



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Faculdade de Ciências Médicas

**Katia Zanon Hespanhol**

**Absenteísmo odontológico em uma empresa de energia**

Rio de Janeiro  
2009

# **Livros Grátis**

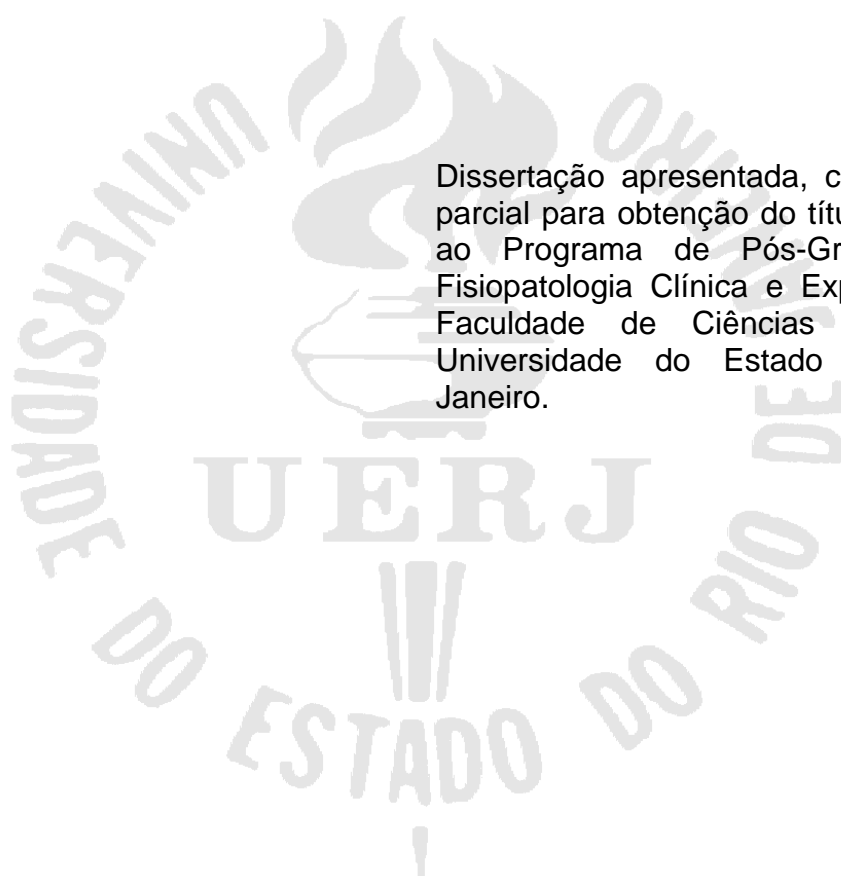
<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Kátia Zanon Hespanhol

**Absenteísmo odontológico em uma empresa de energia**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



Orientador: Prof. Dr. Haroldo José de Matos

Rio de Janeiro

2009

**CATALOGAÇÃO NA FONTE**  
**UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/A**

H585 Hespanhol, Katia Zanon  
Absenteísmo odontológico em uma empresa de energia/Kátia Zanon Hespanhol.-  
95 p.: il.

Orientador: Haroldo José de Matos.  
(Dissertação) - Mestrado Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade  
de Ciências Médicas.

1. Absenteísmo (Trabalho) – Teses. 2. Odontologia social - Teses. 3. Indicadores  
de saúde – Teses. I. Matos, Haroldo José de. II. Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 616.314

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total e parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Katia Zanon Hespanhol

**Absenteísmo odontológico em uma empresa de energia**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 16 de janeiro de 2009.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Raphael Hirata Júnior  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Nádia Cristina Pinheiro Rodrigues  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof. Dr. Wagner Hespanhol  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Rio de Janeiro

2009

## DEDICATÓRIA

A meu filho Wagner pelo apoio, paciência e companheirismo, mesmo diante de tantos momentos de ausência. Pelo seu carinho, atenção e amor, que sempre foram tão importantes e que, com certeza, em muito contribuíram para que me tornasse uma pessoa melhor a cada dia.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus – que me permite viver muitas vitórias.

Ao meu pai – uma pessoa única e muito especial, meu grande amigo e um exemplo de vida.

À minha família – que sempre me apoiou nas dificuldades e, principalmente, compartilhou minhas conquistas.

Ao meu orientador – que esteve presente em todos os momentos, demonstrando competência e dedicação, com muita sabedoria e paciência.

Aos meus gerentes e amigos João Carlos do Amaral Lozovey, Sergio Antonio Rossato e Paulo Rebelo- que sempre me apoiaram profissionalmente e viabilizaram o desenvolvimento deste estudo.

Aos meus amigos – que me estimularam a prosseguir e conquistar este título e, em especial à Jussara, que partilhou comigo conhecimentos, angústias e conquistas, minha “companheira do mestrado”.

A todas as pessoas – que de alguma forma contribuíram para a obtenção deste título.

## RESUMO

HESPANHOL, Kátia Zanon. *Absenteísmo odontológico em uma empresa de energia*. 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Os estudos epidemiológicos em saúde bucal, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “são utilizados para coletarmos informações acerca da condição de saúde bucal e das necessidades de tratamento de uma população e, subseqüentemente, para monitorarmos as alterações nos níveis e padrões de doenças” (Organização Mundial de Saúde, 1999). Este estudo tem como objetivo analisar o absenteísmo de causa odontológica através de indicadores específicos, além de identificar as principais causas e a possível associação entre o número de dias perdidos e outras co-variáveis. Os dados utilizados são referentes a Unidades Operacionais de uma empresa de energia, relativos aos anos de 2003 e 2004. Para fins de cálculo, foram utilizados os seguintes indicadores: Taxa de Freqüência, Taxa de Gravidade e Taxa de Freqüência por Indivíduo e Índice de Absenteísmo Odontológico. O tempo médio de afastamento odontológico por Unidade de Negócio, assim como outras variáveis, tais como: sexo, faixa etária, cargo, escolaridade, tempo de empresa, número de dias perdidos e regionalidade também foram analisadas. Com relação aos índices e variáveis analisadas, observa-se que o índice de Absenteísmo Odontológico variou de 1,46% a 4,72% (2003) e 1,85% a 5,23% (2004), conforme a Unidade de Negócio. Em relação ao tempo de empresa, os empregados com 16 a 20 anos de contrato foram os que mais apresentaram incapacidade por problemas odontológicos (47,1% em 2003 e 37% em 2004). Quanto ao sexo, 81,5% dos casos em 2003 e 77,6% em 2004 foram referentes ao sexo masculino. A faixa etária mais impactada foi a de 40 a 49 anos, sendo responsável por mais de 50% dos afastamentos. Considerando a escolaridade, os empregados com maior número de licenças odontológicas possuíam nível médio concluído, sendo 75,6% em 2003 e 79,4% em 2004. Observou-se ainda que a maior parte dos afastamentos odontológicos ocorreu em operadores de produção, sendo 34,5% em 2003 e 31,5% em 2004. Em relação à regionalidade, quase a totalidade dos atestados foram emitidos na região Norte/Nordeste, correspondendo a 87,4% em 2003 e 84,2% em 2004. Da totalidade das licenças, as principais patologias causadoras foram: transtornos dos dentes e estruturas de suporte, sendo 29,4% em 2003 e 26,7% em 2003 e gengivite e doenças periodontais, 23,5% em 2003 e 29,1% em 2004. Na análise bivariada observou-se que a única variável que apresentou diferenças estatisticamente significativas foi a regionalidade. Embora a região Norte/Nordeste seja responsável pelo maior número de licenças, os afastamentos de maior duração tiveram origem na região Sul/Sudeste. Conclui-se, pelos resultados obtidos, que o absenteísmo odontológico gera um pequeno impacto para a Companhia (proporção média de 2,66% em 2003 e 3,12% em 2004), o que talvez possa ser atribuído às ações de odontologia ocupacional implantadas, entre as quais a obrigatoriedade de realização dos Exames Odontológicos Periódicos, a partir de 2001. Sugere-se o monitoramento dos indicadores descritos, visando acompanhar o comportamento epidemiológico das patologias bucais ora descritas e direcionar as futuras ações de promoção de saúde bucal na Companhia.

Palavras-chave: Absenteísmo. Absenteísmo odontológico. Indicadores de absenteísmo.



## ABSTRACT

According to WHO (World Health Organization), population surveys on oral health "are used to gather information on oral health conditions and on needs for treatment of that population and, consequently, to monitor changes over time in the levels and patterns of disease". (WHO,1999). This study has the objective of analyzing the absence of odontologic causes through specific indicators. It also points to the main causes and the possible associations between the lost number of days and other covariables. The data used were obtained from corporative databases from the Operational Units of an Energy company, and they focus on the period from 2003 up to 2004. As outcomes, the following indicators will be used: The rate of frequency, the rate of Severity and the rate of frequency per person and the number of odontological absencee. The average time of odontologic assistance will also be estimated in the operational units and the following variables will be analyzed as confounders: gender, age, position, years in school, time in the company, number of absent days and region. When above mentioned indicators and variables were analyzed, it was shown that the Odontologic Anbsencee index varied from 1.46% to 4.72% (2003), and from 1,85% to 5,23% (2004), in the diverse operational units. When time in the company was concerned, the employee who had from 16 to 20 years of work were those who had proportionally higher odontologic absencee (47.1% in 2003 and 37% in 2004). When gender was analyzed, 81.5% of cases in 2003 and 77.6% in 2004 were male. In relation to age group, those in the group from 40 to 49 years gathered more than 50% of odothologic absencee in both years studied. When educational level was considered, the majority did not have university degree, corresponding to 75.6% in 2003 and 79.4% in 2004. It was also observed that the majority of odontologic absencee committed production operators, this proportion varying from 34.5% in 2003 and 31.5% in 2004. In geographic terms, the highest proportion were from North/Northeast region, corresponding to 87.4% in 2003 and 84.2% in 2004. The main etiologic conditions were: diseases of teeth and supporting structures, varying from 29.4% in 2003 and 26.7% in 2004 and gingivitis and periodontal diseases, varying from 23.5% in 2003 and 29.1% in 2004. In bivariated analysis, the only variable that presented statistical differences when associated to number of absent days was the geographic location of the operational unit. Although the majority of odontologic absencees were from the North/Northeast region, the absencees with longer duration were from the South/Southeast region. The results showed that odontologic absencee had proportionally low impact in relation to total absencee (average proportion of 2,66% in 2003 and 3,12% in 2004). One possible explanation for the low indices and indicators is the adoption of a series of preventive odontologic actions in the company. Among these it could be stressed the demand for periodic odontologic examination since 2002. It is recommended the monitoring of the odontologic indicators studied to obtain an updated epidemiologic picture of odontologic diseases and to direct future promotion actions in an oral health program in the company.

Keywords: Absence. Odontologic absence. Odontologic indicators.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Níveis do processo saúde – doença .....	30
Figura 2	Figura 2 - Áreas de atividades da Companhia no Mundo .....	36
Figura 3	Figura 3 - Distribuição geográfica das refinarias no Brasil .....	37
Figura 4	Figura 4 - Área operacional da refinaria do Paraná .....	38
Figura 5	Figura 5 - Área operacional da refinaria .....	39
Figura 6	Figura 6 - Tanques de armazenamento .....	39
Figura 7	Figura 7 - Distribuição geográfica das Unidades de Negócio da Área de Exploração e Produção no Brasil .....	40
Figura 8	Figura 8 - Sonda de exploração .....	41
Figura 9	Figura 9 - Plataforma fixa no Ceará .....	42
Figura 10	Figura 10 - Centro de Pesquisas .....	43
Figura 11	Figura 11 - Sede administrativa de São Paulo .....	44
Figura 12	Figura 12 - Sede administrativa de Salvador.....	44
Figura 13	Figura 13 - Evolução de absenteísmo médico e odontológico na Bacia de Campos entre 1993 e 2000 .....	47
Figura 14	Figura 14 - Evolução temporal do Índice de Absenteísmo Odontológico da Bacia de Campos .....	47
Figura 15	Figura 15 - Taxa de Freqüência por Unidade de Negócio – Ano 2003 .....	57
Figura 16	Figura 16 - Taxa de Freqüência por Unidade de Negócio – Ano 2004 .....	58
Figura 17	Figura 17 - Evolução temporal da Taxa de Freqüência.....	58
Figura 18	Figura 18 - Taxa de Gravidade por Unidade de Negócio – Ano 2003.....	59
Figura 19	Figura 19 - Taxa de Gravidade por Unidade de Negócio – Ano 2004.....	60
Figura 20	Figura 20 - Evolução temporal da Taxa de Gravidade .....	60
Figura 21	Figura 21 - Taxa de Freqüência por Indivíduo por Unidade de Negócio – Ano 2003.....	61

Figura 22	Taxa de Frequência por Indivíduo por Unidade de Negócio – Ano 2004.....	62
Figura 23	Evolução temporal da Taxa de Frequência por Indivíduo.....	62
Figura 24	Índice de Absenteísmo Odontológico por Unidade de Negócio – Ano 2003.....	63
Figura 25	Índice de Absenteísmo Odontológico por Unidade de Negócio – Ano 2004.....	64
Figura 26	Evolução temporal do Índice de Absenteísmo Odontológico .....	64
Figura 27	Principais causas de absenteísmo odontológico – Ano 2003.....	66
Figura 28	Figura 28 - Principais causas de absenteísmo odontológico – Ano 2004.....	67
Figura 29	Figura 29 - Distribuição do absenteísmo odontológico por tempo de empresa – Ano 2003.....	68
Figura 30	Figura 30 - Distribuição do absenteísmo odontológico por tempo de empresa – Ano 2004.....	69
Figura 31	Figura 31 - Distribuição do absenteísmo odontológico por sexo – Ano 2003.....	70
Figura 32	Figura 32 - Distribuição do absenteísmo odontológico por sexo – Ano 2004.....	71
Figura 33	Figura 33 - Distribuição do absenteísmo odontológico por faixa etária – Ano 2003.....	72
Figura 34	Figura 34 - Distribuição do absenteísmo odontológico por faixa etária – Ano 2004.....	72
Figura 35	Figura 35 - Distribuição do absenteísmo odontológico por nível de escolaridade – Ano 2003.....	73
Figura 36	Distribuição do absenteísmo odontológico por nível de escolaridade – Ano 2004.....	74
Figura 37	Figura 37 - Distribuição do absenteísmo odontológico por cargo – Ano 2003.....	77
Figura 38	Figura 38 - Distribuição do absenteísmo odontológico por cargo – Ano 2004.....	77
Figura 39	Figura 39 - Distribuição do absenteísmo odontológico por região – Ano 2003.....	78

