



CRISTINA GOMES DE MACEDO MAGANIN

**ABSENTEÍSMO MÉDICO/ODONTOLÓGICO E QUALIDADE
DE VIDA DOS TRABALHADORES DE UMA INDÚSTRIA DE MÓVEIS
EM ITATIBA- SP**

*DENTISTRY AND MEDICAL ABSENTEEISM AND LIFE QUALITY OF
WORKERS ON FURNITURE INDUSTRY IN ITATIBA- SP*

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito de obtenção do Título de Especialista em Odontologia do Trabalho.

PIRACICABA

2009



CRISTINA GOMES DE MACEDO MAGANIN

**ABSENTEÍSMO MÉDICO/ODONTOLÓGICO E QUALIDADE
DE VIDA DOS TRABALHADORES DE UMA INDÚSTRIA DE MÓVEIS
EM ITATIBA- SP**

*DENTISTRY AND MEDICAL ABSENTEEISM AND LIFE QUALITY OF
WORKERS ON FURNITURE INDUSTRY IN ITATIBA- SP*

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito de obtenção do Título de Especialista em Odontologia do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz

PIRACICABA

2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecário: Marilene Girello – CRB-8ª / 6159

M27a

Maganin, Cristina Gomes de Macedo

Absenteísmo médico/odontológico e qualidade de vida dos trabalhadores de uma indústria de móveis em Itatiba- SP / Cristina Gomes de Macedo Maganin. – Piracicaba, SP: [s.n], 2009.

ix, 65f.

Orientador: Dagmar de Paula Queluz

Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Odontologia do trabalho. 2. Atestado de saúde. 3. Saúde do trabalhador. I. Queluz, Dagmar de Paula. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Titulo em Inglês: Dentistry and medical absenteeism and life quality of workers on furniture industry in Itatiba- SP

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Occupational dentistry. 2. Health certificate. 3. Occupational health

Área de Concentração: Odontologia do Trabalho

Titulação: Especialista em Odontologia do Trabalho

Banca Examinadora: Antonio Carlos Pereira, Luiz Renato Paranhos, Dagmar de Paula Queluz

Data da Defesa: 21-10-2009

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Luiz e Eugênia, pelo amor incondicional.

Aos meus filhos Luiz Felipe, Alexandre e Henrique, simplesmente por existirem.

Ao meu marido Antonio que sempre acreditou em mim.

E a todos os meus amigos, pela paciência, pelo carinho e pela minha ausência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à querida professora e amiga Dra. Dagmar de Paula Queluz pela orientação neste trabalho e pelos conselhos e incentivo;

Ao meu amigo e cunhado Agnaldo pelo apoio e à minha irmã Claudia pelo carinho;

Aos funcionários da biblioteca pela competência com que conduzem seus trabalhos;

A todos os professores associados e ou convidados da Faculdade de Odontologia de Piracicaba que compartilharam seus conhecimentos.

A todos os funcionários da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, que direta ou indiretamente colaboraram com nosso aprendizado;

Aos diretores e funcionários da Indústria de Móveis, em especial ao Sr. Hércio Montes (Diretor Presidente), a Lígia (psicóloga) e ao Sr. José Ordine (técnico de segurança) que permitiram a realização deste trabalho e pacientemente me receberam;

E a todos que colaboraram na execução desta monografia expresso o meu profundo agradecimento.

“Já perdoei erros quase imperdoáveis, tentei substituir pessoas insubstituíveis e esquecer pessoas inesquecíveis. Já fiz coisas por impulso, já me decepcionei com pessoas quando nunca pensei me decepcionar, mas também decepcionei alguém. Já abracei para proteger, já dei risada quando não podia, fiz amigos eternos, amei e fui amado, mas também fui rejeitado, fui amado e não amei. Já gritei e pulei de tanta felicidade, já vivi de amor e quebrei a cara muitas vezes! Já chorei ouvindo música e vendo fotos, já liguei só para ouvir a voz, me apaixonei por um sorriso, já pensei que fosse morrer de tanta saudade, tive medo de perder alguém especial (e acabei perdendo)! Mas vivi! Viva! Não passo pela vida... você também não deveria passar! Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante.”

Charles Chaplin

RESUMO

A classe trabalhadora desempenha importante papel no avanço econômico e tecnológico de todos os países, pois depende dela a parcela produtiva. Devemos colocar a sua saúde no contexto do bem estar físico e mental, a fim de alcançar escalas maiores de eficiência industrial e melhores desempenhos dos trabalhadores em seus labores. Os objetivos deste trabalho são: identificar os principais fatores que estão envolvidos com o absenteísmo médico / odontológico e com os acidentes de trabalho, e avaliar o hábito de higiene e a autopercepção dos trabalhadores com relação à saúde bucal. Foram aplicados questionários a todos os trabalhadores da empresa enfocando o hábito de higiene e a autopercepção em saúde bucal, inclusive o OHIP14 (Oral Health Impact Profile – short form). Assim como foram coletados do arquivo da empresa dados dos atestados médicos / odontológicos e CATs (Comunicações de Acidentes de Trabalho) nos anos de 2005 a 2008. A mediana do OHIP encontrada foi de 0,51. Diferenças significantes foram encontradas entre a mediana do OHIP com saúde geral e sangramento gengival. Porém, nenhuma associação foi encontrada entre o uso de medicamentos para dor de dente com sangramento gengival ($p=0,729$), secura na boca ($p=0,704$) e fumantes ($p=0,007$). Do total de 943 atestados analisados, 168 atestados eram odontológicos (17,82%), e nos atestados médicos encontramos dois grupos de doenças prevalentes: doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo ($n= 41$, 17%) e doenças do aparelho respiratório ($n=32$, 13,3%). Nas CATS analisadas de 2006 a 2008 um fator relevante foi o de dias de afastamento ($n= 374$). Concluindo-se que estudar o perfil e os fatores que afetam a saúde do trabalhador no âmbito odontológico é de suma importância na Saúde Ocupacional, proporcionando a melhora da qualidade de vida dos trabalhadores, diminuindo o índice de absenteísmo e aumentando a produtividade da empresa.

Palavras-chave: Absenteísmo, Qualidade de vida, Acidentes de trabalho

ABSTRACT

The working class plays important role in economic and technological advancement of all countries, because it depends of productive parcel. We have to ask their health in the context of physical and mental well-being, in order to achieve efficiency larger industry scales and better performance of employees in their tasks. The objectives of this work are: to identify the main factors that are involved with medical/dental absenteeism, work accidents, and evaluate the habit of hygiene and autoperception workers with regard to oral health. Questionnaires have been applied to all employees of the company focusing on hygiene habits and oral health selfperception, including OHIP14 (Oral Health Impact Profile – short form). As well as were collected data file of dental/medical certificates and communications of work accidents in the years 2005 to 2008. The median of OHIP found was 0.51. Significant differences were found between the median of OHIP with general health and gingival bleeding. However, no significant differences were found between the use of medicines for toothache with gingival bleed ($p=0.729$), dryness in the mouth ($p=0.704$) and smokers ($p=0.007$). The total of 943 certificates was analyzed, 168 certificates (17.82%) are dental and in the medical certificates we find two groups of diseases prevalent: diseases of the musculoskeletal system and connective tissue ($n = 41$, 17%) and respiratory diseases ($n = 32$, 13.3%). In the communications of work accidents analyzed 2006 to 2008 a relevant factor was the removal days ($n = 374$). Conclude that examine the factors what affect the worker oral health is paramount in occupational health, providing improved the workers quality of life, reducing absenteeism and increasing the productivity of the company.

Keywords: Absenteeism, Quality of life, Occupational accidents

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: Quality of life and oral health self-perception in furniture industry workers.	6
CAPÍTULO II: Absenteísmo médico e odontológico dos trabalhadores de uma indústria de móveis em Itatiba- SP	23
CAPÍTULO III: Saúde Ocupacional: enfoque na análise das Comunicações de acidente de trabalho em uma indústria de móveis	42
CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS	64
ANEXO	65

INTRODUÇÃO

A Revolução Industrial teve início no século XVIII, na Inglaterra, com a mecanização dos sistemas de produção.

Enquanto na Idade Média o artesanato era a forma de produzir mais utilizada, na Idade Moderna tudo mudou. A burguesia industrial, ávida por maiores lucros, menores custos e produção acelerada, buscou alternativas para melhorar a produção de mercadorias. Também podemos apontar o crescimento populacional, que trouxe maior demanda de produtos e mercadorias.

Dentro das perspectivas dos direitos fundamentais do trabalhador em usufruir de uma boa e saudável qualidade de vida, na medida em que não se podem dissociar os direitos humanos e a qualidade de vida verifica-se, gradativamente, a grande preocupação com as condições do trabalho. A primazia dos meios de produção em detrimento da própria saúde humana é fato que, infelizmente, vem sendo experimentado ao longo da história da sociedade moderna.

É possível conciliar economia e saúde no trabalho. O desenvolvimento industrial fez com que a Medicina do Trabalho emergisse, enfatizando que o conhecimento médico das ocupações laborais, bem como o estudo do ambiente de trabalho, é fundamental para a adoção de medidas adequadas à preservação da saúde do trabalhador.

As doenças bucais não se desvinculam das condições gerais de saúde do corpo e não podem ser deixadas de lado quando se discutem as incapacidades que atingem os trabalhadores. Qualquer problema de origem bucal pode provocar desconforto físico e emocional, prejuízos consideráveis à saúde geral, além de diminuir a produtividade do empregado dentro de sua função.

A auto-imagem, a auto-estima, o convívio social e laboral são componentes indissociáveis do bem-estar e do equilíbrio humano e mantêm estreita relação com a saúde odontológica ou com a falta da mesma.

Os registros de cuidados à saúde bucal dos trabalhadores remontam da Inglaterra em 1887, Canadá em 1890, Estado Unidos em 1915 e da Itália em 1936. No Brasil alguns textos começam a aparecer a partir de 1961. Apesar do interesse e da preocupação com as

manifestações bucais de doenças profissionais, só recentemente o assunto ganhou relevância no meio odontológico. Até hoje pouco se fez de promoção e prevenção e o que se vê são apenas práticas curativas que não colaboram significativamente para prevenção das condições de aparecimento de doenças bucais ou lesões advindas do ambiente laboral. As ações não estão estruturadas por informações do ambiente, matéria prima e processo de trabalho (Pereira & Costa 2005).

Absenteísmo médico e odontológico

Incapacidade, ou em inglês disability, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste em qualquer redução ou falta da capacidade para realizar uma atividade de maneira que seja considerada normal para o ser humano, ou que esteja dentro do espectro considerado normal (World Health Organization, 2009).

O absenteísmo pode ser entendido como a ausência do trabalhador motivada pelo estado ou condição de saúde, de sua pessoa ou qualquer de seus dependentes (quando o trabalhador acompanha ou assiste seu dependente). O absenteísmo gera um aumento de custos, pois além da concessão de auxílio-doença, gera diminuição de produtividade e eficiência, assim como um aumento de problemas administrativos, o que compromete a engrenagem industrial.

Os fatores que acarretam ausências ao trabalho tem sido de interesse crescente ao setor público e privado, principalmente em razão do contexto econômico competitivo e produtivo em que a sociedade se encontra atualmente, razão esta que tem levado alguns pesquisadores a estudar os principais fatores que estão envolvidos com o absenteísmo.

Mattke *et al.*, em 2007, avaliaram as perdas anuais da produtividade, devido à doença dos trabalhadores nos EUA, e que quando estimadas podem alcançar \$260 bilhões. Atribuídas não somente ao absenteísmo, mas também ao presenteísmo (estando no trabalho, mas trabalhando com uma capacidade reduzida). O impedimento maior dessa pesquisa para estimar o custo da produtividade perdida devido à doença foi à falta de métodos estabelecidos e validados para monitorização.

Atestados médicos e odontológicos

Na organização da saúde ocupacional e no estudo do índice de absenteísmo de uma empresa é de suma importância que os atestados médicos e odontológicos sigam um padrão, e que possam fornecer todos os dados relevantes de riscos e afastamentos a que estão expostos os trabalhadores. Atestado é a afirmação simples e por escrito de um fato médico/ odontológico e suas conseqüências (Segres & Cohen, 2002).

Trabalhadores, nas indústrias onde há processamento de madeira, estão expostos a atividades mecânicas que empregam diferentes tipos de ferramentas e máquinas e também a processos que utilizam várias substâncias químicas.

Levando em consideração os riscos nesse segmento da indústria, os seguintes itens são de extrema importância nas certificações médicas: a proximidade de elementos rotatórios, ruído, efeitos de produtos químicos ou fatores biológicos, incluindo substâncias carcinogênicas (poeira de madeira). Por estas razões os procedimentos envolvidos nesses exames médico/odontológicos são muito complexos (Romankow, 2007).

Conforme o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, o médico deverá observar os seguintes procedimentos: a) especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a completa recuperação do paciente; b) estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente; c) registrar os dados de maneira legível; d) identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina (Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2009).

Para que se faça um atestado odontológico, são necessárias duas condições: o profissional que o subscreve deve estar legalmente habilitado; seu conteúdo deve exprimir a veracidade do fato. São, portanto, falsos aqueles atestados que, na sua expressão, faltem com a verdade, dolosamente. Sua emissão, nessas condições, poderá configurar o crime previsto no Código Penal como falsidade ideológica art. 301 e 302 (Brasil, 2009).

Em 2008, Lee & Jung investigaram o impacto econômico de acordo com os problemas de saúde dos trabalhadores. Utilizando uma amostra de 301 trabalhadores, concluíram que se os empregadores melhorarem as condições de saúde de seus trabalhadores irão se beneficiar com aumento e qualidade da produtividade.

Acidentes de Trabalho

Acidente de trabalho é o acontecimento casual, fortuito e imprevisto, que ocorre pelo exercício da atividade profissional, tanto por parte de empregados a serviço de uma empresa ou como parte de trabalhadores autônomos, desde que provoquem: morte, lesão corporal, perturbação funcional, perda da capacidade de trabalhar (temporária, indefinida ou permanente) e redução da capacidade de trabalhar (Mazzilli, 2007).

O mal-estar, a dor, a dor controlada e a sedação, principalmente no âmbito odontológico, predisõem um déficit na concentração e, conseqüentemente na produtividade e na qualidade laboral. Não fosse isso o bastante, esse quadro aumenta ainda, e muito, a probabilidade de acidentes, quer os acidentes pessoais, quer os acidentes de trabalho.

Qualidade de vida e autopercepção

A promoção da saúde no trabalho é valiosa na habilidade de promover bem-estar aos empregados e produtiva nos termos de menos ausências por motivos de doença. As atividades que envolvem o exercício, a qualidade de vida e a ergonomia são potencialmente eficazes. A educação e os meios psicológicos aplicados sozinhos não parecem eficazes. A promoção da saúde no trabalho deve ter uma ação conjunta entre o ambiente físico e psicossocial (Kuoppala *et al.*, 2008).

