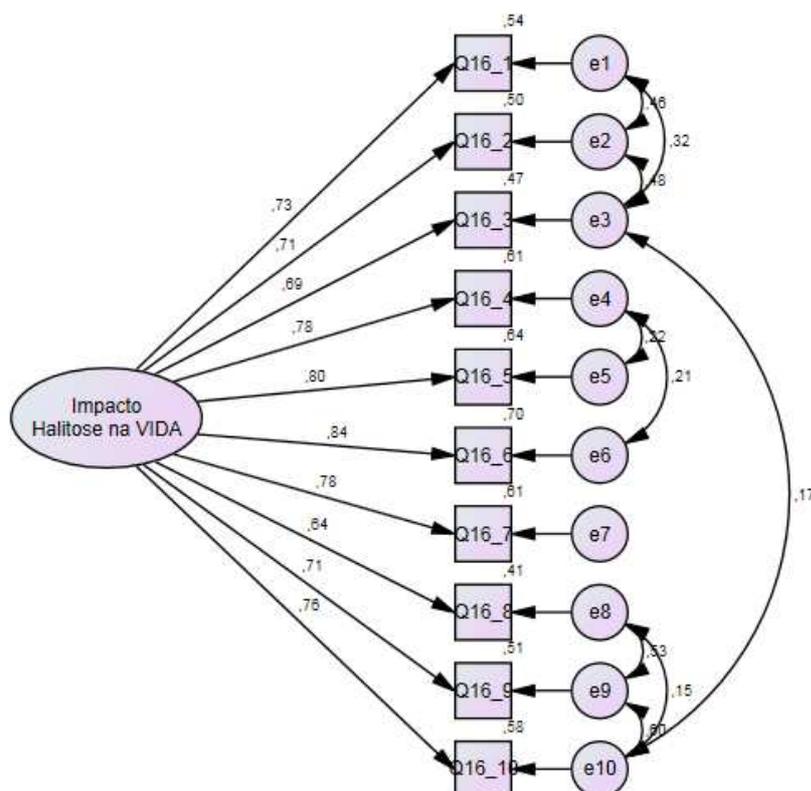


Figura 22. Mapa das Crenças sobre o Impacto da Halitose na Vida

O ajustamento do modelo foi melhorado tendo por base os modification índice que obtivemos, conforme sugerido na literatura.

Pela análise do quadro 23, verificamos que o fator *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* na vida, apresenta um valor de consistência interna (medido através do Alfa de Cronbach) de 0,929, o qual se afigura muito forte. Quanto à sensibilidade do fator e dos itens, estes apresentam distribuições sem desvios severos à curva normal, uma vez que $|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$ o que nos leva a considerar que, quer o fator, quer os itens apresentam bons níveis de sensibilidade (Quadro 7.2).

Quadro 23. *Consistência Interna e Sensibilidade da Escala Crenças sobre o Impacto da Halitose - CIH*

Fator(es)/itens	M	DP	Sk	Ku
Impacto da Halitose ($\alpha=0,929$)	2.98	.38	-.32	.23
1. Pessoal	4.37	.54	-.03	-.91
2. Social	4.40	.56	-.36	-.18
3. Profissional	4.31	.55	-.01	-.63
4. Das emoções	4.15	.76	-1.03	2.08
5. Dos comportamentos	4.22	.7	-1.12	2.98
6. Da felicidade	4.09	.77	-.822	.99
7. Das relações íntimas	4.42	.59	-.532	-.14
8. Do relacionamento com a família	3.83	.87	-.717	.27
9. Do relacionamento com os amigos	4.10	.72	-.826	1.21
10. Do relacionamento com os colegas	4.24	.61	-.574	1.33

Com base nestes resultados construímos um novo índice que designámos de *Crenças sobre o impacto da halitose*. Este índice corresponde à média das respostas dos 10 itens da escala. Valores mais elevados correspondem a crenças mais fortes sobre o impacto da halitose na vida dos indivíduos.

Resultados

Os dados foram analisados com recurso ao software estatístico IBM® SPSS® Statistics 19 e ao AMOS - Analysis of Moment Structures -Version 7.0.

Análise exploratória: Diferenças entre os grupos de indivíduos com e sem halitose para a escala da Perceção da saúde oral - OHIP, Comportamentos Associados à halitose e Satisfação com a vida

Fomos calcular o valor do t-Teste para amostras independentes para os indivíduos que consideram ter e não ter halitose.

Quadro 24. *Diferenças das Médias entre os Indivíduos com e sem Halitose em relação às Variáveis: Percepção com a saúde oral - OHIP, Comportamentos associados à halitose e Satisfação com a vida.*

Variáveis	Com mau	Sem mau	Teste-T
	hálito (N= 44)	hálito (N=405)	
Percepção com a saúde oral - OHIP	4.15	4.63	6.68***
Comportamentos associados ao Mau Hálito	1.75	1.20	9.87***
Satisfação com a vida	4.09	4.74	6.41***

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

No que diz respeito à *Percepção com a saúde oral* ($t_{(29,425)}=6,681$; $p=0,000$), os indivíduos que consideram ter mau hálito têm uma percepção mais negativa sobre a sua saúde oral (Quadro 24). Neste sentido, as médias de resposta dos indivíduos que percebem ter mau hálito são mais elevadas do que as médias de resposta dos indivíduos que consideram não ter mau hálito.

No que diz respeito aos *Comportamentos associados à halitose*, à semelhança da variável anterior encontramos diferenças significativas entre os dois grupos ($t_{(35,270)}= 9,865$; $p=0,000$), (Quadro 24). Os indivíduos que consideram ter mau hálito sentem que os seus comportamentos são mais afetados no dia-a-dia, comparativamente aos indivíduos que não têm percepção de mau hálito.

Relativamente à variável preditora, *Satisfação com a vida*, também encontramos diferenças significativas entre os dois grupos ($t_{(44,818)}= 6,408$; $p=0,000$). Os resultados sugerem que os indivíduos que consideram ter mau hálito se sentem mais afetados negativamente (Quadro 24).

Quer os indivíduos que consideram ter halitose quer os indivíduos que consideram que não têm, responderam às questões da *escala das Crenças sobre o impacto da halitose – CIH* na vida mencionando que o mau hálito tem impactos na vida de quem a possui ao nível pessoal, social, profissional, das emoções, dos comportamentos, da felicidade, das relações íntimas, do relacionamento com a família, do relacionamento com os amigos e do relacionamento com os colegas. Não foi realizado o teste T para estas duas amostras visto terem sido aplicadas duas escalas diferentes para medir as *Crenças sobre o impacto da halitose* aos indivíduos que consideram ter e não ter halitose.

Teste das hipóteses na amostra dos indivíduos que consideraram não ter halitose (N=405)

Na Quadro 25 apresentamos as médias, desvios-padrão e correlações de todas as variáveis do modelo.

Quadro 25. *Estatística Descritiva e Correlações entre as Variáveis em Estudo*

	Média	D.p.	1.	2.	3.
1.OHIP	4.58	.48			
2.Crenças impacto halitose	4.22	.53	.031		
3.Comportamentos halitose	1.25	.36	-.53**	-.11*	
4.Satisfação com a vida	4.68	.67	.71**	-.07	-.38**

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tal como era esperado, as variáveis encontram-se significativamente correlacionadas com exceção das *crenças sobre o impacto da halitose* que apenas se apresenta correlacionada com os *comportamentos associados à halitose*. A *Percepção da saúde oral - OHIP* mostra uma correlação negativa com a variável *Comportamentos associados à halitose* ($r = -.527$; $p < 0,01$). Isto é, quanto mais os indivíduos percecionam a sua saúde oral como positiva menos usam os comportamentos associados à halitose.

Além disso, a *Percepção da saúde oral - OHIP* apresenta uma correlação positiva com a *Satisfação com a vida* ($r = .712$; $p < 0,01$). Isto é, quanto mais os indivíduos percecionam a sua saúde oral como positiva mais estão satisfeitos com a vida.

As *Crenças sobre o impacto da halitose* surgem com uma correlação negativa com os *Comportamentos associados à halitose* ($r = -.112$; $p < 0,05$), ou seja, quanto mais os indivíduos acreditam que o mau hálito afeta as suas vidas, menos usam os comportamentos associados à halitose.

Os *Comportamentos associados à halitose* apresentam uma correlação negativa com a *Satisfação com a vida* ($r = -.381$; $p < 0,01$), ou seja, os indivíduos que sentem usam mais os *Comportamentos associados à halitose* no seu dia-a-dia, sentem-se mais satisfeitos com a vida em geral.

Teste das hipóteses para os indivíduos que consideraram não ter halitose (N=405)

Para testar o modelo proposto realizámos Regressões Múltiplas Hierárquicas através do método ENTER, seguindo os procedimentos sugeridos por Aiken e West (1991). Neste sentido, as variáveis preditoras foram previamente estandardizadas. Os efeitos principais das variáveis entraram no primeiro passo do modelo, e os efeitos de interação no segundo passo.

Perceção de saúde oral – OHIP.

Começamos por testar o efeito moderador dos *Comportamentos associados à halitose* relacionados com a halitose na relação entre *Perceção de saúde oral – OHIP* e a *Satisfação com a vida*.

Quadro 26. Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação dos Comportamentos associados à Halitose para a Escala Perceção de saúde oral - OHIP

Modelo	Satisfação com a vida	
	Passo 1	Passo 2
1.Efeitos principais		
OHIP	.73 (.06) ***	.69 (.07)***
Comportamentos associados à halitose	-.01 (.08)	.07 (.09)
2.Interação		
OHIP x Comportamentos associados à halitose		.28 (.15)***
<i>Adj. R²</i>	.29	.30
<i>ΔR²</i>		.01 [†]
<i>F</i>	76.88***	52.86***
<i>ΔF</i>		3.65 [†]

Nota. São apresentados os betas não-estandardizados

Os valores dos erros estandardizados são apresentados entre parênteses

[†] = .06; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados apresentados no Quadro 26 mostram que a *Perceção da saúde oral - OHIP* e o efeito moderado da *Perceção da saúde oral - OHIP* pelos *Comportamentos associados à halitose* obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida* ($p < .001$), tendo sido verificada a hipótese 3.

A *Percepção da saúde oral - OHIP* também se mostrou significativa na ausência do moderador ($p < .001$), tendo sido verificada a hipótese 1.

A percentagem de variância explicada no modelo inicial foi de 29%, subindo no segundo modelo para 30%. Este último valor manteve-se, mesmo após retirada das variáveis independentes não significativas do modelo 2.

Ambos os modelos se ajustaram bem aos dados (Teste F, $p < .001$). Conclui-se daí que o efeito da *Percepção da saúde oral - OHIP* é moderado pelos *Comportamentos associados à halitose*, com redução da importância da *Percepção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida*, devido ao efeito do moderador referido.

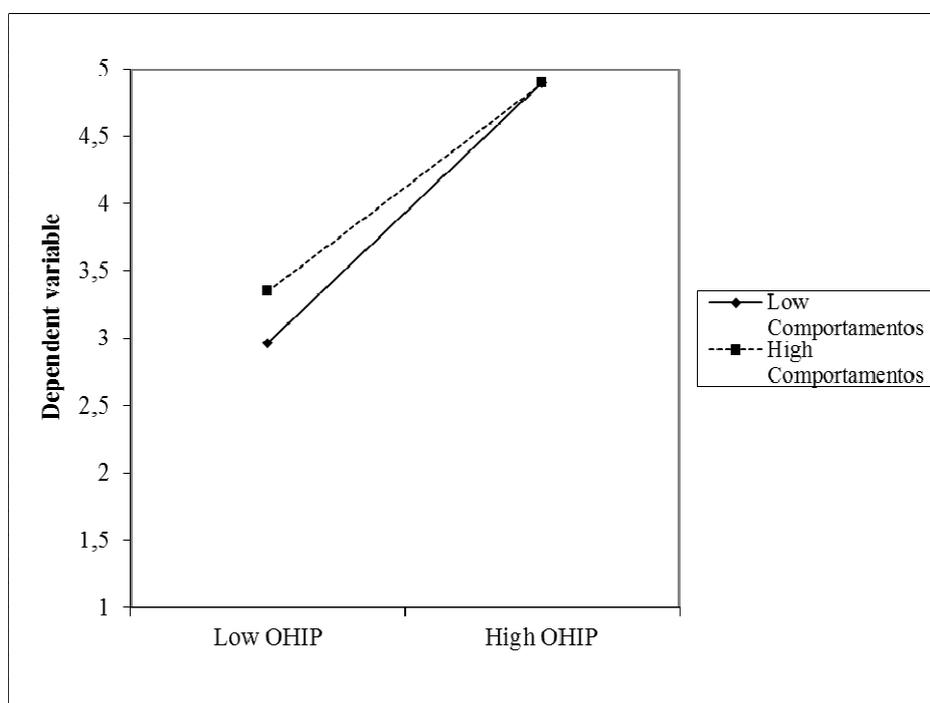


Figura 23. Efeito de moderação dos Comportamentos associados à halitose na percepção da saúde oral – OHIP (indivíduos que consideram não ter halitose)

A figura 23 mostra que quando os níveis médios da variável *Comportamentos associados à halitose* são mais elevados isso reflete-se no aumento da *Satisfação com a vida*, tendo em conta valores médios mais baixos da *Percepção da saúde oral - OHIP*. Ou seja, quando os indivíduos têm percepções menos boas da sua saúde oral, ao usar os *comportamentos associados à halitose*, aumentam a sua *satisfação com a vida*.

Crenças sobre o impacto da halitose – CIH.

De seguida fomos testar o efeito moderar dos comportamentos relacionados com a halitose na relação entre as *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* e a *Satisfação com a vida*.

Quadro 27. *Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação dos Comportamentos associados à Halitose para a Escala das Crenças sobre o Impacto da Halitose – CIH*

Modelo	Satisfação com a vida	
	Passo 1	Passo 2
1.Efeitos principais		
Crenças sobre o impacto da halitose - CIH	-.08 (.052)	-.08 (.05)
Comportamentos associados à halitose	-.38 (.091)***	-.38 (.09) ***
2.Interação		
Crenças sobre o impacto da halitose – CIH x Comportamentos associados à halitose		-.004 (.18)
<i>Adj. R²</i>	.05 (.51)	.05 (.51)
<i>ΔR²</i>		.00
<i>F</i>	9.54***	6.34***
<i>ΔF</i>		.00

Nota. São apresentados os betas não-estandardizados

Os valores dos erros estandardizados são apresentados entre parênteses

† = .06; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados apresentados na Quadro 27 mostram que as *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* e o efeito moderado da *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* pelos *Comportamentos associados à halitose* não obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida* ($p < .001$) (não tendo sido verificada a hipótese 4).

As *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* também não se mostraram significativas na ausência do moderador ($p < .001$), (não tendo sido verificada a hipótese 2).

Estadística descritiva e correlações para os indivíduos que consideraram ter halitose (n=44)

No Quadro 28 apresentamos as médias, desvios-padrão e correlações de todas as variáveis do modelo.

Quadro 28. *Estadística Descritiva e Correlações entre as Variáveis em Estudo*

	Média	D.p.	1.	2.	3.
1.OHIP	4.15	.70			
2.Crenças impacto halitose	3.52	.83	-.44**		
3.Comportamentos halitose	1.75	.52	-.64***	.49**	
4.Satisfação com a vida	4.09	1.09	.84***	-.40**	-.47**

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

A *Percepção da saúde oral - OHIP* mostra uma correlação negativa com a variável *Crenças sobre o impacto da halitose* ($r = -.442$; $p < 0,01$). Isto é, quanto mais os indivíduos percebem a sua saúde oral como positiva menos têm *Crenças sobre o impacto da halitose* na vida.

Este efeito também é notório entre a *Percepção da saúde oral - OHIP* e os *Comportamentos associados à halitose* ($r = -.635$; $p < 0,01$). Isto é, quanto mais os indivíduos percebem a sua saúde oral como positiva menos usam os comportamentos associados à halitose.

Além disso, a *Percepção da saúde oral - OHIP* apresenta uma correlação positiva com a *Satisfação com a vida* ($r = .836$; $p < 0,01$). Isto é, quanto mais os indivíduos percebem a sua saúde oral como positiva mais estão satisfeitos com a vida.

As *Crenças sobre o impacto da halitose* surgem com uma correlação positiva com os *Comportamentos associados à halitose* ($r = .489$; $p < 0,01$) para esta amostra (N=44), ao contrário do que aconteceu com o grupo de indivíduos que considera que não têm halitose, ou seja, neste grupo de indivíduos, que consideram que têm halitose, acontece que quanto acreditam que o mau hálito afeta as suas vidas, mais usam os comportamentos associados à halitose.

Esta variável ainda apresenta para esta amostra (N=44), uma correlação negativa com a *Satisfação com a vida* ($r = -.398$; $p < 0,01$). Isto é, quanto mais os indivíduos acreditam que o mau hálito afeta as suas vidas menos estão satisfeitos com a vida.

Os *Comportamentos associados à halitose* apresentam uma correlação negativa com a *Satisfação com a vida* ($r=.475$; $p<0,01$), ou seja, os indivíduos que sentem usam mais os *Comportamentos associados à halitose* no seu dia-a-dia, sentem-se mais satisfeitos com a vida em geral.

Teste das hipóteses para os indivíduos que consideraram ter halitose (n=44)

Realizámos Regressões Múltiplas Hierárquicas para testar o modelo proposto conforme fizemos anteriormente para a amostra dos indivíduos que consideram não ter halitose. Neste sentido, as variáveis predictoras foram previamente estandardizadas. Os efeitos principais das variáveis entraram no primeiro passo do modelo, e os efeitos de interação no segundo passo.

Perceção de saúde oral – OHIP.

Começamos por testar o efeito moderador dos *Comportamentos associados à halitose* relacionados com a halitose na relação entre *Perceção de saúde oral – OHIP* e a *Satisfação com a vida*.

Quadro 29. Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação dos Comportamentos associados à Halitose para a Escala Perceção de saúde oral – OHIP

Modelo	Satisfação com a vida	
	Passo 1	Passo 2
1.Efeitos principais		
OHIP	1.3 (.19) ***	1.45 (.22)***
Comportamentos associados à halitose	-.16 (.26)	.19 (.26)
2.Interação		
OHIP x Comportamentos associados à halitose		.31 (.28)
<i>Adj. R²</i>	.65	.66
ΔR^2		.01
<i>F</i>	35.99***	24.52***
ΔF		1.19

Nota. São apresentados os betas não-estandardizados

Os valores dos erros estandardizados são apresentados entre parênteses

$\dagger = .06$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados apresentados no Quadro 29 mostram que a *Percepção da saúde oral - OHIP* se mostrou significativa na ausência do moderador ($p < .001$), tendo sido verificada a hipótese 1 para esta amostra ($N=44$), todavia o efeito moderado da *Percepção da saúde oral - OHIP* pelos *Comportamentos associados à halitose* não obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida* ($p < .001$), não tendo sido verificada a hipótese 3.

Crenças sobre o impacto da halitose – CIH.

De seguida fomos testar o efeito moderar dos comportamentos relacionados com a halitose na relação entre as *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* e a *Satisfação com a vida*.

Quadro 30. Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação dos Comportamentos associados à Halitose para a Escala das Crenças sobre o Impacto da Halitose – CIH

Modelo	Satisfação com a vida	
	Passo 1	Passo 2
1.Efeitos principais		
Crenças sobre o impacto da halitose - CIH	-.36 (.24)	-.33(.25)
Comportamentos associados à halitose	-.70 (.36) [†]	-.84 (.39) *
2.Interação		
Crenças sobre o impacto da halitose – CIH x Comportamentos associados à halitose		.36 (.38)
<i>Adj. R</i> ²	.22 (.97)	.22 (.97)
ΔR^2		.02
<i>F</i>	5.78**	4.14*
ΔF		.90

Nota. São apresentados os betas não-estandardizados

Os valores dos erros estandardizados são apresentados entre parênteses

[†] = .06; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados apresentados na Quadro 30 mostram que as *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* e o efeito moderado da *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* pelos *Comportamentos associados à halitose* não obtiveram resultados significativos na modelação

da *Satisfação com a vida* ($p < .001$), não tendo sido verificada a hipótese 2 nem 4 para esta amostra ($N=44$).

Discussão

Segundo Petersen (2003), a relação entre saúde oral e geral já foi muito estudada e comprovada por evidências científicas, sendo fundamental para o bem-estar, determinando também a qualidade de vida dos indivíduos. Na realidade, de acordo com o World Oral Health Report (WHO) de 2003, devido à sua prevalência e incidência em todo o mundo, as doenças orais são avaliadas como os maiores problemas de saúde pública, sendo que a cárie dentária e as doenças periodontais são as doenças orais com maior prevalência a nível mundial. Além disso, estas patologias têm atingido a quase totalidade da população, independentemente da raça, género, idade ou condição social (Pereira, 1990; WHO, 1987; WHO, 2003). Segundo o World Oral Health Report (WHO) de 2003, estes problemas do âmbito de saúde oral poderão ser eficazmente prevenidos e controlados ao se combinar uma série de ações individuais, sociais e profissionais (Albuquerque & Santos, 2013).

De uma forma geral, através dos resultados obtidos neste estudo, é notório que quer os participantes que consideram que têm halitose quer os que consideram que não têm afirmam que existem impactos negativos na vida de quem é portador desta patologia. Este resultado vai ao encontro da necessidade de uma maior valorização e prevenção do impacto da saúde oral na qualidade de vida do indivíduo (Steele, Sanders, Slade, Allen, Lahti, Nuttall & Spencer 2004)

Um dos objetivos deste trabalho é o de avaliar em que medida os indivíduos que consideram ter ou não ter halitose diferem nas variáveis de interesse: *Perceção da saúde oral – OHIP*, *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* na vida do indivíduo; *Comportamentos associados à halitose*; *Satisfação com a vida*.

Assim, começamos por validar duas escalas relativas ao tema da saúde oral. A escala de *Comportamentos associados à halitose* proposta por Nunes (2010) apresentou, no geral, boas qualidades psicométricas, nomeadamente, quando se avalia a qualidade de ajustamento dos dados ao modelo e, também, quando se procede com a análise da Fiabilidade e Sensibilidade associadas ao fator (variável compósita *Comportamentos*). Não obstante estes resultados, a análise da Fiabilidade e Sensibilidade para cada item da escala, *Comportamentos*

associados à halitose, revela que alguns destes itens apresentam algum nível de desvio à curva normal. Perante estas constatações parece-nos relevante a utilização desta escala, no entanto, ainda com o esforço de a aperfeiçoar.

A escala relativa às *Crenças sobre o impacto da halitose – CIH*, construída para efeitos do presente trabalho de investigação, apresentou boas qualidades psicométricas quer quando se avalia a qualidade de ajustamento dos dados ao modelo, assim como, quando se procede com a análise da Fiabilidade e Sensibilidade do fator (*Crenças sobre o impacto da halitose*) e dos itens explicados por esse fator.

Podemos verificar que relativamente à variável compósita resultante da média entre os 13 itens da escala *OHIP*, e a que chamámos o índice *Perceção com a saúde oral*, os resultados sugerem que os indivíduos que consideram ter mau hálito se sentem mais afetados negativamente em relação à perceção sobre a sua saúde oral. Esta situação assemelha-se aos resultados que encontrámos sobre a variável compósita dos *Comportamentos associados à halitose*, pois verificámos que os indivíduos que consideram ter mau hálito têm tendência a sentirem que os seus comportamentos são mais afetados no dia-a-dia relativamente aos indivíduos que não têm perceção de mau hálito.

Ainda relativamente às diferenças entre as duas amostras, os resultados associados à variável preditora *Satisfação com a vida*, também apontam para o facto de que os indivíduos que consideram ter mau hálito se sentem mais afetados negativamente.

Estes resultados sugerem que existem diferenças significativas ao nível das amostras em questão em relação às variáveis em análise, pois de uma forma geral, os participantes que consideram ser portadores de halitose, parecem percecionar a sua saúde oral como mais negativa, demonstram mais comportamentos associados à halitose e sentem-se mais insatisfeitos com a vida em geral.

Tendo ainda em conta os resultados das *escalas das Crenças sobre o impacto da halitose – CIH₂* quer os indivíduos que consideram ter halitose que os que não consideram, afirmam que o mau hálito tem impacto na vida de quem a possui ao nível pessoal, social, profissional, das emoções, dos comportamentos, da felicidade, das relações íntimas, do relacionamento com a família, do relacionamento com os amigos e do relacionamento com os colegas, pelo que, consideramos de extrema importância fomentar uma maior atenção dos indivíduos e da sociedade para as causas e impactos desta patologia no Ser Humano. Até porque, apesar de não existirem estudos sobre o facto de que a simples crença que o indivíduo

possui sobre a sua saúde oral podem afetar a qualidade de vida, alguns estudos mostraram a relação entre as crenças sobre a saúde oral e os comportamentos, os níveis de ansiedade dos pacientes, mas também, a apatia da sociedade associada às medidas de saúde pública (Abrahamsson, Berggren, Hakeberg & Carlsson, 2003; Borkowska, Watts, & Welnman, 1998; Hastings, Hughes, Lawther & Lowry, 1998; Neenan, 1996)

Em relação aos resultados sobre as correlações entre as variáveis, podemos verificar que existem algumas correlações idênticas para as duas amostras. Por exemplo, os resultados das duas amostras sugerem que a *Percepção da saúde oral - OHIP* apresenta uma correlação negativa com a variável *Comportamentos associados à halitose* e uma correlação positiva com a *Satisfação com a vida*, o que nos sugere que quanto mais os indivíduos percebem a sua saúde oral como mais positiva menos usam os comportamentos associados à halitose e mais estão satisfeitos com a vida.

Além disso, os *Comportamentos associados à halitose* apresentam uma correlação negativa com a *Satisfação com a vida*, o que aponta para a possibilidade de os indivíduos que usam mais os *Comportamentos associados à halitose* no seu dia-a-dia, se sentirem mais satisfeitos com a vida em geral.

No entanto, enquanto que a amostra dos participantes que consideram não ter halitose apresentam as *Crenças sobre o impacto da halitose* como tendo uma correlação negativa com os *Comportamentos associados à halitose* ou seja, quanto mais os indivíduos acreditam que o mau hálito afeta as vidas do portador de halitose, menos usam os comportamentos associados à halitose, a amostra de participantes que considera ter halitose apresenta uma correlação positiva entre estas variáveis. Ou seja, quanto mais os indivíduos acreditam que o mau hálito afeta as suas vidas, mais usam os comportamentos associados à halitose. Esta diferença poderá estar relacionada com o facto do primeiro grupo de indivíduos considerar que não tem halitose e o segundo considerar que tem, pelo que o primeiro sentirá maior necessidade de recorrer aos *comportamentos associados à halitose*. Aliás, seria interessante analisar no futuro se os *comportamentos associados à halitose* funcionam por vezes como estratégia de coping para os portadores de halitose.

Ainda em relação às correlações entre as variáveis, para a amostra dos participantes que consideram ter halitose ainda encontramos uma correlação negativa entre a *Percepção da saúde oral - OHIP* e as *Crenças sobre o impacto da halitose*. Isto é, quanto mais os indivíduos percebem a sua saúde oral como positiva menos têm *Crenças sobre o impacto da halitose*

na vida. E ainda uma correlação negativa entre as *Crenças sobre o impacto da halitose* e a *Satisfação com a vida*. Isto é, quanto mais os indivíduos acreditam que o mau hálito afeta as suas vidas menos estão satisfeitos com a vida.

Quanto ao modelo proposto, o mesmo pretendia testar se a *Percepção da saúde oral - OHIP* e as *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* do indivíduo, têm impacto na qualidade de vida e no bem-estar através da componente *Satisfação com a vida*, nas duas amostras em estudo (participantes que consideram ter halitose vrs os que consideram não ter).

Em relação às 4 hipóteses propostas inicialmente os resultados sugerem que para os participantes que consideram não ter halitose a primeira e terceira hipóteses foram verificadas, sendo que a *Percepção da saúde oral* influencia a *Satisfação com a vida* e além disso, esta relação é moderada pelos *Comportamentos associados à halitose*. De facto, os problemas de saúde oral têm vindo a ser reconhecidos como tendo um impacto relevante nas atividades diárias dos indivíduos, influenciando também a sua qualidade de vida (WHO, 2003; Gomes & Abegg, 2007; Pinto 2009). Quanto à moderação encontrada, estes resultados vão ao encontro da abordagem de alguns autores que afirmam que sugerem a Estratégia comportamental de Proteção pode reduzir as consequências negativas do consumo de álcool (Borden et al, 2011; Kite, 2013; Martens et al, 2005; Martens et al., 2008), e neste caso verificamos que os comportamentos associados à halitose atuam como amortecedores da relação entre a *Percepção da saúde oral* e a *Satisfação com a vida*.

No entanto, para a mesma amostra, a segunda e a quarta hipótese não foram verificadas, sendo que as *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* não se mostraram significativas na ausência do moderador nem o efeito moderado da *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* pelos *Comportamentos associados à halitose* obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida*. Este facto que também ocorreu relativamente à amostra de participantes que considera ter halitose. Estes resultados não foram ao encontro do pressuposto associado à possibilidade da percepção da saúde oral por parte dos indivíduos que se consideram portadores de halitose, poder ser mais negativa e atuar diminuindo a satisfação com a vida, comparando com os indivíduos que consideram não ter halitose. Todavia, é sabido que alguns autores defendem a ideia de que a simples crença sobre a sua saúde oral podem afetar a qualidade de vida do indivíduo (Broadbent, Thomson & Poulton, 2006).

Tendo em conta esta segunda amostra, dos participantes que consideram ter halitose, apenas a primeira hipótese foi verificada, sendo que a *Perceção da saúde oral* influencia negativamente a *Satisfação com a vida*. Todavia, analisando esta relação moderada pelos *Comportamentos associados à halitose*, os resultados sugerem que o efeito da *Perceção da saúde oral - OHIP* não é moderado pelos *Comportamentos associados à halitose*, pelo que a terceira hipótese não foi verificada. Estes resultados são de alguma forma surpreendentes devido ao facto, de à partida, haver uma tendência para se pensar que a amostra dos indivíduos que consideram ter halitose teria um efeito mais significativo da variável moderadora comportamentos associados à halitose na relação entre a *Perceção da saúde oral* e a *Satisfação com a vida*, que a amostra dos indivíduos que consideram não ter halitose, tendo-se no entanto verificado o contrário. Consideramos agora, que talvez se deva ao facto de os indivíduos que consideram não ter halitose se sintam mais confiantes e à vontade para executar esses comportamentos associados à halitose, do que os que consideram possuir essa patologia. Pois estes indivíduos, que consideram ser portadores de halitose poderão sentir vergonha em adotar esses comportamentos associados à halitose, visto que alguns estão associados à interação com outras pessoas (tais como, o distanciar-se quando fala, o tapar a boca com a mão, comer chicletes), isto é, ao usar esses comportamentos poderia indicar ao outro que seria por estar com halitose e o indivíduo não pretende fornecer pistas nesse sentido.

Propomos o aproveitamento do presente estudo, como base à realização de um estudo de saúde pública com uma amostra superior e um público-alvo distribuído pelas várias zonas de Portugal, com vários níveis socioeconómicos, nacionalidade, idades e género.

Conclusão

A investigação realizada no âmbito da medicina dentária sugere inclusive que as patologias orais têm impacto na saúde sistémica e qualidade de vida, afetando o bem-estar dos indivíduos, sendo uma questão de saúde pública (Locker & Matear, 2000). No entanto, os estudos que exploram o efeito dessas patologias na qualidade de vida e bem-estar da população ativa adulta são praticamente inexistentes.

Todos os indivíduos devem dispor de uma condição de saúde oral que lhes permita falar, mastigar, reconhecer o sabor dos alimentos, sorrir, viver livre de dor e desconforto, e

relacionar-se com as outras pessoas sem constrangimento (Castro & Loureiro, 2009; Petersen, 2003). O Ser Humano percebe a importância da saúde oral para a qualidade de vida sob a forma do domínio físico, social e psicológico, sendo que a capacidade de se alimentar e a ocorrência de dor e desconforto costumam ser considerados os aspectos positivos e negativos mais relevantes para a qualidade de vida (McGrath & Bedi, 2004).

A importância de avaliar as percepções dos doentes relativamente à sua saúde, à presença ou ausência de doença, reside na necessidade de se terem dados precisos para promover a saúde, desenvolver programas de prevenção de doenças (Locker, 1995). As medidas do estado de saúde oral podem ainda ser usadas para promover a saúde oral, especialmente na obtenção de fundos públicos para os cuidados de saúde oral (Slade & Spencer, 1994).

Ao nível teórico este estudo estabelece uma relação entre a psicologia e outras áreas científicas, especialmente com a saúde oral ao permitir integrar modelos teóricos complementares.

A nível metodológico o presente trabalho analisa através de um questionário aplicado a uma amostra da população Portuguesa, a percepção sobre a de halitose, o seu impacto na vida dos indivíduos.

De acordo com a teoria e os modelos propostos na literatura (e.g., Locker, 1988; Nunes, 2010; Wilson e Cleary, 1995), propusemos um modelo no sentido de analisar as causas e impacto da halitose na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo.

Em relação ao primeiro objetivo foram encontradas diferenças significativas entre os indivíduos que consideram possuir halitose e os que consideram não ter, ao nível da *Percepção da saúde oral – OHIP*, dos *Comportamentos associados à halitose* adotados pelos participantes, e da satisfação com a vida. Relativamente às *Crenças sobre o impacto da halitose*, ambos os grupos consideraram que a halitose tem impacto a nível pessoal, social e profissional na vida de um portador de halitose.

Tendo em conta o segundo objetivo, em relação ao modelo proposto, os resultados sugerem para o grupo dos indivíduos que consideram não ter halitose que: a *Percepção da saúde oral* influencia a *Satisfação com a vida*, e o efeito da *Percepção da saúde oral - OHIP* é moderado pelos *Comportamentos associados à halitose*, com redução da importância da *Percepção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida*, devido ao efeito moderador; e também que quando os níveis médios da variável *Comportamentos associados à halitose* são

mais elevados isso reflete-se no aumento da *Satisfação com a vida*, tendo em conta valores médios mais elevados da *Percepção da saúde oral - OHIP*.

Relativamente ao grupo dos participantes que consideram ter halitose, a *Percepção da saúde oral* também influencia a *Satisfação com a vida*. Todavia, esta relação não se mostra moderada pelos *Comportamentos associados à halitose*. Além disso, as *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH*, não têm um impacto significativo na *Satisfação com a vida*, nem o efeito moderado das *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* pelos *Comportamentos associados à halitose* obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida*.

O facto de os indivíduos que consideram ser portadores de halitose (N=44) usarem mais os comportamentos associados à halitose (ex: usar produtos para disfarçar, pôr a mão à frente da boca e afastar-se quando fala), parece não ser suficiente para aumentar a sua satisfação com a vida. Consideramos então que seria interessante analisar se as estratégias de Coping e a atuação do dentista poderiam ajudar neste processo.

Foram também validadas duas escalas relacionadas com a saúde oral como uma forma de contribuir com instrumentos válidos para serem usados em contexto académico e profissional.

Ao nível prático, este estudo pertence entender a relação entre a percepção de saúde oral, mais especificamente da halitose, e o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo (analisando a percepção da saúde oral, as crenças sobre o impacto da halitose, os comportamentos associados à halitose e a satisfação com a vida), bem como, sensibilizar a ciência, os indivíduos, as organizações, a sociedade e os especialistas médicos para o impacto da halitose na vida dos seus portadores.

ESTUDO 3

Impacto da halitose na qualidade de vida do indivíduo: portadores de halitose – estratégias de coping

Tem-se verificado uma relação entre saúde geral e saúde oral (Peterson & Yamamoto, 2005; Pinto, 2009). Mais especificamente, a halitose existe numa percentagem relativamente elevada da população adulta (Rosenberg, 1992). No entanto, até agora tem sido uma doença silenciosa para os seus portadores e restante sociedade. Além disso, os dentistas que pouco se ocupam desta patologia, têm uma representação pouco positiva dos portadores de halitose, considerando, muitas vezes, que as causas estão associadas a problemas orais ou falta de higiene e não apresentam ações de prevenção ou tratamento. Na verdade, os especialistas de medicina dentária tendem a não apresentar muita sensibilidade para reencaminhar o paciente para colegas de outras especialidades, ou colaborar em parceria para prevenir, atenuar ou eliminar o desconforto causado pela halitose, conforme podemos verificar no estudo 1 da presente tese.

A investigação tem encontrado suporte para o impacto das doenças orais, como é o caso da halitose na qualidade de vida (Locker e Matear, 2000). Contudo, vários estudos sugerem que os indivíduos lidam de forma distinta com as suas patologias e as estratégias que utilizam podem minimizar os efeitos da patologia na sua qualidade de vida. Por exemplo, McGrath, Broder e Wilson-Genderson (2004) sugerem ainda que “a resiliência, otimismo, sabedoria e paciência são fatores da saúde positiva, demonstrados por indivíduos com doenças orais e oro-faciais. Contudo, também os profissionais de saúde podem ter um papel diferenciador na forma como os pacientes lidam com a sua patologia (Jahng et al, 2005; Korsch, Gozzi & Francis, 1968; Ong, De Haes, Hoos & Lammes, 1995; Stiles, Putnam, Wolf & James, 1979).

Assim, consideramos que interessa compreender como é que a halitose afeta a qualidade de vida das pessoas (conforme o estudo 2), mas também compreender em que medida existem estratégias individuais (coping) e estratégias usadas pelos profissionais de medicina dentária, para lidar com esta patologia de forma mais eficaz no sentido de prevenir e aumentar a qualidade de vida dos seus portadores.

Coping

O coping constitui uma área de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, e tem sido descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelos indivíduos para se adaptarem às circunstâncias stressantes (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Segundo Suls, David e Harvey (1996;) podemos identificar três gerações de investigadores que se têm dedicado ao estudo do coping, que se caracterizam pela utilização de diferentes abordagens a nível teórico e metodológico (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Suls, David & Harvey, 1996).

Para Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), na primeira geração de pesquisadores, vinculados à psicologia do ego, encontramos o coping, correlacionado com mecanismos de defesa, motivações internas e inconscientemente como forma de lidar com conflitos sexuais e agressivos (Vaillant, 1994). No entanto, posteriormente, eventos externos e ambientais, foram incluídos como possíveis desencadeadores dos processos de coping (Tapp, 1985).

A partir desta perspetiva inicial, surgiu a distinção entre os mecanismos de defesa, classificados como rígidos, inadequados em relação à realidade externa, com origem no passado e no inconsciente, e os comportamentos associados ao coping considerados mais flexíveis, adequados à realidade e com foco no futuro e no consciente (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Uma segunda geração de investigadores procurou enfatizar os comportamentos de coping e seus determinantes cognitivos e situacionais (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Suls, David & Harvey, 1996). Passaram assim, a conceptualizar coping como um processo transaccional entre o indivíduo e o ambiente (Folkman & Lazarus, 1985). Isto significa que o individuo procura estratégias de coping para atenuar a situação de tensão no ambiente, em fatores situacionais.

A terceira geração de investigadores conduziu o estudo para as convergências entre coping e personalidade, associada à pesquisa dos traços de personalidade e o modelo dos Cinco Grandes Fatores conduziu-os para esse caminho (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Holahan & Moos, 1987; McCrae & Costa, 1986; O'Brien & DeLongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996). Os traços de personalidade mais estudados, que se relacionam com as estratégias de coping, são o otimismo, a rigidez, a autoestima e o locus de controlo (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Compas, Banez, Malcarne & Worsham, 1991; Lopez & Little, 1996).

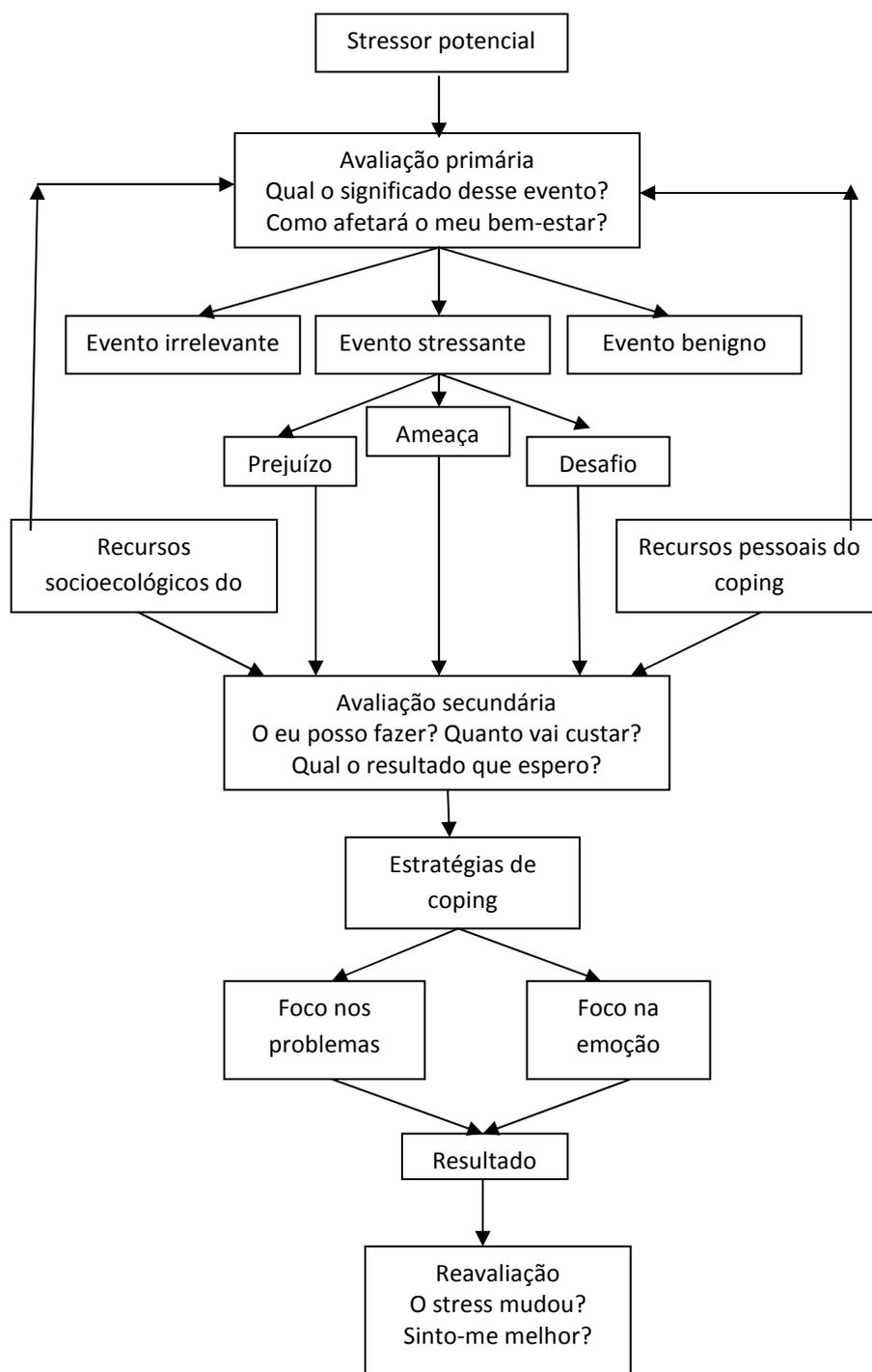


Figura 24. *Modelo de Processamento de stress coping de Lazarus e Folkman, 1984*

O modelo de Folkman e Lazarus (1980) contempla quatro fatores (Figura 24): “(a) coping é um processo que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é a de administrar a situação stressora, invés de controlá-la; (c) os processos de coping pressupõem a

noção de como o coping é percebido e interpretado; (d) constitui uma mobilização de esforço, para reduzir, minimizar ou tolerar as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente” (Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

Por outro lado, Rudolph, Denning e Weisz (1995; Antoniuzzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998), consideram que há uma relação intrínseca entre as estratégias de coping e os seus resultados (figura 25).