Figura 40	Figura 40 - Distribuição do absenteísmo odontológico por região – Ano 2004.....	79
Figura 41	Figura 41 - Distribuição do absenteísmo odontológico por número de dias perdidos – Ano 2003.....	80
Figura 42	Figura 42 - Distribuição do absenteísmo odontológico por número de dias perdidos – Ano 2004.....	81

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Evolução do absenteísmo por ocorrências médicas e odontológicas da Bacia de Campos entre 1993 e 2000 .....	46
Tabela 2	Características gerais das Unidades analisadas – Ano 2003 .....	56
Tabela 3	Características gerais das Unidades analisadas – Ano 2004 .....	56
Tabela 4	Taxa de Freqüência por Unidade de Negócio .....	57
Tabela 5	Taxa de Gravidade por Unidade de Negócio .....	59
Tabela 6	Taxa de Freqüência por Indivíduo por Unidade de Negócio .....	61
Tabela 7	Índice de Absenteísmo Odontológico por Unidade de Negócio .....	63
Tabela 8	Distribuição do absenteísmo odontológico por causas – Ano 2003 ....	65
Tabela 9	Distribuição do absenteísmo odontológico por causas – agrupamento por categoria CID 10 – Ano 2003 .....	65
Tabela 10	Distribuição do absenteísmo odontológico por causas – Ano 2004.....	66
Tabela 11	Distribuição do absenteísmo odontológico por causas – agrupamento por categoria CID 10 – Ano 2004.....	67
Tabela 12	Distribuição do absenteísmo odontológico por tempo de empresa – Ano 2003.....	68
Tabela 13	Distribuição do absenteísmo odontológico por tempo de empresa – Ano 2004 .....	69
Tabela 14	Distribuição do absenteísmo odontológico por sexo – Ano 2003.....	70
Tabela 15	Distribuição do absenteísmo odontológico por sexo – Ano 2004.....	70
Tabela 16	Distribuição do absenteísmo odontológico por faixa etária – Ano 2003 .....	71
Tabela 17	Distribuição do absenteísmo odontológico por faixa etária – Ano 2004 .....	72
Tabela 18	Distribuição do absenteísmo odontológico por nível de escolaridade – Ano 2003 .....	73
Tabela 19	Tabela 19 - Distribuição do absenteísmo odontológico por nível de escolaridade – Ano 2004 .....	74
Tabela 20	Distribuição do absenteísmo odontológico por cargo – Ano 2003.....	75

Tabela 21	Distribuição do absenteísmo odontológico por cargo – Ano 2004.....	76
Tabela 22	Distribuição do absenteísmo odontológico por região – Ano 2003.....	79
Tabela 23	Distribuição do absenteísmo odontológico por região – Ano 2004.....	79
Tabela 24	Distribuição do absenteísmo odontológico por número de dias perdidos – Ano 2003 .....	80
Tabela 25	Distribuição do absenteísmo odontológico por número de dias perdidos – Ano 2004 .....	81
Tabela 26	Resultados de análise Bivariada – Dias Perdidos e co-variáveis – Ano 2003 .....	82
Tabela 27	Resultados de análise Bivariada – Dias Perdidos e co-variáveis – Ano 20004 .....	83

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.
EAP	Employees Assistance Program
GLP	Gás Liquefeito de Petróleo
IAO	Índice de Absenteísmo Odontológico
LGN	Líquido de gás natural
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTP	Percentual de Tempo Perdido
TF	Taxa de Frequência
TFI	Taxa de Frequência por Indivíduo
TG	Taxa de Gravidade
TPM	Taxa de Prevalência Momentânea
UM	Unidade de Negócio

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>1</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>20</b>
1.1	<b>Absenteísmo.....</b>	<b>20</b>
1.2	<b>A Odontologia na Saúde do trabalhador .....</b>	<b>24</b>
1.3	<b>Absenteísmo Odontológico .....</b>	<b>26</b>
<b>2</b>	<b>INDICADORES DE ABSENTEÍSMO.....</b>	<b>30</b>
2.1	<b>Taxa de Freqüência.....</b>	<b>32</b>
2.2	<b>Taxa de Gravidade .....</b>	<b>32</b>
2.3	<b>Percentual de Tempo Perdido.....</b>	<b>33</b>
2.4	<b>Taxa de Freqüência por Indivíduo.....</b>	<b>33</b>
2.5	<b>Taxa de Prevalência Ponto.....</b>	<b>34</b>
2.6	<b>Índice de Absenteísmo Odontológico.....</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>A EMPRESA .....</b>	<b>35</b>
3.1	<b>Histórico .....</b>	<b>35</b>
3.2	<b>Cenário atual .....</b>	<b>35</b>
3.3	<b>Perfil das Unidades de Negócio selecionadas para o estudo.....</b>	<b>37</b>
3.3.1	<b><u>Área de Abastecimento</u> .....</b>	<b>37</b>
3.3.1.1	Refinaria do Paraná .....	38
3.3.1.2	Refinaria da Bahia .....	39
3.3.2	<b><u>Área de Exploração e Produção</u> .....</b>	<b>39</b>
3.3.2.1	Unidade de Negócio da Bahia .....	41
3.3.2.2	Unidade de Negócio do Rio Grande do Norte e Ceará .....	41
3.3.3	<b><u>Área de Serviços</u> .....</b>	<b>42</b>
3.3.3.1	Centro de Pesquisas .....	43



3.3.3.2	Unidade Administrativa de São Paulo .....	43
3.3.3.3	Unidade Administrativa de Salvador .....	44
4	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	45
5	<b>OBJETIVOS</b> .....	48
5.1	<b>Objetivo geral</b> .....	48
5.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	48
6	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	50
6.1	<b>Fonte de dados</b> .....	50
6.2	<b>Seleção das Unidades de Negócio</b> .....	50
6.3	<b>Seleção dos dados</b> .....	51
6.4	<b>Dados descartados</b> .....	51
6.5	<b>Indicadores e variáveis</b> .....	51
6.6	<b>Análise estatística</b> .....	55
6.7	<b>Considerações éticas</b> .....	55
7	<b>RESULTADOS</b> .....	56
8	<b>DISCUSSÃO</b> .....	84
9	<b>CONCLUSÃO</b> .....	89
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	90

## INTRODUÇÃO

Atualmente, é de fundamental importância a realização de estudos epidemiológicos que permitam o conhecimento do processo saúde-doença.

A análise da distribuição de casos e de fatores determinantes das enfermidades, assim como a utilização de indicadores de suporte ao planejamento, execução e avaliação de ações de saúde devem contribuir para o estabelecimento de políticas de promoção, prevenção e controle.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que as ações e os serviços de saúde devem ter por base alguns princípios, entre os quais: a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (Brasil, 1990).

Os estudos epidemiológicos em saúde bucal, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), *“são utilizados para coletarmos informações acerca da condição de saúde bucal e das necessidades de tratamento de uma população e, subseqüentemente, para monitorarmos as alterações nos níveis e padrões de doenças”* (Organização Mundial de Saúde, 1999).

De um ponto de vista amplo e prospectivo, considera-se que o planejamento e a organização de estudos e atividades epidemiológicas, visando à caracterização das condições de saúde-doença de uma população de trabalhadores, é atribuição dos diferentes níveis de gestão das organizações.

Nenhum administrador de serviços de saúde pode prescindir de informações epidemiológicas básicas da população trabalhadora de sua área de abrangência, para o alcance de uma maior eficácia das ações de saúde desenvolvidas.

Portanto, produzir informações sobre as condições da saúde da população alvo e acompanhar a evolução de indicadores devem fazer parte do processo de gestão empresarial.

O controle do absenteísmo, através do monitoramento de indicadores específicos, é parte integrante do gerenciamento de muitas companhias brasileiras e organizações em nível mundial, sendo considerado um importante fenômeno no que diz respeito ao aspecto econômico. A ausência do trabalhador gera impactos significativos na produtividade, causando redução de lucros e, invariavelmente, alteração no bem-estar dos trabalhadores. Suas causas estão ligadas a múltiplos fatores, tornando-as, muitas vezes, complexas e de difícil gerenciamento.

Partindo da premissa de que é através das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores que as organizações alcançam os resultados propostos, deve-se buscar o atendimento às necessidades de saúde da população, sendo ainda atribuição gerencial o acompanhamento e monitoramento dos afastamentos por problemas de saúde.

Neste contexto, é de fundamental importância o levantamento e a análise epidemiológica dos problemas bucais que podem comprometer as atividades dos empregados, visando a instituição de ações de prevenção e controle, assim como a minimização do impacto para os negócios.

## 1. REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1. Absenteísmo

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

A Lei nº 605/49 estabelece como motivos justificados de ausência: a) casos previstos no artigo 473 e seu parágrafo único na CLT; b) ausência do empregado devidamente justificada, a critério da administração do estabelecimento; c) paralisação do serviço nos dias em que por conveniência do empregador não tenha havido trabalho; d) ausência do empregado, até três dias consecutivos, em virtude de casamento; e) falta ao serviço com fundamento na lei sobre acidente de trabalho; f) a doença do empregado, devidamente comprovada (Brasil, 1949).

O absenteísmo é um dos mais complexos problemas que as organizações enfrentam diariamente. Os custos operacionais resultantes da perda de tempo associada ao absenteísmo atingem vultuosas quantias (Souto,1980).

Este representa sempre custos individuais, familiares e trabalhistas e meios novos de controle e prevenção devem sempre ser adotados (O Y CHAN et al.,1995).

A ausência do indivíduo ao trabalho é um problema, tanto do ponto de vista econômico quanto social, trazendo preocupação às empresas pela necessidade de suprir os trabalhadores ausentes, além de diminuir a produtividade e a qualidade (Munõz,1997).

O ausentismo é reconhecido como causa fundamental de aumento de custos para as empresas (Brasil, 1993; Góes,1998).

Índices significativos de absenteísmo e limitação de efetivo acarretam prejuízos financeiros às instituições na medida em que os funcionários afastados geram encargos e diminuem ainda mais o efetivo de trabalhadores envolvido na prestação de serviços (Silva, 2003).

O ausentismo é motivo de crescente interesse, no atual contexto econômico, fazendo com que as empresas busquem meios para diminuí-lo, aumentando a sua sustentabilidade e o seu crescimento de forma sustentável (Martins et al., 2005).

As ausências são classificadas em previstas e não previstas. Ausências previstas são aquelas de direito do trabalhador, podendo ser planejadas com antecedência, como: férias, folgas e feriados. As ausências não previstas são as que efetivamente caracterizam o absenteísmo, pelo seu caráter imprevisível, entre elas: faltas abonadas e injustificadas; licenças médicas; maternidade; paternidade; acidente de trabalho; outras licenças amparadas por lei e/ou de direito do servidor, tais como: nojo, gala, congresso, entre outros (Gaidzinski, 1998).

Existem dois tipos de absenteísmo a serem considerados: o absenteísmo pela falta ao trabalho (tipo I), que leva à perda de produção das horas não trabalhadas, e o absenteísmo de corpo presente (tipo II), que ocorre quando o trabalhador está com algum problema de saúde, não possibilitando um bom desempenho e diminuindo sua produtividade (Midorikawa, 2000).

Economistas criaram o termo “presenteísmo” para descrever o dispendioso problema de perda de produtividade quando os empregados comparecem ao trabalho, mas, por questões de saúde ou problemas pessoais, não rendem o necessário. Qualquer organização que pretenda reduzir os custos relacionados à saúde de seus empregados deve estar preocupada na administração eficiente do presenteísmo (Pillete et al., 2005).

A Subcomissão de Absenteísmo define o absenteísmo-doença como “ausência ao trabalho atribuída à doença ou lesão acidental e, como tal, aceita pela entidade empregadora ou pelo Sistema de Seguridade Social”.

O ausentismo-doença é considerado um índice fiel, capaz de mensurar a “saúde” de uma empresa (Silva et al., 1986).

O acompanhamento dos afastamentos ao trabalho é fundamental, uma vez que através da análise do absenteísmo-doença podemos caracterizar os possíveis agravos à saúde do trabalhador e instituir ações de correção e controle. Através de uma análise detalhada, é possível a observação do surgimento de um panorama de tendências subjacentes de saúde e assim, a implementação de linhas de ação gerenciais adequadas (Hespanhol & Alves, 2003).

Por ser a saúde do trabalhador um fator diretamente relacionado com a produtividade, empresas têm procurado reduzir seus custos, controlar o absenteísmo e aprimorar suas operações através de Programas específicos como, por exemplo, “Employees Assistance Program” (EAP). Estes programas têm como foco a redução da frequência e da duração das faltas dos trabalhadores por motivo de saúde pessoal ou familiar. Além disso, esta nova tendência pretende combater o presenteísmo (trabalhadores presentes fisicamente, mas ausentes em termos de motivação), tratando de questões de saúde física e mental que possam restringir o rendimento dos empregados no local de trabalho (Stevens,2004).

A Recomendação nº171 e a Convenção nº 161, ambas da Organização Internacional do Trabalho, evidenciam a importância do registro das causas do absenteísmo para serem utilizadas com objetivo epidemiológico (Mendes, 2003).

O desdobramento do absenteísmo pelas principais causas geradoras também deve ser realizado, pois auxilia no direcionamento das ações de promoção de saúde (Hespanhol & Alves, 2003).