Estudos sobre a autopercepção mostram estar ela relacionada a alguns fatores clínicos, como número de dentes cariados, perdidos ou restaurados, e com fatores subjetivos, como sintomas das doenças e capacidade de a pessoa sorrir, falar ou mastigar sem problemas, além dela também ser influenciada por fatores como classe social, idade, renda e sexo. De maneira geral, esses estudos mostram que as pessoas conseguem perceber sua condição bucal com alguma precisão, porém usando critérios diferentes do profissional. Enquanto o cirurgião-dentista avalia a condição clínica pela presença ou ausência de doença, para o paciente são importantes os sintomas e os problemas funcionais e sociais decorrentes das doenças bucais (Silva & Fernandes, 2001).

No atual contexto econômico de competitividade, o absentéismo por motivos de doença, os acidentes de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador, principalmente

relacionada com a sua saúde bucal, são motivos de interesse crescente pelas empresas, pois somente com um controle e cuidado rigoroso desses fatores pode-se chegar a um aumento significativo da rentabilidade.

O presente trabalho propõe-se a:

- identificar os principais fatores que estão envolvidos com o absentéismo médico e odontológico no período de 2005 a 2008 em trabalhadores de uma indústria de móveis no município de Itatiba – São Paulo.

- identificar os principais fatores que estão envolvidos com os acidentes de trabalho no período de 2006 a 2008 em trabalhadores de uma indústria de móveis no município de Itatiba – São Paulo.

- avaliar o hábito de higiene e a autopercepção em saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria de móveis no município de Itatiba – São Paulo.

CAPÍTULO I

“Quality of life and oral health self-perception in furniture industry workers.”

“Qualidade de vida e auto percepção em saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria de móveis.”

Cristina Gomes de Macedo Maganin

Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz

ABSTRACT

The problems with oral health have been each time more recognized as important causers of negative impact to workers in the daily performance and quality of life. **Aim:** The objective of this cross section study was available the profile and oral health selfperception in workers from a furniture industry. **Methods:** For the collection of data questionnaires were applied to all (n=170) the workers focusing questions on profile and selfperception in oral health, using the OHIP 14 (Oral Health Impact Profile – short form). **Results:** Had participated of this study, 111 workers, being 84.6% men, the majority workers (68.81%, n=75) are at under age 35 years. The parameters had been evaluated: the degree of schooling, function, the average of tooth clean /day (3.19), general health, dry mouth (7.2%, n=8), smokers (15.3 %, n=17), gingival bleed (51.35%, n=57) and use de medicines for toothache (38.74%, n=43). The median of OHIP found was 0.51. Significant differences were found between the median of OHIP with general health and gingival bleeding. However, no significant differences were found between the use of medicines for toothache with gingival bleed (p=0.729), dryness in the mouth (p=0.704) and smokers (p=0.007). **Conclusion:** The conclusion is that had a knowledge of the habits and the profile of the workers are a relevant factor to promote an oral health attention in the context of the Occupational Health and the gingival bleeding is a strong indicator in oral health selfperception and workers quality of life.

Key words: occupational health, quality of life, self concept

INTRODUCTION

The oral-facial region is usually an area of significant concern for the individual because it draws the most attention from other people in interpersonal interactions and is the primary source of vocal, physical, and emotional communication (Kiyak, 2008).

Oral health deficits can have a significant effect on workers' general health and their ability to carry out normal activities.

The report of Oral Health Organization recognized that the oral illnesses cause pain, psychological suffering, social constraints and privations, causing damages in an individual and collective level (World Health Organization, 2009).

Until recently, few studies had investigated the relation between the oral conditions and its impact in the life of the people, but in recent years, the use of dental pointers partner in epidemiology has been widely defended. The reasons for this elapse of the fact is that the clinical measures of illness, when used separately, they all do not register the impact of the oral clutters in patients and populations (Ferreira & Pires, 2006).

Measuring the impacts of oral conditions on quality of life is an important part of oral health needs assessment. There are some instruments described in literature for the purpose of measuring the impact of oral health in the quality of life.

However, these instruments differ in respect of its size, content, structure of the response form scale and methods for obtaining the scores. A problem that affects many of these measures is that researchers that develop do not specify for which they intended initially population, and often describe the method only in general terms which reproducibility (Marcias, 2008).

Validated and reliable instruments for the purpose of measuring subjective oral disease were created from the 1990s, to supplement the clinical indicators are used routinely. Are used in collecting oral health data of individual perspective, both in population level, as individual information may be used in education programmers, preventive, curative and even by other health care professionals (Adulyanon & Sheiham, 1997).

Subjective indicators can be single dimensional, when it sees only one aspect, as difficulty of chew or the intensity of pain, and multidimensional.

Indicators have been most commonly used because they are wide-ranging involve adult population, and encompass different dimensions as pain, constraints and psychological well-being of individuals.

One of the most widely used indicators in different cultures and socio-demographic profile is the oral health impact profile-OHIP. Developed by Slade & Spencer, the proposed questionnaire is measure dysfunction, discomfort and disability attributed to oral condition.

Originally composed of 49 items the conceptual index involves seven dimensions: functional limitation (e.g., difficulty of chew), physical pain (e.g., pain toothache), psychological discomfort (e.g., self-confidence), physical disability (e.g., food restriction), psychological incapacity (e.g., concentration affected), social disability (e.g., is less lenient with others) and functional incapacity (e.g., become completely incapable functionally).

The questionnaire is answered on a scale type Lickert, with five options (always, often, sometimes, it is rare and never).

A reduced OHIP version has emerged as a powerful instrument in the oral health subjective assessment related to the quality of life. Containing 14 items, the version is preferred to OHIP-49 by many researchers because of its convenience and validation. Moreover, studies have revealed OHIP-14 presents good psychometric properties when employed in more distinct populations.

The objective of this cross section study was available the profile and oral health selfperception in workers from a furniture industry.

MATERIAL AND METHODS

The research protocol was reviewed and approved by the Research Ethics Committee of Universidade de Campinas (UNICAMP), under the protocol number 009/2009.

The study population was composed a total of 170 workers from a furniture industry located in the municipality of Itatiba, São Paulo, Brasil.

The data collection was held through questionnaires focusing questions on profile and self-perception in oral health, using two types of questionnaires: one is a social demographic with questions about schooling degree, function, the average of tooth clean, age, smokers, general health, gender, gingival bleeding, dry mouth and use of medicine for toothache (Annex 1), the other is OHIP 14 (Oral Health Impact Profile – short form), used like a subjective measure in oral health. The scaling of OHIP is composed of 14 items divided into seven conceptual dimensions: functional limitation (items 1 and 2), physical pain (items 3 and 4), psychological discomfort (items 5 and 6), physical disability (items 7 and 8), psychological disability (items 9 and 10), social disability (items 11 and 12) and physical limitation (items 13 and 14).

The workers answered the OHIP questionnaire on a scale type Lickert where answers are encoded into five categories, forming a series in an ordinal number. Each category scale received a score between zero and four: 0 = never 1 = almost never, 2 = sometimes 3 = with reasonable frequency and 4 = very frequent. For data analysis, the scale can vary between 0 and 4 in applying the respective proportions. In addition, this value is multiplied by the weight of each question (Annex 2).

The questionnaire process was accompanied by a psychologist of the department staff in different shifts, after the explanation to workers how filling and without exclusion criteria. In conducting this study were shielded the identities of workers in the questionnaires, as well as their legal representatives. All procedures were carried out with treatment ensuring reliability and credibility to the worker. The data was tabulated through software Excel (2007) and then analyzed by the SAS (2002) system. The Mantel and Haenszel Chi square testing, the exact Fisher test, and the coefficient V Cramer were used to study the association between OHIP and demographic variables (age, gender and education) and the related variables measures health.

RESULTS

The study was conducted in furniture industry with the premise that all workers data collection involved. This type of planning characterizes a search census, i.e. the entire population contributes with data for the search. The fact of developing a survey census took place of the intention to study punctually the reality of an industry, without interest develop inference processes, i.e. the results shall be coupled to this specific condition.

Participated in this study 111 workers (65.2%). The majority workers (68.81%, n = 75) are at under age 35 years, 31.19% (n=34) are more than it.

Primarily male with a total of 94 men (84.68%) against only 17 women (15.32%).

With regard to schooling degree most or 64.48% (n = 69) of workers has at least the high school. Notice that there are 23 workers (21.50%) with a complete fundamental school, while the incomplete fundamental school occurs in only 15 cases (14.02%).

The industry related to function that each worker exercises and that it holds participating interest's greater number of workers is the factory with 72 workers (64.82%) and covers the following areas: polish, maintenance, glass factory, carpentry, sorting, warehouse and management. Other areas covered in the study are the reception, administration, and projects and correspond to a total of 39 workers (35.14%).

Habits reveals that the majority of the population is not smoker since 94 workers (84.68%) said no smoking while only 17 workers (15.32%) said are smokers. The average of toothbrush per day was 3.19.

In the case of gingival bleed 54 workers (48.65%) said never to have suffered and that only three workers (51.35%) said suffer always or sometimes with this evil. The most serious instances with frequencies are only three cases being that, among those who bleeding, the majority (n = 54) said to be a low frequency event.

About the use of medicines for toothache mostly composed of 68 workers said never taking medicine for toothache (61.26%) against a total of 43 workers (38.74%), which informed already used remedy for toothache.

Finally, in relation to dry mouth, the frequency of workers with dry mouth is small, making up a total of only 8 persons (7.21%) of people who saw this issue against a total of 103 workers (92.79%) not reported this problem.

No significant differences were found between the use of medicines for toothache with gingival bleed ($p=0.729$), dryness in the mouth ($p=0.704$) and smokers ($p=0.007$).

About general health, 77 workers, the majority (69.37%) reported a good general health. If summed up to 15 workers (13.51%), which indicated a excellent general health, make up a total of 92 workers (82.88%) with good or excellent general health against a total of 19 workers (17.12%) that informed have an medium general health.

With regard to quality of life, the OHIP with an average of 1.74, a much higher median value of 0.51. This difference between the average and median is quite representative in light of the magnitude of value and possibly be unduly influenced in the case of average by highest values.

The standard deviation of 2.69 indicates variability is bigger than the average what characterizes a high variability in data, although a large proportion of people make a very low OHIP. General health indicator was incurred and in conjunction with OHIP want to allowed assessment on the quality of life.

We did not find evidence of association between the demographic variables and value of OHIP, using test Fisher, in any case, gives us evidence of the existence of association the same occurring with testing Chi square Mantel and Haenszel that tests more specifically to the hypothesis that the absence of linear association between the measures assessed.

We note that the estimated correlation values through statistical V Cramer, are low. All of this, we can place on a background of the importance of these factors on the values of OHIP. Not that we can say that this fact does not exist, but at least, that the absence of evidence of these effects can be regarded as interesting in this study, which is not focused on re-invent it, but other effects that when they are studied, are relatively free from the effects of such characteristics as observed in that specific population.

Are observed signs ($p<0.05$) association between measures of OHIP and self-assessment general health and suspecting ($p<0.01$) the existence of linear association

between OHIP measures and general health. The evidence are observable in the format of a reversal on the behavior of proportions of people who pointed out the general average health when they make OHIP above the median (73.68%) against only 26.67% of persons with OHIP in this category and that point as excellent overall health. As the opposite behavior, we see that people with OHIP below the median average that general health bills only 26.32% while with optimal health have OHIP 73.33% below the median.

The reversal of the behavior with the existence of an intermediate category equality is sufficient to note that there is an inverse index association between OHIP and general health perception since OHIPs minors are most often associated with excellent health and OHIPs are greater than the median, most frequently associated with self perception average health.

Workers with average self perception health are fairly uniform between smaller and larger OHIPs that the median.

Significant differences were found between the median of OHIP and gingival bleed.

The evaluation highlights the increasing frequency of bleeding joins with increased OHIP. We could observe the same inversion that we observed in association with OHIP and general health.

The OHIPs minors are most often associated with workers who never have gingival bleeding (73.68%) and OHIPs are greater than the median, most frequently associated with workers who always have gingival bleeding (73.33%).

DISCUSSION

This study reveals demographic characteristics of the population in question where infers a young population in which 68.81% of the workers present age under 35 years and the male are the majority, most or 64.48% of the workers have complete at least high school.

The Formal Worker Profile search, prepared by the Brazilian Social Service for Industry from data 2003 annual Social Information Ratio, the Ministry of Labor and

Employment, traces the complete picture of the reality of Brazilian wallet signed us and 5.500 municipalities.

In 2003, the evolution of employment under the genre has not presented major differentiators. However, despite the participation of women in the workforce in recent years, the number of formal male employees remains largely superior to women. In 2003, for example, the number of formal links occupied by men was 50.3% higher than the occupied by women.

The behavior of formal workers number according to the degree of education presented a more or less clear: employment is lower in the lower levels of education (full until fundamental education), nearly 43%, and stood in the highest levels, 57%. This dynamic can be explained by two factors: firstly if you could be facing a supply of qualified workers. The second factor is that businesses, especially due to technological modernization, would require workers with the highest level of qualification (Serviço Social da Indústria, 2005).

When we study the habits and health problems we observe a population of no smokers.

Prevalence of tobacco use has declined in some high-income countries but continues to increase in low-income and middle-income countries, especially among young people and women. Undoubtedly, the increasing number of smokers and smokeless tobacco users among young people in some parts of the world will considerably affect the general and oral health of future generations. The prevalence of tobacco use in most countries is highest amongst people of low educational background and among poor and marginalized people (Machay & Eriksen, 2002).

The average of tooth brushing per day of 3.19 found in this study is considered an indicator of good oral hygiene habits and concern about health and appearance.

Hugoson *et al.*, in 2005, compare data on dental care habits and knowledge of oral health in four cross-sectional epidemiological studies carried out in 1973, 1983, 1993, and 2003. A questionnaire about dental care habits and knowledge of oral health was used in connection with a clinical and radiographic examination. The same questions were used in all the four studies. The knowledge of the etiology of dental diseases did not change much

between 1973 and 2003. The frequency of tooth brushing increased since 1973 and in 2003 more than 90 per cent of all individuals brushed their teeth twice or once a day. The use of dental floss and toothpicks decreased in 2003 compared to 1983 and 1993. Almost all individuals in 2003 used fluoride toothpaste. It was obvious that the dental team constituted the main source of dental health information. For the age groups 20 and 30 years information from friends and relatives was also important. In the age groups 3-20 years up to 45 per cent of the individuals were consuming soft drinks every day or several times a week.

We did not find evidence of association between demographic variables with self-assessment in general health of workers, i.e. the different strata of age, gender and education do not have important influence on the general health. As workers in activity with not-so-distant demographic characteristics, expected, was there an effect these characteristics about the concept of general health. Contributes considerably to the absence of these effects, the uniformity of the population studied previously and which features of predominantly be composed of men aged between 17 and 64 years, for people in activity does not denote effects on general health and schooling predominantly high for Brazilian standards since more than 85% of the volunteers had first grade complete and 64.48%, at least the high school.

Good health is a major resource for social, economic and personal development. Political, economic, social, cultural, environmental, behavioral and biological factors can enhance or impair health.

Contradictory, 38.74% of employees informed already used remedy for toothache, a percentage which is not negligible and on the gingival bleeding, 57 workers said always or sometimes suffer from this problem.

