



**Elaine Justino Santos**

**ABSENTEÍSMO POR MOTIVOS ODONTOLÓGICOS EM UM TRIBUNAL  
DO TRABALHO DESDE SUA FUNDAÇÃO ATÉ OS DIAS ATUAIS**

*ABSENTEEISM BY DENTISTRY PROBLEMS IN AN EMPLOYMENT COURT SINCE ITS  
FOUNDATION UNTIL THE PRESENT DAYS*

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

**PIRACICABA**

**2009**



**Elaine Justino Santos**

**ABSENTEÍSMO POR MOTIVOS ODONTOLÓGICOS EM UM TRIBUNAL  
DO TRABALHO DESDE SUA FUNDAÇÃO ATÉ OS DIAS ATUAIS**

*ABSENTEEISM BY DENTISTRY PROBLEMS IN AN EMPLOYMENT COURT SINCE ITS  
FOUNDATION UNTIL THE PRESENT DAYS*

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para 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

Sa59a Santos, Elaine Justino.  
Absenteeismo por motivos odontológicos em um Tribunal do Trabalho desde a sua  
fundação até os dias atuais / Elaine Justino Santos. – Piracicaba, SP: [s.n.], 2009.  
xi, 91f.

Orientador: Dagmar de Paula Queluz.  
Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba.

1. Odontologia do trabalho. I. Queluz, Dagmar de Paula. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Título em Inglês: Absenteeism by dentistry problems in an employment court since its foundation until  
the present days

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Occupational dentistry

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**

Dedico este trabalho à minha família: meu pai José, já falecido, meu exemplo de vida, minha mãe, Maria José, que está sempre me apoiando com suas orações, meu marido Léo, que cuidou com muito carinho de nossos filhos na minha ausência, e meus três filhos, Caio, Fábio e Juliana que são o meu tesouro mais valioso.

## AGRADECIMENTOS

Ao Tribunal Regional do Trabalho da 15ª região na figura de seu Exmº Presidente Dr. Luís Carlos Cândido Martins da Silva Sotero por permitir a divulgação deste trabalho contribuindo com a nova área de Odontologia do Trabalho.

Ao Dr. William Barros de Abreu, diretor da Diretoria de Saúde do Tribunal, que permitiu a utilização dos arquivos para a coleta e análise dos dados necessários para este estudo.

A Profª Dra. Dagmar de Paula Queluz que com seu dinamismo e energia contagiante ampliou nossos horizontes para além das quatro paredes de um consultório odontológico.

Aos colegas de trabalho que contribuíram na realização desta monografia: Ester Alves de Oliveira, Vânia Barbosa, Maurício Rodrigues Morais, Rosemary Rodrigues, Rosely Aparecida Gobby, Laura Regina Aranha.

À todas as pessoas que participaram, contribuindo para a realização deste trabalho, direta ou indiretamente, meu agradecimento.

O valor das coisas não está no tempo em que elas duram,  
Mas na intensidade com que acontecem.  
Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.  
(Fernando Pessoa)

## RESUMO

Este estudo teve como objetivos: identificar os principais fatores que estão envolvidos com o absenteísmo odontológico desde a fundação (dezembro de 1986) do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª região (TRT de Campinas) até dezembro de 2008; verificar se houve queda do absenteísmo odontológico após a instalação de atendimento odontológico na sede deste Tribunal; verificar se nas outras cidades da 15ª região o absenteísmo odontológico apresenta maior frequência do que em Campinas. Foram coletados do arquivo do Tribunal dados dos atestados odontológicos que constavam em 3084 prontuários médicos de servidores (2741) e juízes (343) do quadro do tribunal no período citado tais como: gênero, faixa etária, função, origem dos atestados, Classificação Internacional de Doenças (CID), duração do absenteísmo, mês/ano em que se verificou a falta, CNAE (Classificação Nacional de Atividades Econômicas). Os resultados indicaram: maior frequência em números absolutos sobre o gênero feminino, faixa etária mais acometida de 30 a 40 anos e a de menor prevalência acima de 60 anos, tempo médio de afastamento de 1,93 dias, sendo que os afastamentos de um dia foram responsáveis por 65,30% do total. As causas mais prevalentes de acordo CID foram: K01(25,78%), K04(10,57%) e K05 (6,37%). O percentual de absenteísmo médio em 22 anos foi em média 0,022, mostrando-se inferior aos encontrados na literatura. A instalação do atendimento odontológico não refletiu na queda do absenteísmo na 15ª região como um todo, porém influenciou nos índices de absenteísmo da cidade de Campinas (sede do Tribunal).

Palavras-chave: absenteísmo odontológico, saúde do trabalhador, Odontologia do Trabalho

## **ABSTRACT**

The purpose of this study were: to identify the most important factors involved in dentistry absenteeism since the establishment of the Employment Court in Campinas-São Paulo-Brazil until december-2008; to verify if there was a decrease in dentistry absenteeism after the introduce the dentistry service in the hall of the Court and to verify if at the others cities of the 15<sup>a</sup> area the dentistry absenteeism has larger frequency than in Campinas. The information was collected from the dentistry statements of the archives of the Health Department of the Court. Some information that were searched: classification of the institution, gender, age, origin of the statements, period of the absenteeism and month/year when the absence happened, CNAE (National Classification of Economic Activities). Among 3084 health files from public workers (2741) and judges (343) were analyzed. The results indicated: larger prevalence of female gender, largest frequency in the age group from 30 to 40 years old and the smallest frequency in the age group upper from 60 years old. It was found an average sick-leave period of 1, 93 days. According to the International Classification of Diseases and Problems Related to Health -ICD-10 WHO-1993, the most prevalent dental problems found in this study were: K01(25.78%), K04(10.57%) and K05(6.37%).The results of this study pointed to lower rates of absenteeism than the results found at the literature. The introduce of the dentistry service did not have influence on the rates of absenteeism of 15<sup>a</sup> area, however it influenced the absenteeism rates at the city of Campinas (hall of the Court).

**Keywords:** dental absenteeism, worker health, Labor Dentistry

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

A.C. - Antes de Cristo

Art. - Artigo

ATM- Articulação Têmporo Mandibular

CBO- Classificação Brasileira de Ocupações

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidente

CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas

CP - Código Penal

DOU - Diário Oficial da União

EPC - Equipamento de Proteção Coletiva

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESB - Equipe de Saúde Bucal

FOP - Faculdade de Odontologia de Piracicaba

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

NR- Norma Regulamentadora

TEM - Ministério do Trabalho e Emprego

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PL - Projeto de Lei

PPP - Perfil Profissiográfico Profissional

PPRA - Programa de prevenção de Riscos Ambientais

PSSS - Plano de Seguridade Social do Servidor

RGPS - Regime Geral da Previdência Social

SESMT - Serviço de Engenharia Segurança e Medicina do Trabalho

TRT - Tribunal Regional do Trabalho

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

## SUMÁRIO

	pag.
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	04
2.1. DOENÇAS OCUPACIONAIS.....	04
2.2. ODONTOLOGIA DO TRABALHO.....	08
2.3. ABSENTEÍSMO.....	16
2.4. O ATESTADO ODONTOLÓGICO.....	22
2.5 EXAMES TRABALHISTAS.....	31
2.6. O TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO.....	35
3. OBJETIVOS.....	39
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	40
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	44
6. CONCLUSÕES.....	79
REFERÊNCIAS.....	80
ANEXOS.....	85

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho acompanha o homem desde o surgimento da humanidade. Seja no nomadismo ou mais tarde quando houve a fixação do homem ao longo de rios e lagos para o cultivo de plantações, onde se iniciaram as civilizações antigas. O trabalho se faz presente para homens e mulheres cada em suas funções, seja na caça, na pesca, na agricultura ou nas tarefas domésticas. Desde então, saúde e capacidade física são necessárias para se executar um trabalho de qualidade. O conhecimento e as tecnologias foram se desenvolvendo ao longo do tempo e o homem foi se adaptando às atividades laborais, ao contrário do que prega os princípios ergonômicos em que a atividade é que deve se adaptar ao homem.

Com o advento da revolução industrial, o controle do processo de produção saiu das mãos dos trabalhadores e passou para os capitalistas. Assim os trabalhadores foram excluídos da discussão, gestão, organização e planejamento do trabalho.

No princípio deste século, a doutrina taylorista recomendava que o trabalho fosse fragmentado em segmentos, pois com isso, se conseguiria maior eficiência. No entanto, com essa segmentação, o trabalhador deixou de ter o conhecimento do todo e tornou o trabalho mais monótono e restrito. No processo de trabalho os trabalhadores utilizam suas potencialidades de acordo com o que lhes é exigido. Portanto, o trabalhador também é detentor do conhecimento.

No início do século XX iniciou a preocupação de prover serviços de saúde ao trabalhador, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do processo industrial. Surgiu, assim, a "Medicina do Trabalho" como especialidade médica na Inglaterra, com a instalação de serviços de assistência nos locais de trabalho ou em suas imediações (Mendes e Dias, 1991).

No século passado, novas ideias surgiram em torno das relações "Saúde e Trabalho", emergindo a concepção de "Saúde do Trabalhador". Esta é entendida como um conjunto de práticas teóricas, interdisciplinares e institucionais desenvolvidas por sujeitos

em lugares sociais distintos (Gomez e Costa, 1997), em que o trabalhador assume o seu papel histórico de sujeito e passa a buscar o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais "saudáveis" (Oliveira e Vasconcelos, 2000).

A Saúde do Trabalhador é uma área técnica da Saúde Pública que busca intervir na relação entre o sistema de produção e a saúde, no sentido de promover um trabalho que dignifique ao invés de denegrir o homem. Tem como missão auxiliar na estruturação de uma sociedade que promova a saúde através dos espaços de trabalho.

No que concerne às consequências das condições de trabalho para as estruturas bucais, sabe-se que, em razão da localização e das funções que o trabalhador exerce, estas são vulneráveis à ação de agentes tóxicos presentes no ambiente e podem conduzir a alterações bucais. Assim, o campo da saúde bucal do trabalhador, cujos princípios se aproximam dos da saúde do trabalhador, tem como objeto a relação entre saúde bucal e trabalho, tratando de promover, preservar e recuperar a saúde bucal de populações inseridas nos diversos processos de trabalho, contribuindo assim para a sua qualidade de vida (Araújo e Marcucci, 2000). A Odontologia do Trabalho visa o estudo, compreensão e solução dos problemas de saúde bucal dos trabalhadores, atuando de forma preventiva e deverá atuar especialmente no absenteísmo tipo II ou de corpo presente que é difícil de ser mensurado, afeta a produtividade e aumenta o risco de acidentes de trabalho.

Dentro das ações de saúde do trabalhador, a promoção da saúde nas empresas é um aspecto que tem tido grande ênfase nos últimos anos. Exemplos dessas ações são: a implantação de exercícios físicos, tais como a ioga, além de outros benefícios, como a odontologia assistencial, que tem como objetivo o bem estar do trabalhador, que mais satisfeito e saudável, produz mais e com melhor qualidade (Midorikawa, 2000).

A odontologia assistencial (voltada para os procedimentos curativos em sua maioria), tem trazido benefícios consideráveis ao trabalhador, mas falta ainda o olhar do dentista do trabalho desenvolvendo ações de vigilância dos riscos presentes no local de trabalho e sobre as doenças ocupacionais com manifestações bucais. Os setores público e privado tem buscado oferecer atendimento odontológico aos trabalhadores com o objetivo de diminuir o absenteísmo por motivos odontológicos através de procedimentos

principalmente curativos seja em serviços próprios ou através de convênios contratados para esta prestação de atendimento. Embora a taxa de absenteísmo por motivos odontológicos não seja tão relevante em relação ao absenteísmo por motivos médicos, o mais preocupante é que o presenteísmo por motivos odontológicos existe, é difícil de ser mensurado e pode provocar acidentes de trabalho relacionados a causas odontológicas e diminuição na lucratividade das empresas.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. DOENÇAS OCUPACIONAIS

De acordo com Mendes (1980), Hipócrates (460-376 AC) já descrevia casos de intoxicação por chumbo, sem atentar para a ocupação laboral do paciente. Georg Bauer em 1556(1494-1555) publicou um livro em que um capítulo abordava as doenças que mais acometiam os mineradores. Em 1567, um estudo de Paracelso (1493-1541) revelava as relações entre doença e trabalho enfatizando em especial as intoxicações provocadas pelo mercúrio.

Bernardino Ramazzini, um médico italiano, é visto por muitos como o pai da medicina do trabalho, foi o primeiro a realizar um estudo científico relacionando as doenças com as atividades laborais em 1700 no livro “As doenças dos trabalhadores”. Referências à Odontologia do Trabalho foram feitas em seu livro “Morbis Artificum Diatriba” em que ele descreve sinais bucais em doenças ocupacionais. Ele relacionava danos provocados pelo manuseio do mercúrio tais como salivação excessiva e úlceras na garganta. Em 1700, neste livro ele já relatava sinais odontológicos de doenças profissionais. No Capítulo I - Das Doenças dos Mineiros – o autor escreve:

*”As doenças que atacam os cavouqueiros, assim como os artífices do mesmo gênero, são principalmente: dispnéia, tísica, apoplexia, coquexia, paralisia, tumores nos pés, perda de dentes, úlceras nas gengivas, dores articulares e tremores”*

Thomas (1917) escreveu sobre as causas da “pyorrhéia alveolar” citando entre outras doenças como uma manifestação comum em intoxicações com arsênio, sulfito de hidrogênio, nitrobenzeno, bismuto, mercúrio etc. Em 1918 o mesmo autor enfatiza a perfeição da máquina humana e afirma que mais atenção deve ser dada com relação à sua saúde. O reconhecimento de que a saúde no trabalho era importante levando a um aumento

da produtividade do trabalhador e conseqüentemente ao crescimento das empresas despertou um maior comprometimento pela saúde dos trabalhadores.

Midorikawa (2000) relatou que a referência histórica da odontologia em grandes empresas começou em 1887 na construção de uma grande ferrovia no oeste da Inglaterra e também com grandes companhias tais como; Ford dos Estados Unidos em 1916 e Olivetti na Itália em 1936. Durante os séculos XIX e XX, grandes investimentos foram direcionados para a área de saúde dos trabalhadores. Midorikawa relata que segundo Goldhorn (1942), o aumento da proteção da vida contra os acidentes industriais, a prevenção e a eliminação de doenças ocupacionais têm como objetivo o aumento da eficiência industrial, a diminuição da perda de tempo por incapacidade parcial por acidente ou doença - que contribui para a produção de erros - e a redução de práticas desatentas que podem provocar acidentes de trabalho. O autor comenta a prevalência de doenças bucais e seus efeitos sobre a saúde geral, divide as infecções dentais em dois grupos - aquelas resultantes do avanço da cárie dentária e aquelas desenvolvidas nos tecidos gengivais - e sua influência na eclosão de reumatismos, problemas gástricos, halitose, cardiopatias, transtornos do trato geniturinário, enfatizando que a implantação de serviços odontológicos na indústria deve ser considerada como uma forma de reduzir as doenças nesse segmento somente pela prevenção e eliminação da infecção dental.

Schour & Sarnat (1942), analisando as diferentes manifestações bucais de doenças ocupacionais estudaram a estrutura afetada, o processo patológico, o agente etiológico e a ocupação. Os autores concluíram que a cavidade bucal é a porta de entrada dos agentes ocupacionais nocivos, e que os exames médicos realizados em trabalhadores industriais deveriam contemplar também exames odontológicos, pois estes têm algumas vantagens: o acesso à cavidade bucal é fácil; o esmalte, a dentina e os tecidos moles podem revelar exposições ocupacionais passadas; efeitos sistêmicos podem ser transmitidos pela cavidade bucal através do sangue e da saliva, apresentando sintomas característicos. A má higiene torna o trabalhador mais susceptível aos problemas ocupacionais bucais; a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento das doenças ocupacionais que apresentam

manifestações bucais devem contribuir para a melhora das condições de trabalho, e para o estabelecimento e a manutenção de ótima condição de saúde geral e bucal.

Entre os fatores importantes para a ocorrência das doenças digestivas relacionadas ao trabalho com manifestações bucais estão agentes físicos, substâncias tóxicas, fatores da organização do trabalho, como estresse, situações de conflito, trabalho em turnos, fadiga, posturas forçadas, horários e condições inadequadas para alimentação.

De acordo com Mazzilli (2003), Shilling (1984) classificou as doenças relacionadas ao trabalho em três grupos:

-Grupo I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, *stricto sensu*, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional. Como exemplos na Odontologia temos: a erosão dentária devido à exposição à névoas de fluoretos e gases ácidos fluorados, em fábricas de fertilizantes e de produção do alumínio; névoas ácidas, entre elas as de ácido crômico (nas galvanoplastias), ácido tartárico, ácido nítrico e ácido sulfúrico (na operação de cargas de baterias).

-Grupo II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais onexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. Como exemplos na Odontologia temos: as gengivites por exposição a névoas de fluoreto e ao mercúrio, as disfunções têmporo mandibulares ocasionadas por estresse e as cáries de confeitiro provocadas pelas névoas de açúcar.

-Grupo III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou pré existente, ou seja, com causa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões. Como exemplo na Odontologia temos a dermatite de contato.

Para os efeitos previdenciários (Regime Geral da Previdência Social - RGPS: DL. 3048/99), **não são** considerados como doença do trabalho:

- a degenerativa;
- a inerente a grupo etário;
- a que não produza incapacidade laborativa;
- a endêmica adquirida por segurado em região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho.

Ainda considerando os efeitos previdenciários, as doenças relacionadas ao trabalho equiparam-se aos acidentes do trabalho, para se usufruir do benefício é necessária a confirmação técnica desta relação através do estabelecimento do Nexo Causal por meio da perícia médica do INSS. A Portaria Interministerial nº 2998, de 23 de agosto de 2001 assim resolveu:

Art. 1º As doenças ou afecções abaixo indicadas excluem a exigência de carência para a concessão de auxílio-doença ou de aposentadoria por invalidez aos segurados do Regime Geral de Previdência Social (RPGS):

- I-tuberculose ativa;
- II- hanseníase;
- III- alienação mental;
- IV- neoplasia maligna;
- V- cegueira;
- VI- paralisia irreversível e incapacitante;
- VII- cardiopatia grave;
- VIII- doença de Parkinson;
- IX- espondiloartrose anquilosante;

X- nefropatia grave;

XI- estado avançado da doença de Paget(osteíte deformante);

XII- síndrome da deficiência imunológica adquirida- AIDS;

XIII- contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada; e

XIV- hepatopatia grave.

Art.2º O disposto no artigo 1º só é aplicável ao segurado que for acometido da doença ou infecção após a sua filiação ao RGPS.

## **2.2. ODONTOLOGIA DO TRABALHO**

A saúde bucal no Brasil, no que tange a população adulta, ainda está abaixo da média internacional. O aumento da prioridade aos trabalhadores é essencial, pois nos últimos anos tem sido relegada ao segundo plano em detrimento do atendimento de crianças na faixa etária de até 14 anos, e a estratégia principal para isso é vincular o atendimento bucal a área de saúde e segurança do trabalho. A cárie dental e a doença periodontal são as manifestações bucais mais prevalentes nos indivíduos. Assim, o foco da odontologia atual, dentro da filosofia da promoção da saúde, é a prevenção das doenças com manifestações bucais nos locais onde as pessoas passam a maior parte do dia: no trabalho

Através de muitos estudos realizados ao longo ao tempo abordando as afecções bucais provocadas por agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, estressantes e organizacionais presentes no ambiente de trabalho, pode-se verificar a importância do dentista do trabalho e a amplitude das atividades que por ele podem ser executadas estando inserido na equipe de saúde e segurança do trabalho. Além de tudo, o local de trabalho é onde o jovem e o adulto em sua fase de maior produtividade passam a maior parte de seu dia, facilitando assim o acesso às informações e ações de prevenção e

promoção de saúde. Outra justificativa pode ser acrescentada a todas as outras em relação a presença do dentista do trabalho nas empresas, os programas de saúde do setor público dos últimos anos não contemplaram esta faixa da população que sempre esteve à margem e sem condições financeiras de frequentar consultórios odontológicos particulares.