O absenteísmo-doença não apresenta uma distribuição uniforme entre os trabalhadores, existindo verdadeiros “núcleos” de absenteísmo por doença. Existe a influência da renda individual, da idade, das condições ambientais, da ocupação, do tempo de serviço e do sistema e horas de trabalho (Souto,1980).

Os estudos das ausências ao trabalho por doença, que tenham por finalidade uma análise comparativa, devem associar grupos com características similares. Nestes casos, os agregados podem ser divididos por sexo, faixa etária, ocupação, entre outros (Moniz, 1981).

Em estudo realizado para determinar o nível de absenteísmo por doença em Cingapura, observou-se que o ramo de atividade foi a variável que apresentou maior influência no nível de absenteísmo por doença. Observou-se ainda que o percentual de dias perdidos foi de 1,1% e a média de dias perdidos foi de 3,2 pessoas/ano. Considerou-se que as baixas taxas haviam ocorrido, possivelmente, devido às exigências legais de Cingapura (O Y CHAN et al., 1995).

Visando analisar os afastamentos por doença no setor público e privado, foi realizada uma pesquisa na qual se constatou que o índice de freqüência foi maior na empresa privada (0,5) do que na empresa pública (0,38), o que significa que houve um maior número de atestados no setor privado, proporcionalmente ao número de empregados. Neste mesmo estudo, observou-se ainda que a maior ocorrência de faltas na empresa privada se deu na faixa de 20 a 29 anos (59,5%) e que, em primeiro lugar ocorreram as ausências dos empregados ligados à área de produção, seguidos por aqueles de serviços burocráticos (Martins, 2002).

## 1.2. A Odontologia na Saúde do Trabalhador

A Odontologia, no que se refere à saúde dos trabalhadores, ganhou impulso, prioritariamente, após a segunda guerra mundial.

Na década de 40, era denominada Odontologia Industrial e “como a especialidade da prática dental e uma parte do programa de saúde industrial, está preocupada com a saúde dental do trabalhador, como afeta ou é afetado pelo seu trabalho e seu ambiente de trabalho” (Heacock, 1946).

No cenário atual, a Odontologia do Trabalho pode se definida como “A especialidade da Odontologia que tem como objetivo o estudo de fenômenos físicos, químicos, biológicos e mecânicos que atingem o complexo bucomaxilofacial, e que podem influenciar ou ser influenciados pelo ambiente de trabalho. Seu foco deve ser a prevenção, a reabilitação e a preservação da saúde dos trabalhadores, que podem ser atingidas pela análise, organização, planejamento, execução, avaliação de serviços, projetos ou programas de saúde bucal, avaliação técnica e perícia.”(Midorikawa, 2000).

Segundo a Resolução CFO 22/2001, 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 (Conselho Federal de Odontologia, 2001).

São considerados objetivos da Odontologia na saúde do trabalhador:

- a. Reduzir tanto o absenteísmo por causa odontológica quanto os acidentes de trabalho e as doenças profissionais que atinjam a cavidade bucal;



- b. Promover e manter o estado de saúde e bem-estar do trabalhador, sob todos os aspectos, naquilo que lhe compete;
- c. Promover a adaptação do trabalho ao homem;
- d. Prover o empregado de condições estético-funcionais, evitando os agravos psicossomáticos que o inibem e o conduzem a traumas de efeitos os mais diversos;
- e. Prevenir e promover a cura das doenças que acometem os dentes e os demais tecidos que compõem a cavidade bucal;
- f. Promover a conscientização dos trabalhadores sobre a importância da saúde bucal e sua responsabilidade neste processo;
- g. Integrar-se aos outros profissionais da Área de Saúde do Trabalhador;
- h. Aumentar a produtividade e a qualidade de produção com a redução do tempo perdido por acidentes do trabalho e doenças profissionais (Midorikawa, 2000).

O Conselho Federal de Odontologia estabelece, através da resolução 25/2002, como área de competência para a atuação do especialista em Odontologia do Trabalho:

- a. Identificação, avaliação e vigilância dos fatores ambientais que possam constituir risco à saúde bucal no local de trabalho, em qualquer das fases do processo;
- b. Assessoramento técnico e atenção em matéria de saúde, de segurança, de ergonomia e de higiene no trabalho, assim como em matéria de equipamentos de proteção individual, entendendo-se inserido na equipe interdisciplinar de saúde do trabalho operante;

- c. Planejamento e implantação de campanhas e programas de duração permanente para a educação dos trabalhadores quanto a acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e educação em saúde;
- d. Organizar estatísticas de morbidade e mortalidade com causa bucal e investigar suas possíveis relações com as atividades laborais;
- e. Realização de exames odontológicos para fins trabalhistas (Conselho Federal de Odontologia, 2002).

### **1.3. Absenteísmo Odontológico**

Para fins da Odontologia do Trabalho, o absenteísmo pode ser entendido como a ausência do trabalhador motivada por patologia bucomaxilofacial (Mazilli, 2003).

A Lei 6.215, de 30 de junho de 1975, confere ao cirurgião-dentista a atribuição de “atestar, no setor de sua atividade profissional, estados mórbidos e outros, inclusive para justificação de falta ao emprego” (Brasil, 1975).

Realizando-se as adaptações necessárias à portaria 3.214 de 08/06/1978, que fixa as atribuições da Medicina do Trabalho, devem ser consideradas atribuições da Odontologia do Trabalho a análise de causas de absenteísmo e a proposição de medidas de controle (Silva & Souto, 1985).

É muito importante para as empresas conhecer o número de horas que perdem devido à faltas ocasionadas por problemas dentários específicos (Garrafa, 1986).

A redução do absenteísmo por causa odontológica, assim como o aumento da produtividade e da qualidade de produção, com a redução do tempo perdido por

acidentes de trabalho e doenças profissionais são considerados objetivos da Odontologia na saúde do trabalhador (Midorikawa, 2000).

O controle dos afastamentos odontológicos deve fazer parte de programas de saúde do trabalhador nas organizações e pode representar um importante papel contribuindo para a redução de custos, além de melhorar as condições de saúde do trabalhador.

Existe a necessidade de uma atuação multiprofissional devido à complexidade do absenteísmo e ao envolvimento de mais fatores do que a simples doença. Embora os problemas odontológicos possam representar um peso reduzido sobre o total de faltas, tanto no serviço público como no setor privado, o dentista do trabalho deve estar atento às questões relacionadas à saúde bucal da população trabalhadora, o que poderá contribuir para a redução dos índices de afastamento de uma forma geral (Martins, 2002).

Infelizmente, a falta de guarda de documentos acarreta a quase inexistência de valores palpáveis para a aferição do absenteísmo-doença em Odontologia e, como conseqüência, a ausência de informações sobre o ônus econômico que tais faltas possam ocasionar (Diacov, 1988).

Não há muitos trabalhos que demonstrem a abrangência do absenteísmo por problemas odontológicos no que refere ao absenteísmo por doença. Portanto, uma maior atenção de ser dada ao assunto, principalmente no Brasil, para que seja possível dimensionar, de forma mais precisa, os custos que estas intercorrências causam ao sistema de produção do país (Midorikawa, 2000).

No Brasil, o estudo do absenteísmo odontológico é extremamente difícil em conseqüência de não existir uma guarda de documentos pertinentes, em detrimento de estudos estatísticos (Lima, 2001).

As empresas, pensando na qualidade de vida de seus empregados para garantir a produção, apostam cada vez mais na saúde bucal dos trabalhadores. Isto se deve, principalmente, ao fato do absenteísmo por ausência física ou de corpo presente comprometer, e muito, a produtividade da empresa (Ferreira, 1997).

As doenças bucais podem levar a um quadro de sintomatologia dolorosa de pouca intensidade que o empregado tolera durante dias antes de procurar ajuda profissional (Midorikawa, 2000).

O trabalhador com problemas odontológicos sente dor, sofre desconforto e se sente estressado, o que pode se manifestar através de vários sinais e sintomas, que vão desde a diminuição de atenção ao trabalho (absenteísmo de corpo presente) até a falta ao trabalho (absenteísmo) (Midorikawa, 2001).

Em pesquisa realizada com 47 indústrias cadastradas na Federação Estadual das Indústrias de São Paulo, constatou-se que entre os três principais motivos para o funcionamento de um programa odontológico na empresa encontra-se a diminuição do absenteísmo (Pizzato, 2002).

Pelo menos 25% do absenteísmo por doença não-ocupacional está diretamente ligado às condições orais (Hooper, 1942).

Em dezembro de 1942, o serviço médico de uma indústria de mais de meio milhão de trabalhadores registrou um absenteísmo por doenças dos dentes e das gengivas nos homens na ordem de 0,8 pessoas por 1.000 empregados. Muitas desordens dentárias provocavam ausência de 7 dias por caso, o que levou o autor a concluir que havia muitos casos sérios na empresa (Heacock, 1943).

Apesar das cifras não serem conhecidas com exatidão, pode-se presumir que, diariamente, 4.000 trabalhadores do México deixam de comparecer ao trabalho por causa de problemas buco-dentais, sendo perdidos nada menos do que 1.514.216 dias (jornada de 8 horas) de atividade produtiva por ano (Guzmán, 1977).

Em outra pesquisa, foi constatado que os maiores índices de absenteísmo odontológicos ocorreram na faixa etária de 20 a 30 anos, no sexo masculino e em servidores ligados à função burocrática (Diacov,1988).

Fatores ligados ao trabalhador, tais como: sexo, idade e função, influenciam diretamente no absenteísmo ao trabalho (Martins, 2002).

As faltas por motivo odontológico, conforme verificado em estudo realizado em Araçatuba, representaram um pequeno peso sobre o total de faltas por doença (6,3% no setor privado e 3,3% no setor público), além de provocar o afastamento do trabalhador por um tempo menor. Os afastamentos odontológicos tiveram uma duração que variou de um a cinco dias, sendo que a grande maioria (81%) correspondeu a um dia. As variáveis: sexo, idade, função e regime de emprego (público ou privado) influenciaram na ocorrência do absenteísmo odontológico. No setor privado, a faixa etária onde ocorreu o maior número de afastamentos foi de 20 a 29 anos, enquanto no setor público foi de 30 a 39 anos. Quanto à função, o maior número de faltas relacionou-se a funções operacionais (Martins, 2005).

Em pesquisa realizada em um frigorífico, foi observado que, apesar dos afastamentos médicos dominarem o cenário de atestados, as patologias de origem bucal tiveram uma importante participação nos afastamentos do trabalho no setor, sendo o CID odontológico de maior incidência o K08 (transtorno de dentes e estruturas de suporte), que contribuiu com 84,8% dos casos. Outros CIDs observados foram: K09 (cistos da região bucal), K 01(dentes inclusos e impactados) e K04 (doenças de polpa e tecidos periapicais.)

A faixa etária de 21 a 25 anos foi a de maior representatividade, correspondendo a 25,76% no sexo masculino e 21,97% no sexo feminino. E segundo lugar, a faixa de 26 a 30 anos no sexo feminino (9,85%) e de 31 a 35 anos no sexo masculino (17,42%).

A autora ainda relata que as deficiências dos sistemas de informação, no que diz respeito ao preenchimento correto dos atestados médicos/odontológicos emitidos, foram mais freqüentes naqueles de origem odontológica. As notificações das patologias por meio da codificação CID não estavam claras, havendo ainda um grande número de CIDs genéricos, tais como o K08 (Hito, 2007).

## 2. INDICADORES DE ABSENTEÍSMO

O processo saúde-doença pode ser representado em uma pirâmide dividindo-a pela gravidade dos desfechos que este processo pode gerar. Estes diferentes níveis podem estar relacionados a indicadores específicos, conforme apresentado na figura 1 (Hespanhol & Alves, 2003).

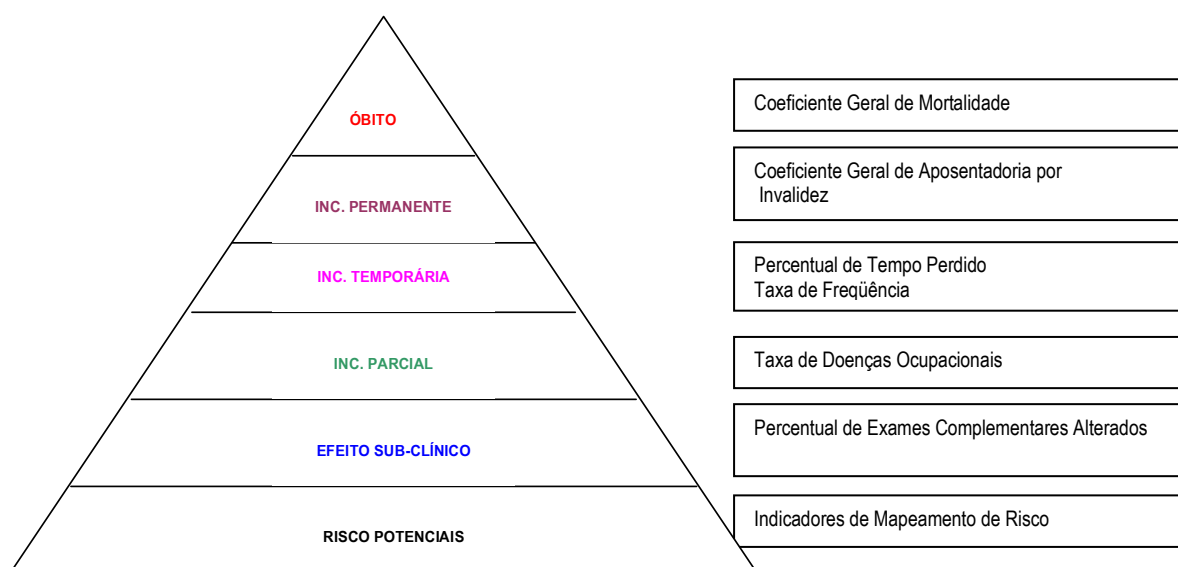


Figura 1. Níveis do processo saúde-doença e indicadores relacionados.

