

ANA CLÁUDIA MELO CAVALCANTI DE SÁ

**A IMPORTÂNCIA DOS EXAMES PERIÓDICOS BUCAIS NA SAÚDE DO
TRABALHADOR**

CAMPINAS

2008

ANA CLÁUDIA MELO CAVALCANTI DE SÁ

**A IMPORTÂNCIA DOS EXAMES PERIÓDICOS BUCAIS NA SAÚDE DO
TRABALHADOR**

**Monografia apresentada a Faculdade
de Odontologia São Leopoldo Mandic,
para obtenção do título de Especialista
em Odontologia do Trabalho.**

**Orientador(a): Prof(a) Dra. Maria Isabel
de Castro de Souza**

CAMPINAS

2008

**Apresentação da Monografia em / / ao curso de Odontologia do
Trabalho**

Coordenador: Prof Dr. Urubatan Vieira de Medeiros

Orientadora: Profa Dra. Maria Isabel de Castro de Souza

À minha mãe: mulher corajosa e guerreira,
pedra fundamental de minha
existência, que mesmo na fragilidade da
doença continua a ser uma
fortaleza,

A meu pai: exemplo de simplicidade e
integridade,

Aos meus filhos: Fernanda e João, razão
da minha vida e fonte de minha
energia para a luta diária.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e perseverança para chegar até aqui.

Aos meus pais pelo amor incondicional, respeito e admiração.

Ao meu esposo Sérgio Sá pela presença e apoio.

À Prof^a e orientadora Maria Isabel que me conduziu nos caminhos da pesquisa científica, me apoiando e orientando na elaboração deste projeto.

Ao Tribunal Regional do Trabalho da 6^a Região pela visão de futuro ao estimularem seus servidores a se capacitarem cada vez mais, indo em busca do conhecimento.

.

"... se me fosse dado, um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio. Seguiria sempre em frente e iria jogando, pelo caminho, a casca dourada e inútil das horas..."

Mario Quintana

RESUMO

Na busca de direcionar esforços para a melhoria da saúde bucal do trabalhador foi realizada esta revisão de literatura com o objetivo de analisar a importância dos exames preventivos bucais na saúde do trabalhador. As conclusões desta pesquisa foram que a maioria dos estudos demonstrou as crescentes alterações no processo produtivo e como as mesmas têm modificado o perfil do trabalho e dos trabalhadores, seus determinantes de saúde-doença, seu quadro epidemiológico, assim como as práticas de saúde voltadas para os trabalhadores. A Odontologia do Trabalho é uma nova especialidade que visa promover, preservar e reparar a saúde do trabalhador, conseqüente dos agravos, afecções ou doenças advindas do exercício profissional e que se manifestam na boca. Além disso, traz as funções que o cirurgião dentista, integrante de uma equipe de Odontologia do Trabalho, deve desempenhar, destacando sua importância a serviço de uma empresa, para o diagnóstico e prevenção de doenças profissionais. Os trabalhos mostram também que a essência da assistência odontológica oferecida deve apontar para a filosofia da prevenção, ao contrário do que é comumente praticado na atualidade, tendo em vista que aproximadamente 70% dos custos em saúde são representados por doenças e conseqüências que poderiam ter sido prevenidas. Dentre as atividades desenvolvidas, destaca-se a realização dos exames admissionais e periódicos, já que tais exames podem permitir a realização de diagnósticos precoces, evitando, desta forma, agravos à saúde. Manobras que visem a melhoria das condições de saúde bucal dos trabalhadores, como a implementação de exames preventivos bucais, são necessárias e buscam atingir níveis compatíveis com as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde.

Palavras-chave: Saúde bucal. Exames periódicos. Trabalhador

ABSTRACT

In attempt to direct efforts to improve the oral health of workers, the present review was conducted to analysis the importance of preventive programs for the improvement of oral health of workers. The conclusion of this research was that the majority of the studies showed that crescent changes in the production process have modified the features of the employ and its employees, their determinants about health and disease, its epidemiological picture, as well as the health service destined to the employees. Odontology at work is a new field of expertise approved by the CFO and the purpose of this new specialization is to promote, preserve and repair the oral health of workers. It also describes a new work field for Surgeon Dentist. Many studies showed that the essential of oral health programs may be based on preventive programs, in contrast of practices that are used in the actuality. Among the activities it can be highlighted pre-admissional and periodical exams, once it allows earlier diagnostics and minimization of complication risks. Programs directed to the improvement of the oral health status of workers, such as preventive programs for the improvement of oral health, are required to allow achievement of levels compatible with the goals established by the Wold Health Organization.

Key words: Oral health. Preventive programs. Workers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - Relação de doenças do sistema digestivo e sua relação com agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional.	25
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFO	Conselho Federal de Odontologia
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DIDL	Dental Impact Daily Living
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
NR	Norma Regulamentadora
NHIS	National Health Interview Survey
OHIP	Oral Health Impact Profile
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
RH	Recursos Humanos
SEESMT do	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina Trabalho
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

1. INTRODUÇÃO	12
2. PROPOSIÇÃO	16
3. REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1. A SAÚDE BUCAL DO TRABALHADOR	17
3.2. ABSENTEÍSMO	19
3.3. MORBIDADE ODONTOLÓGICA E RESTRIÇÃO DE ATIVIDADES	23
3.4. ABSENTEÍSMO POR MOTIVOS ODONTOLÓGICOS	26
3.5. A ODONTOLOGIA DO TRABALHO	29
4. DISCUSSÃO	39
5. CONCLUSÕES	42
REFERÊNCIAS	43

1. INTRODUÇÃO

Dada a significativa prevalência da morbidade bucal nas populações (Riley et al., 1998) pesquisas têm procurado investigar o seu impacto na vida das pessoas, seja através da análise de limitações funcionais, como dor física, desconforto e incapacidade psicológica, física, social e deficiências – desenvolvendo e aplicando protocolos de pesquisa como o Dental Impact on Daily Living (DIDL), segundo Leao & Sheiham (1996), Oral Health Impact Profile (OHIP), segundo Slade (1997), dentre outros, seja através de outras medidas de função social, como dias de restrição de atividades, dias de restrição à cama, ao lar, ou ainda dias de trabalho ou de escola perdidos (National Health Interview Survey – NHIS -, 1981 apud Reisini, 1985). As doenças bucais se inserem entre os problemas de saúde mais comumente enfrentados pela população norte-americana, restringindo as ocupações habituais dos cidadãos em mais de 14 milhões de dias (National Health Promotional and Disease Prevention Objectives, USA, 1990).

Segundo Wylie (1980), saúde “é a perfeita e contínua adaptação do organismo ao ambiente”. Ao identificar o ambiente citado como um ambiente de trabalho vê-se a sua relação hoje com o aparecimento de muitas doenças ocupacionais, tendo como exemplo as lesões por esforço repetitivo (L.E.R.), uma patologia em evidência atualmente (Araújo & Gonini Junior, 1999). Tomando deste ponto de vista a saúde do trabalhador, verifica-se que o ambiente anteriormente citado também estabelece um vínculo com a cavidade oral como concluiu Esteves (1982), citando que a presença do trabalhador em ambientes com a existência de agentes patogênicos pode levar ao aparecimento de dermatoses ocupacionais com

conseqüentes manifestações bucais. Araújo (1988) cita que as condições de trabalho interferem na qualidade de saúde bucal dos trabalhadores e que tal interferência poderia desencadear alterações na mucosa bucal que muitas vezes permitem um diagnóstico precoce de um envolvimento sistêmico. Apesar disso, não há uma odontologia do trabalho voltada para a identificação epidemiológica, catalogação ou prevenção das doenças, e sim de maneira usual, simplesmente curativa (Araújo & Gonini Junior, 1999).