Com o intuito de realizar um levantamento epidemiológico em saúde bucal em âmbito nacional que abrangesse várias faixas etárias e proporcionasse um diagnóstico em saúde bucal no Brasil, o Ministério da Saúde concebeu o projeto SB Brasil 2003 com resultados capazes de subsidiar a elaboração das diretrizes para uma política nacional de saúde bucal, bem como ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos de saúde bucal nas diferentes esferas de governo. A população estudada foi composta pelos seguintes grupos etários: 18 a 36 meses; 5 anos; 12 anos; 15 a 19 anos; 35 a 44 anos; e 65 a 74 anos. A população adulta pesquisada envolveu apenas a faixa etária de 35 a 44 anos. A ausência das faixas etárias de 20 a 34 anos e 45 a 64 anos deixou uma lacuna em relação à saúde bucal dos trabalhadores cuja população nestas faixas etárias é significativa. No que se refere aos adultos o CPO-D médio foi de 20,1 na faixa etária de 35 a 44 anos e 27,8 na de 65 a 74. Destaca-se o fato de que o componente perdido é responsável por cerca de 66% do índice no grupo de 35 a 44 anos e quase 93% no grupo de 65 a 74 anos. Em crianças e adolescentes, o principal problema são as cáries não tratadas enquanto que nos adultos e idosos a perda dentária surgiu como o problema mais grave. Isso demonstra que o descuido com relação a programas de saúde bucal para as populações acima de 14 anos reflete nos altos índices encontrados para estas populações onde se insere o grupo dos trabalhadores, e confirma a necessidade de maior atenção para os trabalhadores, população em que atua o dentista do trabalho

Ferreira (1995) relatou que a cárie e outras complicações bucais são responsáveis por 20% da falta ao serviço e pela queda da produção, além de gerar outros tipos de complicações orgânicas, como infecções generalizadas.

Recentemente evidências têm sido constatadas associando a doença periodontal em gestantes e o nascimento de bebês com baixo peso e o relacionamento entre a diabetes mellitos e a doença periodontal tem sido exaustivamente estudado. Isto acontece

porque os microorganismos penetram na corrente sanguínea podendo acarretar problemas sérios de saúde. Portanto um adequado cuidado com a higiene bucal pode reduzir riscos de arteriosclerose, um dos principais causadores de doenças cardíacas e outras complicações como as acima citadas.

Reconhecendo a relevância e a importância que a saúde bucal tem dentro de um conceito de saúde integral do trabalhador o Conselho Federal de odontologia (CFO) desde 1999 se empenha no propósito de inserir os exames odontológicos no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (Norma Regulamentadora nº 7), visando a inserção da odontologia às ações voltadas a prevenção e assistência aos agravos ocupacionais. O Projeto de Lei nº 422 de 2007 que visa à inclusão dos exames odontológicos nos exames para fins trabalhistas foi aprovado pela Comissão de Desenvolvimento Econômico, Indústria e Comércio (12 de agosto de 2009) e segue em tramitação no congresso.

A área de especialidade de Odontologia do Trabalho foi regulamentada pela resolução nº 22, de 27 de dezembro de 2001(DOU 25/01/2001) pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) e é assim definida: a Odontologia do Trabalho é a especialidade que tem como objetivo a busca permanente da compatibilidade entre a atividade laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador.

As competências desta nova especialidade foram assim definidas pela Resolução nº 25, de 28/05/2002 (DOU 28/05/02):

- Identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal no local de trabalho, em qualquer das fases do processo de produção.
- Assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde, segurança, de ergonomia e de higiene no trabalho, assim como em matéria de equipamentos de proteção individual.
- Planejamento e implantação de campanhas e programas de duração permanente para educação dos trabalhadores quanto a acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e educação em saúde.
- Organização de estatísticas de morbidade e mortalidade com causa bucal e investigação de possíveis relações com as atividades laborais.

-Realização de exames odontológicos para fins trabalhistas.

Hopp (2006) afirma que o cirurgião dentista do trabalho é o profissional da odontologia que requer a formação e atualização relativa a todas as especialidades, acrescida dos conhecimentos e paradigmas produzidos por todas as demais disciplinas da saúde ocupacional, engenharia de segurança, direito do trabalho e administração plena, ou seja, é um profissional em constante desenvolvimento e estudo.

No início de 2009 a especialidade foi oficialmente reconhecida como especialidade odontológica na última versão da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), organizada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), quando recebeu o código 2232-76, e é identificada também pelo sinônimo “Odontologia Ocupacional”.

A área de atuação da especialidade vai da realização de exames odontológicos para fins trabalhistas até o planejamento de programas de educação sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, a identificação e a vigilância dos fatores ambientais que constituem riscos à saúde no trabalho e o assessoramento técnico em segurança, ergonomia e higiene do trabalho.

Segundo revisão feita por Queluz (2005) vários autores abordaram, inicialmente a odontologia assistencialista (Guimarães e Rocha-1979) e mais tarde a Odontologia do Trabalho (Garrafa,1986; Zhiliang et al,1987; Hollister& Weintraub,1993; Ferreira,1997) como um fator decisivo na redução do absenteísmo, diminuição ou extinção dos acidentes do trabalho relacionados a causas odontológicas e aumento da produtividade nas empresas.

Almeida (2005) citou alguns estudos referentes à Odontologia do Trabalho :

- Exposição a agentes mecânicos como pregos, fios de costura, grampos de cabelo, lápis, e outras pequenas peças ou ferramentas, são apontados como responsáveis por tipos característicos de desgaste dental. Refere-se também a ocorrência de abrasão dental em trabalhadores expostos a grandes partículas de poeira, em sopradores de vidro e em músicos que utilizam instrumentos de sopro

- Entre os agentes físicos referidos nesses estudos, predominam as altas temperaturas, as variações de pressão atmosférica e as várias formas de radiação, associadas respectivamente a lesões de mucosa e a doença periodontal; a alterações em restaurações dentárias e a dor intensa; a lesões da mucosa oral, xerostomia, alterações ósseas e cárie de radiação.

- A cárie dentária encontra-se frequentemente associada às atividades desenvolvidas por trabalhadores expostos a poeiras de açúcar e de farinha, e por aqueles que atuam como provadores de doces ou de bebidas alcoólicas, no caso do vinho, também referido como responsável pela erosão dental.

- Observa-se nos estudos de revisão e também nos empíricos uma predominância dos agentes químicos, orgânicos e inorgânicos, como principais responsáveis por alterações bucais de origem ocupacional, como lesões da mucosa oral, doença periodontal, alterações salivares e certos sintomas orais neles referidos, como dor, xerostomia, ardor, dentre outros.

Algumas doenças possuem manifestações bucais que poderiam ser precocemente diagnosticadas pelo dentista do trabalho (Quadro 1).

**Quadro 1:** Manifestações bucais de doenças ocupacionais conforme a ocupação principal.

OCUPAÇÃO	AGENTES	MANIFESTAÇÃO
Trabalhadores químicos, laminadores, refinadores de metais, fundidores de chumbo	Arsênico	osteonecrose e osteomielite
Bronzeadores, trabalhadores em fotografias, explosivos, baterias, termômetros, espelhos, detonadores, pintores	mercúrio e seus compostos	gengivites, estomatites, osteiomielites, ptialismo
Trabalhadores em banhos de ácidos, refinarias petrolíferas, explosivos, galvanizadores, algodão, pólvora	vapores ácidos (HCl, HF)	hemorragia, estomatite, descalcificação dentária
Trabalhadores com bismuto	bismuto	gengivites, estomatites, pigmentação na gengiva

Técnicos em radium, pintores de mostradores de relógio	Radium	gingivite, periodontite
Trabalhadores em criolita, ácido fluorídrico, fundidores de alumínio	flúor e seus compostos	osteomielite, descalcificação e abrasão dentária
Fundidores, laminadores, ferreiros, trabalhadores em metais	cobre, cromo, ferro, níquel	manchas de esmalte, pigmentação da mucosa bucal, estomatite
Trabalhadores em aço, produtos fotográficos, anilinas, borracha cromagem	Cromo	manchas de esmalte, necrose óssea, ulcerações da mucosa bucal
Estampadores, tipógrafos, trabalhadores em baterias, em tintas, em artigos de borracha	chumbo	manchas na mucosa, gengivites, estomatite
Trabalhadores em inseticidas, fertilizantes, explosivos	Fósforo	gingivite, estomatite, osteomielite
Bronzeadores, pedreiros, marmoristas, mineiros, polidores	pó abrasivo	abrasão dentária, pigmentação, gengivite
Trabalhadores com alcatrão	alcatrão	Carcinoma
Trabalhadores em lavanderias, tinturaria, refrigeração, filmes fotográficos, acetileno	gases (NH <sub>3</sub> , BrCl <sub>2</sub> )	Estomatites
Trabalhadores com explosivos	benzeno	hemorragia gengival
Aviadores e mergulhadores	variação de pressão	Hemorragia
Padeiros e doceiros	farinha, açúcar	periodontite, cálculo, cárie
Carpinteiros	Pregos	abrasão dentária localizada
Trabalhadores com baixa umidade	Baixa umidade	Queilite, fissure
Trabalhadores com calor excessivo	Calor	anestesia, parestesia

Fonte: GUIMARÃES & ROCHA (1979).

Inúmeras justificativas ainda podem ser relacionadas em defesa da implantação de serviços odontológicos destinados ao segmento dos trabalhadores (Schou, 1993), dentre elas destacam-se:

-Prevalência muito alta de problemas relacionados à cárie dental e ao periodonto;

- Possibilidade de detecção precoce das lesões relacionadas ao câncer bucal, das manifestações orais da AIDS e de outras doenças de relevância vital;
- Cerca de 60% do tempo de vida ativa é despendido no emprego ou local de trabalho;
- Grandes chances de desenvolver um programa participativo;
- Aumento da satisfação da força de trabalho;
- Posição favorável das representações sindicais e dos trabalhadores em geral, que consideram ser o ambiente de trabalho adequado para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde.

Midorikawa (2000) em sua dissertação de mestrado cita algumas vantagens da odontologia do trabalho:

Para os trabalhadores;

- Diminuição do índice de cáries e doenças periodontais através do aprendizado das regras de higiene oral;
- Diminuição do número de exodontias através do recebimento do tratamento odontológico e eliminação dos processos de cárie;
- Exterminar o problema da dor, uma das causas principais de acidentes de trabalho, e suas conseqüências de caráter social e econômico;
- Obtenção de melhoria geral de sua saúde, pela eliminação de problemas dentários e possibilidade de melhor mastigação e melhor aproveitamento dos alimentos;
- Aumentar o seu potencial de produtividade em face de um estado geral mais equilibrado pelos tratamentos preventivos de que é alvo.

Para a empresa:

- Diminuição acentuada do índice de absentéismo;

-Melhor produção da empresa em face do equilibrado estado geral dos seus empregados, e conseqüentemente produtividade individual;

-Considerando que “a saúde começa pela boca”, haverá diminuição dos problemas médicos;

-Diminuição da possibilidade de acidentes do trabalho, evitando a solução de continuidade no desenvolvimento dos serviços;

-Possibilidade de promover a programação do tratamento odontológico sem prejuízos para o serviço, evitando-se que o empregado falte em dias que não deveria;

-Abater as despesas havidas com o serviço odontológico no imposto de renda;

-Melhoria da imagem da empresa perante o trabalhador.

Para a nação;

-Diminuição da demanda por serviços odontológicos nos órgãos de saúde públicos

-Diminuição do índice de acidentes de trabalho, doenças profissionais que sobrecarregam o sistema previdenciário;

-Aumento da disponibilidade dos serviços assistenciais para outras categorias de beneficiários, pela diminuição da demanda pelos trabalhadores.

Para a odontologia:

-Representa uma nova área de especialidade, abrindo um mercado de trabalho para os cirurgiões dentistas;

-Passa a contribuir e a assumir a sua parcela de responsabilidade social com relação à saúde dos trabalhadores;

-Assume juntamente com outras profissões de saúde, a responsabilidade pelo aumento da estabilidade industrial, da produtividade e da segurança.

A odontologia do trabalho ampliará sempre o campo de visão do cirurgião-dentista, seja ele do setor público ou privado e proporcionará ao trabalhador maior amplitude de ações preventivas, pois considerará os riscos envolvidos no ambiente de trabalho trazendo, com certeza, maiores benefícios ao trabalhador.

### **2.3 ABSENTEÍSMO**

A palavra absenteísmo era aplicada aos trabalhadores rurais que deixavam o campo e vinham morar nas cidades, mas com o advento da revolução industrial o termo passou a ser aplicado aos trabalhadores com tendência a faltar ao serviço (Rocha,1981).

Segundo a subcomissão de absenteísmo da Associação Internacional do Trabalho, o absenteísmo ou absentismo é a ausência dos trabalhadores ao trabalho, naquelas ocasiões em que seria de se esperar a sua presença, por razões de ordem médica ou quaisquer outras (Tenório & Jordano, 1980).

Nascimento(2003) relata que as razões para tal ausência podem ser doença, direitos legais, fatores sociais, fatores culturais e acidentes de trabalho.

Absenteísmo é a ausência do funcionário de seu local de trabalho quando este deveria estar realizando suas atividades laborais. Esta ausência inclui: estar doente, estender o horário do café ou lanche, fazer compras durante o horário de trabalho, e incluindo também o absenteísmo de corpo presente (presenteísmo). A primeira vista, o impacto do absenteísmo sobre os custos globais da produção está representado simplesmente pelos bens e serviços que deixaram de ser efetivados devido à ausência do empregado podendo a empresa minimizar pelo menos parcialmente suas perdas, fazendo alguns operários trabalharem algum tempo a mais, redistribuindo a carga de trabalho ou contratando substitutos a custos mais baixos (Allen,1983).

O absenteísmo ao trabalho além de ser um problema econômico e social representa um aumento nos gastos com a previdência social através do seguro pago à incapacidade temporária causada por doença ou acidente de trabalho.

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos acusaram que mudança nos padrões de sono e de humor afeta a produtividade no trabalho, os quais podem levar a um aumento de doenças crônicas e ao absenteísmo (Anderson,2003).

De acordo com Levine (2006) estudos indicam que baixos salários, poucos benefícios e altas cargas de trabalho não contribuem significativamente para o absenteísmo enquanto que a baixa satisfação no trabalho, trabalhos repetitivos, falta de motivação e o tipo de tratamento recebido dos supervisores são causas mais predominantes.

Chegar a uma única causa para o absenteísmo é problemático porque existe uma complexidade de causas, o que é evidente na literatura é que a organização no ambiente de trabalho pode levar ao fator estressante como a maior causa de altas taxas de absenteísmo como verificado por Adams (1996), em uma pesquisa com não universitários em uma universidade americana onde havia uma tênue ligação entre os riscos de saúde como a obesidade, por exemplo. O maior fator agravante ao absenteísmo era o estresse.

Uma colaboração estreita entre os responsáveis pelo estudo do ambiente e das condições de trabalho (higienistas, engenheiros de segurança, ergonomistas,) e os responsáveis pela saúde do trabalhador (médicos, psicólogos, enfermeiros do trabalho, toxicologistas, dentistas do trabalho, fisioterapeutas) é indispensável para uma avaliação correta das exposições ocupacionais. O enfoque multidisciplinar e o trabalho em equipe permitem desvendar relações causais que de outra forma podem passar despercebidas (Burgess ,1995).

Os riscos ergonômicos relacionados à organização do trabalho, em geral são considerados um dos fatores de adoecimento responsáveis por altas taxas de absenteísmo, podendo ser identificados em diversas atividades, desde a agricultura tradicional até processos de trabalho modernos que incorporam alta tecnologia e sofisticadas estratégias de gestão.

Os processos de reestruturação produtiva e globalização da economia de mercado, em curso, têm acarretado mudanças significativas na organização e gestão do trabalho com repercussões importantes sobre a saúde do trabalhador. Entre suas consequências destacam-se os problemas osteomusculares e o adoecimento mental relacionados ao trabalho, que crescem em importância em todo o mundo.

A exigência de maior produtividade, associada à redução contínua do contingente de trabalhadores, à pressão do tempo e ao aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas irrealizáveis e as relações de trabalho tensas e precárias, constituem fatores psicossociais responsáveis por situações de estresse relacionado ao trabalho (Burgues,1995).

Segundo Midorikawa (2000) existem dois tipos de absenteísmo: o absenteísmo pela falta ao trabalho (tipo I) e o absenteísmo de corpo presente ou presenteísmo (tipo II).

O absenteísmo tipo I (pela falta ao trabalho) é mais fácil de ser mensurado e de ter o seu custo calculado. É a falta pura e simples do empregado ao trabalho, que leva à perda de produtividade das horas não trabalhadas.

O absenteísmo-doença traz, tanto nos países em desenvolvimento como nos considerados altamente industrializados, além de um aumento direto dos custos pela concessão de auxílio-doença e um aumento indireto nos custos pela diminuição da produtividade e da eficiência, um maior desperdício e aumento dos problemas administrativos com sucessivas substituições dos faltosos (Diacov & Lima, 1988).

Quick & Lapertosa (1982) dividem o absenteísmo tipo I em cinco classes, cada uma merecendo tratamento e considerações diferentes:

I. Absenteísmo voluntário: é a ausência voluntária do trabalho por razões particulares, não justificadas por doença e sem amparo legal.

2. Absenteísmo compulsório: é o impedimento ao trabalho mesmo que o trabalhador não deseje, por suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que não lhe permita chegar ao local do trabalho.

3. Absenteísmo legal: compreende aquelas faltas ao serviço amparadas por lei, como licença maternidade, nojo, gala, doação de sangue, serviço militar etc. São as chamadas faltas justificadas.

4. Absenteísmo por patologia profissional: compreende as ausências por doenças profissionais (LER/DORT) ou ausências por acidente de trabalho (infortúnios profissionais).

5. Absenteísmo por doença: inclui todas as ausências por doença ou procedimento médico.

O absenteísmo tipo II (de corpo presente) é aquele que ocorre quando o trabalhador está com algum problema de saúde, problemas pessoais ou sob efeito de algum medicamento que não permite que ele desempenhe adequadamente sua atividade laboral e embora ele não falte ao trabalho, sua produtividade fica prejudicada. Além de aumentar os riscos de acidente de trabalho dependendo do grau de risco de suas atividades e incluindo também o absenteísmo de corpo presente (presenteísmo ou tipo I).

O termo presenteísmo não se refere à perda de produtividade devido ao cafezinho ou ao almoço prolongados, à navegação na internet, troca de emails, etc. Está entrelaçado à perda de produtividade devido à problemas reais de saúde dos trabalhadores tais como; alergias, artrite reumatóide, dores lombares, odontalgias etc. São problemas que não levam ao afastamento mas reduzem significativamente a capacidade laborativa do trabalhador. Estudos sugerem que o presenteísmo ocasiona maiores perdas para uma organização que o absenteísmo (Stelzner, 2005). Para reduzir o impacto do presenteísmo a organização pode investir em programas de saúde, educação em saúde, prevenção através de vacinas, ginástica laboral, exames periódicos, programas de atividades físicas, etc. Aí se insere a equipe de saúde agindo no ambiente de trabalho onde o trabalhador passa a maior parte do dia. Resumindo, investir na qualidade de vida do trabalhador. A pior consequência do presenteísmo pode ser o risco de acidentes de trabalho.

Goldhorn (1947) expõe a importância dos cuidados dentais em um programa de saúde industrial. A dor de dentes, a perda de sono, a fadiga e a distração mental são fatores que facilitam a ocorrência de acidentes de trabalho. As emergências dentais levam à perda de tempo e à interrupção do trabalho, mas com a colaboração entre o dentista e a equipe de saúde, é possível controlar as doenças profissionais que apresentam manifestações orais, levando o trabalhador a uma melhor condição de saúde e a maior produtividade.