A análise do ausenteísmo de uma população trabalhadora deve ser realizada tomando-se como base índices ou taxas de medição, utilizando-se de um rigoroso critério estatístico.

Para tal, o registro de dados referentes às ausências é indispensável, assim como o de valores relacionados à população de risco.

Os critérios de registro e os indicadores utilizados devem permitir a comparação, a observação do fenômeno ao longo do tempo e a indicação das áreas problemas (Souto, 1980).

Os índices de ausenteísmo são de grande utilidade para:

- Comparação, dentro de uma mesma Unidade industrial, dos valores de diversas áreas;
- Comparação dentro da mesma empresa, dos valores das diversas Unidades industriais;
- Comparação entre empresas semelhantes (Couto,1987).

Em um estudo de ausenteísmo-doença, o volume da população de risco é essencial para a escolha das taxas (Moniz,1981).

A Subcomissão de Ausenteísmo considera que o cálculo de taxas de ausenteísmo a partir de populações inferiores a 100 indivíduos /ano não é, via de regra, válido (Souto, 1980).

Diferentes indicadores têm sido propostos para o monitoramento de ausentismos, sendo os mais utilizados a taxa de freqüência e a taxa de gravidade.

## 2.1. Taxa de Freqüência (Incidência)

A Taxa de Freqüência é utilizada para se verificar a incidência de afastamentos em um determinado período de tempo.

Para fins de cálculo, leva-se em consideração o número de licenças por motivo de doença e o número médio de empregados (efetivo médio), no período (Couto, 1987).

$$TF = \frac{\text{N}^\circ \text{ de licenças por doença, no período}}{\text{N}^\circ \text{ médio de empregados, no período}}$$

## 2.2. Taxa de Gravidade

A Taxa de Gravidade é utilizada quando se quer avaliar o impacto dos afastamentos no que diz respeito à perda de tempo.

É um indicador amplamente utilizado. Deve-se levar em consideração o fato de que algumas patologias demandam um tempo de afastamento significativamente maior do que outras e que a utilização da taxa de freqüência com único indicador pode restringir a análise.

Para fins de cálculo da taxa de gravidade, utiliza-se o número de dias perdidos por motivo de doença e o número médio de empregados (efetivo médio), no período (Couto, 1987).

$$TG = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dias perdidos por doença, no período}}{\text{N}^\circ \text{ médio de empregados, no período}}$$



Além da Taxa de Frequência e da Taxa de Gravidade, outros indicadores têm sido utilizados na gestão de saúde em empresas mundiais, entre os quais, podemos citar:

### **2.3. Percentual de Tempo Perdido (PTP)**

Para fins de cálculo do percentual de tempo perdido, alguns autores consideram o número de dias, e outros, o número de horas perdidas por motivo de doença, assim como o número de dias ou horas previstas para o trabalho, no período (Hespanhol & Alves, 2003).

$$\text{PTP} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de horas perdidas por doença, no período}}{\text{N}^\circ \text{ de horas previstas para o trabalho, no período}} \times 100$$

Alguns autores ainda sugerem o desdobramento do cálculo de PTP em afastamentos até 15 dias e PTP global, em que se analisa afastamentos até 15 dias somados aos afastamentos do 16° ao 360° dias (Couto, 1987).

### **2.4. Taxa de Frequência por Indivíduo**

Neste caso, considera-se para cálculo da taxa o número de empregados que apresentaram uma ou mais “baixa” no período em análise, em relação à população de risco, isto é, número médio de empregados no ano (Souto, 1980).

$$\text{TFI} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de empregados com licença por doença, no período}}{\text{N}^\circ \text{ médio de empregados, no período}}$$

## 2.5. Taxa de Prevalência Ponto

Este indicador, proposto na literatura como um indicador alternativo, utiliza, para fins de cálculo, o número de trabalhadores ausentes em um determinado dia e a população trabalhadora neste mesmo dia (Moniz, 1981).

$$\text{TPM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de trabalhadores ausente, no dia}}{\text{N}^\circ \text{ de trabalhadores, no dia}} \times 100$$

## 2.6. Índice de Absenteísmo Odontológico

Neste estudo, visando o monitoramento dos afastamentos por motivo odontológico, propõe-se a criação do Índice de Absenteísmo Odontológico, para o cálculo da proporção de afastamento odontológico em relação ao total de afastamentos por doença.

$$\text{IAO} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de afastamentos por ocorrência odontológica, no período}}{\text{Total de afastamento por doença, no período}}$$

### **3. A EMPRESA**

#### **3.1 Histórico**

A empresa foi criada na década de 50, com o objetivo de exercer o monopólio estatal na pesquisa e lavra, refino e transporte de petróleo e seus derivados. Em 1963, o monopólio foi ampliado, passando a abranger as atividades de importação e exportação de petróleo bruto e seus derivados.

A partir de então, ocorreu o constante aumento das reservas, primeiro nas bacias terrestres e, a partir de 1968, no mar. Em 1974 ocorreu o grande marco na história da empresa: a descoberta de um campo no litoral do Rio de Janeiro. A partir de meados da década de 80, esta Companhia direcionou suas atividades de exploração, sobretudo para as regiões de águas profundas.

Ao ser criada, também ampliou o parque de refino então existente formado por uma refinaria em operação, uma em construção e cinco particulares. Assim, foi montado um parque com onze refinarias no Brasil e duas na Bolívia.

#### **3.2. Cenário atual**

Atualmente, a empresa é uma sociedade anônima de capital aberto que, junto com suas subsidiárias que compõem um sistema, atua de forma integrada (do poço ao posto), sendo especializada nos seguintes segmentos relacionados à indústria de energia: exploração e produção, refino, comercialização e transporte, distribuição de derivados, gás natural e petroquímico.

Através da Área de Negócios Internacional, a empresa atua em vários países como: Angola, Argentina, Colômbia, Bolívia, Estados Unidos, entre outros (fig.2).

### Área de Negócio Internacional Mapa de Atuação

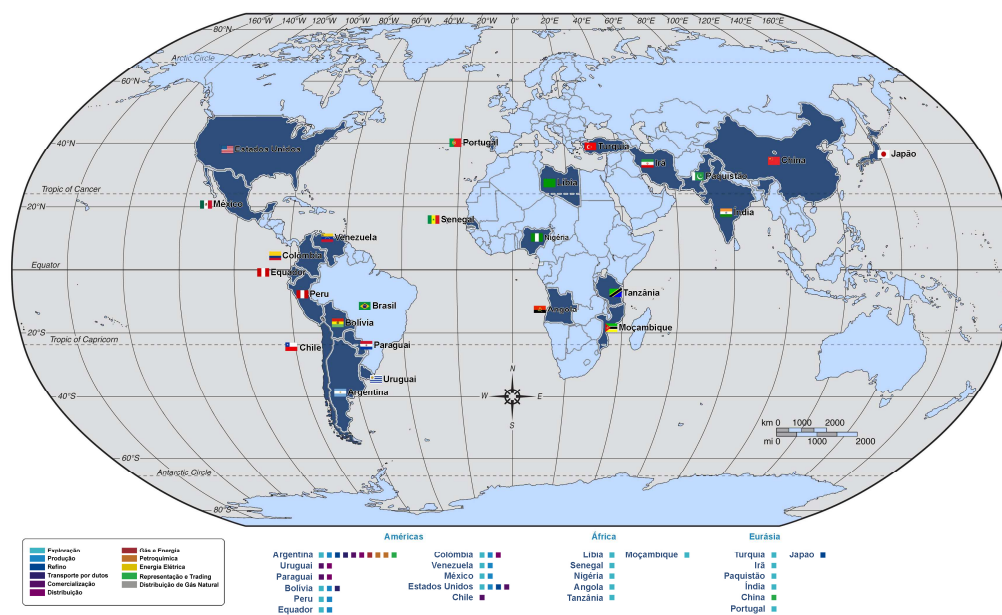


Figura 2. Áreas de atividades no Mundo.

O efetivo médio atual é de cerca de 58.000 empregados que atuam nas mais diversas atividades e com diferentes regimes de trabalho (administrativo, turno e embarque). A Companhia possui ainda cerca de 160.000 profissionais contratados.

Atualmente, como parte de sua estrutura, a empresa possui cerca de 90 plataformas de produção, mais de 14 refinarias, quase 16.000 km de dutos e 7.000 postos.

### 3.3. Perfil das Unidades de Negócio selecionadas para o estudo

Visando ampliar o campo de análise no que se refere ao absenteísmo, buscou-se utilizar dados referentes a diferentes áreas de atuação.

#### 3.3.1. Área de Abastecimento

A Companhia possui 14 refinarias no Brasil, distribuídas de norte a sul (fig. 3). De acordo com a Petroleum Intelligence Weekly, é a nona maior companhia no setor downstream - refino, transporte e comercialização.



Figura 3. Distribuição geográfica das refinarias no Brasil

No ambiente das refinarias os trabalhadores exercem atividades administrativas e, em sua maior parte, atividades operacionais, tendo como uma característica marcante o trabalho em regime de turno.

Para fins deste estudo foram selecionadas duas refinarias: uma refinaria localizada no Paraná e outra na Bahia.

#### 3.3.1.1. Refinaria do Paraná

Localizada em Araucária, Paraná, esta refinaria entrou em operação na década de 70, sendo responsável por, aproximadamente, 12% da produção nacional de derivados. O petróleo utilizado na produção de derivados vem, em sua maior parte, da região da Bacia de Campos (RJ). Possui uma área de 10km<sup>2</sup>. Seus principais produtos são: GLP, gasolina, óleo diesel, óleos combustíveis, querosene de aviação, asfalto e nafta (fig.4).



Figura 4. Área operacional da refinaria do Paraná.

### 3.3.1.2. Refinaria da Bahia

Localizada em São Francisco do Conde – Bahia, a construção desta refinaria inaugurou um novo ciclo de economia ligado à descoberta dos primeiros poços de petróleo no país.

Possui uma área de 6,4 Km<sup>2</sup>. Seus principais produtos são: propano, gás de cozinha, gasolina, querosene, asfalto, entre outros (fig 5 e fig.6).



Figura 5. Área operacional da refinaria



Figura 6. Tanques de armazenamento

### 3.3.2. Área de Exploração e Produção

A Área de Exploração e Produção é responsável pela pesquisa, localização, identificação, desenvolvimento, produção e incorporação de reservas de óleo e gás natural. Esta está estruturada na forma de Unidades de Negócios (UNs), sendo cada uma responsável pela gestão de um conjunto de concessões exploratórias e de

produção, de instalações operacionais e administrativas, com apropriação de receitas e custos e responsabilização por resultados (Fig.7).

Esta Área de Negócios, em parceria com outras áreas da Companhia, tem alçado a empresa à excelência mundial em desenvolvimento e aplicação de tecnologia de exploração e produção em águas profundas.



Figura 7. Distribuição geográfica das Unidades de Negócio da Área de Exploração e Produção no Brasil.

Muitos empregados da Área de Exploração e Produção exercem suas atividades em áreas *off-shore*, através de regime de embarque de 14X21 dias. Outros, em menor número, atuam em regime administrativo ou turno.

Para fins de análise, foram selecionadas as Unidades : uma na Bahia e outra no Rio Grande do Norte e Ceará.



### 3.3.2.1. Unidade de Negócio da Bahia

Esta Unidade é responsável, em terra e no mar, pela exploração, desenvolvimento e produção de petróleo e gás nas concessões situadas nas bacias sedimentares de Tucano, Recôncavo, Camamu, Almada, Jequitinhonha e Cumuruxatiba (fig.8).

Os processos de sua cadeia produtiva geram petróleo, gás natural e líquido de gás natural (LGN).



Figura 8. Sonda de exploração

### 3.3.2.2. Unidade de Negócio do Rio Grande do Norte e Ceará

A Unidade de exploração e produção do Rio Grande do Norte e Ceará é responsável pela exploração, desenvolvimento e produção de petróleo e gás nas concessões situadas nestes Estados (fig.9). Processam ainda hidrocarbonetos, sendo os seus

principais produtos o petróleo, o gás natural, o gás liquefeito de petróleo (gás de cozinha) e o óleo diesel.



Figura 9. Plataforma fixa no Ceará.

### 3.3.3. Área de Serviços

A Área de Serviço tem como função prover soluções em serviços administrativos centralizados e de suporte, em articulação com as unidades clientes, contribuindo para os resultados do Sistema Petrobras. Seus escritórios e gerências de administração estão localizados no Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador. Os empregados lotados nestas Unidades exercem, essencialmente, funções técnico-administrativas.

Para esta pesquisa, foram selecionadas três Unidades de Serviço: um centro de pesquisas localizado no Rio de Janeiro, uma Unidade Administrativa localizada em São Paulo e outra na Bahia.

### 3.3.3.1. Centro de Pesquisas

O início de suas atividades ocorreu na década de 60 e seu programa de pesquisas abrange todos os segmentos da indústria petrolífera. Este centro coordena projetos considerados estratégicos para a Companhia, sendo sua tecnologia, uma das mais avançadas do mundo, reconhecida internacionalmente (fig.10).



Figura 10. Centro de pesquisas.

### 3.3.3.2. Unidade Administrativa de São Paulo

Localizado na Avenida Paulista, maior centro comercial do Brasil, esta Unidade Administrativa apóia Unidades da região São Paulo/Sul (fig.11).



Figura 11 - Sede administrativa de São Paulo

### 3.3.3.3. Unidade Administrativa de Salvador

Sediada em Salvador, esta Unidade presta serviços às regiões norte e nordeste do Brasil (fig.12).



Figura 12. Sede administrativa de Salvador

#### 4. JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas, tornou-se clara a existência de uma transição epidemiológica relacionada aos indicadores odontológicos. Este fato se deve à valorização da saúde bucal e à sua importância no contexto da saúde integral do indivíduo.

Com o recente reconhecimento da Odontologia do Trabalho como uma nova especialidade, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de se ampliar os conhecimentos sobre os agravos à saúde bucal dos trabalhadores e seus impactos para os negócios.

Considerando ainda a escassez de literatura científica sobre o absenteísmo de causa odontológica em nível mundial, é de fundamental importância o desenvolvimento de pesquisas neste campo.