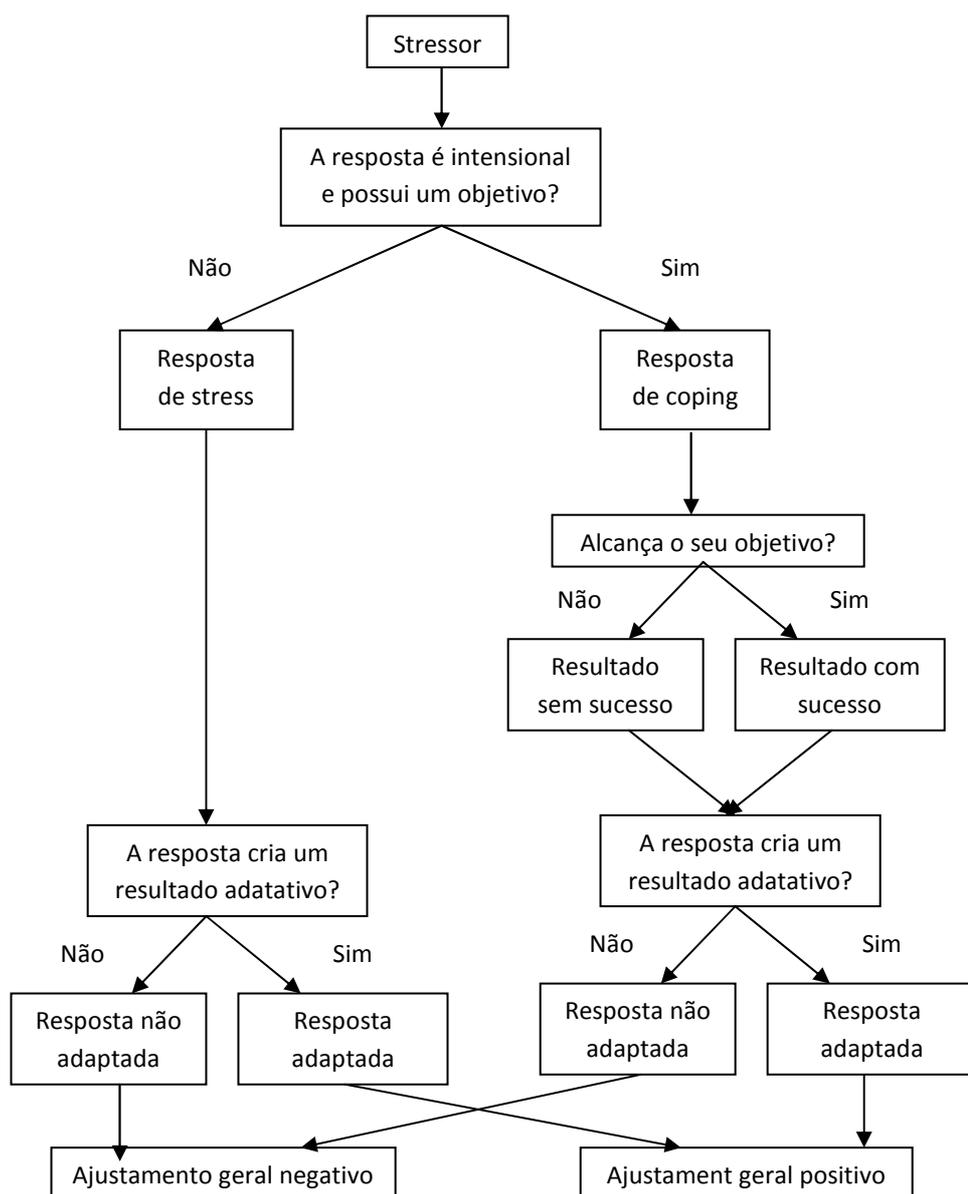


Figura 25. Esquema de coping e stress de Rudolph, Denning e Weisz, 1995

Rudolph e colaboradores (1995) propõem que o coping deveria ser entendido como um episódio, no qual existe uma separação entre três aspetos: uma resposta de coping, um objetivo subjacente a essa resposta e um resultado. Tal resposta deve ser diferenciada de uma resposta de stress, que é não intencional e sem objetivo (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998). Assim, considera-se que a resposta de coping é uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um stressor percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos (Lazarus & Folkman, 1984; Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Neste modelo, a resposta de stress envolve uma reação emocional ou comportamental espontânea e o objetivo primordial do coping será a redução do stress. Os resultados de coping são as consequências específicas da resposta de coping e os resultados de stress, são as consequências imediatas da resposta de stress (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984).

Para Rudolph e colaboradores (1995, cit Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998), o episódio de coping faz parte de um processo que sofre influência de múltiplas variáveis. Dois conceitos encontram-se envolvidos nesse processo, os moderadores, que são variáveis que afetam a direção ou a intensidade da relação entre uma variável independente e uma variável dependente (esta variável seria aquela pré-existente que influenciaria o resultado de coping, mas que não seria influenciada pela natureza do stressor ou pela resposta de coping); e os mediadores, que são mecanismos através dos quais a variável independente é capaz de influenciar a variável dependente (mecanismos seriam a avaliação cognitiva e o desenvolvimento da atenção). Isto é, os moderadores refletiriam as características da pessoa (nível de desenvolvimento, género, experiência prévia, temperamento), do stressor (tipo, nível de controlabilidade), do contexto (influência paterna, suporte social) bem como a interação entre esses fatores, e os mediadores têm como característica principal o facto de serem acionados durante o episódio de coping, em oposição aos moderadores, que seriam pré-existentes (Rudolph, Denning & Weisz, 1995, cit Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Já no modelo de coping e stress proposto por Lazarus e Folkman (1984), qualquer tentativa de gerir o elemento stressor é considerado coping, tenha ou não resultado. Beresford (1994), também defende esta ideia. Assim, uma estratégia de coping não pode ser considerada boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa, é necessário considerar a natureza do stressor, os recursos e o resultado do coping (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Estilos e estratégias de coping

Relativamente aos Estilos e Estratégias de Coping, em geral, os primeiros estão mais associados a características de personalidade ou a resultados de coping. Por outro lado, as estratégias referem-se a ações cognitivas ou de comportamento, adotadas num episódio específico de stress (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Ryan-Wenger, 1992).

Segundo Carver e Scheier (1994), os indivíduos desenvolvem formas habituais de lidar com stress ou situação de desconforto. Neste estudo iremos adotar uma perspetiva centrada em estratégias de coping para lidar com uma situação de desconforto (e não de stress) como é o caso dos indivíduos que têm patologias orais, e mais especificamente halitose.

Na literatura sobre os estilos de coping (Rudolph et al., 1995), encontramos diversos modelos de personalidade (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998), tais como: a) o modelo que distingue os indivíduos que apresentam um comportamento tipo A, isto é que têm tendência para ser competitivos, impacientes e agressivos dos que apresentam um comportamento tipo B, que têm tendência para fazer mais esforço para controlar a situação (Matthews, 1982); b) o modelo que defende um estilo de coping monitorador, quando o indivíduo utiliza estratégias de alerta para controlar a situação e em oposição um estilo de coping desatento, quando o indivíduo é não se foca para lidar com a situação (Miller, 1981); c) o modelo que considera a existência de um estilo de coping primário e um secundário, sendo o primeiro utilizado para lidar com situações objetivas e o segundo associado à capacidade de adaptação às condições de stress (Band & Weisz, 1988); ou d) o modelo que foca um estilo de coping passivo em que o indivíduo evita o foco de stress ou ativo em que se aproxima do mesmo (Billings & Moss, 1984).

Por outro lado, as estratégias de coping refletem ações, comportamentos ou pensamentos para lidar com uma fonte de stress, que podem ser aprendidos (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986) e que podem mudar de momento para momento numa situação de stress, pelo que é impossível predizer as respostas situacionais tendo em conta o estilo habitual de coping do indivíduo (Folkman e Lazarus, 1980; cit Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998). Além disso, segundo Compas (1987), cada situação stressora requer diferentes estratégias de coping (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Para Lazarus e DeLongis (1983), os processos de coping variam com o desenvolvimento da pessoa, pelo que devia ser analisado longitudinalmente (Antoniuzzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Coyne e DeLongis (1986), mais recentemente, defenderam uma nova estratégia de coping com foco nas relações interpessoais, sendo que o sujeito procura apoio nas pessoas do seu círculo social para a gerir a situação stressante. Tendo em conta o contexto em que se encontra um portador de halitose, esta abordagem pode ser relevante, pois a maioria dos dentistas quer que as relações com os seus pacientes seja positiva, no entanto no estudo de Gale et al (1984), a interação entre os mesmos é praticamente mínima.

Quando os profissionais são percecionados como sendo indiferentes ou neutros, são classificados mais negativamente pelos pacientes do que quando existe alguma interação. Para Freeman (1999) o “comportamento afetivo” está mais ligado à satisfação dos pacientes do que ao julgamento sobre as competências técnicas. Além disso, segundo Silverman, (2009) o uso eficaz das competências comunicativas dos profissionais de saúde possibilita a melhor adesão aos tratamentos.

Na realidade, a comunicação numa consulta de saúde oral é essencial, principalmente, com pacientes que apresentam altos níveis de ansiedade, pois é uma forma de os mesmos se sentirem mais no controlo da situação e assim diminuir a ansiedade durante as consultas e tratamentos (Logan 1991) e o medo, independentemente da dor sentida (Milgrom et al, 1995).

Uma das principais funções dos profissionais de saúde oral é também ajudar a promover comportamentos saudáveis na população, logo, as competências comportamentais e ao nível da comunicação eficaz, são fundamentais para gerar interação e empatia com os pacientes, pelo que devem fazer parte do seu percurso científico e académico (Albuquerque & Santos, 2013; DePaola & Slavkin, 2004; Sherman & Cramer, 2005).

Para Gaspar et al. (2008), as perceções de qualidade de vida determinam uma visão das condições de vida através dos olhos dos próprios indivíduos, podendo revelar o que é importante para eles, incluindo o nível e determinantes da sua saúde com o contexto das suas vidas. No entanto, segundo Allen (2003), a perceção dos indivíduos em relação à sua saúde oral é muitas vezes distinta da perceção dos profissionais de saúde. Assim, é importante ter acesso às perceções de saúde dos indivíduos mas também à verificação da presença ou ausência de doença, para melhor compreender as situações e ser possível o desenvolvimento

de programas de promoção e prevenção de saúde adaptados à realidade (Albuquerque & Santos, 2013; Allen, 2003; Brunswick & Nikias, 1975).

Num estudo sobre a congruência na relação médico-paciente relativamente ao nível de envolvimento do paciente na tomada de decisão sobre o tratamento (Jahng, Martin, Golin & DiMatteo, 2005), os resultados indicam que quando os pacientes e os médicos compartilham crenças similares sobre a participação do paciente, os pacientes tendem a ficar mais satisfeitos. Num outro estudo sobre a qualidade da relação entre médico e pacientes com diabetes (Heisler, Bouknight, Hayward, Smith, & Kerr, 2002), a comunicação clara e eficaz por parte do médico relativamente aos níveis da doença e as alternativas de tratamento e a possibilidade do paciente poder adotar um estilo participativo na tomada de decisão em relação ao mesmo revelou-se fundamental na melhor gestão da diabetes.

Na realidade existem diversos estudos que enfocam a melhoria da satisfação do paciente quando existe uma melhor comunicação por parte do especialista médico (Jahng et al, 2005; Korsch, Gozzi & Francis, 1968; Ong, De Haes, Hoos & Lammes, 1995; Stiles, Putnam, Wolf & James, 1979).

Esta ideia remete-nos para uma questão relacionada com os objetivos deste estudo. São escassos os estudos sobre esta temática, pelo que consideramos importante analisar a moderação da atuação do dentista na relação entre a perceção de saúde oral e a satisfação com a vida. Isto é, mais especificamente, poderá a atuação do dentista influenciar a satisfação do indivíduo que considera que é portador de halitose? Qual o papel dos dentistas nas estratégias de coping individuais usadas pelos portadores de halitose? Quais as estratégias dos especialistas de medicina dentária usadas para ajudar o portador de halitose a reduzir a situação stressante que é ter de lidar com a halitose?

Estratégias de coping focadas no problema versus focadas nas emoções para lidar com o stress em geral

Folkman e Lazarus (1980) dividem o coping em duas categorias funcionais: o coping focalizado no problema e o coping focalizado na emoção.

O coping focalizado no problema é considerado um esforço para atuar na situação que deu origem ao stress, tentando mudá-la. Esta estratégia tem como função alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que causa a tensão. A ação de coping pode ser direcionada internamente ou externamente. Quando é dirigido para uma fonte externa de

stress, inclui estratégias como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda de outras pessoas, quando é dirigido internamente, inclui reestruturação cognitiva, como a redefinição do elemento stressor (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

O coping focalizado na emoção é associado a um esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress, ou é o resultado de situações stressantes. Estes esforços são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo, por exemplo, fumar, tomar um tranquilizante, ver televisão, correr, são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional. A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável de um estado de stress (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Para Folkman e Lazarus (1980; Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998), usar as estratégias de coping tendo como foco o problema ou a emoção depende da avaliação da situação de stress. Os autores descrevem dois tipos de avaliação: a primária, que envolve um processo cognitivo para analisar o risco envolvido de uma situação de stress específica; e a secundária onde se analisa os recursos disponíveis e as alternativas para gerir o problema. O coping focalizado no problema tende a ser escolhido em situações avaliadas como modificáveis enquanto que o coping focalizado na emoção tende a ser utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Folkman & Lazarus, 1980).

Segundo Carver e Scheier (1994; Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998), por um lado o coping focado na emoção facilita o coping focado no problema por eliminar a tensão e, por outro o coping focado no problema diminui a ameaça e reduz a tensão emocional. As duas estratégias são usadas durante quase todas as situações stressantes, e escolher uma ou outra depende dos tipos de stressores (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Carver et al., (1989), apresentam 14 dimensões de estratégias de coping (quadro 31): 1) coping de ação, 2) planeamento, 3) com suporte social por razões instrumentais, 4) com suporte social por razões emocionais - Apoio, 5) expandir, 6) comportamental de despreendimento, 7) distração, 8) culpa, 9) reinterpretação positiva, 10) humor, 11) negação, 12) aceitação, 13) religião e 14) o uso da substância.

Quadro 31. *Taxonomia das estratégias para lidar com o stress proposta por Carver et al. (1989)*

Dimensões	Significado
Coping de ação	Relacionada com o indivíduo fazer um esforço para eliminar o stressor
Planeamento	Relacionada com o pensar em maneiras de enfrentar o stressor – organizar atividades, pensar nas etapas a tomar, alternativas para lidar com a situação
Com suporte social por razões instrumentais	Relacionada com o procurar ajuda, informação ou conselhos sobre ações a tomar perante o stressor
Com suporte social por razões emocionais - Apoio	Relacionada com o procurar ajuda, informação ou conselhos ao nível do apoio moral, simpatia e compreensão
Expandir	Relacionada com a expressão das emoções e sentimentos
Comportamental de desprendimento	Relacionada com o desistir ou reduzir o esforço para atingir o objetivo que é ameaçado pelo stressor
Distração	Relacionada com dar mais atenção a outras atividades para manter a mente ocupada e diminuir os pensamentos sobre o stressor
Culpa	Relacionada com o sentimento de autorresponsabilidade admitida pelo indivíduo
Reinterpretação positiva	Relacionada com a valorização positiva da situação de forma a torna-la mais favorável
Humor	Relacionada com a capacidade de fazer piadas sobre a situação
Negação	Relacionada com a tentativa de rejeitar a realidade imposta pelo stressor
Aceitação	Relacionada com o aceitar a realidade imposta pelo stressor
Religião	Relacionada com o refúgio do indivíduo nas suas crenças religiosas
Uso da substância	Relacionada com o recurso ao álcool e drogas para libertar a mente do stressor

Tendo em conta as dimensões do coping, Coolidge, Segal, Hook e Stewart (2000; Meireles, 2012), consideram que o coping focado nas emoções se refere às seguintes dimensões de coping: aceitação, utilização do suporte social emocional, humor, reinterpretação positiva e religião, já o coping focado no problema engloba as dimensões de coping: ação, utilização do suporte instrumental e planeamento. Este autor acrescenta ainda o coping disfuncional que abarca as seguintes dimensões de coping: falta de investimento comportamental, negação, autoculpabilização, uso de substâncias e expressões dos sentimentos (Meireles, 2012).

Diversos estudos sobre estratégias de coping em crianças têm analisado o coping em situações stressantes, tais como, o divórcio dos pais, situações de hospitalização da criança, consultas médicas e odontológicas e resultados escolares. (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira,

1998; Ayers, Sandler, West, & Roosa, 1996; Carson & Bittner, 1994; Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988). Nesses estudos o género parece influenciar a escolha das estratégias de coping, isto é, as raparigas parecem usar estratégias mais pró-sociais enquanto que os rapazes parecem ser mais independentes e usar estratégias competitivas (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Lopez & Little, 1996). Para Compas e colaboradores (1991; Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998), as estratégias de coping focalizado no problema são adquiridas mais cedo, nos anos pré-escolares, até aos 8 a 10 anos de idade, e as estratégias de coping com foco na emoção tendem a aparecer mais tarde, na infância até à adolescência.

Coping na saúde associado ao bem-estar e qualidade de vida

Num estudo no âmbito da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em pacientes desdentados com próteses totais (Heydecke, Tedesco, Kowalski & Inglehart, 2004), o apoio instrumental, o eliminar o comportamento, o abuso de substâncias, a negação e a religião foram preditores negativos significativos da qualidade de vida relacionada com a saúde, e apenas o apoio emocional se apresentou como um preditor positivo significativo. Isto é, de acordo com este estudo o uso de próteses totais convencionais tem um impacto significativo sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Este impacto está relacionado com as estratégias de coping que o paciente utiliza para lidar com o stress (Heydecke, Tedesco, Kowalski & Inglehart, 2004).

Noutro estudo de Galdino (2000; Chaves, Cade, Montovani, OLeite & Spire, 2000), sobre os estilos de *coping* em idosos e sua relação com a ansiedade e sintomas depressivos, verificou-se que o coping "emotivo" está relacionado com o estado emocional de ansiedade e de depressão e que os pacientes que se isolam apresentam mais depressão. Pessuto (1999; Chaves, Cade, Montovani, O'Leite & Spire, 2000), também estudou os mecanismos de *coping* em situações relacionadas com a saúde, mas neste caso, em portadores de hipertensão arterial e como estes interferem na adaptação do indivíduo à doença hipertensiva e ao seu tratamento. Propôs também um plano de intervenção ao nível das estratégias de *coping* para a hipertensão na tentativa de revertê-la. Como estes dois estudos, existem mais alguns por exemplo, no âmbito do controlo do stress, do relaxamento sobre o sistema imunológico de mulheres com cancro de mama da musicoterapia na redução da intensidade e perceção da dor em mulheres com fibromialgia (Amorim, 1999; Chaves, Cade, Montovani, OLeite & Spire,

2000; Lipp & Rocha, 1994). Consideramos que será benéfico continuar a estudar as estratégias de coping associadas às patologias orais, e mais especificamente, à halitose.

Também não existe nenhum estudo que relacione as estratégias de coping com a halitose, assim, questionamos, poderão os portadores de halitose ter tendência a usar estratégias de coping individuais para melhor lidar com esta patologia? E se terão as *estratégias de coping individuais* uma ação moderadora na relação entre a *percepção de saúde oral* e a *qualidade de vida* do portador de halitose?

Tendo por base a revisão da literatura colocamos a seguinte hipótese:

Hipótese 1: A *Percepção da saúde oral* influencia a *qualidade de vida*

Hipótese 2: As *Estratégias de coping* moderam a relação entre a *Percepção da saúde oral* e a *qualidade de vida*.

Hipótese 3: A *Atuação do dentista* modera a relação entre a *Percepção da saúde oral* e a *qualidade de vida*.

Sendo o coping considerado um conjunto das estratégias utilizadas para os indivíduos se adaptarem às circunstâncias stressantes (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998) e uma ação intencional, física ou mental, gerada por um stressor percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Lazarus & Folkman, 1984), consideramos importante associar a análise das estratégias de coping ao impacto da halitose no bem-estar e na qualidade da vida do indivíduo, pois conhecer as estratégias de coping usadas pode ajudar o indivíduo e o especialista dentário na prevenção e tratamento desta patologia.

Para testar o modelo proposto, realizou-se um estudo empírico tendo por base uma amostra da população adulta portuguesa. O modelo em estudo é apresentado na Figura 26.

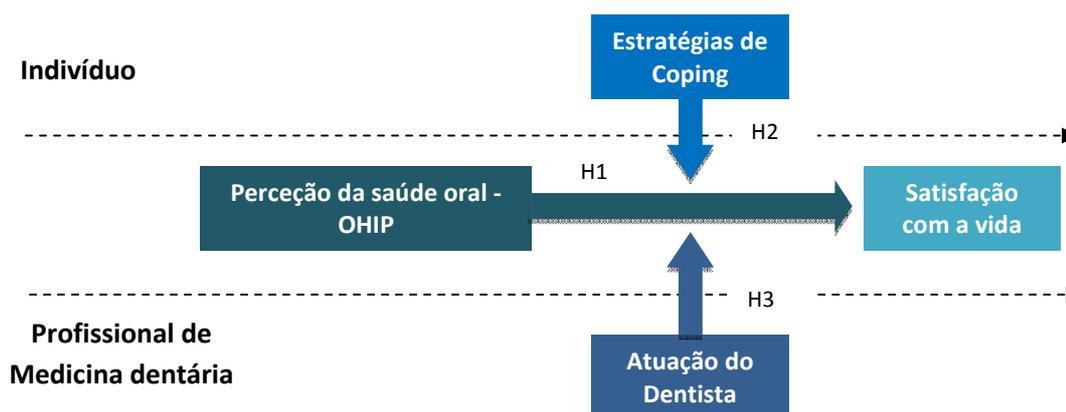


Figura 26. Efeito de moderação da *Atuação do dentista* e *Estratégia de coping* na *Percepção da saúde oral - OHIP*, tendo como variável dependente a *Satisfação com a vida*.

Método

Participantes

De uma amostra total constituída por 449 indivíduos, a sub amostra deste estudo é constituída por 44 (9,8%) participantes que afirmaram ter mau hálito. 405 (90,2%) da amostra total afirmaram não ter essa patologia.

A amostra deste estudo é assim constituída por 11 participantes masculinos e 33 femininos e as suas idades estavam entre os 24 e os 58 anos. (média = 40,32; d.p. = 8.7).

Procedimento

Os dados foram recolhidos através de um questionário distribuído via e-mail através da plataforma Qualtrics (Anexo D). O link com o questionário foi distribuído pela rede de contactos do investigador assim como participantes de ações de formação de uma empresa consultora nacional de média dimensão. Os dados foram recolhidos entre os meses de novembro e dezembro de 2012.

Os potenciais participantes foram informados que o questionário se inseria num estudo realizado por uma equipa de investigadores do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, no âmbito de um projeto de Doutoramento em Psicologia e que o principal objetivo do estudo seria compreender os fatores relativos à saúde oral que influenciam o bem-estar e a

qualidade de vida dos Portugueses. Os participantes foram ainda informados que o questionário era inteiramente anónimo e confidencial.

Operacionalização das variáveis

Definiu-se como variável critério a *qualidade de vida*, como variáveis preditoras a *perceção da saúde oral* e as *crenças sobre o impacto da halitose* na vida do indivíduo, e como variável moderadora os *comportamentos associados à perceção de halitose*.

A *qualidade de vida* foi operacionalizada através da *Satisfação com a vida*, medida por 1 item adaptado da escala de satisfação com a vida de Pavot e Diener (1993). Os indivíduos indicaram numa escala de 5 pontos (1 = nada satisfeito; 5 = totalmente satisfeito) em que medida se encontravam satisfeitos com a sua vida em geral, pensando exclusivamente na sua saúde oral.

A *perceção da saúde oral* foi medida por 13 itens da escala *OHIP – Oral health impact profile* (Slade & Spencer, 1994). Os indivíduos indicaram numa escala de 5 pontos com que frequência sentiram no último ano um conjunto de problemas ou situações específicas (1 = nunca; 5 = sempre). Exemplos de itens são: “*dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?*”; “*o paladar tem piorado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?*”; “*dores na boca*”.

As estratégias de coping usadas pelos portadores de halitose foram medidas através de uma escala adaptada de *Coping - Brief COPE* (Carver, 1997) com 10 dimensões, tendo duas questões por dimensão. As dimensões usadas foram as seguintes: 1) coping de ação, 2) planeamento, 3) culpa, 4) humor, e 5) apoio. Os participantes responderam numa escala de 6 pontos (1-Discordo muito, 5-concordo muito, 6-não sei), em que medida sentiam em relação a algumas das seguintes questões: “*Tenho procurado fazer alguma coisa*”; “*Tenho tentado encontrar uma estratégia para resolver*”; “*Tenho feito piadas sobre isso*”; “*Tenho tentado obter conselhos ou ajuda dos outros*”; “*Tenho-me criticado*”;

A *Atuação do dentista* foi medida por 3 itens desenvolvidos especificamente para este estudo. Os participantes responderam numa escala de 5 pontos (1= nunca; 5= muitas vezes) em que medida sentiam em relação às seguintes questões: 1. *Quando se queixa ao dentista de que sofre de mau hálito, este procura fazer-lhe exames para descobrir a causa?*; 2. *Quando se queixa ao dentista de que sofre de mau hálito, este sugere-lhe um tratamento?*; 3. *Quando*

se queixa ao dentista de que sofre de mau hálito, este encaminha-o para uma consulta específica?

Resultados

Os dados foram analisados com recurso ao software estatístico IBM® SPSS® Statistics 19 e ao AMOS - Analysis of Moment Structures -Version 7.0.

Estadística descritiva e correlações

Na Quadro 32 apresentamos as médias, desvios-padrão e correlações de todas as variáveis do modelo.

Quadro 32. *Estatística Descritiva e Correlações entre as Variáveis em Estudo*

	Média	D.p.	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.OHIP	4.15	.71						
2.Estratégia de coping Ação	3.43	.98	.06					
3. Estratégia de coping Humor	1.80	.84	.02	.12				
4. Estratégia de coping Apoio	2.35	1.08	-.13	.46**	.56**			
5. Estratégia de coping Culpa	2.46	1.09	-.40*	.19	.34*	.58**		
6. Atuação do dentista	1.61	.52	-.27†	.10	-.03	.17	.18	
7.Satisfação com a vida	4.09	1.09	.84***	-.02	.39	-.12	-.42**	-.25

† = .08; *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Verificamos que existem diversas correlações entre as diferentes variáveis.

A *Perceção da saúde oral - OHIP* apresenta uma correlação positiva com a *Satisfação com a vida* ($r=.84$; $p<0.001$). Isto é, quanto mais os indivíduos percecionam a sua saúde oral como positiva mais estão satisfeitos com a vida. Esta variável apresenta, no entanto, uma correlação negativa com a estratégia de coping culpa ($r=-.40$; $p<0.01$), e a atuação do dentista ($r=-.27$; $p<0.08$), embora devamos considerar esta última correlação com alguma prudência, dado o valor ser muito próximo do significativo ($p<.05$) – existe um efeito marginal ($p<.08$).

Alguns autores (Cohen, 1994), consideram que dada a dimensão reduzida dos grupos ($N < 30$), podemos considerar este valor com um nível de erro de 8% ($p < .08$), (Quadro 32). Ou seja, quanto mais os indivíduos percecionam a sua saúde oral como positiva menos se sentem culpados, e menos consideram a atuação do dentista importante, facto que vai ao encontro da população em geral, pois mesmo considerando que a amostra é constituída por indivíduos que se consideram portadores de halitose, provavelmente quando pensam na sua saúde oral não pensam exclusivamente na halitose mas em diversos fatores.

A *Estratégia de coping apoio* apresenta uma correlação positiva com a *estratégia de coping ação* ($r = .46$; $p < 0.01$) e com a *estratégia de coping humor* ($r = .56$; $p < 0.01$). Isto é, quanto mais os indivíduos recorrem à estratégia de coping apoio mais têm tendência para agir e para fazer humor com a situação em que se encontram.

A *Estratégia de coping culpa* apresenta uma correlação positiva com a *estratégia de coping humor* ($r = .34$; $p < 0.01$) e com a *estratégia de coping apoio* ($r = .58$; $p < 0.01$). Ou seja, quanto mais os indivíduos se consideram culpados mais têm tendência para fazer humor e valorizar o apoio interpessoal. Esta variável apresenta ainda uma correlação negativa com a *Perceção da saúde oral – OHIP* ($r = -.40$; $p < 0.01$), isto é, quanto mais os indivíduos percecionam a sua saúde oral como negativa, mais se sentem culpados.

Teste das hipóteses para os indivíduos que consideraram ter halitose (N=44)

Para testar o modelo proposto realizámos Regressões Múltiplas Hierárquicas através do método ENTER, seguindo os procedimentos sugeridos por Aiken e West (1991). Neste sentido, as variáveis preditoras foram previamente estandardizadas. Os efeitos principais das variáveis entraram no primeiro passo do modelo, e os efeitos de interação no segundo passo.

Efeito moderador da Estratégia de Coping Ação na relação entre Perceção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.

Começamos por testar o efeito moderador da *Estratégia de Coping Ação* na relação entre *Perceção de saúde oral – OHIP* e a *Satisfação com a vida*.

Quadro 33. Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação de Estratégia de Coping Ação para a Escala Percepção de Saúde Oral – OHIP

Modelo	Satisfação com a vida	
	Passo 1	Passo 2
1.Efeitos principais		
OHIP	1.29 (.13) ***	.1.31 (.14)***
Estratégia de Coping Ação	-.03 (.10)	-.02 (.10)
2.Interação		
OHIP x Estratégia de Coping Ação		.24 (.14) [†]
Adj. R ²	.70	.72
ΔR^2		.02 [†]
F	47.97***	34.79***
ΔF		3.11 [†]

Nota. São apresentados os betas não-estandardizados

Os valores dos erros estandardizados são apresentados entre parênteses

[†] = .06; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Segundo os resultados apresentados no Quadro 33, verificou-se um efeito principal positivo e significativo da *Percepção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida* ($B = .1.31$, $p < .001$) tendo sido verificada a hipótese 1, e negativo e não significativo da *Estratégia de Coping Ação* na mesma variável ($B = -.02$, $p > .05$).

A *Percepção da saúde oral - OHIP* e o efeito moderado da *Percepção da saúde oral - OHIP* pela *Estratégia de Coping Ação* demonstram uma tendência para obter resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida* ($B = .24$, $p = .06$). Isto, porque estamos a testar uma amostra reduzida ($N = 44$) e os resultados estão perto de um nível de erro de 8% ($p = .08$), o que segundo alguns autores (Cohen, 1994) ainda pode ser significativo quando existe uma amostra de dimensão reduzida ($N < 30$), tendo assim, os resultados apontado para a verificação da hipótese 2.

A percentagem de variância explicada no modelo inicial foi de 70%, subindo no segundo modelo para 72%. Este modelo explica 70% de variância ($F = 47.97$, $p < .001$). Ambos os modelos se ajustaram bem aos dados (Teste F, $p < .001$). O efeito da *Percepção da saúde oral - OHIP* é então moderado pela *Estratégia de Coping Ação*, com redução da importância da *Percepção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida*, devido ao efeito do moderador.

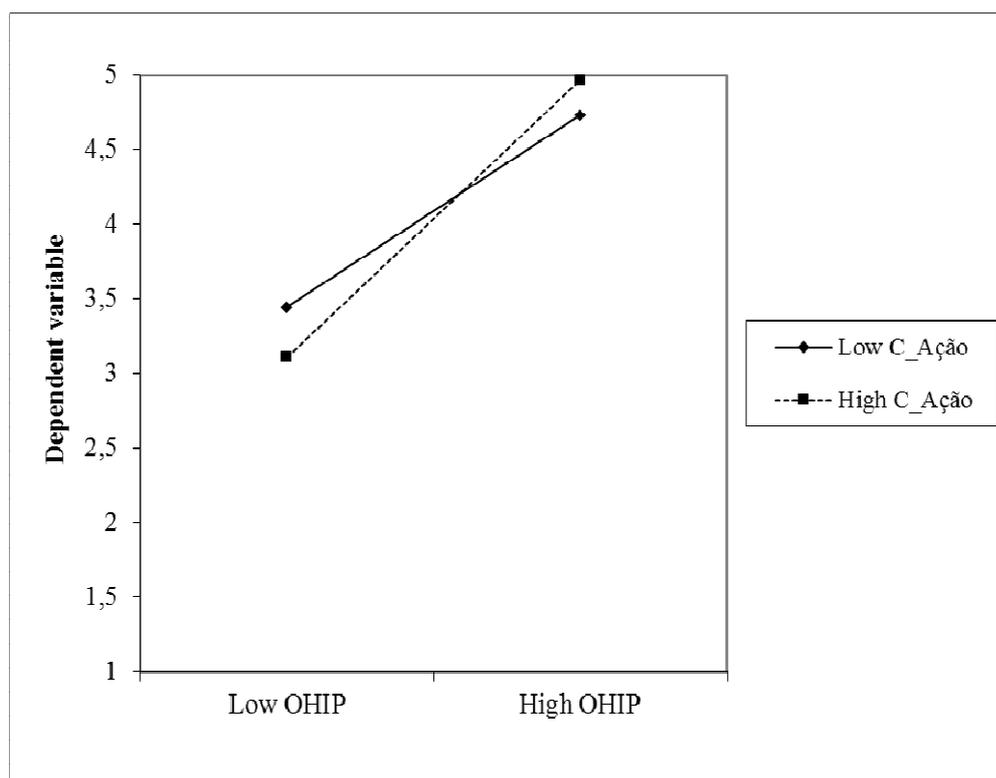


Figura 27. Efeito de moderação das *Estratégias de Coping Ação* na *percepção da saúde oral – OHIP*

A figura 27 mostra o efeito de interação da orientação para a *Percepção da saúde oral - OHIP*, e das *Estratégias de Coping Ação* na *Satisfação com a vida*. É possível verificar que o efeito da *Percepção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida* é positivo e significativo na condição baixa das *Estratégias de Coping Ação* ($B = ,20$; $t = 1.76$; $p = ,08$) e é positivo e significativo na posição elevada ($B = ,23$; $t = 1.76$; $p = ,08$). Isto é, quando os indivíduos têm percepções menos boas sobre a sua saúde oral, ao usar a *estratégia de coping Ação*, aumentam mais a sua *satisfação com a vida*. Estes resultados suportam a Hipótese 2, no que respeita à *Satisfação com a vida*.

Efeito moderador da Estratégia de Coping Humor na relação entre Percepção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.

De seguida testámos o efeito moderador da Estratégia de Coping Humor na relação entre Percepção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.

Quadro 34. Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação de Estratégia de Coping Humor para a Escala Percepção de Saúde Oral –OHIP

Modelo	Satisfação com a vida	
	Passo 1	Passo 2
1.Efeitos principais		
OHIP	1.29 (.13) ***	.1.31 (.14)***
Estratégia de Coping Humor	-.03 (.12)	-.02 (.11)
2.Interação		
OHIP x Estratégia de Coping Humor		-.31 (.18)
Adj. R ²	.70	.71
ΔR^2		.01
F	45.47***	32.80***
ΔF		2.86

Nota. São apresentados os betas não-estandardizados

Os valores dos erros estandardizados são apresentados entre parênteses

† = .06; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados apresentados no Quadro 34, mostraram que a orientação para a *Percepção da saúde oral - OHIP* tem um efeito principal positivo e significativo na *Satisfação com a vida* ($B = .1.31$, $p < .001$) tendo sido verificada a hipótese 1, e um efeito negativo e não significativo da *Estratégia de Coping Humor* na mesma variável ($B = -.02$, $p > .05$).

Além disso, a *Percepção da saúde oral - OHIP* e o efeito moderado da *Percepção da saúde oral - OHIP* pela *Estratégia de Coping Humor* não obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida* ($B = -.31$, $p > .05$), não tendo sido verificada a hipótese 2.

A percentagem de variância explicada no modelo inicial foi de 70%, subindo no segundo modelo para 71%. Este modelo explica 70% de variância ($F = 45.47$, $p < .001$). Ambos os modelos se ajustaram bem aos dados (Teste F, $p < .001$). Conclui-se daí que o efeito da *Percepção da saúde oral - OHIP* não é moderado pela *Estratégia de Coping Humor*, com redução da importância da *Percepção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida*, devido ao efeito do moderador referido.

Efeito moderador da Estratégia de Coping Apoio na relação entre Percepção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.

Foi testado o efeito moderador da *Estratégia de Coping Apoio* na relação entre *Percepção de saúde oral – OHIP* e a *Satisfação com a vida*.

Quadro 35. Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação de *Estratégia de Coping Apoio* para a Escala *Percepção de Saúde Oral –OHIP*

Modelo	Satisfação com a vida	
	Passo 1	Passo 2
1.Efeitos principais		
OHIP	1.29 (.13) ***	.131 (.14)***
Estratégia de Coping Apoio	-.01 (.09)	-.02 (.09)
2.Interação		
OHIP x Estratégia de Coping Apoio		-.06 (.13)
<i>Adj. R²</i>	.70	.69
ΔR^2		-.01
<i>F</i>	45.78***	31.27***
ΔF		2.14

Nota. São apresentados os betas não-estandardizados

Os valores dos erros estandardizados são apresentados entre parênteses

[†] = .08; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados apresentados no Quadro 35 mostram que existe um efeito positivo e significativo da *Percepção da saúde oral – OHIP* na *Satisfação com a vida* ($B = .131, p < .001$), tendo sido verificada a hipótese 1 e um efeito negativo e não significativo da *Estratégia de Coping Apoio* na mesma variável ($B = -.02, p > .05$).

Além disso, a *Percepção da saúde oral - OHIP* e o efeito moderado da *Percepção da saúde oral - OHIP* pela *Estratégia de Coping Apoio* não obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida* ($B = -.06, p > .05$), não tendo sido verificada a hipótese 2.

Este modelo explica 70% de variância ($F = 45.78, p < .001$). Ambos os modelos se ajustaram bem aos dados (Teste $F, p < .001$). Conclui-se daí que o efeito da *Percepção da saúde*

oral - OHIP não é moderado pela *Estratégia de Coping Apoio*, com redução da importância da *Percepção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida*, devido ao efeito do moderador.

Efeito moderador da Estratégia de Coping Culpa na relação entre Percepção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.

Testámos ainda o efeito moderador da *Estratégia de Coping Culpa* na relação entre *Percepção de saúde oral – OHIP* e a *Satisfação com a vida*.

Quadro 36. *Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação de Estratégia de Coping Culpa para a Escala Percepção de Saúde Oral –OHIP*

Modelo	Satisfação com a vida	
	Passo 1	Passo 2
1.Efeitos principais		
OHIP	1.23 (.15) ***	.1.31 (.16)***
Estratégia de Coping Culpa	-.10 (.10)	-.14 (.10)
2.Interação		
OHIP x Estratégia de Coping Culpa		-.16 (.11)
Adj. R ²	.70	.71
ΔR ²		.01
F	47.27***	33.20***
ΔF		2.14

Nota. São apresentados os betas não-estandardizados

Os valores dos erros estandardizados são apresentados entre parênteses

† = .08; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Pelos resultados apresentados no Quadro 36 verificou-se um efeito principal positivo e significativo da *Percepção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida* (B= .1.31, p<.001) tendo sido verificada a hipótese 1, e negativo e não significativo da *Estratégia de Coping Culpa* na mesma variável (B= -.14, p>.05).

A *Percepção da saúde oral - OHIP* e o efeito moderado da *Percepção da saúde oral - OHIP* pela *Estratégia de Coping Culpa* não obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida* (B= -.16, p> .05), não tendo sido verificada a hipótese 2.

A percentagem de variância explicada no modelo inicial foi de 70%, subindo no segundo modelo para 71%. Este modelo explica 70% de variância ($F= 47.27, p<.001$). Ambos os modelos se ajustaram bem aos dados (Teste F, $p<.001$). Conclui-se daí que o efeito da *Percepção da saúde oral - OHIP* não é moderado pela *Estratégia de Coping Culpa*, com redução da importância da *Percepção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida*, devido ao efeito do moderador referido.

Efeito moderador da Atuação dos dentistas na relação entre Percepção de saúde oral – OHIP e a Satisfação com a vida.

Por fim, testámos se a *Percepção da saúde oral - OHIP* tem impacto na *Satisfação com a vida*, sendo esta relação moderada pela *Atuação do dentista*.

Quadro 37. *Resultados das Regressões Múltiplas Hierárquicas dos Modelos de Moderação da Atuação do Dentista para a Escala Percepção de Saúde Oral –OHIP*

Modelo	Satisfação com a vida	
	Passo 1	Passo 2
1.Efeitos principais		
OHIP	1.29 (.13) ***	.1.30 (.14)***
Atuação do Dentista	-.05 (.10)	-.05 (.10)
2.Interação		
OHIP x Atuação do Dentista		-.031 (.14)
<i>Adj. R²</i>	.70	.70
ΔR^2		.00
<i>F</i>	48.19***	31.34***
ΔF		.05

Nota. São apresentados os betas não-estandardizados

Os valores dos erros estandardizados são apresentados entre parênteses

$\dagger = .08$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Os resultados apresentados no Quadro 37 mostram que existe um efeito principal positivo e significativo da *Percepção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida* ($B=$

.1.30, $p < .001$) tendo sido verificada a hipótese 1, e negativo e não significativo da *Atuação do Dentista* na mesma variável ($B = -.05$, $p > .05$).

A *Perceção da saúde oral - OHIP* e o efeito moderado da *Perceção da saúde oral - OHIP* pela *Atuação do Dentista* não obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida* ($B = -.031$, $p > .05$), não tendo sido verificada a hipótese 3.

Este modelo explica 70% de variância ($F = 48.19$, $p < .001$). Ambos os modelos se ajustaram bem aos dados (Teste F, $p < .001$). Conclui-se daí que o efeito da *Perceção da saúde oral - OHIP* não é moderado pela *Atuação do Dentista*, com redução da importância da *Perceção da saúde oral - OHIP* na *Satisfação com a vida*, devido ao efeito do moderador referido.

Discussão

Segundo Allen (2003), vários investigadores, consideram o conceito de “qualidade de vida” como dinâmico, complexo e que difere entre culturas, indivíduos, podendo inclusive, ser modificado num mesmo indivíduo se com o decorrer do tempo. Devido a esse facto, é fundamental verificar o impacto que as doenças têm, não só na saúde física, como na saúde psicológica dos indivíduos, o que conduz a investigação em saúde para um caminho de maior atenção à avaliação da qualidade de vida dos indivíduos (Albuquerque & Santos, 2013).

Em geral, nos últimos anos a saúde oral tem sido avaliada através de critérios exclusivamente clínicos, que não permitem determinar o impacto real das patologias orais no bem-estar e na qualidade de vida (Castro, Portela & Leão, 2007), embora cada vez mais se comece a procurar critérios de saúde oral associados à qualidade de vida para identificar aspetos não clínicos da saúde oral (Albuquerque & Santos, 2013; Brennan, Sing, Spencer & Thomson, 2006), tais como as que procuramos estudar neste estudo: a *Perceção sobre a saúde oral*, as *Estratégias de coping* e a *Atuação do dentista*.

Este estudo teve como principal objetivo avaliar o papel da *Perceção da saúde oral - OHIP*, das *Estratégias de Copings*, e da *Atuação do dentista* na *Satisfação com a vida*, e os resultados suportaram algumas das hipóteses do estudo quer da influência direta da orientação para a *Perceção da saúde oral - OHIP* quer do efeito de moderação das *Estratégias de Copings*, e da *Atuação do dentista*.

Analisando promenorizadamente os resultados, verificamos que existem diversas correlações entre as diferentes variáveis, no entanto, não acontece a correlação significativa entre todas as variáveis, o que seria de esperar, visto estarmos a analisar diversas estratégias de coping, e conforme afirmam Carver e Scheier (1994), os indivíduos têm a tendência de usar uma reação determinada estratégia de coping em maior ou menor grau, para lidar com o stress ou a situação de desconforto, e não usam todas as estratégias de coping em simultâneo.

Assim, *Percepção da saúde oral - OHIP* apresenta uma correlação positiva com a *Satisfação com a vida* ($r=.84$; $p<0.001$). Isto é, quanto mais os indivíduos percebem a sua saúde oral como positiva mais estão satisfeitos com a vida.

Esta variável - *Percepção da saúde oral - OHIP* - apresenta, no entanto, uma correlação negativa com a estratégia de coping culpa ($r=-.40$; $p<0.01$), bem como com a atuação do dentista ($r=-.27$; $p<0.08$). Todavia, devemos considerar esta última correlação com alguma prudência, visto existir um efeito marginal ($p<0.08$) (Cohen, 1994). Logo, quanto mais os participantes percebem a sua saúde oral como positiva menos se sentem culpados, e além disso menos consideram importante a atuação do dentista.

A *Estratégia de coping apoio* tem uma correlação positiva com a *Estratégia de coping ação* ($r=.46$; $p<0.01$) e com a *Estratégia de coping humor* ($r=.56$; $p<0.01$), pelo que, os resultados sugerem que quanto mais os indivíduos recorrem à estratégia de coping apoio mais têm tendência para agir e fazer piadas relativas à situação que vivem. Todavia esta mesma estratégia apresenta uma correlação positiva com mais duas estratégias, a *estratégia de coping humor* ($r=.34$; $p<0.01$) e a *estratégia de coping apoio* ($r=.58$; $p<0.01$), o que nos leva a considerar que existe uma tendência para o facto de que quanto mais os indivíduos se consideram culpados mais tendem a fazer piadas relativas à sua situação e a valorizar o apoio interpessoal.

A *Estratégia de coping culpa* ainda apresenta uma correlação negativa com a *Percepção da saúde oral - OHIP* ($r=-.40$; $p<0.01$), ou seja os indivíduos sentem-se mais culpados, quando percebem mais a sua saúde oral como negativa.

Em relação ao modelo proposto neste estudo, verificamos que a *Percepção com a saúde oral - OHIP* tem sempre um efeito pronunciado na *Satisfação com a vida*, pelo que a hipótese 1 foi verificada.

Podemos ainda afirmar com alguma prudência que os resultados sugerem que a moderação da *estratégia de coping Ação* na relação entre a *Percepção com a saúde oral - OHIP* e a *Satisfação com a vida* também obteve significado estatístico, apontando para a corroboração da hipótese 2. Estes resultados vão ao encontro do defendido por alguns autores, que consideram que a qualidade de vida dos indivíduos melhora consideravelmente quando existe um uso adaptativo de competências de coping, apesar de o terem afirmado no âmbito de estudos com indivíduos com incapacidades psiquiátricas severas (Meireles, 2012; Middelboe & Mortensen, 1997; Yanos, primavera & Knigth, 2001).

Em relação a estas *Estratégias de coping (Ação)* consideramos que o portador de halitose pode ter um nível de ação superior, informando-se sobre a patologia e recorrendo a medidas de prevenção e tratamento, e que além disso, os dentistas também podem ter um papel mais ativo para ajudar os pacientes a lidar com a questão da halitose. Por exemplo, que sejam sensíveis à possibilidade de que quando encontram pacientes que fazem muitas perguntas, pois provavelmente o que pretendem é saber como podem entrar em ação (estratégia de coping) para lidar com a halitose.