Pela sua característica, ainda de atividade liberal, a odontologia tem se pautado, quase que exclusivamente, na prática privada de seus serviços. O alto custo destes serviços os torna praticamente inacessíveis a grande maioria da população trabalhadora, população esta, obrigada a conviver com as demais mazelas sociais que aumentam sua privação e exclusão sócia (Pizzatto, 2005). Como agravante a este quadro de exclusão, é possível observarmos com facilidade ofertas de serviços odontológicos voltados às crianças, gestantes e idosos. Com relação aos trabalhadores, a maioria apresenta uma carga de trabalho que dificulta a procura de serviços tradicionais de saúde, quer públicos ou privados, além de existir uma resistência dos empresários em facilitar saídas e ausências mesmo por motivo de saúde. Portanto, podem ser enumeradas várias justificativas em favor da implantação de serviços e benefícios odontológicos nas empresas (Cunha, 2005).

O impacto da morbidade bucal no comparecimento e na produtividade laboral, absenteísmo laborativo, por sua vez, tem sido objeto de poucas investigações, e a grande maioria daquelas que o contemplam limitam-se a quantificação de um de seus elementos constitutivos - as faltas ao trabalho (Reisini,

1985). Ainda assim, a perda de dias de trabalho tem se mostrado não apenas prevalente, mas de significativa variabilidade, ainda que considerada a mesma população (Reisini, 1985). A carência de publicações e de estudos mais aprofundados, tanto na literatura nacional quanto na internacional, a divergência de resultados, a construção e o uso restrito de dados quantitativos limitados, em geral, ao controle administrativo dos recursos humanos, têm dificultado o melhor entendimento desta importante questão, especialmente sob a ótica da saúde humana.

No contexto contemporâneo, torna-se inviável, e até mesmo impossível, pensarmos em saúde geral de forma dissociada da saúde bucal, sendo o contrário também verdadeiro. A saúde bucal é parte integrante e inseparável, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, renda, trabalho, meio ambiente, transporte e lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso ao serviço de saúde e a informação (Pizzatto, 2005).

A implementação de um programa de saúde bucal nas empresas visa à melhoria da saúde de seus empregados. Os benefícios que podem ser elencados a partir da inserção de um Cirurgião Dentista na equipe de Saúde do Trabalhador, vão desde o aprendizado dos cuidados com a higiene bucal, aumento da motivação do trabalhador e da imagem da empresa perante o mesmo. Adicionalmente tem a facilidade de acesso aos cuidados odontológicos, tratamento das doenças bucais, eliminação dos focos de infecção e das dores de origem dentária, que é uma das principais causas de acidentes de trabalho (Midorikawa, 2000).

Tendo em vista tais fatores, esta revisão de literatura tem como objetivo discutir as causas do absenteísmo por motivos odontológicos e avaliar a eficácia da implementação de exames periódicos bucais na saúde do trabalhador e do Cirurgião-Dentista na equipe de Saúde do Trabalhador.

2. PROPOSIÇÃO

Os objetivos desta revisão de literatura foram:

- a) Discutir o absenteísmo por motivos odontológicos e verificar o impacto do absenteísmo odontológico nas empresas;
- b) Verificar a importância da implementação de exames periódicos bucais na saúde do trabalhador;
- c) Discutir a importância do Cirurgião-Dentista na equipe de Saúde do Trabalhador

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. A SAÚDE BUCAL DO TRABALHADOR

Os trabalhadores, de um modo geral, compreendem que ter uma boa dentição é um fator importante no momento de procurar e ser admitido em um emprego, podendo este dado ser explicado tendo-se em vista que a boca estabelece comunicação com o meio ambiente e expressa muito das emoções (Garcia, 2006). Segundo Guimarães & Rocha (1979), a boca é um órgão de expressão emocional, que reflete as manifestações da mente, transmite os sentimentos de felicidade, de alegria, de raiva e de prazer, o canto e o riso, o pranto e a blasfêmia, podendo-se assim, portanto, colocá-la do ponto de vista psicossomático, provavelmente como o órgão mais importante do corpo humano.

O conceito de Saúde Bucal passou por algumas alterações no decorrer do tempo que dividiu e norteou a própria prática odontológica. Do início do século até a década de sessenta a Odontologia se encontrava em um estágio radical, onde o objetivo era o alívio das dores por meio das extrações. Na década de setenta a Odontologia curativa se destacou pois neste período ter saúde bucal era o dente estar restaurado. Atualmente, atentando para o aspecto biológico das doenças bucais, motiva-se o indivíduo para que cuide de sua boca, investindo na prevenção. As concepções de saúde bucal se modificaram, mas é certo que qualidade de vida não existe quando a saúde bucal está comprometida (Mendonça, 2001).

Dentro do aspecto conceitual da saúde, tendo em vista mais especificamente a saúde bucal do trabalhador, Araújo (1998) citou que “é a parte da atenção à saúde do trabalhador, que trata de promover, preservar e recuperar a saúde bucal do trabalhador, conseqüente dos agravos, afecções ou doenças do exercício profissional, e que tem manifestações bucais. Além disso, deve ter sua ação voltada à prevenção de todos os agravos laborais, ou seja, objetiva a prevenção de doenças decorrentes da atuação profissional e dos acidentes de trabalho”.

Porém, pela sua característica, ainda de atividade liberal, a odontologia tem se pautado, quase que exclusivamente, na prática privada de seus serviços. O alto custo destes serviços os torna praticamente inacessíveis à grande maioria da população, população esta obrigada a conviver com as demais mazelas sociais que aumentam sua privação e exclusão social (Pizzatto, 2005).

Como agravante a este quadro de exclusão, o acesso dos trabalhadores as unidades de saúde tradicionais é prejudicado pela longa jornada de trabalho dos mesmos, além da oferta de serviços públicos odontológicos ser voltada quase que exclusivamente, a população de baixa idade (programas de odontologia para bebês; programas voltados para pré-escolares, entre outros), esta prática excludente faz com que ao restante da população seja oferecido somente assistência em termos de atendimento a urgências e emergências, práticas pouco resolutivas e de baixo impacto em termos de saúde e qualidade de vida (Pinto, 1992; Oliveira et al, 1999; Cunha, 2005).

A prática, hoje, em relação à saúde bucal do trabalhador, se refere aos exames admissionais, processados por odontologia de grupos ou empresariais. Desta forma, o Cirurgião Dentista estará selecionando o operário conforme as normas estabelecidas pelo contratante (Araújo & Gonini Junior, 1999).

Apesar da saúde do trabalhador não ser uma área recente, vê-se que tanto o médico quanto o cirurgião-dentista não demonstram muito interesse por esta área específica, principalmente por desconhecerem as implicações do tema, tendo em vista neste caso, uma abordagem odontológica (Araújo & Gonini Junior, 1999).