Segundo Chiavenatto (1986, 1989) citado por Mazzilli (2003), as principais causas de absenteísmo são: doença efetivamente comprovada, doença não comprovada, razões diversas de caráter familiar e faltas voluntárias por motivos pessoais. Souza (2002), também citado por Mazzilli (2003), destaca que as longas jornadas de trabalho, as condições de insalubridade do ambiente de trabalho, a baixa remuneração, o duplo emprego e a tensão emocional são razões que acarretam o absenteísmo em larga escala.

Alguns autores (Míguez, 1988; Graça, 1999 e Castejon, 2002) citados por Mazzilli (2003), relatam que o absenteísmo por motivo de saúde e absenteísmo doença compreendem episódios distintos. O absenteísmo por motivos de saúde compreenderia as ausências decorrentes de problemas de saúde próprios ou de seus dependentes, como a procura de diagnóstico, assistência, terapia e acompanhamento e como tal apresenta-se como justificativa questionável a necessidade de se ausentar ao trabalho. No caso do absenteísmo doença, a ausência seria devido à incapacidade para exercer as atividades de trabalho em razão de doença ou lesão acidental configurando uma condição justa e necessária.

Com relação à área da Odontologia do Trabalho, o absenteísmo deve ser entendido como a ausência inesperada do trabalhador motivada pelo estado ou condição de saúde do complexo buco maxilo facial, em sua pessoa ou de seus dependentes (quando este tenha de acompanhar ou assistir seus dependentes). Caracteriza-se pela perda temporária da possibilidade ou da capacidade de trabalho, é determinada seja pela ausência física (parcial ou completa) do trabalhador em sua jornada laboral (corpo ausente-tipo I) ou ainda, sua

presença insatisfatória ou precária no trabalho (ausência de corpo presente-tipo II). Mazzilli (2003).

Existem diversas alterações bucais que podem provocá-lo, como a própria dor de dente por motivos de cárie, problemas endodônticos, e traumas. O bruxismo e disfunções na ATM (articulação têmporo mandibular) muitas vezes são responsáveis por dores de cabeça, no ouvido e até mesmo na coluna cervical. Dentes infeccionados ou com problemas periodontais (sangramentos na gengiva, associados ou não à perda óssea), além da dor local, podem estar associados a diversas desordens de ordem geral como artrite, cardiopatias (endocardite bacteriana) entre outras. Em qualquer destas situações, o trabalhador provavelmente terá queda na produtividade (absenteísmo de corpo presente), na atenção no trabalho, na qualidade da alimentação, transtornos no sono, alteração do humor que poderão levá-lo absenteísmo (tipo I ou tipo II)

O estudo do absenteísmo odontológico no Brasil é extremamente difícil, pois não existe material documental suficiente, nem dados estatísticos representativos nos âmbitos municipal, estadual e federal capazes de traçar um perfil de dias perdidos no trabalho e seu impacto tanto econômico quanto no grau de satisfação do trabalhador, Primo (2008).

Existem muitos fatores que incidem sobre os custos de uma organização, mas um dos que mais refletem nestes custos é o absenteísmo. Os empregadores precisam lidar com todas as formas de absenteísmo de uma maneira justa e transparente para não provocar desarmonias no local de trabalho

A escassa disponibilidade de estatísticas de absenteísmo, principalmente na área da saúde, dificulta a análise dos dados em sua magnitude e comparações com outras instituições e sua evolução ao longo dos anos. O incentivo à apuração do absenteísmo pelos gestores, entidades de classe, órgãos normatizadores e instituições de pesquisa poderia ser um fator de atuação nessa realidade. Conhecer a condição de saúde-doença e os fatores que a influenciam é o primeiro passo na perspectiva de uma organização mais humana e mais

saudável para os próprios trabalhadores e conseqüentemente para aqueles que necessitam de seus serviços (Primo, 2008).

## **2.4 O ATESTADO ODONTOLÓGICO**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), incapacidade consiste em “qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência ou disfunção) da capacidade para realizar uma atividade de maneira que seja considerada normal para o ser humano, ou que esteja dentro do espectro considerado normal”.

Para fins previdenciários, a “incapacidade laborativa” foi definida pelo INSS(Instituto Nacional de Seguridade Social), segundo a Resolução nº 10, de 23/12/1999,da Diretoria Colegiada do Instituto nacional do Seguro Social como a “impossibilidade do normal desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfopsicofisiológicas provocadas por doença ou acidente”.Os riscos para si ou para terceiros precisa ser considerado para a concessão dos afastamentos.

Existem várias causas odontológicas que podem ocasionar incapacidades laborativas geralmente parciais e de períodos relativamente curtos. Como exemplo podemos citar: periodontopatias tais como pericoronarites, edemas gengivais,abscessos periodontais e procedimentos cirúrgicos mais invasivos; periapicopatias como pulpites e abscessos periapicais ,disfunções têmporo mandibulares,cirurgias para enxertos, implantes, remoção de dentes inclusos, remoção de tumores, etc. Além dos efeitos provocados por medicações e pela própria condição física do paciente. Estas incapacidades laborativas geram as faltas ou os afastamentos por motivo de doença.

Atestado é a afirmação pura e simples e por escrito de um fato médico-odontológico e suas conseqüências (Vanrell, 2002). O atestado odontológico é um

documento que faz parte do cotidiano do cirurgião-dentista, tendo como objetivo justificar a ausência do paciente em seu ambiente de trabalho, escola ou demais situações que exijam comprovação/justificativa de ausência ou registro da situação bucal e aptidão para realizar atividades físicas ou costumeiras da vida do paciente. Importante ressaltar que o CID só deve ser citado no atestado quando expressamente solicitado pelo paciente que conste em seu atestado. Isso se justifica devido ao sigilo profissional e no direito do paciente ter resguardadas as questões que dizem respeito à sua saúde.

Segundo Vanrell (2002), classificam-se os atestados quanto à sua procedência ou destino da seguinte maneira:

-Atestados oficiosos são aqueles fornecidos por um médico ou cirurgião dentista, em sua atividade privada, e destinam-se a produzir efeitos junto a uma pessoa física ou a uma pessoa jurídica de direito privado. Esses atestados oficiosos são utilizados para situações menos formais.

-Atestados administrativos são aqueles fornecidos por um médico ou cirurgião dentista, sejam profissionais autônomos ou servidores públicos, destinam-se a produzir efeitos junto a órgãos públicos.

-Atestados judiciais são aqueles expedidos para atender a uma requisição do juiz e passar a integrar os autos judiciários.

-Atestado gracioso é aquele fornecido sem que o profissional que o expede tenha praticado qualquer ato pessoal no exercício de sua profissão em relação à pessoa beneficiária do atestado. Este tipo de atestado é sempre antiético e, mais que mera imprudência, pode envolver situações punidas pelo Código Penal.

Para que se faça um atestado odonto-legal idôneo, são necessárias duas condições, segundo Mazzilli (2003);

- a) o profissional que o subscreve deve estar legalmente habilitado;
- b) seu conteúdo deve exprimir a veracidade do fato.

Portanto, a emissão de atestados que na sua expressão faltem com a verdade configura-se em crime previsto no Código Penal como falsidade ideológica (art.299 do CP). Uma das finalidades mais comuns dos atestados consiste em seu uso para justificar ausências ao trabalho.

Objetivando alcançar e legitimar a expedição dos atestados odontológicos ocupacionais, a Lei Federal nº 6215, de 30 de agosto de 1975, alterou a antiga redação do art 6º, inc.III, da Lei Federal Nº 5081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia, a emissão de atestados para a justificação de faltas ao emprego e a perícia realizada por cirurgião dentista em sede administrativa passou a ser a seguinte: “Compete ao cirurgião dentista atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificar falta ao emprego”. Ainda sobre o direito de atestar, o Código de Ética Odontológica dispõe em seu Artigo 7º, inciso XI, que constitui infração ética fornecer atestado que não corresponda à veracidade dos fatos ou dos quais não tenha participado.

Como o presente trabalho refere-se ao absenteísmo no âmbito de um Tribunal Regional do Trabalho da esfera federal que tem em seu quadro servidores e juízes cobertos por legislação própria, explanaremos um pouco mais sobre a Lei nº 8112 de 11 de dezembro de 1990 (Estatuto dos Funcionários Públicos e Cíveis da União) que determina, com nova redação dada pela Lei nº 11.907, de 02 de fevereiro de 2009, inclui no artigo 203, parágrafo 5º, da perícia odontológica como condição para subsidiar a decisão de concessões de licenças e demais casos previstos nessa Lei, nas hipóteses em que abranger o campo de atuação da Odontologia.

Perícia Oficial é a designação genérica para o ato técnico da inspeção, seja odontológica ou médica em procedimentos e processos administrativos, com vistas a referenciar as incapacidades para o exercício das atividades laborais do servidor público civil da União, das autarquias e das fundações públicas federais e sua concessão está prevista em ato específico, atribuído à autoridade administrativa. O cirurgião dentista que realiza o ato da perícia é denominado Perito oficial e é o profissional incumbido por lei de avaliar a condição laborativa do examinado nas hipóteses em que abranger o campo de

atuação da Odontologia, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais frequente é a habilitação a benefício, já o cirurgião dentista assistente é aquele que acompanha o paciente em sua doença e evolução quando estas abrangem o complexo bucomaxilofacial e quando necessário emitem o atestado odontológico .

Deve-se considerar que as informações oriundas da relação cirurgião dentista paciente, pertencem ao paciente, sendo o cirurgião dentista apenas o seu fiel depositário. Mas o ordenamento jurídico nacional prevê situações excludentes do segredo profissional.

Com base nesta lei (11907 de 02/02/2009), o CFO através da resolução 87 de 26 de maio de 2009, assim se pronunciou:

Art.1º. O cirurgião-dentista é dito perito oficial quando realiza perícia odontológica, por dever legal, agindo de acordo com a lei e as normas da instituição a que pertença.

Art.2º. Compete privativamente ao perito oficial cirurgião-dentista, designado por dirigentes de pessoal dos órgãos da administração direta, das autarquias e das fundações federais, no âmbito das administrações públicas e nas hipóteses em que abranger o campo de atuação da odontologia.

I- realizar perícias singulares, hospitalares, domiciliares e participar de juntas odontológicas;

II- atuar como assistente técnico em perícias judiciais;

III- avaliar a incapacidade para o trabalho do servidor mediante exame e inspeção clínica;

IV- emitir laudo conclusivo quanto à capacidade ou incapacidade laboral, subsidiando tecnicamente decisões para concessões de benefícios;

V- caracterizar incapacidade para benefícios previdenciários e assistenciais;

VI- orientar o periciado quanto à necessidade de tratamento quando eventualmente não o estiver realizando e encaminhá-lo à reabilitação quando necessário;

VII- disseminar informações epidemiológicas sobre o perfil de morbi-mortalidade que abrangem o campo da odontologia, estimulando programas, ações de promoção e prevenção na área da saúde bucal; e

VIII- conhecer ambientes e condições de trabalho, bem como instruções sobre vigilância nos ambientes e processos de trabalho que estejam previstos em normas e regulamentos vigentes e aplicáveis aos servidores civis da administração pública federal.

Art.3º. Cabe aos cirurgiões-dentistas, peritos oficiais solicitar ao cirurgião-dentista assistente exames complementares e relatórios para subsidiar sua decisão pericial.

Art.4º. Poderá o cirurgião-dentista, na função de perito oficial e mediante aquiescência formal do paciente, solicitar aos profissionais de equipes multidisciplinares, inclusive de outras áreas do conhecimento, pareceres contendo informações e esclarecimentos que julgue necessários ao exercício de suas atividades.

Art.5º. É vedado ao cirurgião-dentista exercer as funções de perito oficial em processo ou procedimento quando:

I - for parte interessada;

II - tenha tido participação com mandatário da parte, ou oficiado como perito, ou funcionado com órgão do Ministério Público, ou tenha prestado depoimento com testemunha;

III- tenha tido conhecimento prévio do inteiro teor do processo ou do procedimento pericial a ser realizado;

IV- for cônjuge ou a parte for parente, consanguíneo ou afim em linha reta ou colateral, até o segundo grau e;

V- a parte for paciente, ex paciente ou qualquer pessoa que tenha ou tivesse tido relações sociais afetivas comerciais e administrativas capazes de comprometer o caráter de imparcialidade do ato pericial.

Art.6º. É vedado ao cirurgião-dentista, na função de perito oficial, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, fora do procedimento ou processo

administrativo e judicial, devendo manter sigilo pericial restringindo as suas recomendações e conclusões ao laudo pericial.

Art.7º. O cirurgião-dentista na função de perito oficial tem o direito de examinar e de obter cópia da documentação do periciado, necessária para seu mister, mediante aquiescência formal do paciente, obrigando-se a manter sigilo profissional absoluto com relação aos dados relacionados ou não com o objeto da perícia.

Parágrafo único- Caberá à instituição a guarda e posse das cópias obtidas, sendo de sua responsabilidade a eventual quebra de sigilo decorrente do acesso e divulgação indevidos.

Art.8º. É vedado ao cirurgião-dentista na função de perito oficial modificar procedimentos propedêuticos ou terapêuticos, salvo em situações de indiscutível perigo de vida ou perda de função fisiológica, devendo neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao cirurgião-dentista assistente, devendo ainda se declarar impedido a partir deste momento.

Art.9º. O cirurgião-dentista na função de perito oficial deve atuar com absoluta isenção, imparcialidade e autonomia, não se submetendo a qualquer tipo de constrangimento, coação, pressão, imposição ou restrição que possam influir no desempenho de sua atividade, podendo, inclusive, recusar-se a prosseguir no exame e fazendo constar no laudo o motivo de sua decisão.

Art.10º. Os gestores de serviço de saúde públicos devem garantir ao cirurgião-dentista perito oficial as condições para o bom desempenho de suas atividades, assim como o acesso a documentos que se fizerem necessário, inclusive para a obtenção de cópias, desde que com a anuência do periciado ou seu representante legal.

Art.11º. Somente aos cirurgiões-dentistas e médicos, no estrito âmbito de suas competências técnicas, é facultada a prerrogativa do fornecimento de atestado de afastamento do trabalho.

§1º. Os cirurgiões-dentistas peritos oficiais somente devem aceitar atestados, para a avaliação de afastamento de atividades, quando emitidos por cirurgiões-dentistas habilitados e inscritos no Conselho Regional de Odontologia, onde consta de forma

inequívoca e legível o nome completo do profissional sem abreviaturas, o número do registro no conselho da jurisdição e assinatura.

§2º. O cirurgião-dentista assistente poderá valer-se, se julgar necessário, de opiniões de outros profissionais afetos à questão para exarar seu atestado, devendo obter a aquiescência formal do paciente.

§3º. O atestado odontológico goza da presunção de veracidade, devendo ser acatado por quem de direito, salvo se houver divergência de entendimento por cirurgião-dentista perito oficial da instituição.

§4º. Em caso de indício de falsidade no atestado, detectado por cirurgião-dentista investido na função de perito oficial, este se obriga a representar ao Conselho Regional de Odontologia de sua jurisdição.

§5º. Em caso de divergência quanto à conclusão do laudo pericial, o periciado poderá solicitar a reconsideração da avaliação, pelo mesmo perito, com base em novos indícios ou documentos.

§6º. Em último caso, o periciado, que não concordar com o laudo pericial da reconsideração, poderá solicitar uma avaliação, que deverá ser feita por junta odontológica oficial, formada por cirurgiões-dentistas peritos diferentes daquele que realizou a perícia singular.

Art.12. O atestado odontológico é parte integrante das atribuições do cirurgião-dentista, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art.13. Ao fornecer o atestado, o cirurgião-dentista na condição de assistente deverá registrar em prontuário de saúde os dados dos exames e tratamento realizados, de maneira que possa atender ao pedido dos cirurgiões-dentistas peritos oficiais dos órgãos e entidades públicas.

Art.14. Na elaboração do atestado odontológico, o cirurgião-dentista assistente observará os seguintes procedimentos:

I- identificação do paciente;

II- especificar o tempo concedido de dispensa da atividade, necessário para a recuperação do paciente;

III- estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;

IV- registrar os dados de maneira legível; e,

V- identificar-se como emissor, mediante assinatura e número de registro no Conselho Regional de Odontologia.

Parágrafo Único: Quando o atestado odontológico for solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de licença ou de perícia/ junta odontológica oficial, no âmbito da administração pública direta, deverá ser observado:

I- identificação do paciente;

II- diagnóstico codificado de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID;

III- os resultados dos exames complementares;

IV- a conduta terapêutica;

V- o prognóstico;

VI- as consequências à saúde do paciente;

VII- o provável tempo de repouso estimado e necessário para a sua recuperação, que será objeto de avaliação pelo cirurgião-dentista perito oficial, a quem cabe legalmente a decisão do benefício pleiteado;

VIII- identificação do emissor, mediante assinatura e número de registro no Conselho Regional de Odontologia; e,

IX- registro dos dados de maneira legível.

Art. 15. É obrigatória, aos cirurgiões-dentistas assistentes, a exigência de prova de identidade aos interessados na obtenção de atestados de qualquer natureza envolvendo assuntos de saúde ou doença, assim como por ocasião de exame pericial realizado pelos cirurgiões-dentistas peritos.

§ 1º. Em caso de menor ou interdito, a prova de identidade deverá ser exigida de seu responsável legal.

§ 2º. Os principais dados da prova de identidade deverão obrigatoriamente constar nos referidos atestados.

Art.16. Os cirurgiões-dentistas só podem fornecer atestados com o diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de colocação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado.

Art.17. A junta odontológica oficial é composta por três membros sendo todos cirurgiões-dentistas com capacitação em perícia oficial de que trata a Lei 8112/1990, designados por dirigentes de pessoal dos órgãos da administração direta, das autarquias e das fundações federais.

Art.18. A junta odontológica oficial, sempre que julgar necessário solicitará pareceres de cirurgiões-dentistas especialistas ou mesmo de profissionais de outras áreas para esclarecimentos de diagnósticos, para opinar em assuntos de sua competência ou para fundamentar laudos odontopericiais. Ainda cabe à junta odontológica oficial requisitar exames especializados, quantos sejam necessários, para subsidiar suas decisões.

Art.19. Revogam-se as disposições em contrário.

O atestado odontológico somente produzirá efeitos depois de recepcionado pela unidade de recursos humanos do órgão ou entidade e homologados pelo serviço odontológico.

Segundo o Decreto nº 7003, de 03 de novembro de 2009 a perícia oficial poderá ser dispensada para a concessão de licença para tratamento de saúde, desde que não ultrapasse o período de cinco dias corridos e somada a outras licenças para tratamento de saúde gozadas nos doze meses anteriores, seja inferior a quinze dias.

As licenças para tratamento da própria saúde, até o limite de vinte e quatro meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo; por motivo de acidente em serviço ou doença profissional não serão descontadas na contagem de tempo de serviço para fins de aposentadoria (Anexo 1).

O laudo pericial deverá conter a conclusão, o nome do perito oficial e respectivo registro no conselho de classe, mas não se referirá ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, § 1º, da Lei nº 8.112, de 1990.

## **2.5 EXAMES TRABALHISTAS**

A Norma Regulamentadora - NR 7, aprovada pela Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978, do Ministério do Trabalho, regulamenta o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO (que deve refletir o que foi encontrado no PPRA - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), define que é de competência do empregador a sua implementação e tem como objetivos: identificar os problemas dos ambientes de trabalho, propor soluções e seguir o cronograma previsto para realização dos exames periódicos, sendo que a periodicidade está relacionada com a atividade laboral desenvolvida e com risco ocupacional a que os funcionários estão submetidos, a fim de

investigar alguma alteração na saúde dos trabalhadores, e tratá-la precocemente antes do aparecimento dos sintomas das doenças (Queluz, 2008; Brasil,2009).