Já a moderação com as *estratégias de coping Humor, Apoio e Culpa* não obteve significado estatístico, pelo que a hipótese 2 não foi confirmada para estas duas estratégias de coping. Embora a *Percepção com a saúde oral - OHIP* tenha um efeito pronunciado na *Satisfação com a vida*, nos modelos para estas duas *Estratégias de coping*, pelo que a hipótese 1 foi verificada.

As estratégias de coping apoio, humor e culpa não se mostraram significativas – Estratégias de coping focadas na emoção e que tendem a ser escolhidas em situações avaliadas como inalteráveis (Folkman & Lazarus, 1980).

Assim, a única estratégia de Coping que se mostrou significativa na moderação entre a percepção de saúde oral e a satisfação com a vida foi a de Estratégia de coping Ação –focada no problema e que tende a ser escolhida em situações avaliadas como modificáveis (Folkman & Lazarus, 1980).

Já a atuação do dentista não se mostrou significativa. Os pacientes parecem não atribuir importância ao papel do dentista talvez porque os mesmos também parecem não assumir esse papel. Consideramos relevante fazer outros estudos neste âmbito, visto que:

- A maioria dos dentistas deseja ter relações positivas com os pacientes (Gale, Carlsson, Eriksson & Jontell, 1984).

- Existe melhoria da satisfação do paciente quando existe uma melhor comunicação por parte do especialista médico (Jahng, Martin, Golin & DiMatteo, 2005).
- A comunicação eficaz numa consulta de saúde oral é essencial, para: os pacientes se sentirem mais no controlo da situação; diminuírem a ansiedade e o medo (Logan 1991; Milgrom, Weinstein & Getz, 1995); aderirem aos tratamentos mais facilmente (Heisler, Bouknight, Hayward, Smith & Kerr, 2002; Silverman, 2009).
- A halitose parece ainda não ser um “assunto a debater” para os médicos dentistas e sociedade em geral.
- Fomentar o diálogo sobre esta temática poderá ajudar os portadores de halitose a procurarem ajuda mais eficaz pois, só assumindo, poderão agir!

O uso dos Comportamentos associados à halitose (ex: usar produtos para disfarçar, pôr a mão à frente da boca e afastar-se quando fala) parece não aumentar a satisfação com a vida, mas pensar que estão a agir para curar a patologia (estratégia de Coping Ação) poderá ajudar os indivíduos que consideram ter halitose a sentir-se mais satisfeitos com a vida.

Consideramos essencial a aplicação de uma abordagem bio-psicossocial numa consulta de saúde oral, visto dever consistir num esforço de dois indivíduos para um objetivo comum, a saúde oral do paciente (Freeman, 1999), todavia, ao testar se a *Perceção com a saúde oral - OHIP* tem impacto na *Satisfação com a vida*, sendo esta relação moderada pela *Atuação dos dentistas*, verificámos que a *Perceção com a saúde oral - OHIP* tem um efeito isolado na *Satisfação com a vida*. Todavia, a interação do moderador *Atuação dos dentistas* não obteve significado estatístico, pelo que a hipótese 1 foi novamente verificada, mas o mesmo não aconteceu com a hipótese 3, o que não corrobora o que foi sugerido em alguns estudos (Jahng et al, 2005; Korsch, Gozzi & Francis, 1968; Ong et al, 1995; Stiles et al; 1979), que sugerem que os pacientes ficam mais satisfeitos quando as relações entre médico e paciente são mais próximas e existe uma maior cuidado por parte do médico em explicar a doença e as alternativas para o tratamento.

Consideramos que seria interessante replicar o estudo no sentido de avaliar as diferentes estratégias de coping usadas pelos portadores de halitose numa amostra superior e tendo em conta o contexto familiar, social e organizacional.

Conclusão

O *coping* é utilizado com o objetivo principal de desenvolver habilidades para enfrentar situações stressoras, frequentes no dia-a-dia (Goldberger & Breznitz, 1982).

A consistência do *coping* encontra-se vinculada à noção de que a forma de lidar com situações stressoras é compatível com traços de personalidade, que se mantêm através de uma variedade de situações e através do tempo. Esta noção tem implicações para a associação entre personalidade e *coping* (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998; Watson & Hubbard, 1996). Estudos têm demonstrado que as pessoas são mais variáveis que consistentes nas suas estratégias de *coping* em diferentes situações (Folkman & Lazarus, 1980).

Diversos autores defendem que “o *coping* facilita a adaptação quando se está perante situações ou momentos stressantes” (Holahan & Moos, 1987; Lazarus & Folkman, 1984; Meireles 2012; Ribeiro & Rodrigues, 2004). Por esse facto consideramos que ao ter percepção de ser portador de halitose o individuo possa recorrer a estratégias de coping para amenizar a sensação de stress.

Os resultados deste estudo além de sugerirem que a *Percepção com a saúde oral – OHIP* tem um impacto significativo na *Satisfação com a vida*, apontam para o facto dos portadores de halitose poderem utilizar a *estratégia individual de coping ação*, e de esta funcionar como mediadora na relação e entre a *percepção de saúde oral* e a *satisfação com a vida*. Isto é, existe uma tendência para um aumento da *satisfação com a vida* quando os indivíduos recorrem a essa *estratégia de coping* para lidar com a sua *percepção de saúde oral*. No entanto, as *Estratégia de coping Humor, Apoio e Culpa* e a *Atuação dos dentistas*, não revelaram um impacto significativo como moderadores da relação entre a *Percepção com a saúde oral – OHIP* e a *Satisfação com a vida*.

Este estudo pode contribuir para atuar na prevenção e tratamento da halitose. A doença é normalmente interpretada como um momento de crise, que gera emoções negativas, que podem agravar o estado de saúde e diminuir a qualidade de vida do indivíduo por terem impacto ao nível pessoal, social e profissional. Devido a este facto, o *coping* pode ser bastante relevante no tratamento da halitose, isto é, será importante para o especialista de medicina dentária e para o portador de halitose identificar das estratégias de coping emitidas pelo paciente, mas também perceber qual é a sua implicação para a evolução clínica. Além disso, é essencial verificar se as estratégias usadas reduzem ou não as emoções negativas e se minimizam ou não os sintomas. (Chaves, Cade, Montovani, OLeite & Spire, 2000).

Conhecendo as estratégias de *coping*, o seu efeito sobre o indivíduo e relacionando-as com o contexto é possível facilitar os recursos internos e externos disponíveis para ajudar o indivíduo a superar as situações (Chaves, Cade, Montovani, OLeite & Spire, 2000).

A ideia será ajudar o paciente a ter controle sobre a sua doença e fazer opções pelo tratamento que melhor atenda às suas necessidades. Permitir que o paciente faça escolhas e tome decisões sobre a sua doença também aumenta a percepção sobre seu corpo e fá-lo refletir sobre as suas expectativas e o que pode ser feito para se sentir melhor, percebendo-se como responsável por ele próprio, com capacidade para intervir no problema (Chaves, Cade, Montovani, OLeite & Spire, 2000).

Deve-se motivar o paciente a expressar o seu pensamento e sentimento, pois quando este verbaliza uma emoção, pensará sobre a mesma, aumentando a possibilidade de reflexão sobre o assunto (Chaves, Cade, Montovani, OLeite & Spire, 2000). Além de que, é também de salientar a importância de uma maior valorização deste tema por parte das faculdades de Medicina Dentária, enfatizando disciplinas do foro psicológico e pedagógico (Goldrick et al, 1999).

Este estudo pretende assim, melhorar o diálogo sistemático entre a ciência, os indivíduos, as organizações e os especialistas médicos, promovendo uma maior valorização da formação académica de especialistas em odontologia e sua relação com os pacientes, ajudando a prevenir, reduzir ou eliminar fatores de saúde maléficis nas organizações e na sociedade em geral.

ESTUDO 4

Impacto da Halitose na Qualidade de Vida do Indivíduo: Bem-estar, felicidade, emoções e comportamento – Estudo Experimental

O interesse pela relação entre a saúde e o bem-estar aumentou nos últimos anos e vários estudos têm procurado entender a influência recíproca entre as variáveis psicossociais e a saúde e o bem-estar (e.g, Danna & Griffin, 1999, Larsen & Diener, 1987, Siqueira & Padovam, 2008).

A maioria dos modelos teóricos e estudos empíricos têm-se centrado sobre a relação entre doença grave, como a doença cardíaca, a paralisia cerebral, o cancro de mama (Gameiro, Canavarro, Pereira, Vaz Serra, Paredes, Carona & Rijo, 2010; Silva, Moreira, Canavarro & Pinto, 2010; Carver, Smith, Antoni, Petronis, Weiss & Derhagopian, 2005) e o bem-estar. No entanto, a relação entre a doença menor (que não leva à morte) e o bem-estar, tem recebido muito menos atenção tanto de académicos como de profissionais, apesar de existirem alguns estudos que referem o impacto das doenças menores (como a gripe, resfriados, dor de cabeça ou doenças do trato respiratório superior) na diminuição do desempenho, do humor e do bem-estar (Smith, 1990; Smith, Thomas & Whitney, 2000).

A halitose, é uma patologia oral, considerada uma doença menor. Esta condição física, mais conhecida como mau hálito, tem uma alta prevalência em qualquer género, idade, *status* socioeconómico e religião (e.g, Al-Ansari, Al-Jairan, e Gillespie, 2006; Lee & Ashforth, 1996; Liu, Shin, Zhang, Yaegaki & Kawaguchi, 2006; Nadanovsky & Carvalho, 2007).

Estatísticas recentes afirmam ainda que 25% da população adulta dos países desenvolvidos sofrem de halitose (e.g., Coil, Yaegaki, Matsuo & Miyazaki, 2002; Lee & Ashforth, 1996). E além disso, a literatura sugere que a halitose pode causar embaraço social, emocional e psicológico, afetando o bem-estar geral dos indivíduos (Lee, Mak & Newsome, 2004). Facto que é realmente, apenas uma sugestão, dado que a pesquisa empírica que analisa especificamente a relação entre halitose e bem-estar é quase inexistente. Assim, torna-se necessário testar se halitose tem um impacto sobre o bem-estar dos indivíduos. Neste artigo, testamos essa hipótese.

Componentes do Bem-estar subjetivo

Felicidade.

Relativamente ao bem-estar existem três correntes distintas (Ryff, 1989): o bem-estar objetivo, o bem-estar psicológico e o bem-estar subjetivo. O bem-estar objetivo é muitas vezes associado a fatores socioeconómicos que diferenciam sociedades, grupos ou indivíduos (Caetano & Silva, 2009). O bem-estar psicológico, engloba as situações da vida mais duradouras relacionadas com o funcionamento geral e positivo dos indivíduos (como vitalidade e saúde mental) nos vários contextos (Caetano & Silva, 2009; Ryan e Deci, 2001; Ryff, 1989). Já o bem-estar subjetivo está geralmente ligado a termos como a felicidade, a satisfação e o afeto positivo. (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Canavarro & Serra, 2010; Diener, 2000; Oishi & Lucas, 2003).

Este tipo de bem-estar, o bem-estar subjetivo, tem suscitado bastante interesse nos últimos anos e segundo Diener (1997), está associado à avaliação subjetiva da qualidade de vida. Este autor, separa o bem-estar subjetivo em três categorias: primeiro apresenta o bem-estar como o que é desejável, associado à felicidade; em segundo lugar relaciona o bem-estar com a satisfação de vida, isto é, com o que leva as pessoas a avaliar suas vidas em termos positivos; em terceiro considera o bem-estar como um estado emocional onde sobressai mais o afeto positivo do que o negativo (Giacomoni, 2004).

Segundo Ryan & Deci, 2001, o bem-estar subjetivo pode ser entendido como a avaliação que os indivíduos fazem das suas vidas, em relação ao equilíbrio que gerem entre experiências conflituosas e felizes das suas vidas.

Tendo em conta o impacto que a saúde pode ter no bem-estar (e.g, Albuquerque & Matos, 2006; Canavarro & Serra, 2010; Danna & Griffin, 1999; Praça, 2012), e mais especificamente, o impacto que as patologias orais, como a halitose, poderão ter nesse bem-estar (Locker, Clarke & Payne, 2000), consideramos que esta influência poderá estar mais relacionada com o bem-estar subjetivo do que com o bem-estar psicológico, devido às consequências imediatas que a perceção de halitose têm na vida do indivíduo e ao facto do bem-estar psicológico estar mais relacionado com situações mais duradouras.

Sendo o bem-estar subjetivo tão frequentemente associado à felicidade (e.g, Diener, 1997), consideramos importante avaliar em que medida a perceção de halitose afeta o bem-estar através da análise dos níveis da felicidade dos indivíduos.

Existem diversas definições de felicidade, a maioria reporta-a como estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e prazer. Ekman (1992), por exemplo, afirma que a felicidade é uma emoção básica.

A partir da análise de publicações sobre o bem-estar subjetivo - felicidade, depreende-se que este pode ser percebido enquanto: a) traço (Diener, 1984, 1996; Michalos, 1980); b) estado (Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995); ou c) “estar no controlo de sua vida” (Csikszentmihalyi, 1999; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995).

A felicidade percebida como traço (ser feliz) é considerada como uma predisposição para interpretar as experiências da vida de forma positiva. As pessoas muito felizes possuem um sistema emocional que reage de forma apropriada às circunstâncias da vida diária (Seligman, 2002).

A felicidade percebida como estado (estar feliz) é o resultado de muitos momentos de felicidade na vida. De acordo com Glatzer (1987), a felicidade é concebida como um estado emocional produzido por eventos positivos e negativos, bem como por experiências de vida.

A felicidade percebida como “estar no controlo da vida” incorpora-se na percepção de que a felicidade é o resultado de uma vida repleta de complexas atividades flow, isto é de atividades que conduzem a uma sensação de profunda satisfação (Csikszentmihalyi, 1992), e esse resultado é atingido por pessoas que julgam valioso e importante tudo o que realizam além de se mostrarem menos dependentes de recompensas externas.

Tendo em conta, o impacto da saúde no bem-estar e esta forte ligação entre o bem-estar subjetivo e a felicidade, interessa perceber em que medida a autopercepção de halitose influencia a felicidade, pelo que colocamos a hipótese seguinte:

Hipótese 1: A autopercepção de halitose diminui a *Felicidade* dos indivíduos.

Emoções.

Watson (2000), considera que as emoções positivas são tanto causa como consequência da felicidade, e estando a felicidade associada ao bem-estar subjetivo, interessamos ainda entender, de que forma o bem-estar do indivíduo é afetado ao nível das restantes emoções positivas e negativas, quando este percebe que é portador de halitose.

Falar sobre mau hálito pode ser desconfortável para o portador, que raramente relata que o motivo principal da consulta ao dentista seja a preocupação com o seu odor oral, pelo

que, o dentista pode ter dificuldade em diagnosticar halitose aos seus pacientes (Tangerman, 2002). O especialista de medicina dentária deverá inserir na anamnese – perguntas para conhecer paciente na primeira consulta - questões que abordem o assunto, pois em 10 a 20% dos casos (Tangerman, 2002), a halitose pode evidenciar uma patologia sistêmica. Além disso, o dentista pode exercer uma importante função ao promover melhorias na qualidade de vida dos seus pacientes, ajudando os pacientes a sentirem-se capazes de se integrar na sociedade com impacto positivo na vida social e familiar, melhorando qualitativamente a sensação de bem-estar e confiança nas relações que estabelece.

A literatura identifica várias perturbações por parte de quem sofre de halitose, tais como: baixa autoestima, insegurança, ansiedade e conseqüentemente mal-estar (Ciçek, Orbak, Tezel, Orbak e Erciyas, 2003, Coil et al, 2002), Lee, Mak e Newsome, 2004).

A halitose também interfere negativamente no relacionamento interpessoal e na harmonia familiar que pode ser quebrada pela sensação de repugnância gerada mesmo nas pessoas mais tolerantes. Nem sempre o paciente se apercebe da sua patologia e os amigos e parentes, por vezes, não têm coragem de revelar a razão do isolamento dos portadores de halitose severa. O sofrimento de alguns vai até ao não casar, afastarem-se daqueles de quem mais gostam por vergonha. Existem também alguns casos pontuais de pacientes que cometeram suicídio devido à halitose (Yaegaki, 2000; Coil, et al, 2002). As emoções são assim uma das componentes do bem-estar subjetivo que deve ser tida em conta quando abordamos a halitose.

Por um lado, alguns autores consideram que os estados emocionais positivos podem promover percepções saudáveis, crenças e inclusive o próprio bem-estar (e.g, Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000), por outro, diversos autores referenciam que a satisfação laboral tem sido estudada enquanto “estado emocional positivo que resulta da avaliação da experiência de trabalho” (Locke, 1976) ou como a resposta afetiva à situação de trabalho (Brooke, Russell & Price, 1988).

Warr (1990), apresenta um modelo sobre as emoções, no qual o bem-estar no trabalho é representado por três eixos, derivados a partir de duas dimensões ortogonais – o prazer e a vigilância/excitação - e as suas combinações.

O primeiro eixo deste modelo, manifesta-se nos sentimentos de prazer e desprazer, associando-se, à satisfação ou insatisfação no trabalho. O segundo eixo é representado por sentimentos de ansiedade (alta excitação e baixo prazer) ou contentamento (alto prazer e baixa

excitação). Já o terceiro eixo configura-se nos sentimentos de depressão (baixo prazer e excitação) ou entusiasmo (alto prazer e excitação).

De acordo com Warr (1990), os três eixos de mensuração do bem-estar ocupacional são inter-relacionados, embora constituam aspetos distintos do mesmo, conforme demonstra o facto de cada um deles se associar a diferentes características pessoais e da tarefa. Fundamentando-se em tais pressupostos, Warr (1990), desenvolveu uma escala de bem-estar afetivo no trabalho, destinada a avaliar o eixo da ansiedade/contentamento, e da depressão/entusiasmo.

A hipótese, que foi confirmada no estudo de Warr (1987), defendia que o bem-estar no trabalho compreende emoções/humores e a perceção de expressividade e realização pessoal no trabalho, o que sustenta a ideia, de que o contexto de trabalho se apresenta como um lugar privilegiado de emoções e, de realização e de construção da felicidade pessoal. Aliás com o aumento da competitividade no mundo dos negócios, as organizações têm se preocupado em valorizar os seus colaboradores e em criar as condições necessárias para o seu bom desempenho e satisfação. A premissa de que o alcance da felicidade pessoal é possível no trabalho impele os profissionais de gestão de pessoas a identificar estratégias eficazes na promoção do bem-estar (Blair, 1995; Witmer, 1995; Chenoweth, 1995; Baum, 1995; Shepard, 1995).

Em estudos subsequentes (Daniels & Guppy, 1997; Daniels, 2000), relativamente às emoções, chegou-se a uma estrutura composta por cinco fatores bipolares de primeira ordem (ansiedade/conforto; depressão/prazer; tédio/entusiasmo; cansaço/vigor; raiva/complacência), que são descritos por dois fatores de segunda ordem, definidos por uma dimensão de afeto negativo e uma de positivo. Já Waterman (1993), demonstra que situações distintas conduzem a experiências de bem-estar diferentes e que tanto as emoções agradáveis quanto a perceção de realização importam.

Segundo Van Horn et al (2004; Paschoal & Tamay, 2008), o bem-estar é especialmente refletido no estado emocional. Para Daniels (2000; Paschoal & Tamay, 2008), o bem-estar afetivo em relação ao trabalho, consiste numa experiência cumulativa de afetos, relativa a domínios específicos da vida.

Em 2003, Warr define o bem-estar no trabalho em termos unicamente afetivos (humores e emoções), mas, em 2007 passa a defender dois elementos centrais no bem-estar laboral: 1) felicidade hedónica (sentimentos de prazer a curto prazo vivenciados pelo

indivíduo) e 2) aspetos eudemónicos (de longo prazo - desenvolvimento de atributos pessoais, exploração do próprio potencial, realização e expressão de si mesmo), (Caetano e Silva (2009).

Diener et al (1999), observou que as emoções momentâneas são fortemente influenciadas por fatores situacionais. No entanto, o impacto decorrente de eventos imediatos pode ser substancial: as pessoas podem levar anos para se adaptar a algumas situações fortemente negativas. O tempo de adaptação pode variar não só entre indivíduos, mas entre eventos da vida para um mesmo indivíduo, em diferentes momentos, embora as emoções negativas precisem de um tempo maior que as emoções positivas para que a adaptação ocorra (Frijda, 1988). Segundo Suh et al (1996), as pessoas reagem a estes acontecimentos apenas por um período de tempo curto (menos de três meses), retornando a uma linha de base estável, determinada pela sua personalidade. A perceção de halitose pode ser momentânea e ocorrer de forma descontinuada, ou mais contínua e prolongar-se no tempo, pelo que a necessidade de adaptação e a gestão emocional relativamente a esse facto, terá diferentes níveis.

Com este estudo, e de acordo com a revisão de literatura sobre as emoções, ocorre-nos questionar se a halitose também terá impacto nas emoções, condicionando o bem-estar do indivíduo. Isto é, ao perceber a halitose o sujeito pode diminuir as emoções positivas (como a determinação, a força, o entusiasmo, o orgulho, entre outras) e aumentar as emoções negativas (como a tristeza, a culpa, a hostilidade, a irritação, a vergonha, receio, entre outras), todavia não existem estudos que confirmem esta relação pelo que gostaríamos de testar a sua existência.

Assim consideramos as seguintes hipóteses:

Hipótese 2: A autoperceção de halitose diminui as *Emoções positivas* dos indivíduos.

Hipótese 3: A autoperceção de halitose aumenta as *Emoções negativas*.

Comportamentos.

Diener (2012), considera que os seres humanos foram evolutivamente selecionados para níveis positivos de felicidade. Na realidade, o bem-estar tem sido analisado à luz de duas linhas com base na positividade: uma desenvolvida por Bradburn (1969), que distingue o afeto positivo do negativo, apresentando a felicidade como o ponto de equilíbrio entre os dois;

e outra defendida por Ryff & Keyes (1995), que foca a satisfação de vida como o indicador de bem-estar mais importante.

Para alguns autores, a satisfação global no trabalho é realmente um dos principais componentes do bem-estar subjetivo (Warr, 1994; Parker, Chmiel & Wall, 1997; Zalewska, 1999; Martinez, & Paraguay, 2003).

No modelo apresentado por Danna e Griffin (1999), o conceito de bem-estar é mais amplo e abrangente do que o conceito de saúde e compreende as satisfações que o indivíduo sente com diversos aspetos da vida dentro e fora do trabalho (figura 29). A saúde é definida como um antecedente, mas também como uma consequência do bem-estar e engloba indicadores psicológicos e fisiológicos (Danna & Griffin, 1999).

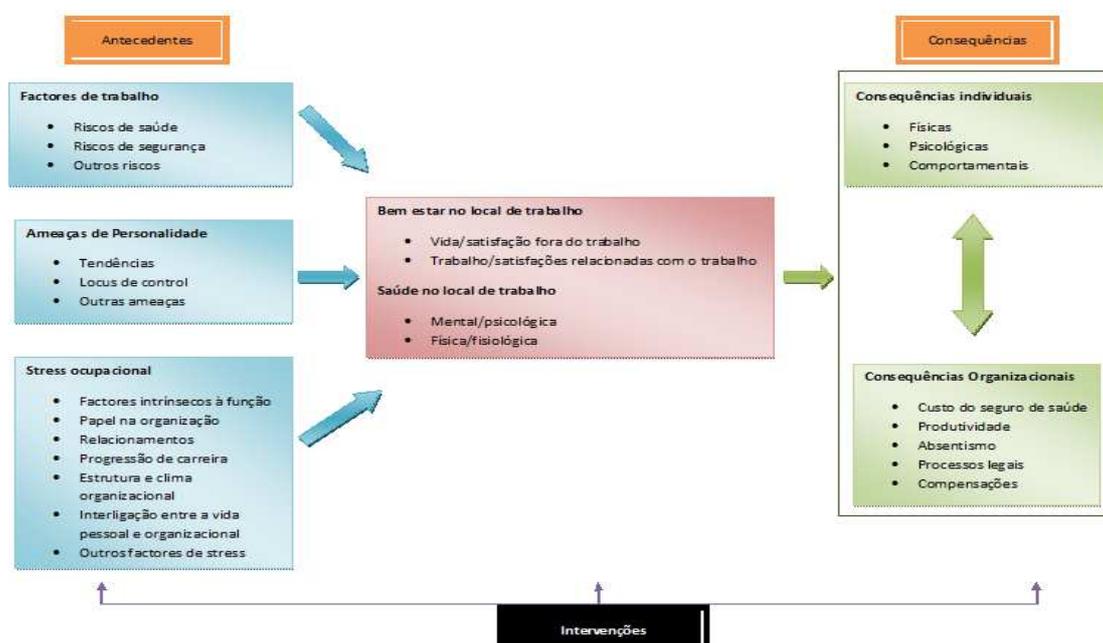


Figura 28. Modelo de bem-estar no trabalho de Danna e Griffin (1999).

De acordo com Danna e Griffin (1999) o bem-estar e a saúde são influenciados por três tipos distintos de antecedentes: o contexto de trabalho (que incluiu diversos perigos para a saúde e segurança no trabalho), a personalidade dos indivíduos e o stress que tem origem na própria ocupação dos indivíduos. Ao nível das suas consequências, os autores identificam quer as consequências individuais (físicas, psicológicas e comportamentais) e as consequências organizacionais. Por exemplo, a redução do bem-estar nas organizações pode levar ao aumento do absentismo e redução da produtividade dos colaboradores.

Pretendemos analisar em que medida os comportamentos dos participantes, que irão ser medidos durante uma dinâmica de grupo, são afetados pela percepção de halitose. Segundo Bandura (1977, 1982, 1986), a autoeficácia é “a crença do indivíduo sobre as suas capacidades de exercer controlo sobre acontecimentos que afetam a sua vida e a crença nas suas capacidades para mobilizar motivação, recursos cognitivos e implementar ações que lhe permitam exercer controlo sobre tarefas exigidas” (Bandura, 1991; Oliveira, 2009).

A ação e atenção na tarefa são influenciadas pela distração, acabando o sujeito por se centrar em si próprio devido à preocupação com a percepção de incapacidade (Bandura, 1982), pois a percepção que os indivíduos têm das suas capacidades condiciona o seu comportamento, o seu nível de motivação, o seu padrão cognitivo e a sua vertente emocional (O’Leary, 1985; Oliveira, 2009).

São quatro as fontes que dão origem às crenças de autoeficácia atuando de forma independente ou combinada (Bandura 1986; Oliveira, 2009; Schunk, 1995): 1) as experiências de êxito - Êxitos continuados em tarefas similares proporcionam informação ao sujeito de que pode ter sucesso numa nova tarefa; 2) as experiências vicárias – isto é, a observação de colegas que conseguem bons resultados sugere que o sujeito também ter sucesso em desafios semelhantes; 3) a persuasão verbal (se for comunicado que tem as capacidades para realizar a tarefa, principalmente se partir de uma pessoa com credibilidade e se houver a comprovação dos factos); 4) os estados psicológicos associados a emoções positivas ou negativas, que influenciam a forma como as situações são percebidas.

A crença de autoeficácia é assim, o resultado do processamento de informações recebidas e da ponderação de diversos fatores pessoais e ambientais (Bandura, 1986; Oliveira, 2009). Neste estudo, além das dificuldades inerentes à atividade que propomos aos participantes pretendemos informa-los de que têm um certo nível de halitose, com o intuito de avaliar em que medida, essa informação e a própria autopercepção de halitose por parte do indivíduo condiciona os seus comportamentos ao executar a tarefa.

Conforme foi mencionado no estudo 2, a maioria dos estudos apresenta o comportamento como um resultado final associado a uma intensão positiva (e.g. Côté, Godin & Gagué, 2004; Figueiras, Marcelino & Ferreira, 2009; Moan & Rise, 2005). Por exemplo, com pacientes renais crónicos (Rudnicki, 2007; Barbosa, Andrade & Bastos, 2007), dependentes do tabaco (Miguel & Araujo, 2007), e com HIV (Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005), sendo que se pretendia obter da parte dos pacientes comportamentos positivos de

compromisso e adesão aos tratamentos propostos. Todavia, são poucos os estudos que demonstram que a autopercepção de saúde, e mais especificamente da saúde oral - halitose, tem impacto negativo nos comportamentos dos indivíduos (afastamento/ evitamento social). Embora, sejam propostos por alguns autores, alguns padrões de comportamento, como cobrir a boca, manter distância das outras pessoas ou até evitar a interação social (Bosy, 1997).

Assim, e tendo por base o modelo de Danna e Griffin (1999) e a revisão de literatura sobre a autoeficácia, consideramos interessante analisar se, de facto, basta que os indivíduos julguem que têm halitose, para que a forma como avaliam determinada situação (dinâmica de grupo), esta seja influenciada ao nível dos comportamentos físicos. Assim, como primeira hipótese deste estudo temos:

Hipótese 4: A autopercepção de halitose aumenta os *comportamentos de afastamento/ evitamento social*.

Pertinência do estudo

Este estudo analisa o efeito da percepção de halitose no bem-estar subjetivo dos indivíduos, mais concretamente, na felicidade (Ryff, 1989), nas emoções (Warr, 1990; Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000) e nos comportamentos físicos (Yaegaki & Coil, 1999).

Até à data, não existe na literatura nenhum estudo empírico que manipule diretamente a autopercepção de halitose nos indivíduos, nem era claro na literatura, se a halitose diminui de facto, o bem-estar dos indivíduos, pelo que se tornou necessário realizar uma experiência. Além disso, a investigação neste domínio tem sido quase exclusivamente médica e não segue a vertente psicológica, pelo que este estudo apresenta uma abordagem inovadora.

Consideramos ainda que este trabalho, além de poder ser uma mais-valia para os indivíduos, também será para a sociedade e as organizações, no sentido de tomarem consciência do impacto da halitose no bem-estar dos seus colaboradores e da necessidade de medidas de prevenção e tratamento.

Método

Participantes

Neste estudo participaram 96 alunos de diversas licenciaturas e mestrados do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, sendo 54.2% do sexo feminino. Os indivíduos tinham idades compreendidas entre 18 a 42 anos (média = 20,26; d.p. = 2,9).

Design

Foi utilizado um plano fatorial 2 (manipulação visual: com manipulação visual; sem manipulação visual) X 2 (manipulação gustativa: com alteração de sabor; sem alteração de sabor). Os participantes foram distribuídos aleatoriamente pelas quatro condições experimentais para a análise dos efeitos da halitose na felicidade, nas emoções e comportamentos dos indivíduos.

Procedimento

Os participantes voluntários responderam a um convite a participar num rastreio gratuito de hálito incluído num programa comunitário de saúde oral. No sentido de tornar o cenário mais realista, foram enviado emails informativos, afixados posters e distribuídos folhetos anunciando um rastreio gratuito ao hálito. Foi divulgada a participação de um especialista de estomatologia da Universidade de Sevilha assim como a utilização de tecnologia inovadora no rastreio.

O procedimento experimental desenvolvido para este estudo consistiu numa experiência dividida em 3 partes. Nesse sentido, o laboratório também foi dividido também: 1 - uma sala para realizar uma dinâmica de grupos; 2 – uma sala onde os participantes eram acolhidos e escutavam o debriefing inicial sobre a halitose, dado pelo dentista, especialista de estomatologia, vestido com bata, luvas e máscara; 3 – e uma terceira sala para testes - onde estavam tiras, uma substância química, e uma máquina de medição do hálito para realizar 3 testes.

Parte 1.

À chegada foi oferecido a cada indivíduo um número aleatório para colocar ao peito. Foram convidados a sentar-se e escutar um debriefing de 10 minutos sobre a halitose dado por um especialista de estomatologia de Sevilha numa sala preparada para o efeito. Após este debriefing inicial, foi-lhes pedido para preencherem um questionário (pré-teste) médico sobre os hábitos de higiene oral e que englobava igualmente a escala de emoções PANAS de Watson e Clark (1988), a escala de comportamentos associados à percepção de halitose (Nunes, 2009) e a escala da felicidade (Diener, 2000). Foi-lhes comunicado individualmente que um a um, os participantes, fariam os três testes de medição de halitose, numa sala do laboratório de psicologia, ao lado da sala do debriefing. Na sala de teste existiam tabuleiros com copos de plástico preparados para a experiência com o nº de cada sujeito.

1º Teste - Manipulação visual (tira)

Os participantes tinham de bochechar a água de um copo, misturá-la com a sua saliva e voltar a colocar essa água no copo (figura 31). Foi molhada uma tira nessa água com saliva para ver o ph da mesma e se tinham propensão para o mau hálito (a tira dos grupos manipulados – ficava preta demonstrando mau hálito, com um pingo de sumo de limão); ou se não tinham (a tira do grupo de controlo – mantinha-se amarela sem mau hálito, com um pingo de soro fisiológico). Este primeiro teste consistiu na manipulação visual. A tira que na realidade mede o ph, reagem a soluções ácidas (sumo de limão).



Figura 29. Primeiro teste – Manipulação visual

2º Teste - Manipulação gustativa.

Foi comunicado aos participantes que tinham de experimentar uma substância que mede a propensão para o hálito (figura 32). Caso lhes soubesse a mentol teriam pouca propensão para

sofrer de halitose; caso lhes soubesse mal (substância manipuladora - cistáina), teriam propensão elevada para a halitose e nesse caso seria melhor irem a uma consulta com o especialista.



Figura 30. Segundo teste

3º Teste - Tarefa distratora

Foi ainda pedido aos sujeitos para participarem num terceiro teste o qual visava medir o hálito através da respiração. Os participantes sopraram para uma seringa e o ar era expelido para uma máquina de alta tecnologia. Trata-se de um exame da halimetria com Oralchroma® (figura 33). Foi-lhes dito que tinham de esperar 30 minutos para saber esse resultado, que na realidade já não iriam saber, pois apenas servia para poderem estar mais 30 minutos na sala.



Figura 31. Terceiro teste

Parte 2.

Nos 30 minutos de espera, os participantes foram convidados a participar numa outra tarefa como se esta em nada estivesse relacionada com o rastreio que estavam a realizar. Foram formados grupos de 4 pessoas (1 pessoa de cada condição por grupo), (figura 33):



Figura 32. Quatro condições de análise

- a) *Condição visual* - 1 Indivíduo – Estes sujeitos foram informados de que tinham um elevado grau de halitose no teste 1: Os próprios viram a tira mudar de cor, ficar preta, depois de ser molhada na sua saliva e de seguida ser exposta ao líquido manipulado (limão), representando um **elevado** nível de halitose. No teste 2, a solução de menta **não acusou** o hálito. Era o grupo experimental da manipulação visual. Estes indivíduos ficaram com os números dados na entrada (1, 5, 9, 13, 17...)
- b) *Condição gustativa* - 1 Indivíduo – Estes sujeitos foram informados de que tinham baixo grau de halitose no teste 1: Os próprios viram a cor da tira manter a cor amarela, depois de ser molhada na sua saliva e de seguida ser exposta ao líquido (soro fisiológico), representando um **baixo** nível de halitose. No teste 2, a solução de mau sabor **acusou o hálito**. Era o grupo experimental da manipulação gustativa. Estes indivíduos ficaram com os números dados na entrada (2, 6, 10, 14, 18...)
- c) *Condição visual e gustativa* - 1 Indivíduo – Estes sujeitos foram informados de que tinham um elevado grau de halitose no teste 1: Os próprios viram a tira mudar de cor, ficar preta, depois de ser molhada na sua saliva e de seguida ser exposta ao líquido manipulado (limão), representando um **elevado** nível de halitose. No teste 2, a solução de mau sabor **acusou o hálito**. Era o grupo experimental da manipulação visual e gustativa. Estes indivíduos ficaram com os números dados na entrada (3, 7, 11, 15, 19...)
- d) *Grupo de controlo* - 1 Indivíduo – Estes sujeitos foram informados de que tinham um baixo grau de halitose no teste 1: Os próprios viram a cor da tira manter a cor amarela, depois de ser molhada na sua saliva e de seguida ser exposta ao líquido (soro fisiológico),

representando um **baixo** nível de halitose. No teste 2, a solução de menta **não acusou** mau hálito. Era o grupo de controlo, sem manipulação. Estes indivíduos ficaram com os números dados na entrada (4, 8, 12, 16, 20...)

Na dinâmica de grupos foi pedido a cada grupo de 4 pessoas (uma de cada condição) que adivinhassem um nome de um filme de 4 palavras, sendo que cada palavra adivinhada pelo grupo era dada num papel a cada elemento do grupo para que este a transmitisse ao grupo apenas pelo movimento dos lábios, sem emitir qualquer som (figura 34).

As regras do jogo explicadas foram as seguintes:

1. Cabe a cada um dos quatro participantes transmitir uma das quatro palavras de que é composto o título do filme.
2. Cada participante (aleatório) deve dirigir-se à mesa T e buscar um papel com a palavra (secreta).
3. Voltado para os restantes três elementos da equipa e de mãos atrás das costas, pode posicionar-se à distância que quiser dos companheiros, e deve articular a palavra apenas através do movimento dos lábios e sem emitir qualquer som. Qualquer um dos três restantes elementos deve procurar adivinhar a palavra.

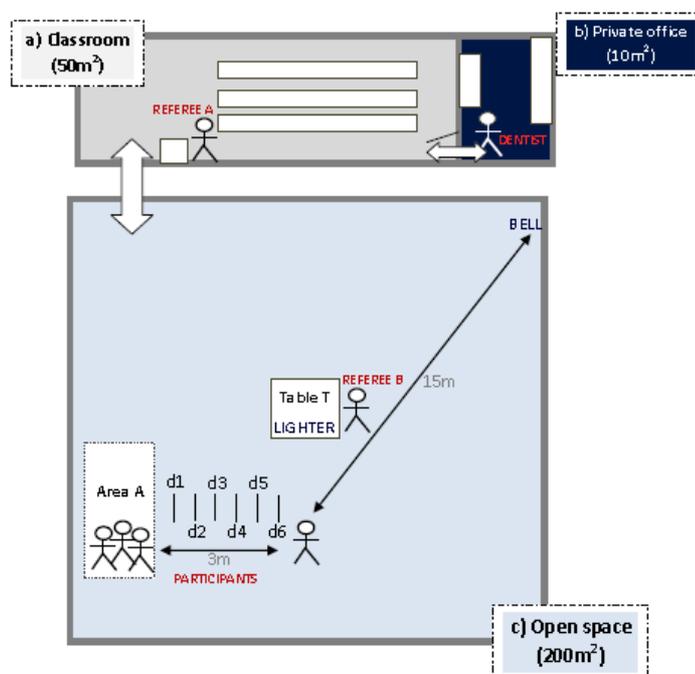


Figura 33. Cenário

4. Quando a palavra for adivinhada a prova fica concluída apenas quando o sujeito emissor da palavra realiza uma de duas tarefas possíveis:

- a. Deslocar-se à mesa T e soprar de forma a apagar a chama de um isqueiro que um juiz segura com a mão direita (a apenas cerca de 30 cm por diante da sua própria cara).
- b. Tocar um sino, situado no chão a cerca de 15 metros de distância do lugar.

O juiz que estava presente durante a atividade, observou a distância a que cada elemento da equipa se posicionava quando desempenhava o papel de emissor da palavra com a ajuda de adesivos presentes no chão, orientadores da distância em relação à área A. Depois, a distância observada foi registada numa tabela, juntamente com o número do grupo e o número do participante. Os adesivos (d1, d2, d3, d4, d5 e d6) correspondiam a medidas de 0,5 metros, e terminavam nos 3 metros de distância em relação à área A. Outros adesivos foram colocados no chão do recinto para que os participantes não se apercebessem que pudesse haver uma marcação propositada no chão. O juiz registou também se o participante optava por soprar o isqueiro ou tocar o sino (Figura 35).

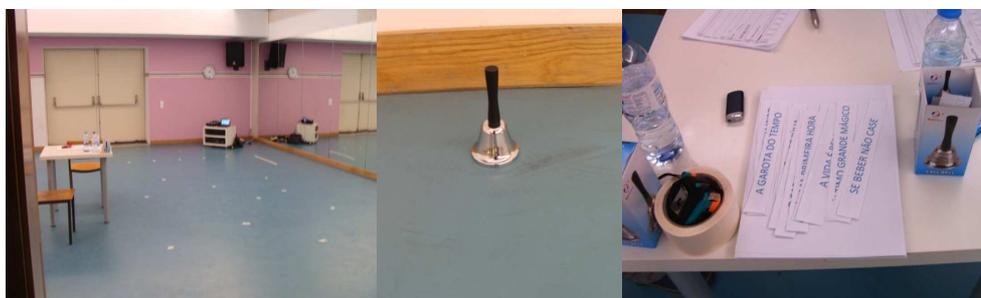


Figura 34. Cenário em fotografia

Na eventualidade de algum dos participantes se recusar a participar no jogo (e supostamente inesperado pois não havia sido anunciado previamente), ser-lhe-ia facultado um questionário para preencher. No entanto, todos os indivíduos aceitaram participar.

Parte 3.

Após 20 minutos:

- a) Os sujeitos responderam a um questionário final, com uma escala de motivos que os preocuparam durante a dinâmica de grupos para testar a percepção de manipulação, a escala de emoções PANAS de Watson e Clark (1988), uma escala de comportamentos associados à percepção de halitose (Nunes, 2009) e uma escala da felicidade (Diener, 2000).
- b) Os sujeitos foram avisados dos objetivos pretendidos e esclarecidos acerca da experiência, tendo a possibilidade de realizar uma consulta grátis com o especialista em hálito caso tivessem um problema real a este nível.

Os indivíduos foram avaliados através de três itens cruzando os dados: Se os sujeitos com mau hálito aceitam participar na segunda parte (aceitação); escala da felicidade, das emoções; e de comportamentos associados à percepção de halitose.

Temos como variáveis dependentes as emoções, os comportamentos e a felicidade e como variável independente a percepção de halitose – manipulada.

Operacionalização das variáveis

A *Felicidade* foi medida por 10 itens da escala de felicidade, Satisfaction With Life Scale - SWLS (Diener, 2000). Os participantes responderam numa escala de 6 pontos (discordo totalmente, discordo muito, discordo em parte, não discordo nem concordo, concordo em parte, concordo muito, concordo totalmente), às seguintes questões: por exemplo, “em geral estou satisfeito com a minha vida”; “em comparação com as pessoas que conheço considero-me mais feliz”.

As *Emoções* foram medidas por 20 itens adaptados da escala PANAS - *Positive Affect Negative Affect Schedule* (Watson e Clark, 1988). Os participantes responderam numa escala de 5 pontos (1= nunca; 2= raramente; 3= algumas vezes; 4= muitas vezes; 5= muitíssimas vezes) em que medida sentiam cada emoção apresentada no último mês. Por exemplo, “sente-se interessado, forte, envergonhado, irritável”.

Para medir os *Comportamentos associados à percepção de halitose* usámos o indicador de aceitação de participação na dinâmica de grupos, e a escala de *Comportamentos associados à percepção de halitose* (Nunes, 2010). Os participantes indicaram numa escala de

5 pontos (1= nunca; 5= sempre) a frequência que sentiu no último mês cada uma das situações apresentadas. Exemplo dos itens são: “*O meu hálito limita-me o falar*”; *Faz-me distanciar quando estou a conversar*; *Faz-me tapar a minha boca com a mão*”.

Resultados

Começamos por analisar um conjunto de indicadores no sentido de verificar se haveria diferenças entre os grupos de manipulação e o grupo de controlo no tempo 1, antes da manipulação relativamente à sua perceção nas perguntas de teor médico.

Relativamente às questões de higiene oral a maioria dos participantes: considera a sua saúde oral média ou boa; lava os dentes duas vezes por dia; considera que sente mau hálito uma a duas vezes por semana; não recorreu a um profissional devido ao mau hálito; vai uma a duas vezes por ano ao dentista; considera que não têm mau hálito; nunca ninguém lhe disse que estava com mau hálito. Em relação às questões de sintomas de saúde oral, a maioria de respostas dos sujeitos em cada um dos problemas apresentados foi negativa, exceto nas questões sobre se tinham a boca seca, se tinham sangramento e se tinham aftas.

Para verificar se havia diferenças entre os grupos antes da manipulação, em relação às questões de vertente médica usámos o procedimento estatístico ANOVA, com comparações múltiplas para variáveis contínuas, como em todos os testes obtivemos um $p > .05$, concluímos que os grupos não apresentam diferenças significativas nas perguntas de teor médico.

Verificação da manipulação

Foram realizadas duas análises de variância univariadas (ANOVA) para verificar em que medida a manipulação experimental tinha sido induzida como pretendido. Analisámos as variáveis: receio de ter mau hálito, preocupação com o mau sabor e a preocupação com o resultado da tira, no tempo 2.