3.2. ABSENTEÍSMO

Absenteísmo é o conjunto das ausências intencionais do trabalhador e de caráter repetitivo excluindo, deste modo, as ausências por férias, por luto, gravidez ou por sanções disciplinares (Costa, 1971). Miguez & Bonami (1988), entendem que, além da ausência física, o termo absenteísmo contempla um conjunto de comportamentos de ausência. Isto porque o trabalhador pode estar presente no posto de trabalho, mas improdutivo, ou ainda que presente no ambiente de trabalho, não em seu posto de trabalho, como nos casos em que sai repetidamente para tomar um café, conversar com colegas, ou exagerando no tempo dedicado aos intervalos com o almoço.

Midorikawa (2000), ao investigar a importância da odontologia na saúde do trabalhador apontou dois tipos de absenteísmo: o absenteísmo pela falta ao trabalho e o absenteísmo de corpo presente. O primeiro 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 da produção de horas não trabalhadas. Já o absenteísmo de corpo presente é aquele que ocorre quando o trabalhador está com algum problema de saúde que não permite um melhor desempenho e, embora ele não falte ao trabalho, diminui a sua produtividade.

Outras definições de absenteísmo, presentes especialmente nas normas pactuadas nos contratos de trabalho e nos acordos coletivos, abordam o caráter voluntário ou involuntário das ausências, estas últimas habitualmente entendidas como resultantes de doenças, acidentes, intercorrências e responsabilidades familiares. Neste sentido, o absenteísmo é considerado passível de ser evitado (Booth, 1993).

Segundo Chiavenatto (1989) as principais causas de absenteísmo são: doença efetivamente comprovada; doença não comprovada; razões diversas de caráter familiar e faltas voluntárias por motivos pessoais.

As empresas que adotam uma política de absenteísmo orientada para a prevenção das causas a ele subjacentes implementam segundo Graça (1999) as seguintes medidas concretas:

a) Processuais, administrativas ou disciplinares – dificultando ou facilitando o comportamento de ausência, como perda de vencimentos ou de prêmios de assiduidade, complemento de subsídio de doença pago ou não pela empresa;

b) Preventivas orientadas para o indivíduo e o reforço da sua capacidade de trabalho – como exames médicos periódicos, vacinação, educação para a saúde,

formação e treinamento técnico, equipamentos de proteção individual contra os riscos profissionais;

c) Preventivas orientadas para o ambiente de trabalho físico e psicossocial, de modo a neutralizar, reduzir ou minimizar a discrepância entre as exigências impostas pelo trabalho e a capacidade de resposta do indivíduo, como criação sustentada de um ambiente de trabalho saudável, seguro e produtivo, participação na organização do trabalho e participação no sistema de gestão;

d) Reintegrativas – voltadas à reintegração e reabilitação do indivíduo no local de trabalho facilitando e apressando o retorno deste ao trabalho, como suporte social do grupo de trabalho, política de incentivos, serviços ou programas de reabilitação no local de trabalho.

Como fenômeno da esfera administrativa o comparecimento ao trabalho é condição *sine qua non* para a eficácia de uma organização. O rompimento no fluxo de operações cotidianas resulta no decréscimo da produtividade, na queda de qualidade dos produtos e/ou serviços e na diminuição da satisfação do cliente, além de exercer um efeito negativo no rendimento e na moral dos outros empregados e gerar sobrecarga de trabalho (Souza, 2002).

O absenteísmo laboral decorrente de problemas de saúde acarreta conseqüências econômicas e sociais, pois, além do ônus econômico e administrativo direto absorvido pela empresa e pelo empregado, provoca um incremento nos gastos do sistema de previdência social, que passa a responder pelo pagamento dos benefícios em função da incapacidade temporária causada por doença ou acidente de trabalho. Além disso, este tipo de problema aumenta a

demanda pelos serviços públicos de saúde, incluindo-se aí a atenção primária que o trabalhador recebe para avaliar a sua incapacidade para o trabalho (Castejón, 2002).

A presença precária no trabalho decorrente de problemas de saúde, além de interferir diretamente na produtividade (Midorikawa, 2000) provoca, em razão dos desequilíbrios da homeostase que envolvem a dor e a desconcentração (Silva, 2000), a depressão, a ansiedade e a irritabilidade, dentre outros efeitos (Figueiró, 2003) predisponentes a erros técnicos, conflitos interpessoais e acidentes do trabalho.

No que diz respeito ao absenteísmo por motivo de saúde, a legislação vigente prevê e disciplina duas situações distintas: os afastamentos laborais inferiores há 15 dias são do empregador cabendo-lhe, inclusive, mas não obrigatoriamente, valer-se de exame médico por serviço próprio ou em convênio para o abono das faltas por motivo de saúde. Na ausência desta condição, facultase ainda, ao empregador, segundo o que determina a Lei n° 605/49 (Brasil, 1949), o Enunciado 282 de 01/03/88 do Tribunal Superior do Trabalho (Brasil, 1988), a Lei 8213/91, em seu artigo (art.) 60, inciso IV (Brasil, 1991) e o Decreto-Lei 3048/99 (Brasil, 1999), exigir ordem de precedência para a apresentação de atestados médicos para a finalidade de abono destas faltas, segundo a seguinte hierarquia: a) médico do Sistema Único de Saúde (SUS); b) médico do Serviço Social da Indústria (SESI) ou do Serviço social do Comércio (SESC); c) médico a serviço de Repartição Federal, Estadual ou Municipal; d) médico de Serviço Sindical; e) médico de livre escolha do próprio empregado, no caso de ausência dos anteriores na respectiva localidade onde trabalha. No segundo caso, quando a incapacidade laborativa vier a

ultrapassar 15 dias consecutivos, determina a legislação que o trabalhador segurado será encaminhado à perícia médica do INSS, com vistas a obtenção do benefício previdenciário pertinente que, no caso específico é denominado auxílio-doença¹

É interessante citar que, no contexto econômico de competitividade, o absenteísmo é um motivo de interesse crescente, pois quanto menor for sua ocorrência, maior será a capacidade das empresas de aumentarem sua rentabilidade e conseguirem um crescimento sustentado (Petersen, 1989).

3.3. MORBIDADE ODONTOLÓGICA E RESTRIÇÃO DE ATIVIDADES

A existência da atenção odontológica e a ocorrência de alterações bucais em trabalhadores foi objeto de investigações epidemiológicas, as quais verificaram existir melhores condições de saúde bucal em trabalhadores com acesso a serviços de assistência odontológica (Petersen, 1989). Os agravos odontológicos se incluem entre os principais problemas de saúde nos Estados Unidos da América (USA, 1996), e o terceiro motivo de procura por serviços de saúde no Brasil, o que demonstra a elevada prevalência destas intercorrências nestas populações.

No que diz respeito à prevalência de dor orofacial, Figueiró (2003) destacou que as algias mais comuns na população brasileira são aquelas que afetam a face, ligadas ao complexo orofacial e odontológico, seguidas por aquelas relacionadas ao sistema músculo-esquelético e pelas cefaléias que, também muito freqüentes, atingem cerca de 20% da população. O autor destaca ainda a elevada

¹ Artigo 25, letra “e” do decreto 3048/99 (BRASIL, 1999)

prevalência de automedicação ou autoprescrição para o controle da dor em nosso meio e chama a atenção para os problemas decorrentes desta prática, como o agravamento da doença, a ocultação de sintomas, o que dificulta ou retarda o diagnóstico, além de outros efeitos colaterais graves. Segundo Locker & Grushka (1987) o impacto da dor orofacial na vida diária das pessoas leva a mudanças de comportamento, que incluem: incapacidade para o trabalho, necessidade de permanecer acamado e redução de compromissos sociais. Estas observações levaram os autores a concluir que a dor orofacial impõe um significativo ônus para a comunidade. Existe uma série de situações nas quais ocorrem manifestações bucais em razão da ação de agentes químicos, responsáveis pela maioria das doenças ocupacionais (Quadro 1).