A implantação do exame periódico de saúde tem como objetivo promover saúde e prevenir doenças dos servidores, reduzir os índices de absenteísmo e o custo dos afastamentos, promover a valorização do capital humano com responsabilidade social, profissionalizar, estruturar e consolidar as unidades de assistência a saúde e consolidar o sistema de informação de gestão de saúde (Salvador,2006).

Através do decreto lei nº. 6856, de 25 de maio de 2009 (Anexo 2) que regulamenta o artigo 206-A da Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990, o presidente da república no uso de suas atribuições regulamentou a realização dos exames médicos periódicos dos servidores da administração pública federal direta, autárquica e fundacional e obriga a todos os servidores federais a passarem por exames trabalhistas periódicos, mas neste decreto não está inserida a obrigatoriedade dos exames odontológicos o que caracteriza a não atenção a saúde integral do servidor visto que a cavidade bucal faz parte do sistema digestivo do organismo e quaisquer patologias ou lesões nos dentes e tecidos moles podem acarretar ou agravar problemas de saúde ou ainda servir como diagnóstico precoce de algumas doenças em que os sinais iniciais da presença da doença aparecem na cavidade bucal.

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) tem como objetivo a “prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionada ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores”. Estes exames visam à promoção e preservação da saúde bucal dos trabalhadores em busca da melhor compatibilidade entre a atividade laboral e a saúde do trabalhador. Ao lado dos exames médicos podemos incluir os exames odontológicos, que são imprescindíveis para uma atenção integral à saúde e estão incluídos no objetivo do PCMSO. Hoje os exames odontológicos ocupacionais são considerados facultativos e se limitam a algumas atividades laborais tais como para pilotos e tripulantes aéreos.

Como parte integrante do PCMSO, os exames odontológicos para fins trabalhistas são:

**-Admissional**

É aquele realizado antes que o trabalhador assuma suas atividades. Tem por objetivo proteger os futuros empregados do trabalho para o qual não estejam fisicamente qualificados, detectar doenças em fase inicial e proteger os outros empregados do contato com doenças infecciosas, diagnosticar as enfermidades bucais e sistêmicas com manifestações na cavidade oral e detectar estados mórbidos que contra indiquem o trabalhador à função temporária ou permanentemente. Este exame não deve discriminar os candidatos em razão de lesões que não interfiram com o desempenho e a segurança nas tarefas a serem realizadas.

**-Demissional**

É aquele realizado até a data da homologação da demissão do trabalhador. Se for diagnosticada alguma patologia ocupacional, seu desligamento é proibido por lei. Se houver o diagnóstico de doenças não ocupacionais, o desligamento é permitido.

**-Retorno ao trabalho**

É aquele realizado após o retorno de afastamentos devido a acidentes de trabalho, doenças ocupacionais ou outras doenças.

**-Mudança de função**

A sua realização é obrigatória, segundo a legislação em vigor, antes da mudança de função do trabalhador, se essa alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor incorrer em exposição a risco diferente daquele a que o trabalhador estava exposto antes da mudança.

**-Periódico**

Tem com objetivos: prevenir e diagnosticar doenças profissionais, detectar precocemente alterações de saúde bucal ou sistêmicas com manifestações bucais em seu estágio inicial ou que possam ser determinadas ou agravadas pelo trabalho, investigar e adotar medidas de controle e/ou eliminação de riscos no ambiente de trabalho.

Para estes exames odontológicos deve-se utilizar o prontuário odontológico ocupacional que além das práticas concernentes ao prontuário convencional deverá acrescentar informações referentes à atividade laboral do trabalhador, o grau de risco de sua atividade, fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, o uso de EPIs para a execução de sua atividade, etc. O prontuário não tem apenas finalidades administrativas mas também legais tais como em acidentes de trabalho e doenças ocupacionais e em processos de identificação em grandes acidentes. Todos os dados devem ser registrados e mantidos por um período de 20 anos após o desligamento da empresa.

Segundo Mazzilli (2003), as características que definem o Perfil Profissiográfico Profissional (PPP) das ocupações determinam os critérios odontológicos para aplicação nos exames admissionais específicos para cada perfil. Os riscos ocupacionais inerentes a cada categoria devem ser considerados. Deve constar do prontuário odontológico para fins trabalhistas no mínimo as seguintes informações:

- Identificação do paciente com todos os dados;
- Anamnese detalhada com a história clínica pregressa e atual, as ocupações anteriores, a ocupação atual, os EPIs utilizados e o grau de risco da atividade.
- Exame clínico que deve ser criterioso e completo
- Exames complementares incluindo no mínimo a radiografia interproximal e se possível a extra bucal panorâmica e exames laboratoriais se necessário.

Quanto ao tratamento, o paciente deve ser orientado para procurar atendimento pelo seu convênio odontológico, por um profissional em consultório particular ou na própria empresa se ela dispuser deste serviço.

## **2.6 O TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 15ª REGIÃO**

Com a interiorização do desenvolvimento iniciada na era JK, e ressurgido na década de 70 com especial relevância para o interior do estado de São Paulo, houve um incremento nas ações trabalhistas e a necessidade de desmembramento do até então único Tribunal Trabalhista com jurisdição sobre todo o estado de São Paulo. Assim, em 14 de julho de 1986 o Exmo Senhor Presidente José Sarney sancionou a Lei criando o Tribunal Regional do Trabalho da 15ª região com sede em Campinas (Lei 7520 de 15 de julho de 1986).

Quando foi instalado em 5 de dezembro de 1986, havia somente 38 juntas de conciliação e julgamento sob a jurisdição deste Tribunal, hoje a 15ª região atinge 599 municípios paulistas, perfazendo 95% do território do Estado, abrangendo uma população de aproximadamente 20 milhões de pessoas, uma das maiores entre as 24 regiões em que está dividida a Justiça do Trabalho do país. São 153 Varas do Trabalho instaladas, 6 turmas e 5 varas itinerantes. O quadro atual é composto por 343 desembargadores e juízes e 2741 servidores.

Com cerca de 20 anos de existência, o TRT da 15ª região já detém o posto de 2º maior regional trabalhista de todo o país em movimento processual.

Os funcionários do Tribunal do Trabalho, assim como todos os funcionários federais, foram denominados servidores a partir da lei nº 8112 de 11 de dezembro de 1990 que instituiu o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. O provimento dos cargos se faz mediante concurso público com regime empregatício Estatutário. Seu quadro é composto por desembargadores, juízes, e servidores (analistas com nível superior completo e técnicos com nível de escolaridade médio).

Os servidores federais não se utilizam do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), pois a União mantém o Plano de Seguridade Social do Servidor - PSSS (Art: 183 do Regime Jurídico) que é o responsável pelos benefícios referentes a acidentes de trabalho, doenças profissionais e todas as outras licenças concedidas (licença gestante,

paternidade e para tratamento da própria saúde do servidor ou de pessoa da família, licença adotante, para casamento, funeral, por acidente de trabalho ou doença profissional).

Para registro nos prontuários médicos são utilizados artigos e parágrafos presentes nos Regime Jurídico que são diferentes dos utilizados pelo INSS, tais como:

-Art 83. Doença em pessoa da família.

-Art.203. Licença saúde para os servidores O servidor será convocado para perícia se o serviço médico considerar necessário.§ 5º: a perícia oficial para concessão de licença nas hipóteses em que abranger o campo de atuação da Odontologia será realizada por Cirurgiões Dentistas.

-Art. 211 a 214. Acidentes de trabalho e doenças profissionais.

-Art. 69. Licença saúde para magistrados, além de outros.

As licenças para tratamento da própria saúde, até o limite de vinte e quatro meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo; por motivo de acidente em serviço ou doença profissional não serão descontadas na contagem de tempo de serviço para fins de aposentadoria.

Se necessário, a perícia médica ou odontológica será realizada na residência do servidor ou onde ele estiver hospitalizado. O serviço médico e odontológico deverá homologar os atestados oriundos de médicos e dentistas particulares.

Segundo a CNAE (Classificação Nacional de atividades Econômicas) o Tribunal Regional do Trabalho se enquadra no grau de risco 1, pois é uma instituição da Administração Pública Federal, Defesa e Seguridade Social e seu código é 8423-0 descrição: justiça do trabalho.

A Norma Regulamentadora nº 9 (PPRA- Programa de Prevenção de Riscos Ambientais) classifica os riscos existentes no ambiente de trabalho em 3 grupos:

Grupo 1- Riscos Físicos: ruído, vibrações, radiações e outros;

Grupo 2- Riscos Químicos: gases, vapores, substâncias e compostos e outros;

Grupo 3- Riscos Biológicos: vírus, bactérias, fungos e outros.

De acordo com os riscos existentes no ambiente de trabalho algumas medidas preventivas devem ser implementadas visando a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. A maioria das atividades laborais exercidas no TRT são administrativas e classificadas como grau de risco 1.

No entanto existem algumas atividades laborais que não se enquadram em funções puramente administrativas, então cumprindo a legislação em vigor e com o objetivo de oferecer um ambiente de trabalho dentro das normas de segurança e monitorá-las regularmente, tratando-se de atividades que envolvem contato com agentes químicos, biológicos e físicos são realizadas medições por profissionais especializados para se produzir um Laudo Técnico Pericial a Agentes Insalubres e Perigosos que descreva todas as exposições a que estes servidores são submetidos nos locais de trabalho, assim como o uso de EPCs (Equipamentos de Proteção Coletiva ) e EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) no intuito de avaliar o grau de insalubridade ou periculosidade destas atividades.

Assim existem setores como a odontologia que segundo o Laudo Técnico Pericial se enquadram no grau de risco 3 pela exposição a agentes biológicos e físicos (exposição em caráter habitual e intermitente a radiações ionizantes). Verificou-se que o setor odontológico se enquadra no grau de insalubridade médio segundo a Portaria nº 12 de 12/11/79, que acrescentou ao Anexo 14 da NR-15(Atividades e Operações Insalubres), o conceito de contato permanente conforme redação: “Contato permanente com pacientes, animais ou materiais infecto-contagiante é o trabalho resultante da prestação de serviço contínuo, decorrente de exigência firmada no próprio contato de trabalho, com exposição permanente aos agentes insalubres”. Outras áreas, como as de marcenaria, carpintaria, serralheria, metalurgia e gráfica também foram enquadradas como grau de risco 3 e configuradas com insalubridade de grau médio e pelo contato com energia elétrica, os setores de manutenção e comunicação foram classificados como Perigosos.

Como os cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal trabalham em um ambiente exposto a radiações ionizantes, faz-se regularmente (a cada 4 anos segundo a Portaria 453 de 01 de junho de 1998 do Ministério da Saúde) o Levantamento Radiométrico Ambiental e Teste de Radiação de Fuga com o intuito de monitorar o funcionamento dos aparelhos de Raios-X quanto a vazamentos principalmente garantindo a segurança de operadores e pacientes.

O serviço odontológico foi criado em 1991 com o objetivo de oferecer uma assistência à saúde integral ao servidor, pois o serviço médico e psicológico já existia. Hoje a secretaria de saúde compreende assistência médica, odontológica, psicológica, fisioterapia e assistência social.

O atendimento odontológico oferecido sempre primou pela qualidade, mas dentro de uma filosofia assistencialista. Os cuidados preventivos sempre foram praticados individualmente, não com medidas coletivas. Hoje o serviço odontológico conta com seis dentistas sendo cinco clínicos, um endodontista e cinco auxiliares de saúde bucal terceirizadas. Os procedimentos realizados compreendem prevenção, dentística, periodontia, endodontia, prótese, cirurgias, terapêutica a laser, dentre outros.

### **3. OBJETIVOS**

Objetivo geral:

-Identificar os principais fatores que estão envolvidos com o absenteísmo odontológico desde a fundação (dezembro 1986) do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª região (TRT de Campinas) até dezembro de 2008;

Objetivos específicos:

-Verificar se houve queda do absenteísmo odontológico após a instalação de atendimento odontológico na sede deste Tribunal;

-Verificar se nas outras cidades da 15ª região o absenteísmo odontológico é mais freqüente do que em Campinas.

#### **4. MATERIAL E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo transversal, descritivo e quantitativo, abordando absenteísmo e prevalências de causas de afastamentos no Tribunal Regional do Trabalho da 15ª região no período de dezembro de 1986 a dezembro de 2008 incluindo os servidores e juízes do quadro presentes desde dezembro de 1986 até dezembro de 2008.

##### **Aspectos éticos e legais**

A fase inicial desse trabalho se deu com a autorização do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª região para a utilização e divulgação dos dados e resultados e respectivamente com o consentimento do Comitê de Ética da UNICAMP (3) para a realização dessa coleta, conforme resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, registro número 19/2009. Os procedimentos somente foram iniciados após terem sido devidamente autorizados pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP e pelas autoridades envolvidas.

##### **População estudada**

A população deste estudo foi constituída por todos os atestados odontológicos, devidamente homologados nos prontuários médicos dos servidores e juízes do quadro (n=3084), emitidos no período de dezembro de 1986 até dezembro de 2008. Os prontuários médicos estão arquivados na Secretaria de Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 15ª região localizado em Campinas - SP. Não houve identificação dos indivíduos nos prontuários. Somente os servidores e juízes ativos do quadro participaram deste estudo.

##### **Coleta dos dados**

Para a coleta de dados foram utilizadas as seguintes variáveis:

Com relação ao trabalhador

- Função
- Gênero
- Idade
- Faixa etária

Com relação ao absenteísmo

- Origem do atestado: próprio ou de acompanhamento
- Duração do absenteísmo (em dias)
- Causas do absenteísmo (CID)
- Data (mês e ano) em que se verificou a falta
- Tipo de atestado: externo ou interno
- Cidade de origem do atestado

Os dados sobre os afastamentos foram coletados dos prontuários médicos dos

servidores e juizes arquivados na secretaria de saúde. Estes dados foram registrados em planilhas do Excel e incorporados às informações sócio-demográficas obtidas junto à diretoria de pessoal, para a realização das análises estatísticas.

### **Classificação Internacional de Doenças - CID**

As causas do absenteísmo foram agrupadas segundo o CID (Classificação Internacional de Doenças), e foi utilizado o capítulo XI do CID 10 (OMS, 1997) que agrupa todas as doenças do aparelho digestivo (K00-K93), sendo os agrupamentos “K00-K14” referentes às doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares. Estes foram os agrupamentos de responsabilidade do cirurgião-dentista utilizados neste estudo. O CID foi estabelecido pela OMS para que os profissionais da área de saúde pudessem se comunicar sem descrever o tratamento realizado, não quebrando, assim, o sigilo profissional. Algumas instituições e empresas não aceitam atestados odontológicos e

médicos sem o CID, mas não foi o caso do período compreendido por este estudo, por isso todos os atestados foram incluídos independentemente de ter ou não descrito o CID.

### **Códigos do CID que foram empregados**

K00 ao K14 - Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares;

K00	Distúrbios do desenvolvimento e da erupção dos dentes
K01	Dentes inclusos e impactados
K02	Cárie dentária
K03	Outras doenças dos tecidos dentários duros
K04	Doenças da polpa e dos tecidos periapicais
K05	Gengivite e doenças periodontais
K06	Outros transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes
K07	Anomalias dentofaciais (inclusive a maloclusão)
K08	Outros transtornos dos dentes e de suas estruturas de sustentação
K09	Cistos da região bucal não classificados em outra parte
K10	Outras doenças dos maxilares
K11	Doenças das glândulas salivares
K12	Estomatite e lesões correlatas
K13	Outras doenças do lábio e da mucosa oral
K14	Doenças da língua

As células da planilha referentes ao CID que foram deixadas em branco significam que o cirurgião-cirurgião dentista que emitiu o atestado não especificou o

motivo do afastamento (CID), mesmo assim eles foram incluídos no estudo devido a sua alta prevalência e porque foram homologados sem esta informação.

### **Análise estatística**

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente através da análise descritiva (frequência, porcentagem) e estimativa (Chi-Quadrado, Teste Exato de Fisher). As análises foram feitas através do software SAS versão 9.1, utilizando um nível de significância de 5%.

Adotou-se o conceito de absenteísmo de causa médica da Organização Internacional do Trabalho, ou seja, “o período de ausência laboral que se aceita como atribuível a uma incapacidade do indivíduo, exceção feita para aquela derivada de gravidez normal ou prisão”. Entende-se por ausência laboral o período ininterrupto de falta ao trabalho, contado desde seu começo, independentemente de sua duração. Utilizaram-se as recomendações do Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional, abordando-se os índices de frequência, gravidade, percentual de absenteísmo e duração média das ausências, como indicadores de absenteísmo, representados pelas fórmulas:

-Índice de frequência = Número total de casos / Número de trabalhadores

-Índice de gravidade = Total de dias perdidos / Número de trabalhadores

-Percentual de absenteísmo = Total de dias perdidos x 100 / Total de dias trabalhados x n° de trabalhadores

-Duração média das ausências = Total de dias perdidos / Número total de casos

Todas as variáveis foram comparadas entre si, verificando a existência de associação. Dois testes foram utilizados para checar a existência de associação entre variáveis: o teste  $\chi^2$  ( Chi-Quadrado) e o Teste Exato de Fisher.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de servidores e juízes estudado é homogêneo quanto às características sócio demográficas. O grau de escolaridade é acima do ensino médio, visto que é o mínimo exigido para os técnicos judiciários. Os analistas e juízes possuem curso superior completo, o que acontece também para um grande número de técnicos. Os fatores sócio-econômicos proporcionam facilidade de acesso aos serviços de saúde tanto médicos como odontológicos e refletem nas boas condições de saúde bucal desta população, sugerindo que este seja um fator relevante para os baixos índices de absenteísmo odontológicos encontrados. Até dezembro de 2008 o quadro de servidores e juízes era composto por 2741 servidores (1618 gênero feminino e 1123 do gênero masculino), sendo 973 analistas e 1768 técnicos. Os juízes e desembargadores (neste estudo foram denominados juízes) eram em número de 343, sendo 195 pertencentes ao gênero masculino e 148 ao gênero feminino, 3084 servidores e juízes constituíam o quadro atual até a conclusão deste estudo.

De dezembro de 1986 até dezembro de 2008, 1381 atestados odontológicos foram homologados nos prontuários médicos dos servidores e juízes do quadro (n=3084); totalizando 2676 dias de trabalho perdidos por motivos odontológicos em 22 anos. Através de uma amostragem aleatória de 1072 atestados verificou-se que os técnicos judiciários apresentaram maior nº de atestados, 79,38% (n=851) do que os analistas, 20,62% (n=221). Alguns destes servidores e juízes estão no quadro desde a fundação, outros foram se incorporando ao longo deste período de 22 anos.

O impacto econômico do absenteísmo no setor público assim como no setor privado é preocupante, sendo que no setor público gera aumento de despesas custeadas por toda a população.

Uma das dificuldades encontradas para a realização deste estudo foi a falta de parâmetros nacionais quanto a um índice preconizado como aceitável de absenteísmo,

principalmente quando relacionado a área odontológica que é recente neste campo. Esperamos que com esta especialidade da Odontologia do Trabalho cresça o interesse pelas pesquisas e assim que outros pesquisadores tenham maior disponibilidade e acesso aos dados.