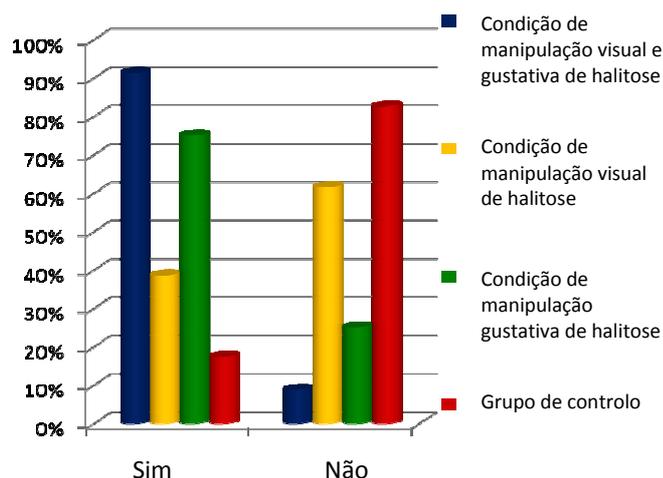


Figura 35. “Preocupação com o mau sabor”

Quadro 38. *Verificação da Manipulação Experimental: Número de Casos que referiram Sentir a Boca com Mau Sabor durante a Dinâmica de Grupo*

		Condição manipulação da tira	Condição manipulação sabor	Condição manipulação da tira e sabor	Condição grupo de controlo	N
Preocupação com Mau Sabor	Não	16	7	2	19	44
	Sim	10	17	21	4	52
Total		26	24	23	23	96
Pearson Chi-Square		30.575*				

**p<.001; *p<.05

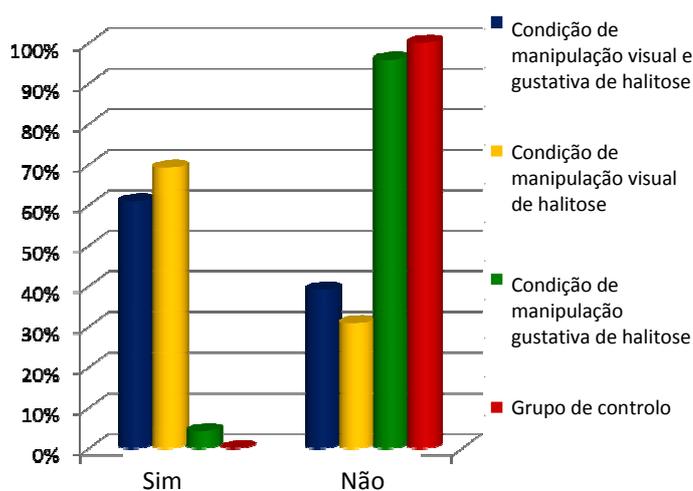


Figura 36. “Preocupação por a tira mostrar que tenho halitose”

Quadro 39. *Verificação da Manipulação Experimental: Número de Casos que referiram Pensar no facto da Tira ter indicado o seu Nível do Hálito durante a Dinâmica de Grupo*

		Condição manipulação da tira	Condição manipulação sabor	Condição manipulação da tira e sabor	Condição grupo de controlo	N
Preocupação com resultado da Tira	não	8	23	9	23	63
	sim	18	1	14	0	33
Total		26	24	23	23	96
Pearson Chi-Square		42.916*				

**p<.001; *p<.05

Conforme esperado, os grupos experimentais tiveram valores significativamente diferentes (superiores) dos do grupo de controlo na variável do receio de ter mau hálito, da preocupação com o mau sabor ($\chi^2(3) = 30,575$ p= 0,000), (figura 36, Quadro 38) e da preocupação com o resultado da tira ($\chi^2(3)=42.916$ p=0.000), (figura 37, Quadro 39).

O grupo da manipulação da tira e sabor, teve um resultado superior aos outros grupos na resposta sim, para a variável mau sabor (p<.05) e o grupo da manipulação da tira, teve um resultado superior ao dos outros grupos na resposta sim, da variável tira (p<.05). O grupo de controlo não acusou qualquer resultado na variável da tira, mas 4 destes 23 participantes referiram a preocupação com o mau sabor, e 2 referiram o receio de ter mau hálito (p<.05).

Itens sem diferenças significativas entre os grupos

Noventa e seis pacientes participaram da investigação, todos de nacionalidade Portuguesa, com idades entre os 18 e os 24 anos, estudantes e solteiros (Quadro 40).

Os grupos são equivalentes em termos de composição de género, $\chi^2(3) = 4,993$, p=0,172), composição etária, F (3,91) = 1,212, p=0,310, o número médio de visitas ao dentista por ano, F (3, 92) = 0,413, p = 0,744, e referências a problemas respiratórios, $\chi^2(3)=2.464$, p=0,482) .

Quadro 40. *Género, Idade e Nacionalidade*

		Manipulação da tira	Manipulação do sabor	Manipulação da tira e sabor	Grupo de controlo	N
N		26	24	23	23	96
Género	Masculino	14	13	6	11	44
	Feminino	12	11	17	12	52
Idade	(média)	21.12	20.00	19.61	20.22	
Nacionalidade	Portuguesa	26	24	23	23	96

Quanto a questões clínicas de higiene oral, a maioria dos participantes: considerar a sua saúde oral média / boa (91,7%), escovar os dentes duas vezes por dia (67,7%), afirmam que se sentem mau hálito uma ou duas vezes por semana (58,3%); nunca procurou ajuda profissional devido ao mau hálito (91,7%), ir ao dentista uma vez ou duas vezes por ano (64,6%), consideram não ter mau hálito (77,1%), ninguém nunca lhes disse que eles tinham mau hálito (81,3%) e apenas 3,1% mencionam o uso de próteses. Em relação aos sintomas sofridos ao longo do ano passado, a maioria dos indivíduos "respostas para cada um dos problemas apresentados foram essencialmente negativa: saburra lingual (1%), a cárie dentária (35,4%), abscessos (6,3%), gengivite (2,1 %), amigdalite caseosa (1%), amigdalite (20,8%), sinusite (24%) e rinite (13,5%). As exceções foram boca seca (61,5%), sangramento de escovar os dentes (60,4%) e úlceras na boca (66,7%). No entanto, não houve diferenças significativas entre os grupos.

Diferenças nas várias condições relativamente à variável dependente

Felicidade.

Em relação à escala de Satisfação com a Vida (SWLS), foi concebido o índice Geral de Felicidade para avaliar se existem diferenças significativas entre os quatro grupos. O teste estatístico utilizado para este fim foi o One-Way ANOVA. As hipóteses deste teste, ou seja, o pressuposto da normalidade dos valores distributivos e a assunção da homogeneidade das variâncias foram analisados usando os testes de Kolmogorov-Smirnov e Levene.

As diferenças entre os quatro grupos na *Felicidade* não são estatisticamente significativas, $F(3, 92) = 0,051$, $p = 0,929$ (Quadro 41).

Quadro 41. *Teste ANOVA - As Condições Experimentais e os Valores na Felicidade*

	<i>N</i>	\bar{x}	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Condição manipulação da tira	26	47.730		
Condição manipulação sabor	24	47.625	0.151	0.959
Condição manipulação da tira e sabor	23	46.913		
Grupo de controlo	23	48.521		

**p<.001; *p<.05

A hipótese da normalidade da distribuição dos valores na *Felicidade* para a condição manipulação da tira e sabor é rejeitada, no entanto, uma vez que o pressuposto da homogeneidade das variâncias foi provado e uma vez que a análise de variância é um teste que é resistente à violação dos pressupostos de normalidade, contanto que a homogeneidade seja comprovada, continuamos com a análise a esta variável.

Assim, as diferenças entre os quatro grupos na *Felicidade* foram estatisticamente significativas, $F(3, 92) = 0,047$, $p = 0,043$ (Quadro 42).

Quadro 42. *Teste ANOVA - As Condições Experimentais e os Valores na Felicidade*

	<i>N</i>	\bar{x}	<i>F</i>	<i>Sig</i>
Condição manipulação da tira	26	46.384		
Condição manipulação do sabor	24	46.583	0.047	0.043*
Condição manipulação da tira e sabor	23	44.043		
Grupo de controlo	23	47.739		

**p<.001; *p<.05

Relativamente às diferenças entre tempo 1 e 2, foi utilizado o teste t de Student para amostras pareadas. O teste de Wilcoxon para amostras pareadas foi utilizado no grupo Condição manipulação da tira e sabor, porque a normalidade dos valores distributivos na *Felicidade* foi rejeitada neste grupo.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos condição manipulação da tira, condição manipulação do sabor e grupo de controlo no tempo 2 (Quadro 43).

Quadro 43. *Teste T de Student para Amostras Pareadas - As Condições Manipulação da Tira, Manipulação do Sabor e Grupo de Controlo na Felicidade*

		\bar{x}	N	X^2	Sig
Condição manipulação da tira	T0	46.913	26	1.248	0.234
	T1	44.043	26		
Condição manipulação do sabor	T0	46.913	24	1.041	0.309
	T1	44.043	24		
Grupo de controlo	T0	46.913	23	1.161	0.258
	T1	44.043	23		

**p<.001; *p<.05

No entanto, houve uma redução significativa na percepção de *Felicidade* para o grupo de manipulação halitose visual e gustativa no tempo 2 ($Z(23)=1.523$, $p=0.028$), (Quadro 44).

Quadro 44. *Teste de Wilcoxon para Amostras Emparelhadas: Condição Manipulação da Tira e Sabor na Felicidade.*

		X^{\wedge}	N	X^2	Sig
Condição manipulação da tira e sabor	T0	46.913	23	1,523	0,028*
	T1	44.043	29		

**p<.001; *p<.05

A interação entre percepção visual e a percepção gustativa foi estatisticamente significativa no nível de *Felicidade* global dos participantes ($F(3, 92) = 7,22$, $p < .01$, $\eta^2 = .82$), (figura 38).

As variáveis percepção gosto e percepção visual têm impacto na *Felicidade* dos participantes, sendo que o impacto da percepção visual na *Felicidade* aumenta significativamente quando a percepção gosto não está presente.

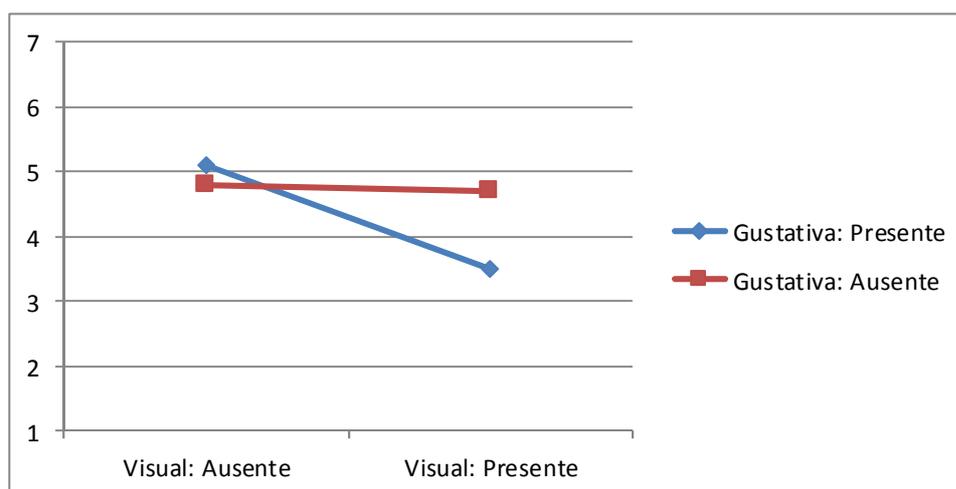


Figura 37. Média da felicidade global no Tempo 2 em função da percepção gustativa e percepção visual

Emoções.

Para testar os efeitos da autopercepção de halitose nas variáveis *Emoções negativas e positivas* dos indivíduos foi realizado um conjunto de análises de variância (ANOVA - teste paramétrico, robusto que serve para comparar 3 ou mais grupos independentes). Fomos verificar primeiro se existiam diferenças nas variáveis dependentes no tempo 1.

De acordo com os valores do teste F verificamos que os grupos são iguais no Tempo 1 (antes da manipulação), para as *Emoções positivas e negativas* (Quadro 45).

Quadro 45. ANOVA - Diferenças entre Grupos Experimentais e de Controlo em Relação às Emoções Negativas e Positivas no Tempo 1.

	Condição manipulação da tira		Condição manipulação sabor		Condição manipulação da tira e sabor		Condição grupo de controlo		F
	Média	Sd	Média	Sd	Média	Sd	Média	Sd	
Emoções negativas ¹	2.8	0.64	3.1	0.64	2.8	0.49	2.8	0.57	1.50
Emoções positivas ¹	3.8	0.57	3.8	0.66	3.6	0.55	3.5	0.65	1.46

**p<.001; *p<.05; † p<.08

a b – médias com letras diferentes (por linha) são significativamente diferentes para $p < .05$, de acordo com o teste post-hoc Duncan

De seguida testámos se havia diferenças no tempo 2 (após manipulação) para as variáveis dependentes. Relativamente às emoções negativas no tempo de 2, os valores indicaram que existem diferenças significativas para as *Emoções negativas* ($p < .001$). O grupo controlo apresentou valores mais baixos quando comparados com os outros grupos (Quadro 47).

Em relação às *Emoções positivas* podemos considerar com alguma prudência que existe uma tendência para diferenças entre os grupos, dado o valor ser muito próximo do significativo ($p < .05$) – existe um efeito marginal ($p < .08$). Alguns autores (Cohen, 1994), consideram que dada a dimensão reduzida dos grupos ($N < 30$), podemos considerar este valor com um nível de erro de 8% ($p < .08$), (Quadro 46).

Quadro 46. ANOVA - *Diferenças entre Grupos Experimentais e de Controlo em Relação às Emoções Negativas e Positivas no Tempo 2.*

	Condição - manipulação da tira		Condição - manipulação sabor		Condição - manipulação da tira e sabor		Condição - grupo de controlo		F
	Méd	Sd	Média	Sd	Média	Sd	Méd	Sd	
Emoções negativas ²	2.8a	0.75	3.3b	0.69	3.1b	0.50	2.6a	0.43	6.16**
Emoções positivas ²	3.8b	0.70	3.5ab	0.58	3.3a	0.54	3.3a	0.14	2.35†

** $p < .001$; * $p < .05$; † $p < .08$

a b – médias com letras diferentes (por linha) são significativamente diferentes para $p < .05$, de acordo com o teste post-hoc Duncan

Com o intuito de analisar quais os grupos que contribuem para as diferenças encontradas para cada variável usámos comparações múltiplas, com os testes Duncan e Scheffe.

No tempo 1, em relação às *Emoções positivas*, e emoções negativas, de acordo com os testes Duncan e Scheffe, não existem diferenças significativas entre os grupos.

No tempo 2, relativamente às *Emoções negativas*, os grupos de controlo e manipulado visualmente fazem parte do subgrupo 1, e o grupo manipulado apenas gustativamente e o manipulado visual e gustativamente, fazem parte do subgrupo 2, onde p é maior. Assim, os grupos manipulados apresentaram-se mais *Emoções negativas* depois da dinâmica que o grupo de controlo e o grupo manipulado apenas visualmente.

No tempo 2, em relação às *Emoções positivas*, o grupo manipulado gustativa e visualmente, o grupo de controlo e o grupo manipulado apenas gustativamente são iguais, e significativamente diferentes do grupo manipulado apenas visualmente. No entanto, o grupo manipulado apenas gustativamente não difere do grupo manipulado apenas visualmente. O grupo manipulado gustativa e visualmente, o grupo de controlo e o grupo manipulado apenas gustativamente fazem parte do subgrupo 1, e o grupo manipulado apenas visualmente, do subgrupo 2. O grupo manipulado apenas gustativamente apresenta valores de p iguais no subgrupo 1 e 2. Assim, o grupo manipulado visualmente e gustativamente, de controlo e manipulado apenas gustativamente apresentaram menos emoções positivas depois da dinâmica que o grupo manipulado apenas visualmente.

Para testar os efeitos da autoperceção de halitose nas variáveis *Emoções positivas e negativas* dos indivíduos usamos o general linear model, univariate.

Em relação às *Emoções positivas* os resultados mostram que não existe efeito principal da perceção do gosto ($F=1,7$, $p=,194$), nem da perceção visual ($F=0,63$, $p=0,43$). Existe um efeito principal na interação entre as duas perceções gosto e visual ($F=4,98$, $p=,028$). Os participantes aos quais foi manipulado apenas o gosto ($M=3,4$, $DP=0,56$, $N=47$) e os participantes a quem foi manipulado apenas a perceção visual ($M=3,6$, $DP=0,71$, $N=49$), apresentam mais emoções positivas do que os participantes a quem foi manipulado o gosto e a perceção visual ($M=3,5$, $DP=0,64$, $N=96$)

Relativamente às *Emoções negativas*, os resultados mostram que o efeito principal da perceção gosto foi significativo ($F=17,6$, $P=,000$). Os participantes aos quais foi manipulado o gosto ($M=3,23$, $DP=0,60$, $N=47$) mantiveram mais *Emoções negativas* em relação aos membros da sua equipa do que os participantes aos quais não foi induzido o mau gosto ($M=2,7$, $DP=0,62$, $N=49$). No que respeita à perceção visual, não se verificou um efeito principal ($F=0,06$, $DP=0,79$), ou seja, os participantes aos quais foi manipulada a perceção visual não mostraram diferenças nas emoções negativas em relação aos colegas a quem não foi induzida a manipulação da perceção visual ($M=2,9$, $DP=0,67$, $N=49$). Não se verificou um efeito principal na interação ($M=2,9$, $DP=0,66$, $N=47$) entre o gosto e a perceção visual ($F=1,07$, $DP=0,30$).

Distância.

Relativamente à variável *Distância* (figura 39), os resultados mostram que o efeito principal da percepção de gosto foi significativo ($F(1, 92) = 12,341, p = .001, \eta^2 = .118$). Portanto, em média, os participantes aos quais foi manipulado o gosto ($M = 3,98, DP = 1,39, n = 47$) mantiveram uma *Distância* superior em relação aos membros da sua equipa do que os participantes aos quais não foi induzido mau gosto ($M = 3,04, DP = 1,44, n = 49$). No que respeita à percepção visual, verificou-se igualmente um efeito principal na *Distância* que os participantes mantiveram dos restantes membros da sua equipa ($F(1, 92) = 9,315, p = .003, \eta^2 = .092$). Os participantes com percepção visual de halitose ($M = 3,90, DP = 1,48, n = 49$) mantiveram dos restantes membros da sua equipa uma *Distância* significativamente superior do que os participantes sem percepção visual da halitose ($M = 3,09, DP = 1,40, n = 47$). Ao contrário do que era esperado, os resultados mostram que esta interação não é estatisticamente significativa para prever a distância social ($F(1, 92) = .577, p = .449, \eta^2 = .006$).

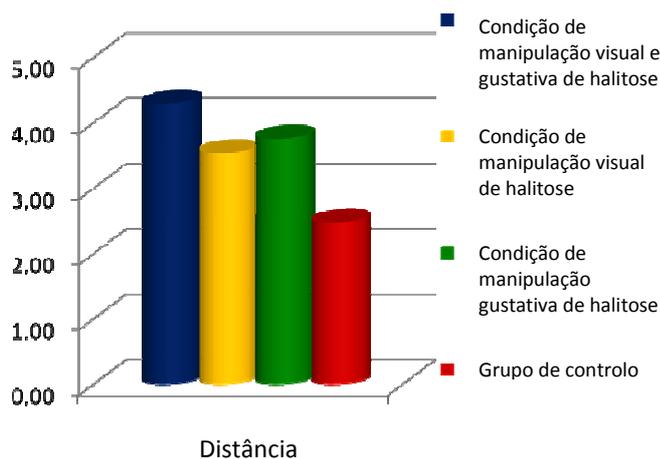


Figura 38. Distância Durante o jogo

Soprar no isqueiro.

Em relação ao *Comportamento de soprar ou não soprar no isqueiro* preferindo ir tocar um sino que se situava mais longe (figura 39), os grupos experimentais tiveram valores significativamente inferiores aos do grupo de controlo nas variáveis isqueiro ($p < .05$) e valores significativamente superiores na variável sino ($p < .05$), (Quadro 47).

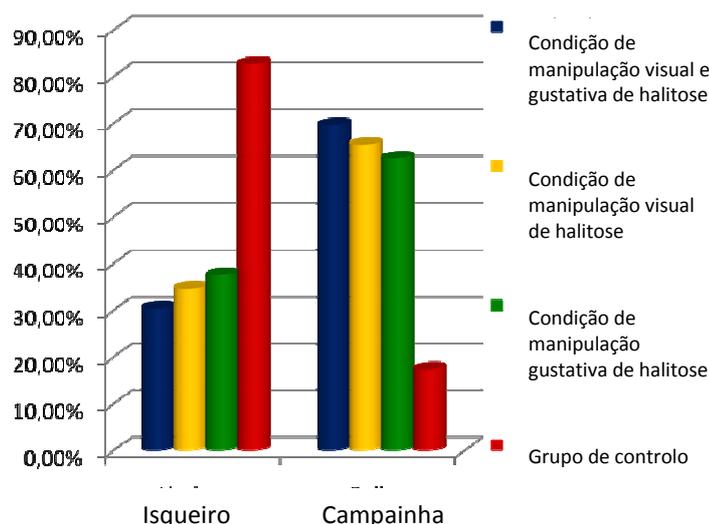


Figura 39. Soprar no isqueiro perto da equipa ou ir tocar o sino que estava mais longe- $\chi^2(3) = 16,715$ $p = 0,001$

Quadro 47. *Diferenças entre Grupos Experimentais e de Controlo em Relação ao Soprar o Isqueiro ou Tocar o Sino.*

	Condição manipulação da tira	Condição manipulação sabor	Condição manipulação da tira e sabor	Condição grupo de controlo	N
Sino	17	15	16	4	52
Soprar o isqueiro	9	9	7	19	44
Total	26	24	23	23	96
Pearson Chi-Square	16.715*				

** $p < .001$; * $p < .05$

Discussão

Procurámos com este estudo desenvolver um novo paradigma experimental para estudar os efeitos da perceção da halitose no bem-estar, analisando os seguintes subcomponentes: a *Felicidade*, as *Emoções* e os *Comportamentos* dos participantes.

Os resultados sugerem que o procedimento desenvolvido foi eficaz em induzir a manipulação pretendida. Os resultados revelam que os indivíduos na condição de manipulação da perceção do hálito se sentem afetados com esse facto, quer tenham sido manipulados apenas a nível visual (preocupados com o resultado da tira), apenas a nível

gustativo (preocupados com o mau sabor) ou também a nível visual e gustativamente (preocupados com a tira e o mau sabor).

Em relação à hipótese 1, verificámos que a autoperceção de halitose tem impacto ao nível da *Felicidade*, sendo que esta diminui nos participantes manipulados ao nível do gosto e da perceção visual. Também foi verificado, que quando a variável gosto não está presente, a mera perceção visual de halitose aumentou o seu impacto na *Felicidade* dos participantes.

Estando a saúde oral, e mais especificamente a halitose, relacionada com a saúde geral, e esta última associada ao bem-estar, é natural que a autoperceção elevados níveis de halitose, altere negativamente o equilíbrio emocional e consequentemente o bem-estar dos indivíduos.

O indivíduo pode sentir que o seu mau hálito lhe limita os relacionamentos com os outros, conduzindo-o a uma instabilidade emocional, visto desejar agradar aos outros, e ser comumente aceite que estes se sentem afetados pelo mau odor bucal.

Segundo Van Horn, et al (2004), o bem-estar é especialmente refletido no estado emocional, e para Daniels (2000; Paschoal & Tamay, 2008), o bem-estar afetivo, consiste numa experiência cumulativa de afetos, relativa a domínios específicos da vida, sendo que a halitose pode ter influência nos domínios pessoais, sociais e organizacionais. Os resultados corroboram esta ideia. Relativamente às hipóteses 2 e 3, verificámos que os participantes manipulados visual e gustativamente, diminuíram as *Emoções positivas* e aumentaram as *Emoções negativas*, mais que os participantes do grupo de controlo.

Relativamente aos *Comportamentos* os resultados mostraram que os participantes manipulados de forma visual e gustativa se distanciaram mais da equipa durante a dinâmica que os participantes do grupo de controlo e preferiram ir tocar um sino que se encontrava distante, a soprar num isqueiro que estava perto, deixando que se sentisse o seu hálito pelo sopro emitido, tendo sido verificada a hipótese 4. O indivíduo pode sentir que o seu mau hálito lhe limita os relacionamentos com os outros, conduzindo-o a uma instabilidade emocional, visto desejar agradar aos outros, e ser comumente aceite que estes se sentem afetados pelo mau odor oral.

Assim, este estudo obteve resultados concretos em relação às quatro hipóteses testadas, sendo que a autoperceção da halitose tem impacto significativo na felicidade, nas emoções positivas e negativas e nos comportamentos dos indivíduos.

Propomos um estudo futuro, quase-experimental em séries temporais, que contenha um grupo de controlo (isto é, dois grupos de pacientes, um dos grupos com diagnóstico de halitose e outro sem), onde seja analisada a eficácia do tratamento da halitose no bem-estar dos participantes. Sugerimos que seja realizada uma avaliação inicial da saúde oral e bem-estar, e posteriormente a distribuição dos pacientes pelos grupos experimentais de acordo com o diagnóstico de halitose efetuado. Esses grupos serão à posteriori acompanhados sistematicamente durante 1 ano.

Propomos ainda um estudo experimental que englobe avaliação das seguintes variáveis: satisfação com a vida, autoeficácia, emoções e comportamentos do indivíduo em situações de pré e pós-tratamento de halitose, no sentido de verificar se melhoram ao nível do contexto pessoal, social e profissional da vida humana.

Conclusões

Danna e Griffin (1999), consideram a saúde como um subcomponente do bem-estar, incluindo indicadores físicos e mentais, como o afeto, a frustração, a ansiedade e a sintomatologia física. Tendo por base o modelo destes autores, o presente estudo procura analisar se a autoperceção de halitose, tem impacto no bem-estar do indivíduo, analisando os efeitos da autoperceção da halitose em alguns subcomponentes de uma avaliação de bem-estar: a felicidade, as emoções (Warr, 1987), e os comportamentos dos indivíduos (Fagundes et al 2005, Yaegaki, 2000).

Do ponto vista metodológico, salienta-se o esforço por desenvolver abordagens inovadoras para o estudo do impacto da autoperceção da halitose na vida do Ser Humano. A construção de um paradigma experimental para testar os efeitos da autoperceção de halitose no membro de um grupo em atividade, traduz-se numa nova linha de investigação. Assim, fomos testar, se o sujeito quando autoperceciona elevados níveis de halitose, ou se sente que terceiros percecionam que ele possui halitose, ficam condicionados os subcomponentes do bem-estar: *Felicidade, Emoções e Comportamentos*. Medimos as diferenças nestes fatores antes e depois da manipulação da perceção de halitose usando um pré-teste, um pós-teste e uma dinâmica de grupos.

Os resultados obtidos no estudo sugerem que a manipulação da autoperceção de halitose com as condições apresentadas foi eficaz.

Alguns autores (Cash & Brown, 1989; Oliveira, 2009), defendem que a imagem corporal é multifacetada e influenciada pelas nossas percepções, crenças, pensamentos, sentimentos e experiência do indivíduo com o mesmo. Além disso, possui uma componente emocional que inclui experiências de conforto/desconforto, satisfação/insatisfação, ligada à aparência e a outros aspetos do corpo (Oliveira, 2009).

Já Tajfel (1978), Baron e Byrne (1994), destacam a noção de que o enfraquecimento ou fortalecimento da autoestima é proveniente das comparações efetuadas pelo próprio indivíduo ou por terceiros, tendo como padrão de referência, elementos do seu próprio grupo. Neste caso, ao perceberem que tinham halitose, os indivíduos sentiram-se afetados ao nível da sua *Felicidade, Emoções e Comportamentos* e consequentemente do seu bem-estar global.

Com o aumento da competitividade no mundo dos negócios, as organizações têm se preocupado em valorizar os seus empregados e criar as condições necessárias para o desempenho e satisfação. A premissa de que o alcance da felicidade pessoal é possível no trabalho impele os profissionais de gestão de pessoas a identificar estratégias eficazes na promoção do bem-estar. Assim, do ponto de vista prático, este trabalho pretende contribuir para melhorar a eficácia da gestão pessoal e social nas organizações, as quais são confrontadas com a necessidade de prevenir o surgimento, diminuir ou eliminar fatores (como a halitose – auto ou heteropercecionada) que podem afetar negativamente o estado emocional do indivíduo, ao nível pessoal, social e laboral. Algumas empresas poderão ter relutância em aderir às medidas propostas, pelo facto de a halitose não incapacitar os colaboradores de realizar as suas funções, nem de aumentar a taxa de absentismo. No entanto, esta patologia, por vezes invisível, pode ser um fator de diminuição de desempenho e satisfação nas equipas, quer para o portador, quer para os colegas de trabalho, por poder afetar a felicidade, as emoções e comportamentos dos indivíduos.

PARTE III

CONCLUSÕES, SUGESTÕES E CONTRIBUIÇÕES

Conclusões Gerais

A presente tese vai ao encontro do aumento do interesse na relação entre a saúde e a qualidade de vida e bem-estar, nos últimos anos (Danna & Griffin, 1999; Larsen & Diener, 1987).

A qualidade de vida implica a satisfação de necessidades básicas e sociais, requer autonomia para apreciar a vida e participar como cidadãos de uma sociedade onde haja integração cívica, coesão social, confiança interpessoal e justiça, num ambiente global física e socialmente sustentável (Canavarro & Serra, 2010; Phillips, 2006). Não havendo receitas milagrosas para o bem-estar e qualidade de vida, existem ingredientes que ajudam (Layard, 2005), como por exemplo, o dinheiro, a família, a confiança e a gratidão (Weiner, 2008).

A qualidade de vida é uma variável reconhecida na elaboração de políticas de cuidados de saúde, na medida da eficácia de intervenções, ou em estudos epidemiológicos (Canavarro & Serra, 2010; Fayers & Hays, 2005)

Vários problemas de saúde oral estão associados com doenças crónicas e a relação entre a saúde oral/saúde geral e o bem-estar e qualidade de vida são evidentes (Watt, 2005). Estudos sugerem que muitos dos fatores de risco de doenças orais são os mesmos implicados na maioria das doenças sistémicas. Por exemplo, os dados científicos resultantes de estudos recentes e a verificação de relações causais entre saúde oral e indicadores de saúde geral conduziram à conclusão que existe uma relação particularmente forte entre diabetes e o desenvolvimento de doença periodontal e também sugestiva de uma relação entre a doença periodontal e maiores dificuldades no controlo dos níveis da glicémia (WHO, 2003).

Existem também alguns estudos acerca de uma relação causal direta entre doença periodontal e doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, aterosclerose, o acidente vascular cerebral e enfarte, a doença pulmonar obstrutiva crónica, bronquite crónica, enfisema e pneumonia por aspiração (Beck, 2001; Beck, Garcia, Heiss & Voukonas, 1996; Mojon, Michel & Limeback, 1997; Scannapieco, 1999; Hayes, 1998). 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 indivíduo (Chen, 1996).

Por este motivo, a promoção e prevenção da saúde oral deve estar integrada na promoção da saúde geral, uma vez que se pretendem eliminar os mesmos fatores de risco. Um

avanço na promoção da saúde oral será um avanço na promoção da saúde em geral (WHO, 2003).

Em Portugal, apesar da prevalência mundial, as patologias da cavidade oral raramente colocam em risco a vida dos indivíduos, muitas vezes por questões económicas, apesar do forte impacto quer social, quer psicológico, na qualidade de vida dos indivíduos, a sua prevenção e tratamento deixa de ser uma prioridade (Chen, 1996), procurando cuidados médico-dentários fundamentalmente em casos de urgência, quando a qualidade de vida já se encontra algo comprometida (Silva, 2000).

Uma diminuição da qualidade de vida relacionada com a saúde oral traz limitações ao quotidiano dos indivíduos e um elevado custo para a sociedade e para o indivíduo, por exemplo, devido ao número de horas perdidas de produtividade laboral (Lacerda, Ribeiro, Ribeiro & Traebert 2011).

Com o intuito de alterar este ponto de vista, a Organização Mundial da Saúde propôs uma nova definição para saúde oral, como sendo “um estado da cavidade oral que permita ao indivíduo alimentar-se, falar e socializar sem doenças ativas, desconforto ou constrangimento e que contribua para o bem-estar geral” (WHO, 2003).

É atualmente reconhecido que as patologias orais são as doenças mais facilmente possíveis de prevenir (Watt, 2005), no entanto, em 2010, uma pesquisa realizada pela Academia Americana de Medicina Dentária Pediátrica relatou que 97% dos pais não estão a fornecer o mínimo de cuidados preventivos aos seus filhos (Nowak, 2011). Além disso, população adulta também desvaloriza a saúde oral em geral e implicitamente a halitose.

A halitose tem características que tornam o tratamento particularmente difícil num contexto não especializado. Tal deve-se essencialmente aos seguintes 4 fatores (Nunes, 2011):

Primeiro à *Multiplicidade e complexidade das causas*: Os fenómenos associados à halitose estar relacionados com diversas partes do corpo (boca, nariz, garganta, pulmões, estômago, intestino, fígado, rins, entre outras). Assim, o diagnóstico e tratamento da halitose requerem um conhecimento transversal a diferentes ramos da medicina, nas circunstâncias que se cruzam com esta patologia: Estomatologia e Medicina Dentária, Otorrinolaringologia, Gastrenterologia, Medicina Interna, Endocrinologia, Nefrologia, Hematologia, Psiquiatria, Psicologia e Nutrição. A organização dos profissionais de saúde em especialidades pode dificultar uma abordagem integrada às possíveis causas. Por este motivo, as consultas do hálito integram ou um profissional de saúde com conhecimento multidisciplinar da halitose ou

uma equipa de profissionais de saúde oriundos das diferentes especialidades relacionadas (Nunes, 2011).

Em segundo lugar à *Necessidade de preparação académica específica*: Diversas investigações têm demonstrado a menor atenção dada a esta patologia nos programas curriculares académicos da área da saúde. Em consequência, a maioria dos profissionais inquiridos tem reconhecido inaptidão para uma abordagem clínica com êxito (Nunes, 2011).

Em terceiro às *Necessidade de equipamento de diagnóstico específico*: Para o diagnóstico da halitose, são necessários instrumentos tecnológicos que permitam a medição fiável e objetiva da concentração dos compostos presentes no hálito e a consequente identificação das causas envolvidas. Existem ainda outros instrumentos complementares necessários para apurar a existência de fatores de risco (como as provas microbiológicas BANA®, por exemplo), (Van den Broek, Feenstra & De Baat, 2007).

E em quarto ao facto do tema ser muitas vezes *Tabu na relação médico-paciente*: Inquéritos aplicados a especialistas da medicina dentária têm verificado que a maioria não adverte os pacientes sobre a presença de halitose, seja por recear uma reação negativa ou por não sentir confiança em abordar o problema de forma eficaz. Por outro lado, os próprios pacientes muitas vezes não transmitem abertamente o problema, ocultando-o do profissional de saúde. Ao invés de comunicarem o verdadeiro motivo da consulta, solicitam uma limpeza dentária (ADA Council on Scientific Affairs, 2003; Nunes, 2010).

Na realidade, as descobertas mais recentes têm permitido aumentar as taxas de êxito da halitose (Nunes, 2011), sobretudo devido: a) *À maior compreensão das causas e fenómenos fisiopatológicos envolvidos*: A investigação científica sobre as causas da halitose tem vindo a aprofundar as condições e doenças potencialmente geradoras desta, bem como os fenómenos subjacentes. A título de exemplo, apenas recentemente a toma de antidepressivos tricíclicos foi relacionada com a halitose (Nunes, 2009). Esta evolução do conhecimento baseada na investigação científica recente tem tornado o diagnóstico da halitose mais robusto e exaustivo; b) *À abordagem unidisciplinar que tem dado lugar à abordagem multidisciplinar*: Tendo-se constatado a variedade de causas envolvidas (orais e extraorais), os centros clínicos têm progredido de uma abordagem unidisciplinar (apenas Medicina Dentária e Estomatologia) para uma abordagem multidisciplinar que engloba os campos da Otorrinolaringologia, Gastreenterologia, Medicina Interna, Nefrologia, Psiquiatria, Nutrição, entre outros. Esta situação tem permitido evitar os reencaminhamentos constantes de

pacientes entre especialidades que ocorriam no passado (Nunes, 2010); c) ao *aperfeiçoamento da tecnologia específica de diagnóstico*: Os aparelhos de medição dos compostos do hálito e os procedimentos de interpretação e análise de resultados têm sido aperfeiçoados, isto é, permitem hoje catalogar com precisão os compostos presentes no hálito (Van den Broek et al, 2007); d) aos *agentes terapêuticos mais eficazes*: Em paralelo com os desenvolvimentos tecnológicos nos aparelhos de medição, têm surgido, nos últimos anos, novas técnicas e agentes terapêuticos mais eficazes. Desta forma, tem-se alcançado uma ação mais decisiva no tratamento (Nunes, 2010); e) e ao *Desenvolvimento de protocolos clínicos específicos*: Com a experiência alcançada na abordagem clínica de milhares de pacientes com queixas de halitose, têm sido desenvolvidos protocolos clínicos de diagnóstico e tratamento para uso sistemático. Alguns destes protocolos seguem filosofias de tratamento inovadoras, com linhas de orientação e metodologias específicas para a seleção de exames de diagnóstico, análise e racionalização dos resultados, e tomadas de decisão sobre as terapêuticas apropriadas a seguir (Nunes, 2010).

Este projeto procurou de uma forma geral ajudar a conhecer a relação da saúde oral com a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo e de uma forma específica avaliar a percepção sobre a halitose dos indivíduos, sobre qual o impacto da mesma na vida e sobre o posicionamento dos dentistas relativamente a este fenómeno. O presente trabalho avança com uma abordagem teórico-prática que apresenta um conjunto de evidências relativamente aos impactos no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo desse mesmo fenómeno. Propomos também a criação de um programa de saúde oral para as empresas, escolas e sociedade em geral que contemple a prevenção e o tratamento da halitose.

Podemos identificar contributos da presente tese a nível teórico, metodológico e prático.

A nível teórico, ao estabelecer uma ponte direta com outras áreas científicas, em especial com a medicina dentária, este estudo permite integrar modelos teóricos e de pesquisa complementares (Heaphy & Dutton, 2008). Por outro lado, contribui para a discussão teórica sobre a relação entre a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar, para distinguir o bem-estar objetivo, subjetivo e psicológico (Miller, Chen & Cole, 2009). Vai simultaneamente situar-se e contribuir para consciencializar a sociedade e diminuir barreiras associadas à dificuldade em abordar este tema do impacto da halitose no bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos, devido ao facto do mesmo ser muitas vezes considerado um assunto desconfortável e de

menor preocupação. Esperamos também fomentar o desenvolvimento de uma psicologia da saúde mais holística, integrada e social.

Assim, a revisão bibliográfica efetuada permitiu o levantamento de hipóteses sobre as relações e os efeitos moderadores de algumas das variáveis, bem como a explicação à posteriori de alguns dos resultados encontrados. Além disso, de um ponto de vista conceptual, este trabalho salienta a importância da articulação de conceitos e teorias sobre a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde, sendo que apesar de ainda não haver um consenso relativamente à definição destes conceitos, torna-se evidente o consenso quanto ao facto de estarem relacionados. Contudo, é também saliente a necessidade de se entender o impacto da saúde oral, (como componente a saúde geral), e mais especificamente da halitose, na vida dos indivíduos. É também fundamental compreender o papel dos especialistas de medicina dentária relativamente a este fenómeno, bem como considerar a opinião e comportamentos da população em geral sobre o mesmo.

Efetivamente, é a articulação da opinião destes intervenientes, os pesquisadores das áreas da qualidade de vida, bem-estar, medicina dentária e mais especificamente dos especialistas médicos e da população, que nos permite compreender de forma mais holística o impacto da halitose na sociedade. Assim, foi tida em conta a visão do indivíduo enquanto ser social que, sendo influenciado pelas suas experiências de vida e pelos seus contextos, desempenha um papel ativo na construção dos seus estados de saúde e doença (Bernardes, Keogh & Lima, 2008; Salovey & Rothman, 2003; Suls & Rothman, 2004). Também foi analisada a influência das redes de apoio familiar e do dentista que contribuem para a formação dos comportamentos do indivíduo relativamente à halitose (Bernardes, Keogh & Lima, 2008; Marelich & Erger, 2004).

Do ponto de vista metodológico, pretende-se estudar o impacto das patologias orais na qualidade de vida e no bem-estar com recursos a métodos de pesquisa complementares, em quatro estudos distintos. Salienta-se ainda o esforço por desenvolver abordagens inovadoras e diversas para estudar o tema num contexto de saúde pública, que surge independentemente da idade, sexo ou estatuto social. Considerando o estudo apresentado percebemos que a percentagem já é significativa e que não pode ser continuamente ignorada pelo indivíduo, pelos que estão próximos dele (família e amigos), pelos especialistas de medicina dentária e pela sociedade em geral.

A presente tese, engloba também as vantagens que advêm da interação de metodologias quantitativas e qualitativas no estudo do bem-estar e qualidade de vida. Tal articulação permitiu uma análise abrangente do fenómeno em estudo. Vejamos:

O *primeiro estudo* de natureza qualitativa, tem com objetivo analisar a conceção sobre a halitose e o posicionamento dos especialistas de medicina dentária face ao efeito da perceção de halitose na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos. Foram realizadas entrevistas estruturadas com perguntas abertas a profissionais de medicina dentária. Os dados foram analisados com recurso ao software MaxQDA, usando uma abordagem mista (conjunto de categorias pré-definidas e emergentes da análise (Ghiglione & Matalon, 2005). No final da análise apurámos 9 categorias com origem nas questões do guião de entrevista e 37 subcategorias de nível 1 e 2. Como principais categorias obtivemos: 1) o Tipo de questões realizadas numa primeira consulta; 2) a Percentagem de pacientes com halitose; 3) os Testes de diagnóstico da causa da halitose; 4) as Causas da halitose; 5) as Ações quando o paciente não sabe que é portador de halitose; 6) o Plano de tratamento de halitose; 7) o Encaminhamento para um especialista de outra área; 8) o Impacto da halitose na vida do paciente; 9) e ser Assunto tabu.

Este estudo permitiu verificar que existe uma certa desvalorização por parte dos especialistas da medicina dentária, bem como relativamente ao seu papel como facilitador no processo de consciencialização e melhoria dessa patologia na vida do paciente.

Os dados sugerem que as questões da primeira consulta não estão diretamente relacionadas com a halitose e que a maioria dos especialistas médicos: considera que a percentagem pacientes com halitose é pequena; não faz testes específicos (com halitómetro) para detetar a causa da halitose; considera que a causa mais frequente é oral, no entanto dá exemplos de causas mais comportamentais e biológicos; considera que a família devia comunicar ao portador de halitose da sua patologia, e não assume que pode ser da responsabilidade do dentista; recomenda ao paciente produtos para disfarçar a halitose, sem por vezes atuar na causa; não refere tratamentos eficazes de halitose ou não encaminha na maioria das vezes para um especialista da área da causa em questão; considera que a nível social é o contexto onde existe maior impacto na vida de um portador de halitose; considera que a halitose é ainda um assunto tabu nos dias que correm, sendo também uma temática sensível e associada ao medo e à vergonha. Além disso, alguns especialistas médicos consideram que: não existe impacto da halitose para os pacientes porque estes não têm

perceção de que a possuem (hábito olfatório), ou não querem saber desse facto mesmo quando lhes é comunicado.

Os resultados sugerem que existem duas dimensões em que se dividem as categorias encontradas, sendo que à primeira corresponde: a *percentagem de pacientes com halitose com valores mais baixos*; as *causas da halitose serem comportamentais*; as *causas da halitose serem biológicas*; o *encaminhamento* para outra especialidade; e o facto da halitose ser um *assunto tabu*. Esta primeira dimensão pode estar mais relacionada com a “desresponsabilização pessoal e/ou falta de conhecimento” do profissional de medicina dentária em relação ao impacto da halitose no bem-estar e qualidade de vida do paciente e aos seus possíveis tratamentos.

À dimensão 2 correspondem a: fazer a *anamnese*; a *percentagem de pacientes com halitose com valores mais elevados*; e o *impacto na vida do indivíduo*. Esta segunda dimensão pode estar mais relacionada com o “questionar”, “diagnosticar” a halitose.

Os resultados apontam para o facto de existir uma associação entre as seguintes categorias: a halitose causa impacto na vida do indivíduo; faz anamnese; e apresenta a percentagem de pacientes com halitose com valores mais altos (entre 30 a 50%); e uma ligação entre as categorias: *encaminhar* para um especialista de outra área; as *causas da halitose serem biológicas*; as *causas da halitose serem comportamentais*; e apresentar a *percentagem de pacientes com halitose com valores mais baixos* (entre os 10 a 15%). Além disso, os homens estão mais perto da segunda dimensão e as mulheres primeira dimensão.

O *segundo estudo* de natureza quantitativa, tem como objetivo analisar a perceção de uma amostra da população Portuguesa relativamente à halitose, ao seu impacto na vida dos indivíduos e ao posicionamento dos dentistas face a esta patologia.

Neste estudo foi desenvolvido um questionário e aplicado a uma amostra composta por 449 indivíduos da população adulta, com recurso ao Qualtrics, que engloba perguntas demográficas, uma escala para avaliar a saúde oral e motivos de visitas ao dentista, a *escala de Perceção de saúde oral - OHIP - Oral Health Impact Profile* (Slade & Spencer, 1994); uma escala de Comportamentos associados à perceção de halitose (Nunes, 2010), bem como a *escala das Crenças sobre o impacto de halitose – CIH*.

Apresentámos um modelo que procura articular e integrar não apenas conceitos e teorias referentes ao fenómeno em estudo, mas também se foca na opinião de uma amostra da

população Portuguesa relativamente à halitose e ao seu impacto na vida dos indivíduos. Como objetivos específicos pretendíamos testar 4 hipóteses: 1- *A percepção da saúde oral* influencia positivamente a *qualidade de vida*; 2- *As crenças sobre o impacto da halitose* influenciam a *qualidade de vida*; 3- *Os comportamentos associados à halitose* moderam a relação entre a *percepção da saúde oral* e a *qualidade de vida*; 4- *Os comportamentos associados à halitose* moderam a relação entre as *crenças sobre o impacto da halitose* e a *qualidade de vida*.