Esteves, em 1982 com o propósito de alertar o médico do trabalho para a necessidade da realização de exames minuciosos da cavidade bucal dos trabalhadores, realizou um estudo para que pudessem ser detectadas no ambiente de trabalho patologias bucodentárias decorrentes das atividades profissionais, para que desta forma providências fossem, tomadas no sentido de minimizar problemas odontológicos.

QUADRO 1 - Relação de doenças do sistema digestivo e sua relação com agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional.

DOENÇAS DO SISTEMA DIGESTIVO RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo XI da CID-10)	
DOENÇAS	AGENTES ETIOLÓGICOS OU FATORES DE RISCO DE NATUREZA OCUPACIONAL
Erosão dentária (K03.2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Névoas de fluoretos ou seus compostos tóxicos ▪ Exposição ocupacional a outras névoas ácidas
Alterações pós-eruptivas da cor dos tecidos duros dos dentes (K03.7)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Névoas de Cádmio ou seus compostos ▪ Exposição ocupacional a metais: cobre, níquel, prata
Gengivite Crônica (K05.1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mercúrio e seus compostos tóxicos
Estomatite Ulcerativa Crônica (K12.1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arsênio e seus compostos arsenicais ▪ Bromo ▪ Mercúrio e seus compostos tóxicos
Gastroenterite e colites tóxicas (K52.-)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arsênio e seus compostos arsenicais ▪ Cádmio e seus compostos ▪ Radiações ionizantes
Outros transtornos funcionais do intestino (Síndrome dolorosa abdominal paroxística apirética, com estado suboclusivo “cólica do chumbo”) (K59.8)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chumbo e seus compostos
Doença tóxica do fígado (K71.-): Doença Tóxica do Fígado, com Necrose Hepática (K71.1); com Hepatite Aguda (K71.2); com Hepatite Crônica Persistente (K71.3); com outros transtornos Hepáticos (K71.8)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cloreto de vinila, Clorobenzeno, Tetracloreto de Carbono, Clorofórmio e outros solventes halogenados hepatotóxicos ▪ Hexaclorobenzeno ▪ Bifenilas policloradas ▪ Tetraclorodibenzodioxina
Hipertensão Portal (K76.6)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arsênio e seus compostos arsenicais ▪ Cloreto de vinila ▪ Tório

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria 1.339, de 18 de dez. de 1999.

3.4. ABSENTEÍSMO POR MOTIVOS ODONTOLÓGICOS

Não existem valores palpáveis para aferirmos o número de dias perdidos de trabalho por razões de absenteísmo odontológico. Não existem, portanto, informações tanto a respeito do ônus econômico que tais faltas possam acarretar, como também no nível de insatisfação do trabalhador pela quebra do binômio saúde-trabalho (Sá Lima, 2001). Já outros autores conferem à cárie e outras complicações bucais a responsabilidade de 20% das faltas ao serviço e queda de produção (Ferreira, 1995).

Em trabalhos que analisam o potencial do uso de medidas de função social como indicadores de saúde, Reisini (1985) comentou que os poucos estudos voltados ao absenteísmo laboral decorrentes de problemas odontológicos restringem-se à quantificação do total de dias de incapacidade que este tipo de intercorrência provoca.

Mazzilli & Crosato (2005) contribuíram para o estudo das etiologias odontológicas relacionadas ao absenteísmo laborativo, com vistas à sua aplicabilidade social, acadêmica e profissional, por meio da investigação da prevalência, a incidência e o tempo médio de afastamento do trabalho, segundo as variáveis de interesse para a área da Saúde, realizada por grupo nosológico e de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10 - OMS 1993. O trabalho utilizou metodologia de pesquisa quantitativa em dados secundários, advindos dos registros de perícias ocupacionais administrativas realizadas no Departamento Médico da Secretaria Municipal da

Administração no período entre dezembro de 1996 e dezembro de 2000. Os resultados indicaram maior prevalência sobre o gênero feminino, média etária de 42,2 anos, tempo médio por afastamento de 5,4 dias e os cinco primeiros motivos 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 inclusos ou impactados (6,88%). Martins et al (2005), estudando o absenteísmo odontológico, verificaram que a maior parte dos afastamentos por razões odontológicas e médicas tiveram a duração de um dia, sendo que as razões odontológicas levaram o trabalhador a afastar-se do labor por até no máximo cinco dias.

Várias justificativas podem ser elencadas, em favor da implantação de serviços odontológicos para a população economicamente ativa urbana, especialmente para o segmento dos trabalhadores. Os trabalhadores, de modo geral, não têm acesso às unidades de saúde tradicionais, e se fossem atendidos em seu ambiente laboral, não ocasionariam o absenteísmo, porém, este atendimento seria o modelo curativo, vigente na maioria dos casos (Schou, 1989).

O Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT) revelou, em 1989, que não se conhece o número exato de trabalhadores afetados por determinadas doenças profissionais, em decorrência da ausência de centros de referência em medicina do trabalho ao alcance de todos. Em decorrência disto, não se conhece a severidade do quadro epidemiológico de muitas afecções bucais que acometem os trabalhadores, restringindo-se a atenção odontológica existente nos níveis primário, secundário e

terciário, respectivamente, a cuidados com o ambiente de trabalho e controle periódico da população, atendimento prestado em âmbito ambulatorial e atendimentos em âmbito hospitalar para os acidentes do trabalho. Além disso, existe uma terceirização de serviços odontológicos (Araújo & Gonini Júnior, 1999).

Pinto (1992) citou que a baixa prevalência de causas odontológicas no absenteísmo-doença pode ser explicada pela realização de exames pré-admissionais, que atuam como filtro admissional. Dunning (1952) citou que o absenteísmo causado por problemas odontológico assume determinado grau de relevância devido a três fatores: as seqüelas de patologias bucais não são consideradas em termos de estatística; os trabalhadores acometidos por estas patologias necessitam, geralmente, de tratamento continuado e a grande maioria das patologias bucais pode ser prevenida. Assim, o autor recomenda a instalação de um serviço odontológico industrial para empresas com mais de 1000 funcionários, com ênfase em procedimentos preventivos, mas que também ofereça tratamento paliativo emergencial.

A implantação de serviços odontológicos em empresas pode ser de três tipos: serviços próprios, instalados nas suas dependências e operados por pessoal assalariado; serviços contratados externamente, com encaminhamento de empregado que necessitar de atendimento, geralmente restritos às extrações e emergências, e ainda os serviços proporcionados por instituições para-oficiais como o Serviço Social do Comércio (SESC) e o Serviço Social da Indústria (SESI) (Pinto, 1992). Em Pernambuco, o consultório odontológico chegou às fábricas com a unidade móvel odontológica do programa “Empresa Sorriso”, idealizada para

melhorar a saúde bucal do industrial. Além de reduzir o tempo de afastamento dos trabalhadores de suas funções, ao prestar os serviços odontológicos dentro da empresa, a iniciativa permite a programação de despesas no planejamento anual das indústrias. Embora ainda não disponha de dados estatísticos há informações que as empresas participantes do programa acusaram reduções significativas nos índices de absenteísmo (Gomes, 2006). A implantação de serviços odontológicos em empresas e fábricas visa possibilitar um maior controle sobre as condições de trabalho, evitando com isso o absenteísmo e não propriamente a melhoria das condições de saúde dos trabalhadores.