### Caracterização da população estudada

Tabela 1: Distribuição dos atestados segundo a função e gênero

Gênero	Servidores		Juizes		Total de atestados	
	n (%)	Atestados n(%)	n(%)	Atestados n (%)	n (%)	
Masculino	1123 (40,97%)	538 38,96%	195 (56,85%)	33 (2,39%)	571 (41,35%)	
Feminino	1618 (59,03%)	770 55,75%	148 (43,15%)	40 (2,89%)	810 (58,65%)	
Total	2741 (100%)	1308 94,71%	343 (100%)	73 (5,29%)	1381 (100%)	

Tabela 2: Distribuição dos atestados para os servidores segundo uma amostragem de cargos

Gênero	Analistas			Técnicos		
	n	Atestados	Dias de afastamento	n	Atestados	Dias de afastamento
Masculino	407	48	136 (36,17%)	1058	411	599 (38,89%)
Feminino	569	173	240 (63,83%)	710	440	941 (61,11%)
Total	*973	221 (20,62%)	376 (100,00%)	*1768	851 (79,38%)	1540 (100,00%)

\*Estes valores são referentes a dezembro de 2008

Conforme a tabela 2, dos 851 atestados apresentados pela amostra de cargos, 20,62% (n=221) era de analistas, sendo 48 pertencentes ao gênero masculino e 173 ao gênero feminino. O gênero feminino também foi responsável por 240 dias de afastamento (n=63,83%), ou seja, a maioria. Para os técnicos (79,38% dos atestados), o gênero feminino contribuiu com a maioria dos atestados (n=440) e também com a maioria dos dias de afastamento (n=941). Os dados sugerem que os técnicos se afastaram mais que os analistas no período abrangido por este estudo, concordando com Salvador (2006) em seu estudo no Tribunal de Contas da União.

### **Frequência segundo o gênero**

Dos 1381 atestados odontológicos analisados; 58,65% pertencem ao gênero feminino (n=810) e 41,35% ao gênero masculino (n=571). Do total de servidores do quadro, 59,03% (n=1618) representa o gênero feminino e 40,97% (n=1123) o gênero masculino. Entre os juízes e desembargadores (que neste estudo foram designados apenas juízes) a proporção é inversa, 43,15% (n=148) são do gênero feminino e 56,85% (n=195) são do gênero masculino. Portanto, em números absolutos existe uma maior prevalência de atestados para o gênero feminino (concordando com a maioria dos autores: Mazzilli,2003 e Martins,2005) enquanto que proporcionalmente os resultados são equivalentes para os dois gêneros. Entre os juízes onde o gênero masculino predomina, a maioria dos atestados encontrados também pertence ao gênero feminino (Tabela 1).

Segundo Pereira (1995), há diferença entre os sexos, no tocante a aspectos da mortalidade e da morbidade. A mortalidade é maior entre os homens, a mulher vive de 4 a 10 anos a mais que os homens. A morbidade é maior entre as mulheres, e elas utilizam os serviços de saúde 20% a mais do que homens.

Diacov & Lima (1988) estudaram o absenteísmo decorrente de problemas odontológicos em 701 trabalhadores da prefeitura municipal de São José dos Campos, e Hito (2007) em sua dissertação de mestrado estudando o absenteísmo odontológico em uma

empresa frigorífica (provavelmente porque havia predominância do gênero masculino entre os funcionários) encontraram maior prevalência para o gênero masculino. Este resultado é contrário ao nosso estudo e à maioria dos resultados da literatura. Lima (1997) analisou comparativamente 1774 atestados odontológicos da prefeitura e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de São José dos Campos e concluiu que, para a faixa de 10 a 20 anos de idade, foi estatisticamente significativo o índice de absenteísmo do sexo masculino e em relação às outras faixas etárias não houve diferenças significantes, o que concorda com nosso estudo, pois abrange faixas etárias acima de 20 anos.

Martins (2005) pesquisando o absenteísmo odontológico em uma empresa pública e outra privada relata que houve predominância do gênero feminino tanto na empresa pública, quanto na empresa privada.

Salvador (2006), abordando o absenteísmo no Tribunal de Contas da união também encontrou que o índice anual de afastamentos por gênero por causas gerais no gênero feminino foi maior que o masculino, concordando com nossos resultados embora tenhamos estudado somente o absenteísmo odontológico.

Calle (1971) após estudar o absenteísmo-doença chegou à conclusão de que em 42.349,5 dias de trabalho perdidos por motivos de doença, 30.000,5 (70,8%) ocorreu entre trabalhadores do sexo feminino o que concorda com o nosso estudo em relação ao gênero mais discorda em relação à frequência (58,59% neste estudo).

### **Frequência segundo os dias de afastamentos**

Foram perdidos 2676 dias de trabalho por motivos odontológicos em 22 anos, nesta população estudada (n=3084). Com relação aos dias de afastamentos, a maior frequência encontrada (65,46%; n=904) refere-se a um dia de afastamento, seguidos por dois dias (18,97%; n=262) e três dias (6,66%; n=92). O número médio de dias afastados por atestado é de 1,93 dias (Tabela 8), sendo que em seis atestados, o afastamento foi de

mais de 20 dias. Foram encontrados atestados com afastamentos de 60 dias (n=1) com afastamento de 45 dias (n=1) e com 30 dias (n=1). Estas ausências prolongadas referem-se a períodos de recuperação após grandes cirurgias. Portanto 95,28% do total de afastamentos são de até 5 dias e apenas 4,72% são de afastamentos acima de 5 dias (Tabela 4).

Os critérios de concessão e os protocolos utilizados para se homologar o atestado parecem influenciar na incidência do absenteísmo e na sua duração. Silva e Marziale (2000) constataram que os atestados que dispensavam a perícia médica (1 e 2 dias) corresponderam a 79% dos atestados emitidos na instituição estudada. Neste estudo constatou-se que a maioria dos afastamentos (até 5 dias) não necessitaram de perícia. Segundo o decreto 7003 de 9 de novembro de 2009 os afastamentos de até 5 dias não necessitam de perícia médica.

### **Frequência em relação à função**

Em relação à função exercida, 94,71% (n=1308) dos atestados odontológicos pertenciam aos servidores e 5,29% (n=73) aos juízes (Tabela 1). Considerando uma amostragem aleatória de 1072 atestados de servidores observou-se que 20,61% (n= 221) eram de analistas e 79,38% (n=851) eram de técnicos. A explicação para este fato é o maior número de servidores em cargos de técnicos judiciários (n=1768) do que analistas (n=973). Resultado que concorda com os obtidos por Salvador (2006) em seu estudo sobre o absenteísmo no Tribunal de contas da União, ou seja, os técnicos se afastam mais que os analistas. Considerando o número de dias perdidos, os servidores se afastaram 2348 dias (87,74%) e os juízes 328 (12,26%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos dias de afastamento segundo gênero e função

Gênero	Nº de dias de afastamento		Total n (%)
	Servidores	Juízes	
Masculino	924 (n=1123)	142 (n=195)	1066 (39,84%)
Feminino	1424 (n=1618)	186 (n=148)	1610 (60,16%)
Total	2348 (87,74%)	328 (12,26%)	2676 (100%)
	* (n=2741)	* (n=343)	

\* Valores correspondentes ao número de servidores e juizes do quadro.

A duração média dos afastamentos encontrados de 1,93 (Tabela 12) é compatível com o número encontrado por Martins (2005) para a empresa privada (1,93) e bem abaixo ao encontrado por ele para a empresa pública (3,82), e pode ser explicado por algumas causas como as cirúrgicas, que elevam a média aritmética em razão do número de dias necessários para a recuperação do paciente. Martins (2005) encontrou atestados odontológicos de no máximo 5 dias.

Em São Paulo (SP) a investigação realizada por Mazzilli, aponta 5,4 dias ( $\pm 0,25$  dia) como tempo médio de afastamento do trabalho por causas odontológicas, sendo a maior frequência observada entre 2 a 7 dias (72,4%). Observando ainda o tempo médio de afastamento, segundo as nosologias, autor descreve que as exodontias por via alveolar, apresentam o menor tempo médio de afastamento, e os transtornos de ATMs a maior quantidade de dias de afastamento.

Em sua revisão, Miller (1978) apresenta um relatório do Ministério da Saúde do Reino Unido (The Report of the Ministry of Health, United Kingdom, 1957), o qual mostra que em 1957 houve 520.000 dias de ausências ao trabalho, as quais foram certificadas de terem ocorrido por doenças bucais.

Reisine (1984), de acordo com o United States National Health Interview Survey relata que 4,87 milhões de problemas odontológicos resultaram em 17,7 milhões de dias de restrição de atividade, 6,73 milhões de dias de indivíduos acamados, e 7,05 milhões de dias de trabalho perdidos. Entretanto, a autora afirma que a condição bucal não resulta em incapacidade no trabalho para a maioria dos participantes, e para aqueles que relataram absenteísmo, o impacto não era grande (<1 dia). Segundo ela, isso sugere que a incapacidade de ir trabalhar não é um indicador bom para o impacto da doença, pelas suas variáveis limitadas. Isso demonstra que o trabalhador ignora as consequências de executar suas atividades em condições insatisfatórias.

Heacock (1943) relatou que o serviço médico de uma indústria de mais de 500 mil trabalhadores em 1942 informou-lhe que o absenteísmo por doenças dos dentes e gengiva em homens foi da ordem de 0,8 pessoas por 1000 empregados, com duração de 27 dias. Guzmán (1977)<sup>24</sup> afirma que apesar de não serem conhecidas com exatidão as cifras, pode presumir-se que diariamente 4000 trabalhadores no México deixam de comparecer ao serviço devido a problemas buco-dentais, sendo perdidos nada menos que 1.514.216 dias (jornadas de 8 horas) de atividades produtivas a cada ano, afetando a economia do país de forma importante.

Gift et al.(1995) citaram em seu trabalho, que em 1989 em nível nacional (EUA), 164 milhões de horas de trabalho são perdidas anualmente pelos trabalhadores como resultado de suas próprias visitas aos dentistas causadas por problemas odontológicos. Segundo os autores, este volume de horas perdidas de trabalho representa aproximadamente 148.000 horas perdidas por 100.000 indivíduos empregados.

Segundo Salvador (2006) todos os estudos, até os mais pessimistas, que tratam da relação custo-benefício de programas de prevenção de doença e promoção de saúde e segurança no trabalho, tem demonstrado um retorno de no mínimo 20% sobre o capital investido. No entanto, segundo ele, a OMS enfatiza que em estudos mais otimistas para cada R\$1,00 investido, pode-se economizar até R\$16,00. Em um estudo abordando o absenteísmo abrangendo todas as causas em servidores do Tribunal de Contas da União

(Salvador2006) os afastamentos de um dia eram a maioria (36%) enquanto os afastamentos acima de 5 dias aconteceram em 20% do total de dias afastados. Dos pedidos de afastamentos 80% foram de até 5 dias. Este estudo, embora incluía apenas as causas odontológicas, concorda com estes resultados: 95,28% do total de afastamentos são de até 5 dias, 65,46% são de licenças com 1 dia de afastamento e apenas 4,72% são de afastamentos acima de 5 dias (Tabela 4).

Tabela 4: Frequência segundo os dias de afastamento nos atestados

Dias de afastamento	Frequência	Percentual	Total de dias de afastamento
1 dia	904	65,46%	904
2 dias	262	18,97%	524
3 dias	92	6,66%	276
4 dias	31	2,24%	124
5 dias	27	1,95%	135
10 dias	11	0,79%	110
15 dias	6	0,43%	90
20 dias	1	0,08%	20
30 dias	1	0,08%	30
45 dias	1	0,08%	45
60 dias	1	0,08%	60
Outros	42	3,04%	358
Não informados	2	0,14%	-----
Total	1381	100,00%	2676

## Frequência segundo o CID

Pesquisando os motivos odontológicos que levaram aos afastamentos, utilizando o CID (Classificação Internacional de Doenças) verificou-se que 566 (40,98%) não relataram o motivo de afastamento (Tabela 4).

Tabela 5: Distribuição do CID segundo o gênero

Motivo do afastamento- CID	Frequência	Percentual no total de atestados	Percentual no total informado
Não relatado	566	40,98%	0
K01-dentes inclusos e impactados	356	25,78%	43,68%
K04-doenças da polpa e tecidos periapicais	146	10,57%	17,91%
K05-gengivite e doenças periodontais	88	6,37%	10,80%
*K08-outras transtornos dos dentes e estruturas de sustentação	87	6,31%	10,67%
*K07-anomalias dento-faciais	68	4,92%	8,34%
Outros	70	5,07%	8,60%
Total	1381	100,00%	100,00%

\*As disfunções têmporo-mandibulares foram incluídas no CID K07 e as cirurgias para implantes foram incluídas nos CIDs K07 e K08 pela maioria dos cirurgiões-dentistas.

Saliba (2000) verificou em seu trabalho que 64,4% dos dentistas indicavam no atestado o ato praticado, sugerindo desconhecimento do segredo profissional, ou do CID, o

qual foi estabelecido para que os profissionais da área de saúde pudessem se comunicar sem descrever o tratamento realizado, não quebrando assim, o sigilo profissional. Estudo realizado por Silva (2000), com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário revelou que 31% dos atestados não continham o diagnóstico ou Classificação Internacional de Doenças (CID), alegando como um direito do trabalhador, para não ser exposto. Resultados semelhantes com o nosso estudo, sendo que verificamos 40,98% (n=566) dos atestados não informaram o CID e nem o procedimento realizado (Tabela 5).

Pesquisando os motivos odontológicos que levaram aos afastamentos, utilizando o CID (Classificação Internacional de Doenças), considerando os atestados que mencionaram o CID, verificamos: K01(dentes inclusos e impactados) foi citado por 43,68% (n=356); K04 (doenças da polpa e tecidos periapicais) foi citado por 17,91% (n=146); K05 (gingivite e doenças periodontais) com 10,80% (n=88) e; K08 (outros transtornos dos dentes e suas estruturas de sustentação) com 10,67% (n=87) do total (Tabela 5).

Mazzilli (2004) em seu estudo sobre os afastamentos por motivos odontológicos na Prefeitura de São Paulo no período de 1996 a 2000 constatou que os 5 principais motivos citados foram: 1) Exodontias por via alveolar (24,94%); 2) Doenças da polpa e tecidos periapicais (17,81%); 3) Doenças periodontais (10,75%); 4) Transtornos das articulações têmporo-mandibulares (7,68%); e 5) Exodontias de dentes inclusos e impactados (6,88%).

Os principais motivos de afastamento na Empresa de Correios e Telégrafos no ano de 2006, segundo Souza (2008) foram: 1) Dentes inclusos e impactados, 2) Doenças da polpa, 3) Doenças do periodonto, 4) Exodontia via alveolar, 5) Transtornos de gengiva e rebordo alveolar. Resultados em sua maioria concordantes com o nosso estudo.

Tabela 6: Distribuição do motivo do afastamento segundo o gênero

Motivo do afastamento- CID	Frequência no total de atestados	Gênero		Gênero		Total informado
		Masculino	Percentual Masculino	Feminino	Percentual Feminino	
K01	356	138	16,93%	218	26,75%	43,68%
K04	146	61	7,48%	85	10,43%	17,91%
K05	88	30	3,68%	58	7,12%	10,80%
K08	87	33	4,05%	54	6,63%	10,68%
K07	68	21	2,57%	47	5,77%	8,34%
Outros	70	20	2,45%	50	6,14%	8,59%
*Total informado	815	303	37,18%	512	62,82%	100,00%

\*Obs: os 40,98% (n=566) dos atestados que não relataram o motivo do afastamento, não estão aqui relacionados

Principais causas de afastamento para o gênero feminino:

- 1) K01(dentes inclusos e impactados) - 26,65% (n=218)
- 2) K04(doenças da polpa e tecidos periapicais) - 10,43% (n=85)
- 3) K05(gengivite e doenças periodontais)- 7,12% (n=58)
- 4) K08(outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação) - 6,63% (n=54)
- 5) K07(anomalias dento-faciais) - 5,77% (n=47)

Principais causas de afastamento para o gênero masculino:

1) K01 – 16,93% (n=138)

2) K04 – 7,48% (n=61)

3) K08 – 4,05% (n=33)

4) K05 – 3,68% (n=30)

5) K07 – 2,57% (n=21)

Portanto, quanto às causas que levaram homens e mulheres a se afastarem do trabalho existe semelhança sendo o K01 o mais mencionado nos atestados (feminino 26,65%, e masculino 16,93%). As posições se inverteram apenas em relação à 3ª e 4ª colocações (K05 e K08 para o gênero feminino e K08 e K05 para o gênero masculino).

Reisine (1981) após analisar as considerações na formulação dos indicadores sócio dentais, encontrou que os homens apresentam-se mais incapazes por dor de dente e doenças na maxila-mandíbula, e glândulas salivares, enquanto que mulheres perdem o trabalho por outras condições como doenças de tecido duro, desordens de erupção dentária, doença pulpar e doença gengival e periodontal.

### **Frequência anual e mensal dos atestados odontológicos**

Quanto à frequência anual dos atestados odontológicos, observou-se que de 1987 a 1999 ela variou de 0,29% (1987) a 2,81% (1999), tendo seu pico no ano de 1997 com a frequência de 4,10%. A partir do ano 2000 a frequência teve um aumento significativo, sempre acima de 6,43% até 9,54% do total de atestados, provavelmente devido ao ingresso de servidores e juizes no quadro do Tribunal a partir daquele ano (Gráficos 1 e 2).

Quanto à frequência mensal do número de atestados não foram observadas diferenças relevantes, a não ser a menor frequência no mês de dezembro (4,43% do total) provavelmente devido ao recesso do judiciário que acontece de 20 de dezembro a 06 de

janeiro, o que torna este mês com menos dias trabalhados em relação aos outros meses do ano. Abril e outubro foram os meses em que mais se verificaram atestados odontológicos.(Gráfico 2) .

Gráfico 1: Frequência anual dos atestados-Evolução do número de atestados desde a fundação.