There are few reports in the literature about dental health condition in adult, as well as a shortage of structured collective health programmers to meet this population economically active. However there is a consensus that adults constitute the vast majority of the population that demand for dental care, and influence the behavior of their dependants (Pinto, 2000).

Oral health-related quality of life can be assessed positively, by measuring satisfaction with mouth, or negatively, by measuring oral impact on the performance of daily activities.

Slade *et al.*, in 2005, compare subjective oral health of adults in the UK and Australian populations. A cross sectional studies were conducted of people aged 18+ years in the 1998 UK Adult Dental Health Survey and the 1999 Australian National Dental Telephone Interview Survey. Subjective oral health was measured using the 14-item Oral Health Impact Profile questionnaire (OHIP-14). While the percentage of adults reporting adverse impacts of oral health was similar, Australians reported a larger number of impacts and more severe impacts than dentate people in the UK. Differences in the number and severity of impacts between the two populations may be an artifact of different data collection methods or may reflect relatively subtle socio-cultural differences in subjective oral health between these populations.

Although the effect of disorders on psychological well-being is well-known, there are few studies focusing on oral conditions at the worksite. The present study examined the association between psychological well-being and oral conditions of Japanese workers. A cross-sectional study was performed using data from 1381 Japanese civil service officers aged 20-59 yr old. results did not show that psychological well-being was associated with oral conditions measured by clinical indicators. However, an association was found between some oral symptoms and psychological well-being. Absence of oral symptoms seems to be related to better psychological well-being (Ide *et al.*, 2006).

Using a questionnaire contained a spontaneous smiling photograph of the participant Geld *et al.*, in 2007, to investigate self-perception of smile attractiveness and to determine the role of smile line and other aspects correlated with smile attractiveness and their influence on personality traits, has the conclusion that the psychosocial importance and the dental significance of an attractive smile.

Brennan *et al.*, in 2008, in a study with middle-aged and older adults to investigate tooth loss and chewing ability and their association with oral- and general-health-related quality of life and life satisfaction conclude that chewing ability was related to oral-health-related quality of life and general health, possibly reflecting the impact of chewing on food

choice and enjoyment of meals and diet, and also indicated the importance of oral health to general well-being.

Oral health deficits can have a significant effect on workers' general health and their ability to carry out normal activities.

Significant differences were found between the median of OHIP with general health in this study. OHIPs minors are most often associated with excellent health and OHIPs are greater than the median, most frequently associated with self perception average health.

In other study, Quandt *et al.*, in 2007, observed that although farm workers have been found to lack access to dental care, few studies have documented their oral health status or its impact on quality of life (QOL). This research describes the oral health problems experienced and oral health care received by Latino farm workers in North Carolina, and explores the association between oral health and QOL. Data were collected using face-to-face interviews from a representative sample of 151 farm workers; data included oral health-related QOL (OHIP-14) and general health-related QOL (SF-12 Health Survey). Workers reported a high number of unmet needs: 52% reported caries, and 33% reported missing teeth. These findings indicate that the high rate of unmet oral health needs is associated with poorer farm worker QOL. The consequences of suffering on-going dental pain for work performance, sleep, and nutritional status are unknown.

Kieffer & Hoogstraten, in 2008, studied the association among oral health, general health, and quality of life (QoL). The Oral Health Impact Profile (OHIP-49) and the RAND-36 were distributed amongst 118 psychology freshmen. Additionally, two single items self-rated general health (SRGH) and self-rated oral health (SROH) - were administered. Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U-tests were used to evaluate differences between SRGH and SROH categories, regarding OHIP subscale scores and RAND subscale scores. More than 75% of the subjects rated their oral and general health as good. Mean OHIP scores and RAND scores indicated a relatively good oral- and general health-related QoL respectively. The correlation between oral and general health was weak. The findings suggest that oral health, general health, and QoL have different determinants. Furthermore, oral health and general health appear to be mostly unrelated in this seemingly

healthy population. It is proposed that if no apparent disease is present, oral and general health must be regarded as separate constructs.

The use of subjective indicators in dentistry has been increasing. This was a population-based cross-sectional study in the city of Chapecó, Santa Catarina State, Brazil, analyzing the relationship between oral health conditions and quality of life in 35-44-year-old adults ($n = 622$). Oral health status was found to interfere in the daily routine of 20.7% of participants and was more severe for 11.4%. Household crowding, low-income neighborhoods, female gender, and orofacial pain in the previous six months were associated with higher interference in quality of life. The use of subjective indicators in public health services planning and definition of priority groups for delivery of oral (Lacerda *et al.*, 2008).

Significant differences were found between the median of OHIP and gingival bleed in this study. The major OHIPs are most often associated with workers who always had gingival bleeding.

Many studies linking periodontitis and consequently the gingival bleed with numerous diseases as: premature birth and low weight of newborn child, lung disease, osteoporosis, stroke and diabetes. Thus the gingival bleed affects the self-esteem of the worker and consequently their quality of life, interfering in its social and labor coexistence.

Drumond *et al.*, in 2007, evaluate the potential impact of periodontal disease on quality of life in diabetics. A total of 159 dentate diabetic individuals registered at the Municipal Hospital in Itaúna, Minas Gerais, Brazil, were examined and interviewed. The clinical periodontal parameters recorded were: gingival bleeding, probing depth, and clinical attachment level. The OHIP-14 form was used to evaluate the impact of periodontal disease on quality of life. Association between diagnosis of periodontal disease and impact on quality of life was significant in individuals with periodontitis ($p < 0.001$). Gingival bleeding, probing depth, and clinical attachment level $> 4\text{mm}$ were associated with intensely negative impact on quality of life ($p = 0.013$, $p < 0.001$, and $p = 0.012$ respectively). Diabetics with mild-to-moderate and advanced periodontitis had more negative impact on quality of life than those who were periodontally healthy or with gingivitis.

In other study the researcher aims to assess the periodontal health status in the Danish adult population and to analyze how the level of periodontal health is associated with age, gender, urbanization, socio-economic factors, and dental visiting habits; furthermore, to compare the periodontal health status of Danish adults with that of adults in other industrialized countries. A cross-sectional study of a random sample of 1,115 Danish adults aged 35-44 years and 65-74 years. Data were collected by means of personal interviews and by clinical examinations in accordance with the World Health Organization Basic Methods Criteria. The clinical examination revealed a low prevalence of healthy periodontal conditions in both age groups: at age 35-44 years 7.7% and at age 65-74 years 2.4% had healthy periodontal conditions. A high proportion of the elderly had scores of severe periodontal health; more than 82% of older participants had pockets of 4-5 mm or deeper against 42% in younger adults. In both age groups, the mean number of teeth with periodontal pockets deeper than 4-5 mm was high in individuals with low education. The multivariate analysis showed that participants with low or medium levels of education had significantly more teeth with shallow and deep pockets than those with high education. Persons with regular dental visiting habits had fewer teeth with gingival bleeding, shallow and deep pockets than individuals with irregular dental visiting habits and conclude that reorientation of the Danish dental health-care services is needed with further emphasis on preventive care, and public health programs should focus on risk factors shared by chronic diseases in order to improve the periodontal health of Danish adults (Krustrup & Petersen, 2006).

Developing more effective approaches for prevention has been a permanent challenge for occupational health, a major obstacle to this goal has been the lack of communication and knowledge of problems affecting workers. Until recently, few studies investigate the relationship between oral conditions and their impact on people's lives; but in the last decade, there has been increased interest in quantifying illnesses. Various instruments were developed in an attempt to understand and assess how the oral problems have affected the daily lives of people. Open or structured interviews, provide greater understanding of human behavior and their beliefs. The absence of predetermined an

interview responses offers the possibility of new theory perspective, social and cultural variables often judged by the researcher.

CONCLUSION

- Had a knowledge of the habits and the profile of the workers are a relevant factor to promote an oral health attention in the context of the Occupational Health
- The gingival bleeding is a strong indicator in oral health selfperception and workers quality of life.

REFERENCES

- Adulyanon S, Sheiham A. Oral Impacts on Daily Performances. In: Slade GD, editor. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolinas; 1997.
- Antunes JLF, Pires MA. Epidemiologia da Saúde Bucal. 2006; Rio de janeiro; Editora Guanabara Koogan.
- Brasil. Serviço Social da Indústria. Perfil do Trabalhador Formal Brasileiro. 2005; 2º ed.. [Access 2009]. Available in URL: <http://www.sesi.org.br>.
- Brennan DS, Spencer AJ, Thomson RKF. Tooth loss, chewing ability and quality of life. Qual Life Res. 2008 Mar; 17(2):227-35. Epub 2007 Dec 14
- Drumond S, Costa T, Oliveira F, Zenóbio EG, Soares RV, Santana TD. Impact of periodontal disease on quality of life for dentate diabetics. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(3): 637-644.
- Geld P, Oosterveld P, Van Heck G, Kuijpers-Jagtman AM. Smile attractiveness. Self-perception and influence on personality. Angle Orthod. 2007 Sep; 77(5): 759-65.
- Hugoson A, Koch G, Göthberg C, Helkimo AN, Lundin SA, Norderyd O, et al. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973-2003).

- I. Review of findings on dental care habits and knowledge of oral health. *Swed Dent J*. 2005; 29(4):125-38.
- Ide R, Hoshuyama T, Wilson D, Takahashi K, Higashi T. Association of psychological well-being with oral conditions in Japanese workers. *J Occup Health*. 2006 Nov; 48(6): 487-93.
- Kieffer JM, Hoogstraten J. Linking oral health, general health and quality of life. *Eur J Oral Sci*. 2008 Oct; 116(5): 445-50.
- Kiyak HA. Does orthodontic treatment affect patient's quality of life? *J Dent Educ*. 2008; 72(8): 886-94.
- Krustrup U. Periodontal conditions in 35-44 and 65-74 year old adults in Denmark. *Acta Odontol Scand*. 2006 Apr; 64(2): 65-73.
- Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MC, Freitas SF. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(8):1846-58.
- Machay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. Geneva: World Health Organization, 2002.
- Marcias AVG. Avaliação das condições de saúde bucal em idosos asilados no município de Campos – RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2008.
- Microsoft Corp. Excel, release 2007. Microsoft Corp, Richmond:CA, 2007.
- Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4º ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. P.114 116.
- Quandt SA, Hiott AE, Grzywacz JG, Davis SW, Arcury TA. Oral health and quality of life of migrant and seasonal farmworkers in North Carolina. *J Agric Saf Health*. 2007 Jan; 13(1): 45-55.
- SAS Institute Inc. *The SAS System*, release 9.2 – SP4. SAS Institute Inc, Cary:NC, 2002.
- Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *British dental journal*. 2005; volume 198 no.8.
- World Health Organization. *Who technical report series 916*. Geneva 2003. [Acess 2009 Sep]. Available in URL: <http://www.int/dietphysicalactivity/publications/trs916>.

EXO 1

1. PERFIL DO ENTREVISTADO		IDENTIFICAÇÃO:	
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		IDADE: _____ ANOS	
GRAU DE ESCOLARIDADE: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO SEGUNDO GRAU INCOMPLETO NÍVEL SUPERIOR INCOMPLETO		<input type="checkbox"/> PRIMEIRO GRAU COMPLETO <input type="checkbox"/> SEGUNDO GRAU COMPLETO <input type="checkbox"/> NÍVEL SUPERIOR COMPLETO	
OCUPAÇÃO:			
TEMPO NA FUNÇÃO: _____ ANOS		HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA EMPRESA? _____ ANOS	
HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL E DE CONSULTAS AO DENTISTA			
VOCÊ COSTUMA ESCOVAR OS DENTES QUANTAS VEZES AO DIA?			
UMA VEZ <input type="checkbox"/> DUAS VEZES <input type="checkbox"/> TRÊS VEZES <input type="checkbox"/> QUATRO VEZES <input type="checkbox"/> MAIS QUE QUATRO <input type="checkbox"/> NUNCA			
EM QUE PERÍODO VOCÊ COSTUMA HIGIENIZAR SUA BOCA (PODE HAVER MAIS DE UMA RESPOSTA)?			
MANHÃ (ANTES DO CAFÉ) <input type="checkbox"/> MANHÃ (DEPOIS DO CAFÉ) <input type="checkbox"/> APÓS O ALMOÇO <input type="checkbox"/> APÓS CAFÉ DA TARDE APÓS O JANTAR <input type="checkbox"/> ANTES DE DORMIR			
QUE TIPO DE ESCOVA UTILIZA?			
NÃO USA <input type="checkbox"/> DURA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> MACIA			
COMO CLASSIFICA SUA SAÚDE GERAL?			
EXCELENTE <input type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> RUIM			
QUANDO VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE IR AO DENTISTA?			
ACHA DESNECESSÁRIO <input type="checkbox"/> SOMENTE QUANDO TEM DOR OU DESCONFORTO <input type="checkbox"/> REGULARMENTE			
FUMANTE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
SIM, FUMA HÁ QUANTOS ANOS? _____ ANOS			
QUANDO ESCOVA OS DENTES OU EM OUTRA SITUAÇÃO SUAS GENGIVAS SANGRAM?			
SEMPRE <input type="checkbox"/> ÀS VEZES <input type="checkbox"/> NUNCA			
SENTIU SUA BOCA SECA COM FREQUÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
VOCÊ JÁ TOMOU MEDICAMENTO PARA DOR DE DENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
SIM, QUAL?			
VOCÊ JÁ SOFREU ACIDENTE DE TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
SIM, AFETOU A BOCA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

EXO 2

Dimensão	Perguntas						peso
		Nunca (0)	Quase Nunca (1)	Às vezes (2)	Com razoável frequência (3)	Muito frequente (4)	
Limitação Funcional	1. Tem tido dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.51
	2. Tem sentido seu paladar alterado devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.49
Dor Física	3. Tem sentido dores fortes em sua boca?						0.34
	4. Tem sentido algum desconforto ao comer qualquer tipo de alimento devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.66
Desconforto Psicológico	5. Tem se sentido constrangido devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.45
	6. Tem se sentido tenso devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.55
Desabilidade Física	7. Sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.52
	8. Teve que interromper sua alimentação devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.48
Desabilidade Psicológica	9. Tem tido dificuldade de relaxar devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.60
	10. Tem se sentido um pouco envergonhado devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.40
Desabilidade Social	11. Tem se sentido um pouco irritável/intolerante com outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.62
	12. Tem tido dificuldade de realizar tarefas habituais devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.38
Limitação Física	13. Tem sentido menos satisfação com a vida em geral devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.59
	14. Tem se sentido totalmente incapaz devido a problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?						0.41
							0 a 28

CAPÍTULO II

“Absentéismo médico e odontológico dos trabalhadores de uma indústria de móveis em Itatiba- SP.”

“Medical and dental absenteeism in workers from a furniture industry in Itatiba – SP.”