3.5. A ODONTOLOGIA DO TRABALHO

A Odontologia do Trabalho é uma nova especialidade aprovada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) em setembro de 2001. Esta nova especialidade visa preencher uma enorme lacuna na política de saúde ocupacional dos trabalhadores brasileiros. Embora a Legislação ainda não torne obrigatória a presença de um Cirurgião-Dentista ocupacional nos ambientes de trabalho, muitas empresas já se preocupam com a saúde integral de seus funcionários (Garcia, 2006).

Embora esta especialidade seja recente, há muito tempo a saúde bucal dos trabalhadores é discutida. Em 1943 Petty publicou um artigo que citava a odontologia industrial como uma especialidade preocupada com a saúde dental do trabalhador. Em 1979 Guimarães & Rocha apresentaram o conceito de Odontologia

do Trabalho como sendo “a parte da odontologia que trata de promover, preservar e reparar a saúde do trabalhador, conseqüente dos agravos, afecções ou doenças advindas do exercício profissional e que se manifestam na boca.” Trazem também as funções que o cirurgião dentista, integrante de uma equipe de Odontologia do Trabalho, deve desempenhar, e destaca sua importância a serviço de uma empresa, para o diagnóstico e prevenção de doenças profissionais, com vantagens mútuas para o trabalhador, para a empresa e para a nação.

As resoluções do CFO – 22/2001 e 25/2002 estabeleceram as áreas de atuação de algumas especialidades onde se enquadra também a Odontologia do Trabalho. As áreas de competência do profissional especialista em Odontologia do Trabalho incluem:

- a) identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal;
- b) assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde bucal;
- c) planejamento e implantação de campanha e programa de duração permanente para educação dos trabalhadores, quanto a acidente de trabalho, doença ocupacional e educação em saúde;
- d) organizar estatística de morbidade e mortalidade com causa bucal e investigar suas possíveis relações com as atividades laborais;
- e) realização de exames odontológicos para fins trabalhistas e ingresso periódico

Na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu Capítulo V, do título II, observam-se normas sobre a saúde do trabalhador e principalmente nos artigos

162 e 168. A Portaria n.º 3214/78, institui as Normas Regulamentadoras (NRs) que visam promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Através da inclusão da odontologia no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (P.C.M.S.O.), normatizada pela Norma Regulamentadora n.º 7 (NR7), Brasil, 1991, adotada pelo Ministério do Trabalho, a saúde bucal seria atestada dentro do sistema de saúde ocupacional e seria criado um banco de dados para a área odontológica (Araújo & Gonini Júnior, 1999).

As empresas estão obrigadas a manter serviços especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho para cumprimento da NR4, denominada SEESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho). Os profissionais que integram o SEESMT são: Engenheiro de Segurança do Trabalho; Médico do Trabalho; Enfermeiro do Trabalho; Auxiliar de Enfermagem do Trabalho; Técnico de Segurança do Trabalho (Brasil, 1978). Pode-se observar que não consta o Cirurgião-Dentista do Trabalho no SEESMT.

Garcia (2006) sugeriu que muitos indivíduos ainda possuem o pensamento de que o médico, por ser um profissional da saúde com um conhecimento geral do corpo humano, também possuiria um domínio da área odontológica, demonstrando que muitos trabalhadores desconhecem que esta área é de competência do Cirurgião Dentista devidamente habilitado. A importância do Cirurgião Dentista na equipe de saúde do trabalhador é destacada desde 1972 por Nogueira que descreveu diversos quadros patológicos bucais decorrentes de doenças profissionais ocasionados por agentes mecânicos, físicos e principalmente químicos e biológicos. Tauchen (2006) demonstrou, através de um levantamento

epidemiológico, a indispensável contribuição do Cirurgião Dentista especialista em Odontologia do Trabalho ao estar inserido no programa de saúde ocupacional de uma empresa, podendo realizar exames odontológicos específicos, no intuito de levantar dados que sinalizem uma atuação mais efetiva por parte da empresa na busca de uma saúde bucal e geral, resultando em melhoria na qualidade de vida dos trabalhadores e conseqüentemente num desenvolvimento produtivo mais eficiente, minimizando os riscos de complicações e acidentes de trabalho.

Midorikawa (2000) definiu as funções do Cirurgião Dentista especialista em Odontologia do Trabalho:

- a) Prevenção, diagnóstico e tratamento das manifestações bucais de doenças profissionais;
- b) Avaliações técnicas de tratamentos odontológicos;
- c) Perícia no campo trabalhista e civil;
- d) Colaboração com a equipe de segurança e saúde no trabalho.

Silva & Souto (1983) destacaram as atribuições dos Cirurgiões Dentistas que irão atuar no campo da Odontologia Ocupacional e orientam que um programa a ser desenvolvido nesta área deve compreender exames pré-admissionais, exames periódicos, censo odontológico, levantamento de perfis profissionais e participação em programas ergonômicos além de campanhas educativas e de prevenção.

Para Passos & Villela (1983), o Cirurgião Dentista que atua no setor de saúde bucal deve ser conhecedor das condições de trabalho da empresa e das substâncias com que os trabalhadores têm contato. Isso possibilitará um diagnóstico

precoce das doenças ocupacionais e, desta forma, melhores condições de restabelecer a saúde dos trabalhadores, diminuindo assim o índice de absenteísmo, o risco de acidentes de trabalho e aumentando sua produtividade.

A Odontologia Ocupacional deve: prevenir os efeitos nocivos das condições de trabalho e suas influências sobre a saúde; conscientizar o trabalhador da importância de preservar a saúde bucal como fator inclusive de saúde geral, diagnosticar precocemente enfermidades específicas e também as sistêmicas com repercussões bucais, como forma de prevenção aos agravos, permitindo prognóstico favorável; reparar, minimizar e reabilitar quando os danos à saúde já estiverem instalados; contribuir com os demais profissionais da área de Saúde e Segurança do Trabalho em todas as ações que visem preservar a integridade do trabalhador; cumprir dupla função social – auxiliando o empregador a aumentar a sua produtividade resultante da melhoria da qualidade de vida do trabalhador; desenvolver um conjunto de procedimentos coletivos no espaço social das fábricas empresas, visando o controle epidemiológico da saúde bucal dos trabalhadores, através da remoção, redução ou controle dos fatores determinantes do aparecimento da cárie e doença periodontal (Caetano & Watanabe, 1994).

A essência da assistência odontológica oferecida deve apontar para a filosofia da prevenção, ao contrário do que é comumente praticado na atualidade, tendo em vista que aproximadamente 70% dos custos em saúde são representados por doenças e conseqüências que poderiam ter sido prevenidas. Deve ficar claro que é mais econômico e rentável para uma empresa manter seu pessoal em boas condições de saúde e trabalhando do que pagar os custos de uma doença, de uma

eventual reabilitação física ou mental ou ainda a necessidade de novas contratações e treinamentos para suprir os funcionários afastados do trabalho (Joakin & Mazzoni, 2000).