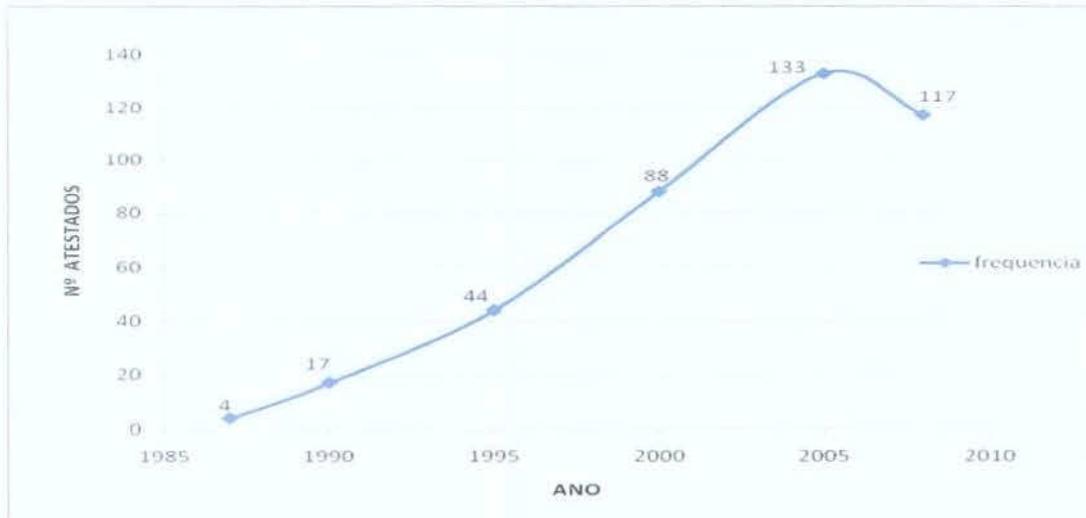


Gráfico 2: Frequência mensal dos atestados

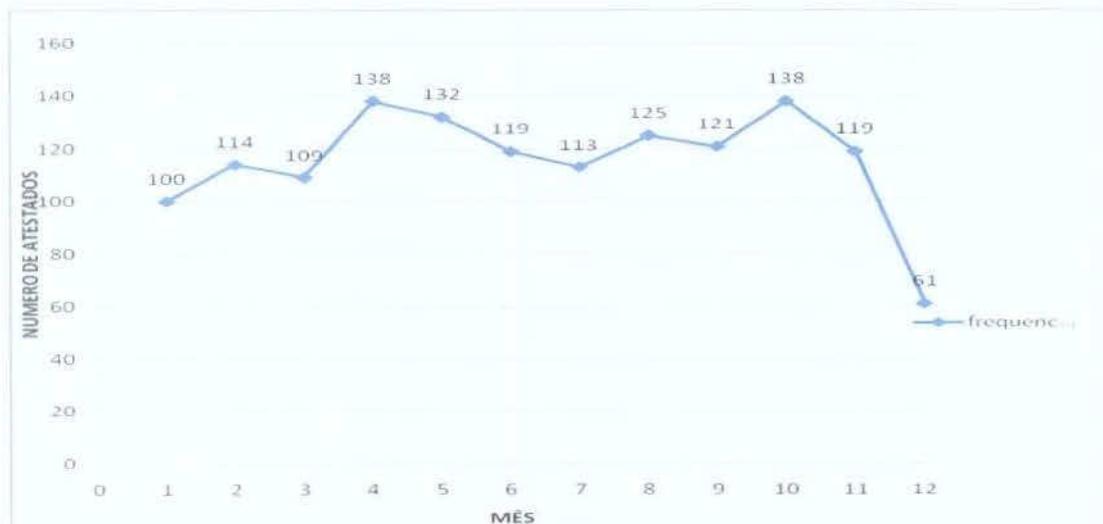
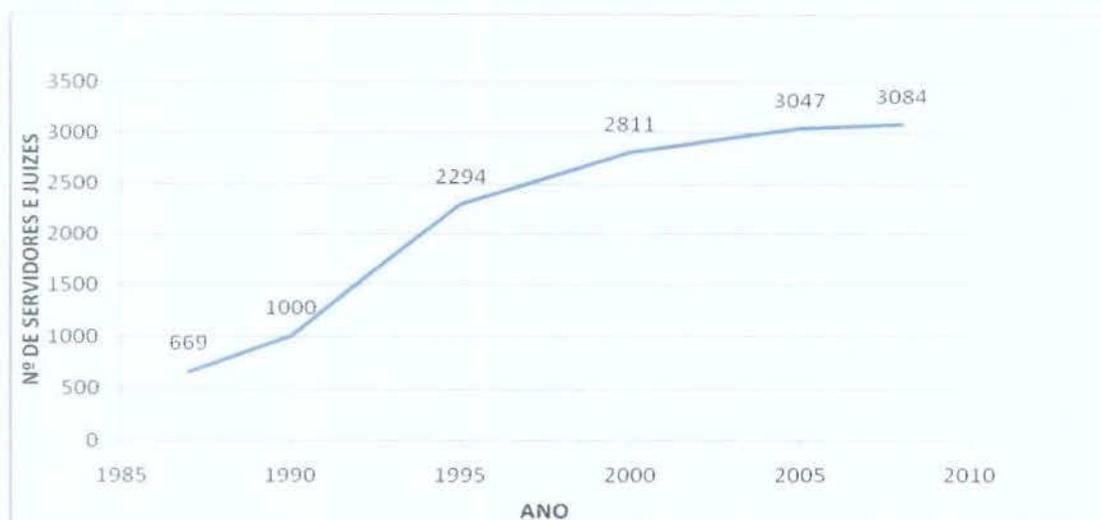


Gráfico 3: Evolução do número de servidores e juizes



Observando-se os dois gráficos (Gráficos 1 e 3) verificamos que à medida que aumenta o número de servidores e juizes há um aumento proporcional do número de atestados. A partir de 2005 não houve um incremento considerável no número de servidores e com isso o número de atestados até diminuiu.

### **Frequência em relação à faixa etária**

As faixas etárias que apresentaram maiores frequências do número de atestados foram de 30 a 40 anos (37,43%) e de 40 a 50 anos (32,30%), Tabela 7. Pelo total de pessoas que solicitaram o afastamento em relação ao número de atestados percebe-se que houve repetições de atestados para um mesmo usuário. Proporcionalmente, as faixas etárias de 40 a 50 anos, 50 a 60 anos e acima de 60 anos apresentaram um maior número de atestados que as outras faixas etárias (respectivamente média de 1,59; 1,47 e 1,61 atestados por usuário).

Tabela 7: Frequência do número de atestados em relação à faixa etária

Faixa etária	* N° de pessoas	N° de atestados	Frequências
20 a 30 anos	177	228	16,51%
30 a 40 anos	380	517	37,43%
40 a 50 anos	280	446	32,30%
50 a 60 anos	110	169	12,24%
Acima de 60 anos	13	21	1,52%
Total	960	1381	100,00%

\*Número de pessoas que solicitaram afastamento por faixa etária

Martins (2005) encontrou que a faixa etária entre 30 a 39 anos foi a que mais faltou ao serviço público e que, a faixa de 20 a 29 representou a maior falta no serviço privado, em um estudo comparativo entre esses serviços. Nossos resultados concordam com o de Martins para o serviço público (Tabela 7).

Diacov & Lima (1988) em seu estudo sobre absentéismo odontológico na Prefeitura de São José dos Campos encontrou maior prevalência nos trabalhadores que exercem funções burocráticas, na faixa etária de 20 a 30 anos de idade, e que os trabalhadores mais velhos apresentam menores índices de absentéismo. Resultados conflitantes também foram encontrados em relação à faixa etária, neste estudo os maiores índices de absentéismo se deram nas faixas etárias de 30 a 40 anos (37,22%) e 40 a 50 anos

(32,11%) e concordaram que as faixas etárias mais avançadas (acima de 50 anos) apresentaram menores índices.

Lima (1997) analisou comparativamente 1774 atestados odontológicos da prefeitura e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de São José dos Campos e concluiu que, para a faixa de 10 a 20 anos de idade, foi estatisticamente significativo o índice de absenteísmo do sexo masculino e em relação às outras faixas etárias não houve diferenças significantes; a predominância de absenteísmo por problemas odontológicos deu-se no grupo de trabalhadores de funções burocráticas nas faixas de 20 a 30 anos, de 40 a 50 anos e de mais de 50 anos em relação aos trabalhadores de função não burocrática.

Mazzilli (2004) em sua pesquisa, investigando os afastamentos ao trabalho por motivos odontológicos em servidores públicos municipais de São Paulo, obteve resultados mostrando que a faixa etária mais prevalente foi a de 40 a 49 anos de idade (40,29%), seguida pela faixa de 30 a 39 anos de idade (27,46%); à faixa de 60 a 69 anos, coube o menor índice observado (2,83%). Outro resultado importante encontrado foi que a faixa etária de maior risco relativo de solicitação de afastamento foi a de 20 a 30 anos, enquanto a de menor risco relativo foi de 60 a 69 anos de idade. Neste estudo as faixas etárias que mais se afastaram também foram de 30 a 40 e de 40 a 50 anos só que em posições invertidas. A faixa etária de menor número de dias afastados também foi acima de 60 anos.

### **Frequência segundo ao tipo de atestados**

Quanto ao tipo de atestado: internos (emitidos pelos próprios dentistas do Tribunal) ou externos (por outros dentistas) verificou-se que: 77,84% do total (n=1075) eram externos e 22,16% (n=306) internos. O grande número de atestados externos podem se justificar pelos procedimentos que não são oferecidos pelo serviço odontológico do Tribunal e, portanto devem ser realizados na rede particular. O pequeno número de atestados internos também se justifica porque grande parte dos atendimentos são realizados

antes, durante ou após o horário de trabalho, nos consultórios do Tribunal e os atestados são fornecidos apenas quando solicitados pelo paciente ou seu superior. Além disso, os servidores e juízes tem a opção de ser atendido pelo seu dentista particular de escolha. Estes podem ser os motivos que explicam o baixo número de atestados internos em relação aos externos.

Reisine (1984) encontrou em suas pesquisas que as visitas preventivas acarretam maior episódio de absenteísmo no trabalho (62.8%), entretanto elas resultam em poucas horas perdidas. A autora relatou ainda que a prevalência e a magnitude das perdas produtivas por motivos buco-dentais sofrem interação de diversos fatores, os quais possuem determinantes sociais. Ela concluiu que um serviço preventivo pode promover uma relação custo-benefício favorável, implicando na redução dos custos indiretos, da perda de tempo de trabalho e possibilitando a utilização dos dados registrados como indicadores adjuntos para pesquisas odontológicas. Revelou ainda que quando o indivíduo, no caso das doenças bucais, participa de um tratamento preventivo, isso diminui suas faltas com relação a tratamentos curativos, ou seja, o serviço preventivo acarreta menos prejuízos à economia. Segundo a autora, as visitas preventivas acarretam maior episódio de absenteísmo do trabalho (62.8%), entretanto elas resultam em poucas horas perdidas.

Segundo Medeiros & Bijella (1970) a oportunidade de atendimento por um serviço instalado no local de trabalho reduziria ao mínimo as perdas de mão-de-obra, pois reintegraria o trabalhador o mais rápido possível em suas atividades. O serviço odontológico deverá estar se possível, junto ao ambulatório médico, de modo a poder contribuir com exames solicitados, bem como, servir-se do mesmo nos casos de emergências. Provavelmente o baixo percentual de atestados internos deveu-se a facilidade de acesso para os servidores e juízes se utilizarem do atendimento segundo suas necessidades e disponibilidade de horários. Campinas é favorecida neste aspecto por ser a sede do atendimento odontológico.

### Frequência das 5 cidades mais prevalentes quanto aos afastamentos

Das cidades englobadas pela 15ª região, Campinas foi a que apresentou a maior frequência (41,11% do total), em seguida vieram: Jaboticabal (6,34%), Bauru (3,53%), Ribeirão Preto (3,10%) e Limeira (2,95%). O grande número de atestados na região de Campinas deveu-se provavelmente, ao considerável número de servidores e juizes que tem seus domicílios nesta cidade (n=1260). Observa-se que apenas 5 cidades foram responsáveis por 57,03% (n=792) do total de atestados. As outras cidades apresentaram 42,97% (n=589) do total de atestados.

Tabela 8: Frequência segundo as cidades com maior prevalência

Cidades	*Nº de pessoas	Frequência	Percentual no Total de atestados
Campinas	441	571	41,11%
Jaboticabal	8	88	6,34%
Bauru	30	49	3,53%
Ribeirão Preto	29	43	3,10%
Limeira	21	41	2,95%
Outras	431	589	42,97%
Total	960	1381	100,00%

\*Número de pessoas que solicitaram afastamento

Proporcionalmente, pode-se observar na tabela 8 que Campinas apesar de apresentar a maior frequência de atestados odontológicos devido ao seu grande quadro de

servidores, apresenta em média 1,30 atestados por pessoa enquanto Jaboticabal, Limeira, Bauru e Ribeirão Preto registraram respectivamente; 11,0; 1,95; 1,63 e 1,48 em média. Estes dados sugerem que a presença do atendimento odontológico na cidade de Campinas pode influenciar nos baixos índices de absenteísmo apresentados pela cidade.

### **Frequência quanto a origem do atestado**

Analisando os atestados se próprio ou de acompanhantes, observamos que do total de 1381 atestados, 98,78% foram para atestar tratamentos odontológicos do próprio servidor ou juiz e 1,22% para acompanhamento. Os dados sugerem que as consultas para acompanhamento geralmente sejam feitas fora do horário de trabalho. Vale salientar que o serviço de odontologia do Tribunal não presta atendimento aos dependentes somente aos servidores e juízes.

Tabela 9: Frequência segundo a origem do atestado.

Origem do atestado	Frequência	Percentual no total de atestados
Próprio	1364	98,77%
Acompanhamento	17	1,23%
Total	1381	100,00%

### **Frequência quanto às repetições**

Identificou-se que 58 servidores ou juízes se afastaram do trabalho por motivos odontológicos acima de 4 ocasiões em 22 anos produzindo vários eventos, havendo portanto repetições que resultaram em 512 atestados. Portanto 6,04% (n=58) apresentaram 37,07% (n=512) do total de atestados.

**Tabela 10: Frequência segundo as repetições de atestados**

Repetições	*Nº de pessoas	n%	Nº de atestados	n%
Atestados em até 3 repetições	902	93,96%	869	62,63%
Atestados acima de 4 repetições	58	6,04%	512	37,07%
Total	960	100,00%	1381	100,00%

\*Número de pessoas que apresentaram atestados

Mazzilli (2005) também encontrou repetições de sujeitos que apresentaram duas ou mais vezes ( $n = 276 = 23,55\%$ ) atestados e representaram 44,96% do total de casos. A grande maioria 76,45% ( $n = 896$ ) apresentou uma única solicitação de afastamento laboral em 4 anos.

## Associação entre as variáveis

As análises foram feitas utilizando o software SAS versão 9.1, utilizando um nível de significância 5%.

Tabela 11: Associação entre as variáveis

Variáveis	Tipo de teste	p-valor	Associação
tipo de atestado x origem do atestado	Fisher.	0,1418.	Não
gênero x tipo de atestado	$\chi^2$	<0,001	Sim
gênero x origem do atestado	$\chi^2$	0,6064.	Não
Gênero x CID	$\chi^2$	0,56	Não
gênero x função	$\chi^2$	<0,001	Sim
tipo de atestado x função	$\chi^2$	<0,001	Sim
origem do atestado x função	Fisher	0,18	Não
gênero x faixa etária	$\chi^2$	<0,0064	Sim
Faixa etária x CID	$\chi^2$	<0,001	Sim
Faixa etária x tipo de atestado	$\chi^2$	<0,0040	Sim
Dias de afastamento x gênero	$\chi^2$	0,61	Não
Dias de afastamento x faixa etária	$\chi^2$	0,04	Sim
Dias de afastamento x tipo de atestado	$\chi^2$	0,16	Não

Independentemente do tipo de atestado, se para acompanhamento ou para tratamento da própria saúde, não houve associação estatística com a origem do atestado, se interno ou externo, CID e com os dias de afastamento. Quanto às variáveis função, faixa etária e gênero ficou demonstrada associação significativa com o tipo de atestado.

As seguintes variáveis estudadas mostraram associação estatística significativa em relação ao gênero: tipo de atestado, faixa etária e função. Quanto à origem do atestado e dias de afastamento não houve associação estatística significativa.

As variáveis que demonstraram associação estatística com a função exercida foram: gênero e tipo de atestado. Não houve associação estatística em relação à origem do atestado.

A variável faixa etária mostrou associação estatística em relação ao gênero, dias de afastamento e ao tipo de atestado.

Pode-se concluir que o gênero é uma variável importante; o gênero feminino é preponderante na maioria das empresas públicas e privadas e os fatores sociais, emocionais, físicos, ergonômicos e outros envolvidos com o absenteísmo odontológico devem ser analisados pela área de recursos humanos considerando as particularidades de cada gênero para a obtenção dos resultados almejados.

### **Indicadores de absenteísmo**

Segundo Flippo (1970) a taxa de absenteísmo considerada normal é em torno de 3%. Já Forssman (1956) afirma que a noção de um “absenteísmo normal”, aplicada a um grupo, a uma profissão, ou a um país é discutível. O correto é que se deve ter o firme propósito de reduzi-lo ao máximo. Possivelmente por este motivo não tenha sido encontrada nenhuma referência sobre o patamar ideal para estes índices. Segundo Couto (1987), pode-se classificar como índices de absenteísmo excessivos valores de índices de frequência (If) maiores que 0,10 por mês. Danatro (1997) verificou numa instituição pública de Montevideo, no Uruguai, no período de um ano, em relação ao absenteísmo médico, índice de frequência de 1,08, de gravidade de 6,84 e duração medi das faltas de 6,28 dias.

O governo do Estado de São Paulo (2007) vem adotando medidas para combater o alto índice de absenteísmo do Estado. Os números são alarmantes, a quantidade de dias faltados, principal indicador do problema, vem crescendo nos últimos anos. Foram 5,09 milhões de dias em 2003, passando para 5,4 milhões em 2004, 5,5 milhões em 2005 e chegando a 6,3 milhões de dias em 2006, ou seja, um aumento da ordem de 25% em três

anos. Só entre 2005 e 2006 o aumento foi de 15,44%. O total do Estado é de 9,81% de faltas sobre o número total de dias que deveriam ser trabalhados pelos servidores.

Bispo (2002) afirma que segundo alguns consultores de recursos humanos, um índice aceitável de absenteísmo situa-se em torno de 2,7%, mas que algumas empresas conseguem alcançar índices bem abaixo que este.

Buscou-se neste estudo traçar um perfil do absenteísmo odontológico no Tribunal Regional do Trabalho ao longo de 22 anos de existência através da análise dos fatores que afetaram estes afastamentos e do cálculo de índices recomendados pelo Subcomitê da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional (índices de frequência, gravidade, percentual de absenteísmo e duração média das ausências). Os indicadores de absenteísmo encontrados estão representados na tabela 12.

O longo período abrangido por este estudo dificulta a obtenção de um índice médio de absenteísmo. Para o cálculo dos índices destes índices (frequência, gravidade e percentual de absenteísmo) utilizou-se o cálculo de 6 índices(1987, 1990, 1995, 2000, 2005 e 2008)e posteriormente obteve-se a média aritmética destes índices. Esta forma de cálculo foi selecionada para que o índice não fosse direcionado para valores muito baixos se o número de servidores fosse o de dezembro de 2008.

Tabela 12: Índices médios de gravidade, frequência, duração média das ausências e percentual de absentismo no TRT da 15ª região (dezembro 1986 a dezembro 2008)

Nº total de atestados	Nº de servidores e juizes	índice de frequência
1381	3084	0,447
nº de dias perdidos	Nº de servidores e juizes	índice de gravidade
2676	3084	0,867
*Nº de casos	N de dias perdidos	duração média das ausências
1381	2676	1,93
Total de dias trabalhados	Total de dias perdidos	percentual de absentismo
11020900	2676	0,024

\*Devido ao longo período foram utilizadas médias aritméticas

Ao longo de 22 anos observou-se que o número de atestados odontológicos aumentou proporcionalmente ao aumento do número de servidores e juizes do quadro. No ano de 1999 para o ano de 2000 há um salto no número de atestados. Uma possível explicação para estas observações é o aumento do número de funcionários ao longo do tempo e de 1999 para o ano 2000 conforme representado no gráfico 4.

Calculamos os indicadores de absentismo para o período de 2004 a 2008 a fim de verificar o comportamento destes indicadores mais recentes. Os índices se mostraram, em sua maioria, inferiores aos encontrados por Martins (2005), mas salientamos que ele pesquisou causas médicas e odontológicas enquanto nós estudamos apenas as causas odontológicas. O percentual de absentismo para o período 2004 a 2008 se manteve entre 0,030 a 0,038 com algumas variações ( Tabela 13).

Tabela 13: Índices de frequência, gravidade, duração média das ausências e percentual de absentismo de 2004 a 2008 no TRT.

Ano	Nº de servidores e juízes	Índice de frequência	índice de gravidade	duração média das ausências	Percentual de absentismo
2004	2865	0,041	0,09	2,12	0,036
2005	3047	0,043	0,087	2,00	0,037
2006	3070	0,034	0,079	2,35	0,034
2007	3078	0,035	0,084	2,35	0,035
2008	3084	0,037	0,073	1,94	0,030

Comparando-se os índices encontrados neste estudo com os relatados por Martins (2005) verificamos que os índices de frequência e gravidade foram menores que os encontrados por ele tanto na empresa pública quanto na empresa privada. E o índice de duração média das ausências encontrado por nós foi consideravelmente menor que o encontrado por ele na empresa pública e igual ao encontrado por ele para a empresa privada conforme demonstrado na tabela 14.

Tabela 14: Comparação entre os índices de absenteísmo do TRT (22 anos) e os encontrados por Martins (2005)

Índices	TRT	Empresa pública	Empresa privada
Frequência	0,447	0,38	0,5
Gravidade	0,867	1,43	1,07
Duração média	1,93	3,82	1,93

\*Estes valores são referentes a 22 anos

Comparando-se apenas os resultados encontrados para o ano de 2005 com os encontrados por Martins (2005) para o mesmo ano observamos que:

-Os índices de frequência e de gravidade encontrados neste estudo são consideravelmente menores que os encontrados por Martins tanto para a empresa pública quanto para a empresa privada.