A análise e monitoramento de indicadores específicos e conhecimento das principais patologias geradoras de afastamento, assim como de variáveis relacionadas, possibilitará o direcionamento de ações de prevenção e controle e a redução dos custos relacionados às licenças de saúde por origem odontológica.

Sendo assim, no ano de 2001 foi realizado um estudo na região da Bacia de Campos, maior área de exploração e produção da Companhia, considerando os registros de afastamento por ocorrências de saúde, no período de 1993 a 2000. Os dados de afastamento foram dissociados segundo os motivos (médicos e odontológicos). Observou-se uma queda progressiva no percentual de ocorrências odontológicas em relação ao total de afastamento entre 1995 e 1999, o que coincide com a admissão de um dentista e o início do monitoramento do absenteísmo odontológico (tab.1 e fig.13). Até meados de 1994, esta região não possuía, como parte de sua equipe multidisciplinar de saúde, um cirurgião-dentista.

Observou-se ainda que, no ano de 2000, ocorreu um aumento significativo do índice de Absenteísmo Odontológico, o que pode ser justificado pela saída do profissional para outra área da Companhia e, conseqüentemente, a paralisação das atividades de Odontologia nesta Unidade (fig.14).

O teste do Chi quadrado entre os percentuais mostra que essas variações, ao longo do período analisado, foram estatisticamente significativas.

Os resultados demonstraram que o absenteísmo odontológico é um problema real, que deve ser constantemente gerenciado e inserido no processo de gestão em saúde ocupacional das empresas.

Tabela 1. Evolução do Absenteísmo por Ocorrências Médicas e Odontológicas da Bacia de Campos entre 1993 e 2000.

ANO DE REFERÊNCIA	TOTAL DE AFASTAMENTOS POR DOENÇA	OCORRÊNCIAS MÉDICAS	OCORRÊNCIAS ODONTOLÓGICAS	ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO ODONTOLÓGICO
1993	3.404	3.249	155	4,6
1994	3.167	3.020	147	4,6
1995	3.779	3.621	158	4,2
1996	6.175	5.972	203	3,3
1997	2.818	2.737	81	2,9
1998	2.407	2.342	65	2,7
1999	2.545	2.489	56	2,2
2000	2.461	2.365	96	3,9

Chi-quadrado: 49,29; Grau de liberdade 7; Valor de p: 0,000000

Afastamentos por Doença

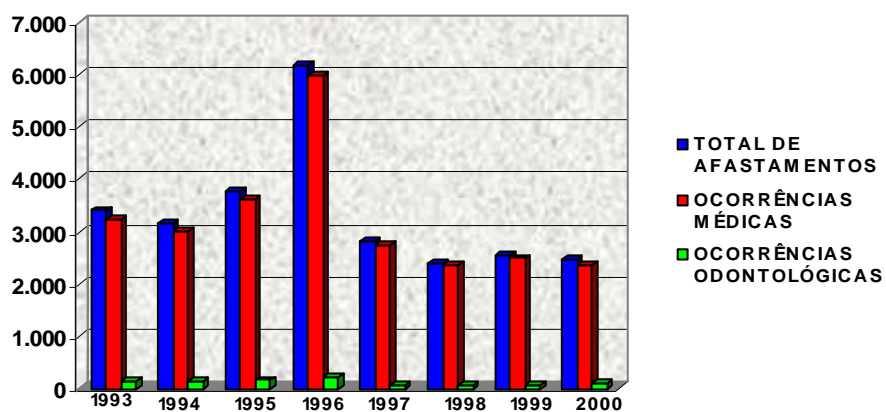


Figura 13. Evolução de absenteísmo médico e odontológico na Bacia de Campos entre 1993 e 2000.

Índice de Absenteísmo Odontológico

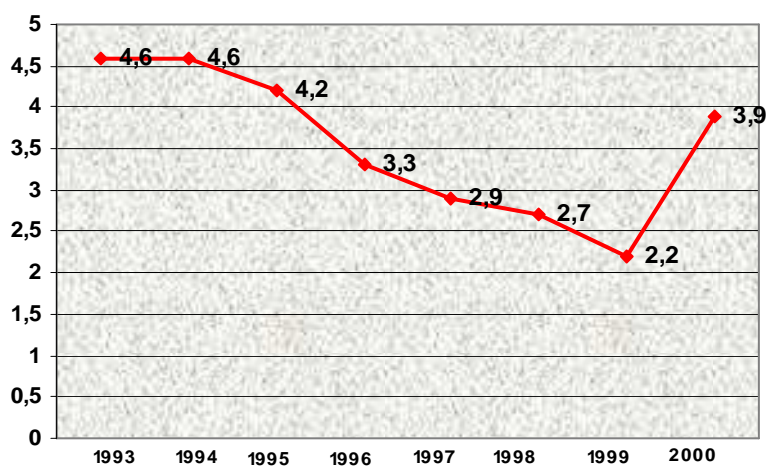


Figura 14. Evolução temporal do Índice de Absenteísmo Odontológico da Bacia de Campos.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo Geral**

Estudar o absenteísmo odontológico em uma empresa de energia através de indicadores específicos, identificando suas principais causas e a possível associação entre o número de dias perdidos e outras co-variáveis.

### **5.2. Objetivos específicos**

- I. Analisar a evolução de indicadores de absenteísmo odontológico em 7 Unidades da Companhia, durante os anos de 2003 e 2004;
- II. Comparar indicadores de absenteísmo odontológico em Unidades Operacionais de diferentes perfis e atividades;
- III. Identificar as principais causas de absenteísmo por ocorrência odontológica;
- IV. Fazer uma análise descritiva das principais características dos afastamentos por causas odontológicas;
- V. Verificar a associação entre o número de dias perdidos e as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, unidade de negócio, área de negócio, regionalidade e tempo de Companhia.



- VI. Analisar o Índice de Absenteísmo Odontológico a partir de seu comportamento, considerando os dados de 2003 e 2004.

## **6. MATERIAL E MÉTODOS**

### **6.1. Fonte de dados**

Visando verificar o impacto dos afastamentos ao trabalho por problemas odontológicos, foram utilizados, para fins desta pesquisa, os dados de licenças de saúde de Unidades Operacionais, referentes aos anos de 2003 e 2004. Estes foram obtidos através do protocolo de licenças de saúde do Sistema Corporativo Informatizado de Gestão em Saúde da Petrobras – SD2000 (Vasconcelos & Cartaxo, 1999).

Os valores correspondentes ao efetivo das Unidades foram extraídos do Sistema de Informações e Suporte para Executivos – SISE/RH (PETROBRAS, 1998). Para fins de cálculo, foram considerados os efetivos médios anuais de cada Unidade de Negócio.

Dados individuais dos empregados, tais como idade, nível de escolaridade e tempo de empresa, foram obtidos através do sistema de Gestão de Recursos Humanos da Companhia (SAP, 1972).

### **6.2. Seleção das Unidades de Negócio**

A seleção das Unidades foi realizada através de uma amostra não probabilística, uma vez que o sistema informatizado para a gestão de saúde, utilizado para o registro de licenças de saúde, encontrava-se parcialmente implantado na Companhia, inviabilizando a consolidação dos dados de afastamento em todas as Unidades.

### **6.3. Seleção dos Dados**

Do total de licenças de saúde, foram dissociados os afastamentos por doença dos afastamentos por acidente. Os afastamentos por acidente foram expurgados dos cálculos das taxas, uma vez que aqueles com comprometimento do complexo bucomaxilofacial estão geralmente associados a outras lesões, não caracterizando o desfecho de interesse desta análise.

Os afastamentos por ocorrências médicas e odontológicas foram dissociados, utilizando-se a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Foram utilizados para este estudo dados de 284 licenças odontológicas de uma população de 8.000 empregados, referentes ao ano de 2003 e 8.391, ao ano de 2004.

### **6.4. Dados descartados**

Alguns registros não possuíam a codificação da patologia geradora do afastamento, impossibilitando a diferenciação dos problemas de origem médica e odontológica. Sendo assim, optou-se pelo seu descarte.

### **6.5. Indicadores e variáveis**

Para fins de análise, foram calculadas as Taxas de Incidência, de Gravidade, de Incidência por Indivíduo e o Índice de Absenteísmo Odontológico. Além destes indicadores, variáveis sócio-demográficas como: sexo, faixa etária, cargo, grau de

escolaridade, e outras variáveis como: número de dias perdidos, tempo de empresa e regionalidade foram também analisadas.

Visando identificar as principais patologias bucais geradoras de afastamento, as causas foram desdobradas pelo tipo de nosologia, doença ocupacional e não ocupacional, e pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.

Estas licenças foram agrupadas em 14 categorias, considerando, da classificação CID-10:

- Distúrbios do desenvolvimento dos dentes
- Dentes inclusos e impactados
- Cárie dentária
- Outras doenças dos tecidos dentários duros
- Doenças da polpa e dos tecidos periapicais
- Gengivite e doenças periodontais
- Outros transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes
- Anomalias oclusais (inclusive maloclusão)
- Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação (inclui perda de dentes)
- Cistos da região bucal, não classificados em outra parte
- Outras doenças dos maxilares
- Doenças das glândulas salivares
- Estomatite e lesões correlatas
- Outras doenças de lábios e mucosa oral
- Doenças da língua

Além destas 14 categorias, levou-se em consideração o CID – Z-54 – que corresponde à convalescença pós-cirurgia.

Considerando-se a data de admissão dos empregados, o tempo de empresa foi distribuído em 6 categorias (a cada 5 anos):

- Até 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 a 25 anos
- Acima de 25 anos

Em relação à faixa etária, as idades foram categorizadas em quatro grupos:

- 20 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 a 59 anos

Para distribuição dos afastamentos em relação ao nível de escolaridade, os registros foram agrupados em três categorias:

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior

Devido à diversidade e à complexidade das atividades realizadas na Companhia, inúmeras categorias profissionais integram o seu quadro funcional. Assim, as licenças odontológicas foram desdobradas por cargos, visando verificar uma possível associação entre estas categorias e as patologias bucais que geraram incapacidade do trabalhador.

Como para um mesmo cargo podem existir diferentes níveis (profissional júnior, pleno e sênior), estes foram agrupados em uma única categoria.

Exemplo: Categoria: Engenheiro Cargos: Engenheiro Júnior, Pleno e Sênior.

Como forma de possibilitar a verificação de uma associação entre a regionalidade e a incidência de afastamentos, as Unidades de Negócio selecionadas foram consolidadas pelas seguintes regiões: Região Norte/Nordeste (Unidades 1, 3 e 6) e Região Sul/Sudeste (Unidades 2, 5 e 7).

Buscando-se verificar a correlação entre cada uma das variáveis e o tempo de afastamento, foi realizada uma análise bivariada entre o número de dias perdidos e as seguintes variáveis:

- causa
- sexo
- escolaridade
- unidade de Negócio
- área de Negócio
- tempo de empresa
- região

## 6.6. Análise Estatística

Os dados coletados foram tabulados através do programa estatístico Epi-Info 3.51 (*Centers of Diseases Control and Prevention, 2008*). As comparações entre dois ou mais grupos foram testadas utilizando-se de testes paramétricos e/ou não-paramétricos, quando indicado. O nível de significância foi de  $\alpha=0,05$ .

Razões de prevalência e intervalos de confiança de 95% foram ainda estimadas, na análise de fatores de exposição.

## 6.7. Considerações Éticas

Em cumprimento às exigências da resolução 196/96, foi mantido o compromisso de privacidade e confidencialidade dos dados, preservando-se, integralmente, o anonimato dos empregados.

## 7. RESULTADOS

A tabulação dos registros utilizados para cálculo dos indicadores e análise das variáveis foi realizada por Unidade de Negócio.

Tabela 2. Características gerais das Unidades analisadas – Ano 2003.

Unidade de Negócio	Efetivo 2003	Total de Licenças		Total de Registros Descartados	% de descarte
		por Doença - 2003	Odontológicas - 2003		
Unidade 1	1.139	1.463	33	30	2,05
Unidade 2	582	127	6	0	0
Unidade 3	1.821	807	18	4	0,49
Unidade 4	1.919	789	22	0	0
Unidade 5	347	114	2	0	0
Unidade 6	702	899	31	17	1,89
Unidade 7	1.490	478	7	17	3,56

Tabela 3. Características gerais das Unidades Analisadas – Ano 2004.

Unidade de Negócio	Efetivo 2004	Total de Licenças		Total de Registros Descartados	% de descarte
		por Doença - 2004	Odontológicas - 2004		
Unidade 1	1.112	1.638	50	66	4,03
Unidade 2	590	273	13	22	8,06
Unidade 3	2.023	658	20	1	0,15
Unidade 4	1.965	959	19	0	0
Unidade 5	403	102	2	0	0
Unidade 6	740	955	50	5	0,52
Unidade 7	1.558	592	11	12	2,03

As Taxas de Frequência, Gravidade, Frequência por Indivíduo e o Índice de Absenteísmo Odontológico foram calculados e desdobrados por Unidade de Negócio.



## Taxa de Frequência

Os resultados das Taxas de Frequência encontram-se consolidados na tabela 4 e representados nas figuras de 15, 16 e 17.

Tabela 4. Taxa de Frequência por Unidade de Negócio.