Cristina Gomes de Macedo Maganin

Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz

RESUMO

O absenteísmo é um assunto de interesse crescente devido ao atual contexto econômico de competitividade, que faz com que as empresas procurem meios para diminuir sua ocorrência, aumentando a rentabilidade e produtividade. O objetivo deste estudo transversal é identificar os principais fatores que estão envolvidos com o absenteísmo médico e odontológico. O estudo foi desenvolvido em uma indústria de móveis no município de Itatiba, São Paulo. Trata-se de um estudo transversal descritivo no qual foram analisados todos os atestados entre médicos e odontológicos. A coleta de dados foi realizada na própria indústria e para a obtenção das variáveis nos atestados médicos odontológicos foram utilizadas as seguintes classificações e critérios: data do atestado (ano e mês), sexo do trabalhador, CID (Código Internacional de Doenças), duração do absenteísmo (horas), se o atestado era médico ou odontológico e o tipo do atestado com relação a quem emitiu, se o mesmo estava, em relação ao preenchimento, completo ou incompleto. Também foram aplicados questionários a todos os trabalhadores da empresa sem critérios de exclusão para traçarmos o perfil sócio demográfico com variáveis enfocando: gênero, idade e grau de escolaridade. Responderam o questionário 111 trabalhadores (65,2%), sendo 84,6 % homens com idade média de 31,4 anos. O grau de escolaridade de maior ocorrência foi no ensino médio (53,2%). Foram analisados 943 atestados sendo 775 médicos (82,2%) e 168 atestados odontológicos (17,8%). Houve uma

unicidade do CID encontrado nos atestados odontológicos que é o K 525-8 e corresponde a: outras doenças e afecções dos dentes e de suas estruturas de sustentação. Com relação ao tempo de afastamento de 7098,5 horas e 887,3 dias considerando um dia com oito horas de trabalho. Houve uma associação estatisticamente significativa (p valor < 0.0001) entre a duração do afastamento e a causa. Concluindo que o número de horas de trabalho perdidas, devido à falta por problemas médicos e odontológicos, mostrou-se fator representativo no prejuízo econômico de empresas.

Palavras chaves: absenteísmo, trabalhadores, licença médica.

ABSTRACT

The absenteeism were a matter of growing interest due to the current context's economic competitiveness, which causes companies to seek means to minimize their occurrence, increasing the profitability and productivity. The aim of this cross-sectional study is to identify the main factors that are involved with absenteeism were medical and dental services. The study was built on a furniture industry in the municipality of Itatiba, São Paulo. It is a descriptive cross-sectional study in which were analyzed all certificates between medical and dental. Data collection was performed in the industry itself and for obtaining of variables in the dental medical certificates were used the following classifications and criteria: date of the certificate (year and month), sex workers, international code (CID), diseases of absenteeism were a duration (hours), if the statement was medical or dental and the type of certificate issued in relation to whom, whether it was in relation to fill, complete or incomplete. Questionnaires were also applied to all employees of the company without exclusion criteria for demographic profile using the variables focusing in: gender, age and level of schooling. Replied to the questionnaire 111 workers (65.2%), and 84.6% men aged average 31.4 years. The level of education increased occurrence was in high school (53.2%). Were analyzed 943 medical certificates being 775 (82.2%) and 168 attestations dental (17.8%). There was a unity of CID found in dental certificates that is the K 525-8 and matches: other diseases and disorders of the teeth and

support structures. With regard to the removal of 7098.5 hours and 887.3 days considering a day with eight working hours. There was a statistically significant Association (p value < 0.0001) between the duration of the remoteness and the cause. Concluding that the number of working hours lost due to lack of medical and dental problems, proved representative in economic factor.

Keys words: absenteeism, workers, sick leave

INTRODUÇÃO

O termo absenteísmo é usado para designar as ausências dos trabalhadores no processo de trabalho, seja por falta ou atraso, devido a algum motivo interveniente.

O absenteísmo tem se tornado problema crucial tanto para as organizações particulares como para as públicas e, respectivamente, aos seus administradores, os quais percebem a repercussão no quantitativo de recursos humanos e, por via de consequência, o reflexo na qualidade do serviço prestado. Suas causas estão ligadas a múltiplos fatores, tornando-o complexo e de difícil gerenciamento, pois, inúmeras situações pessoais do servidor podem desencadear no seu surgimento, como exemplo problemas de ordem pessoal, biológica, ambiental, social, familiar, financeira, funcional, etc.

Embora o problema do absenteísmo não esteja dividido igualmente pelas diferentes partes — governos, empregadores, empregados, companhias de seguros, previdência e a sociedade no seu conjunto — todas elas suportam uma parte (custos) relacionada com o absenteísmo e com a doença. O trabalhador individual (e os seus dependentes) vê muitas vezes os seus rendimentos reduzidos em resultado de faltas por doença, especialmente nos casos em que a sua ausência é prolongada. Esse trabalhador pode ainda ter de fazer em face de outras despesas como, por exemplo, o pagamento dos serviços ou do equipamento médico, e o seu bem-estar pode ser afetado pela dor e pelo sofrimento moral ou físico.

Além disso, o absenteísmo frequente ou de longa duração pode provocar a perda do emprego ou afetar as relações com os colegas e os superiores.

Os empregadores são afetados pela natureza imprevisível do absenteísmo no trabalho, que obriga a ajustamentos de horários ou a tomar medidas para substituir o trabalhador ausente. Além disso, o absenteísmo no trabalho aumenta os custos da empresa (subsídio de doença, pagamentos acima dos estipulados na regulamentação, perda de produtividade, qualidade inferior, etc.) e, por conseguinte, tem um efeito negativo na sua posição concorrencial.

O absenteísmo no trabalho tem também um efeito negativo na economia nacional em consequência da perda de produção potencial devido à redução da força de trabalho disponível e ao aumento dos custos com tratamentos médicos e segurança social (European Research Report, 1997).

O trabalho deve ser considerado pelo trabalhador, não como uma obrigação, mas como uma forma de crescimento, desenvolvimento, relacionamento interpessoal, aprimoramento de competências, habilidades, compartilhamento de experiências, enfim o trabalhador tem que estar feliz realizado com o trabalho prestado, o ambiente em que está inserido e com as pessoas que estão a seu lado.

O presenteísmo é ainda pior, um problema organizacional, pois o trabalhador está presente fisicamente ao trabalho, mas não está produzindo como deveria em razão de diversas variáveis e fatores como: insatisfação, pessimismo, desânimo, alto nível de stress, dificultando diagnosticar o problema, fazendo com que ele prejudique a empresa e também uma parcela dos colegas de trabalho que muitas vezes são contaminados por esta apatia, falta de produtividade e tomada de ação.

Segundo Gaidzinski (1994), que desenvolveu um estudo para dimensionar o quadro de pessoal para os serviços, classificou as ausências em previstas e não previstas. Constituem a primeira classe aquelas permitidas e de direito ao trabalhador podendo ser planejadas com antecedência como férias, folgas e feriados. As ausências não previstas são as que efetivamente caracterizam o absenteísmo, pelo seu caráter imprevisível, como faltas abonadas e injustificadas, licenças médicas, acidente de trabalho, licenças maternidade e

paternidade, período de nojo, de gala, de cursos de especialização e outras situações que impedirão o trabalhador ao trabalho.

Em quaisquer, das hipóteses, este fenômeno ocasiona não só custos diretos, mas também indiretos representados pela diminuição da produtividade porque haverá menos trabalhadores em ação, com redução da qualidade do serviço uma vez que outro trabalhador em atividade executará também o serviço do ausente, ocasionando, certamente, a diminuição da eficiência e eficácia nos resultados esperados.

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

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais podem resultar das doenças bucais, acarretando prejuízos em nível individual e coletivo (World Health Organization, 2009).

A dor tem um importante impacto na vida dos indivíduos pelo sofrimento e limitações causados no cotidiano e acarreta um dramático efeito para a sociedade, devido ao elevado custo do tratamento e ao custo das horas perdidas no processo produtivo.

Os resultados de desordens orais podem ser sentidos, não só fisicamente e socialmente, mas também economicamente na nossa sociedade. Problemas bucais estão diretamente relacionados a dias de trabalho perdidos. Trabalhadores com menores salários e minorias são desproporcionalmente afetadas. A importância da saúde bucal para o alcance de padrões adequados de qualidade de vida é hoje inegável.

No Brasil, os indicadores de saúde bucal da população adulta, indicam alta experiência de cárie, um significativo número de dentes perdidos em adultos jovens, grande necessidade de uso de próteses e severo comprometimento periodontal (Brasil, 2004).

A proporção de problemas odontológicos é pequena, em relação ao total do absenteísmo, porque somente são computadas as faltas caracterizadas por manifestações localizadas nos dentes e gengivas e tais ausências são geralmente associadas a tratamento curativo para alívio dos sintomas agudos, que podem ser prevenidos.

O absenteísmo odontológico no Brasil é extremamente dificultoso em consequência de não existir uma guarda dos documentos pertinentes. Poucos são os dados tratados estatisticamente para se aferir o número de dias perdidos de trabalho por razões de absenteísmo odontológico. São escassas, portanto, as informações tanto a respeito do ônus econômico, que tais faltas podem acarretar, como também em relação à insatisfação do trabalhador pela quebra do binômio saúde-trabalho (Lima, 2001).

Nardi, em 2005, considera que, embora o cirurgião dentista tenha competência para atestar fatos odontológicos e suas consequências, desde 1966, ela só foi estendida para os fins de justificção de falta ao trabalho nove anos depois.

O empregado poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário e com prazo previsto pela legislação pelo período de 15 (quinze) dias no caso de afastamento por motivo de doença ou acidente de trabalho, mediante atestado médico e observada à legislação previdenciária.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina 1.851/2008 que regulamenta a expedição de atestados médicos, estabeleceu ao médico, o seguinte: especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente; estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente; registrar os dados de maneira legível; identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina (Conselho Federal de Medicina, 2009).

Quando o atestado for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar: o diagnóstico; os resultados dos exames complementares; a conduta terapêutica; o prognóstico; as consequências à saúde do paciente; o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação; registrar os dados de maneira legível; identificar-se como emissor.

Ordem preferencial para aceitação pelo empregador dos atestados médicos, por lei, é a seguinte: Médico da empresa ou em convênio; Médico do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) ou do Serviço Único de Saúde (SUS); Médico do Serviço Social da Indústria (SESI) ou do Serviço Social do Comércio (SESC); Médico a serviço de repartição federal, estadual ou municipal; Médico de serviço sindical; Médico de livre

escolha do próprio empregado, no caso de ausência dos anteriores, na respectiva localidade onde trabalha.

Segundo a Lei no 5.081, de 24 de agosto de 1966 que regula o exercício da Odontologia, Art. 6º - Compete ao cirurgião-dentista: atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive, para justificação de faltas ao emprego. Código de Ética Odontológica classifica como infração ética fornecer atestado que não corresponda à veracidade dos fatos ou dos quais não tenha participado.

Assim, sob o ponto de vista ético, não se admite a emissão de atestado incompatível com a verdade, cabendo destacar que só pode atestar aquele profissional que tenha atuado no atendimento do paciente ou, após os exames necessários, constatada a real condição que torna necessária a emissão do atestado.

Assim, não pode um atestado odontológico ser recusado, sob qualquer pretexto, desde que, por óbvio, atenda às cinco condições necessárias para que o mencionado documento possa produzir os seus efeitos: que o cirurgião dentista tenha realmente praticado o ato, seja exame, internação cirúrgica, biópsia ou radiografia, por exemplo; que o cirurgião dentista esteja legalmente habilitado para o exercício da odontologia, compreendendo-se como tal a chamada habilitação profissional, que se caracteriza pela posse de um título idôneo, à qual se segue a habilitação legal, consubstanciada pelos registros nas repartições competentes; não estar o cirurgião dentista suspenso por decisão judicial. Caso exerça qualquer cargo relativo à odontologia, incluindo-se aí o fornecimento de atestado, o cirurgião dentista estará violando o Código Penal; não estar o cirurgião dentista sujeito à interdição temporária de direitos, uma vez que as penas de interdição temporária de direitos são, entre outras, a proibição de exercício de cargo, função ou atividade pública, bem como o mandato eletivo, e a proibição do exercício de profissão, atividade ou ofício que dependam de habilitação especial, de licença ou autorização do poder público; não estar o cirurgião dentista suspenso do exercício profissional por força de penalidade imposta pelo Conselho Regional de Odontologia (CRO).

O cirurgião dentista pode possuir um papel impresso especial para a emissão de atestados, ou então, como é comum, utilizar o papel de receituário que deve conter o nome completo do profissional, a sua qualificação de cirurgião dentista, o número de inscrição no

CRO e o endereço. Jamais deve o profissional emitir um atestado para os devidos fins, uma vez que o documento pode ser utilizado para fins diferentes daquele mencionado pelo solicitante. Assim, deve ser mencionada a finalidade do atestado, se para fins escolares, esportivos, ou para justificar falta ao trabalho.

O prazo de afastamento deve constar por extenso, de modo a que não parem dúvidas sobre o número de dias estipulado pelo profissional (Conselho Federal de Odontologia, 2009).

O objetivo deste estudo é identificar os principais fatores que estão envolvidos com o absenteísmo médico / odontológico no período de 2005 a 2008 em uma indústria de móveis no município de Itatiba – São Paulo.

MATERIAL E MÉTODOS

A população deste estudo foi constituída por todos os atestados médicos e odontológicos e declarações de comparecimento, devidamente homologados, emitidos no período de janeiro de 2005 a 2008 e que deram entrada no Departamento de Pessoal da indústria de móveis cuja finalidade era abonar faltas no serviço de até 15 dias.

Inicialmente obteve-se o parecer favorável do Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP sob o número 009/2009 da resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, respectivamente com a aprovação da empresa.

Trata-se de um estudo transversal descritivo no qual foram analisados todos os atestados entre médicos e odontológicos. A coleta de dados foi realizada na própria indústria e para a obtenção das variáveis nos atestados médicos odontológicos foram utilizados as seguintes classificações e critérios: data do atestado (ano e mês), sexo do trabalhador, CID (Código Internacional de Doenças), duração do absenteísmo (horas), se o atestado era médico ou odontológico e o tipo do atestado com relação a quem emitiu, se o mesmo estava, em relação ao preenchimento, completo ou incompleto.

Também foram aplicados questionários a todos os trabalhadores da empresa sem critérios de exclusão para traçarmos o perfil sócio demográfico com variáveis enfocando: gênero, idade e grau de escolaridade.

Os dados coletados foram tabulados por meio do software Excel (2007) e analisados estatisticamente pelo SAS (2002).

RESULTADOS

O ramo brasileiro moveleiro é constituído predominantemente por empresas tradicionalmente familiares e de capital nacional, com cerca de 50 mil empresas formais.

Na abertura comercial implantada no Brasil na década de 90, este ramo foi incentivado a modernizar seus processos industriais e, por meio de recursos disponibilizados pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), importou máquinas e equipamentos, principalmente da Itália e Alemanha. O ramo apresentou crescimento expressivo de exportações, ocupando, atualmente, o 18º lugar entre os países exportadores de móveis, o que representa 1,5% das exportações mundiais desse ramo (Serviço Social da Indústria, 2009a).

De acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), o setor moveleiro pertence ao Grupo C-6, Madeira, CNAE 36.11-0, enquadrando-se no grau de risco 3, segundo a Norma Regulamentadora nº4, que obedece a uma escala de 1 a 4 (Brasil, 2009).

No período pesquisado, a indústria apresentava 170 trabalhadores com uma variação aproximada, por ano, de 10 a 15 trabalhadores distribuídos em diversos setores como: lustração, manutenção, vidraçaria, marcenaria, triagem, almoxarifado, gerência, recursos humanos, orçamento, compras, projetos, portaria e expedição.

Responderam o questionário 111 trabalhadores (65,2%), sendo 84,6 % homens (n=94) e 15,3% mulheres (n=17) com idade média de 31,4 anos. O grau de escolaridade de maior ocorrência foi no ensino médio (53,2%).

Foram analisados 943 atestados sendo 775 médicos (82,2%) e 168 atestados odontológicos (17,8%). Houve uma predominância do gênero masculino (n=751, 79,6%) com relação ao feminino (n=192, 20,4%).

O ano de 2005 apresentou 137 atestados médicos e odontológicos (14,5%), 2006 teve 242 (25,6%), 2007 com 325 (34,6%) e 2008 com 239 (25,3%). Não houve uma associação do número de atestados com os diferentes meses e estações dos anos analisados. Do total de atestados, 618 não apresentavam CID (65,5%). Dos atestados que constava o CID (n= 325, 34,5%), 241 eram atestados médicos (74,1%) e 84 odontológicos (25,9%).

Considerando o total de atestados, observamos uma preocupação maior por parte dos cirurgiões dentistas com a colocação do CID (50%) em relação aos médicos (31,1%).

Houve uma unicidade do CID encontrado nos atestados odontológicos que é o K 525-8 e corresponde a: outras doenças e afecções dos dentes e de suas estruturas de sustentação.

Nos atestados médicos encontramos quatro categorias de CIDS com maior frequência: Grupo M - doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (n= 41, 17%), Grupo J – doenças do aparelho respiratório (n= 32, 13,3%), Grupo R – sintomas sinais e achados anormais no exame clínico e laboratorial (n=27, 11,2%) e Grupo K – doenças do aparelho digestivo (n= 17, 7%).

Dividiu-se a população estudada em faixas de duração de afastamento sendo que a maior parte dos afastamentos por razões odontológicas e médicas teve a duração de até oito horas (n= 846, 89,7%), de mais de oito horas até cinco dias foram só 97 afastamentos (10,3%). Com um total de 7098,5 horas de afastamento e um total de 887,3 dias considerando um dia com oito horas de trabalho.

Com relação ao tipo de atestado, as declarações diversas que incluíam: serviços ambulatoriais, comprovantes de exames, de consultas e outros totalizaram 284 (30,1%), os atestados hospitalares 236 (25%), os que constavam em receituários próprios dos profissionais, mas estavam incompletos quanto ao preenchimento foram 199 (21,1%). Os outros tipos de atestados que incluíam os receituários com preenchimento completo, os receituários de sindicato da categoria completos e incompletos quanto ao preenchimento totalizaram 224 (23,8%).

Houve uma associação estatisticamente significativa (p valor < 0,0001) entre a duração do afastamento e a causa, com predominância dos atestados odontológicos com duração do afastamento de até quatro horas e a inversão nos afastamentos com mais de quatro horas onde se observa a predominância dos atestados médicos (Tabela 1).

Tabela 1: Associação entre a duração do afastamento e a causa

Frequência	Médico	Odontológico	Total
<= 1 hora	227	77	304
	24,07	8,17	32,24
	74,67	25,33	
	29,29	45,83	
1 --- 4h	173	68	241
	18,35	7,21	25,56
	71,78	28,22	
	22,32	45,83	
> 4h	280	21	301
	29,69	2,23	31,92
	93,02	6,98	
	36,13	12,50	

Chi- Square p< 0,001

DISCUSSÃO

Qualquer que seja a atividade econômica impulsionadora de um país em desenvolvimento, ela encontra no trabalho realizado pelo ser humano o instrumento viabilizador final dos objetivos pretendidos. Tal fato revela o interesse demonstrado pelas autoridades do país, em relação à saúde do trabalhador, qualquer que seja seu nível de trabalho.

Os atestados médicos e odontológicos são os únicos instrumentos legais que servem para abonar as faltas ao trabalho por motivo de doença e assegurar o pagamento dos respectivos salários.

É necessário conhecer como se distribui o absenteísmo conforme a idade, o sexo, o grau de escolaridade, dos trabalhadores e também a duração e a causa do afastamento. A

disponibilidade dessas informações é muito importante a fim de facilitar a tomada de decisões das distintas estratégias para sua prevenção.

Em nosso estudo encontramos tanto no perfil sócio demográfico quanto na análise dos atestados uma população de maioria masculina, jovem e com grau de escolaridade alto para os padrões de um país em desenvolvimento.

É evidente que as variáveis gênero, idade, grau de escolaridade quando estudadas isoladamente, pouco contribuem para o entendimento do problema de absenteísmo de maneira global, dependendo do tipo e local de trabalho estudados. Entretanto, fornecem informações importantes quando sua análise se restringe a uma determinada empresa, fornecendo subsídios para esta buscar soluções para diminuição das ausências ao local de trabalho (Peres *et al.*, 2006).

Grzywacz & Butler, em 2005, apontaram a escolaridade como o componente mais importante da condição sócio-econômica para os estudos de determinação dos comportamentos relacionados à saúde. Níveis elevados de escolaridade são em geral associados a melhores condições de habitação e trabalho, de renda e de posição sócio-econômica.

Em um estudo sobre absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado, no município de Araçatuba, São Paulo, os atestados odontológicos tiveram pouco peso sobre o total de atestados, tanto na serviço público (3,3%), quanto no privado (6,3%) e uma ausência de CID na quase totalidade dos atestados odontológicos, a doença que mais levou ao afastamento do trabalhador tanto no serviço público, quanto no privado foi a dorsalgia, cujo CID é o M 54 (Martins *et al.*, 2005).

Em nosso estudo também encontramos uma predominância dos atestados médicos em relação aos odontológicos, mas uma preocupação maior dos cirurgiões dentistas com relação à colocação do CID. Nos atestados médicos o CID prevalente foi o do Grupo M, que trata das doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo.

Em outro estudo realizado por Reisine & Miller, em 1985, com o objetivo de analisar os efeitos das condições dentais sobre funcionamento social por meio da medição da incidência de dias de perda de trabalho associados a problemas dentais e tratamentos. Foi realizado um estudo longitudinal com 1992 trabalhadores na área de Hartford, Connecticut. Os participantes foram entrevistados na linha de base para coletar dados sócio

demográficos, cuidados de saúde e fatores de status de saúde e foram acompanhados por um ano para avaliar a incidência de dias de perda de trabalho por problemas dentais. Os resultados revelaram que 26,4 % da amostra relataram um episódio de problemas dentais relacionados ao trabalho, com uma média de 1,26 horas de afastamento por pessoa por ano. Os resultados sugeriram que os dias de perda de trabalho podem ser uma estatística de população útil em medir o estado de saúde oral devido à alta prevalência de doença dental.

Mazzili & Crosato, em 2005, publicaram uma pesquisa com o objetivo de investigar a prevalência, a incidência e o tempo médio de afastamento do trabalho por motivos odontológicos, segundo as variáveis de interesse para a área de saúde, realizada por grupo nosológico e de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. A coleta de dados foi realizada no Departamento Médico da Secretaria Municipal da Administração de São Paulo no período entre dezembro de 1996 e dezembro de 2000. Os resultados indicaram maior prevalência sobre o gênero feminino, maior frequência na faixa etária de 20 a 29 anos e os motivos principais foram: exodontias por via alveolar, doenças da polpa e tecidos periapicais, doenças periodontais, transtornos das articulações têmporo-mandibulares e exodontias de inclusos ou impactados. As solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico, na população estudada, foram sensíveis, segundo o estudo em proporções, ao gênero e à faixa etária. Condições agudas ou de pós-operatório foram as causas mais frequentes. Condições crônicas representaram, no entanto, maior impacto no total de dias de afastamento.

Em nosso estudo não foi possível avaliar os principais motivos de causa odontológica para os afastamentos pois todos os atestados avaliados apresentavam um único CID (525-8, outras doenças e afecções dos dentes e suas estruturas de sustentação).

Em cooperação com o Maugeri de Fondazione e o Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico, de Milão, a unidade de saúde local na Itália, realizou um projeto de pesquisa, patrocinada em parte pelo Ministério da saúde italiano sobre os distúrbios no membro superior relacionado ao trabalho músculo-esquelético em um setor de fabricação específica, a indústria de móveis estofados. Este "distrito de sofá" é amplamente representado com aproximadamente 14.000 trabalhadores em 500 fábricas sobre uma área geográfica grande do Sul de Itália. Tecnologia avançada do processo de fabricação é combinada com

trabalhadores que exercem tarefas intensivas de mão e braço. Os grupos de risco foram: trabalhadores de preparação, operadores de couro-corte, costura e trabalhadores de montagem de estofos de enchimento. Dados recolhidos em empresas privadas de tamanho diferente desta extensa área industrial enfatizam a importância da prevenção por meio de soluções de ergonomia adequadas e a necessidade de melhorar os programas de formação abrangendo toda a área (Di Leone *et al.*, 2008).

Encontramos também com prevalência significativa, em nossa análise de atestados, as doenças do sistema respiratório (n=32, 13,3%).

Apesar de a vacina contra a gripe ser considerada eficiente na prevenção da gripe e de suas complicações, ainda existem controvérsias sobre as vantagens de sua utilização em adultos saudáveis. Esta pesquisa foi desenvolvida para caracterizar a ocorrência de problemas respiratórios comuns, particularmente a gripe, e avaliar um programa de imunização contra a influenza entre trabalhadores. Foi realizado um estudo de delineamento transversal entre trabalhadores da indústria. Foram coletados dados sobre características sociodemográficas e sobre problemas respiratórios. Foram caracterizadas as gripes ocorridas no último ano e avaliado o desempenho da vacina. Entre os 446 entrevistados, 18,3% apresentaram quadros intensos de gripes e a 11,7% foi concedido afastamento do trabalho devido à gripe. No geral, 70% dos funcionários avaliaram que no seu caso pessoal houve melhora na ocorrência de gripes após a vacinação. A avaliação positiva da vacina feita pelos funcionários e a baixa ocorrência de efeitos colaterais apóiam a manutenção do atual programa contra a influenza. Mas persistem várias dúvidas sobre as vantagens econômicas da vacina, indicando a necessidade de mais estudos sobre este tema (Faria & Gianisella, 2002).

As sociedades desenvolvidas chegaram à compreensão de que a preservação da saúde e da integridade física do trabalhador, tanto proporciona seu bem-estar pessoal, familiar e social, quanto determina uma maior produtividade para a empresa, além de reduzir gastos com seguros e indenizações previdenciárias. Zelar pela saúde física e mental do trabalhador deixa de ser um ato de caridade, para assumir as feições de dever social, na medida em que a prevenção aos acidentes e doenças do trabalho diminuem o absenteísmo,

colabora para o aumento da produção nacional além de reduzir gastos sociais previdenciários (Domingues, 2002).

Notamos em nosso estudo que a maior parte dos afastamentos é de até oito horas, tempo geralmente insuficiente para cura de qualquer doença. Pode ser dia perdido para um simples exame complementar ou para outros procedimentos, como também ser “doença provocada”. A licença médica e odontológica muitas vezes é utilizada pelo trabalhador como uma forma de agressão à chefia e à instituição; também representa uma válvula de escape de tensões sociais, econômicas e psicológicas. É um ponto crítico a ser atacado na luta contra o absenteísmo (Quick & Lapertosa, 1982).

A resolução Conselho Federal de Medicina 1.851/2008 (CRM) que regulamenta a expedição de atestados médicos, estabeleceu ao médico, o seguinte: especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente; estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente; registrar os dados de maneira legível; identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina (Conselho Federal de Medicina, 2009)

Qualquer tipo de declaração médica, não obriga a empresa ao abono da respectiva falta ao serviço, ressalvada a hipótese da empregada gestante que deverá ser dispensada do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares, conforme o disposto no art. 392, inciso II da CLT.

Do total de atestados médicos e odontológicos, uma quantidade expressiva de declarações diversas (n=284, 30,1%) haviam sido homologadas junto ao departamento de pessoal da indústria em estudo.

A perda da produtividade e conseqüentemente da capacidade de competição das indústrias estão diretamente ligadas ao número de horas de trabalho perdidas frente as que são planejadas.

O absenteísmo durante muito tempo foi tratado de forma simplista, tendo como foco os atestados que justificavam as faltas dos trabalhadas. Mas hoje se sabe que diversos fatores, dentro e fora da empresa, afetam o absenteísmo. Fatores estes que são

administráveis e que podem, com o devido cuidado, diminuir consideravelmente os riscos no planejamento das empresas.

O primeiro passo é contabilizar perdas e identificar os fatores que as geram. Como exemplo de fator interno causador de faltas cita-se a falta de clareza nas políticas de gestão de pessoas (o que é benefício e o que é cumprimento legal muitas vezes não é claro ao trabalhador), a falta de conforto no ambiente de trabalho, a valorização profissional, o ritmo de trabalho, os intervalos, os acidentes e incidentes.

Já como fatores externos, temos as relações familiares, a falta de opção de lazer, higiene, condição social, entre outros.

Investir no bem-estar do trabalhador é muito mais do que exercer a responsabilidade social, pois se trata de uma proteção ao próprio negócio, que pode estar se degradando pela não observação adequada da gestão de pessoas. Assim, entende-se que a gestão dos recursos humanos é sim estratégica e pode ser o grande diferencial competitivo nos diversos ramos industriais (Serviço Social da Indústria, 2009b).