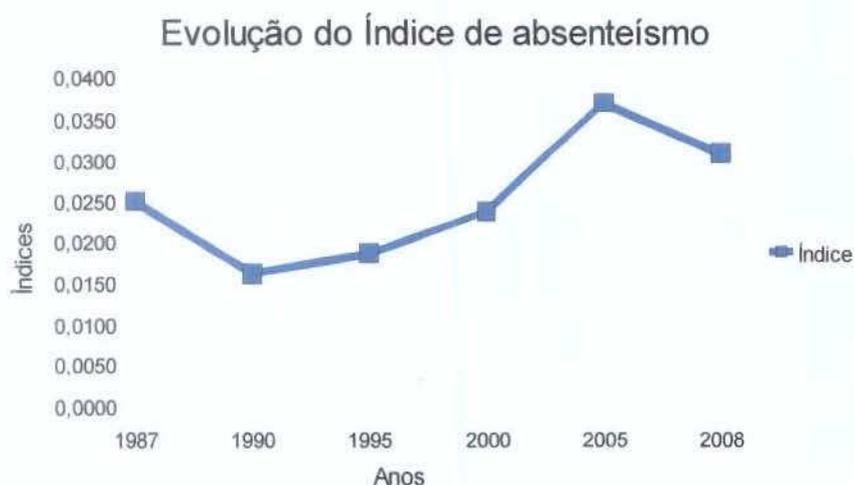
-A duração média das ausências foi significativamente menor que o da empresa pública e um pouco acima do índice da empresa privada.

-O percentual de absenteísmo não foi calculado por Martins e os dados da literatura abordam este índice em sua maioria incluindo os atestados odontológicos nos atestados médicos que ficam por volta de 3% mas não refletem a nossa realidade. Tivemos dificuldade em encontrar índices de absenteísmo específicos para a odontologia. Para o diretor da Secretaria de Saúde, um índice de absenteísmo geral em torno de 2,5% é considerado dentro dos padrões de normalidade.

De acordo com Ferreira (1995), as causas odontológicas correspondem a 20% do total dos afastamentos. Considerando a ausência de indicadores de absenteísmo especificamente voltados para a área odontológica, seguindo um raciocínio lógico, sugerimos que um índice aceitável de absenteísmo odontológico para o TRT seria de até

0,5%. Portanto os índices encontrados estão significativamente abaixo deste patamar. Apenas a cidade de Jaboticabal apresentou índice de absenteísmo acima de 0,5%. Consideramos que este tipo de raciocínio simplista, mas de considerável aplicação prática pode ser utilizado tanto para o setor público quanto para o setor privado. Quando em uma empresa ou instituição os afastamentos odontológicos estiverem acima dos 20% do total de afastamentos, algumas medidas relacionadas à saúde bucal de seus trabalhadores deveriam ser implantadas objetivando-se a redução deste índice. Portanto a fórmula utilizada pelo Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional pode ser utilizada tanto para analisar o índice num dado momento quanto para a projeção de metas para o futuro de um índice aceitável de absenteísmo odontológico.

Gráfico 5:



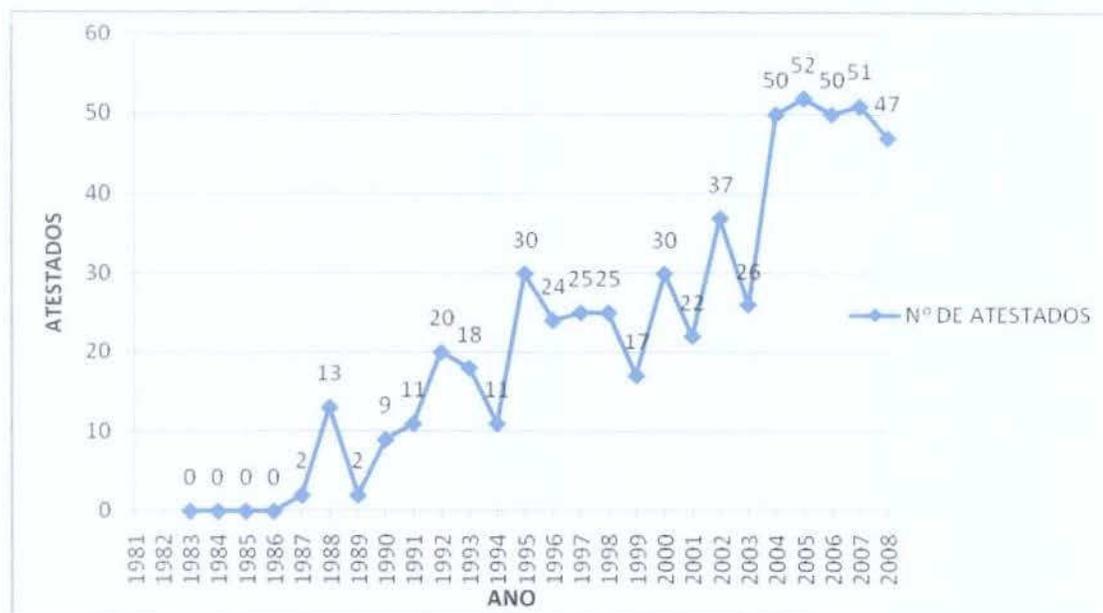
Percentual de absenteísmo ao longo dos anos: 1987-0,003; 1990-0,018; 1995-0,018; 2000-0,029; 2005-0,038; 2008-0,030

Verificamos a evolução do índice de absenteísmo durante os 22 anos do TRT da 15ª região. Iniciamos com o ano de 1987 e terminamos no ano de 2008 com intervalos de 5 anos para o cálculo dos índices nestes anos (Gráfico 5). Pode-se verificar que o índice foi aumentando a partir do ano de 1990 alcançando seu valor máximo em 2005 e decrescendo após este ano embora tenha se mantido em valores abaixo das médias encontradas na literatura.

### **Absenteísmo na cidade de Campinas**

Conforme o que foi observado em relação à 15ª região como um todo, considerando-se somente a cidade de Campinas, o mesmo fenômeno é repetido: à medida que aumenta o número de servidores e juízes aumenta também a solicitação de afastamentos na área odontológica. O atendimento odontológico foi implantado na sede do TRT (campinas) em 1991. Até o ano de 1987 o número de atestados encontrados neste estudo era muito baixo ( $n=12$ ) mesmo com um número de funcionários considerável que variou de 332 em 1981 a 669 em 1987. Estes dados sugerem que os servidores e juízes da época não apresentavam atestados ou os atestados não eram homologados, provavelmente o procedimento não seguia a formalidade de hoje. O gráfico 6 sugere que o que influencia realmente o absenteísmo odontológico na cidade de Campinas é a entrada de novos servidores e juízes e não outras variáveis, a instalação dos consultórios em 1991 provavelmente influencia na manutenção de baixos índices de absenteísmo nesta cidade embora ela tenha o maior número de servidores e juízes de toda a 15ª região. Provavelmente os valores seriam maiores se não houvesse o atendimento odontológico, pois os atendimentos que são realizados no próprio serviço odontológico teriam que ser feitos fora e isso acarretaria um número maior de afastamentos. Como observado nos gráficos 3 e 4 houve picos nos anos de 1995 e 2005 devido à grande entrada de servidores e juízes nestes anos o que também aconteceu com relação à Campinas (Gráfico 6).

Gráfico 6: Número de atestados em Campinas ao longo dos anos



Observa-se o gráfico 6 repete o padrão dos gráficos 3 e 4.

### Absenteísmo nas 5 cidades mais prevalentes

Das cidades englobadas pela 15ª região, Campinas foi a que apresentou a maior frequência (41,11%) do total de atestados, em seguida vieram: Jaboticabal (6,34%), Bauru (3,53%), Ribeirão Preto (3,10%) e Limeira (2,95%). O grande número de atestados na região de Campinas deveu-se provavelmente, ao considerável número de servidores e juizes que tem seus domicílios nesta cidade (n=1260). Observa-se que apenas 5 cidades foram responsáveis por 57,03% (n=792) do total de atestados. As outras cidades apresentaram 42,97% (n=589) do total de atestados.

Tabela 15: Frequência segundo as cidades com maior prevalência

Cidades	Número de pessoas que apresentaram atestados	Frequência	Percentual no Total de atestados
Campinas	44	571	41,11%
Jaboticabal	8	88	6,34%
Bauru	30	49	3,53
Ribeirão Preto	29	43	3,10%
Limeira	21	41	2,95%
Outras	431	589	42,97%
Total	960	1381	100,00%

Obtivemos junto à diretoria de pessoal dados para o período de 2004 a 2008, e fizemos o cálculo do absenteísmo odontológico para este período.

Tabela 16: Absenteísmo nas 5 cidades mais prevalentes de 2004 a 2008

Anos	Cidades	Dias afastam.	Nº de casos	If	ig	Da	Ia
2004	Campinas	107	48	0,041	0,092	2,23	0,039
	Jaboticabal	42	17	0,548	1,354	2,47	0,581
	R. Preto	8	3	0,030	0,081	2,66	0,035
	Bauru	0	0	0	0	0	0
	Limeira	4	2	0,058	0,117	2,00	0,050
2005	Campinas	163	51	0,041	0,132	3,19	0,057
	Jaboticabal	14	14	0,500	0,500	1	0,215
	R. Preto	3	3	0,029	0,029	1	0,012
	Bauru	6	6	0,084	0,084	1	0,013
	Limeira	1	1	0,030	0,030	1	0,036
2006	Campinas	155	49	0,039	0,125	3,13	0,053
	Jaboticabal	6	6	0,210	0,210	1	0,092
	R. Preto	0	0	0	0	0	0
	Bauru	3	3	0,042	0,042	1	0,018
	Limeira	2	2	0,060	0,060	1	0,026
2007	Campinas	121	53	0,042	0,096	2,28	0,041
	Jaboticabal	1	1	0,034	0,034	1	0,014
	R. Preto	12	7	0,065	0,112	1,71	0,047
	Bauru	7	5	0,069	0,097	1,40	0,041
	Limeira	3	3	0,085	0,085	1	0,036
2008	Campinas	93	47	0,035	0,069	1,98	0,029
	Jaboticabal	3	3	0,107	0,107	1	0,044
	R. Preto	5	5	0,045	0,045	1	0,019
	Bauru	5	5	0,040	0,040	1	0,017
	Limeira	5	5	0,035	0,035	1	0,056

De acordo com a tabela 16, as 5 cidades apresentaram índices semelhantes mas Jaboticabal embora tenha o menor número de servidores e juizes em todos os anos (2004 a 2008) obteve alguns índices de frequência, gravidade e percentual de absenteísmo muito acima das outras cidades em praticamente todos os anos. Não se pesquisou a causa destes índices elevados.

Quanto à duração das ausências, Campinas apresentou os maiores índices para os anos de 2005, 2006, 2007 e 2008. Apenas para o ano de 2004 a cidade com maior duração das ausências foi Ribeirão Preto.

Para o índice de frequência, Jaboticabal apresentou maiores índices para os anos de 2004, 2006 e 2008. No ano de 2005, Bauru foi a cidade que apresentou o maior índice e para o ano de 2007 foi Ribeirão Preto.

Quanto ao índice de gravidade, a cidade que apresentou maiores índices para 2004, 2006 e 2008 foi Jaboticabal, para 2005 foi Bauru e 2007 Ribeirão Preto.

Chama a atenção o fato da cidade de Jaboticabal se destacar com índices elevados mesmo tendo um número relativamente pequeno de servidores e juizes.

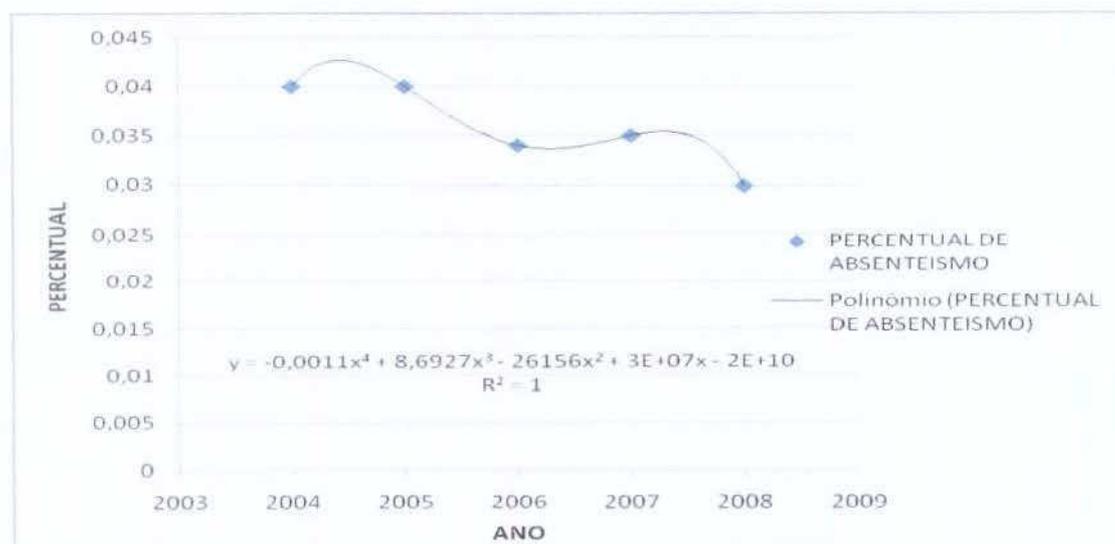
A cidade de Campinas apresentou os maiores valores de duração das ausências, observando a planilha de coleta de dados verificamos que as cirurgias ortognáticas e de implantes refletem no aumento deste índice, como verificado em Campinas no ano de 2005 e 2006.

Jaboticabal neste período estudado apresentou quase a metade, 46% (n=41) do total atestados de 22 anos (n=88).

## Linhas de tendências

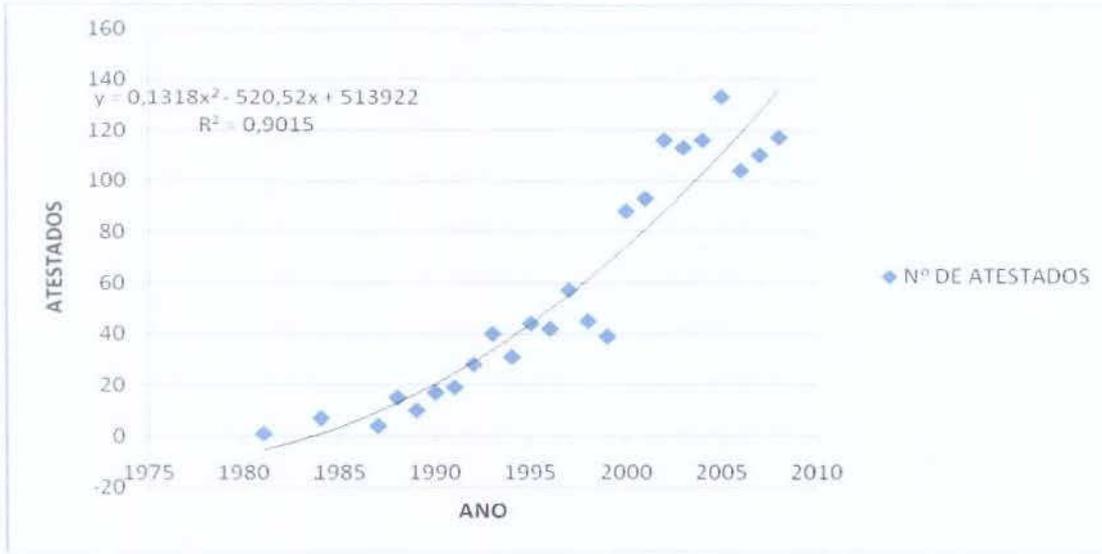
As linhas de tendência são usadas para exibir graficamente tendências em dados e analisar problemas de previsão. Esta análise também é chamada de análise de regressão. Usando a análise de regressão, você pode estender uma linha de tendência em um gráfico além dos dados reais para prever valores futuros. Em nosso estudo utilizamos 3 gráficos com linhas de tendências; percentual de absenteísmo, o número de atestados e o número de servidores e juizes, todas estas variáveis em relação ao tempo. Quanto mais próximo de 1 o resultado da equação ( $R^2$ ), maior o índice de confiabilidade da linha de tendência.

Gráfico 7: Percentual de absenteísmo a partir do ano de 2004.



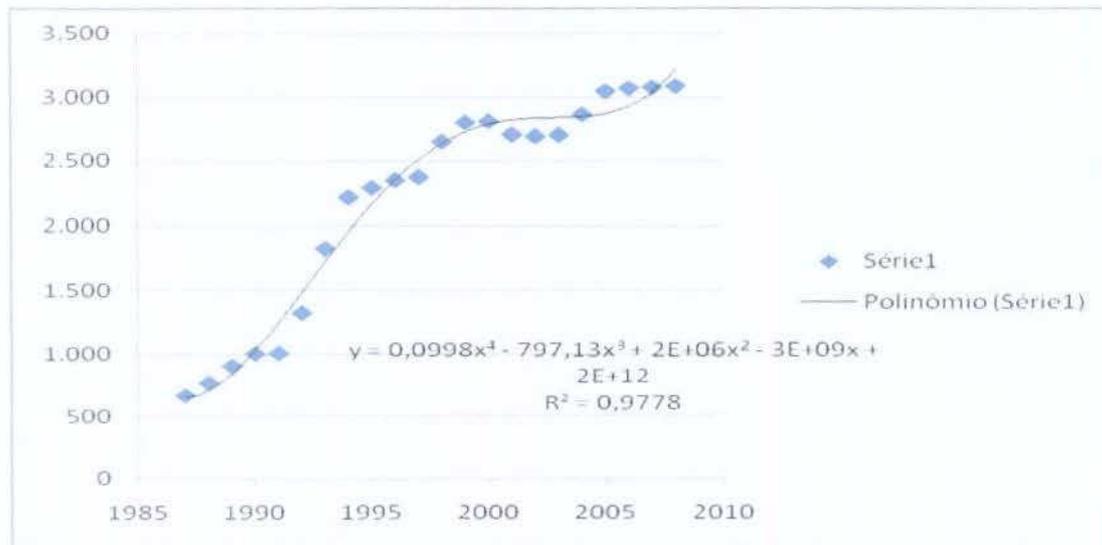
No gráfico 7 percebemos que o percentual de absenteísmo encontra-se estável e expressa uma tendência de queda. Provavelmente isto aconteça porque os servidores e juizes fazem suas consultas odontológicas no período inverso ao do trabalho.

Gráfico 8: Evolução do número de atestados desde a fundação do TRT



O gráfico 8 mostra que o número de atestados continua em crescimento e a tendência de continuar este crescimento no futuro. Embora o número de atestados esteja aumentando o percentual de absenteísmo mostra queda porque o seu cálculo envolve os dias perdidos que são poucos considerando-se o número de servidores e juízes.

Gráfico 9: Evolução do número de servidores e juízes desde a fundação do TRT.



O gráfico 9 mostra que o número de servidores e juízes continua aumentando e a tendência é que assim permaneça.

Estes gráficos são úteis para o planejamento de ações estratégicas na tentativa de reduzir índices quando necessário e projetar metas para curto, médio e longo prazos.

## 6. CONCLUSÃO

Pelo estudo realizado, pôde-se concluir que:

\*O absenteísmo odontológico no Tribunal Regional do Trabalho da 15ª região apresentou índices de absenteísmo odontológico inferiores aos encontrados na literatura e frequências de variáveis semelhantes à maioria dos estudos relatados. Verificou-se que a entrada de novos servidores e juízes é um fator que reflete na frequência dos atestados odontológicos, os dados sugerem que as características sócio demográficas desta população contribui para bons níveis de saúde bucal e baixos índices de absenteísmo.

\*Verificou-se que a instalação do atendimento odontológico não influenciou na queda dos índices de absenteísmo na 15ª região como um todo, provavelmente devido à dificuldade de acesso para os servidores e juízes domiciliados em outras cidades.