Unidade de Negócio	Efetivo 2003	Efetivo 2004	Total de Licenças Odontológicas - 2003	Total de Licenças Odontológicas - 2004	Taxa de Frequência 2003	Taxa de Frequência 2004
Unidade 1	1.139	1.112	33	50	0,028	0,044
Unidade 2	582	590	6	13	0,010	0,022
Unidade 3	1.821	2.023	18	20	0,009	0,009
Unidade 4	1.919	1.965	22	19	0,011	0,009
Unidade 5	347	403	2	2	0,005	0,004
Unidade 6	702	740	31	50	0,044	0,067
Unidade 7	1.490	1.558	7	11	0,004	0,007

**Taxa de Frequência - Ano 2003**

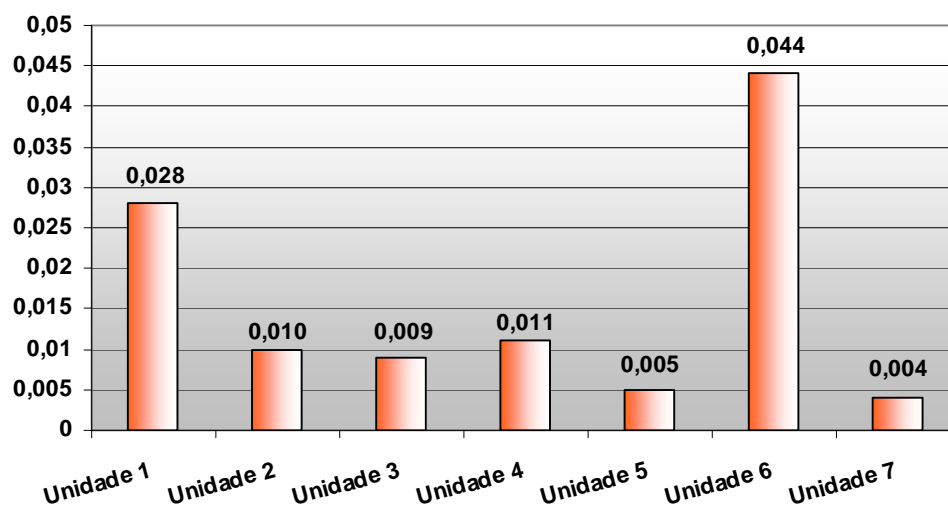


Figura 15. Taxa de Frequência por Unidade de Negócio – Ano 2003.

### Taxa de Freqüência - Ano 2004

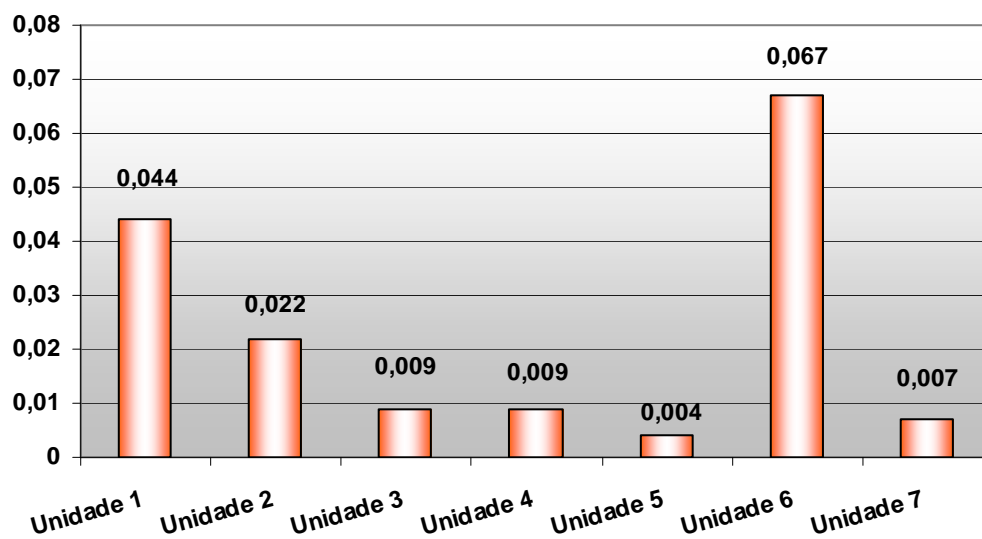


Figura 16. Taxa de Freqüência por Unidade de Negócio – Ano 2004.

### Evolução Temporal - Taxa de Freqüência

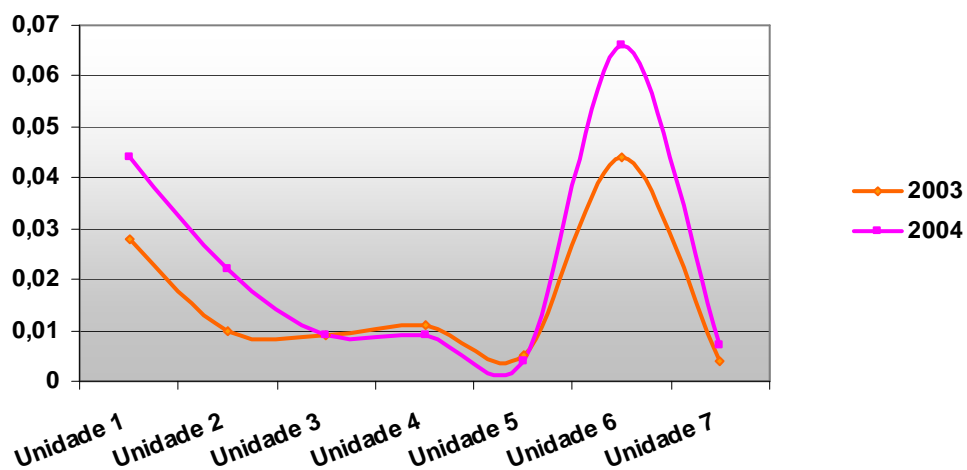


Figura 17. Evolução temporal da Taxa de Freqüência.

## Taxa de Gravidade

Com objetivo de se verificar o impacto destes afastamentos no que diz respeito ao tempo perdido foi calculada a taxa de gravidade (tabela 5).

Tabela 5. Taxa de Gravidade por Unidade de Negócio.

Unidade de Negócio	Efetivo 2003	Efetivo 2004	Total de Dias Perdidos por Licenças		Taxa de Gravidade	Taxa de Gravidade
			Odontológicas - 2003	Odontológicas - 2004	2003	2004
Unidade 1	1.139	1.112	96	111	0,084	0,099
Unidade 2	582	590	19	56	0,032	0,094
Unidade 3	1.821	2.023	45	68	0,024	0,033
Unidade 4	1.919	1.965	47	40	0,024	0,020
Unidade 5	347	403	4	7	0,011	0,017
Unidade 6	702	740	82	160	0,116	0,216
Unidade 7	1.490	1.558	32	31	0,021	0,019

### Taxa de Gravidade - Ano 2003

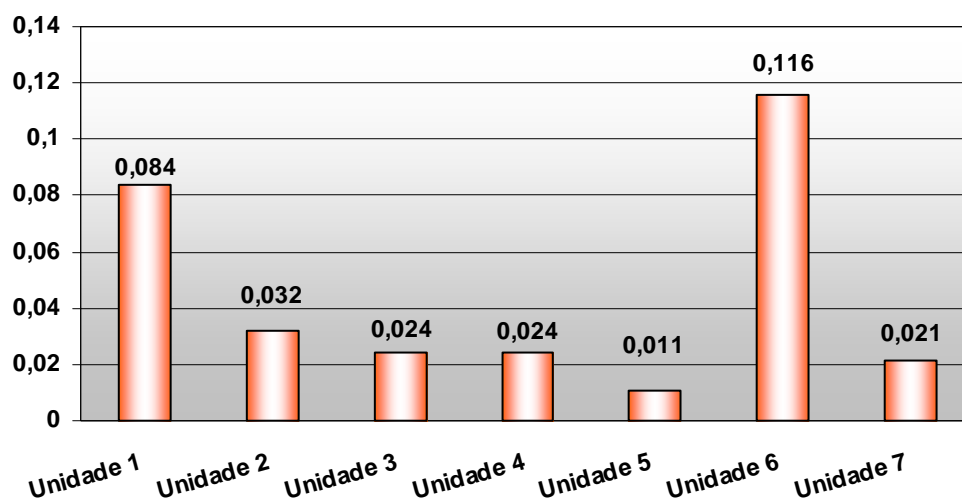


Figura 18. Taxa de Gravidade por Unidade de Negócio – Ano 2003.

### Taxa de Gravidade - Ano 2004

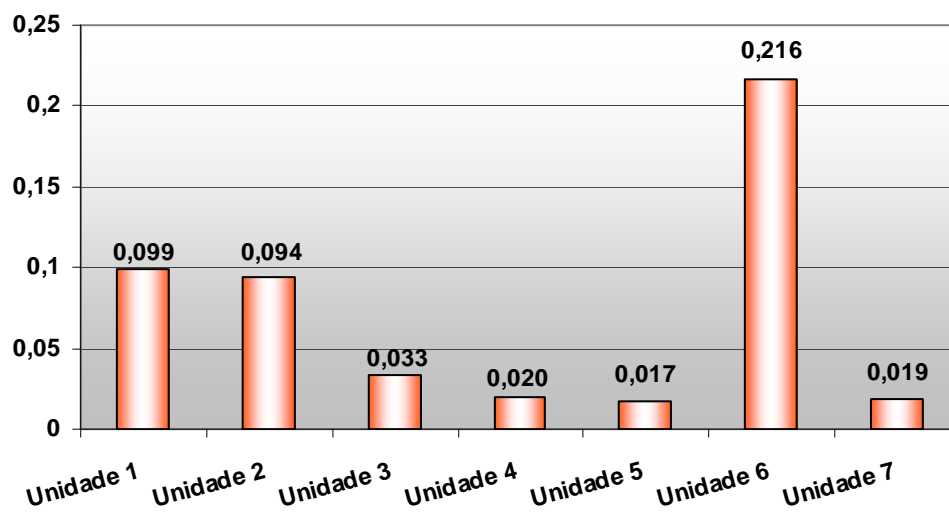


Figura 19. Taxa de Gravidade por Unidade de Negócio – Ano 2004.

### Evolução Temporal - Taxa de Gravidade

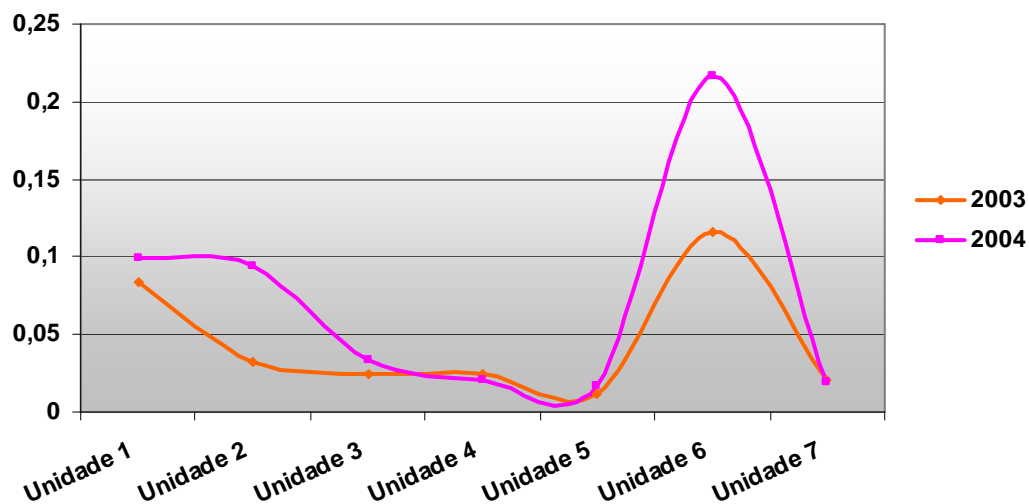


Figura 20. Evolução temporal da Taxa de Gravidade.

## Taxa de Frequência por Indivíduo

A taxa de frequência por indivíduo foi calculada buscando-se verificar o grau de reincidência de problemas odontológicos em um mesmo empregado durante o período analisado.

Tabela 6. Taxa de Frequência por Indivíduo por Unidade de Negócio.

Unidade de Negócio	Efetivo 2003	Efetivo 2004	Número de empregados com Licenças Odontológicas - 2003	Número de empregados com Licenças Odontológicas - 2004	Taxa de Frequência Individual 2003	Taxa de Frequência Individual 2004
Unidade 1	1.139	1.112	25	40	0,021	0,036
Unidade 2	582	590	4	9	0,007	0,015
Unidade 3	1.821	2.023	13	17	0,007	0,008
Unidade 4	1.919	1.965	17	15	0,009	0,007
Unidade 5	347	403	2	2	0,006	0,005
Unidade 6	702	740	25	34	0,036	0,046
Unidade 7	1.490	1.558	5	8	0,003	0,005

**Taxa de Frequência por Indivíduo - Ano 2003**

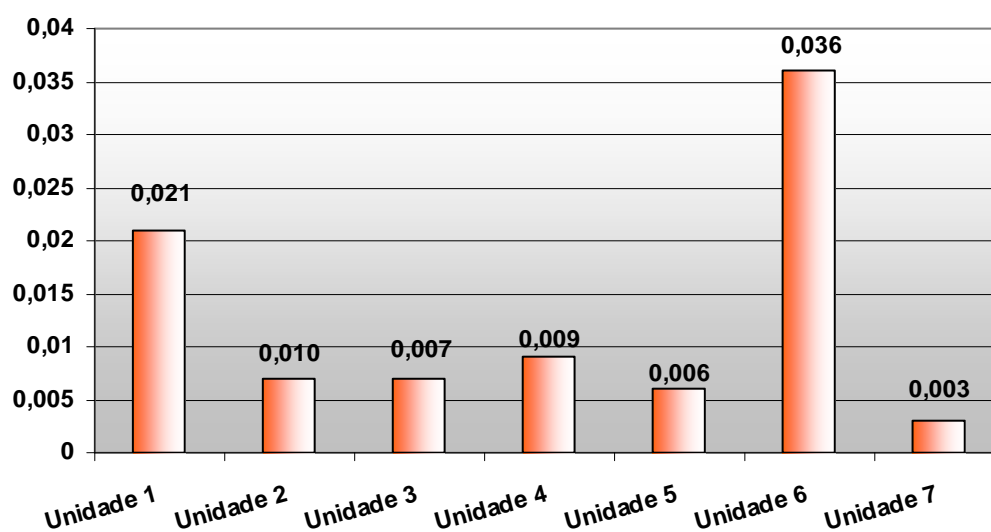


Figura 21. Taxa de Frequência por Indivíduo por Unidade de Negócio – Ano 2003.