CONCLUSÃO

- O absenteísmo na indústria de móveis deu-se mais por razões médicas, do que odontológicas, devido ao maior número de faltas e à maior duração das mesmas, levando aos problemas decorrentes da falta do trabalhador em seu serviço;
- Houve um número expressivo de atestados sem o Código Internacional de Doenças;
- A homologação por parte do Departamento de Pessoal da indústria de atestados com preenchimento incorreto e declarações diversas;
- O absenteísmo tem uma relação estreita com a produtividade das empresas, devendo ser, portanto, objeto prioritário das ações educativas e preventivas da Saúde Ocupacional;

- O conhecimento do perfil do trabalhador, as causas do absenteísmo e a disponibilidade dessas informações é muito importante a fim de facilitar a tomada de decisões das distintas estratégias para sua prevenção.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, DF, 2004.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. CBO - Classificação Brasileira de Ocupações. [Acesso 2009 Jul]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br>.
- Conselho Federal de Medicina. [Acesso 2009 Agosto]. Disponível em URL: <http://www.cfo.org.br>.
- Conselho Federal de Odontologia. [Acesso 2009 Agosto]. Disponível em URL: <http://www.cfo.org.br>.
- Di Leone G, Trani G, Falco S, Attimonelli R, Carino M, Lagravinese D. From mandatory to participatory prevention: a model applied to the upholstered furniture industry. *Med Lav*. 2008; 99(4): 314-8.
- Domingues JMM. Exame médico periódico [Monografia Internet]. Campo Grande, MS 2002. [Acesso 2009 Jun] Disponível em: <http://www.fundacentro.sc.gov.br>.
- Faria NMX, Gianisella JF. Prevalence of respiratory diseases and evaluation of the influenza vaccination program for workers. *Rev.bras.epidemiol*. Aug. 2002. vol.5 n°.2 São Paulo.
- Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, 1997. Preventing Absenteeism at the Workplace - European Research Report.
- Gaidzinski, RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiros que vivenciam essa prática. 1994. 258 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Grzywacz JG & Butler AB. The impact of job characteristics on work-to-family facilitation: Testing a theory and distinguishing a construct. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2005; 10: 97-109.
- Lima JRS. Absenteísmo por causa odontológica: análise comparativa entre funcionários da prefeitura do município de São José dos Campos e segurados do Instituto Nacional de Previdência Social- Inamps. [Acesso 2009 Set]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br>.
- Martins RJ, Saliba CA, Garbin AJI, Moimaz SAS. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2005; 30 (111): 09-15.
- Mazzili LEN, Crosato E. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 – 2000. *RPG-Rev Pós Grad*. 2005; v. 12, nº 4: 444-53.
- Microsoft Corp. Excel, release 2007. Microsoft Corp, Richmond: CA, 2007.
- Midorikawa ET. A odontologia como saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador. 2000. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Nardi A. Dor orofacial, absenteísmo e qualidade de vida em trabalhadores do sul do Brasil. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva)- Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2005. 192p.
- Peres SHCS, Peres AS, Oliveira FT, Adachi A, Silva AL, Morandini ACF et al. Absenteeism: a revision of the literature about the absence to the work related to the dentistry. *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2006; v.27, nº 2: 96-100.
- Quick TC, Lapertosa JB. Análise do absentismo em usina siderúrgica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, 1982; 10(40): 62-67.
- Reisine S, Miller J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. *Soc Sci Med*. 1985; 21(12):1309-14.
- SAS Institute Inc. The SAS System, release 9.2 – SP4. SAS Institute Inc, Cary: NC, 2002.

Serviço Social da Indústria- SESI. Perfil do Trabalhador Formal Brasileiro, 2005. [Acesso 2009a Set] Disponível em URL: <http://www.sesi.org.br>.

Serviço Social da Indústria- SESI. [Acesso 2009b Set] Disponível em URL: <http://www.sesi.org.br>.

World Health Organization. Who technical report series 916. Geneva 2003. [Acesso 2009 Set]. Disponível em URL: <http://www.int/dietphysicalactivity/publications/trs916>.

CAPÍTULO III

“Saúde Ocupacional: enfoque na análise das comunicações de acidente de trabalho em uma indústria de móveis.”

“Occupational health: focus on analysis of work accident communications in a furniture industry.”

Cristina Gomes de Macedo Maganin

Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz

RESUMO

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), ocorrem cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho e cerca de dois milhões de mortes por ano em todo o mundo, que, por serem potencialmente evitáveis, expressam negligência e injustiça social. Para o Ministério da Previdência e Assistência Social os acidentes do trabalho registrados são aqueles cujas comunicações são protocoladas e caracterizadas administrativa e tecnicamente. Estas informações são obtidas a partir da tabulação das Comunicações do Acidente do Trabalho – CATs. Este estudo transversal teve como objetivo analisar os acidentes de trabalho em uma indústria de móveis, no período de 2006 a 2008. A amostra foi constituída por todas as CATs emitidas no referido período com enfoque nas seguintes variáveis: o ano do acidente, CNAE da empresa (Classificação Nacional de Atividade Econômica), a idade e sexo do acidentado, CBO (Código Brasileiro de Ocupação), a ocupação do acidentado, remuneração, horas trabalhadas, tipo de acidente, afastamento e o tempo, local do acidente, registro policial, internação, parte do corpo afetada e o agente causador. Das 34 CATs analisadas os resultados obtidos apontaram: um total de 374 dias de afastamento, sendo nove acidentes em 2006 (149 dias), treze em 2007 (57 dias) e doze em

2008 (168 dias), a idade média dos trabalhadores de 31 ± 2 anos e gênero predominantemente masculino (n=33). As partes mais atingidas foram os membros superiores (n=20, 58,8%), três acidentes atingiram cabeça e pescoço (8,8%) e outras partes atingidas corresponderam a 32,4% (n=11). Do total de 34 acidentes, 29 foram considerados típicos (85,3%) e cinco de trajeto (14,7%) e com uma média de horas trabalhadas antes de ocorrer o acidente de 5,13. Os resultados revelaram um número significativo de dias de afastamento podendo-se concluir que os acidentes de trabalho são agravos de expressivo impacto no absenteísmo e na produtividade das empresas, devendo ser, portanto, objeto prioritário das ações educativas e preventivas da Saúde Ocupacional.

Palavras Chaves: Acidentes de trabalho, trabalhadores, Saúde ocupacional

ABSTRACT

According to the International Labor Organization (ILO) approximately 270 million occupational accidents and about two million deaths per year throughout the world, are potentially avoidable, express negligence and social injustice. To the Ministry of Welfare and Social Assistance registered job accidents are those whose communications are protocol and assigned administratively and technically. This information is obtained from the tab of communications work accidents, registered in units of Social Security. This cross-sectional study was to analyze the accidents at work in a furniture industry in the period from 2006 to 2008. The sample was composed of all communications work accidents issued in that period with a focus on the following variables: the year of the accident, the company's CNAE (national economic activity classification), the age and gender, the Brazilian occupation code, the occupation of the worker, the remuneration, the hours worked before the accident, type of accident, whether removal and the time, location of the accident, police record, hospitalization, CID, the affected body part and the agent. Of the 34 of communications work accidents analyzed the results obtained showed: a total of 374 days of removals, nine accidents in 2006 (149 days), thirteen in 2007 (57 days)

and twelve in 2008 (168 days) and the average age of workers of 31 ± 2 years and the male is gender predominant (n=33). The parties most affected were the limbs (n = 20, 58.8%), three accidents reached head and neck (8.8%) and other affected parties amounted to 32.4% (n = 11). Of total 34 accidents, 29 were considered typical (85.3%) and 5 travels (14.7%) and with average hours worked before accident occur of 5.13. The results showed a significant number of days of absence may be concluded that the accidents at work are reportable absenteeism were a significant impact on firms and productivity, and therefore be priority object educational and preventative actions of occupational health.

Keys words: Occupational accidents, workers, Occupational health

INTRODUÇÃO

Acidente de trabalho é o evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano à saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa direta ou indiretamente (concausa) a morte, ou a perda, redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Também são considerados como acidentes do trabalho: o acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado; a doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade; e a doença do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente. Nestes dois últimos casos, a doença deve constar da relação de que trata o Anexo II do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6/5/1999. Em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação constante do Anexo II resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve equipará-la a acidente do trabalho (Brasil, 2009a).

O Art.19 da Lei n.8213/91 e Decreto n. 3048/99 estabelecem que não são consideradas como doenças do trabalho a doença degenerativa; a inerente a grupo etário; a que não produz incapacidade laborativa; a doença endêmica adquirida por segurados habitantes de região onde ela se desenvolva, salvo se comprovado que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

Equiparam-se também a acidente do trabalho: o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para perda ou redução da sua capacidade para o trabalho, ou que tenha produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação; o acidente sofrido pelo segurado no local e horário do trabalho, em consequência de ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho; ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada com o trabalho; ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, ou de companheiro de trabalho; ato de pessoa privada do uso da razão; desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos decorrentes de força maior; a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; o acidente sofrido pelo segurado, ainda que fora do local e horário de trabalho, na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa; na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito; em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo, quando financiada por esta, dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado.

Entende-se como percurso o trajeto da residência ou do local de refeição para o trabalho ou deste para aqueles, independentemente do meio de locomoção, sem alteração ou interrupção voluntária do percurso habitualmente realizado pelo segurado.

O empregado será considerado no exercício do trabalho no período destinado à refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este (Brasil, 2009b).

A comunicação de acidente de trabalho ou doença profissional será feita à Previdência Social por meio do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT). A CAT pode ser emitida pela empresa ou pelo próprio trabalhador, seus dependentes, entidade sindical, médico ou autoridade (magistrados, membros do Ministério Público e dos serviços jurídicos da União, dos Estados e do Distrito Federal e comandantes de unidades do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar) e o formulário preenchido tem que ser entregue em uma Agência da Previdência Social (Anexo 1).

Retomadas de tratamentos ou afastamentos por agravamento de lesão decorrente de acidente de trabalho ou doença profissional também devem ser comunicados à Previdência Social por meio da CAT, mas, neste caso, deverão constar as informações da época do acidente e os dados atualizados do novo afastamento (último dia trabalhado, atestado médico e data da emissão). Também devem ser informadas à Previdência Social por meio da CAT mortes de segurados decorrentes de acidente de trabalho ou doença ocupacional.

A empresa é obrigada a informar à Previdência Social acidentes de trabalho ocorridos com seus funcionários, mesmo que não haja afastamento das atividades, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência. Em caso de morte, a comunicação deve ser imediata. A empresa que não informar acidente de trabalho está sujeita à multa (Art. 22, Lei 8.213).

Se ficar caracterizado que o acidente ocorreu por culpa do empregador ele deve indenizar o trabalhador por danos materiais, físicos e morais. Os benefícios previdenciários disponíveis às pessoas que sofrem acidente de trabalho são: auxílio doença, auxílio acidente, aposentadoria por invalidez, pensão por morte, isso além da estabilidade de doze meses após o término do auxílio-doença acidentário (Brasil, 2009b).

Se a empresa não emitir a CAT, o próprio trabalhador pode procurar assistência do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou solicitar ao Sindicato que expeça este documento.

Não são computados pelas estatísticas, portanto, os acidentes de trabalho envolvendo trabalhadores autônomos, militares, trabalhadores públicos de regime estatutário e trabalhadores informais. Ademais, é amplamente conhecida a subnotificação

de doenças e acidentes que exigem afastamento inferior a 15 dias e a descaracterização de doenças decorrentes do trabalho (Brasil, 2009c).

Os acidentes e as violências no Brasil são agravos que, pelo seu expressivo impacto na morbimortalidade da população, constituem-se em importante problema de saúde pública, sendo, portanto, objeto prioritário das ações do Sistema Único de Saúde, que, em conjunto com outros segmentos dos serviços públicos e da sociedade civil, deve continuar a buscar formas efetivas para o seu enfrentamento.

Os prejuízos econômicos e sociais desses acidentes – como, por exemplo, seus impactos na vida familiar das vítimas – têm sido menos estudados, mas já estão parcialmente revelados para a sociedade. Também são pouco estudadas as seqüelas crônicas e de instalação tardia de acidentes adequadamente reconhecidos como do trabalho e aquelas que só tardiamente são identificadas como relacionadas aos acidentes inicialmente não registrados como do trabalho.

As empresas podem e devem valer-se de programas que previnam acidentes e doenças, como o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), por meio do qual são detectados os riscos, avaliados, realizados planejamentos, para assim, serem implantadas medidas que venham a eliminar, prevenir ou proteger os trabalhadores, entre outros. É mediante programas deste tipo que se chega a um ambiente de trabalho saudável e, conseqüentemente, à conscientização dos trabalhadores e empregadores quanto aos riscos.

Nas últimas décadas também é crescente a abordagem de conseqüências socioambientais de eventos adversos em geral, aí incluídos os acidentes, em especial, em casos classificados como acidentes maiores ou ampliados, destacando-se aqueles que provocam contaminações de coleções hídricas, devastam áreas de proteção ambiental, comprometem a qualidade do ar e ameaçam a sobrevivência e a qualidade de vida de populações de trabalhadores e/ou moradores das vizinhanças (Brasil, 2006).

A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n. 6.229/75), na Lei n.

8.212/91 e 8.213/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na lei Orgânica da Saúde, Lei No. 8080/90.

Em 08 de junho 1978, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) aprovou as Normas Regulamentadoras (NRs) relativas à segurança e à medicina do trabalho. Por meio dessas normas estabeleceu-se, segundo critérios de risco e número de empregados das empresas, a obrigatoriedade de serviços e programas responsáveis pelas questões relativas à saúde e segurança no ambiente de trabalho (Brasil, 2009d).

Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), segundo a NR-04, são responsáveis por aplicar os conhecimentos específicos de engenharia de segurança e medicina do trabalho, de forma a reduzir ou até eliminar os riscos à saúde do trabalhador. Além disso, são responsáveis tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento das normas regulamentadoras de segurança e medicina do trabalho.

As Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA) têm os objetivos de conhecer as condições de risco nos ambientes de trabalho, solicitar medidas para reduzir e até eliminar os riscos existentes e promover as normas de segurança e saúde dos trabalhadores, conforme descrito na NR-05.

Os Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), conforme descrito na NR-07, tem como objetivos a promoção e a preservação da saúde dos trabalhadores, baseando-se em um caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, além da constatação de casos de doença profissional ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores. Todos os dados obtidos nos exames médicos e as conclusões diagnósticas devem ser registrados em prontuário clínico individual e mantidos os registros por período mínimo de 20 anos após o desligamento do trabalhador, segundo o item 7.4.5.1 da Norma Regulamentadora nº 7 (Brasil, 2009d).

Os Programas de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) – NR-09 – devem incluir o reconhecimento dos riscos ambientais (físicos, químicos e biológicos) existentes

nos ambientes de trabalho que são capazes de causar danos à saúde do trabalhador, bem como a implantação de medidas de controle.

Dados levantados pelo Serviço Social da Indústria (SESI) sobre acidentes no ambiente do trabalho demonstram que, em 2005, do total de 491.711 ocorrências, 229.114 referem-se ao setor da indústria. São 37% na indústria de transformação, 5,9% na construção e 3,1% em outras áreas. O índice de acidentes na indústria é de aproximadamente três acidentes de trabalho para cada 100 trabalhadores ao ano. A cada dia útil ocorrem 833 acidentes na indústria brasileira, ou 104 por hora (Serviço Social da Indústria, 2009).

O Estado de São Paulo é o principal produtor de móveis para o mercado interno, detendo 40% do faturamento do ramo, divididos entre móveis seriados e sob encomenda, conforme dados da Associação Brasileira da Indústria do Mobiliário (ABIMÓVEL) para o ano de 2002. Essa indústria tem sua produção dividida em regiões distintas, na Grande São Paulo, onde há várias empresas distribuídas de forma dispersa, no Noroeste Paulista, mais precisamente nas cidades de Mirassol e Votuporanga, e em outras cidades, como Itatiba, conhecida como “capital nacional do móvel colonial”.

Os trabalhadores desse setor são expostos principalmente, no que se refere aos acidentes de trabalho, sujeitos as mutilações de mãos e dedos e ao ruído responsável por alterações auditivas.