Ao testar as qualidades psicométricas da escala de Comportamentos associados à halitose (Nunes, 2010) e da escala das Crenças sobre o impacto da halitose – CIH na vida, verificámos que tanto o fator Comportamentos associados à halitose como o fator das Crenças sobre o impacto da halitose – CIH na vida apresentam um valor de consistência interna muito forte e bons níveis de sensibilidade.

Ao analisar os itens referentes à *Percepção da saúde oral – OHIP* e à *escala dos Comportamentos associados à halitose* (Nunes, 2010), verificámos que apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que consideram ter mau hálito e aqueles que não consideram ter mau hálito sendo que os primeiros se sentem mais afetados negativamente pelo mau hálito.

Quer os indivíduos que consideram ter halitose quer os indivíduos que consideram que não têm responderam às questões da *escala das Crenças sobre o impacto da halitose – CIH* mencionando que o mau hálito tem impactos na vida de quem a possui ao nível pessoal, social, profissional, das emoções, dos comportamentos, da felicidade, das relações íntimas, do relacionamento com a família, do relacionamento com os amigos e do relacionamento com os colegas.

Os resultados relativos às correlações entre as duas amostras sugerem que quanto mais os indivíduos percecionam a sua saúde oral como mais positiva menos usam os comportamentos associados à halitose e mais estão satisfeitos com a vida. Além disso, os indivíduos que usam mais os *Comportamentos associados à halitose* no seu dia-a-dia, têm tendência a sentir-se mais satisfeitos com a vida em geral.

Em relação à amostra dos participantes que consideram não ter halitose, quanto mais os indivíduos acreditam que o mau hálito afeta as vidas do portador de halitose, menos usam os comportamentos associados à halitose, tendo-se verificado o efeito contrário na amostra de participantes que considera ter halitose apresenta uma correlação positiva entre estas variáveis.

Para a amostra dos participantes que consideram ter halitose ainda verificamos que quanto mais os indivíduos percebem a sua saúde oral como positiva menos têm *Crenças sobre o impacto da halitose* na vida, e quanto mais os indivíduos acreditam que o mau hálito afeta as suas vidas menos estão satisfeitos com a vida.

Em relação às hipóteses propostas, os resultados sugerem que para os participantes que consideram não ter halitose, a *Percepção da saúde oral* influencia a *Satisfação com a vida* e além disso, esta relação é moderada pelos *Comportamentos associados à halitose*, sendo que a primeira e a terceira hipótese foram verificadas. Todavia, a segunda e a quarta hipótese não foram verificadas, isto é, as *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* não se mostraram significativas na ausência do moderador nem o efeito moderado da *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* pelos *Comportamentos associados à halitose* obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida*.

Para a amostra dos participantes que consideram ter halitose, os resultados sugerem que a *Percepção da saúde oral* influencia negativamente a *Satisfação com a vida*, tendo ficado a primeira hipótese verificada. No entanto, testando esta relação moderada pelos *Comportamentos associados à halitose*, não obteve resultados significativos, pelo que a terceira hipótese não foi verificada.

Além disso, as *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH*, não se mostraram significativas sem o moderador, nem o efeito moderado da *Crenças sobre o impacto da halitose - CIH* pelos *Comportamentos associados à halitose* obtiveram resultados significativos na modelação da *Satisfação com a vida*, e assim, a segunda e quarta hipótese também não foram verificadas para este grupo.

De uma forma geral, os dados recolhidos sugerem que existe uma falta de consciencialização na sociedade, em relação à halitose como uma patologia e ao impacto que pode ter na vida dos indivíduos.

O **terceiro estudo** de natureza quantitativa, tem como objetivo analisar qual a opinião dos indivíduos que se consideram portadores de halitose relativamente à sua saúde oral, quais as *Estratégias de coping* por si usadas face a esta patologia, bem como testar qual o papel dos especialistas de medicina dentária na prevenção e tratamento deste problema. Assim, como objetivo geral pretendemos analisar especificamente a moderação das *Estratégias de coping* e

da *Atuação do dentista* na relação entre a *Percepção da saúde oral – OHIP* e a *Satisfação com a vida*.

Foi desenvolvido um questionário e aplicado a uma amostra composta por 44 indivíduos que consideram ser portadores de halitose, com recurso ao Qualtrics, que engloba perguntas demográficas, uma escala para avaliar a saúde oral e motivos de visitas ao dentista, a *escala de Percepção da saúde oral - OHIP - Oral Health Impact Profile* (Slade & Spencer, 1994); perguntas de autopercepção relativas à *Atuação do dentista* e uma *escala de Coping* (Carver, 1997).

Neste estudo, como objetivos específicos pretendíamos testar 4 hipóteses: 1- A *percepção da saúde oral* influencia positivamente a *qualidade de vida*; 2- As *Estratégias de coping* moderam a relação entre a *percepção da saúde oral* e a *qualidade de vida*; 3- A *Atuação do dentista* modera a relação entre a *percepção da saúde oral* e a *qualidade de vida*.

Correlacionando as diversas variáveis verificámos que quanto mais os indivíduos percecionam a sua saúde oral como positiva mais estão satisfeitos com a vida, além disso, podemos afirmar com alguma prudência que, quanto mais os participantes percecionam a sua saúde oral como positiva, menos se sentem culpados, e menos consideram importante a atuação do dentista.

Os resultados sugerem ainda que quanto mais os indivíduos recorrem à estratégia de coping apoio mais tendem a agir e a dizer algo divertido sobre a situação que vivem, e quanto mais recorrem à estratégia de coping culpa mais tendem a fazer piadas relativas e a valorizar o apoio interpessoal. Os participantes também se sentem mais culpados, quando percecionam mais a sua saúde oral como negativa.

De forma a analisar o impacto das *Estratégias de coping*, numa primeira fase, procedeu-se à construção dos índices relativos às diversas estratégias: Ação, Humor, Apoio e Culpa, uma vez que os valores de consistência interna assim o permitiram. Seguidamente foi analisada a influência de cada *Estratégia de coping* como variável moderadora na relação entre a *Percepção da saúde oral - OHIP* e a *Satisfação coma vida*.

Verificámos que a *Percepção com a saúde oral - OHIP* tem sempre um efeito pronunciado na *Satisfação com a vida*, tendo a hipótese 1 sido verificada. A *Estratégia de Apoio e de Culpa* não revelaram resultados significativos no efeito moderado entre a *Percepção da saúde oral - OHIP* e a *Satisfação coma vida*, não verificando a hipótese 2.

Todavia com alguma prudência, podemos dizer que os resultados apontam para que o efeito moderado da *Estratégia de Ação e de Humor* na relação entre a *Percepção da saúde oral* - OHIP e a *Satisfação com a vida* seja significativo, verificando neste caso a hipótese 2.

A hipótese 3 também não foi verificada, pois ao testar se a *Percepção com a saúde oral* - OHIP tem impacto na *Satisfação com a vida*, sendo esta relação moderada pela *Atuação dos dentistas*, a interação do moderador *Atuação dos dentistas* não obteve significado estatístico.

O *quarto estudo* é um estudo experimental, com um design 2x2, que procedeu um estudo piloto e que tem como objeto o impacto da autopercepção de halitose no bem-estar do indivíduo, analisando os subcomponentes: *Felicidade, Emoções e Comportamentos*.

No estudo empírico, a amostra foi de 96 indivíduos que foram participantes a quatro condições distintas: manipulação da autopercepção de halitose visual, manipulação da autopercepção de halitose gustativa, manipulação da autopercepção de halitose visual e gustativa e grupo de controlo.

Este estudo contempla um questionário (pré-teste) médico sobre os hábitos de higiene bucal; um questionário pré e pós-teste que engloba: a escala de Felicidade (Diener, 2000), a escala de emoções PANAS de Watson e Clark (1988), a escala de comportamentos derivados da percepção de halitose (Nunes, 2009); e uma dinâmica de grupos.

Procurámos testar as autopercepções dos participantes, colocando a hipótese geral de que basta que os indivíduos acreditem que têm halitose para que a maneira como avaliam determinada situação (dinâmica de grupo) seja limitada ao nível das emoções e comportamentos físicos.

O procedimento desenvolvido foi eficaz em induzir a manipulação pretendida. Os resultados indicam que os indivíduos na condição de manipulação da percepção do hálito se sentem afetados, quer tenham sido manipulados apenas a nível visual (preocupados com o resultado da tira), apenas a nível gustativo (preocupados com o mau sabor) ou em ambas as condições (preocupados com a tira e o mau sabor).

Em relação à hipótese 1, verificámos que a autopercepção de halitose influencia a *Felicidade*, sendo que a mesma diminui quando os participantes são manipulados ao nível do gosto e da percepção visual. Também foi verificado, que a mera percepção visual de halitose sem variável gosto presente, conduz ao aumento da *Felicidade* dos participantes.

Relativamente às hipóteses 2 e 3, os participantes manipulados visual e gustativamente, diminuíram as suas *Emoções positivas* e aumentaram as suas *Emoções negativas*, comparando com os participantes do grupo de controlo.

Já em relação à hipótese 4, também foi verificada, pois, os resultados sugerem que os participantes manipulados de forma visual e gustativa se distanciaram mais da equipa durante a dinâmica que os participantes do grupo de controlo.

Tendo em conta a hipótese 5, os indivíduos manipulados visual e gustativamente, tiveram tendência em tocar um sino que se encontrava distante, a soprar num isqueiro que estava perto, o que levaria a equipa a sentir o seu hálito pelo sopro emitido.

Assim, relativamente às cinco hipóteses testadas, verificamos que a auto percepção da halitose tem um impacto significativo na *Felicidade*, nas *Emoções positivas* e *Emoções negativas* e nos *Comportamentos* dos indivíduos e consequentemente no seu bem-estar.

A nível prático, este estudo constituiu uma mais – valia relevante, tendo em atenção o impacto que a saúde oral tem em termos económicos e sociais, uma vez que promove o diálogo entre as áreas científicas e intervenientes (indivíduo, organização e especialistas médicos) e o desenvolvimento de programas de sensibilização, prevenção e tratamento da saúde oral nas escolas, organizações e sociedade em geral.

A possibilidade de caracterizar e prever o impacto da halitose na vida do indivíduo, bem como identificar quais as possíveis estratégias de coping que são adotadas pelos portadores de halitose, parece-nos poder ter importantes implicações práticas a nível individual, na sociedade em geral, e ainda na atuação dos especialistas médicos. Por exemplo, a formação e treino de profissionais de saúde para a tomada de consciência e identificação de tais situações poderá contribuir em muito para a minimização do impacto da halitose na vida do indivíduo. Abrir o caminho para a elaboração de um plano de prevenção e tratamento também poderá ser uma mais-valia no bem-estar do indivíduo, podendo ter impactos positivos nas suas emoções, felicidade, comportamentos e até desempenho profissional.

Concluindo, de acordo com os resultados dos quatro estudos apresentados, propomos uma maior valorização desta patologia pelos indivíduos, pelos especialistas de medicina dentária e pela sociedade, sendo esta traduzida em programas de sensibilização, prevenção e tratamento junto da população em geral, das organizações e das escolas.

O programa das ações de sensibilização, prevenção e tratamento da halitose, deveria ser incluído no Plano de Saúde oral e poderia contemplar um guia com os seguintes fatores: 1. Definição e características da doença; 2. Fatores de risco e prevenção; 3. Diagnóstico e classificação; 4. Plano de tratamento; e 5. Educação e prestação de cuidados

As estratégias a desenvolver, nomeadamente de natureza individual (mudança de comportamentos), a nível familiar, dos profissionais de saúde e nas organizações, deverão visar a melhoria do processo de sensibilização, prevenção, diagnóstico e tratamento da halitose, quantificada em termos de ganhos de saúde e bem-estar dos indivíduos.

De forma específica deverão estar delineadas de acordo com os seguintes princípios orientadores, tendo por base o plano de saúde oral: 1. Prevenção primária, através do combate às causas orais, biológicas e comportamentais, incidindo, sobretudo, nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da halitose; 2. Prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento adequado; 3. Promoção da qualidade dos cuidados de saúde a prestar à pessoa com halitose; 4. Identificação dos obstáculos à implementação do Programa; 5. Criação de mensagens de sensibilização e alerta – folhetos, circulares internas, mensagens, placares, entre outras; 6. Realização de sessões de sensibilização e conhecimento da patologia; 7. Realização de sessões de rastreio de deteção de halitose espontâneas ou realizadas num *check up* geral de saúde do indivíduo ou no *check up* obrigatório no âmbito da medicina do trabalho; 8. e consultas de halitose que contemplam diversas fases: diagnóstico, plano de tratamento, tratamento ou encaminhamento para especialista de outra área (caso seja pertinente devido à causa detetada), manutenção e controlo da patologia.

As estratégias de intervenção a desenvolver podem, ainda, assentar numa sólida infraestrutura de saúde, que garanta: 1. Profissionais de saúde com a formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar, que também poderão elaborar uma listagem dos fármacos e de suplementos alimentares para o tratamento da halitose; 2. Disponibilidade de tecnologias de informação, que facilitem o acesso atempado a informação indispensável à gestão do Programa; 3. Resposta organizativa dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

Consideramos igualmente importante: 1. o *desenvolvimento de capacidades e competências no portador de halitose para controlar a halitose*, com “Sessões de sensibilização” e um “*Guia de Sensibilização, Prevenção e Tratamento no Âmbito da Saúde Oral – Halitose*”; 2. a *melhoria da acessibilidade dos portadores de halitose a cuidados de*

saúde atempados, eficazes e eficientes, pelo mais fácil acesso aos serviços de saúde e melhor articulação entre as diferentes especialidades médicas (tendo em conta o tipo de causa), os níveis de cuidados, por forma a assegurar a otimização da procura e a continuidade no seguimento; 3) a *promoção de boas práticas profissionais* de diagnóstico e tratamento da halitose, através de cursos de sensibilização, formação destinados a quem estiver interessado em aprender sobre o assunto.

É essencial desenvolver parcerias com locais de prestação de serviços no âmbito da saúde oral, nomeadamente hospitais e clínicas, para consultas específicas de halitose aos colaboradores; elaborar propostas de desenvolvimento de apoio multidisciplinar ao portador de halitose, nomeadamente na área da nutrição e nos cuidados de saúde oral primários; e promover a criação de condições para a disponibilização de refeições equilibradas nas escolas e organizações.

Consideramos também que as estratégias deverão compreender ações de natureza informativa, pedagógica e formativa dirigidas aos: Profissionais de saúde, aos Professores e educadores e à População em geral. Isto é, será importante promover junto das Faculdades de Medicina o aumento do número de horas de formação pré e pós-graduada, em abordagem da halitose; promover a formação em abordagem da halitose; elaborar instrumentos pedagógicos, destinados aos profissionais de saúde, sobre abordagem da halitose; promover a formação específica em abordagem da halitose, dos profissionais de saúde não médicos; produzir e divulgar, pelos professores e educadores, orientações técnicas sobre abordagem da halitose e identificação de crianças com halitose; e produzir e divulgar manual de autoajuda para a população com halitose.

Apesar de sabermos que os participantes expostos constantemente a um odor, por um período de várias semanas, mostram o declínio na sensibilidade a este odor, e após estímulo ser removido o efeito prolonga durante várias semanas, (aprendemos a ignorar odores familiares), principalmente se o odor tiver origem no próprio e não nos outros (Engen, 1991). No entanto, não podemos deixar de referenciar, que isso nem sempre acontece, podendo esse mesmo odor despoletar emoções negativas em contexto profissional que estimula reações de desconforto ao próprio e aos demais que são envolvidos no espaço de permanência do odor. A partilha do ambiente pode suscitar sintomas de repulsa ou fuga ao espaço em si, o que é constrangedor para a pessoa que sofre de halitose. A verdade é que o local de trabalho é um lugar privilegiado de emoções e de realização e de construção da felicidade pessoal, e o centro

cerebral responsável pelos estímulos emocionais é idêntico ao que trabalha os estímulos olfativos.

Esperamos que este passo seja o primeiro de muitos que contribuirão para o entendimento de um fenómeno que se afigura complexo devido ao seu teor mais íntimo, ao facto de ser considerado tabu por provocar desconforto físico, pessoal e social. Pretendemos ainda contribuir para a construção de um programa de saúde mais atento e específico que tenha em conta as patologias orais, como a halitose, e o seu impacto na vida dos pacientes.

Sugestões

Sugerimos ainda alguns fatores de análise em estudos futuros sobre este tema:

1. Propomos avaliar a eficácia do tratamento da halitose no bem-estar dos indivíduos, com um estudo quase-experimental em séries temporais, que engloba um grupo de controlo (dois grupos de pacientes, um com e outro sem diagnóstico de halitose). Após uma avaliação inicial da saúde oral e bem-estar, os pacientes poderão ser distribuídos pelos grupos experimentais de acordo com o diagnóstico de halitose efetuado, e ser acompanhados de forma sistemática durante 1 ano.
2. Henne e Locke (1985), Rocha (1996), Zalewska (1996) e Peterson e Dunnagan (1998), comprovaram que pessoas que estão satisfeitas com seus empregos são mais saudáveis, tanto física como psicologicamente. Propomos que se analise se as pessoas que estão satisfeitas com os seus empregos têm menor nível de halitose.
3. Henne e Locke (1985), defendem que existem associações entre nível de satisfação, handicaps físicos (fadiga, dor de cabeça, colesterol) e longevidade, isto é, indivíduos mais satisfeitos têm menor incidência de problemas de saúde e maior longevidade. Propomos o estudar se os indivíduos satisfeitos têm menor nível de halitose.
4. Propomos a análise do impacto da autoperceção de halitose: na satisfação e desempenho pessoal e profissional do indivíduo.
5. Propomos a análise do que os indivíduos sentem em relação ao facto de terem de trabalhar com um colega que tem halitose: a) analisar se o facto de um colega com quem tem de trabalhar proximamente ter halitose tem impacto na satisfação (pessoal e profissional), b) na autoeficácia, c) nas emoções e d) comportamentos físicos.
6. Propomos a filmagem da dinâmica de grupos de forma a analisar os comportamentos dos que têm halitose e dos que não têm, e analisar esses comportamentos à luz da grelha de Bales, salvaguardando o direito à privacidade.
7. Propomos a análise do impacto da halitose ao nível da vida pessoal e familiar do indivíduo, com questionários ou entrevistas ao próprio e aos familiares e amigos.

8. Propomos a análise do impacto da halitose no relacionamento com os colegas, chefias e subordinados através de questionários ou entrevistas aos vários intervenientes.
9. Propomos o aproveitamento do presente estudo, como base à realização de um estudo de saúde pública com uma amostra superior e um público-alvo distribuído pelas várias zonas de Portugal, com vários níveis socioeconómicos, mantendo a diferença de nacionalidade, idades e género.
10. Propomos um estudo experimental pré e pós-tratamento, das variáveis: satisfação, autoeficácia, emoções e comportamentos do indivíduo, no sentido de verificar se estas variáveis melhoram após o tratamento da halitose no contexto pessoal, social e profissional da vida humana.
11. Propomos avaliar as diferentes estratégias de coping usadas pelos portadores de halitose numa amostra significativa em contexto familiar, social e organizacional.
12. Propomos desenhar e testar um programa de prevenção e tratamento da halitose em diversas empresas com o objetivo de melhorar a saúde física dos colaboradores e o seu bem-estar geral, bem como testar experimentalmente o enquadramento de mensagens para promover a aderência ao programa.

Bibliografia

- Abouserie, R. (1996). Stress, coping strategies, and job satisfaction in university academic staff. *Educational Psychology*, 16, 49-56.
- Abrahamsson, K. H., Berggren, U., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2003). The importance of dental beliefs for the outcome of dental fear treatment. *European journal of oral sciences*, 111(2), 99-105.
- ADA Council on Scientific Affairs (2003). Oral malodor. *Journal American Dental Association*; 134:209-14.
- Adulyanon, S., & Sheiham, A. (1997). Impactos orais sobre performances diárias. *Medição saúde bucal e qualidade de vida*, 151-160.
- Afonso, F., & Pereira, M. G. (2013). Preditores da dependência nicotínica e do comportamento planeado para deixar de fumar. *Análise Psicológica*, 31(1), 17-29.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Chapter 1, p. 5-11; Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior* (pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg.
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*; 22, 453-474.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Aknin, L. B., Sandstrom, G. M., Dunn, E. W., & Norton, M. I. (2011). It's the recipient that counts: Spending money on strong social ties leads to greater happiness than spending on weak social ties. *PloS one*, 6(2), e17018.
- Alcoforado, G. (1995). *Contribuição para o estudo microbiológico e histopatológico das doenças periodontais na criança*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Al-Ansari, J. M., Al-Jairan, L. Y., & Gillespie, G. M. (2006). Dietary habits of the primary to secondary school population and implications for oral health. *Journal of allied health*, 35(2), 75-80.
- Albrecht, G. L., & Fitzpatrick, R. (1994). A sociological perspective on health-related quality of life research. *Advances in medical sociology*, 5, 1-21.

- Albuquerque, C. M. S., & Matos, A. P. S. (2006). Estilo de vida, percepção e estado de saúde em Estudantes do instituto politécnico de Viseu: Influência da área de formação. *Revista Educação, Ciências e Tecnologia*, 184- 200.
- Albuquerque, T. M. B. R. E., & dos Santos, G. (2013). Atitudes, comportamentos e condições de saúde oral de estudantes universitários ao longo da sua vivência académica.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). *Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo*. Psicologia: Teoria e Pesquisa.
- Albuquerque, A. S. (2004). *Bem-estar subjetivo e sua relação com Personalidade, Coping, Suporte Social, Satisfação Conjugal e Satisfação no Trabalho*. Tese Doutorado em Psicologia – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília.
- Alexander, M. (2000). How aromatherapy works – syntetic and efficacious pathways os essential oils in human physiology. Florida: Ewhole spectrum arts and pub, v. 1.
- Alfermann, D., & Stoll, O. (2000). Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of Sport Psychology*, 30, 47–65.
- Allen, P. F., (2003). *Assessment of oral health related quality of life*. *Health Quality of Life Outcomes* 1:40.
- Allen, H., Hubbard, D., & Sullivan, S. (2005). The burden of pain on employee health and productivity at a major provider of business services. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47 (7), 658-670.
- Allison, P. J., Locker, D., & Feine, J. S. (1997). Quality of life: a dynamic construct. *Social science & medicine*, 45(2), 221-230.
- Almeida, J. P., & Pereira, M. G. (2006). Locus de controlo na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo I.
- Almeida, C. M., Petersen, P. E., André, S. J., & Toscano, A. (2003). Changing oral health status of 6-and 12-year-old schoolchildren in Portugal. *Community dental health*, 20(4), 211-216.
- Alves, N. C., & Figueiras, M. J. (2007). Queixas subjetivas de saúde, afetividade negativa e utilização de serviços de saúde: Diferenças de género. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 25, n. 3.
- Alves, D. S., & Gonçalves, A. (2009). Impacto da saúde oral na qualidade de vida de jovens entre os 11 e os 14 anos.
- Amaral, D. J., & Siqueira, M. M. M. (2004). Relações entre percepção da estrutura organizacional e bem-estar de profissionais de uma empresa em processo de

- privatização. Em Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Org.), Atas 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (pp. 671-678). Lisboa: ISPA.
- Amorim, M. I. S. P. L. (1999). Qualidade de vida e coping na doença crónica um estudo em diabéticos não insulino dependentes. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e saúde mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Amorim, J. A., Lins, R. D. A. U., de Souza, A. D., Alves, R. D., Maciel, M. D. A. S., & de Lucena, R. N. (2010). Aspectos epidemiológicos e etiológicos da halitose. Considerações recentes. *Revista brasileira odontológica*, 67(1), 76-80.
- Andrade, J. M. (2008). Evidências de validade do Inventário dos Cinco Grandes Fatores de personalidade para o Brasil. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Andrews, F. M. e Whitey, S. B. (1976). *Social Indicators of well-being: America's perception of quality of life*. New York: Plenum Press.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). *O conceito de coping: uma revisão teórica*. Universidad Federal do Rio Grande do Norte.
- Aoba, T., & Fejerskov, O. (2002). Dental fluorosis: chemistry and biology. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*. 13 (2): 155 – 170
- Apatzidou, A. D., Bakirtzoglou, E., Vouros, I., Karagiannis, V., Papa, A., & Konstantinidis, A. (2012). Association between oral malodour and periodontal disease-related parameters in the general population. *Acta Odontologica Scandinavica*, 2012.
- Assumpção Jr., F. B., Kuczynski, E., Sprovieri, M. H., & Aranha, E. M. (2000). Escala de avaliação de qualidade de vida. *Arq neuropsiquiatr*, 58(1), 119-127.
- Auquier, P., Simeoni, M. C., & Mendizabal, H. (1997). Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir* 33:77-86.
- Atchison, K. A., & Dolan, T. A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal Dental Educational*; 54:680-7.
- Awano, S., Koshimune, E., Kurihara, E., Gohara, K., Sakai, A., Soh, I., Hamasaki, T., Ansai, T., & Takehara, T., (2004). The assessment of methyl mercaptan, an important clinical marker for the diagnosis of oral malodor. *Journal of Dentistry*, n. 32, p. 555-559.
- Ayers, T. S., Sandler, I. N., West, S. G., & Roosa, M. W. (1996). A disposicional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping. *Journal of Personality*, 64, 923-958.
- Azodo, C. C., Ehizele, A. O., Umoh, A., Ojehanon, P. I., Akhionbare, O., Okechukwu, R., & Igbinosa, L. (2010). Perceived oral health status and treatment needs of dental auxiliaries. *Libyan Journal of Medicine*, 5(1).

- Baciero, G. R., Gandarias, F. J. G, & Pérez, L. M. (1999). *Envejecimiento de las mucosas. In Patología de la Mucosa Bucal en los Ancianos españoles*. Ed Eguía, S.L. Bilbao; 44-46.
- Baelum, V. (2011). Dentistry and population approaches for preventing dental diseases. *Journal of Dentistry*, 39 Suppl 2: S9-19.
- Baker, S. R. (2007). Testing a conceptual Model of Oral Health: a Structural Equation Modeling Approach. *Journal of Dental Research*, 86(8), 708-712
- Balia, S., & Jones, A. M. (2008). Mortality, lifestyle and socioeconomic status. *Journal of health economics*, 27(1), 1-26.
- Band, E. B., & Weisz, J. R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24(2), 247.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psicológica Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1991). Human agency: The rhetoric and the reality. *American Psychologist*, 46 (2), 157-162.
- Bandura, A. (1992). *A social cognitive approach to the exercise of control of AIDS infection*. In: DiClemente, R.J., ed. *Adolescent and AIDS: A Generation in Jeopardy*. Newbury Park, CA: SAGE; 89-116.
- Bandura, A. (1994). *Social Cognitive Theory and exercise of control over HIV Infection*. In R.J. DiClemente & J. Peterson (Eds.). *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp.25-59). New York: Plenum.
- Bandura, A. (2000). *Health promotion from the perspective of social cognitive theory*. In P. Norman, C. Abraham, & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behaviour* (pp. 299-339). Reading, UK: Harwood.
- Barbosa, L. M. M., Andrade Júnior, M. P. D., & Bastos, K. D. A. (2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Jornal brasileiro*, 29 (4), 222-229.
- Barcelos, A. M. F. (2001). Metodologia de pesquisa das crenças sobre aprendizagem de línguas: estado da arte. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, 1(1), 71-92.

- Barger, S. D., Burke, S. M., & Limbert, M. J. (2007). Do induced moods really influence health perceptions? *Health Psychology, 26*(1), 85.
- Baron, R. (1977). *Agressão humana*. New York: Plenum imprensa.
- Baron, R., & Byrne, D. (1994), *Social Psychology*. Allyn and Bacon, Boston.
- Barros, M., & Batista-dos-Santos, A. C. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico, 10*(112), 1-9.
- Baum, F. (1995). Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science and Medicine, New York, 40*, 459-468.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (Eds.). (2000). *Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook for social research*. Sage.
- Bech, P. (1997). Quality of life instruments in depression. *European Psychiatry, 12*(4), 194-198.
- Beck, J., Garcia, R., Heiss, G., & Voukonas, P. S. (1996). Periodontal disease and cardiovascular disease. *Journal of Periodontology, 67*:1123-1137.
- Beck, J. (2001). Relationship of periodontal disease to carotid artery intima-media wall thickness. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology, 21*(11): 1816-1822.
- Belloc, N. B., & Breslow, L. (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive medicine, 1*(3), 409-421.
- Belloch, A. & Olabarria, B., (1993). El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Revista Clinica e Salud, v. 4, n. 2, p. 181-190*.
- Bennett, P., Murphy, S., Nogueira, J., & Barros, L. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*.
- Benyamini, Y., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2004). Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Social Science & Medicine, 59*, 1109-1116
- Beresford, H. (2000). *Valor: saiba o que é*. Rio de Janeiro: Shape.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 171-209
- Berkman, L., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman L, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; pp. 137–173.
- Bernardes, S. F., Keogh, E., & Lima, M. L. (2008). Bridging the gap between pain and gender research: a selective literature review. *European Journal of Pain, 12*(4), 427-440.

- Biazevic, M. G. H. (2001). Indicadores subjetivos em saúde bucal: revisão sistemática [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Birch, S., & Stoddart, G. (1989). *Incentives to be healthy: an economic model of health-related behaviour*. The University of York, Centre for Health Economics. Discussion Paper 63.
- Blair, S. N. (1995). *Exercise Prescription for health*. Quest. 47:338-353.
- Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2008). Does happiness promote career success?. *Journal of career assessment*, 16(1), 101-116.
- Bogdasarian, R. S. (1986). Halitosis. Otorinol. *Clinical North American*, v.19, n.1, p.101-117.
- Borden, L. A., Martens, M. P., McBride, M. A., Sheline, K. T., Bloch, K. K., & Dude, K. (2011). The role of college students' use of protective behavioral strategies in the relation between binge drinking and alcohol-related problems. *Psychology of addictive behaviors*, 25(2), 346.
- Borkowska, E. D., Watts, T. L. P., & Welman, J. (1998). The relationship of health beliefs and psychological mood to patient adherence to oral hygiene behaviour. *Journal of clinical periodontology*, 25(3), 187-193.
- Bornstein, M. M., Kislig, K., Hoti, B. B., Seemann, R., & Lussi, A. (2009). Prevalence of halitosis in the population of the city of Bern, Switzerland: a study comparing self-reported and clinical data. *European Journal Oral Science*; 117:261-267.
- Bornstein, M. M., Stocker, B. L., Seemann, R., Bürgin, W. B., & Lussi, A. (2009). Prevalence of Halitosis in Young Male Adults: A Study in Swiss Army Recruits Comparing Self-Reported and Clinical Data. *Journal Periodontol.*; 80:24-31.
- Bosy, A. (1997). Oral malodor: philosophical and practical aspects. *Journal (Canadian Dental Association)*, 63(3), 196.
- Bowling, A. (1991). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales* (pp. 530-531). Buckingham Philadelphia: Open University Press.
- Boyd, A. (1997). Employee traps-corruption in the workplace. *Management Review*, 86 (8), 9-9.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3: 77-101.

- Braz, M. D. P. V. (2005). Estudo dos fatores de risco de saúde oral numa população sénior institucionalizada do concelho do Porto.
- Brennan, D. S., Singh, K. A., Spencer, A. J., & Roberts-Thomson, K. F. (2006). Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*, 4, 83.
- Breslow, L., & Enstrom, J. E. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive medicine*, 9(4), 469-483.
- Brevidelli, M. M., & Cianciarullo, T. I. (2001). Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Revista de Saúde Pública*, 35(2), 193-201.
- Breznitz, S., & Goldberger, L. (1993). Stress research at a crossroads. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, 3-6.
- Broadbent, J. M., Thomson, W. M., & Poulton, R. (2006). Oral health beliefs in adolescence and oral health in young adulthood. *Journal of dental research*, 85(4), 339-343.
- Brown, L. F. (1996). A comparison of patients attending general dental practices employing or not employing dental hygienists. *Australian dental journal*, 41(1), 47-52.
- Brooke, P. P., Russell, D. W., & Price, J. L. (1988). Discriminant validation of measures of job satisfaction, job involvement, and organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, 73, 139-145.
- Bryman, A. (2004). *The Disneyization of society*. Sage.
- Bubolz, M. M., Eicher, J. B., Evers, S. J., & Sontag, M. S. (1980). A human ecological approach to quality of life: conceptual framework and results of a preliminary study. *Social Indicators Research*, 7, 103-136.
- Burton, W. N., Pransky, G., Conti, D. J., Chen, C. Y., Schultz, A. B., & Edington, D. W. (2002). The economic burden of lost productivity due to migraine headache: a specific worksite analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44 (6), 523-529.
- Butt, D. S., & Beiser, M. (1987). Successful aging: A theme for international psychology. *Psychology and Aging*, 2, 87-94.
- Byrne, B. M. (1994). Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 31, 645-673.
- Caballo, V. E. (2006). *Manual para la evolución clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológico*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

- Caetano, A. & Silva, S. (2010). *Bem-estar subjetivo e saúde no trabalho*, In Lopes, M. P. Ribeiro, R. B., Palma & P. J. e Cunha, M. P. (eds), *Psicologia Aplicada*, Lisboa: Recursos Humanos Editora.
- Campbell, A. (1981). *The Sense of Wellbeing in America: Recent Patterns and Trends*. McGraw-Hill, New York.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117–124.
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, ISBN978-972-31-1334-1.
- Carson, D. K., & Bittner, M. T. (1994). Temperament and school-aged children's coping abilities and responses to stress. *The Journal of Genetic Psychology*, 155(3), 289-302.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24(5), 508.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 91-100.
- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1989). Gender and body images: Stereotypes and realities. *Sex roles*, 21(5-6), 361-373.
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance and change*. New York: The Guilford Press.
- Castro, L. V. D. O. D., & de Loureiro, S. (2009). Saúde comunitária – análise multidisciplinar da condição oral de crianças em idade escolar.
- Chambel, M. (2005). *Estudo sobre o Stress nos Professores*. Prodep III.
- Chantal, C. (2001); *Qualidade de Vida: arte para viver no século XXI*; Loures; Editora -143-Lusociência.

- Chatterji, S., Ustün, B. L., Sadana, R., Salomon, J. A., Mathers, C. D., & Murray, C. J. (2002). The conceptual basis for measuring and reporting on health. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper, nº45.
- Chaves, E. C., Cade, N. V., Montovani, M. D. F., OLeite, R. D. C. B. D., & Spire, W. C. (2000). Coping: significance, influence in health and illness process and importance to nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(4), 370-375.
- Chen D., & Dalton P. (2005). The effect of emotion and personality on olfactory perception. *Chem Senses* 30:345–351.
- Chen, R. T., & Orenstein, W. A. (1996). Epidemiologic methods in immunization programs. *Epidemiol Rev.*; 18 (2) p. 99-117.
- Chenoweth, D. (1995). *Worksite health promotion and injury*. Worksite health promotion economics: consensus statement and analysis. Champaign, IL: Human Kinetics. 98-117.
- Chianca TK, Deus MR, Dourado AS, Leão AT, Vianna RBC. El impacto de la salud bucal en la calidad de vida. *Rev Fola/Oral* 1999; 5(16):96-102.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of perspective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741–756.
- Chrea, C., Grandjean, D., Delplanque, S., Cayeux, I., Le Calvé, B., Aymard, L., & Scherer, K. R. (2009). Mapping the semantic space for the subjective experience of emotional responses to odors. *Chemical Senses*, 34(1), 49-62.
- Chrischilles, E. A., Rubenstein, L. M., Voelker, M. D., Wallace, R. B., & Rodnitzky, R. L. (2002). Linking clinical variables to health-related quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, 8(3), 199-209.
- Christian, M. S., Bradley, J. C., Wallace, J. C., & Burke, M. J. (2009). Workplace safety: A meta-analysis of the roles of person and situation factors. *Journal of Applied Psychology*, 94, 1103–1127.
- Çiçek, Y., Orbak, R., Tezel, A., Orbak, Z., & Erciyas, K. (2003). Effect of tongue brushing on oral malodor in adolescents. *Pediatrics international*, 45(6), 719-723.
- Clark, A. E., Diener, E., Georgellis, Y., & Lucas, R. E. (2008). Lags and leads in life satisfaction: A test of the baseline hypothesis. *The Economic Journal*, 118, F222–F243.
- Cleary, P. D., Wilson, P. D., & Fowler, F. J. (1995). *Health –related quality life HIV- infected persons: a conceptual model*. IN: Dimsdale J.E, Baum, A editors. Quality of life behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbraum Associates, (p.191-204)
- Cohen, L. & Manion, L. (1990). *Métodos de Investigaion Educativa*. Madrid: La Muralla.

- Cohen, J. (1994). The earth is round ($p < .05$). *American Psychologist Association*.
- Cohen, L. K., & Jago, J. D., (1976). Toward formulation of sociodental indicators. *International Journal of Health Services*, 6:681-698.
- Coil, J. M., Yaegaki, K., Matsuo, T., & Miyazaki, H. (2002). Proceedings of Fifth International Conference on Breath Odor. *International Dental Journal*, 52, 187-191.
- Collins, J. J., Baase, C. M., Sharda, C. E., Ozminkowski, R. J., Nicholson, S., Billotti, G. M., Turpin, R. S., Olson, M., & Berger, M. L. (2005). The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47 (6), 547-557.
- Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., & Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 157-172.
- Conner, M., & Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behavior: A review and avenues for further research. *Journal of applied social psychology*, 28, 1429-1464.
- Conner, M., & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours.
- Contoyannis, P., & Jones, A. M. (2004). Status sócio-económico, saúde e estilo de vida. *Journal of Health Economics*, 23 (5), 965-995.
- Cooper, C. L., & Marshall, J. (1978). *Understanding executive stress*. London: Macmillan.
- Cornell, J. E. (1994). Oral health quality of life inventory. *Journal Behavior Medicine* 4(3):257.
- Correia, I., Vala, J., & Aguiar, P., (2007). Victim's innocence, social categorization and threat to the belief in a just world. *Journal of experimental social psychology*, 31-38.
- Costa, E. C. V. (2007). Avaliação da eficácia relativa de duas intervenções psicoeducativas dirigidas à prevenção da SIDA e promoção da saúde em mulheres com risco para o VIH.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38(4), 668.
- Coulter, I. D., Marcus, M., & Atchison, K. A. (1994). Measuring oral health status: theoretical and methodological challenges. *Social Science & Medicine*, 38 (11), 1531-1541.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47(4), 23-34.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(3), 405.

- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(3), 405.
- Côté, F., Godin, G., & Gagné, C. (2004). Identification of factors promoting abstinence from smoking in a cohort of elementary schoolchildren. *Preventive Medicine*, 39, 695-703.
- Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 454.
- Craig, A., & Cooper, R. E. (1992). *Symptoms of acute and chronic fatigue*. In A.P. Smith and D.M. Jones (eds.), *Handbook of Human Performance*, Vol. 3. London: Academic Press. 289-340.
- Creswell, J. W. (1994). *Research design: Qualitative & quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2009). *Connected: The surprising power of our social networks and how they shape our lives*. New York, NY: Little, Brown, and Company.
- Crohn, B. B., & Drosd, R. (1942) Halitosis, The origin of mouth odors halitosis, *New York Journal Dental*, v12, p.192-197.
- Cruz, L. N. (2010). *Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre*.
- Csikszentmihalyi, M. (1992). *M. Psicologia da felicidade*. São Paulo: Saraiva.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper and Row.
- Csikszentmihalyi, M. (1988). *Sociedade, cultura e pessoa: uma visão sistêmica da criatividade*. Em RJ Sternberg (Org.), *A natureza da criatividade* (pp. 325-339). New York: Cambridge University Press.
- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social indicators research*, 52(1), 55-72.
- Cushing, A. M.; Sheiham, A., & Maizels, J. (1986). Developing sociodental indicators. The social impact of dental disease. *Community Dental Health*, 3:3.
- Da Silva, M. P., Jorge, Z., Domingues, A., Nobre, E. L., Chambel, P., & De Castro, J. J. (2006). *Obesidade e qualidade de vida*. *Ata Médica Portuguesa*, 19 (3), 247-9.
- Dal Rio, A. C. C., Nicola, E. M. D., & Teixeira, A. R. F. (2007). Halitose: proposta de um protocolo de avaliação. *Revista Brasileira Otorrinolaringol*, 73(6), 835-42.

- Daniels, K., & Guppy, A. (1997). Stressors, locus de controlo, and social support as consequences of affective psychological well-being. *Journal of Occupational Health Psychology, 2*, 156-174.
- Daniels, K. (2000). *Measures of five aspects of affective well-being at work*. Human Relations, 53, 275-294.
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of Management, 25*, 357-384.
- Davis, R. K., Meyer, K., Freitas, E., & Kristoffersen, T. (1983). Tooth loss and prosthetic replacement in Portugal. A baseline study in youths and adults. *Revista portuguesa de estomatologia e cirurgia maxilo-facial, 24*(3), 291.
- Davoglio, R. (2009). Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública, 25*(3): 655-667.
- Debaty, B., & Rompen, E.(2002). Origin and treatment of bad breath. *Revue Medicale de Liège, v. 57, n. 5, p. 324-329*.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The " what " and " why " of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry, 11*(4), 227-268.
- Delanghe, G., Ghyselen, J., Bollen, C., Van Steenberghe, D., Vandekerckhove, B. N., & Feenstra, L. (1999). An inventory of patients response to treatment at a multidisciplinary breath odor clinic. *Quintessence Int, 30, 50, 307-310*.
- Delhey, J. (2009). From Materialist to Postmaterialist Happiness? National Affluence and Determinants of Life Satisfaction in Cross-national Perspective. *World Values Research, 2, 2, 30-54*.
- De Marco, M.A., (2003). A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- DePaola, D. P., & Slavkin, H. C. (2004). Reforming dental health professions education: a white paper. *Journal of Dental Education, 68*(11), 1139-1150.
- DeNeve, K., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin, 124*, 197-229.
- Denzin, N. K. (1978). *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw-Hill.
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. (2000). The discipline and practice of qualitative research. In N.K. Denzin e Y. Lincoln (Eds.) *Handbook of qualitative research* (pp. 1-28). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Dessen, M. C. & Paz, M. G. (2010). Validação do Instrumento de indicadores de bem-estar pessoal nas organizações. *Psicologia em Estudo*, 15 (2), 409-418.
- DGS - Direção-Geral de Saúde (DGS) (2000). Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada. Lisboa.
- DGS - Direção-Geral de Saúde (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativo n.º1/DSE de 18/01/05. Lisboa.
- DGS - Direção-Geral de Saúde (2006). Circular Normativa N.º 9/DSE de 19/07/06. Lisboa.
- DGS - Direção-Geral de Saúde (2008). Circular Normativo DGS n.º04/DSPPS/DCVAE de 27/02/08. Lisboa. ISBN:978-972-675-164-9.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psicologicaal Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 653.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Medir a qualidade de vida: Indicadores económicos, sociais e subjetivos. *Indicadores Sociais Research*, 40, 189-216
- Deiner, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social indicators research*, 40 (1-2), 189-216.
- Deiner, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, E., & Suh, E. M. (2000). *Culture and subjective well-being*. MIT press.
- Diener, E., Scollon, C. K., Oishi, S., Dzokoto, V., & Suh, E. M. (2000). Positivity and the construction of life satisfaction judgments: Global happiness is not the sum of its parts. *Journal of Happiness Studies*, 1, 159-176.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personalidade, cultura e bem-estar subjetivo: Avaliações emocionais e cognitivas da vida. *Revisão Anual de Psicologia*, 54, 403-425.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1-31.
- Diener, E., Lucas, R., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305-314.

- Diener, E., Lucas, R.E., & Schimmack, U. (2008). *National Accounts of Well-Being*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Diener, E., Kahneman, D., Tov, W., & Arora, R. (2010). Income's association with judgments of life versus feelings. *International differences in well-being*, 3-15.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). *Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity*. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3, 1–43.
- Diener, E., Tay, L., & Myers, D. (2011). The religion paradox: If religion makes people happy, why are so many dropping out? *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 1278–1290.
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being *Research. American Psychologist*, 67(8), 590.
- Dolan T. A. (1993). Identificação de resultados adequados para o envelhecimento da população. *Spec Cuidados Dentista*; 13:35-9.
- Dolan, T. A., Gooch, B. F., & Bourque, L. B. (1991). Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment. *Community dentistry and oral epidemiology*, 19(1), 1-8.
- Donaldson, A. C., McKenzie, D., Riggio, M. P., Hodge, P. J., Rolph, H., Flanagan, A., & Bagg, J. (2005). Microbiological culture analysis of the tongue anaerobic microflora in subjects with and without halitosis. *Oral diseases*, 11(s1), 61-63.
- Dubos R. (1979). *Mirage of health*. New York: Harper Colophon.
- Dunning, D., Leuenberger, A., & Sherman, D. A. (1995). A new look at motivated inference: are self-serving theories of success a product of motivational forces? *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 58.
- Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social science & medicine*, 41(10), 1383-1394.
- Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*; 196: 129–36.
- Eid, M., & Diener, E. (2001). Norms for experiencing emotions in different cultures: inter- and intranational differences. *Journal of personality and social psychology*, 81(5), 869.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, 65, 245–277.
- Elkinton, J. R. (1966). Medicine and the quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 64(3), 711-714.