\* O atendimento odontológico instalado em Campinas, provavelmente devido à facilidade de acesso e disponibilidade de horários oferecidos, contribuiu significativamente para a manutenção de baixos índices de absenteísmo(mesmo com o elevado número de servidores e juízes), abaixo dos índices de outras cidades com menor número de servidores(por exemplo: Jaboticabal). Algumas cidades apresentaram índices zero(Bauru-2004 e Ribeirão Preto-2006), demonstrando os baixos índices de absenteísmo odontológico desta instituição federal.

## REFERÊNCIAS

Adams TB. Health risk factors and absenteeism among university employees."Disponível em [\[http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m3230/is-1996\\_9\\_34/ai\\_92459074/](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m3230/is-1996_9_34/ai_92459074/), accessed 09/09/0909]".

Allen D, Shore LM, Griffet RW. The role of perceived organizational support and supportive human resource practices in the turnover process. *Journal of Management*. 2003; 29: 99-118.

Almeida TF. Exposição ocupacional a névoas ácidas e doença periodontal. [Dissertação Mestrado] Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2005.

Anderson RA. Psychoneuroimmunoendocrinology [http://findarticles.com/p/articles/mim01SW/is2003-april, accessed 09/09/09].

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

Bispo P. Empresa alcança baixo nível de absenteísmo. [Disponível em [http://carreiras e empregos.com.br/comunidades//Rh/fiquepordentro/311002\\_rh\\_casaverde.shtm](http://carreiras e empregos.com.br/comunidades//Rh/fiquepordentro/311002_rh_casaverde.shtm)], 2002, acesso em 10 set 2009]".

Brasil, Conselho federal de Odontologia. Resolução CFO22/2001. Baixa normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização; 2001.

Brasil, Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO25/2002. Estabelece as áreas de competência para atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo Mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatrics; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes Especiais e em Ortopedia Funcional dos maxilares e dá outras providências; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2004:51p.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. CBO - Classificação Brasileira de Ocupações. "[Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br>, acesso 2009 Out 06]".

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma regulamentadora de segurança e saúde no trabalho. "[Disponível em: <http://www.mte.gov.br>, acesso 2009 Out 09]".

Burguess WA. Identificação de Possíveis Riscos à Saúde do Trabalhador nos Diversos Processos Industriais. Ergo. 1995; Belo Horizonte.

Calle Rovirego B- El trabajo de la mujer. In: Instituto Nacional de Previdenciên. Tratado de hygiene y seguridad del trabajo. Madrid; 1971: 219-26.

Ceccotti HM, Sousa DD, Monografias; manual de normalização para trabalhos apresentados aos Cursos de Especialização da UNICAMP/FOP; 2003.

Couto H A. Temas de saúde ocupacional: coletânea dos cadernos Ergo. Editora Ergo;Belo Horizonte: 1987; 432 p.

Danatro D. Ausentismo laboral de causa médica en una institución pública. Rev. Med.Uruguay: 1997; 13(20 )101-9.

Diacov N, Lima JRS. Absenteísmo Odontológico. Rev Odontol. UNESP. 1988; 17(1-2), 183-89.

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

Ferreira RA. Odontologia: essencial para a qualidade de vida. Rev Assoc Paul Cir Dent 1997; 51: 514-21.

Flippo E.B. Princípios de Administração de Pessoal. São Paulo: Atlas; 1970.

Forsman S. El absentismo en la industria. Bol. Oficina Sanit.Panam:1956; 41(6): 526-30.

Garrafa V. Odontologia do Trabalho. Rev Saúde Debate.1986;18:5-10.

Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. Am J Public Health. 1992; 82(6): 1663-8.

Guimarães E, Rocha AA. Odontologia do trabalho-1ª parte. Organização dos serviços odontológicos de uma empresa. Odontol Mod 1979;7:12.

Goldhorn E. Industrial tooth ache: an industrial dentist explains the importance of dental care in an industrial health program. Ind Med.Mar.1947; 16(3): 140-45.

Guzman MF. Las enfermedades bucales como factor de pérdidas económicas en México.rev. ADM .1977;34(5):346-52.

Heacock LD. Dental relations in industry health services. Ind.Med.,1947;16(1):5-9.

Hito SC. Condições de trabalho e absenteísmo odontológico em uma indústria frigorífica no Brasil: uma contribuição à gestão da saúde ocupacional.[Dissertação de mestrado].São Paulo: Centro Universitário SENAC;2007.

Hollister MC, Weintraub já. The association of oral status with systemic health, quality of life, and economic productivity. *J Dent Educ*,1993;57:901-12.

Hopp JR. Entrevista abordando a odontologia do trabalho. *Revista ABO Nacional*. Edição 79.agosto/setembro2006;14(4).

LevineG.Absenteeism:causesandcures."Disponívelem[[http://www.findarticles.com/p/article\\_s/mi\\_m3638/is-12-40/ai-59521650](http://www.findarticles.com/p/article_s/mi_m3638/is-12-40/ai-59521650),accessed09/09/09"]".

Lima J.R. Absenteísmo por causa odontológica;análise comparativa entre funcionários da Prefeitura de São José dos Campos e segurados de Instituto Nacional de Previdência Social- INAMPS. [Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp>. Acesso em 08 de agosto de 2009].

Martins RJ. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo: 2005; 30(111): 09-15.

Mazzilli LEN. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2004.

Mazzilli ELN. *Odontologia do Trabalho*. São Paulo: Editora Santos; 2003.

Medeiros EP, Bijella VT. Bases para a organização de programas dentais para operários. *Rev.Bras.Odontol*1970; 27(166), p.303-11.

Mendes R. *Medicina do trabalho e doenças profissionais*. São Paulo: Savier; 1980; 573

Midorikawa E.T. *Odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação do cirurgião dentista na equipe de saúde do trabalhador*. [Dissertação de Mestrado]São Paulo: Faculdade de Odontologia. Universidade de São Paulo; 2000.

Miller J. The waste of dental pain. *Int Dent J*.1978; 28(1):66-71.

Nascimento GM. *Estudo do absenteísmo dos trabalhadoresde enfermagem em uma Unidade Básica e Distrital de saúdedo município de Ribeirão Preto [dissertação]*. São Paulo (SP):Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo;2003.

Oliveira M H B, Vasconcellos L C F. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 92-103, 2000.

Organização Mundial de Saúde. *CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 5ed. São Paulo: Edusp: 1997; 1191.

Pereira AC. Odontologia em Saúde Coletiva: Planejamento, Ações e Promovendo Saúde. Artmed Editora; 1995.

Pinto ALT, Windt MCV, Siqueira LEA. Regime Jurídico dos Servidores Públicos Cívís da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais. 12ª ed. São Paulo: Editora Saraiva; 2001.

Primo GMG. O perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em um hospital público universitário. [Dissertação de mestrado] Belo Horizonte: 2008; Universidade federal de Minas Gerais.

Queluz DP. A multidisciplinaridade da Odontologia do Trabalho colaborando com a saúde bucal dos trabalhadores. In: Silva E, Martins I. Odontologia do trabalho: construção e conhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008:91-109.

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

Quick T C, Lapertosa J B. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo: 1982; 10(40): 62-67.

Reisine ST. Dental disease and work loss. Dent Res. sept, 1984; 63(9): 1158-61.

Rocha J A D. Absenteísmo ao trabalho por doença e a implicação da saúde bucal como um dos seus fatores numa indústria metalúrgica da cidade de Canoas. [Dissertação Mestrado], 1981; Odontologia Social. Centro de Pesquisa em Odontologia Social, Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Saliba TA, Garbin AIO . O cirurgião-dentista e a emissão de atestados odontológicos. Odontol. Soc. 2000; 2(1/2) , 89-92.

Salvador P, Tonhá S Q. Análise quantitativa das licenças para tratamento da própria saúde dos servidores do Tribunal de Contas da União: subsídio para um modelo de exame periódico de saúde. [Monografia-Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação] Brasília: 2006; Universidade de Brasília.

São Paulo. Secretaria de Gestão Pública. Governo de São Paulo. Departamento de perícias médicas passa para a Secretaria de Gestão. Brasil. "[Disponível em <http://www.gestãopublica.sp.gov.br>, acesso em 2009 set]".

Silva D M P P, Marziale M H P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. Rev. Latinoam. Enfermagem. 2000; 8(5): 44-51.

Silva L S, Pinheiro T M M, Sakurai E. Perfil do absenteísmo em um banco estatal em Minas Gerais: análise no período de 1998 a 2003. Revista Ciência & Saúde coletiva. 2008; 13(sup2): 2049-58.

Schou L. Oral health promotion in the workplace. Oxford Medical Publication. 1993; 189-206.

Schour I, Sarnat BG. Oral manifestations of occupational origin. Journal of the American Medical Association. Chicago: dec.1942; 12(15):1197-207.

Sobrinho T G. Controle do absenteísmo. Belo Horizonte; 2002. In: Nascimento G.M. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto. [Dissertação Mestrado em Enfermagem]Ribeirão Preto:2003;Universidade de São Paulo,p118.

Souza M P A. A influência das condições de trabalho na atividade de cárie dental em padaria e confeitaria; estudo de caso. [Dissertação Mestrado em engenharia de produção] Florianópolis: 2002; Universidade Federal de Santa Catarina.

Stelzner S.Absenteeism may be costing your business a tot but do you know presenteeim is probably costing your business more? Labor boletim.3 march. 2005; 1-5.

Tenório L R, Jordano AF. Absenteísmo-doença em construção civil. In: Congresso Nacional de prevenção de Acidentes do Trabalho. 1979; Salvador. Anais; São Paulo: Fundacentro; 1980; p 21-26.

Thomas EH.Is the cause of so called Pyorrhoea Alveolaris constitucional?Dent Rev. 1917; 31:192-207.

Vanrell JP. Odontologia Legal e Antropologia Forense. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Zhiliang Y, Yihua L, Liansheng Z, Zhengping Z. Industrial fluoride pollution in the metallurgical industry in China. J Int Soc Fluoride Res 1987; 20:118-25.

## ANEXOS

### ANEXO 1. REGULAMENTAÇÃO DE LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

#### DECRETO No- 7.003, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2009

Regulamenta a licença para tratamento de saúde, de que tratam os arts. 202 a 205 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 202 a 205 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990,

#### **DECRETA:**

**Art. 1º** Este Decreto regulamenta a concessão de licença para tratamento de saúde do servidor da administração federal direta, autárquica e fundacional, e os casos em que poderá ser dispensada a perícia oficial.

**Art. 2º** Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

- I - perícia oficial: a avaliação técnica presencial, realizada por médico ou cirurgião-dentista formalmente designado, destinada a fundamentar as decisões da administração no tocante ao disposto neste Decreto;
- II - avaliação por junta oficial: perícia oficial realizada por grupo de três médicos ou de três cirurgiões-dentistas; e
- III - perícia oficial singular: perícia oficial realizada por apenas um médico ou um cirurgião-dentista.

**Art. 3º** A licença para tratamento de saúde será concedida ao servidor, a pedido ou de ofício:

- I - por perícia oficial singular, em caso de licenças que não excederem o prazo de cento e vinte dias no período de doze meses a contar do primeiro dia de afastamento; e
- II - mediante avaliação por junta oficial, em caso de licenças que excederem o prazo indicado no inciso I.

Parágrafo único. Nos casos previstos no inciso I, a perícia oficial deverá ser solicitada pelo servidor no prazo de cinco dias contados da data de início do seu afastamento.

**Art. 4º** A perícia oficial poderá ser dispensada para a concessão de licença para tratamento de saúde, desde que:

- I - não ultrapasse o período de cinco dias corridos; e
- II - somada a outras licenças para tratamento de saúde gozadas nos doze meses anteriores, seja inferior a quinze dias.

§ 1º A dispensa da perícia oficial fica condicionada à apresentação de atestado médico ou odontológico, que será recepcionado e incluído no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos - SIAPE, módulo de Saúde.

§ 2º No atestado a que se refere o § 1º, deverá constar a identificação do servidor e do profissional emitente, o registro deste no conselho de classe, o código da Classificação Internacional de Doenças - CID ou diagnóstico e o tempo provável de afastamento.

§ 3º Ao servidor é assegurado o direito de não autorizar a especificação do diagnóstico em seu atestado, hipótese em que deverá submeter-se à perícia oficial, ainda que a licença não exceda o prazo de cinco dias.

§ 4º O atestado deverá ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade no prazo máximo de cinco dias contados da data do início do afastamento do servidor.

§ 5º A não apresentação do atestado no prazo estabelecido no § 4º, salvo por motivo justificado, caracterizará falta ao serviço, nos termos do art. 44, inciso I, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

§ 6º A unidade de recursos humanos do órgão ou entidade do servidor deverá encaminhar o atestado à unidade de atenção à saúde do servidor para registro dos dados indispensáveis, observadas as normas vigentes de preservação do sigilo e da segurança das informações.

§ 7º Ainda que configurados os requisitos para a dispensa da perícia oficial, previstos nos incisos I e II do **caput**, o servidor será submetido a perícia oficial a qualquer momento, mediante recomendação do perito oficial, a pedido da chefia do servidor ou da unidade de recursos humanos do órgão ou entidade.

**Art. 5º** Na impossibilidade de locomoção do servidor, a avaliação pericial será realizada no estabelecimento hospitalar onde ele se encontrar internado ou em domicílio.

**Art. 6º** Inexistindo perito oficial, unidade de saúde do órgão ou entidade no local onde tenha exercício o servidor, o órgão ou entidade do servidor celebrará acordo de cooperação com outro órgão ou entidade da administração federal, ou firmará convênio com unidade de atendimento do sistema público de saúde ou com entidade da área de saúde, sem fins lucrativos, declarada de utilidade pública.

Parágrafo único. Na impossibilidade de aplicação do disposto no **caput**, que deverá ser devidamente justificada, o órgão ou entidade promoverá a contratação da prestação de serviços por pessoa jurídica, nas condições previstas no art. 230, § 2º, da Lei nº 8.112, de 1990.

**Art. 7º** O laudo pericial deverá conter a conclusão, o nome do perito oficial e respectivo registro no conselho de classe, mas não se referirá ao nome ou natureza da doença, salvo quando se tratar de lesões produzidas por acidente em serviço, doença profissional ou qualquer das doenças especificadas no art. 186, § 1º, da Lei nº 8.112, de 1990.

**Art. 8º** A perícia oficial para concessão de licença para tratamento de saúde, nas hipóteses em que abranger o campo de atuação da odontologia, será efetuada por cirurgiões-dentistas.

**Art. 9º** A perícia oficial poderá ser dispensada para a concessão da licença por motivo de doença em pessoa da família de que trata o art. 83 da Lei nº 8.112, de 1990, desde que não ultrapasse o período de três dias corridos, mediante apresentação de atestado médico ou odontológico, conforme o caso, que contenha justificativa quanto à necessidade de acompanhamento por terceiro.

Parágrafo único. Observado o disposto no **caput**, aplicam-se as demais disposições deste Decreto à licença por motivo de doença em pessoa na família.

**Art. 10.** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 9 de novembro de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

## **ANEXO 2. LEGISLAÇÃO SOBRE PERIODICIDADE DOS EXAMES DE SAÚDE**

### **DECRETO Nº 6.856, DE 25 DE MAIO DE 2009.**

Regulamenta o art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 – Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos de servidores.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 206-A da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990,

#### **DECRETA:**

Art.1º A realização dos exames médicos periódicos dos servidores da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, de que trata o art. 206-A da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990, observará o disposto neste Decreto.

Art.2º A realização de exames médicos periódicos tem como objetivo, prioritariamente, a preservação da saúde dos servidores, em função dos riscos existentes no ambiente de trabalho e de doenças ocupacionais ou profissionais.

Art.3º Os servidores regidos pela Lei no 8.112, de 1990, serão submetidos a exames médicos periódicos, conforme programação adotada pela administração pública federal.

Parágrafo único. Na hipótese de acumulação permitida de cargos públicos federais, o exame deverá ser realizado com base no cargo de maior exposição a riscos nos ambientes de trabalho.

Art.4º Os exames médicos periódicos serão realizados conforme os seguintes intervalos de tempo:

I-bienal, para os servidores com idade entre dezoito e quarenta e cinco anos;

II-anual, para os servidores com idade acima de quarenta e cinco anos; e

III-anual ou em intervalos menores, para os servidores expostos a riscos que possam implicar o desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional ou profissional e para os portadores de doenças crônicas.

Art.5º Os servidores que operam com Raios X ou substâncias radioativas serão submetidos a exames médicos complementares a cada seis meses.

Art.6º A administração pública federal poderá programar a submissão dos servidores à avaliação clínica e aos exames laboratoriais, a seguir especificados, bem como a outros considerados necessários, a seu critério:

I-avaliação clínica;

II-exames laboratoriais:

- a) hemograma completo;
  - b) glicemia;
  - c) urina tipo I (Elementos Anormais e Sedimentoscopia-EAS);
  - d) creatinina;
  - e) colesterol total e triglicérides;
  - f) AST (Transaminase Glutâmica Oxalacética-TGO);
  - g) ALT (Transaminase Glutâmica Pirúvica-TGP); e
  - h) citologia oncótica (Papanicolau), para mulheres;
- III-servidores com mais de quarenta e cinco anos de idade: oftalmológico; e

IV-servidores com mais de cinquenta anos:

- a) pesquisa de sangue oculto nas fezes (método imunocromatográfico);
- b) mamografia, para mulheres; e
- c) PSA, para homens.

Parágrafo único. O exame de citologia oncótica é anual para mulheres que possuem indicação médica e, caso haja dois exames seguidos com resultados normais num intervalo de um ano, o exame poderá ser feito a cada três anos.

Art. 7º Os servidores expostos a agentes químicos serão submetidos aos exames específicos de acordo com as dosagens de indicadores biológicos previstos em normas expedidas pelo Ministério do Trabalho e Emprego ou pelo Ministério da Saúde.

Art. 8º Os servidores expostos a outros riscos à saúde serão submetidos a exames complementares previstos em normas de saúde, a critério da administração.

Art. 9º Compete à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão:

I- definir os protocolos dos exames médicos periódicos, tendo por base a idade, o sexo, as características raciais, a função pública e o grau de exposição do servidor a riscos nos ambientes de trabalho;

II- supervisionar a realização desses exames pelos órgãos e entidades da administração pública federal;

III- expedir normas complementares à aplicação deste Decreto; e

IV-estabelecer procedimentos para preservação do sigilo das informações sobre a saúde do servidor, restringindo-se o acesso apenas ao próprio servidor, ou a quem este autorizar, e ao profissional de saúde responsável.

Parágrafo único. Os dados dos exames periódicos comporão prontuário eletrônico, para fins coletivos de vigilância epidemiológica e de melhoria dos processos e ambientes de trabalho, sendo garantido o sigilo e a segurança das informações individuais, de acordo com o previsto em normas de segurança expedidas pelo Conselho Federal de Medicina.

Art. 10º. As despesas decorrentes desde Decreto serão custeadas pela União, com recursos destinados à assistência médica e odontológica aos servidores, empregados e seus dependentes, nos limites das dotações orçamentárias consignadas a cada unidade orçamentária.

Art. 11º. Os exames médicos periódicos, a cargo dos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal-SIPEC, serão prestados:

I-diretamente pelo órgão ou entidade;

II-mediante convênio ou instrumento de cooperação ou parceria com os órgãos e entidades da administração direta, autárquica e fundacional; ou

III-mediante contrato administrativo, observado o disposto na Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, e demais disposições legais.

Art. 12º. É lícito ao servidor se recusar a realizar os exames, mas a recusa deverá ser por ele consignada formalmente ou reduzido a termo pelo órgão ou entidade.

Art. 13º. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 25 de maio de 2009

LUÍZ INÁCIO LULA DA SILVA



**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 por motivos odontológicos em um Tribunal do Trabalho desde a sua fundação até os dias atuais**", protocolo nº 019/2009, dos pesquisadores Elaine Justino Santos 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 10/04/2009.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "**Absenteeism by dentistry problems in an Employment Court since its foundation until the present days**", register number 019/2009, of Elaine Justino Santos 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.