O objetivo deste trabalho é identificar os principais fatores que estão envolvidos com os acidentes de trabalho em uma indústria de móveis no município de Itatiba, Estado de São Paulo.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado em uma única indústria de móveis de médio porte localizada em Itatiba, no interior do Estado de São Paulo, importante pólo moveleiro, predominando a produção de móveis sob encomenda e requerendo trabalhadores especializados em determinadas tarefas, como entalhador e marceneiro.

Inicialmente obteve-se o parecer favorável do Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP sob o número 009/2009 da resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, respectivamente com a aprovação da empresa.

A população deste estudo foi constituída por todas as CATs (Comunicações de Acidentes de Trabalho) devidamente homologadas, emitidas no período de 2006 a 2008 e que deram entrada no Departamento de Pessoal da empresa de móveis.

A coleta de dados foi realizada na própria indústria e foram utilizados os dados contidos nos impressos da Comunicação de Acidente de Trabalho, registrados e arquivados no setor de recursos humanos dessa indústria e analisadas as seguintes variáveis: o ano do acidente, CNAE da empresa (Classificação Nacional de Atividade Econômica), a idade e gênero do acidentado, CBO (Código Brasileiro de Ocupação), a ocupação do acidentado, remuneração (em reais e por hora), horas trabalhadas antes do acidente, tipo de acidente, se houve afastamento e o tempo, local do acidente, registro policial, internação, CID, parte do corpo afetada e o agente causador.

Os dados foram tabulados e analisados por meio do software Excel (2007).

RESULTADOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo, onde foram analisadas todas as fichas de comunicações de acidentes de trabalho registradas no período definido para estudo, totalizando 34 notificações de acidentes de trabalho, correspondendo a nove no ano de 2006 (27 %), treze em 2007 (38 %) e doze em 2008 (35 %), houve um aumento do número de acidentes ocorridos em 2006 com relação a 2007 de 44,4% e de 2007 para 2008 uma diminuição de 8%,

A indústria do estudo possui cerca de 170 trabalhadores com uma variação aproximada, por ano, de 10 a 15 trabalhadores distribuídos nos diversos setores desempenhando as mais variadas funções.

O Código Nacional de Atividade Econômica (CNAE) principal é o de número 31.01-2 e que corresponde pela NR-4 à fabricação de móveis com predominância de madeira e de grau de risco três. O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento (Brasil, 2009d).

Os trabalhadores acidentados são de maioria masculina (n=33) e idade média de 31 ± 2 anos e segundo o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) encontram-se no setor da fábrica (n=31, 91,2 %) que inclui: lustração, manutenção, vidraçaria, marcenaria, triagem, almoxarifado e na administração com três casos (8,8%) que inclui: recursos humanos, orçamento e compras (Brasil, 2009e).

Obtivemos uma remuneração média de R\$ 4,55 por hora de trabalho, 29 acidentes do tipo típico (85,3%), que é aquele ocorrido dentro do estabelecimento do trabalho, cinco acidentes foram de trajeto (14,7%) que são os ocorridos em área pública, quatro causados por moto e um por veículo, desses somente um acidente com internação hospitalar e ocorrência policial.

Dos acidentes típicos, 16 ocorreram após seis horas trabalhadas (55,2%) e 13, antes de seis horas (44,8%) e uma média tendo por base a totalidade dos acidentes de 5,13 horas trabalhadas.

Todos os 34 acidentes tiveram afastamento dos trabalhadores acidentados de suas atividades laborais totalizando 374 dias, distribuídos da seguinte forma: 149 dias em 2006, 57 dias em 2007 e 168 dias em 2008.

As partes do corpo mais atingidas foram os membros superiores, principalmente mãos e dedos (n=20, 58,8%) e causados na sua maioria por ferramentas, toras de madeira, serra e corda. Outras partes atingidas e afetando múltiplas regiões corresponderam a 32,4% (n=11) e foram causados por materiais diversos.

Três acidentes atingiram cabeça e pescoço (8,8%), destes um afetando olho e nervo e causado por substância química, um corte na face causado por vidro e por último o acidente que afetou a mandíbula e foi causado por um “pranchão” de madeira.

Apesar de sua relevância, muitas vezes os acidentes de trabalho não são notificados, como também não há seguimento adequado dos trabalhadores acometidos.

DISCUSSÃO

Os acidentes e as violências no Brasil são agravos que, pelo seu expressivo impacto na morbimortalidade da população, constituem-se em importante problema de saúde pública.

A crescente exigência por competitividade no mercado global tem afetado diretamente as relações no trabalho e com elas a preocupação com a segurança.

De acordo com dados disponíveis no Anuário Estatístico da Previdência Social - AEPS, no ano de 2007 foram registrados no INSS 653,1 mil acidentes do trabalho. Comparado com 2006, o número de acidentes de trabalho aumentou 27,5%. O maior impacto deste aumento(98,6%) deveu-se aos acidentes sem CAT registrada oriunda da nova sistemática de concessão dos benefícios acidentários. Para os acidentes do trabalho registrados o ano de 2007 comparado com o de 2006 aumentou em apenas 3,7%.

Em relação à idade, observa-se claramente uma concentração de casos entre os trabalhadores mais jovens – com idade entre 20 e 29. Em relação à dimensão de gênero, vale destacar que do total de trabalhadores acidentados em 2007, os trabalhadores do sexo masculino participaram com 79,3% (Brasil, 2009a).

Em nosso estudo a população de trabalhadores era em sua maioria masculina e jovem, com idade média de 31 anos, também pudemos observar um aumento do número de acidentes ocorridos em 2006 com relação a 2007, sendo que todas as CATs analisadas haviam sido protocoladas e registradas junto a Previdência Social.

Em outro estudo transversal realizado em uma indústria de móveis de madeira na Tailândia do Sul em fevereiro de 1993 onde participaram 69 gestores e 1.000 trabalhadores, foi encontrada uma população de trabalhadores jovens, solteiros, de educação baixa A indústria de móveis na Tailândia do Sul baseia-se em locais de trabalho artesanais, variando entre 20 e 60 trabalhadores, orientação para o mercado doméstico e tem uma força de trabalho dominada pelo homem. A incidência de acidentes foi duas vezes mais elevada do que com os trabalhadores da indústria oficiais e os mesmos foram expostos a riscos profissionais e condições de trabalho com sérios riscos de acidentes (Tuntiseranee & Chongsuvivatwong, 1998).

Souza *et al.*, em 2002, realizaram um estudo que compreendeu 13 municípios da Região Serrana Catarinense que notificam acidentes de trabalho para um Posto de Seguro Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), localizado no município de Lages, estado de Santa Catarina e onde observaram que o processo de industrialização da madeira nessa região é predominantemente do tipo convencional, apesar de existirem setores em algumas unidades industriais com processo mecanizado e até automatizado. Os acidentados tinham idade que variava entre 14 e 67 anos, apresentando uma média de 32 anos e quatro meses e mediana de 29 anos. Do total, 13 eram menores de 18 anos (5,1%), 109 tinham idade entre 18 e 29 anos (42,9%), 99 entre 30 e 49 anos (39%) e 33 tinham 50 anos ou mais (13%). Concluíram que mesmo a indústria de transformação da madeira ser considerada uma atividade insalubre, pois o ambiente de trabalho apresenta ruído acima dos limites de tolerância previstos na legislação do Ministério do Trabalho e menores serem proibidos de trabalhar nesta atividade, mais de 5% dos trabalhadores acidentados no presente estudo tinham menos de 18 anos.

Silva *et al.*, também em 2002, em outro estudo avaliaram o perfil de trabalhadores e das condições de trabalho em marcenarias no município de Viçosa-MG. A faixa etária dos trabalhadores variou de 19 a 67 anos, em que 40,5% têm entre 30 e 40 anos, sendo 35,7% abaixo de 30 anos e 23,8% acima dos 40 anos.

Segundo o CNAE, o setor de fabricação de móveis com predominância de madeira é considerado grau de risco três em uma escala de 1 a 4. O setor das indústrias madeireira e moveleira é, atualmente, líder em acidentes de trabalho no Paraná, outro estado importante no mercado desse segmento. A causa principal tem sido atribuída ao uso de máquinas inadequadas, sem manutenção e sem proteção para os trabalhadores. O ambiente de trabalho desse segmento industrial está totalmente sem controle, expondo os trabalhadores a ruído, poeira e produtos químicos para tratamento da madeira. As máquinas e equipamentos encontram-se desprotegidos e para agravar a situação, as condições sanitárias e de conforto nos locais de trabalho são totalmente adversas ao trabalhador (Rink, 2004).

Segundo dados da Previdência Social de 2007, na distribuição por setor de atividade econômica, o setor agrícola participou com 5,1% do total de acidentes registrados, o setor

de indústrias com 49,3% e o setor de serviços com 45,6%, excluídos os dados de atividade “ignorada” (Brasil, 2009a).

Em nosso estudo, segundo o CBO, a maioria dos trabalhadores encontra-se no setor de fábrica e com as seguintes ocupações: marceneiro, lustrador, montador, vidraceiro e almoxarife, e com remuneração média de R\$ 4,55 por hora.

A renda mensal predominante do trabalhador da indústria moveleira de Roraima é de até três salários mínimos, mesmo, muitos trabalhadores não terem qualquer qualificação profissional para atuarem nesse setor, segundo a Federação das Indústrias de Roraima em uma pesquisa sobre o perfil desses trabalhadores realizada em 2007.

Segundo dados do Setor de Estatística do Centro Técnico Nacional da Fundacentro em pesquisa realizada no município de São Bento do Sul – Santa Catarina, a indústria moveleira foi a que mais teve acidentes, com 1113 casos, de um total de 2598 casos avaliados por meio das CATs arquivadas no hospital da região. Observou-se que a maioria dos acidentes (62,2%) foi com trabalhadores mal remunerados, cujas rendas iam de um a dois salários-mínimos mensais e 27,4% ocorreram na primeira hora trabalhada, quando o trabalhador estava ajustando a máquina para iniciar a produção (Silva, 2005).

Dos 29 acidentes típicos encontrados em nosso estudo, dois (6,9%) ocorreram antes da primeira hora trabalhada.

Em outro estudo transversal descritivo em que foram analisadas 254 Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), foram identificados todos os acidentes típicos entre janeiro de 1997 e janeiro de 1999, notificados a um dos postos do Instituto Nacional de Seguro Social em Lages, Santa Catarina e encontrados os seguintes resultados: a quantidade de horas trabalhadas até a ocorrência do acidente variou entre 1h e 15h. Durante as primeiras três horas de trabalho, registrou-se a maior concentração dos acidentes: 43% do total. Na primeira hora ocorreram 14% do total de acidentes. A soma das primeiras oito horas resultou em 95% dos acidentes (Souza *et al.*, 2002).

Destaca-se que uma questão sempre atual diz respeito à concepção adotada quanto às causas dos acidentes de trabalho. A mais freqüente indica que os acidentes de trabalho são resultantes dos chamados atos inseguros praticados pelo próprio trabalhador. Contudo, sabemos que mesmo aqueles acidentes que ocorrem pelo descuido do trabalhador muitas

vezes são condicionados por diferentes determinantes, tais como o cansaço provocado pelas horas extras, estafa crônica, horas não dormidas, alimentação e transporte deficientes, precárias condições ambientais, manuseio de máquinas e equipamentos que requeiram atenção redobrada, intensificação do ritmo de trabalho, exigências de um trabalhador polivalente e más condições de vida e de trabalho, entre outras causas (Mendes & Wunsch, 2007).

Recente avanço conceptual e metodológico na investigação de segurança comportamental permitiu uma oportunidade para integrar os resultados da investigação recente e passadas. Com base nos modelos teóricos do clima de trabalho e desempenho do trabalhador, este estudo integra quantitativamente a literatura de segurança, examinando meta-analiticamente antecedentes baseados em pessoa e em situação de comportamentos de desempenho de segurança e os resultados de segurança (ou seja, acidentes e lesões). Como previsto, conhecimentos de segurança e motivação de segurança foram mais fortemente relacionados os comportamentos de desempenho de segurança, seguidos de perto pelo clima de segurança psicológica e o clima de segurança do grupo. Aos acidentes e lesões, no entanto, o clima de segurança do grupo tinha a associação mais forte. São discutidas as implicações das conclusões para fazer avançar o estudo e a gestão da segurança do local de trabalho (Christian *et al.*, 2009).

Em nosso estudo as partes do corpo mais atingidas foram os membros superiores, principalmente mãos e dedos (n=20, 58,8%) e causados na sua maioria por ferramentas, toras de madeira, serra e corda. Outras partes atingidas e afetando múltiplas regiões corresponderam a 32,4% (n=11) e foram causados por materiais diversos e totalizaram 374 dias de afastamento entre 2006 a 2008.

Um exemplo relacionado ao acidente de trabalho e das condições de trabalho é o trauma sofrido pela mutilação de um dos membros ou de outras lesões permanentes. Muitas vezes o seguro destinado à proteção das vítimas garantindo uma indenização justa conforme o grau da seqüela resulta em revolta e exacerba o sentimento de menos valia, pois não corresponde à perda real tanto nos seus aspectos físicos quanto psicológicos. A perda de um dos dedos, por exemplo, não implica somente na incapacidade do movimento de prensa ou qualquer coisa parecida, mas implica também num conjunto de gestuais que

podem ocasionar constrangimentos sociais. Um simples gesto de acenar com a mão numa despedida, por exemplo, perde a intencionalidade, pois pode representar outra coisa e não àquela intencionada. O próprio suporte psicológico pode ficar comprometido, pois o trabalhador reconhece-se a si mesmo com os dez dedos e isso lhe possibilita desempenhar quaisquer atividades; porém, por força de um acidente ocasionado pela falta de previsibilidade das condições potenciais de segurança ocorreu um erro, o que pode ser considerado negligência, tornando o trabalhador incapaz de utilizar um dos dedos (Cruz *et al.*, 2005).

Segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social 2007, as partes do corpo com maior incidência de acidentes de motivo típico foram o dedo, a mão (exceto punho ou dedos) e o pé (exceto artelhos) com, respectivamente, 30,4%, 9% e 7,3% do total (Brasil, 2009a).

Mutilações são um tema recorrente no Sindicato dos Trabalhadores na Indústria da Construção e do Mobiliário de São Bento do Sul (Siticom, filiado à CUT). Dos 24 diretores, três perderam dedos fabricando móveis. Na categoria é difícil encontrar quem não conheça alguém mutilado. Para os trabalhadores a prevenção de acidentes continua em segundo plano na agenda patronal, mais focada em valorização do câmbio, carga tributária e competição externa. Dedos são 47% das ocorrências, mãos 18% e pés 8%. Ferimentos de tronco e coluna também são comuns, indicando jornada excessiva (Veras, 2006).

O objetivo do trabalho desenvolvido por Hannerz *et al.*, em 2007, foi investigar a influência dos diferentes tipos de lesões no risco para a reforma de invalidez entre a população economicamente ativa na Dinamarca. No presente estudo prospectivo todas as pessoas de mão-de-obra dinamarquesa entre a idade 21-54 anos ($n = 2.211.057$) foram avaliados para a aposentadoria por invalidez durante 1997-2001. E puderam concluir que a frequência elevada de lesões e sua influência sobre as taxas de aposentadoria sugerem que a prevenção de lesões é uma abordagem altamente relevante para reduzir os custos futuros das aposentadorias por invalidez.