### Taxa de Frequência por Indivíduo - Ano 2004

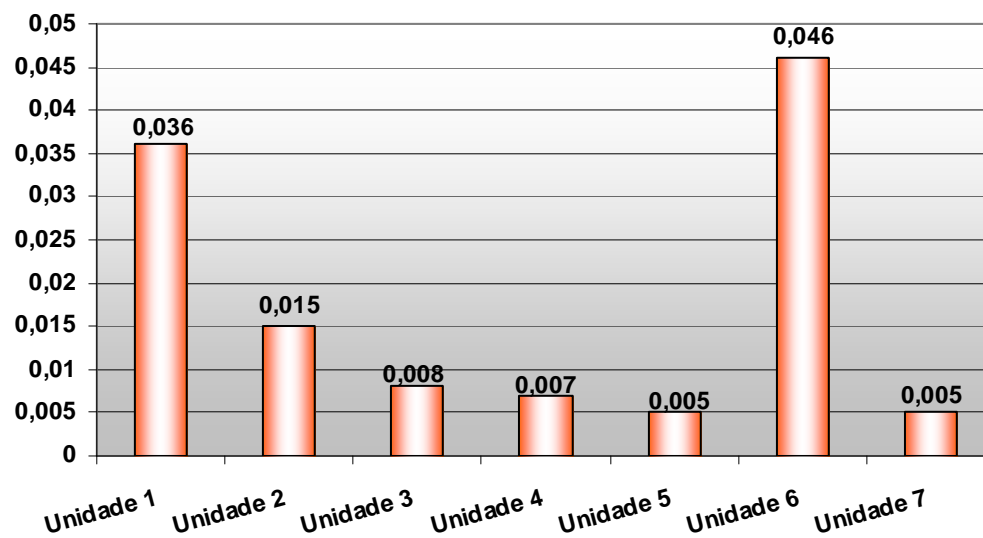


Figura 22. Taxa de Frequência por Indivíduo por Unidade de Negócio – Ano 2004.

### Evolução Temporal - Taxa de Frequência por Indivíduo

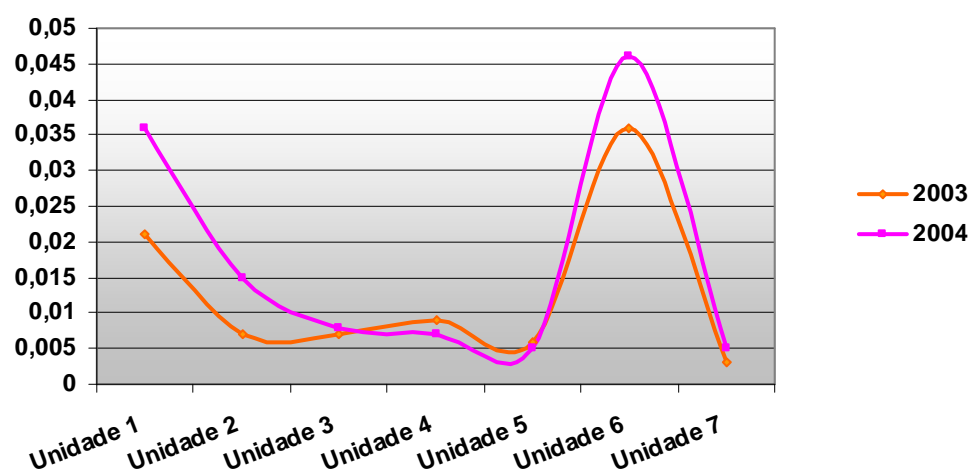


Figura 23. Evolução temporal da Taxa de Frequência por Indivíduo.

## Índice de Absenteísmo Odontológico

Visando demonstrar o impacto dos problemas bucais em relação ao total de ausências por doença foi calculado o Índice de Absenteísmo Odontológico.

Tabela 7. Índice de Absenteísmo Odontológico por Unidade de Negócio.

Unidade de Negócio	Total de Licenças por Doença - 2003	Total de Licenças por Doença - 2004	Total de Licenças Odontológicas - 2003	Total de Licenças Odontológicas - 2004	Índice de Absenteísmo Odontológico 2003	Índice de Absenteísmo Odontológico 2004
Unidade 1	1.463	1.638	33	50	2,25	3,05
Unidade 2	127	273	6	13	4,72	4,76
Unidade 3	807	658	18	20	2,23	3,03
Unidade 4	789	959	22	19	2,78	1,98
Unidade 5	114	102	2	2	1,75	1,96
Unidade 6	899	955	31	50	3,44	5,23
Unidade 7	478	592	7	11	1,46	1,85

**Índice de Absenteísmo Odontológico - Ano 2003**

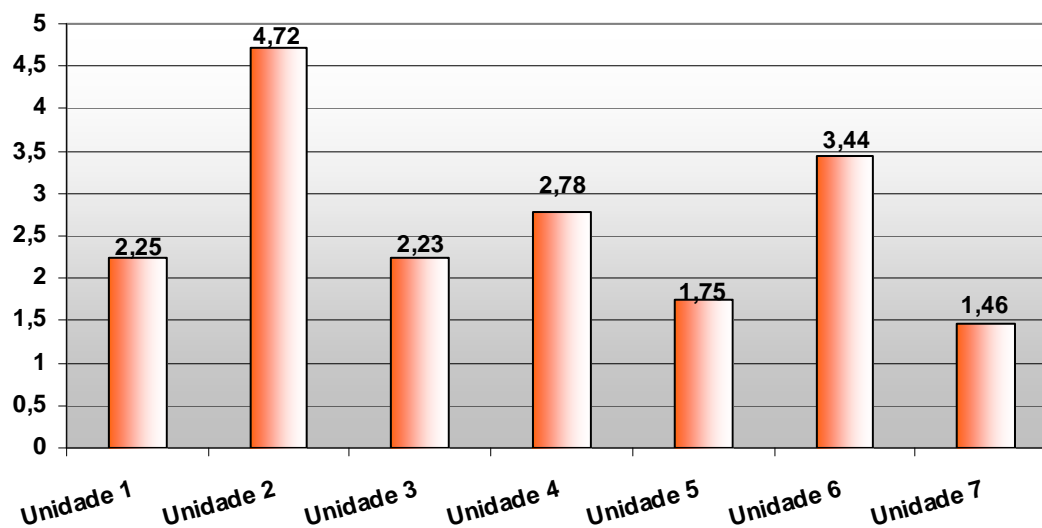


Figura 24. Índice de Absenteísmo Odontológico por Unidade de Negócio – Ano 2003.

### Índice de Absenteísmo Odontológico - Ano 2004

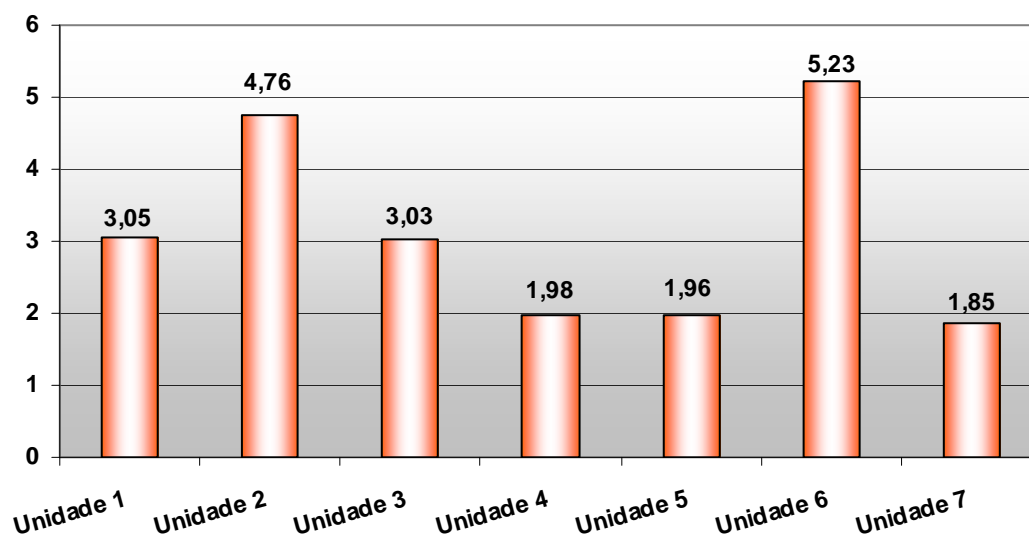


Figura 25. Índice de Absenteísmo Odontológico por Unidade de Negócio – Ano 2004.

### Evolução Temporal - Índice de Absenteísmo Odontológico

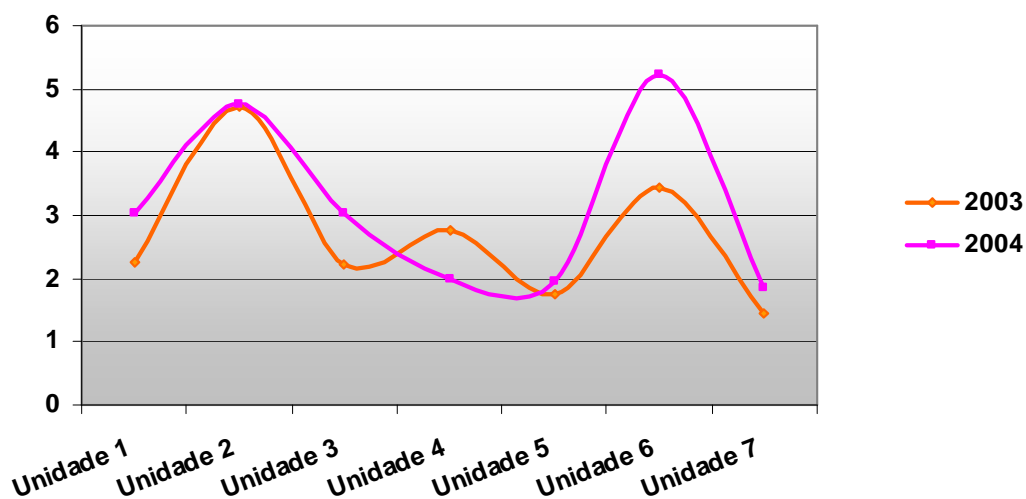


Figura 26. Evolução temporal do Índice de Absenteísmo Odontológico.



### Causas de Absenteísmo Odontológico

Tabela 8. Distribuição do absenteísmo odontológico por causas – Ano 2003.

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Total de ocorrências</b>
K0	Distúrbio de desenvolvimento e erupção dos dentes	2
K01	Dentes inclusos e impactados	14
K02	Cárie	0
K03	Outras doenças dos tecidos duros dos dentes	7
K04	Doenças de polpa e tecidos periapicais	13
K05	Gengivite e doenças periodontais	28
K06	Outros transtornos de rebordo alveolar sem dente	4
K07	Anomalias dento-faciais	6
K08	Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação	35
K09	Cisto	0
K10	Outras doenças dos maxilares	3
K11	Doenças das glândulas salivares	0
K12	Estomatites	3
K13	Outras doenças de lábio e mucosa	3
K14	Doenças da língua	0
Z 54	Convalescença pós-cirúrgica	1
<b>TOTAL</b>		<b>119</b>

Tabela 9. Distribuição do absenteísmo odontológico por causas – agrupamento por categoria – CID 10 - Ano 2003.

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Total de ocorrências</b>
K08	Outros transt.dentes e estrut.sustentação	35
K05	Gengivite e doenças periodontais	28
K01	Dentes inclusos e impactados	14
K04	Doenças de polpa/periapicais	13
	Outras causas	29
<b>TOTAL</b>		<b>119</b>

### Distribuição de causas - Classificação CID-10 - Ano 2003

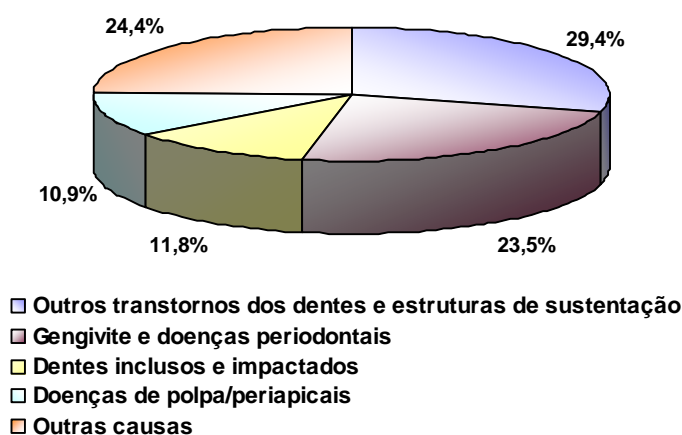


Figura 27. Principais causas de absenteísmo odontológico – Ano 2003.

Tabela 10. Distribuição do absenteísmo odontológico por causas – Ano 2004.

Código	Descrição	Total de ocorrências
K0	Distúrbio de desenvolvimento e erupção dos dentes	4
K01	Dentes inclusos e impactados	20
K02	Cárie	3
K03	Outras doenças dos tecidos duros dos dentes	7
K04	Doenças de polpa e tecidos periapicais	20
K05	Gengivite e doenças periodontais	48
K06	Outros transtornos de rebordo alveolar sem dente	3
K07	Anomalias dento-faciais	7
K08	Outros transtornos dos dentes e estruturas de sustentação	44
K09	Cisto	0
K10	Outras doenças dos maxilares	5
K11	Doenças das glândulas salivares	1
K12	Estomatites	1
K13	Outras doenças de lábio e mucosa	1
K14	Doenças da língua	0
Z 54	Convalescença pós-cirúrgica	1
<b>TOTAL</b>		<b>165</b>

Tabela 11. Distribuição do absenteísmo odontológico por causas – agrupamento por categoria – CID 10 - Ano 2004.