O estudo realizado por Pizzato (2005) demonstrou que se faz relevante a implantação e/ou reestruturação dos serviços de atenção em saúde bucal de adultos trabalhadores, visando, desta maneira, aumentar a qualidade de vida dos mesmos e por conseguinte da capacidade de trabalho. Deve-se ainda ser observado que a simples oferta de serviços de assistência odontológica não traz benefícios em termos de saúde para o trabalhador, fazendo-se necessário um correto planejamento das ações a serem desenvolvidas, as quais devem ser articuladas com os demais programas de atenção a saúde dos trabalhadores. Comprovando a eficácia de programas preventivos desenvolvidos nos próprios locais de trabalho, Fishwick et al (1998) realizaram um estudo em 98 trabalhadores em boas condições de saúde geral, avaliando as condições periodontais antes e após o desenvolvimento de um programa preventivo. Os resultados apontaram significativa redução do sangramento gengival e bolsas periodontais, confirmando a eficácia clínica de campanhas de conscientização n

Ayer et al (1986) descreveram os passos para o planejamento e implantação de um programa de saúde bucal para trabalhadores das indústrias. Ressaltaram a importância destes programas serem integrados aos demais setores da empresa e chamaram a atenção para a dificuldade de implantação destes programas em indústrias de pequeno porte. Segundo Schou (1989) os elementos e estratégias essenciais para o sucesso dos programas de atenção odontológica

incluem: participação ativa dos trabalhadores; uso de pessoal auxiliar; realização voluntária de bochechos diários com soluções anti-sépticas; realização de atividades preventivas; uso de meios de comunicação de massa; instruções de higiene oral; profilaxia e tratamento para-profissional.

Caetano & Watanabe (1994) sugeriram a realização do Censo Bucal na empresa como recurso para aplicação de uma Odontologia preventiva, o qual consiste no exame coletivo dos empregados, cujo objetivo é pesquisar manifestações orais das moléstias profissionais, focos de etiologia dentária, exame de prevalência de cáries e periodontopatias, além do planejamento da terapêutica de maneira racional, sob o prisma que o serviço odontológico da empresa deve visar, por um lado a saúde bucal do empregado e seu bem estar e por outro representar o interesse econômico da empresa, mantendo o empregado são, apto a produzir mais e melhor, sem absenteísmo e obtendo com isto o retorno dos gastos disponibilizados na assistência prestada. Com o benefício da assistência odontológica o trabalhador não se ausentará da empresa, eliminando-se o problema do atestado devido à busca por atendimento no serviço público ou consultório particular.

Segundo Garcia (2006) com a inclusão do exame admissional odontológico em uma empresa, esta poderá ter um perfil primário das condições de saúde bucal do pretendente ao emprego e realizar estimativas dos futuros custos neste sentido. Este exame também será um instrumento de ação ao departamento de Recursos Humanos (RH), bem como, se constituirá em prova antecipada de defesa dos próprios trabalhadores por terem sua situação de saúde bucal registrada.

Foi sugerido um roteiro a ser seguido na elaboração e execução de exames odontológicos pré-admissionais, caso se pretenda dar uma assistência integral a saúde dos trabalhadores, assim como ao incremento da produtividade da empresa. No exame admissional ou periódico, o local de trabalho deve ser descrito de forma detalhada, onde o empregado desenvolve, ou desenvolverá as suas atividades, e sua ocupação habitual, para um diagnóstico conclusivo à seu respeito. Vale lembrar que uma análise profissiográfica é importante para a confecção do prontuário odontológico (Garcia, 2006).

Guimarães & Rocha (1979) defenderam a integração da odontologia aos serviços de segurança e medicina do trabalho, fato que, segundo os autores, é indispensável caso se pretenda dar uma assistência integral a saúde dos trabalhadores, assim como ao incremento da produtividade da empresa. Para a implantação e organização de serviços odontológicos em uma empresa, Guimarães & Rocha (1979) ressaltaram que, para cada empresa devem ser efetuadas as adaptações características de sua individualidade. Espera-se, com a instalação de programas odontológicos empresariais, diminuir o absenteísmo, elevar a produtividade do empregado, reduzir ou eliminar as causas odontológicas dos acidentes de trabalho, elevar o conceito da empresa, além de outros fatores considerados importantes no desenvolvimento empresarial.

Schou & Monrad (1989) pesquisaram a percepção dos trabalhadores envolvidos em um programa de educação odontológico desenvolvido no próprio local de trabalho. Verificaram que o envolvimento ativo dos trabalhadores em tais

programas, aliado ao fato destes serem desenvolvidos no ambiente de trabalho, gera uma potencialização dos resultados.

Ide (2001) avaliou o impacto da promoção de saúde bucal no local de trabalho em termos de custos e frequência de visitas ao dentista. Foi realizado num grupo um programa de orientação sobre higiene e prevenção de doenças bucais, comparando com o grupo controle verificou-se que o programa de promoção de saúde bucal no ambiente de trabalho contribuiu para reduzir custos associados aos tratamentos odontológicos e que o ambiente de trabalho pode ser a chave para a implantação de sistemas que visem a melhoria da saúde. Da mesma forma, Morishita et al (2003), avaliaram a efetividade de um programa de promoção de saúde bucal no ambiente de trabalho, obteve conclusões semelhantes ao trabalho anterior, sendo o programa efetivo para manutenção de bons níveis de saúde bucal nos trabalhadores, salientado a educação para motivar os funcionários a realizarem exames periódicos.

O exame odontológico é tão importante que desde 1964, Brito Jr tentou instituí-lo como lei, por meio de um projeto que fixava o exame odontológico obrigatório tanto em escolas como em empresas.

Em 1970, Medeiros & Bijella apud Pizzatto (2005) mostraram a importância da Odontologia dentro de uma indústria, apresentando bases para a organização de programas odontológicos para trabalhadores. Os autores estabeleceram uma relação mínima de 500 funcionários para a instalação de um serviço odontológico, e um máximo de 1.500 funcionários por cirurgião-dentista,

corroborando com relato de Dunning et al (1941) apud Pizzatto (2005) que realizaram estudo em indústrias americanas para verificar a existência e características dos serviços odontológicos e concluíram que apenas empresas com mais de 500 funcionários apresentavam serviço médico especializado e mantinham algum tipo de serviço odontológico.

O benefício odontológico fica, conforme a legislação trabalhista, a cargo da empresa (Ferreira, 1995). Embora a legislação não torne a especialidade Odontologia do Trabalho obrigatória (Minguez, 2004), muitas empresas e, conseqüentemente, a nação pode apresentar prejuízos altos advindos da impossibilidade de trabalhadores exercerem suas funções em decorrência de males que afetam a cavidade bucal. Desta forma é fundamental que os programas de saúde ocupacional incluam a odontologia (Assis, 2004), pois no Brasil a maior parte da população ainda não tem acesso à odontologia, que se apresenta na realidade com caráter privativo, individualista e de altos custos.

Não há dúvidas quanto à importância de uma prática odontológica que contemple a saúde bucal coletiva, universalizando o acesso e garantindo equidade no atendimento das necessidades da população (Petry et al, 2000).