- El-maaytah, M. A., Hartley, M. G., Greenman, J., Porter, S. R., & Scully, C. M. (1996). *Relationships of the salivary incubation test with oral malodour levels*. In: Steenberghe, D.; Rosenberg, M. *Bad breath a multidisciplinary approach*. 1sted. Belgium: Leuven University Press,. p. 35-142.
- Eli, I., Baht, R., Koriat, H., & Rosenberg, M. (2001). *Self-perception of breath odor*. *Journal American Dental Association*; 132, 5, 621-6.
- Elias, M., & Ferriani, M. (2006). Aspectos históricos e sociais da halitose. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14, 5. Ribeirão Preto.
- Elias, A. C., & Sheiham, A. (1998). The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *Journal Oral Rehabil*; 25:649-61.
- Ellison, G. (1991). "Religious Involvement and Subjetive Well-Being." *Journal of Health and Social Behavior* 32:80-99
- Ellison, C. G., Gay, D. A., & Glass, T. A. (1992). Does religion commitment contributes to life satisfaction? *Social Forces* v.68, p.100-123, 1989, apud Schumaker.
- Engen, T. (1991) *Odor Sensation e Memória*. Praeger, New York.
- Eriksen, R. H., Ihlebaek, C., & Ursin, H. (1999). Um sistema de pontuação para as queixas subjetivas de saúde (SHC). *Journal of Public Health*, 27 (1), 63-72.
- Eriksen, H. R., Svendsrod, R., Ursin, G., & Ursin, H. (1998). Prevalence of subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993. *The European Journal of Public Health*, 8(4), 294-298.
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (1994). *Why are some people healthy and others not?: The determinants of health of populations* (pp. 27-64). New York: Aldine de Gruyter.
- Eurofound (2012). Third European Quality of Life Survey - Quality of life in Europe: Impacts of the crisis, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fagundes, R., Conceição, M., Marocchio, L., (2005). Uma nova técnica de limpeza da língua. *Revista Associação Paulista Circular Dentária* 59:465-469, nov-dez.
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 62(2), 105-112.
- Fayers, P., & Hays, R. D. (2005). Assessing Quality of Life in Clinical Trialsed.
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjetive well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*,68(1), 138.

- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities*, 16(1), 51-57.
- Fielding, J. E. (1984) Health promotion and disease prevention at the worksite. *Annual Review of Public Health*, 5, 237-265.
- Fielding, N. & Lee, R. M. (1998). *Computer analysis and qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Figueiras, M. J., Marcelino, D., & Ferreira, M. M. (2009). Preditores da intenção de adotar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2), 27-36.
- Filippi, A. (2012). Findings, diagnoses and results of a halitosis clinic over a seven year period. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 122(3), 205-210.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*.
- Fleck, M. P. A., Fachel, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 21 (1):19-28.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de avaliação da qualidade de vida (IAQdV): estudo de validação para a população idosa portuguesa.
- Fontana, A. & Frey, J. H. (2000). The interview: From structured questions to negotiated text. In N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. (pp. 645-672). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Foster, P. (1996). "Observational research". In R Sapsford e V. Jupp (Eds.), *Data Collection and analysis* (pp. 57-93). London: Sage.
- Freeman, R. (1999). A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction. *British dental journal*, 186(10), 503-506.
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology – The Broadenand-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist* 56: 218-226.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positives emotions*. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), Oxford Handbook of positive Psychology. Oxford: University Press. Retirado: dezembro, 10, 2009.
- Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American Psychologist*, 43, 5, 349-358.
- Frisch, M. B. (1992). *Test manual and treatment guide for quality of life inventory*. Waco, Texas: Autor
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: stability and change. *Journal of personality and social psychology*, 88(1), 158.
- Fulmer, C. A., Gelfand, M. J., Kruglanski, A., Kim-Prieto, C., Diener, E., Pierro, A., & Higgins, E. (2010). On "feeling right" in cultural contexts: How person–culture match affects self-esteem and subjective well-being. *Psychological Science*, 21, 1563–1569.
- Gale, E. N., Carlsson, S. G., Eriksson, A., & Jontell, M. (1984). Effects of dentists' behavior on patients' attitudes. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 109(3), 444-446.
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., Pereira, M., Vaz Serra, A., Paredes, T., Carona, C. & Rijo, D. (2010). Fatores sociais e demográficos de variabilidade da qualidade de vida na população geral. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Orgs.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gaspar, T., Pais Ribeiro J.L., Matos M.G., & Leal, L. (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia Saúde & Doenças*, 9, (1), 55-71.
- Gavinha, S. M. C. (2000). *Saúde oral sénior*.
- George, J. M., & Zhou, J. (2007). Dual tuning in a supportive context: Joint contributions of positive mood, negative mood, and supervisory behaviors to employee creativity. *Academy of Management Journal*, 50(3), 605–622.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2005). *O Inquérito. Teoria e prática*. 4ª Edição. Celta.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.

- Gilbert, G. H., Duncan, R. P., Heft, M. W., Dolan, T. A., & Vogel, W. B. (1997). Oral disadvantage among dentate adults. *Community Dent Oral Epidemiol*; 25:301-13
- Gilboa, S., Shirom, A., Fried, Y., & Cooper, C. (2008). A meta-analysis of work demand stressors and job performance: Examining main and moderating effects. *Personnel Psychology*, 61: 2: 227-272.
- Gift, H, Reisine, S., & Larach, D. (1989). The social impact of dental problems and visits. *American Journal Public Health*, 82:1163-1168.
- Gift, H. C., & Atchison, K. A. (1995). Oral Health, Health, and Health-Related Quality of Life. *Medical Care*, 3 (11 Suppl):NS57-77, Nov.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of quality of quality-of-life measures. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 272, 619-626.
- Gilson, B. S. (1975) The Sickness Impact Profile: development of an outcome measure of oral health. *American Journal Public Health.*, 65: 1304-10.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: The Sociology Press.
- Glatzer, W. (1987). Subjective Well-Being: components of well-being. *Social Indicators Research*, 19, 25-38.
- Glenn, N. D. (1975). "The contribution of marriage to the psychological well-being of males and females." *Journal of Marriage and the Family* 37: 594-600.
- Goetzel, R., Ozminkowski, R., Sederer, L., & Mark, T. (2002). The business case for quality mental health services: why employers should care about the mental health and well-being of their employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44 (4), 320-330.
- Goldrick, P., & Pine, C. (1999). Behavioural sciences: A review of teaching of behavioural sciences in the United Kingdom dental undergraduate curriculum. *British dental journal*, 186 (11), 576-580.
- Gomes, A. S., & Abegg, C. (2007). 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*, 23 (7), 1707-14.
- González Rey, F.L. (2002). *Sujeito e subjetividade*. São Paulo: Thomson Learning.
- González Rey, F.L. (2007). Social and individual subjectivity from an historical-cultural standpoint. *Outlines. Critical Social Studies*, v. 9, n. 2, p. 3-14.
- González Rey, F.L. (2011). Lenguaje sentido y subjetividad: más allá del lenguaje y la conducta. *Estudios de Psicología*, v. 32, p. 345-357.

- Gove, W. R., & Shin, H. (1989). The psychological well-being of divorced and widowed men and women. *Journal of Family Issues* 10: 122–144.
- Gray, E. K., & Watson, D. (2001). *Emotion, mood, and temperament: similarities, differences, and a synthesis*.
- Granzin, K.L., & Haggard, L.M. (2000). *An integrative explanation for quality of life: Development and test of a structural model*. In E. Diener and D.R. Rahtz (Eds.), *Advances in quality of life research* London: Kluwer. pp. 31–63.
- Greenman, J., & Rosenberg, M. (2005). Proceedings of the Sixth International Conference on Breath Odor. *Oral Dis*; 11 Suppl1:5-6.
- Grinyer, A., & Singleton, V. (2000). Sickness absence as risk-taking behaviour: a study of organisational and cultural factors in the public sector. *Health, Risk & Society*, 2 (1), 7-21.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2 (163-194).
- Guiteras, A.F., & Bayés, R. (1993). *Desarrolllo de un instrumento para la medida de da calidad de vida en enfermedades crónicas*. In: Fornis M, Anguera MT, organizaadores. *Aportaciones recientes a la evaluación psicologica*. Barcelona: Universitas; p. 175-95.
- Gurland, B. J., Katz, S., Lantigua, R. A., & Wilder, D. (1993). Cognitive function and the elderly. In *Proceedings of the 1991 International Symposium on Data on Aging, National Center for Health Statistics* (pp. 21-26).
- Hays, R. D., Alonso, J., & Coons, S. J. (1998). Possibilities for summarizing health-related quality of life when using a profile instrument. *Quality of Life assesement in clinical trials*, 143-153.
- Hall, S. R., & Smith, A. P. (1996). Investigation of the effects and after-effects of naturally occurring upper respiratory tract illnesses on mood and performance. *Physiology and Behavior*, 59, 569-577.
- Halvari, A., & Halvari, H. (2006). Motivational predictors of change in oral health: an experimental test of self-determination theory. *Motivation and Emotion*. 30: 295-306
- Hancock.T. (1993). Presentation: Healthy cities and communities: past, present and future.
- Harding, L. (2001), Children's quality of life assessments: a review of generic and health related quality of life measures completed by children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8.

- Harter, J. K., Schmidt, F. L., Asplund, J., & Kilham, E. A. (2010). Causal impact of employee work perceptions on the bottom line of organizations. *Perspetives on Psychological Science*, 5, 378–389.
- Harvey, J., & Nicholson, N. (1999). Minor illness as a legitimate reason for absence. *Journal of Organizational Behavior*, 20(6), 979-993.
- Hassel, A. J., Rolko, C., Leisen, J., Schmitter, M., Rexroth, W., & Leckel, M. (2007). Oral health-related quality of life and somatization in the elderly. *Quality of Life Research*, 16(2), 253-261.
- Hausman, D.M., (2012). Health, welfare, and measure the burden of disease. *Health Popul subway*, 10 (1), 13.
- Hausman, D., (2012). Measuring and Valuing Health of the Population: Some conceptual issues. *Ethics of Public Health* 2012.
- Hastings, G.B., Hughes, K., Lawther, S. and Lowry, R.J. (1998): The role of the public in water fluoridation: public health champions or antifuoridation freedom fighters? *British Dental Journal* 184, 39-41.
- Havliciek, J., Gasova, Z., Smith, A. & Flegr, J. (2001). Decrease of psychomotor performance in subjects with latent asymptomatic toxoplasmosis. *Parasitology*, 122, 515-520.
- Hayes, C. (1988). The use of patient based outcome measures in clinical decision-making. *Community Dental Health*, 15:19-21.
- Hays, R. D., Cunningham, W. E., Sherbourne, C. D., Wilson, I. B., Wu, A. W., Cleary, P. D., & Bozzette, S. A. (2000). Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. *The American journal of medicine*, 108(9), 714-722.
- Heaphy, E., & Dutton, J. (2008). Interações sociais positivas e do corpo humano no trabalho: organizações Vinculação e fisiologia. *Academy of Management Review* 33 (1), 137-162.
- Heinemann, A. W. (2000). Functional status and quality-of-life measures. In R. G. Frank & T. R. Elliott (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (pp. 261-285). Washington, DC: American Psychological Association.
- Heisler, M., Bouknight, R. R., Hayward, R. A., Smith, D. M., & Kerr, E. A. (2002). The Relative Importance of Physician Communication, Participatory Decision Making, and Patient Understanding in Diabetes Self-management. *Journal of general internal medicine*, 17(4), 243-252.

- Hemp, P. (2004). Presenteeism: at work – but out of it. *Havard Business Review*, 82 (10), 49-58.
- Heydecke, G., Tedesco, L.A., Kowalski, C., & Inglehart, M.R. (2004). Complete dentures and oral health-related quality of life – do coping styles matter? *Community Dent Oral Epidemiol*; 32:297-306.
- Henne, D. & Locke, E. A. (1985). Job dissatisfaction: what are the consequences? *International Journal of Psychology*, 20, 221-240.
- Herz, R. S. (2002). Influences of odors on mood and affective cognition. *Olfaction, taste, and cognition*, 160-177.
- Herz, R. S. (2004). A naturalistic analysis of autobiographical memories triggered by olfactory visual and auditory stimuli. *Chemical Senses*, 29(3), 217-224.
- Herz, R.S. (2007). *The Scent of Desire: Discovering Our Enigmatic Sense of Smell*. New York: William Morrow/HarperCollins Publishers.
- Hill A. J., Boudreau F., Amyot, E., Déry, D., & Godin, G. (1997). Predicting the stages of smoking acquisition according to the theory of planned behavior. *Journal of adolescent health*, 21, 107-115.
- Hine, M.K. (1957). Halitosis. *Journal American Dental Association*, Chicago, v.55, no.7, p.37-46.
- Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*, 52(5), 946.
- Horley, J., & Lavery, J.J. (1995). Subjective well-being and age. *Social Indicators Research*, 34, 275-282.
- Howe, J.W. (1874). *The breath and the diseases witch give it a fetid odor*. 7-8.
- Howard, P. J., & Howard, J. M. (1995). The Big Five Quickstart: An Introduction to the Five-Factor Model of Personality for Human Resource Professionals.
- Horwitz, E. K. (1987). Surveying student beliefs about language learning. *Learner strategies in language learning*, 119-129.
- Hsee, C. K., & Zhang, J. (2010). General evaluability theory. *Perspetives on Psychological Science*, 5, 343–355.
- Hughes, F. J., & McNab, R. (2008). Oral malodour - a review. *Archives of Oral Biology*, v. 53 Suppl 1, p. 1-7.
- Hurley, S.F., Bond, L.M., Carlin, J.B., Evans, D.B., & Kaldor, J.M. (1995). A method for estimating baseline health care costs, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 49, pp. 525–31.

- Hutz, C. S., Nunes, C. H. S. D. S., Silveira, A. D., Serra, J. G., Anton, M. C., & Wieczorek, L. S. (1998). O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia: reflexão e crítica. Porto Alegre. Vol. 11, n. 2 (1998), p. 395-409.*
- Ihlebaek, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian journal of public health, 30(1), 20-29.*
- Inglehart, R. 1990. *Culture Shift in Advanced Industrial Society.* Princeton: Princeton University Press.
- Inglehart, M. R., & Bagramian, R. (Eds.). (2002). *Oral health-related quality of life* (pp. 1-6). Quintessence Pub..
- Jahng, K. H., Martin, L. R., Golin, C. E., & DiMatteo, M. R. (2005). Preferences for medical collaboration: patient–physician congruence and patient outcomes. *Patient education and counseling, 57(3), 308-314.*
- James, W. (1950). *Trabalho original publicado em 1890, The principles of psychology.* Nova York: Dover Publications,
- James, L.R., James, L.A. & Ashe, D.K. (1990). *The meaning of organizations: the role of cognitions and values.* In B. Schneider (Ed.), *Organizational climate and culture* (pp. 4148). San Francisco: Jossey Bass.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology* (Vol. 1). New York: Holt.
- Janz, N., & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11, 1-47*
- Jokovic, A., Locker, D., Stephens, M., Kenny, D., Tompson, B., & Guyatt, G. (2002). Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *Journal of dental research, 81(7), 459-463.*
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). Adesão ao Tratamento. *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde, 179-216.*
- Kahneman, D. (1999). *Objective happiness.* In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Foundations of hedonic psychology: Scientific perspectives on enjoyment and suffering* (pp. 3-25). New York: Russell Sage Foundation.
- Kahneman, D., & Diener, E. e Schwarz, N.(Eds.).(1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology.*
- Kaplan, H. I. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock e Jack A. Grebb; trad. Dayse Batista. – 7. ed. – Porto Alegre: Artes Médicas.

- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5(3), 139.
- Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Barkley, R.A., Birnbaum, H., Greenberg, P., Jonston, J. A., Spencer T., & Ustun, T.B. (2005). The prevalence and effects of adult attention deficit/ hyperactivity disorder on workperformance in a nationally representative sample of workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47 (6), 565-572.
- Keyes, C.L.M. Shomotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kite, B. A. (2013). *Protective Behavioral Strategy Subtypes As Moderators of the Relationship between Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems*. Old Dominion University.
- Kleinberg, I., Wolf, M.S., & Codipilly, D.M. (2002). Role of saliva in oral dryness, oral feel and oral malodor. *International Dental Journal*, v.3, n.52, p. 236-240.
- Kolk, A.M., Hanewald, G.J., Schagen, S., & Gijsbers van Wijk, C.M. (2002). Predicting medically unexplained physical symptoms and health care utilization. A symptom-perception approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (1), 35-44
- Könönen, M., Lipasti, J., & Murtomaa, H. (1986). Comparison of dental information obtained from self-examination and clinical examination. *Community dentistry and oral epidemiology*, 14(5), 258-260.
- Koopmanschap, M., Burdorf, A., Jacob, K., Meerding, W. J., Brouwer, W., & Severens, H. (2005). Measuring productivity changes in economic evaluation: setting the research agenda. *Pharmacoeconomics*, 23 (1), 47-54.
- Korsch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42(5), 855-871.
- Kozma, A. (1986). Happiness and activities as propensities. *Journal of Gerontology*, 41(1), 85-90.
- Kramish Campbell, M., Tessaro, I., DeVellis, B., Benedict, S., Kelsey, K., Belton, L., & Sanhueza, A. (2002). *Effects of a tailored health promotion program for female blue-collar workers: Health Works for Women*. 34:313-323.
- Kressin, N.R. (1997). *The oral health-related quality of life measure (OHQOL)*. In: Slade GD. (Ed) *Measuring oral health and quality of life*. University of North Carolina, School of Dentistry, pp.113-120.

- Kressin, N.R., Spiro III, A., Bossé, R., Garcia, R., & Kazis, L. (1996). Assessing oral health related quality of life: Findings from the Normative Aging Study. *Medical Care*; 34(5): 416-427.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 150-155.
- Kwan, V. S., Bond, M. H., & Singelis, T. M. (1997). Pancultural explanations for life satisfaction: adding relationship harmony to self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 73(5), 1038.
- Kwan, S. Y., & Williams, S. A. (1999). Dental beliefs, knowledge and behaviour of Chinese people in the United Kingdom. *Community dental health*, 16(1), 33-39.
- Kurdek, L.A. (1991): "The relations between reported well-being and divorce history, availability of a proximate adult, and gender". *Journal of Marriage and the Family*, 53: 71-78.
- Lacerda, J.T., Ribeiro, J.D., Ribeiro, D.M., & Traebert, J. (2011). Prevalence of orofacial pain and its impact on the oral health-related quality of life of textile industries workers of Laguna, SC, Brazil. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 16(10):4275-82.
- Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Formanek, B., & Dammann, G. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European journal of epidemiology*, 16(6), 511-518.
- Lai, K.L., Tzeng, R.J., Wang, B.L., Lee, H.S., Amidon, R.L., & Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, Vol 14 (4), pp. 1169-1180
- Lapadat, J. C. & Lindsay, A. C. (1999). Transcription in research and practice: From standardization of technique to interpretative positionings. *Qualitative Inquiry*, 5 (1), 64-86.
- Laranjeira, C. A. (2009). O contexto organizacional ea experiência de estress: uma perspectiva integrativa. *Revista de salud pública*, 11(1), 123-133.
- Larsen, R.J., & Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: a review. *Journal of Research in Personality*, 21, 1, 1-39.
- Larsen, R. J., & Ketelaar, T. (1991). Personality and susceptibility to positive and negative emotional states. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 132.
- Laurel, A.C. (1983). *A saúde-doença como processo social*. In: Nunes E, organizador. *Medicina social: aspetos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editora; p. 135-58.

- Layard, P.R.G., Nickell, S.J., & Jackman, R. (2005). *Unemployment: macroeconomic performance and the labour market*. Oxford University Press.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S., & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38(3), 245.
- L'Ecuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris: PUF.
- Leao, A., & Sheiham, A. (1996). The development of a sociodental measure of dental impacts on daily living. *Community Dental Health*; 13(1):22-6.
- Lee, P.C.C., Mak, W.Y., & Newsome, P. (2004). The aetiology and treatment of oral halitosis: an update. *Hong Kong Medical Journal*. 10, 6, 414-418.
- Lee, R.T. & Ashforth, B.E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- Lee, D. T., Yu, D. S., Woo, J., & Thompson, D. R. (2005). Health-related quality of life in patients with congestive heart failure. *European journal of heart failure*, 7(3), 419-422.
- Lenton, P., Majerus, G., & Bakdash, B. (2001). Counseling and treating bad breath patients: a step-by-step approach. *Journal Dental Practice*; v.2, n.2, p.46-61.
- Leplege, A., & Hunt, S. (1997). The problem of quality of life in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 278,.
- Lerner, D., & Levine, S. (1994). Health-related quality of life: origins, gaps and directions. *Advances in Medical Sociology*; 5: 43-65.
- Leyens, J. P., & Yzerbyt, V. (1999). Atitudes e persuasão. *Psicologia social*.
- Lima, M. L. (1996). Atitudes. In M. B. Monteiro, & J. Vala (Eds.), *Psicologia Social* (2." ed., pp. 167-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Sage.
- Lindstrom, B. (1992). Quality of life: A model for evaluating health for all. *Soz Praventiv med*, 37, 301±306.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., Brody, D., & de Gruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *American Journal of Medicine*, 101 (5), 526-533.
- Lipp, M.E.N., & Rocha, J.C. (1994). *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida*. Campinas, Papirus.
- Liu, X.N., Shinada, K., Chen, X., Zhang, B.X., Yaegaki, K., & Kawaguchi, Y. (2006). Oral malodor-related parameters in the Chinese general population. *Journal Clinical Periodontol*; 33: 31-36

- Locke, E.A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4, 309-336.
- Locke, E.A. (1976). *The nature and causes of job satisfaction*. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand
- Locke, E.A. (1984). Job satisfaction. In: M. Gruneberg & T. Wall (Eds). *Social psychology and organizational behavior*. 93-117. New York: John Wiley & Sons
- Locker, D. (1988). *Measuring oral health: a conceptual framework*. *Community dental health*, 5(1), 3.
- Locker, D. (1995). *Social and psychological consequences of oral disorders*. In *Turning strategy into action*. Edited by Kay EJ. Manchester: Eden Bianchypress.
- Locker, D. (1997). Concepts of oral health, disease and the quality of life. *Measuring oral health and quality of life*, 11-24. In: Slade GD, editor. *Medindo saúde bucal e qualidade de vida*. Chapel Hill: University of North Carolina: Ecolog Dental, pp 11-24.
- Locker, D. (1997). *Concepts of oral health, disease and the quality of life*, In: Slade, G. D. (Ed.), *Measuring Oral Health and Quality of Life*, University of North Carolina.
- Locker, D., Clarke, M., & Payne, B. (2000). Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in a Older Adult Population. *Journal of Dental Research*, 79(4), 970-975
- Locker, D., & Matear, D. (2000). Oral Disorders, Systemic Health, Well-Being and the Quality of Life. *Community Dental Health Services Research Unit.*, 1-34. Faculty of Dentistry, University of Toronto
- Locker, D., Matear, D., Stephens, M., & Jokovic, A. (2002). Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community dental health*, 19(2), 90-97.
- Locker, D., & Miller, Y. (1994). Evaluation of subjective oral health status indicators. *Journal of Public Health Dentistry* 54:167-76.
- Locker, D., & Slade, G. (1994). Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology*, Dec;11(2): 108-1
- Lodahl, T., & Kejner, M. (1965). The definition and measurement of job involvement. *Journal of Applied Psychology*, 49, 24-33.
- Loesche, W.J. (1999). The effects of antimicrobial mouth rinses on oral malodor and their statute relative to US Food and Drug Administration regulations. 30, 5, 311-8.
- Loesche, W.J., & Kazor, C. (2002), Microbiology and treatment of halitosis. *Periodontology*, 28: 256-279.

- Lofland, J.H., Pizzi, L., & Frick, K.D. (2004). A review of health-related workplace productivity loss instruments. *Pharmacoeconomics*, 22 (3), 165-184.
- Logan, H. L. (1991). Communication and persuasion: factors influencing a patient's behavior. *Journal of dental education*, 55(9), 570-74.
- Lopes, P.A.F.C. (2012). Estilos de vida e prevenção primária na saúde oral em ambiente escolar.
- Lopez, D. F., & Little, T. D. (1996). Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology*, 32(2), 299.
- Lucas, R.E., Diener, E., Grob, A., Suh, E.M., & Shao, L. (2000). Evidência Cross-cultural para as características fundamentais de extroversão. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 452-468.
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology*, 137 (3), 369-373.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science*, 7, 186-189.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803.
- Lucas, R. E. (2007). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of personality and social psychology*, 92(4), 717.
- Lucas, R.E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 616.
- Luhmann, M., Hofman, W., Eid, M., & Lucas, R.E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 592–615.
- Luhmann, M., Lucas, R.E., Eid, M., & Diener, E. (2012). The prospective effect of life satisfaction on life events. *Social Psychological and Personality Science*. Advance online publication.
- Madden, T.J., Ellen, P.S., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and social psychology Bulletin*, 18(1), 3-9.
- Manson, J. D. (2004). Concepts in dental public health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Marelich, W. D., & Erger, J. S. (2004). *The social psychology of health: essays and readings*. Sage.

- Maroco, J. (2011). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software e Aplicações*. Escolar Editora.
- Marques, M. D., Bjertness, E., & Eriksen, H. M. (1994). Caries prevalence of young adults in Oslo, Norway, and Porto, Portugal A comparative analysis. *Acta Odontologica Scandinavica*, 52(2), 111-115.
- Martinelli, M. (1999). *Conversando sobre educação em valores humanos*. Editora Peirópolis.
- Martinez, M.C., & Paraguay, A.I.B.B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho: aspetos conceituais e metodológicos. *Cadernos de psicologia social do trabalho*, 6, 59-78.
- Martinez, L.F., Ferreira, A.F., Sousa, L.M., & Cunha, J.V. (2010). Tradução e validação para a língua portuguesa das escalas de presentismo. *WLQ-8 E SPS Avaliação Psicológica*, 9(2), 253-266.
- Marteau, T. M. (1989). Health beliefs and attributions. In *Health psychology* (pp. 1-23). Springer US.
- Martens, M. P., Ferrier, A. G., Sheehy, M. J., Corbett, K., Anderson, D. A., & Simmons, A. (2005). Development of the Protective Behavioral Strategies Survey. *Journal of studies on alcohol*, 66(5), 698-705.
- Martens, M. P., Neighbors, C., Lewis, M. A., Lee, C. M., Oster-Aaland, L., & Larimer, M. E. (2008). The roles of negative affect and coping motives in the relationship between alcohol use and alcohol-related problems among college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(3), 412-419.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mastekaasa, A. (1995). Age variations in the suicide rates and self-reported subjective well-being of married and never married persons. *Journal of community & applied social psychology*, 5(1), 21-39.
- Mathers, C. D., Salomon, J., Murray, C. J., Lopez, A., Murray, C., & Evans, D. (2003). Alternative summary measures of average population health. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*, 319-334.
- Matthews, K. A. (1982). Psychological perspectives on the type A behavior pattern. *Psychological bulletin*, 91(2), 293.
- Maxwell, J. A. (1996). *Qualitative research design: An interactive approach*. Beverly Hills, CA: Sage.

- McCrae, R. R., & Terracciano, A. (2005). Personality profiles of cultures: aggregate personality traits. *Journal of personality and social psychology*, 89(3), 407.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of personality*, 54(2), 385-404.
- McGrath, C., & Bedi, R. (2004). The association between dental anxiety and oral health related quality of life in Britain. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(1), 67-72.
- McGrath, C., Broder, H., & Wilson-Genderson, M. (2004). Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community dentistry and oral epidemiology*, 32(2), 81-85.
- Meireles, A. (2012). Avaliação da qualidade de vida e estilos de coping na Esquizofrenia. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia - Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde.
- Meskin, L.H. (1996). A breath of fresh air. *Journal American Dental Association*; 127:1282-6.
- Michalos, A. C. (1980). Satisfaction and happiness. *Social indicators research*, 8 (4), 385-422.
- Middelboe, T., & Mortensen, E. L. (1997). Coping strategies among the long-term mentally ill: categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96 (3), 188-194.
- Miguel, A. C., & Araujo, R. B. (2007). Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco.
- Milgrom, P., Weinstein, P., & Getz, T. (1995). *Treating fearful dental patients: a patient management handbook*. University of Washington, Continuing Dental Education.
- Miller, G., Chen, E., & Cole, S. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology*, 60, 501-524.
- Miller, S.M. (1981). Predictability and human stress: Toward clarification of evidence and theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 14, 203-255.
- Minayo, M.C., Hartz, Z.M., & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um 2. debate necessário. *Ciencia e Saúde Coletiva* 2000;5:7-18.
- Miyazaki, H., Fujita, C., Soh, I., & Takehara, T. (1996). Relationship between volatile sulphur compounds and oral conditions in the general Japanese population. *Bad breath. A multidisciplinary approach*. Leuven University Press, Leuven, 165-179.

- Moan, I. S., & Rise, J. (2005). Quitting smoking: Applying an extended version of the theory of planned behavior in predicting intention and behavior. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 10, 39-68.
- Mojon, P., Michel, J.P., & Limeback, H. (1997). Oral health and history of respiratory tract infection in frail institutionalised elderly. *Gerodontology*, 14:9-16.
- Motta, J. I. J., Buss, P., & Nunes, T. C. M. (2008). Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. *Olho Mágico*, 8(3), 04-08.
- Mottaz, C. J. (1985). The relative importance of intrinsic and extrinsic rewards as determinants of work satisfaction. *The Sociological Quarterly*, 26(3), 365-385.
- Mowday, R.T., Steers, R.M., & Porter, L.W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Mutto, T., & Keita, Y. (2001). Evaluation of a multicomponent workplace health promotion program conducted in Japan for improving employees cardiovascular disease risk factors. *Preventive Medicine*, 33, 571-577.
- Nadanovsky, P., & Carvalho, L.M.B. (2007). Ponce de Leon A. Oral malodor and its association with age and sex in a general population in Brazil. *Oral Diseases*, USA, 3, 105-109.
- Naito, M., Yuasa, H., Nomura, Y., Nakayama, T., Hamajima, N., & Hanada, N. (2006). Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *Journal of oral science*, 48(1), 1-7.
- Naughton, M. J., & Shumaker, S. A. (2003). The case for domains of function in quality of life assessment. *Quality of life research*, 12(1), 73-80.
- Neenan, M.E. (1996): Obstacles to extending fluoridation in the United States. *Community Dental Health* 13, 10-20
- Neiva, E.R. (1999). *Estudo da influência pessoal nas organizações: comparação entre a autopercepção e a percepção do outro no contexto do poder organizacional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Nettleton, S. (1995). *The sociology of health and illness*. New York: Polity Press.
- Neves, M.C. (2006). *Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral de indivíduos portadores de próteses dentárias removíveis* [Tese de Mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Nikias, M. (1985). Oral disease and quality of life. *American Journal of Public Health*, 75(1), 11-12.

- Noll, H. H. (2000). Social indicators and social reporting: The international experience. Retrieved June 2, 2006.
- Nordenfelt, L. Y. (Ed.). (1994). Concepts and measurement of quality of life in health care (Vol. 1). Springer.
- Nowak, A.J. (2011). Paradigm shift: infant oral health care - primary prevention. *Journal of Dentistry*, 39, Suppl 2:S49-55.
- Nunes, J. (2009), *Protocólo de la halitosis*. Tesis de maestria. Departamento de Estomatología de la Universidad de Sevilla.
- Nunes, J. (2010). *Propuesta de un protocolo de diagnóstico y tratamiento de halitosis para uso en clínica odontológica*. (Doctoral dissertation, Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla).
- Nunes, J. (2011). *O mundo do hálito a descoberto*. Gradiva.
- Nunes, J. C., Martínez-Sahuquillo, Á., Cameira, M. J., & Marques, H. D. (2011). Halitosis: Are dentists being prepared for this challenge?—A questionnaire survey in a dental school. *Revista Portuguesa de Estomatología, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 52(3), 142-146.
- Nunes, J.D., Sioli, J.M., Ortíz, A., Cobos, M.J., Gallardo, I., & Martínez-Sahuquillo, A. (2010). Aetiology and management of halitosis – experiences at a breath odour clinic. *Oral Diseases*; 16:554-555.
- Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 8(1), 99-108.
- Nunes, R., & Rego, G. (2002). Prioridades na saúde. *Porto: McGraw-Hill*.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary1. *Health promotion international*, 13(4).
- O'Brien, T.B., & DeLongis, A. (1996). The Interactional Context of Problem, Emotion, and Relationship Focused Coping: The Role of the Big Five Personality Factors. *Journal of personality*, 64(4), 775-813.
- Ogden, K. W. (1996). *Safer roads: a guide to road safety engineering*.
- Oishi, S., & Lucas, R.E. (2003). Personality, culture and Subjective Well-Being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-42.
- Oishi, S. (2010). Culture and well-being: Conceptual and methodological issues. *International differences in well-being*, 34-69.
- Oishi, S. (2012). *Happiness*. Oxford Bibliographies Online.

- Oishi, S., & Schimmack, U. (2010). Cultura e bem-estar: um novo inquérito sobre a riqueza psicológica das Nações. *Perspectivas em Ciência Psicológica*, 5, 463-471.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behaviour research and therapy*, 23(4), 437-451.
- Oliveira, S.O. (2009). *Relações entre perfis cognitivos de personalidade e estratégias de coping em adulto*. Tese de Mestrado Publicada. Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia.
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., & Mohamad, H. (1996). Long stay patients and quality of life'. *Quality of Life and Mental Health Services*, 223-232.
- OMD - Ordem dos Médicos Dentistas. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar.
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), 903-918.
- Oswald, A.J., Proto, E., & Sgroi, D. (2012). *Happiness and productivity*. Manuscript submitted for publication.
- Oswald, A.J. (1997). Happiness and Economic Performance. *Economic Journal* 107(445): 1815-1831.
- Pajares, M. F. (1992). Teachers' beliefs and educational research: Cleaning up a messy construct. *Review of educational research*, 62(3), 307-332.
- Parker, C.P., Baltes, B.B., Young, S.A., Huff, J.W., Altman, R.A., Lacost, H.A., & Roberts, J.E. (2003). Relationships between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 389-416.
- Parker, S.K., Chmiel, N. & Wall, T.D. (1997). The work characteristics and employee well-being within a context of strategic downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 289-303
- Parkes, K. R. (1994). Personality and coping as moderators of work stress processes: Models, methods and measures. *Work & Stress*, 8(2), 110-129.
- Parks, K. M., & Steelman, L. A. (2008). Organizational wellness programs: a meta-analysis. *Journal of occupational health psychology*, 13(1), 58.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2008). Construção e validação da Escala de Bem-estar no Trabalho. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 11-22.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). Health status and health policy. *Quality of life in health care evaluation and resource*.

- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological assessment*, 5(2), 164.
- Payne, R. (2001). *Measuring emotions at work*. Em R. L. Payne & C. L. Cooper (Orgs.), *Emotions at work: theory, research and applications for management*, 107-129. England: John Wiley & Sons.
- Paz, M.G.T. (2004). *Poder e saúde organizacional*. Em A. Tamayo (Org.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 127-154). Porto Alegre: Artmed.
- Pender, N. J., Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Frank-Stromborg, M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing research*, 39(6), 326-332.
- Pereira, T., Barros, M., & Augusto, M., (2011). O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Mental*, 9 (17), 523-536.
- Pérez-Ramos, J. (1980). *Satisfação no trabalho: metas e tendências*. Tese de Livre-docência, Instituto de Psicologia de Assis, Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho, Assis.
- Peterson, M., & Dunnagan, T. (1998). Analysis of a worksite health promotion program's impact on job satisfaction. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40, 973-979.
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(2), 81-92.
- Petersen, P.E. (2003). The world Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 31 (Suppl. 1), 3-24.
- Phillips, D. (2006). *Quality of life: Concept, policy and practice*. New York: Routledge.
- Piasecki, T. M., Fiore, M. C., McCarthy, D. E., & Baker, T. B. (2002). Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. *Addiction*, 97(9), 1093-1108.
- Pires, I., (2009). *A Influência da Saúde Oral na Qualidade de Vida*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto.
- Pitman, S. (1997). A preliminary study of the psychological, personality, health related behaviours and mental performance characteristics of acute headaches in a population of students.
- Platt, S., & Kreitman, N. (1985). Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968-82. *Psychological medicine*, 15(01), 113-123.

- Pollner, M. (1989). Divine Relations, Social Relations, and Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 30:92-104.
- Poloma, M.M., & Pendleton, B.F. (1991). The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 29, 71-83.
- Portillo, J. A. C., & Paes, A. M. C. (2000). Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. *Revista Brasileira Odontologia Saúde Coletiva*, 1(1), 75-88.
- Praça, M.I.F. (2012). Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspectiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste.
- Pratibha, P.K., Bhat, K. M., & Bhat, G. S. (2006). Oral malodor: a review of the literature. *Journal of Dental Hygiene*, v. 80, n. 3, p. 8.
- Priller, E., & Schupp, J. (2011). Social and economic characteristics of financial and blood donors in Germany. *DIW Economic Bulletin*, 1(6), 23-30.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., Harlow, L.L., Rossi, J.S., & Velicer, W.F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, 21(4), 471- 486.
- Quinonez, C., Locker, D., Sherret, L., Grootendorst, P., Azarpazhooh, A., & Figueiredo, R. (2010). An environmental scan of provincial/territorial dental public health programs. *Community Dental Health Services Research Unit, University of Toronto*. Retrieved Feb, 26.
- Rabbitt, P.M.A (1989). *Sequential reactions*. In: D.H.Holding (ed): Human Skills. Chichester: Wiley.
- Raphael, D., Brown, I., Renwick, R., & Rootman, I. (1996). Quality of life indicators and health: current status and emerging conceptions. *Social Indicators Research*, 39, 65-88.
- Rapley, M. (2003). *Quality of life research: A critical introduction*. London: Sage Publications.
- Reisine, S. T., & Bailit, H. L. (1980). Clinical oral health status and adultperceptions of oral health. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(6), 597-605.
- Reisine, S.T. (1981). Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. *Social Science & Medicine*, 15A:745-750.
- Reisine, S. (1984). Dental disease and work loss. *Journal Dental Research*, 63:1158-1161
- Reisine, S. T. (1985). Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *American Journal of Public Health*, 75(1), 27-30.

- Reisine, S. (1997). *Oral health and the sickness impact profile*. In: Slade GD., (Ed.) Measuring oral health and quality of life. University of North Carolina, School of Dentistry. Pp.57-64.
- Ribeiro, J.P.L., & WHOQOL Group, (1997). *A promoção da qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas*. In JL. Pais- Ribeiro & SPPS (Edts). Atas do 2º Congresso nacional de Psicologia da saúde. (pp.253-283). Lisboa: IPSA.
- Ribeiro, J.L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde* . Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15
- Ribeiro, J. L. P. (2004). Adaptação de uma Escala de Avaliação da Autoeficácia Geral.
- Richards, J. C., & Lockhart, C. (1994). *Reflective teaching in second language classrooms*. Cambridge University Press.
- Ricou, M., Salgado, J., Alves, C., Duarte, I., Teixeira, Z., Barrias, J., & Nunes, R. (2004). A comunicação e a alteração de comportamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 131-144.
- Riley, J.L., Robinson, M.E., Wise, E.A., Myers, C.D., & Fillingim, R.B. (1998). Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. *Pain*, 74 (2-3), 181-187.
- Rio, A., Nicola, E., Teixeira, A. (2007). Halitosis – An assessment protocol proposal. *Revista Brasileira Otorrinolaringo* 1, 73(6)
- Robinson, P. G., Gibson, B., Khan, F. A., & Birnbaum, W. (2003). Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community dentistry and oral epidemiology*, 31(2), 90-99.
- Rocha, L.E. (1996). *Estresse ocupacional em profissionais de processamento de dados: condições de trabalho e repercussões na vida e saúde dos analistas de sistemas*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rosal, M. C., Ockene, J. K., Ma, Y., Hebert, J. R., Merriam, P. A., Matthews, C. E., & Ockene, I. S. (2001). Behavioral risk factors among members of a health maintenance organization. *Preventive medicine*, 33(6), 586-594.
- Rosenberg, M. (2002). The science of bad breath. *Scientific American*, 286(4), 72-79.
- Rosenberg, M., & Mcculloch, C.A.G. (1992). Measurement of oral malodor: current methods and future prospects. *Journal Periodontology*, 63, 776-782,
- Rosenberg, M., Kozlovsky, A., Gelernter, I., Cherniak, O., Gabbay, J., Baht, R., & Eli, I. (1995). Self-estimation of Oral Malodor. *Journal of Dental Research* 74: 1577-1582.

- Rosenberg M., (2003). Halitose: perspectivas em pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A..
- Rozin, P., McCauley, C., & Wrzesniewski, A. (1999). Odor and affect: individual differences in the impact of odor on liking for places, things and people. *Chemical Senses*, 24, 713-721.
- Ryan, R.M., & Deci, E.R. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan-Wenger, N. M. (1992). A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 256.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 6, 1069-1081.
- Rudnicki, T. (2007). Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudos psicologia. (Campinas)*, 24(3), 343-351.
- Rudolph, K.D., Denning, M.D., & Weisz, J.R. (1995). Determinants and consequences of children coping in medical environment: conceptualization, analysis and criticism. *Psychological Bulletin*, 118.328 -357.
- Rusting, C. L., & Larsen, R. J. (1997). Extraversion, neuroticism, and susceptibility to positive and negative affect: A test of two theoretical models. *Personality and Individual Differences*, 22(5), 607-612.
- Sadana, R., Mathers, C., Lopez, A.D., Murray, C.J.L., & Iberg, K., (2000). Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status. GPE discussion Paper N° 15. Geneva.
- Sakki, T. (1999). Lifestyle and oral health of 55-year-olds. *Acta Universitatis Ouluensis Medica*. D- 526.
- Salovey, P., & Rothman, A.J. (2003, Eds.) *Social Psychology of Health: Key Readings*. New York: Psychology Press.
- Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B., & Steward, W.T. (2000). The contours of positive human health. *Psicológica Inquiry*, 9, 1-28.
- Santos, M. A. M. S. (2007). *Gestão de sala de aula: crenças e práticas em professores do 1.º ciclo do ensino básico* (Doctoral dissertation, Tese de Doutorado em Psicologia da Educação).

- Santos, J. L. F., & Westphal, M. F. (1999). Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos avançados*, 13(35), 71-88.
- Sanz, M., & Roldán, S. (2001). Herrera D. Fundamentals of Breath Malodor. *Journal Contemp Dental Practice*. November 15; 2: 1-17.
- Sartorius, N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croatian Medical Journal*, 47, 662-664.
- Sato, T., Washio, J., Koseki, T., & Takahashi, N. (2005). Hydrogen sulfide-producing bacteria in tongue biofilm and their relationship with oral malodour. *Journal of medical microbiology*, 54(9), 889-895.
- Scannapieco, F.A. (1999). Role of bacteria in respiratory infection. *Journal of Periodontology*. 70(7): 793-802.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology*, 4(3), 219.
- Scitovsky, T. (1976). The joyless economy: An inquiry into human satisfaction and consumer dissatisfaction.
- Schilder, P., (1950), *The image and appearance of the human body*. New York; International Universities Press.
- Schiffman, S. S., Miller, E. A. S., Suggs, M. S., & Graham, B. G. (1995). The effect of environmental odors emanating from commercial swine operations on the mood of nearby residents. *Brain research bulletin*, 37(4), 369-375.
- Schimmack, U., Schupp, J., & Wagner, G.G. (2008). The influence of environment and personality on the affective and cognitive component of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 89(1), 41-60.
- Schoenborn, C.A. (1986). Health habits of US adults, 1985: the " Alameda 7" revisited. *Public Health Reports*, 101(6), 571.
- Schunk, D. H. (2001). *Self-regulation through goal setting*. ERIC Clearinghouse on Counseling and Student Service, University of North Carolina at Greensboro.
- Scott, D. (1996). Ethnography and education. In R. Usher e D. Scott (Eds.), *Understanding educational research* (pp. 143-158). London: Routledge.
- Seale, C. (2000). Quality in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 5(4), . 465-478.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20, 50-55.

- Seemann, R., Bizhang, M., Djamchidi, C., Kage, A., & Nachnani, S. (2006). The proportion of pseudo-halitosis patients in a multidisciplinary breath malodour consultation. *International dental journal*, 56(2), 77-81.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. D. C. (2004). Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cadernos de saúde pública*, 20(2), 580-588.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 18(2), 188-195.
- Seligman, E.P. (2002). Very happy people. *Psicológica Science*, 13, 1, 81-84.
- Seligman, M.E.P. (2004). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Sepe, C., Colao, A.M., Merola, B., & Massari, F. (1993). Headache and memory impairment: Study on 100 headache patients. *Acta Neurologica*, 15, 421-426.
- Sheeran, P., Milne, S., Webb, T. L., & Gollwitzer, P. M. (2005). Implementation Intentions and Health Behaviour. Sheeran, P., Abraham, C., & Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 125(1), 90.
- Sheiham, A. (2000): *A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social* (Assessing dental needs- a sociodental approach). In: Saúde Bucal Coletiva. 4th edn; ed. Pinto, V. T. pp223–250. São Paulo: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda.
- Shepard, R. (1995). *Aging, physical activity and health*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sherman, J. J., & Cramer, A. (2005). Measurement of changes in empathy during dental school. *Journal of Dental Education*, 69(3), 338-345.
- Sigerist, H.E. (1941). *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press.
- Silva, M.H. (2000). *Estomatite protética - Identificação e caracterização dos fatores etiológicos e predisponentes* [Tese de Doutorado]. Porto: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto;.
- Silva, M., & Silveira, A. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. 4: 264 - 74.
- Silverstein, B., & Blumenthal, E. (1997). Depressão misturada com ansiedade, somatização e transtornos alimentares: as relações com as limitações relacionadas com o papel de género vivida por mulheres. *Papeis sexuais*, 36, 709-724.