Wong, em 2008, avaliou o tempo médio de dispensa de trabalho para os pacientes com ferimentos de mão, bem como fatores que influenciam o comprimento da dispensa de trabalho para assuntos antes de retornar para trabalhar. Um total de 124 trabalhadores foram

recrutados e seguiu até duas semanas após sendo liberados da terapia ou até que eles retomaram o trabalho. De 124 trabalhadores, 109 retomaram seus postos de trabalho anteriores, com uma média de oito semanas de trabalho e nove semanas em reabilitação regular. Mostra o resultado que a gravidade do acidente, número de operações e a presença dos pedidos de indenizações foram de prejuízo para o período de tempo de afastamento devido à lesão nas mãos dos trabalhadores.

O Ministério do Trabalho Emprego tem investido nas análises dos acidentes de trabalho, para isso assinou um termo de cooperação com a Procuradoria do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). A pesquisa servirá instrumento de prevenção de novos acidentes. Entre as principais ações desenvolvidas pela comissão formada pelos Ministério da Saúde, Previdência Social, e Trabalho e Emprego estão reforço na fiscalização de acidentes, estudo de uma regulamentação mais ampla, e fortalecimento do diálogo social, para a criação de políticas públicas setoriais benéficas para os trabalhadores, patrões e governo (Brasil, 2009f).

A composição dos acidentes, de acordo com sua gravidade e seus diversos tipos de classificação, por ramo de atividade, ocupação ou outras características demonstra que estes não se constituem em um evento único, sendo desigualmente distribuídos, tanto do ponto de vista qualitativo como do ponto de vista quantitativo. A relação entre o processo de trabalho e a violência urbana, portanto, passa a ser objeto de intervenção das políticas preventivas de acidentes, demandando uma maior articulação do setor saúde com outros setores, entre eles o planejamento urbano. Os sistemas de registro de acidentes de trabalho hoje existentes fornecem uma informação não suficientemente explorada (Machado & Minayo, 1994).

A notificação correta e a apuração adequada dos fatores relacionados ao acidente de trabalho, tanto no enfoque epidemiológico quanto a respeito das pessoas afetadas, permitem aos gestores das indústrias interferências e ações mais eficazes, podendo evitar mais perdas econômicas, sociais e obter maior controle dos acidentes.

A CAT é um instrumento importante na análise epidemiológica do acidente de trabalho, pelas informações que pode disponibilizar, porém ela se torna limitada quando o registro dos dados não é feito de forma correta ou as anotações são incompletas.

CONCLUSÃO

- Os acidentes do tipo típico, que é aquele ocorrido dentro do estabelecimento de trabalho, foram os acidentes mais prevalentes;
- Os trabalhadores acidentados são maioria masculina e encontram-se, segundo o Código Brasileiro de Ocupação, no setor fábrica;
- Houve uma concentração de acidentes entre trabalhadores mais jovens;
- As partes do corpo mais atingidas nos acidentes foram os membros superiores;
- Todos os acidentes tiveram afastamento do trabalhador;
- Os dados analisados neste trabalho e os resultados encontrados, embora mereçam ser objeto de análises mais profundas, chamam atenção para a necessidade de implementação de controles e incentivos que resultem na melhoria dos indicadores apresentados e, conseqüentemente, garantam a melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador.
- Os acidentes de trabalho são agravos de expressivo impacto no absenteísmo e na produtividade das empresas, devendo ser, portanto, objeto prioritário das ações educativas e preventivas da Saúde Ocupacional.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira da Indústria do Mobiliário. Textos e dados estatísticos sobre a indústria moveleira no Brasil. Disponível em: URL: <http://www.abimovel.org.br> [2009 set 24].
- Brasil, Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho de 2007. [Acesso 2009a Agosto]. Disponível em URL: <http://www.previdenciasocial.gov.br>.
- Brasil, Ministério da Previdência Social. Legislação. [Acesso 2009b Agosto]. Disponível em URL: <http://www.previdenciasocial.gov.br>.
- Brasil, Ministério da Previdência Social. Estatística. [Acesso 2009c Agosto]. Disponível em URL: <http://www.previdenciasocial.gov.br>.
- Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras. [Acesso 2009d Set]. Disponível em URL: <http://www.mte.gov.br>.
- Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. CBO - Classificação Brasileira de Ocupações. [Acesso 2009e Jun]. Disponível em URL: <http://www.mteco.gov.br>.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. [Acesso 2009f Set]. Disponível em URL: <http://www.mte.gov.br>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Trabalhador Protocolos de Complexidade Diferenciada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2006.
- Christian MS, Bradley JC, Wallace JC, Burke MJ. Workplace safety: a meta-analysis of the roles of person and situation factors. *J Appl Psychol.* 2009 Sep;94(5):1103-27.
- Cruz RM, Maciel SK. Perícia de danos psicológicos em acidentes de trabalho. *Estudos e pesquisas em psicologia.* UERJ, RJ, ano 5; n.2, 2º semestre de 2005.
- Federação das Indústrias do Estado de Roraima – FIER. Perfil do trabalhador da indústria moveleira do estado de Roraima. 1ª Edição. Roraima, 2007.
- Hannerz H, Spangenberg S, Tüchsen F, Nielsen ML, Mikkelsen KL Prospective analysis of disability retirement as a consequence of injuries in a labour force population. *J Occup Rehabil.* 2007Mar; 17(1):11-8.

- Machado JMH, Minayo G. Acidentes de Trabalho: Uma Expressão da Violência Social. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro. 1994; 10 (suplemento1): 74-87.
- Mendes JM, Wunsch DS. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2007; 32 (115): 153-163.
- Microsoft Corp. Excel, release 2007. Microsoft Corp, Richmond:CA, 2007.
- Organização Internacional do Trabalho. Disponível em URL: <http://www.oitbrasil.org.br/new27042009.php>.
- Rink M R. Revista Fae Business. 2004; número 9.
- Serviço Social da Indústria- Sesi. Perfil do Trabalhador Formal Brasileiro. Publicações e pesquisas. [Acesso 2009 Jul.]. Disponível em URL: <http://www.sesi.org.br>.
- Silva FC. Avaliação dos acidentes de trabalho no pólo moveleiro catarinense em comparação às estatísticas do Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) - período 2000 a 2003. [Painel]. Universidade Federal de Santa Catarina Anais da 5ª Semana de Ensino, 2005.
- Silva KR, Souza AP, Minetti LJ. Avaliação do perfil de trabalhadores e das condições de trabalho em marcenarias no município de Viçosa-MG. Rev. Árvore [online]. 2002, vol.26, n.6, pp. 769-775.
- Souza V, Blank LGV, Calvo MCM. Cenários típicos de lesões decorrentes de acidentes de trabalho na indústria madeireira. Rev. Saúde Pública. 2002; vol.36 no. 6.
- Tuntiseranee P, Chongsuvivatwong V. A survey into process and workers characteristics in the wood furniture industry in Songkhla Province, southern region of Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 1998 Dec;29(4):814-20.
- Veras, D. Madeira e Sangue. Observatório Social em Revista. 2006, 11.
- Wong J Y. Time off work in hand injury patients. J Hand Surg Am. 2008 May-Jun; 33(5): 718-25.



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO - CAT
(Leitura atenta das orientações, no verso, antes do preenchimento)

		1 - Emitente <input type="checkbox"/> 1 - Empregador 2 - Sindicato 3 - Médico 4 - Segurado ou dependente 5 - Autôntico pública		
		2 - Tipo de CAT <input type="checkbox"/> 1 - Início 2 - Reabertura 3 - Comunicação de Óbito em:		
I - EMITENTE	Empregador	3 - Razão Social / Nome		
		4 - Tipo <input type="checkbox"/> 1 - CGC/CNPJ 2 - CBI 3 - CPF 4 - NIT 5 - CNAE		
	Acidentado	5 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp		6 - Bairro
		7 - CEP		7 - Município
		8 - UF		9 - Telefone
		10 - Nome		11 - Nome da mãe
		12 - Data de nascimento		13 - Sexo <input type="checkbox"/> 14 - Estado civil <input type="checkbox"/>
		15 - CTPS <input type="checkbox"/> 16 - UF		17 - Carteira de identidade
		18 - UF		19 - PIS/PASEP
		20 - Remuneração mensal		21 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp
Acidente ou Doença	22 - CEP		22 - Município	
	23 - UF		24 - Telefone	
	25 - Nome da ocupação		26 - CBO	
	27 - Filiação à Previdência Social <input type="checkbox"/>		28 - Aposentado? <input type="checkbox"/>	
	29 - Área <input type="checkbox"/>		30 - Data do acidente	
	31 - Hora do acidente		32 - Após quantas horas de trabalho?	
	33 - Houve afastamento? <input type="checkbox"/>		34 - Último dia trabalhado	
	35 - Local do acidente		36 - CGC/CNPJ	
	37 - Município do local do acidente		38 - UF	
	39 - Especif. do local do acidente		40 - Parte(s) do corpo atingida(s)	
41 - Agente causador		42 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença		
		43 - Houve registro policial? <input type="checkbox"/>		
		44 - Houve morte? <input type="checkbox"/>		
Interessado	45 - Nome		46 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp	
	47 - Bairro		47 - CEP	
	47 - Município		48 - UF	
	48 - Telefone		49 - Nome	
50 - Endereço Rua/Av./Nº/Comp		51 - Bairro	51 - CEP	
51 - Município		52 - UF	52 - Telefone	
Local e data		Assinatura e carimbo do emitente		
II - ATESTADO MÉDICO	Atendimento	53 - Unidade de atendimento médico		
		54 - Data		
	Lesão	55 - Hora		
		56 - Houve internação? <input type="checkbox"/>		
		57 - Duração provável do tratamento (dias)		
Diagnóstico	58 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="checkbox"/>			
	59 - Descrição e natureza da lesão			
60 - Diagnóstico provável		61 - CID - 10		
62 - Observações				
Local e data		Assinatura e carimbo do médico com CRM		
III - INSS	63 - Recebida Em		64 - Código da Unidade	
	65 - Número da CAT		66 - É reconhecido o direito do segurado à habilitação e ao benefício acidentário? <input type="checkbox"/>	
	67 - Tipo <input type="checkbox"/>		68 - Matrícula do servidor	
67 - Tipo <input type="checkbox"/>		68 - Matrícula do servidor		
Matrícula		Assinatura do servidor		
<p>NOTAS</p> <p>1. A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos arts. 171 e 259 do Código Penal.</p> <p>2. A comunicação de acidente de trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 136 do Decreto nº 2.172/97.</p> <p>3. A comunicação, os conceitos e a caracterização são regidos pelo Decreto nº 2.172/97.</p>				
<p>A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATORIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO.</p>				

CONCLUSÃO

Pelo estudo realizado, pôde-se concluir que:

- Ter um conhecimento dos hábitos e do perfil do trabalhador é um fator relevante para promover uma atenção de saúde oral no contexto da Saúde Ocupacional.
- O sangramento gengival é um indicador forte na autopercepção da saúde oral e qualidade de vida dos trabalhadores.
- O absenteísmo na indústria de móveis deu-se mais por razões médicas, quando comparado com as razões odontológicas, devido ao maior número de faltas e à maior duração das mesmas, levando aos problemas decorrentes da falta do trabalhador em seu serviço.
- Um número expressivo de atestados sem o Código Internacional de Doenças.
- A homologação por parte do Departamento de Pessoal da indústria de atestados com preenchimento incorreto e declarações diversas.
- O absenteísmo tem uma relação estreita com a produtividade das empresas, devendo ser, portanto, objeto prioritário das ações educativas e preventivas da Saúde Ocupacional.
- O conhecimento do perfil do trabalhador, as causas do absenteísmo e a disponibilidade dessas informações é muito importante a fim de facilitar a tomada de decisões das distintas estratégias para sua prevenção
- Os acidentes de trabalho do tipo típico, que é aquele ocorrido dentro do estabelecimento de trabalho, foram os acidentes mais prevalentes;
- Os trabalhadores acidentados são maioria masculina e encontram-se, segundo o Código Brasileiro de Ocupação, no setor fábrica;
- Houve uma concentração de acidentes entre trabalhadores mais jovens;
- As partes do corpo mais atingidas nos acidentes foram os membros superiores;
- Todos os acidentes tiveram afastamento do trabalhador;
- Os dados analisados neste trabalho e os resultados encontrados, embora mereçam ser objeto de análises mais profundas, chamam atenção para a necessidade de

implementação de controles e incentivos que resultem na melhoria dos indicadores apresentados e, conseqüentemente, garantam a melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador.

- Os acidentes de trabalho são agravos de expressivo impacto no absenteísmo e na produtividade das empresas, devendo ser, portanto, objeto prioritário das ações educativas e preventivas da Saúde Ocupacional.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Presidência da República Federativa do Brasil. Legislação. [Acesso 2009 Set]. Disponível em URL: <http://www.presidencia.gov.br/legislação>.
- Conselho Federal de Medicina. [Acesso 2009 Agosto]. Disponível em URL: <http://www.cfo.org.br>.
- Conselho Regional de Medicina de São Paulo. [Acesso 2009 Agosto]. Disponível em URL: <http://www.cremesp.org.br>.
- Kuoppala J, Lamminpaa A, Husman P. Workhealth promotion, job well-being, and sickness absences - a systematic review and meta-analysis. *J Occup Environ Med*. 2008; 50(11): 1216-27.
- Lee YM, Jung MH. Economic impact according to health problems of workers. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2008; 38(4): 612-9.
- Mattke S, Balakrishnan A, Bergamo G, Newberry SJ. A review of methods to measure health-related productivity loss. *Am J Manag Care*. 2007; 13(4): 211-7.
- Mazzili LEN. *Odontologia do trabalho*. São Paulo: Santos; 2007 p.78.
- Pereira HC, Costa RH. *Odontologia e Saúde Ocupacional: Assumindo um compromisso para além do assistencial*. *Jornal da ABO*. 2005; n. 96.
- Romankow J. Medical certification in workers involved in logging and wood processing. *Arch Med Sadowej Kryminol*. 2007; 57(1): 89-94.
- Segres M, Cohen C. *Bioética. Revista Ampliada*. Editora Universidade de São Paulo. 2002; 3ªed.
- Silva SRC, Fernandes RAC. Self perception of oral health status by the elderly. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35 (4): 349-55.
- World Health Organization. [Acesso 2009 Maio]. Disponível em URL: <http://www.who.int/topics/en/>.



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



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "**Absenteísmo médico/odontológico e qualidade de vida dos trabalhadores de uma indústria de móveis em Itatiba - SP**", protocolo nº 009/2009, dos pesquisadores Cristina Gomes de Macedo Maganin e Dagmar de Paula Queluz, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 11/03/2009.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Dentistry and medical absenteeism and life quality of workers on furniture industry in Itatiba - SP**", register number 009/2009, of Cristina Gomes de Macedo Maganin and Dagmar de Paula Queluz, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at .

Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas
Secretário
CEP/FOP/UNICAMP

Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

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