4. DISCUSSÃO

Em relação à primeira proposição que foi analisar o absenteísmo causado por motivos odontológicos, os resultados da maioria dos estudos demonstraram que a ausência por motivos odontológicos afeta a empresa, mas esta é mais baixa que as ausências motivadas por origem médica. Este fato também foi citado por Bruno (2006), ao avaliar o absenteísmo do trabalhador por causas odontológicas. Segundo Rocha (1981) que procurou quantificar o afastamento dos trabalhadores por motivos médicos, odontológicos e devido a acidentes de trabalho, foi observado que a falta por motivos médicos é o principal responsável pelo absenteísmo. Já a falta por motivos odontológicos situa-se com um número um pouco superior ao afastamento decorrente de acidentes de trabalho, porém a duração média da ausência do trabalhador por motivos odontológicos é menor. Em estudo realizado por Mazzilli & Crosato (2005) o tempo médio de afastamento foi de 5,4 dias, sendo equivalente para os gêneros e os cinco primeiros motivos 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 inclusos ou impactados (6,88%).

Num estudo de Jenny & Proshek (1986) ficou demonstrada a grande importância que a saúde bucal tem perante o fator ocupacional. Os autores estudaram a opinião de 484 indivíduos de 88 diferentes ocupações e concluíram que ocupações de prestígio, bem como ocupações que exigem constante exposição ao público, requerem boa estética dental, e que a sociedade estabelece padrões de aparência dental aceitáveis e desvios nestes padrões podem reduzir as oportunidades do indivíduo no mercado de trabalho. Em estudo que buscou correlacionar doenças bucais e perdas na produtividade dos trabalhadores, Reisini

(1984) verificou que 25% dos trabalhadores pesquisados relataram ter perdido horas de trabalho por problemas dentais. Já em 1979 Guimarães & Rocha chamavam a atenção para a elevada prevalência de morbidade bucal nos trabalhadores vitimados por acidentes de trabalho em uma empresa e Schwartz (1988), encontrou um aumento significativo de casos de óbitos cujo fator etiológico fora o câncer bucal.

Em relação à segunda proposição que foi verificar a importância da implementação de exames bucais na saúde do trabalhador, o estudo realizado por Pizzato (2005) demonstrou que se faz relevante a implantação e/ou reestruturação dos serviços de atenção em saúde bucal de adultos trabalhadores, visando desta maneira, aumentar a qualidade de vida dos mesmos e, por conseguinte da capacidade de trabalho. Fishwick et al (1998) realizaram um estudo em 98 trabalhadores em boas condições de saúde geral, avaliando as condições periodontais antes e após o desenvolvimento de um programa preventivo. Os resultados apontaram significativa redução do sangramento gengival e bolsas periodontais, confirmando a eficácia clínica de campanhas de conscientização, comprovando a eficácia de programas preventivos desenvolvidos nos próprios locais de trabalho. Segundo Garcia (2006) com a inclusão do exame admissional odontológico em uma empresa, esta poderá ter um perfil primário das condições de saúde bucal do pretendente ao emprego e realizar estimativas dos futuros custos neste sentido.

Em relação à terceira proposição que foi discutir a importância do Cirurgião-Dentista na equipe de Saúde do Trabalhador, os estudos demonstraram a indispensável contribuição do Cirurgião Dentista especialista em Odontologia do

Trabalho ao estar inserido no programa de Saúde Ocupacional de uma empresa. Para Tauchen (2006), o Cirurgião Dentista pode realizar exames odontológicos específicos, no intuito de levantar dados que sinalizem uma atuação mais efetiva por parte da empresa na busca de uma saúde bucal e geral, resultando na melhoria da qualidade de vida do trabalhador. Entretanto, a importância do Cirurgião Dentista na equipe de saúde do trabalhador é destacada desde 1972 por Nogueira. Em pesquisa realizada por Garcia (2006) 81% dos trabalhadores considerou o Cirurgião Dentista o profissional mais competente para realizar o exame bucal, apesar de 17% ainda considerar o médico como um profissional habilitado para a realização deste tipo de exame. Segundo Joakin & Mazzoni (2000) dentre as atividades desenvolvidas pelo Cirurgião Dentista, destaca-se a realização dos exames admissionais e periódicos, já que tais exames podem permitir a realização de diagnósticos precoces, evitando, desta forma, agravos a saúde.

5. CONCLUSÕES

A pós analisar todos os estudos incluídos nesta pesquisa, foi possível chegar as seguintes conclusões:

1. O absenteísmo por motivos médicos é maior que a falta por motivos odontológicos. Entretanto, este último é mais freqüente que o decorrente de acidentes de trabalho.

2. A inclusão de exames admissionais e periódicos permitem a realização de diagnósticos precoces, evitando, desta forma, agravos à saúde e o absenteísmo decorrente de patologias bucais.

3. O Cirurgião Dentista do Trabalho é considerado o profissional mais adequado para a realização de exames odontológicos com finalidade ocupacional, uma vez que o profissional responsável precisa ter conhecimento sobre as patologias e acidentes de origem bucal, Legislação e sua relação com a atividade laboral.

REFERÊNCIAS²

Araújo, M.E. Estudo da prevalência das manifestações bucais decorrentes de agentes químicos no processo de galvanoplastia: sua importância para a área de saúde bucal do trabalhador. [tese]. São Paulo: FOU SP; 1998.

Araújo ME, Gonini Junior A. A saúde bucal do trabalhador: os exames admissional e periódico como um sistema de informação em saúde. *Odontol Soc.* 1999; 2(1/2): 15-8.

Assis V. Odontologia do Trabalho. *J Cons Fed Odontol.* 2004; 61-62.

Ayer WA, Seffrin S, Wirthman G, et al. Dental health promotion in the workplace. In: Cataldo MF, Coates TJ. *Health and industry: a behavioral medicine perspective.* New York: John Wiley & Sons, 1986. p. 255-69.

Booth P. Employee absenteeism: strategies for promoting an attendance-oriented culture. In: Conference Board of Canada, 1993; Ottawa. Canada; 1993.

Brasil. Lei Federal nº605, de 14 de janeiro de 1949. Dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salários nos dias feriados civis e religiosos [on line];1949. Disponível em URL: <https://www.planalto.gov.br/> [2007 out 26].

Brasil. Tribunal Superior do Trabalho. Enunciado nº282, de 1 de março de 1988. Abono de faltas: serviço médico da empresa [on line]; 1988. Disponível em URL: <https://www.tst.gov.br/> [2007 out 26].

Brasil. Lei Federal nº8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [on line]; 1991. Disponível em URL: <https://www.planalto.gov.br/> [2007 out 26].

² De acordo com o Manual de Normalização para Monografias da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, baseado no estilo Vancouver de 2006, e abreviatura dos títulos e periódicos em conformidade com o Index Medicus.

Brasil. Decreto-Lei nº3048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências [on line]; 1999. Disponível em URL: <https://www.planalto.gov.br/> [2007 out 26].

Brasil. Portaria nº 1339 de 18 de novembro de 1999. Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, p.21, 19 nov, 1999.

Brito Jr RB. Avaliação retrospectiva dos pacientes atendidos e do tratamento oferecido no serviço de emergência da FOP/UNICAMP entre os anos de 1989 e 1997. [dissertação]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da UNICAMP; 2000.

Bruno SM. Absenteísmo do trabalho por causas odontológicas: revisão de literatura. [monografia]. Campinas: Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic; 2006.