- Siqueira, M.M.M., & Padovam, V.A.R. (2008). Bases teóricas do bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 201-209.
- Siqueira, M.M.M., & Gomide Jr.,S. (2004). *Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização*. Em J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos (Orgs), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 300-328). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M.C. (2010). Ansiedade e depressão após o diagnóstico e sobrevivência para o cancro da mama: Um estudo transversal sobre o papel das estratégias de coping. *Saúde Mental* 5, XI: 28 - 42.
- Silva, M.J. (1995). *Contribuição para o estudo da prevalência e da gravidade das cáries radiculares na população portuguesa institucionalizada*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto,.
- Silverman, J. (2009). Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport?. *Patient education and counseling*, 76(3), 361-367.
- Slade, G.D. (1998). Assessing change in quality of life using the oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, Copenhagen, v.26, n.1, p.52-61, Feb.
- Slade, G.D.(2002). *Avaliação da qualidade de saúde oral de vida*. In:qualidade de saúde oral de vida. Inglehart MR, Bagramian RA, editores., Editores. Carol Stream, IL: Quintessence Publishing Co., Inc., pp 29-46.
- Slade, G.D. (1997). *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill, Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina; 1997:160.
- Slade, G.D. & Spencer, A.J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*, 11:3-11.
- Smith, A.P., Thomas, M. & Whitney, H. (2000). After-effects of upper respiratory tract illnesses on mood and performance over the waking day. *Ergonomics*, 43, 1342-1349.
- Smith, A.P., Whitney, H. Thomas, M., Brockman, P., & Perry, K. (1995). A comparison of the acute effects of a low dose of alcohol on mood and performance of healthy volunteers and subjects with upper respiratory tract illnesses. *Journal of Psychopharmacology*, 9, 267-272.
- Smith, A. P., Thomas, M., Kent, J. and Nicholson, K. G. (1998). Effects of the common cold on mood and performance. *Psychoneuroendocrinology*.23, 733
- Smith, A.P. Thomas, M., Perry, K., & Whitney, H. (1997). Caffeine and the common cold. *Journal of Psychopharmacology*, 11 319-3
- Smith, J. M., & Sheiham, A. (1979). How dental conditions handicap the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 7(6), 305-310.

- Soares, D. (2007). *Contribuição para a caracterização periodontal de uma população pediátrica da FMDUP* [Tese de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto.
- Sousa, L.M.M.D. (2005). Cáries radiculares: estudo da prevalência e da gravidade das cáries radiculares numa população idosa institucionalizada do Norte de Portugal.
- Soto, C. J., & Luhmann, M. (2013). Who can buy happiness? Personality traits moderate the effects of stable income differences and income fluctuations on life satisfaction. *Social Psychological and Personality Science*, 4(1), 46-53.
- Steele, J. G., Sanders, A. E., Slade, G. D., Allen, P. F., Lahti, S., Nuttall, N., & Spencer, A. J. (2004). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32(2), 107-114.
- Stephoe, A., & Wardle, J. (1996). The European health and behaviour survey the development of an international study in health psychology. *Psychology and Health*, 11(1), 49-73.
- Stoyanova, A. (2001). *Demand for and Utilization of Dental Services: An Empirical Study of the Spanish Dental Care Market*. Departamento de Teoría Económica, Universitat de Barcelona.
- Sparks, K., Fargher, B., & Cooper, C.L. (2001). Bem estar e saúde ocupacional na 21 local de trabalho do século. *Journal of Ocupacional e Psicologia Organizacional*, 74, 489-509.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research - Grounded theory procedures and techniques. London: Sage.
- Strauss, R. P., & Hunt, R. J. (1993). Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *The Journal of the American Dental Association*, 124(1), 105-110.
- Stiles, W. B., Putnam, S. M., Wolf, M. H., & James, S. A. (1979). Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews. *Medical Care*, 17(6), 667-681.
- Suh, E., Diener, E., & Fujita, F. (1996). Events and Subjective Well-Being: only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 5, 1.091-1.102.
- Suh, E.M. (2002). Culture, identity consistency, and subjective well-being. *Journal of personality and social psychology*, 83(6), 1378.

- Suh, E.M., Diener, E., & Updegraff, J.A. (2008). From culture to priming conditions—Self-construal influences on life satisfaction judgments. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 3–15.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of personality*, 64(4), 711-735.
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119.
- Szpunar, S.M., e Burt, B.A. (1990). Exposição ao flúor em escolares de Michigan. *Jornal da odontologia de saúde pública*, 50 (1), 18-23.
- Tada, A., & Hanada, N. (2004). Sexual differences in oral health behaviour and factors associated with oral health behaviour in Japanese young adults. *Public Health*. 118: 104-109.
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups*. London: Academic Press.
- Tangerman, A. (2002). Halitosis in medicine: a review. *International Dental Journal*, 3,52, 201-206.
- Tapp, J.T. (1985). *Multisystems holistic model of health, stress and coping* (pp. 285-304). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tárzia, O. (2003). *Halitose: um desafio que tem cura*. Publicações Biomédicas.
- Tarzi, R.M., Davies, K.A., Claassens, J.W., Verbeek, J.S., Walport, M.J., & Cook, H.T. (2003). Both Fcγ receptor I and Fcγ receptor III mediate disease in accelerated nephrotoxic nephritis. *The American journal of pathology*, 162(5), 1677-1683.
- Tay, L., & Diener, E. (2011). Necessidades e bem-estar subjetivo em todo o mundo. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- The WHOQOL group. (1995). The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. *Social Science and Medicine* 41:1403-9.
- The WHOQOL Group. (1998a). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 12:1569-1585.
- The WHOQOL Group. (1998b). Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment. *Psychological Medicine* 28:551-558.

- Tamayo, A. (2004). *Introdução*. Em A. Tamayo (Org.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 11-16). Porto Alegre: Artmed.
- Togashi, A.Y., Montanha, F.P., & Tarzia, O. (1998). *Levantamento epidemiológico do fluxo salivar da população da cidade de Bauru*. 52, Abr-Jun, Bauru.
- Tomás, C. (2001). Extra oral etiology of halitosis. *Medic oral*, 6, 1, 40 – 47.
- Tonzetich, J., Bouchal, A.W., King, W.J., & Richter, V.J. (1964). The Effect of Temperature on Powdered Enamel Solubility Reduction by Sodium N-Palmitoyl Sarcosinate. *Alabama Journal of Medical Sciences*. 1:268-71.
- Tonzetich J. (1977). Production and origin of oral malodor: a review of mechanisms and methods of analysis. *Journal Periodontol*. 48:13-20.
- Triandis, H., & Suh, E.M. (2002). Cultural influences on personality. *Annual Review of Psychology* 53(1), 133-160.
- Uliana, R. (2003) Halitose - Conceitos básicos sobre, diagnóstico, microbiologia, causa, tratamento. Anais do 15º Conclave Odontológico Internacional de Campinas ISSN, 104, pp. 1678-99.
- Vaillant, G.E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 44.
- Van Horn, J.E., Taris, T.W., Schaufeli, W.B., & Scheurs, P.J.G. (2004). The structure of occupational well-being: a study among Dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 365-375.
- Vassend, O., & Skrandal, A. (1999). The Role of Negative Affectivity in Self assessment of Health A Structural Equation Approach. *Journal of Health Psychology*, 4(4), 465-482.
- Van Wijk, C.M., & Kolk, A.M. (1997). Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science & Medicine*, 45 (2), 231-246.
- Van den Broek, A.M., Feenstra, L., & De Baat. C. (2007). A review of the current literature on aetiology and measurement methods of halitosis. *Journal Dental*. 35:627-35.
- Van den Broek, A. M. W. T., Feenstra, L., & De Baat, C. (2008). A review of the current literature on management of halitosis. *Oral diseases*, 14(1), 30-39.
- Van Steenberghe D., (2004). *Breath Malodor a step-by-step approach*. Quin tessence Books 1st ed. Copenhagen.
- Veenhoven, R. (1994). Is Happiness a Trait?: Test of the Theory That a Better Society does not Make People any Happier. *Social Indicators Research*, 32, 101-160

- Veenhoven, R. (1996). Happy life-expectancy - A comprehensive measure of quality-of-life in nations. *Social Indicators Research*, 39(1), 1-58.
- Veenhoven, R. (2003). Hedonism and happiness. *Journal of happiness studies*, 4 (4), 437-457.
- Verbrugge, L. M. (1982). Sex differentials in health. *Public health reports*, 97(5), 417.
- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of health and social behavior*, 282-304.
- Vieira, C.N., & Falcão, D. (2003) Halitose: Quais são os Métodos de Diagnóstico e Tratamento. *Periodontia e Implantodontia*, 359-375.
- Wallander, J.L., & Schmitt, M. (2001). Quality of life measurement in children 99 and adolescents: issues, instruments and applications. *Journal of clinical psychology* 57 (4), 571-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education & Behavior*, 6(1), 160-170.
- Wang, P.S., Beck, A., Berglund, P., Leutzinger, J.A., Pronk, N., Richling, D., Schenk, T.W., Simon, G., Stand, P., Ustun, T.B., & Kessler, R.C. (2003). Chronic medical conditions and work performance in healthand work performance questionnaire calibration surveys. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 42 (12), 1303-1311.
- Warr, P.B. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon Press.
- Warr, P.B. (1990). Decision latitude, job demands and employee well being. *Work and Stress*, 4, 285-294.
- Warr, P.B. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental-health. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148.
- Warr, P.B. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work Stress*, 8, 84-97.
- Warr, P.B (2003). *Well-being and the workplace*. New York: Russel Sage Foundation.
- Warr, P.B. (2007). *Work, happiness and unhappiness*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Waterman, A.S. (1993). Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- Watson, D., & Clark, L.A. (1988). Mood and the mundane: Relations between daily life events and self-reported mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 296-308.

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.
- Watt, R.G. (2005). Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 711-718.
- Watten, R.G., Syversen, J.L., & Myhrer, T. (1995). Qualidade de vida, inteligência e humor. *Indicadores Sociais Research*, 36 (3), 287-299.
- Webb, E., Campbell, D., Schwartz, R. & Sechrest, L. (1966). *Unobtrusive measures: Nonreactive research in the social sciences*. Chicago, IL: Rand McNally.
- Weiner, B. (1984). *Principles for a theory of student motivation and their application within an attributional framework*. New York: Academic Press, 1, 15-38.
- Weiner, R.D. (2008). The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training, and privileging (A Task Force Report of the American Psychiatric Association). *American Psychiatric Pub*.
- Wenden, A. (1987). How to be a successful language learner: Insights and prescriptions from L2 learners. *Learner strategies in language learning*, 103-117.
- WHO - World Health Organization (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 1948.
- WHO - World Health Organization. (1980). International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: World Health Organization. p. 205.
- WHO - World Health Organization (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- World Health Organization. (1987). *The Rational use of drugs: report of the conference of experts, Nairobi, 25-29 November 1985*. World Health Organization.
- WHO - World Health Organization (1992). International Classification of Diseases and related health problems – Tenth Revision (ICD 10). Geneva.
- WHO - World Health Organization (1994). Constitution of the World Health Organization, 22 July 1946. In: Basic documents, 40th ed. World Health Organization, 1-18.
- WHO - World Health Organization (1995). The World Health Report, 1995: Bridging the Gaps. Geneva.
- WHO - World Health Organization (1997). Country protocol for developing the WHO quality of life (WHOQOL): HIV/Aids module. MNH/PSF/97.3. WHO, Geneva. 18 pp.

- WHO - World Health Organization (1998). WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Report on WHO consultation. MNH/MAS/ MHP/98.2 WHO, Genebra. 22 pp.
- WHO - World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva.
- WHO - World Health Organization (2002). The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life.
- WHO - Organização Mundial de Saúde (2003). O Relatório Mundial da Saúde 2003: moldar o futuro. Genebra: OMS;.
- WHO - World Health Organization. (2004). *International statistical classification of diseases and related health problems* (Vol. 1). World Health Organization.
- WHO - World Health Organization (2005). Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva: World Health Organization.
- WHO - World Health Organization (2013). Statistics Report of a World Health of 2013.
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of personality*, 64(4), 737-774.
- Wiest, M., Schüz, B., Webster, N., & Wurm, S. (2011). Subjective well-being and mortality revisited: Differential effects of cognitive and emotional facets of well-being on mortality. *Health Psychology*, 30, 728–735.
- Wiley, J. A., & Camacho, T. C. (1980). Life-style and future health: evidence from the Alameda County Study. *Preventive medicine*, 9(1), 1-21.
- Wilson, I.B. & Cleary, P.D. (1995). Linking clinical variables with health related quality of life: a conceptual model of patients outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 1, 59-65.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67 (4), 294-306.
- Witmer, L.M. (1995). Homology of facial structures in extant archosaurs (birds and crocodylians), with special reference to paranasal pneumaticity and nasal conchae. *Journal Morphology*. 225, 269-327.
- Yaegaki, K., & Coil, J. M. (2000). Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. *Journal-canadian dental association*, 66(5), 257-261.
- Yaegaki, K., & Coil, J.M. (1999). Clinical application of a questionnaire for diagnosis and treatment of halitosis. *Quint Int*, v. 30, p 302-6.

- Yaegaki, K., Takano, Y., Suetaka, T., Arai, K., Masuda, T., & Ukisu, S. (1989). [Investigation of people's attitudes and reactions towards oral malodour. A preliminary survey conducted on dental hygienics students]. *Shigaku= Odontology; journal of Nihon Dental College*, 77(1), 171-178.
- Yanos, P.T., primavera, L.H., & Knight, E.L. (2001). Consumer-run service participation, recovery of social functioning, and the mediating role of psychological factors. *Psychiatric Services*, 52(4), 493-500.
- Yewe-Dyer, M. (1993). The definition of oral health. *British dental journal*, 174(7), 224.
- Zagher, M., Pierezan, P., & Claudino, R. (2009). Avaliação da qualidade de vida nos profissionais da saúde, que prestam assistência a pacientes geriátricos. *Revista Digital – Buenos Aires*.
- Zalewska, A.M. (1996). *Health promotion among bank workers: who is primarily in need of health promotion and what types of promoting activities they necessitate*.
- Zalewska, A.M. (1999). Achievement and social relations values as conditions of the importance of work aspects and job satisfaction. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 5, 395-416.
- Zedeck, S., & Mosier, K.L. (1990). Work in the family and employing organization. *American Psychologist*, 45, 240-251.
- Zeitlin, C., & Oddy, M. (1984). Cognitive impairment in patients with severe migraine. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 27-35

Sites consultados

Beijing International Scientific Films Festival (2004).

<http://bjfestival2004.losn.com.cn/remarks.htm>

www.isbor.org

www.iabr.li

www.jbr.iop.org

<http://www.halimeter.com/halcal.htm>

<http://www.who.int/en/>

<http://www.halito.pt>

<http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>

ANEXOS - QUESTIONÁRIOS A, B, C, D, E, F, G e CV

ANEXO A

Pedido de Participação – Especialistas de medicina dentária

Está a decorrer, no ISCTE-IUL, um estudo sobre o Impacto da saúde oral no bem-estar do Portugueses.

Projeto: Impacto da saúde oral na população Portuguesa

Coordenador nacional do projeto: Prof. Doutora Ana Margarida Passos

Objetivo

Este projeto pretende estudar os fatores relativos à saúde oral que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida dos Portugueses.

Pretendemos conhecer a opinião dos profissionais da medicina dentária sobre esta temática e devido a este facto, gostaríamos muito que aceitasse o nosso convite para participar neste estudo concedendo-nos uma entrevista.

Tipo de investigação

O método utilizado nesta fase envolve a realização de uma entrevista individual a especialistas de Medicina Dentária, com a duração máxima de 20/30 minutos.

Confidencialidade

Toda a informação fornecida durante a entrevista é confidencial.

Agradecemos a participação e toda a divulgação que possa fazer deste estudo.

Nome do investigador: Filipa Gameiro

Data: 02/01/12

Contacto

Caso tenha qualquer questão, por favor contacte: Filipa Gameiro
(anafilipagameiro@gmail.com)

ANEXO B

Consentimento Informado - Entrevista

Projeto: Impacto da saúde Oral na população portuguesa

Coordenador nacional do projeto: Prof. Doutora Ana Margarida Passos

Objetivo

Este projeto pretende estudar os fatores relativos à saúde oral que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida dos Portugueses.

Tipo de investigação

O método utilizado nesta fase envolve a realização de uma entrevista individual a especialistas de Medicina Dentária, com a duração máxima de 30 minutos.

Confidencialidade

Toda a informação fornecida durante a entrevista é confidencial. O seu nome não será em momento algum associado àquilo que disser. No caso de serem utilizadas citações diretas das suas palavras, elas serão publicadas sob um nome diferente.

Contacto

Caso tenha qualquer questão, por favor contacte: Filipa Gameiro (anafilipagameiro@gmail.com)

Li toda a informação fornecida, tive oportunidade de colocar questões acerca dos aspetos menos claros para mim e aceito participar neste estudo. Compreendi ainda que a minha participação neste estudo não envolve qualquer compensação (monetária ou outra).

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Foi dada uma cópia deste formulário de consentimento informado ao participante.

Nome do investigador: Filipa Gameiro

Assinatura : _____

Data: _____

ANEXO C

Guião de Entrevista

Nº de entrevista_____ Idade_____ Género_____ Anos de profissão_____

Nome_____

Guião de entrevista a médicos especialistas em Medicina Dentária com o objetivo de avaliar em que medida a halitose constitui uma queixa dos seus pacientes e quais os impactos mais referidos pelos mesmos.

A entrevista deve demorar entre 20 a 30 minutos e será gravada.

A entrevista deve ser guiada por um entrevistador que faz questões e anota as respostas do entrevistado.

Introdução

Bom dia, obrigada por ter aceite realizar esta entrevista. O meu nome é Filipa Gameiro e estou a fazer o doutoramento em Psicologia no ISCTE-IUL. Neste âmbito estou a realizar um estudo relacionado com o impacto da saúde oral na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo.

A entrevista não durará mais de 20 a 30 minutos. Gostaria de saber a sua opinião relativamente a algumas questões.

Antes de iniciarmos gostaria de lhe pedir permissão para gravar a nossa conversa para mais facilmente trabalharmos a informação recolhida. Obviamente que todas as suas respostas serão mantidas em anonimato. Também irei entregar-lhe um formulário de consentimento da entrevista. Pode ler e se não tiver questões, assinar em baixo, se faz favor.

Alguma questão?

Vamos então dar início à entrevista.

Entrevista

1. Na primeira consulta de um paciente que tipo de questões lhe costuma colocar? (Perguntas de seguimento: efetua a Anamnese? O que pretende saber sobre os seus pacientes numa primeira consulta?)

2. Tendo por base a sua experiência, em que medida a halitose, ou seja, mau hálito, constitui uma queixa dos seus paciente? (Perguntas de seguimento: Qual a % de pacientes que apresenta essa queixa? É muito comum, raro?)
3. Como procede quando percebe que os seus pacientes são portadores de halitose? (Perguntas de seguimento: Faz exames específicos para identificar a causa? Encaminha para uma consulta específica? Propõe tratamento?)
4. Qual o impacto que no seu entender a halitose tem na qualidade de vida dos seus pacientes ou das pessoas em geral?

Gostaria de acrescentar alguma informação?

Muito obrigada pela sua disponibilidade.

ANEXO D

Questionário à população em geral e portadores de halitose

02/07/2015

Qualtrics Survey Software

Default Question Block

Questionário de Saúde Oral

1. Este questionário insere-se num estudo realizado por uma equipa de investigadores do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, no âmbito de um projecto de Doutoramento em Psicologia. O principal objectivo deste estudo é compreender os factores relativos à saúde oral que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida dos Portugueses. É neste sentido que solicitamos a sua colaboração.

2. O questionário é inteiramente anónimo e confidencial. No início encontra algumas questões relativas a si próprio(a). No entanto, essas questões não visam identificá-lo(a) mas apenas recolher elementos que facilitem a análise estatística por grupos.

3. As perguntas do questionário estão construídas de modo a que apenas tenha que assinalar no botão respectivo a resposta que lhe parecer mais adequada. Procure responder sem se deter demasiado em cada questão.

4. Não há respostas certas ou erradas. O que nos interessa é exclusivamente a sua opinião pessoal. Para cada pergunta existe uma escala. Pode utilizar qualquer ponto da escala desde que o considere adequado.

5. Procure, por favor, responder a todas as questões. Responda a todo o questionário de seguida, sem interrupções.

6. Caso tenha alguma questão relacionada com este questionário, pode entrar em contacto com a investigadora responsável, Dra. Ana Filipa Gameiro, através do e-mail: Ana_Filipa_Gameiro@iscte.pt.

Obrigada pela sua colaboração.

A Equipa do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Género

Masculino

Feminino

Idade

Nacionalidade

Profissão

Estado civil

Solteira(o)

Em união de facto

Casada(o)

Divorciada(o)

Viúva(o)

A. Em que medida é que avalia a sua saúde oral?

02/07/2015

Qualtrics Survey Software



B. Quantas vezes por ano vai ao dentista?

Nenhuma
 1
 2
 3
 4
 Mais de 4

C. As seguintes afirmações referem-se a alguns problemas ou situações que podem ser causadas pelos seus dentes, boca ou próteses. Assinale, por favor, com que frequência sentiu cada uma delas durante o último ano.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sei
1. Dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
2. O paladar tem piorado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
3. Dores na boca	<input type="radio"/>					
4. Desconforto ao comer devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
5. Sente complexos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
6. Sente-se tensa(o) ou ansiosa(o) devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
7. A dieta (alimentação) não tem sido adequada devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
8. É obrigada(o) a interromper as refeições devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
9. Tem dificuldades em relaxar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
10. Sente-se envergonhada(o) devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
11. Sente-se irritada(o) com as outras pessoas devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
12. Tem dificuldade em cumprir as suas tarefas habituais devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					
13. Tem sido impossível fazer as suas tarefas normalmente devido a problemas com os dentes, boca ou próteses	<input type="radio"/>					

D. Assinale todas as hipóteses que considerar pertinentes. Normalmente vou ao dentista devido a:

<https://co1.qualtrics.com/ControlPanel/Ajax.php?action=GetSurveyPrintPreview&T=4edfJU68dEofY5OqYWFXZ>

26

02/07/2015

Qualtrics Survey Software

- Tratamento de caries
- Consulta de rotina
- Consulta de urgência
- Próteses
- Estética

- Limpeza
- Mau hálito
- Desvitalizações
- Outras

E. As seguintes afirmações referem-se a alguns problemas ou situações que podem ser causadas pelo seu hálito. Assinale, por favor, com que frequência sentiu cada uma delas durante o último mês.

	Nunca	Raramente	As vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sei/ Não se aplica
1 - Limita-me o falar	<input type="radio"/>					
2 - Leva-me a distanciar dos outros quando estou a conversar	<input type="radio"/>					
3 - Limita-me quando estou a falar em lugares mais pequenos ou fechados.	<input type="radio"/>					
4 - Leva-me a comunicar com sinais ou gestos.	<input type="radio"/>					
5 - Leva-me a tapar a minha boca com a mão	<input type="radio"/>					
6 - Limita a minha abertura bucal quando estou a falar	<input type="radio"/>					
7 - Limita a minha forma de espirrar	<input type="radio"/>					
8 - Provoca reacções negativas nos outros	<input type="radio"/>					
9 - Leva-me a fumar ou a comer chicletes	<input type="radio"/>					
10 - Interfere nas minhas relações íntimas	<input type="radio"/>					
11 - Faz-me escovar os dentes mais de 5 vezes por dia	<input type="radio"/>					
12 - Restringe a minha vida social	<input type="radio"/>					
13 - Faz-me ficar nervosa(o)	<input type="radio"/>					
14 - Diminui a minha felicidade	<input type="radio"/>					

F. Indique com que frequência aconteceram as seguintes situações durante o último ano.

	1 - Nunca	2	3	4	5 - Muitas vezes
1. Alguém lhe disse que tem mau hálito?	<input type="radio"/>				
2. Já recorreu ao um dentista devido ao mau hálito?	<input type="radio"/>				

G. Pense nas consultas que já teve com o (os) seu (seus) dentista (s). Assinale em que medida :

	1 - Nunca	2	3	4	5 - Muitas vezes
1. Pediram para contar o seu percurso relativamente ao cuidado com os seus dentes ao longo da sua vida	<input type="radio"/>				
2. Pediram para fazer exames médicos para analisar a sua situação dentária	<input type="radio"/>				

02/07/2015

Qualtrics Survey Software

3. Perguntaram se sofre de mau hálito	<input type="radio"/>				
4. Disseram que sofre de mau hálito	<input type="radio"/>				
5. O encaminharam para um especialista de outra área	<input type="radio"/>				

H. Assinale, por favor, o que pensa sobre cada uma das seguintes afirmações.

	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo muito	Não sei
1. No caso do dentista detectar numa consulta que o paciente tem mau hálito deve avisá-lo sobre essa situação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A percentagem de pessoas com mau hálito é pequena.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O mau hálito normalmente tem causas orais (cáries, gengivites, periodontites, etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O mau hálito normalmente tem causas biológicas (gástricas, otorinolaringologistas, etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. O mau hálito normalmente tem causas comportamentais (falta de higiene, tabaco, café, alimentação, etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. O mau hálito pode ser detectado com exames específicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. O mau hálito tem tratamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. O mau hálito é um assunto tabu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I. Considera que tem mau hálito?

- Sim
 Não

J. Considera que o mau hálito tem impacto na vida das pessoas que têm essa patologia, ao nível:

	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo muito	Não sei
Pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das emoções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dos comportamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da felicidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das relações íntimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do relacionamento com a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do relacionamento com os amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do relacionamento com os colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

02/07/2015

Qualtrics Survey Software

K. Em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações. Em relação ao último ano.

	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo muito
1. Queixou-se ao dentista de que sofre de mau hálito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. O seu dentista procurou fazer-lhe exames para descobrir a causa do mau hálito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. O seu dentista sugeriu-lhe um tratamento para o mau hálito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. O seu dentista encaminhou-a(o) para uma consulta específica devido ao mau hálito.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

L. Assinale, por favor, com que frequência partilhou que tinha mau hálito durante o último ano, com as seguintes pessoas:

	Nunca	Raramente	As vezes	Muitas vezes	Sempre
O seu dentista	<input type="radio"/>				
A sua família	<input type="radio"/>				
Os seus amigos	<input type="radio"/>				
Os seus colegas	<input type="radio"/>				

M. Considera que o mau hálito tem impacto na sua VIDA, ao nível:

	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo muito	Não sei
Pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das emoções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dos comportamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da felicidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das relações íntimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do relacionamento com a família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do relacionamento com os amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Do relacionamento com os colegas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

N. Em relação ao mau hálito, em que medida concorda ou discorda das seguintes afirmações.

	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem concordo	Concordo	Concordo muito	Não sei
Tenho procurado fazer alguma coisa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho tentado encontrar uma estratégia para resolver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho feito piadas sobre isso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho tentado obter conselhos ou ajuda dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho-me criticado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

02/07/2015

Qualtrics Survey Software

Tenho tomado ações para tornar a situação melhor.	<input type="radio"/>					
Tenho pensado muito sobre os passos a dar.	<input type="radio"/>					
Tenho-me divertido com a situação.	<input type="radio"/>					
Tenho tido ajuda e conselhos dos outros.	<input type="radio"/>					
Tenho-me culpado pelas coisas que acontecem.	<input type="radio"/>					

O. Assinale, por favor, a sua opinião relativamente a cada uma das seguintes afirmações, no último mês.

	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito	Não sei
Normalmente fico frustrada(o) e zangada(o) quando tenho de estar à espera numa fila.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A maioria das pessoas que me conhece considera-me uma pessoa de fácil relacionamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalmente levo demasiado a sério tudo o que faço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irrito-me facilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

P. Assinale, com um círculo por linha, por favor, a frequência da seguinte afirmação durante o último ano?

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Não sei
Considerando globalmente todos os aspectos da sua vida diria que está:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO E

Questionário A – Pré-dinâmica

Nome		Telefone	
Género		E-mail	
Idade		Estado civil	
Morada		Profissão	
Nacionalidade		Estado Profissional	

Questões Clínicas

1. Como avalia a sua saúde oral?	0	1	2	3	+ de 4
2. Quantas vezes lava os dentes ao dia?	0	1	2	3	+ de 4
3. Considera que tem mau hálito?	Sim			Não	
4. Já alguém lhe disse que tem mau hálito?	Sim			Não	
5. Indique quantas vezes por semana sente mau hálito?	0	1	2	3	+ de 4
6. A quantos profissionais já recorreu devido ao mau hálito?	0	1	2	3	+ de 4
7. Quantas vezes por ano vai ao dentista?	0	1	2	3	+ de 4
8. Quantifique o dano que o hálito provoca na sua vida (0 a 10)					
9. O que já tentou fazer para diminuir o mau hálito?					
10. Das seguintes anomalias, indique as que já sentiu.	Uso de próteses				
	Boca seca				
	Saburra				
	Cáries				
	Abscessos				
	Gengivite				
	Sangramento ao lavar os dentes				
	Aftas				
	Caseos				
	Amigdalite				
Sinosite					
Rinite					

11. Assinale, com um círculo por linha, por favor, com que frequência sentiu cada uma das seguintes afirmações durante o último mês?

	Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo em parte	Não discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo totalmente
1 – Em geral a minha vida está próxima do ideal	1	2	3	4	5	6	7
2 – As condições da minha vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3 – Em geral estou satisfeito com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4 – até agora tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida	1	2	3	4	5	6	7
5 – se pudesse mudar a minha vida, não mudaria quase nada	1	2	3	4	5	6	7
6 - Algumas pessoas são	1	2	3	4	5	6	7

geralmente muito felizes. Gozam a vida independentemente do que aconteça, tirando o máximo de tudo. Esta caracterização descreve-me a mim próprio.							
7 - Algumas pessoas não são geralmente muito felizes. Embora não estejam deprimidas nunca parecem tão felizes como podiam ser. Esta caracterização descreve-me a mim próprio.	1	2	3	4	5	6	7
8 - em geral considero-me uma pessoa feliz	1	2	3	4	5	6	7
9 - Em comparação com as pessoas que conheço considero-me mais feliz	1	2	3	4	5	6	7
10 - Considerando todos os aspetos da minha vida sinto-me feliz	1	2	3	4	5	6	7

12. Assinale, com um círculo por linha, por favor, com que frequência sentiu cada uma das seguintes afirmações durante o último mês?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Não sei
A minha respiração...						
1 - Limita-me o falar	1	2	3	4	5	ns
2 - Faz-me distanciar quando estou a conversar	1	2	3	4	5	ns
3 - Limita-me quando estou a falar em lugares mais pequenos ou fechados	1	2	3	4	5	ns
4 - Faz-me comunicar com sinais ou gestos	1	2	3	4	5	ns
5 - Faz-me tapar a minha boca com a mão	1	2	3	4	5	ns
6 - Limita a minha abertura bucal quando estou a falar	1	2	3	4	5	ns
7 - Limita a minha forma de espirrar	1	2	3	4	5	ns
8 - Provoca reações negativas nos outros	1	2	3	4	5	ns
9 - Leva-me a fumar ou a comer chicletes	1	2	3	4	5	ns
10 - Interfere nas minhas relações íntimas	1	2	3	4	5	ns
11 - Faz-me escovar os dentes $\geq 5x/dia$	1	2	3	4	5	ns
12 - Restringe a minha vida social	1	2	3	4	5	ns
13 - Faz-me ficar nervoso	1	2	3	4	5	ns
14 - Diminui a minha felicidade	1	2	3	4	5	ns

13. Assinale agora, com um círculo por linha, por favor, com que frequência sentiu cada uma das seguintes afirmações durante o último mês?

	Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo em parte	Não discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo totalmente
1 – Normalmente fico frustrado e zangado quando tenho de estar à espera numa fila de um banco	1	2	3	4	5	6	7
2 – A maioria das pessoas que me conhece considera-me uma pessoa de fácil relacionamento	1	2	3	4	5	6	7
3 – Normalmente levo demasiado a sério tudo o que faço	1	2	3	4	5	6	7
4 – Irrito-me facilmente	1	2	3	4	5	6	7
5 – Considero-me uma pessoa competitiva	1	2	3	4	5	6	7

14. Assinale agora, com um círculo por linha, por favor, com que frequência sentiu cada uma das seguintes emoções durante o último mês?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Não sei
1. Interessado(a)	1	2	3	4	5	ns
2. Relaxado(a)	1	2	3	4	5	ns
3. Excitado(a)	1	2	3	4	5	ns
4. Aborrecido(a)	1	2	3	4	5	ns
5. Forte	1	2	3	4	5	ns
6. Culpado (a)	1	2	3	4	5	ns
7. Assustado(a)	1	2	3	4	5	ns
8. Hostil	1	2	3	4	5	ns
9. Entusiástico(a)	1	2	3	4	5	ns
10. Orgulhoso(a)	1	2	3	4	5	ns
11. Irritável	1	2	3	4	5	ns
12. Alerta	1	2	3	4	5	ns
13. Envergonhado(a)	1	2	3	4	5	ns
14. Inspirado(a)	1	2	3	4	5	ns
15. Nervoso(a)	1	2	3	4	5	ns
16. Determinado(a)	1	2	3	4	5	ns
17. Atento(a)	1	2	3	4	5	ns
18. Agitado(a)	1	2	3	4	5	ns
19. Ativo(a)	1	2	3	4	5	ns
20. Receoso(a)	1	2	3	4	5	ns

ANEXO F

Questionário C – Pós-dinâmica

Nome	
-------------	--

1. Assinale com um x, por favor, se durante a dinâmica de grupos pensou nalgum destes itens:

Receio de ter mau hálito muito forte		Não gostar de falar em público	
Não dispor de tempo		Não gostar de trabalhar em grupo	
Não gostar de participar neste tipo de atividades		Receio da intensidade do hálito dos outros	
Ser tímido		Sentir a boca com um mau sabor	
Receio de ser excluído pelos outros devido ao mau hálito		No facto da tira ter indicado o seu nível do hálito	

2. Assinale, com um círculo por linha, com que frequência sentiu cada uma das seguintes afirmações durante a dinâmica de grupos.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Não sei
A minha respiração...						
1 - Limitou-me o falar	1	2	3	4	5	ns
2 - Fez-me distanciar quando estava a conversar	1	2	3	4	5	ns
3 - Limitou-me quando estava a falar em lugares mais pequenos ou fechados	1	2	3	4	5	ns
4 - Fez-me comunicar com sinais ou gestos	1	2	3	4	5	ns
5 - Fez-me tapar a minha boca com a mão	1	2	3	4	5	ns
6 - Limitou a minha abertura bucal quando estava a falar	1	2	3	4	5	ns
7 - Limitou a minha forma de espirrar	1	2	3	4	5	ns
8 - Provocou reações negativas nos outros	1	2	3	4	5	ns
9 - Levou-me a fumar ou a comer pastilhas	1	2	3	4	5	ns
10 - Restringiu a minha vida social	1	2	3	4	5	ns
11 - Fez-me ficar nervoso	1	2	3	4	5	ns
12 - Diminuiu a minha felicidade	1	2	3	4	5	ns

3. Assinale, com que frequência sentiu cada uma das seguintes emoções durante a dinâmica de grupos?

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Não sei
1. Interessado(a)	1	2	3	4	5	ns
2. Relaxado(a)	1	2	3	4	5	ns
3. Excitado(a)	1	2	3	4	5	ns
4. Aborrecido(a)	1	2	3	4	5	ns
5. Forte	1	2	3	4	5	ns
6. Culpado (a)	1	2	3	4	5	ns
7. Assustado(a)	1	2	3	4	5	ns
8. Hostil	1	2	3	4	5	ns
9. Entusiástico(a)	1	2	3	4	5	ns
10. Orgulhoso(a)	1	2	3	4	5	ns
11. Irritável	1	2	3	4	5	ns
12. Alerta	1	2	3	4	5	ns
13. Envergonhado(a)	1	2	3	4	5	ns
14. Inspirado(a)	1	2	3	4	5	ns
15. Nervoso(a)	1	2	3	4	5	ns
16. Determinado(a)	1	2	3	4	5	ns
17. Atento(a)	1	2	3	4	5	ns
18. Agitado(a)	1	2	3	4	5	ns
19. Ativo(a)	1	2	3	4	5	ns
20. Receoso(a)	1	2	3	4	5	ns

ANEXO G

Questionário B – Sem dinâmica

Nome	
-------------	--

1. Assinale, por favor, nos quadros seguintes, todas as razões pelas quais preferiu não participar na dinâmicas de grupos:

Receio de ter mau hálito muito forte		Não gostar de falar em público	
Não dispor de tempo		Não gostar de trabalhar em grupo	
Não gostar de participar neste tipo de atividades		Receio da intensidade do hálito dos outros	
Ser tímido		Sentir a boca com um mau sabor	
Receio de ser excluído pelos outros devido ao mau hálito		No facto da tira ter indicado o seu nível do hálito	

2. Teve receio que a sua respiração...

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes	Não sei
1 – O limitasse ao falar	1	2	3	4	5	ns
2 – O fizesse distanciar quando estivesse a conversar	1	2	3	4	5	ns
3 – O limitasse se tivesse de falar num lugar mais pequeno ou fechado	1	2	3	4	5	ns
4 – O fizesse comunicar com sinais ou gestos	1	2	3	4	5	ns
5 - O fizesse tapar a sua boca com a mão	1	2	3	4	5	ns
6 – Limitasse a sua abertura bucal quando estivesse a falar	1	2	3	4	5	ns
7 – Limitasse a sua forma de expirar	1	2	3	4	5	ns
8 – Provocasse reações negativas nos outros	1	2	3	4	5	ns
9 – Levasse a fumar ou a comer chicletes	1	2	3	4	5	ns
10 - Fizesse ficar nervoso	1	2	3	4	5	ns
11 - Diminuísse a sua felicidade	1	2	3	4	5	ns

3. Assinale, com um círculo por linha, por favor, se sente cada uma das seguintes emoções neste momento?

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo totalmente	Não sei
1. Interessado(a)	1	2	3	4	ns
2. Relaxado(a)	1	2	3	4	ns
3. Excitado(a)	1	2	3	4	ns
4. Aborrecido(a)	1	2	3	4	ns
5. Forte	1	2	3	4	ns
6. Culpado (a)	1	2	3	4	ns
7. Assustado(a)	1	2	3	4	ns
8. Hostil	1	2	3	4	ns
9. Entusiástico(a)	1	2	3	4	ns
10. Orgulhoso(a)	1	2	3	4	ns
11. Irritável	1	2	3	4	ns
12. Alerta	1	2	3	4	ns
13. Envergonhado(a)	1	2	3	4	ns
14. Inspirado(a)	1	2	3	4	ns
15. Nervoso(a)	1	2	3	4	ns
16. Determinado(a)	1	2	3	4	ns
17. Atento(a)	1	2	3	4	ns
18. Agitado(a)	1	2	3	4	ns
19. Ativo(a)	1	2	3	4	ns
20. Receoso(a)	1	2	3	4	ns

ANEXO H
Curriculo Vitae

			
Europass-Curriculum Vitae			
Informação pessoal			
Apelido(s) / Nome(s) próprio(s)	Ana Filipa Paiva Ribeiro de Carvalho Gameiro		
Morada(s)	Praceta do Comércio nº 18, 5ºEsq, Alfragide, 2610-042 Amadora		
Telefone(s)	21 471 07 05	Telemóvel	91 233 09 65
Data de nascimento	14-06-1978	Nacionalidade	Portuguesa
e-mail	anafilipagameiro@gmail.com		
B.I	11230913		
Ordem dos Psicólogos	Cédula Profissional nº6526		
Qualificações Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Experiência de 14 anos na Formação Comportamental (desde 02-2002) 7150 – horas; levantamento e análise de necessidades, observação on-job, focus group, avaliação da aprendizagem. • Condução de Processos de Recrutamento e Seleção de Pessoal: entrevistas, testes, provas de grupo, Relatórios de análise. • Condução de Processos de Business e Life Coaching. • Processos de Orientação Vocacional. • Frequência do 3º ano do Doutoramento em Psicologia. • Certificado Formação de Tutores de E-learning - e-tutor. • Certificação Internacional em Coaching por Valores de Simon Dolan. • Certificação Internacional em Business Coaching e Coaching de Crenças Limitadoras. • Curso de Empreendedorismo Feminino. • Especialização em Igualdade do Género e Assédio Moral. • Certificação Internacional em Emotional Literacy for Teachers and Trainers. • Certificada pela Eureka, Bono Thinking Systems e MINDING International France Sart, como Formadora Independente Certificada no método "Six Thinking Hats®" de Edward de Bono. • Condução de ações de Levantamento e Análise de Necessidades de Formação. • Experiência de 2 anos no Ensino Profissional. • Bons conhecimentos das políticas de Recursos Humanos. • Dinamismo e capacidade de trabalho. Determinação e persistência no desenvolvimento de projetos. Capacidade de iniciativa e atitude empreendedora. • Competências ao nível do planeamento e organização do trabalho. • Bom nível de comunicação e relacionamento, com facilidade de integração em equipas. 		
Experiência profissional	Processos de Coaching		
Datas	Desde janeiro de 2012		
Função ou cargo ocupado	Business e Life Coach – 18 h		

Principais atividades	Desenvolver e conduzir processos de coaching <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de competências pessoais e profissionais ao longo de várias sessões de coaching. • Facilitar mudanças positivas e duradouras. • Potenciar a definição de objetivos e a sua realização. • Ajudar no alinhamento dos valores pessoais e profissionais. • Foco na melhoria contínua.
Nome do empregador	Particulares
Experiência profissional	Recursos Humanos – Recrutamento e Seleção de Pessoal; Orientação Vocacional e Formação Profissional
Datas	Desde Janeiro 2016
Função ou cargo ocupado	Consultora de Recursos Humanos – Área de Capital Humano
Principais atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Formação em temas de Capital Humano; • Assessment e Development Centers; • Consultoria em Capital Humano; • Desenvolvimento de Oferta de Capital Humano; • Desenvolvimento de Negócio; • Desenvolvimento, entrega e gestão de projetos no âmbito da avaliação e desenvolvimento de Capital Humano.
Nome do empregador	SDO, Consultoria
Datas	2005-2015
Função ou cargo ocupado	Responsável da área de Recursos Humanos
Principais atividades e responsabilidades	<p>Ministrar Formação Profissional nas áreas comportamentais.</p> <p>- Ministrar o curso "Seis Chapéus do Pensamento", que decorreu no ISLA. 6 h. março 2009.</p> <p>- Ministrar o Workshop "SIX THINKING HATS" que decorreu no ISLA – 3 grupos. junho 2008.</p> <p>- Ministrar o curso de "Atendimento de Excelência" no Bar do Guincho, junho 2007. 18 h</p> <p>Organização de Workshops Temáticos – AMAknow</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obrigatoriedade da Formação e Inteligência Emocional na Liderança. <p>Orientação vocacional e profissional: realização de entrevista, testes e esclarecimentos.</p> <p>Elaborar <i>Dossiers para Acreditação</i> de entidades formadoras no IQF</p> <p>Recrutamento e Seleção de Pessoal - Processo de recrutamento (análise e escolha de currículos) e processo de seleção (técnica de <i>entrevista, aplicação de testes seletivos e provas de grupo</i>).</p>
Nome do Empregador	Amazing Vision Consulting
Experiência profissional	Consultoria e Formação Profissional na área Comportamental, RH e Comercial
Datas	Desde outubro 2013
Função ou cargo ocupado	Formadora da área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o Curso <i>Gestão do stress e do tempo</i> no Lidl. 21h. 2013.
Nome do empregador	Blanes
Datas	Março e julho 2013
Função ou cargo ocupado	Formadora da área Comportamental
Principais atividades	<p>Ministrar o Curso <i>PNL na aprendizagem</i> para a Escola de Men Martins. 25h. março 2013.</p> <p>Ministrar o Curso <i>PNL na aprendizagem</i> para a Escola Ferreira de Castro de Men Martins. 25h. julho 2013.</p>