Caetano JC, Watanabe AM. Noções básicas de odontologia ocupacional para profissionais da saúde do trabalhador. In: Vieira SI. Medicina Básica do Trabalho. Curitiba: Gênese; 1994. p. 169-90. 3v.

Castejón JC. El papel de las condiciones del trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral [tese]. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.

Chiavenatto I. Recursos Humanos na Empresa. São Paulo: Atlas, 1989.

Conferência Nacional de Saúde Bucal, 1. Brasília, DF. 1986. Ministério da Saúde – Universidade de Brasília. Relatório Final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

Costa JP. Absenteísmo [Separata]. J Medico 1971; 58(1019): 842-9.

Cunha LSC. Saúde bucal do trabalhador e a assistência odontológica nas empresas. [dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2005.

Dunning JM. Dental aspects of industrial absenteeism. *Ind Med Surg* 1952; 21(9): 431-2.

Dunning JM, Walls RM, Lewis SR. Prevalence and characteristics of dental service in industry. *J Am Dent Assoc* 1941; 28: 492-501.

Esteves RC. (1982) Manifestações bucais das doenças ocupacionais. *Rev. Bras. Saúde Ocup.* 1982 Out/Dez; 10: 56-59.

Ferreira RA. O valor da saúde bucal nas empresas. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1995; 49(2): 514-24.

Figueiró JA. Dor: projeto aliviador. *Prática Hospitalar* [on line]; 2003. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2029/paginas/material%2008-29.html>. [2007 out 26].

Fishwick MR, Ashley FP, Wilson RF. Can a workplace preventive programme affect periodontal health? *Br Dent. J.* 1998; 184(6): 290-3.

Garcia AL. A necessidade de inclusão do exame odontológico nos exames ocupacionais e suas repercussões [monografia]. Campinas: Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic; 2006.

Graça L. O processo de adoecer, faltar e voltar ao trabalho [on line]. Disponível em: <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos11.html>. Acesso [2007 out 24].

Guimarães E, Rocha AA. Organização dos serviços odontológicos de uma empresa - 1º parte. *Odontol Moderno* 1979; 6(7): 7-12.

Gomes EA. A solução está na prevenção. *Jornal do Sesi-Pernambuco*. [on line]; 2006. Disponível em: http://www.sesi.org.br/Programas/jornal/ed_84/SN8406_regional.pdf. Acesso [2007 nov 14].

Ide R. Evaluation of oral health promotion in the workplace: the effects of dental care costs and frequency of dental visits. *Comm Dental Oral Epidemiol* 2001; 29: 213-9.

Joakin E, Mazzoni R. Patologia oral em exames de la salud. Relación entre incidencia y detección. *Salud Ocupacional* 2000; 18(77): 4-10.

Jenny J, Proshek JM. Visibility and prestige of occupations and the importance of dental appearance. *J Can Dent Assoc* 1986; 52(12): 987-9.

Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. *Community Dental Oral Epidemiol* 1987; 15: 186-72.

Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJI, et al. Absenteísmo por motivo odontológico e médico nos serviços público e privado. *Rev Bras Saúde Ocup* 2005; 30(111): 9-15.

Mazzilli LEN, Crosato E. Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000. *RPG Rev Pós Grad* 2005; 12(4):444-53.

Medeiros EPG, Bijella VT. Bases para a organização de programas dentais para operários. *Rer Bras Odontol* 1971; 27(166): 303-11.

Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(6): 1545-7.

Miguez J, Bonami M. Comportamentos de ausência, quadros de análise e suas operacionalizações. Lisboa: *Cadernos de Ciências Sociais* 1988; 6: 173-9.

Minguez P. Gerenciando saúde bucal no ambiente de trabalho. *J Cons Fed Odontol.* 2004; 61-62: 4.

Midorikawa ET. A odontologia em saúde do trabalho como uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião dentista na

equipe de saúde do trabalhador [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000.

Morishita M, Sakemi M, Tsutsumi M, et al. Effectiveness of an oral health promotion programme at the workplace. *J Oral Rehab* 2003; 30(4): 414-17

Nogueira DP. Odontologia e saúde ocupacional. *Rev Saúde Públ* 1972; 6: 211-23

Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, et al. Modelos de assistência em saúde bucal do Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; 2(1): 9-14.

Passos AS, Villela F. Odontologia na saúde ocupacional. *Vida Odontol.* 1983; 6(15): 75-80.

Petersen PE. Evolution of a dental preventive program for Danish chocolate workers. *Comm Dental Oral Epidemiol* 1989; 17(2): 53-9.

Petty FF. What is necessary to make industrial dentistry a credit to the dental profession? *J Am Dent Assoc* 1943; 30: 1418-27.

Petry PC, Victoria CG, Santos IS. Adultos livres de cárie: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(1): 145-53.

Pinto VG. Saúde Bucal: odontologia social e preventiva. 3ª ed. São Paulo: Santos; 1992.

Pizzatto E. Análise do estado de saúde bucal de adultos trabalhadores: assistência/atenção odontológica [tese]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba; 2005.

Reisine ST. Dental health and public police: the social impact of dental disease. *Am J Public Health* 1985; 75(1): 27-30.

Riley JL, Gilbert GH, Heft MW. Orofacial pain symptom prevalence: selective sex differences in the elderly? *Pain* 1998; 76: 97-104.

Rocha JAD. Absenteísmo ao trabalho por doença e a implicação da saúde bucal como um dos seus fatores numa indústria metalúrgica da cidade de Canoas – RS. [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1981.

Sá Lima JR. Absenteísmo por causa odontológica – Análise comparativa entre funcionários da Prefeitura do Município de São José dos Campos e segurados do Instituto Nacional de Previdência Social – Inamps. 2001; Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=22>. [2007nov 15]

Schwartz E. A proportionate mortality ratio analysis of pulp and paper mill workers in New Hampshire. *Br J Ind Med* 1988; 45(4): 234-8.

Silva M. Saúde Bucal: uma prioridade sanitária. Escola de Prótese Dentária Integração [on line]; 2000. Disponível em: http://www.colegiointegracao.com.br/val_ind/03_11_2000.htm [2007 out 26].

Silva RB, Souto DF. Modelo de serviço assistencial em odontologia ocupacional. *Odontol Moderno* 1983; 10(10): 39-45.

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile: the oral health impact profile – OHIP. *Community Dental Oral Health Epidemiol* 1997; 25(4): 284-90.

Souza SROS. Fatores que contribuem para o absenteísmo da enfermagem na unidade de doenças infecto-parasitárias [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto UNI-RIO; 2002.

Schou L. Oral health promotion at worksites. *Int Dent J* 1989; 39(2): 122-8.

Schou L, Monrad A. A follow up study of dental patient education in the workplace: participants` opinions. Patient Education and Counseling 1989; 4: 45-51.

Tauchen ALO. A contribuição da odontologia do trabalho no programa de saúde ocupacional: verificando as condições de saúde bucal de trabalhadores de uma agroindústria do sul do Brasil. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2006.

United States of America. Center for Disease Control. Oral Health 2000/ Report-1996 [on line]; 1996. Disponível em URL: <http://www.dhs.vic.gov.au/phd/publications.htm> [2007 out 26].

Wylie CM. The definition and measurement of health and disease. In: Mendes R. Medicina do trabalho - Doenças profissionais. São Paulo: Sarvier; 1980. p. 45.