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Nome do empregador	SPNL – Sindicato Nacional de Professores Licenciados
Datas	Desde março 2013
Função ou cargo ocupado	Formadora da área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o Curso <i>Atendimento de Excelência</i> para a Grupo Entrepasto, em Lisboa, Santarem, Aveiro, Faro e Porto. 186h. 2013
Nome do empregador	Synergie
Datas	Desde abril 2013
Função ou cargo ocupado	Formadora da área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o Curso <i>Gestão do Tempo e Stress</i> para a Escola Alemã. 7 h. agosto. 2013 Ministrar o Curso <i>Gestão do Tempo e Stress</i> para a Menarini. 28 h. 2 grupos. 2013
Nome do empregador	L2G
Datas	Desde maio 2012
Função ou cargo ocupado	Formadora da área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o Curso <i>Interações em Consultoria</i> para a Link. 12 h. 2012
Nome do empregador	Pedra Base
Datas	Desde fevereiro 2012
Função ou cargo ocupado	Formadora da área Comportamental
Principais atividades	Curso “Técnicas e vendas” para a Geberit. 25h. fevereiro, 2013. O curso “Formação Pedagógica inicial de Formadores” para a Epal. 70h. outubro a dezembro, 2012. Curso “Formação Pedagógica inicial de Formadores” para a MAN. 70h. fevereiro, 2013. Curso “ <i>Motivação e Gestão de Equipas</i> ”. 25h. setembro 2012. Curso “ <i>Desenvolver o carisma e influência</i> ” na Seguro Direto. 16h. setembro 2012. Curso “ <i>Creative Thinking</i> ” para o Centro Islami. 4h. maio 2012. Curso “ <i>Técnico Superior de Higiene e Segurança no Trabalho</i> ”. fevereiro 2012. Módulo: Psicossociologia do trabalho. 20h.
Nome do empregador	Upskills
Datas	Desde dezembro 2011
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o curso “Técnicas de Apresentação” para a Novartis. 28 h. dezembro 2013. Ministrar o curso “Técnicas de Apresentação” para a Lastlap. 14 h. maio 2012. Ministrar o Curso “Creative Thinking”. 14 h. dezembro 2011.
Nome do Empregador	Bravemind
Datas	Desde novembro 2011
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Principais atividades	Ministrar o Curso “Falar em público” no Grupo de Mosqueteiros. 14 h. novembro 2011. Ministrar o Curso “Técnicas de Apresentação” no Turismo Rural. 28 h. dezembro 2011. Ministrar o Curso “Gestão do tempo” no Turismo Rural. 14 h. abril 2012. Ministrar o Curso “Orientação para o cliente”. 42. maio, junho 2012. Ministrar o Curso “Lidar com pessoas difíceis”. 7 h. junho 2012. Ministrar o Curso “Atendimento e vendas presenciais” no grupo Cortefiel, Springfield e Woman Secret. 25 h. outubro 2012. Ministrar o Curso “Atendimento e comunicação” na Vorwerk. 8 h. outubro 2012. Observação on job. Ministrar o Curso “Técnicas de Assertividade”. 14 h. dezembro 2012. Ministrar o Curso “Gestão de reclamações” na Vorwerk. 14 h. julho e dezembro 2013. Ministrar o Curso “Técnicas de Apresentação” na Alcatel. 21 h. dezembro 2013.
Nome do Empregador	Global Estratégias
Datas	setembro 2011
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o Curso “Organização do trabalho e Gestão do tempo” no Instituto Seguros de Portugal. 16 h
Nome do Empregador	WeChange
Datas	Desde junho 2011
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o Curso “Creative Thinking”. 14h. Ministrar o Curso “Creative Thinking” na Bresimar. 14h. Ministrar o Curso “Técnicas de negociação”. 14h.
Nome do Empregador	Zona Verde
Datas	março 2011
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o curso “Salário Emocional” para a Smas de Oeiras-Amadora. 12h.
Nome do Empregador	Let’s Talk
Datas	março 2011
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar “Técnicas cognitivas: Pensar e Agir” na Assembleia da República. 14h. maio 2012 Ministrar o curso “Atitudes e relacionamento interpessoal” na Assembleia da República. 14h. março 2011.
Nome do Empregador	Paradoxo Humano
Datas	Desde setembro 2010
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o curso “Técnicas de Apresentação”: no Hospital Santa Maria - 2 h e 30 m – 2010; no IPO - 6 Horas; no Hospital S. Francisco Xavier - 3 h.; no Hospital Júlio de Matos – 8 h; no Hospital Egas Moniz – 2 h; no Hospital de Cascais – 6 h; Hospital de Leiria – 2 h. 2011.
Nome do Empregador	Lundbekc
Datas	Desde setembro de 2010
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Principais atividades	<u>Outdoor</u> em Peniche para a Gásfomento. 4 h. setembro 2011. Ministrar o curso “Técnicas de apresentação” para a Asics. 7 h. abril 2011. Ministrar o curso “ <i>Reuniões Criativas</i> ”. 20 h. Ministrar o curso “Comunicação e Gestão de equipas, conflitos e do tempo” – 10 h.
Nome do Empregador	Companhia Própria
Datas	julho 2010
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o curso “ <i>Liderança, Gestão de Conflitos e do Tempo</i> ” na Regislogar. 18h.
Nome do Empregador	Aerlis
Datas	Abril- julho 2010
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o curso “ <i>Formação Pedagógica Inicial de Formadores</i> ” B-learning . 9 h e 30 m. Ministrar o curso “ <i>Formação Pedagógica Inicial de Formadores</i> ”. 28 horas. • Módulo: Perfil do formador, Relação pedagógica, Objetivos pedagógicos, Avaliação da formação e simulações pedagógicas finais.
Nome do Empregador	EQS
Datas	2010
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o Workshop “ <i>Gestão do Tempo para Mulheres</i> ”. 2 horas. Ministrar o curso “ <i>Formação Pedagógica Inicial de Formadores</i> ”. 8 horas. Ministrar o workshop “Técnicas de criatividade” na Inforpress. 2 horas.
Nome do Empregador	Nova Etapa
Datas	Desde 2009
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental.
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar o curso “ <i>Técnicas de Negociação</i> ”, no Banco de Portugal. 24h. dezembro 2013. Ministrar o curso “ <i>Técnicas de Apresentação</i> ”, no Banco de Portugal. 24h + 24h + 24h + 24h. junho, julho, setembro e outubro 2013. Ministrar o módulo “ <i>Gestão da mudança</i> ” no curso Certificação em Gestão e Desenvolvimento Estratégico de Recursos Humanos. 6 h + 6h + 3h. maio, julho e setembro 2013. Ministrar o módulo “ <i>Planeamento e controlo de RH</i> ” no curso Certificação em Gestão e Desenvolvimento Administrativo de Recursos Humanos. 6 h. setembro 2013. Ministrar o módulo “ <i>Análise e descrição de funções, Recrutamento e seleção e Acolhimento</i> ” no curso Noções Fundamentais de Recursos Humanos. 6 h. setembro 2013. Ministrar o módulo “ <i>Gestão da formação</i> ” no curso Certificação em Gestão e Desenvolvimento Estratégico de Recursos Humanos. 3 h. setembro 2012. Ministrar o curso Liderança em Feedback, na Zagope. 12 h. dezembro 2012. Ministrar o curso <i>Liderar e Motivar Equipas</i> . 18h. agosto 2012. Ministar o curso <i>Condução de Reuniões</i> . 18h. setembro 2012. Ministrar o curso “ <i>Desenvolver e animar ações de formação</i> ” na Thales. 24 h. janeiro 2012. Ministrar o curso “ <i>Técnicas de Apresentação</i> ” na Quilaban; Sumolis. 36h. setembro 2011. Ministrar a ação “ <i>O telefone e a imagem da organização</i> ”- na Generis. 12 h. junho 2011. Ministrar os cursos “ <i>Gerir pessoas e expectativas</i> ” na RenGasodutos; na Ferrangol; na WTVISION. 62 h.
Nome do empregador	<i>Instituto Vantagem +, Consultores em Formação.</i>

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Datas	maio/setembro 2009
Função ou cargo ocupado	Formadora da área comportamental.
Principais atividades	Levantamento e Análise de Necessidades – Reuniões com chefias Ministrar o curso "Atendimento ao Cliente", em 6 grupos. 96 Horas. Ministrar o curso "Gestão de Reclamações", em 2 grupos. 32 Horas. Cursos que decorreram na Media Markt de Alfragide e Benfica
Nome do Empregador	4 People – PROMOVER
Datas	março/maio e dezembro 2009
Função ou cargo ocupado	Formadora da área comportamental.
Principais atividades	Levantamento e Análise de Necessidades – observação On-JOB; Reuniões com chefias Ministrar o curso "Atendimento de excelência", em 4 grupos. 100 Horas.
Nome do Empregador	BSHP
Datas	fevereiro/abril 2009
Função ou cargo ocupado	Formadora da área comportamental.
Principais atividades	Ministrar o curso "Espírito de Equipas", que decorreu na Autozitânia. 24 h. Ministrar o curso "Formação Pedagógica Inicial de Formadores", que decorreu no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa - ISCTE. 36 h. • Módulos: <i>Simulações pedagógicas 1ª e 2ª; Fatores e Processos de Aprendizagem, Comunicação e Animação de grupos, Métodos e Técnicas Pedagógicas.</i>
Nome do Empregador	B-Training
Datas	Desde 2009
Função ou cargo ocupado	Formadora da área comportamental.
Principais atividades	Ministrar o curso "Formação Pedagógica Inicial de Formadores", para a Generis. 42 h. setembro a dezembro 2011. Ministrar o curso "Formação Pedagógica Inicial de Formadores", na Liberty. 36 h. janeiro a março 2010. Ministrar o curso "Formação Pedagógica Inicial de Formadores". 86 h. Desde 2009 • Módulos: <i>Simulações pedagógicas 1ª e 2ª, Fatores e Processos de Aprendizagem, Objetivos Pedagógicos, Planificação da Formação; Avaliação da Aprendizagem e Acompanhamento e Avaliação da Formação.</i>
Nome do Empregador	Capeduc
Datas	fevereiro 2009 e maio 2010
Função ou cargo ocupado	Formadora da área comportamental.
Principais atividades	Ministrar o curso "Inteligência emocional e Criatividade nas Organizações". 2 h. 2011. Ministrar o curso "Inteligência emocional nas organizações". 3 h. 2010.
Nome do Empregador	Marinha – Escola do Corpo de Fuzileiros
Datas	dezembro 2008
Função ou cargo ocupado	Formadora da área comportamental.
Principais atividades	Ministrar o curso "Atendimento e Técnicas de Vendas". 12 h.
Nome do Empregador	NHC
Datas	outubro 2008
Função ou cargo ocupado	Formadora da área Comportamental
Principais atividades e	Outdoor do curso "O Atendimento e o Serviço ao cliente" no Crédito Agrícola. 7 h. Ministrar o Curso "Técnicas de atendimento e vendas", Forbasic no Crédito Agrícola. 18 h.

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Nome do Empregador	Engiacion
Datas	2008 - 2011
Função ou cargo ocupado	Formadora da área comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar o curso “ <i>Gestão do tempo</i> ” para a Media Capital/TVI. 8 h. 2011 Ministrar o módulo “Gestão de Recursos Humanos” na <i>Pós-graduação de Gestão de Laboratórios</i> – 20 h. 2011. Ministrar o módulo “Comportamento Organizacional” na <i>Pós-graduação de Gestão integrada de Sistemas</i> – 28 h. 2011.
	Ministrar o módulo “Comportamento Organizacional” na <i>Pós-graduação de Manutenção</i> – 20 h. 2010-2011. Ministrar o curso “ <i>Técnico Superior de Higiene e Segurança no Trabalho</i> ”. 2010. <ul style="list-style-type: none"> • Módulo: Técnicas de Negociação, Comunicação e Informação. 22 h. • Módulo: Gestão da Formação na Galp Energia. 21 h. Ministrar o curso “ <i>Relações interpessoais em Equipas de Trabalho</i> ” na Média Capital/TVI. 12 h. novembro 2008. Curso “ <i>liderar e motivar equipas</i> ” nos CTT – Correios de Portugal. 36 h. Junho e outubro 2008.
Nome do Empregador	ISQ – Instituto de Soldadura e Qualidade
Datas	Desde maio 2008
Função ou cargo ocupado	Formadora responsável pela área comportamental
Principais atividades	Preparação de conteúdos programáticos da área comportamental. Ministrar o curso “ <i>Liderança e motivação de equipas</i> ”. 14 h. outubro 2012. Ministrar o curso “ <i>Gestão de conflitos</i> ”. 14 h. 2011. Ministrar o curso “ <i>Técnicas de Negociação</i> ”. 14 h . 2011. Ministrar o curso “ <i>Comunicação oral e escrita</i> ”. 5 grupos - 70 h.
Nome do Empregador	Olisipo
Datas	2008- 2010
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar “ <i>Os Serviços Administrativos do HES em Évora</i> ”, “ <i>Comunicação e relacionamento interpessoal</i> ”, “ <i>O Atendimento e o Serviço ao cliente em Ambiente Hospitalar</i> ”, e “ <i>Motivação para atingir resultados</i> ” que decorre no HESE – Hospital Espírito Santo em Évora. 35 h. <u>Outdoor</u> englobado no curso com os seguintes módulos: “ <i>Os Serviços Administrativos do HES em Évora</i> ”, “ <i>Comunicação e relacionamento interpessoal</i> ”, “ <i>O Atendimento e o Serviço ao cliente em Ambiente Hospitalar</i> ”, e “ <i>Motivação para atingir resultados</i> ”. Na HESE– Hospital Espírito Santo em Évora em parceria com a Margens Desporto e Aventura. 6 h. Ministrar o Focus Group “ <i>Missão e Funções</i> ” que decorreu na Rurabela. 3 h.
Nome do Empregador	Generator
Datas	fevereiro/março 2008
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades	Ministrar o curso “ <i>Liderar e Gerir Equipas</i> ” que decorreu na FDO-Construções, S.A.. 40 h .
Nome do Empregador	Winnerges
Datas	setembro 2007
Função ou cargo ocupado	Formadora da área de Recursos Humanos
Principais atividades	Curso <i>Ultrapassar Conflitos e Negociar Soluções</i> que decorreu na EDP. 24 h Lisboa e Porto
Nome do Empregador	SGCE

Datas	Desde 2007
Função ou cargo ocupado	Consultora e Formadora da área de Recursos Humanos
Principais atividades e responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Ministar o Workshop “Six Thinking Hats”, para 35 pessoas, na Apifarma.4h. - Ministar o Workshop “Six Thinking Hats”, para 140 pessoas, como celebração dos 20 anos da DECO PROTESTE.4h. - Ministar o Curso “Six Thinking Hats”. 28 h. outubro 2009 e junho 2010. - Ministar o curso “Desenvolver Competências de Atendimento na Relação com o Cliente Interno” que decorreu na NOVABASE. 16 h. dezembro 2007. - Ministar o curso de <i>Pró-atividade no âmbito da Análise e Atribuição de Crédito</i> para a <i>Credibom</i>. Módulos presenciais – 34 h. outubro 2007. - Ministar o curso de <i>Formação Pedagógica Inicial de Formadores à Distância</i> que decorreu na <i>SONAE</i>. Módulos presenciais - Autoscopias iniciais – 7 h. - Ministar Formação e treino On Job – <i>Técnicas de Atendimento de Callcenter</i> que decorreu na <i>CGD – Caixa Geral de Depósitos de Lisboa</i>. Módulos presenciais – 63 h – 3 grupos. abril 2007. Diagnóstico, análise e técnicas de melhoramento. - Ministar 3 grupos do curso de <i>Formação Pedagógica Inicial de Formadores à Distância</i> na Makro. maio 2007, janeiro e maio 2008. Módulos presenciais – 42 h x 3 = 126 h. <p>Apresentação, Relação Pedagógica, Métodos e Técnicas Pedagógicas, Autoscopias.</p>
Nome do Empregador	<i>Cegoc</i>
Datas	2006-2011
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Orientadora do projeto final da Pós-graduação de Técnicos Superiores de Higiene e Segurança no trabalho. Tema: “A violência no local de trabalho”. janeiro 2010. - Ministar o curso “Gerir equipas”, na empresa BES Viagens. 26 h. dezembro 2009. - Ministar a parte comportamental do curso “Auditorias internas” na Boch, Siemens. 8 h. <ul style="list-style-type: none"> • Levantamento e Análise de Necessidades – observação On-JOB; Reuniões com chefias - Ministar o curso “Gestão de Reclamações e Conflitos” na Brisa. 50 h. - Ministar o curso de Especialização/Pós-Graduação Recursos Humanos. fevereiro 2009. <ul style="list-style-type: none"> • Módulo da “Conceção e Gestão da Formação” – 48 h. - Ministar o curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores à Distância no Hotel Riviera para a empresa Apifarma – Módulos presenciais: 20 h. janeiro 2009. <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação, Relação Pedagógica, Métodos e Técnicas Pedagógicas. - Ministar o curso de <i>Formação Pedagógica Inicial de Formadores à Distância</i> que decorreu na Lundsbeck, Oeiras. Módulos presenciais – 40 h. outubro/novembro 2007. <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação, Relação Pedagógica, Relação Pedagógica, Projeto de Intervenção Pedagógica, Autoscopias iniciais e finais. - Ministar o curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores à Distância. Apresentação, Relação Pedagógica, Métodos e Técnicas Pedagógicas, PIP, Autoscopias iniciais e finais. Módulos presenciais – 428 h - Ministar o curso de Pós-Graduação Técnicos de Higiene e Segurança do Trabalho. <ul style="list-style-type: none"> • Módulo da “Conceção e Gestão da Formação” – 196 h. • Módulo da “Psicossociologia do Trabalho” – 46 h. <p>Elaboração de manuais</p>
Nome do Empregador	<i>TÜV Rheinland em Portugal</i>
Datas	junho 2005
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> Ministrar o curso “Formação Pedagógica Inicial de Formadores” – 34 h. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Módulo da Planificação da formação; Simulações Pedagógicas – 1º 2º autoscopia.</i>

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Nome do empregador	<i>ATEC – Academia de Formação</i>
Datas	maio 2005
Função ou cargo ocupado	Formadora na área comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar o curso “Formação Pedagógica Inicial de Formadores” – 8 h. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Módulos: Fatores e Processos da Aprendizagem; Comunicação e Animação de Grupos.</i>
Nome do empregador	<i>CEN – Centro Nacional de Estética.</i>
Datas	fevereiro 2005
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar o curso “Formação Pedagógica Inicial de Formadores” – 22 h. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Módulo dos Fatores e Processos da Aprendizagem; Comunicação e Animação de Grupos; Objetivos Pedagógicos; Planificação da Formação. Elaboração de manuais</i>
Nome e morada do empregador	<i>FORPRO – Formação Profissional, CRL – Escola Profissional Val do Rio.</i>
Datas	julho de 2005
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar o Curso de <i>Higiene e Segurança no trabalho</i> – nível 4. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Módulo da Psicossociologia do Trabalho - 56 h.</i>
Nome e morada do empregador	<i>Escola Profissional Almirante Reis – EPAR.</i>
Datas	setembro de 2004 a julho 2006.
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental – 1900 h

Principais atividades e responsabilidades	<p>Ministrar Disciplina de Psicologia e Área de Integração, dos 10º, 11º e 12º anos, dos cursos de <i>Técnicos de Informação e Técnicos de Gestão de Pessoal</i>.</p> <p>Elaboração de manuais para a disciplina de Psicologia de 10º, 11º e 12º anos.</p> <p>Elaboração de manuais para a disciplina de Área de Integração de 10º, 11º e 12º anos.</p> <p>Organização e apresentação de um <i>teatro</i> com a turma do 12º ano do Curso de Técnicos de Informação, com o tema: “<i>João e Maria</i>”, inserido no módulo de <i>Psicologia do Desenvolvimento I</i>, para as crianças da creche e jardim de infância da <i>Manutenção Militar de Santa Apolónia</i>. 2006.</p> <p>Organização e apresentação de um <i>workshop</i> para a escola, com a turma do 12º ano do Curso de Técnicos de Informação, com o tema: “<i>O melhor é prevenir, porque a SIDA existe</i>”, inserido no módulo de <i>Psicologia do Desenvolvimento II</i>. 2006.</p> <p>Organização e apresentação de um <i>filme</i> para a escola, com a turma do 10º ano do Curso de Técnicos de Informação, com o tema: “<i>Comportamentos Atípicos</i>”, inserido no módulo de <i>Comportamentos e Conflitos</i>, da disciplina <i>Área de Integração</i>. 2006.</p> <p>Organização e apresentação de um Concurso para a Escolha do <i>Melhor Filme para a Escola</i>, com a participação de 1 turma do 12º ano e 2 do 11º ano para criar os filmes e participação das restantes turmas para votarem. 2006.</p> <p>Organização e apresentação de um <i>teatro</i> com a turma do 12º ano do Curso de Técnicos de Informação, com o tema: “<i>Peter Pan</i>”, inserido no módulo de <i>Psicologia do Desenvolvimento I</i>, para as crianças da creche e jardim de infância da <i>Manutenção Militar de Santa Apolónia</i>. 2005</p> <p>Organização e apresentação de um <i>workshop</i> com a turma do 12º ano do Curso de Técnicos de Informação, com o tema: “<i>O melhor é prevenir, porque a SIDA existe</i>”, inserido no módulo de <i>Psicologia do Desenvolvimento II</i>, para os alunos do 8º ano da <i>Escola Gil Vicente</i>. 2005.</p> <p>Organização e apresentação de um <i>workshop</i> para a escola, com a turma do 12º ano do Curso de Técnicos de Informação, com o tema: “<i>Psicopatologias</i>”, inserido no módulo de <i>Psicologia do Desenvolvimento II - Filmagem de sketches</i>. 2005.</p> <p>Organização e apresentação de um <i>teatro</i> para a escola, com a turma do 10º ano do Curso de Técnicos de Informação, com o tema: “<i>Álcool, drogas e sexualidade</i>”, inserido no módulo de <i>Comportamentos e Conflitos</i>, da disciplina <i>Área de Integração</i>. 2005.</p> <p>Organização e apresentação de um <i>teatro</i> para a escola, com a turma do 10º ano do Curso de Técnicos de Gestão de Pessoal, com o tema: “<i>Terror no hospital</i>”, inserido no módulo de <i>Comportamentos e Conflitos</i>, da disciplina <i>Área de Integração</i>. 2005.</p> <p>Organização e apresentação de um <i>workshop</i> para a escola, com a turma do 11º ano do Curso de Técnicos de Informação, com o tema: “<i>Escalas Sociais</i>”, inserido no módulo de <i>Psicologia Social</i>, tendo como resultados as respostas que os alunos da escola enunciaram em três questionários com os seguintes temas: “<i>Estabilidade Emocional, Ambição vrs Profissões, Bem-estar e Ambiente</i>”. 2005.</p> <p>Organização e apresentação de um Concurso para a Escolha do Melhor Hino para a Escola, com a participação de 2 turmas do 12º ano e 1 do 11º ano para criar os hinos e participação das restantes turmas para votarem. 2005.</p> <p>Participação no Jornal da escola.</p>
Nome do empregador	<i>Escola Profissional Almirante Reis – EPAR.</i>
Datas	Dezembro 2003.
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	<p>Levantamento e Análise de Necessidades de Formação ao nível da população-alvo.</p> <p>Ministrar o curso “<i>Humanização e Liderança como Fatores de Qualidade Organizacional</i>” - direcionado a Encarregados e Responsáveis de Parques. <i>80 h.</i></p> <p>Elaboração de manual</p>
Nome do empregador	<i>Emparque S.A.</i>
Datas	março a maio de 2003.
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	<p>Levantamento e Análise de Necessidades de Formação ao nível da população-alvo.</p> <p>Ministrar o curso “<i>Atendimento, Qualidade e Imagem da Organização</i>” – que decorreu na <i>Associação de Socorros Mútuos de Empregados no Comércio de Lisboa</i>. <i>60 h.</i></p>

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Nome do empregador	<i>Instituto Começo – Consultores em Organização e Gestão Empresarial, S.A.</i>
Datas	fevereiro 2003 a setembro de 2004
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar o curso “Formação Pedagógica Inicial de Formadores”. 200 h. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Módulo dos Fatores e Processos de Aprendizagem, Comunicação e Animação de grupos, Métodos e Técnicas Pedagógicas; Avaliação da Aprendizagem</i> • <i>Elaboração de Manuais.</i>
Nome do empregador	<i>Instituto Naturinvest Consulting, Lda.</i>
Datas	Outubro 2002 a setembro 2003.
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar Formação Comportamental. 108 Horas. <ul style="list-style-type: none"> • “Call Center e Atendimento por Telefone” • “Inteligência Emocional Aplicada à Gestão” • “Técnicas de Venda e Negociação” Especial Seniores da Área Comercial • “Organização do Trabalho e Gestão do Tempo” • “Ser Assertivo e Comunicar Melhor” • “Estratégias e Técnicas de Negociação”
Nome do empregador	<i>Instituto Vantagem +, Consultores em Formação.</i>
Datas	setembro 2002 a julho de 2006.
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar Formação Comportamental. 798 h. <ul style="list-style-type: none"> - Ministrar o curso “Formação Pedagógica Inicial de Formadores”, que decorreu no <i>Holmes Place</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Módulo: Fatores e Processos de Aprendizagem; Comunicação e Animação de Grupos; Métodos e Técnicas Pedagógicas.; Avaliação da Aprendizagem; Planificação da Formação.</i> - Ministrar o curso “Motivação para Vendas” nível interno <ul style="list-style-type: none"> • “Técnicas de Venda e Negociação” nível interno - Ministrar o curso “Formação Pedagógica Inicial de Formadores” – todos os módulos. <ul style="list-style-type: none"> • “Atitudes Comportamentais e Motivacionais” nível interno
Nome do empregador	<i>Instituto de Formação Grupo Unicenter – Tecliforme.</i>
Datas	fevereiro de 2002.
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar Formação Comportamental que decorreu no <i>Centro Nacional de Pensões – CNP</i> . 40 h. <ul style="list-style-type: none"> • “Humanização: Fator de Qualidade nos Serviços Públicos” • “Dimensão Pessoal e Interpessoal nos Serviços Públicos”
Nome do empregador	<i>CINAT Formação.</i>
Datas	fevereiro de 2002 a fevereiro de 2003.
Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar Formação Comportamental. 350 h. <ul style="list-style-type: none"> • “<i>Bloco Sociocultural</i>”, do curso de Desenho Assistido por Computador, que decorreu na <i>Megaço</i> • “<i>Bloco Sociocultural</i>” do curso de Webdesigner • “<i>Bloco Sociocultural</i>” do curso de Desenho Assistido por Computador • “<i>Formação Pedagógica Inicial de Formadores</i>”
Nome do empregador	<i>Instituto de Línguas e Informática – IPFEL.</i>
Datas	fevereiro de 2003

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Função ou cargo ocupado	Formadora na área Comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar “Formação Pedagógica Inicial de Formadores”. 45 h. <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Módulo das Simulações Pedagógicas – 1º e 2º autoscopia; Fatores e Processos de Aprendizagem, Comunicação e Animação de grupos; Métodos e Técnicas Pedagógicas.</i>
Nome do empregador	<i>Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa – FCUL</i>
Datas	março/abril 2002.
Função ou cargo ocupado	Formadora comportamental
Principais atividades e responsabilidades	Ministrar “Formação Pedagógica Inicial de Formadores”. 30 h. <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Módulo dos Fatores e Processos de Aprendizagem; Comunicação e Animação de grupos; Métodos e Técnicas Pedagógicas.</i>
Nome do empregador	<i>Município, S.A. no Taguspark</i>
Formação Profissional	
Datas	Dezembro 2013
Qualificação atribuída	<i>Certificado Formação de Tutores de E-learning - e-tutor.</i>
Nome e tipo da organização	Global Estratégias
Datas	Fevereiro 2012
Qualificação atribuída	<i>Certificação Internacional em Coaching por Valores ministrada pelo Prof. Sion Dolan.</i>
Nome e tipo da organização	How to be Happy
Datas	Outubro 2011
Qualificação atribuída	<i>Curso de Empreendedorismo Feminino.</i>
Nome e tipo da organização	ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Datas	Março 2011
Qualificação atribuída	<i>Certificação Internacional em “Emotional Literacy for Teachers and Trainers.</i>
Nome e tipo da organização	ISQ
Datas	Março 2011
Qualificação atribuída	<i>Especialização em Igualdade do Género e Assédio Moral. Avaliação de Muito Bom.</i>
Nome e tipo da organização	Upskills
Datas	Janeiro 2011
Qualificação atribuída	<i>Certificação pela ICC em Coaching em Crenças Limitadoras.</i>
Nome e tipo da organização	MindCoach
Datas	Janeiro 2011
Qualificação atribuída	<i>Curso Eficácia Pessoal e Gestão de Equipas.</i>
Principais disciplinas	7 Hábitos das pessoas altamente eficazes Inteligência emocional
Nome e tipo da organização	ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Datas	Junho 2010
Qualificação atribuída	<i>Certificação Internacional em Business Coaching</i>
Principais disciplinas	Técnicas de PNL, Ferramentas de Business Coaching
Nome e tipo da organização	More Institute
Datas	Novembro 2006

Designação da qualificação	Certification pour formateur indépendant à la méthode des Six chapeaux de la réflexion
Principais disciplinas	Une fois certifié, vous devenez officiellement, par certificat délivré par de Bono Thinking Systems Inc. (U.S.A.) un formateur autorisé à délivrer la méthode de Bono des Six Chapeaux de la Réflexion. Ce certificat vous permet donc de former d'autres personnes à la méthode, soit dans votre entreprise (formateur 'corporate') soit en organisant vos propres sessions de formations (formateur 'indépendant').
Nome e tipo da organização	MINDING International France Sart
Datas	2007 e 2009
Designação da qualificação	Certificada como Formadora Independente no método " Six Thinking Hats®. " de Edward de Bono.
Nome e tipo da organização	Bono Thinking Systems e Eureka
Formação Académica	
Datas	Outubro 2010 - 2013
Qualificação atribuída	<i>Frequência do Doutoramento em Psicologia</i>
	<p>Seminário de Investigação Treino de Competências Académicas Seminário de Projeto I Seminário de Projeto de II Seminário de Projeto III/Tese</p> <p><u>Participação nos seguintes seminários no âmbito do Doutoramento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstracts and presentations of scientific papers • The nature of measurement of infante facial expression • Strategic management of people in organisations. Prof. Jorge Gomes. Avaliação com 17 valores. • The space between us: perceptions of status in human relation – 13 valores • Social Identity beyond positive distinctiveness: The role of standard orientations and relational models in intergroup relations • Multiple Identities, Political Trust and Civic and Political Participation amongst minority and majority young people • Codificação de acidentes de trabalho: Análise e prevenção • Visual search with phobic stimuli • Quality criteria in qualitative research: from data collection to the report • Content analysis: The Statistical Analysis of Text and Open-ended responses • Multilevel analysis in Psychological research, using SPSS • ACM – Análise de correspondências múltiplas - Professora Helena Carvalho - nota 16 valores • Análise fatorial exploratória e confirmatória - Professora Helena Carvalho - nota 16 valores

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Principais disciplinas	<p><u>Comunicações</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação e apresentação de uma comunicação VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia na Universidade de Aveiro, sobre “The impact of halitosis on individual’s Wellbeing – Portuguese population Sample”. 20 e 22 de junho, 2013. • Participação e apresentação de uma comunicação no IX PhD Meeting in Psychology, no ISCTE, sobre “The impact of halitosis on individual’s Wellbeing – Portuguese population Sample”. 23 e 24 de maio, 2013. • Participação e apresentação de uma comunicação no VII Simpósio sobre Comportamento Organizacional, no ISCTE, sobre “O Impacto da Halitose no Bem-Estar do Indivíduo – posicionamento dos especialistas de medicina dentária”. 24 e 25 de maio, 2012. • Participação e apresentação de uma comunicação no VII Encontro de Psicologia Social e das Organizações no ISCTE, sobre “O Impacto da Halitose no Bem-Estar do Indivíduo – posicionamento dos especialistas de medicina dentária”. 24 e 25 de maio, 2012. • Participação e apresentação de uma comunicação no I Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses sobre “O Impacto da Halitose no Bem-Estar do Indivíduo”. 18 a 21 de abril, 2012. • Estudo apresentado no Congresso Internacional de Halitose no Brasil 2011, sobre “The impact of halitosis’ perceptions on individuals’ Wellbeing”. • Participação e apresentação de uma comunicação no Seminário Organizational Behavior and Human Resources Management sobre “The impact of halitosis’ perceptions on individuals’ Wellbeing”. 7 e 8 de julho de 2011. • Apresentação de uma comunicação no VI PhD Meeting in Social and Organizational Psychology, no ISCTE, sobre “The impact of halitosis’ perception on individuals’ well-being”. 19 e 20 de maio 2011 <p><u>Poster</u> Apresentação de um Poster com o tema “Paixão e Interatividade” no II Simposium Nacional de Formação e Desenvolvimento Organizacional, no ISCTE. 14 e 15 de novembro.</p>
Nome e tipo da organização	ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
Datas	2007/2009
Designação da qualificação	<i>Mestrado em Comportamento Organizacional</i> , com média de momento de 15,42 valores.
Principais disciplinas	<p>Métodos de investigação em comportamento organizacional – 15 valores Dinâmicas e sustentabilidade dos sistemas organizacionais – 15 valores Processos de atração, retenção, e desenvolvimento das pessoas nas organizações – 17 valores Abordagens ao Comportamento Organizacional – 17 valores Processos e técnicas de liderança – 18 valores Sistemas de remunerações e recompensas- 14 valores Modelos teóricos de ação, motivação e emoções no trabalho Qualidade de vida e desempenho profissional – 15 valores Processos de decisão e negociação – 13 valores Empreendedorismo e Empregabilidade – 17 valores Mudança e Inovação Organizacional – 14 valores Sistemas de Qualidade e produtividade – 14 valores Gestão de projetos - 16 valores Formação e desenvolvimento de competências - 16 valores Equipas e redes de trabalho - 16 valores Avaliação da eficácia organizacional – 15 valores Avaliação de Desempenho – 16 valores Dissertação final – 16 valores</p>
Nome e tipo da organização	ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
Datas	2005/2006
Designação da qualificação	<i>Pós-Graduação em Consultoria de Empresas</i> com média final de 18 valores.
Principais disciplinas	<p>Projeto final de consultoria – 19 valores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um projeto de Coaching com base na liderança situacional. <p>Consultoria da formação – 17 valores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um Plano de projeto de consultoria em formação. <p>Consultoria Financeira – 17 valores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um Plano de projeto de consultoria financeira.

Principais disciplinas	<p>Consultoria de Marketing – 17,5 Valores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um projeto de consultoria de marketing para a SAD do Sporting, ao nível da imagem e formação dos jogadores. <p>Capacidade de iniciativa e adaptação à mudança – 16 Valores. O que é a consultoria? – 17 valores Gestão de transferência do conhecimento – 16 valores Competências comportamentais para o desempenho excelente – 18,5 valores</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um plano de competências pessoais, sociais e profissionais do consultor, tendo por base as teorias da inteligência emocional. <p>Iniciativa empresarial como opção – 17 valores.</p>
Nome e tipo da organização	<i>ISLA – Instituto Superior de Línguas e Administração</i>
Datas	2003/2004
Designação da qualificação	<i>EMBA - Executive Master Business Administration em Gestão de Recursos Humanos Management</i> com média final de 18 valores
Principais disciplinas	<p>Coaching – 16 valores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um Plano de Ação de Coaching, com o objetivo de desenvolver competências ao nível da Comunicação Verbal. <p>PeoplePlan – 18 Valores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um PeoplePlan para o estudo de caso: THE MINERVA INSURANCE COMPANY, que engloba a análise dos Problemas, das Estratégias, Políticas de Recursos humanos e Soluções, tendo como objetivo os benefícios financeiros e organizacionais da empresa. <p>Instrumentos Legais e Financeiros – 18 Valores.</p>
Principais disciplinas	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração e apresentação de um estudo para uma Empresa de Transportes Marítimos, com o objetivo de analisar as Estratégias Organizacionais, as Políticas de Recursos Humanos, através das seguintes ferramentas: Análise SWOT; Análise envolvente externa – PESTLE, 5 Forças de Porter; Análise da envolvente interna – Fatores Críticos de Sucesso, Core Business.
Nome da organização	<i>UAL – Universidade Autónoma de Lisboa</i>
Datas	2002 e 2007
Designação da qualificação	CAP - Certificado de Aptidão Profissional de Formador, nº EDF 25324/2002 DL, pelo <i>Instituto de Emprego e Formação Profissional – IIEFP</i> , válido até 5 de 2012.
Nome e tipo da organização	<i>IPFEL</i> e Renovação pelo IIEFP
Datas	2002/2003
Designação da qualificação	<i>Pós-Graduação em Gestão Avançada de Recursos Humanos – Gestão de Pessoas, do Conhecimento e das Competências</i> , com média final de 18 valores
Principais disciplinas	<p>Direito do Trabalho – 16 Valores. Going Global e Digital – 18 Valores. Higiene e Segurança no Trabalho – 16 Valores. Gestão de Remunerações e Carreiras – Muito Bom Formação e Desenvolvimento das Pessoas, do Capital Intelectual e das Competências – 18 valores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboração e apresentação de um Plano de uma Ação de Formação, com base num estudo de caso: Empresa Design Vida.
Principais disciplinas	<p>Disciplina E-Learning – 17 valores.</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboração do curso Teorias da Aprendizagem numa plataforma de e-learning. <p>Disciplina Gestão de Recursos Humanos – 16 valores. Criação do modelo de Gestão de Competências para uma Empresa de Transportes Marítimos.</p>
Nome e tipo da organização	<i>UAL – Universidade Autónoma de Lisboa</i> em Parceria com NOVABASE e APG – Associação Portuguesa dos Gestores e Técnicos dos Recursos Humanos

O Impacto da Halitose na Qualidade de Vida e Bem-Estar do Indivíduo: Uma Abordagem Psicossocial

Datas	1996 - 2001									
Designação da qualificação	<i>Licenciatura em Psicologia Organizacional</i> , com média final de 15 valores									
Principais disciplinas	Psicologia Organizacional - 15 valores. Desenvolvimento Pessoal e Formação Profissional - 15 valores. Neurociências do Comportamento – 16 valores. Psicologia Social I – 15 valores. Teorias da Personalidade – 15 valores. Informática I e II - 19 e 18 valores respetivamente. Criatividade e Dinâmica de grupos - 16 valores. Psicologia da Linguagem - 17 valores. Psicopatologia da Criança e Adolescente – 17 valores. Desenvolvimento Pessoal e Formação Profissional – 15 valores. Psicosociologia das Organizações – 15 valores. Ergonomia das Atividades Mentais – 17 valores.									
	Defesa de Monografia sobre “A Representação da Justiça em Função de Duas Categorias de Estudantes: Direito e Psicologia”, com 18 Valores. Estágio na Santa Casa da Misericórdia, no Departamento de Coordenação de Ação Social e Equipamentos. Elaboração, aplicação e análise de resultados de um questionário sobre “a satisfação de utentes do equipamento de Infância” (Creches e Jardins Infantis) da cidade de Lisboa, com 18 valores. 2000 - 2001.									
Nome e tipo da organização	<i>UHLT - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias</i>									
Datas	1993 – 1996									
Designação da qualificação atribuída	10º, 11º e 12º Ano de escolaridade, no Agrupamento 1, Científico-Natural, do Curso de Caráter Geral - prosseguimento de estudos (CSPOPE), com média final de 14 valores									
Principais disciplinas	Psicologia – 16 valores. Biologia – 16 valores.									
Nome da organização	<i>Escola Secundária Passos Manuel</i>									
Aptidões e competências pessoais										
Primeira língua	Português									
Outra(s) língua(s) Autoavaliação	Compreensão				Conversação				Escrita	
<i>Nível europeu (*)</i>	Compreensão oral		Leitura		Interação oral		Produção oral			
Inglês	C1	Utilizador experiente	C1	Utilizador experiente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente	B2	Utilizador independente
Espanhol	A2	Basic User	A2	Basic User	A2	Basic User	A2	Basic User	A1	Basic User
Francês	A2	Basic User	A2	Basic User	A2	Basic User	A2	Basic User	A1	Basic User
	<i>(*) Nível do Quadro Europeu Comum de Referência (CECR)</i>									
Aptidões e competências profissionais	<i>Poderei ministrar formação nas seguintes áreas:</i> Empreendedorismo feminino; Emotional Literacy; Igualdade do Género e Assédio Moral; Coaching e PNL; Six Thinking Hats; Técnicas de Apresentação; Comunicação Assertiva; Gestão e Motivação de Equipas; Liderança Organizacional; Avaliação de Desempenho; Recrutamento e Seleção; Gestão do Tempo; Formação Pedagógica Inicial e Contínua de Formadores; Gestão da formação; Psicossociologia do trabalho; Dinâmica e Animação de Grupos; Técnicas de Vendas e Negociação; Inteligência emocional; Atendimento Direto e Imagem da Organização; Atendimento Telefónico; Desenvolvimento Pessoal.									

<p>Aptidões e competências técnicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação de um Poster com o tema “Paixão e Interatividade” no II Simposium Nacional de Formação e Desenvolvimento Organizacional, no ISCTE. 14 e 15 de novembro. • Participação e apresentação de uma comunicação no Seminário Organizational Behavior and Human Resources Management sobre “The impacto f halitosis’ perceptions on individuals’ Wellbeing”. 7 e 8 de julho. • Participação no congresso e apresentação de uma comunicação no VI PhD Meeting in Social and Organizational Psychology, no ISCTE, sobre “The impact of halitosis’ perception on individuals’ well-being”. 19 e 20 de maio 211. • Participação no Workshop “<i>Técnicas Expressivas</i>” que decorreu no ISLA pela associação Internacional de Terapias Expressivas – Vivenciarte, no dia 6 de novembro de 2010. • Participação no Seminário “<i>Abstracts and presentation of scientific papers</i>”, com o Prof. Thomas Schubert, que decorreu no ISCTE-IUL, Escola de Ciências Sociais e Humanas, nos dias 11 e 12 de novembro de 2010. • Participação na Conferência sobre “<i>The nature of measurement of infant facial expression</i>”, pela Doutora Harriet Oster, professora e investigadora da Universidade de Nova Iorque, EUA, especialista na área da Emoção e Psicologia do Desenvolvimento, que decorreu no ISCTE-IUL, Escola de Ciências Sociais e Humanas, no dia 11 de outubro de 2010. • Participação no Grupo de Estudos PNL – Lisboa, na CDRH Consultores, no dia 21 de junho de 2008. Participação no Workshop ActionCOACH, no Hotel Sana Metropolitan, no dia 16 de novembro de 2007. • Finalista da Beep – Bolsa de Estudantes de Elevado Potencial, um programa a nível nacional, organizado pela ANJE – Associação Nacional de Jovens Empresários. 2006. • Nível UperWaystage1, do Curso de Inglês, no Wall Street Institute, julho de 2002. • Participação no “Dia Mundial das Organizações”, com apresentação de um poster da Monografia: “A Representação da Justiça em Função de Duas Categorias de Estudantes: Direito e Psicologia”, decorrido na Biblioteca Professor Doutor Victor de Sá pela Universidade Lusófona, dia 7 de maio de 2002. • CAP - Certificado de Aptidão Profissional de Formador, nº EDF 25324/2002 DL, pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional – IEFPP, válido até 5 de 2012. • Curso de Formação Pedagógica de Formadores no Instituto de Línguas e Informática – IPFEL – com a nota “Muito Bom”. outubro/novembro de 2001. • Participação no “Dia Mundial das Organizações”, que decorreu na Biblioteca Professor Doutor Victor de Sá, em maio de 2001 • Participação no “Workshop Prático sobre a Realização de Questionários Via Net”, realizado na Universidade de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, em fevereiro de 2001. • Participação no “Simposium Ibérico do Síndrome de Burnout”, que decorreu no auditório da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, em novembro de 1999 • Participação no “Encontro de Psicologia Social e das Organizações”, proporcionado pelo Instituto Superior da Ciência do Trabalho e da Empresa, em setembro de 1999. • Participação em reuniões semanais no “Hospital Santa Maria de Lisboa”, orientadas por Psicólogos, Neurologistas, Fisiologistas, e Professores Universitários; Abordagem de temas relacionados com a saúde e diagnósticos de pacientes dos participantes. 96-98.
<p>Aptidões e competências técnicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participação no Congresso Internacional de “Desenvolvimento na Investigação dos Mecanismos da Ansiedade”, organizado pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, e que teve lugar no Auditório da Biblioteca Nacional de Lisboa, em novembro de 1996;
<p>Aptidões e competências informáticas</p>	<p>Curso de Microsoft XP composto pelo Windows, Word, Excel e Access, no Centro de Formação NHK, Homologado pela <i>Microsoft Certified Partner</i>, <i>Adobe Training Provider</i>, e <i>Corel Training Partner</i>. novembro de 2001.</p> <p>Prática de utilização de PowerPoint, Internet e SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).</p>

<p>Aptidões e competências artísticas</p>	<p>Prática de desportos de Ginásio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gym</i> – 2013. • <i>Ginásio Holmes Place</i> - 2009 – 2011. • <i>Ginásio ActiveLife</i> – 2005 - 2008. • <i>Ginásio Solplay</i> – 2003 a 2004. • <i>Ginásio Belavista</i> – 2002 a 2003. <ul style="list-style-type: none"> ▪ BodyStep. ▪ BodyJam. ▪ BodyBalance. ▪ Hidroginástica. ▪ Ative Dance. <p>Curso de Música na Academia de Amadores de música – 5 anos. 1997-2001.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível 3, do Curso de Guitarra Clássica, na <i>Academia de Amadores de Música</i>. • Nível 4, da disciplina de Coro do Curso de Guitarra Clássica, na <i>Academia de Amadores de Música</i>. • Nível 4, da disciplina de Solfejo do Curso de Guitarra Clássica, na <i>Academia de Amadores de Música</i>. <p>Professora de Música – Instrumentos, Coro e Solfejo. De 2002 -2010.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível dos 3 aos 7 anos • Nível dos 7 aos 11 anos • Nível dos 11 aos 15 anos • Nível dos seniores <p>Participação na realização de um “Projeto de Integração e Interação de Jovens Portadores de Deficiências Auditivas”, em atividades conjuntas com jovens física e mentalmente normais, organizado pelo <i>Instituto Jacob Rodrigues Pereira</i>, pertencente à Casa Pia de Lisboa. 1995.</p>
<p>Carta de condução</p>	<p>Nº - L –1604336 7</p>
<p>Anexos</p>	<p>CAP Nº 25324/2002 DL emitido a 16/04/07</p>
<p>Data</p>	<p>25-09-15</p>
<p>Assinatura</p>	