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Total de ocorrências</b>
K08	Outros transt.dentes e estrut.sustentação	44
K05	Gengivite e doenças periodontais	48
K01	Dentes inclusos e impactados	20
K04	Doenças de polpa/periapicais	20
	Outras causas	33
<b>TOTAL</b>		<b>165</b>

Distribuição de causas - Classificação CID-10 - Ano 2004

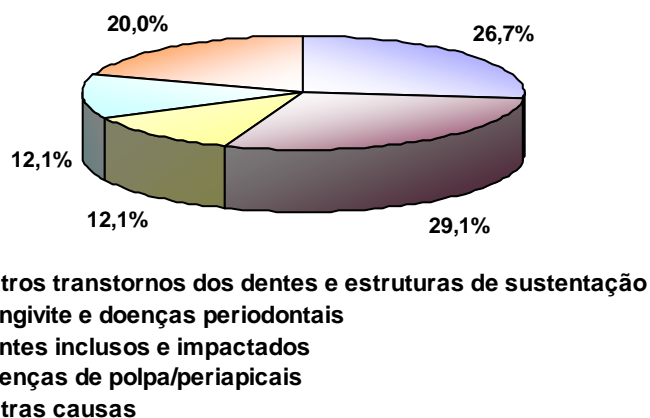


Figura 28. Principais causas de absenteísmo odontológico – Ano 2004.

Com relação ao tipo de nosologia, constatou-se que todos os casos ocorridos nos anos de 2003 e 2004 foram por doença não ocupacional, o que demonstra que as patologias odontológicas que incapacitaram os empregados para o trabalho não estavam diretamente relacionadas às suas atividades laborativas.

## Desdobramento por outras variáveis

### Tempo de empresa

Tabela 12. Distribuição do absenteísmo odontológico por tempo de empresa – Ano 2003.

<b>Tempo de serviço</b>	<b>Número de casos</b>	<b>%</b>
Até 5 anos	7	5,9
6 a 10 anos	5	4,2
11 a 15 anos	10	8,4
16 a 20 anos	56	47,1
21 a 25 anos	27	22,7
Acima de 25 anos	14	11,7
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Absenteísmo Odontológico por Tempo de Empresa - Ano 2003

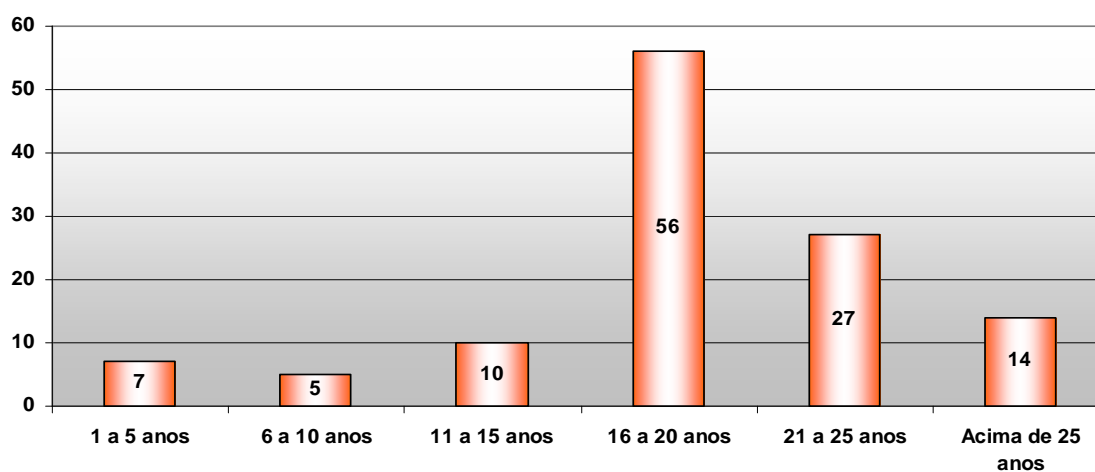


Figura 29. Distribuição do absenteísmo odontológico por tempo de empresa – Ano 2003.

Tabela 13. Distribuição de absenteísmo odontológico por tempo de empresa – Ano 2004.

Tempo de serviço	Número de casos - 2004	%
Até 5 anos	28	17
6 a 10 anos	6	3,6
11 a 15 anos	16	9,7
16 a 20 anos	61	37
21 a 25 anos	45	27,2
Acima de 25 anos	9	5,5

Absenteísmo Odontológico por Tempo de Empresa - Ano 2004

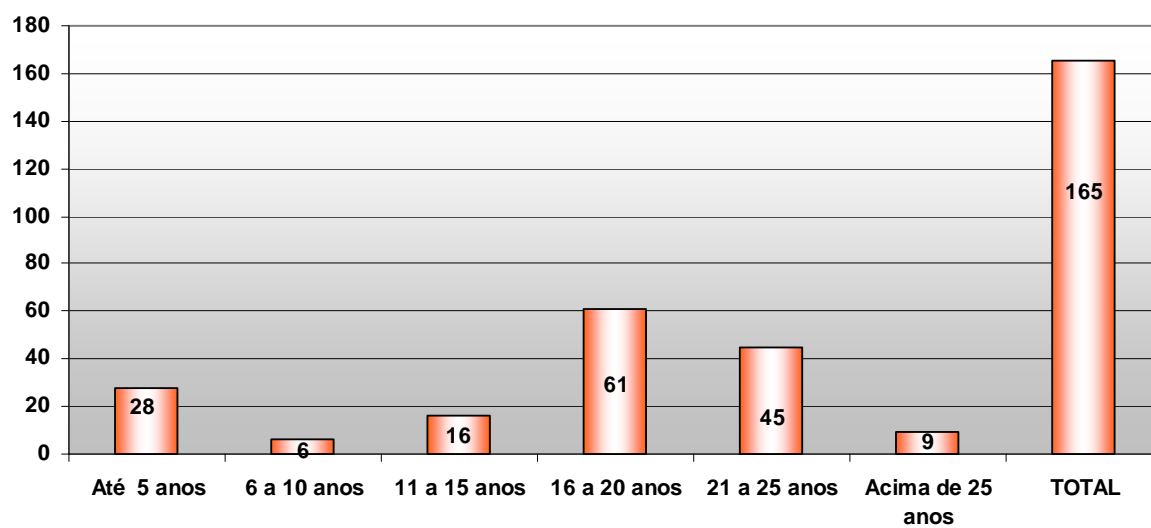


Figura 30. Distribuição de absenteísmo odontológico por tempo de empresa – Ano 2004.

## Sexo

Os afastamentos foram também distribuídos por sexo.

Tabela 14: Distribuição do absenteísmo odontológico por sexo – Ano 2003.

<b>Sexo</b>	<b>Número de casos</b>	<b>%</b>
Masculino	97	81,5
Feminino	22	18,5
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

**Absenteísmo odontológico por Sexo - Ano 2003**

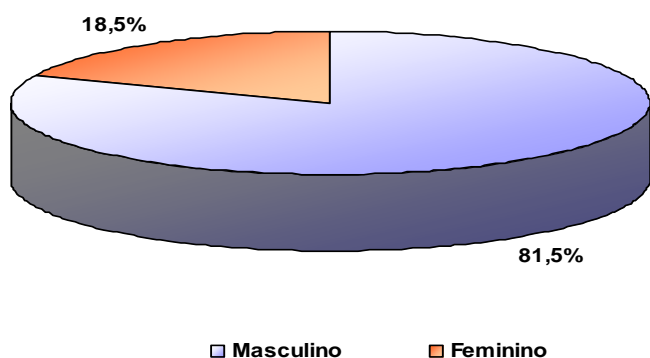


Figura 31. Distribuição do absenteísmo odontológico por sexo – Ano 2003.

Tabela 15. Distribuição do absenteísmo odontológico por sexo – Ano 2004.

<b>Sexo</b>	<b>Número de casos</b>	<b>%</b>
Masculino	128	77,6
Feminino	37	22,4
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

### Absenteísmo Odontológico por Sexo - Ano 2004

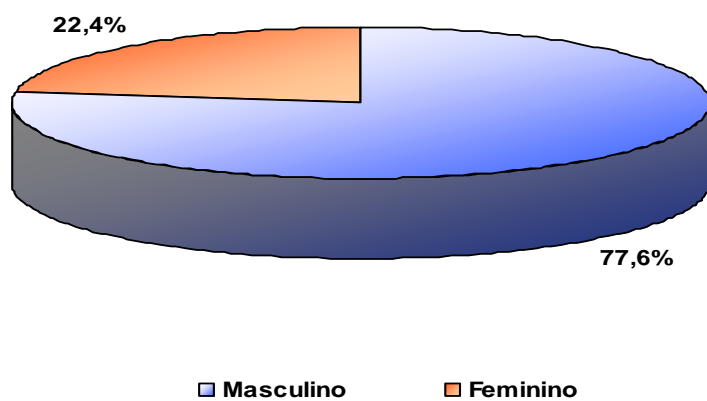


Figura 32. Distribuição do absenteísmo odontológico por sexo – Ano 2004.

### Faixa Etária

Tabela 16. Distribuição do absenteísmo odontológico por faixa etária – Ano 2003.

Faixa Etária	Número de casos	%
20 a 29	8	6,7
30 a 39	13	10,9
40 a 49	76	63,9
50 a 59	22	18,5
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

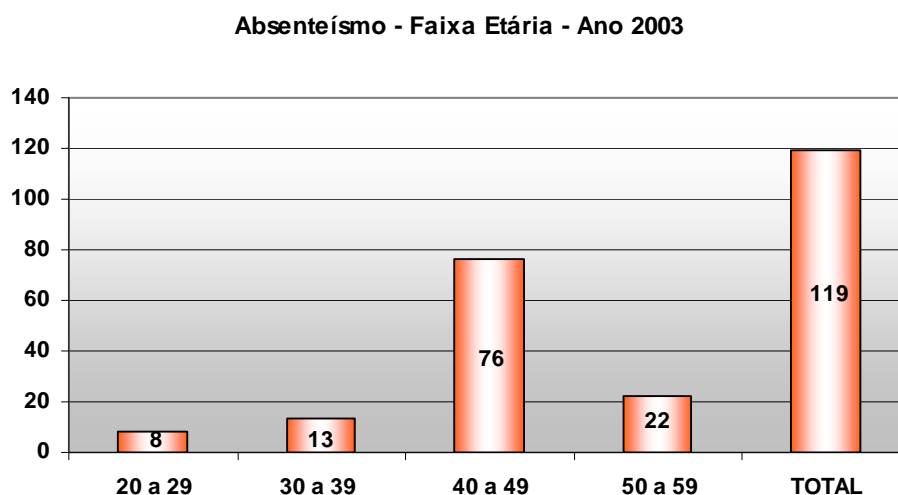


Figura 33. Distribuição do absenteísmo odontológico por faixa etária – Ano 2003.

Tabela 17. Distribuição do absenteísmo odontológico por faixa etária – Ano 2004.

Faixa Etária	Número de casos	%
20 a 29	6	3,6
30 a 39	15	9,1
40 a 49	110	66,7
50 a 59	34	20,6
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

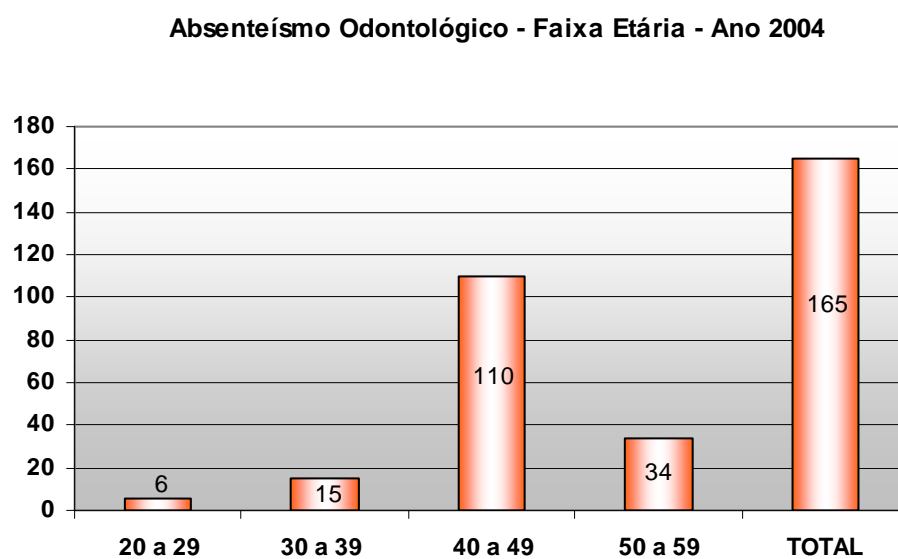


Figura 34. Distribuição do absenteísmo odontológico por faixa etária – Ano 2004.



## Escolaridade

Tabela 18. Distribuição do absenteísmo odontológico por nível de escolaridade – Ano 2003.

Nível de Escolaridade	Número de casos	%
Ensino Fundamental	1	0,9
Ensino Médio	90	75,6
Superior	28	23,5
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Absenteísmo Odontológico - Escolaridade - Ano 2003

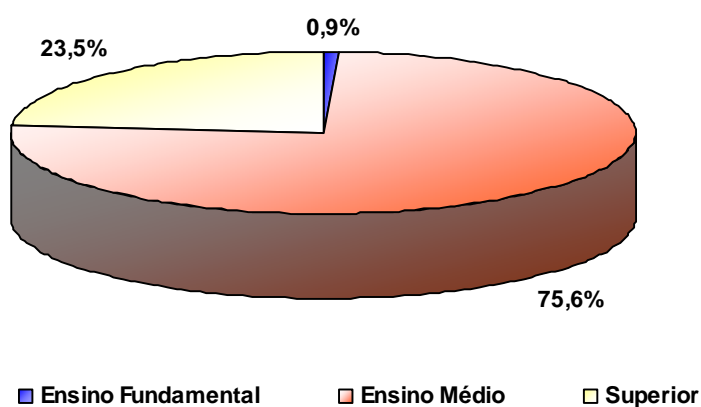


Figura 35. Distribuição do absenteísmo odontológico por nível de escolaridade – Ano 2003.

Tabela 19. Distribuição do absenteísmo odontológico por nível de escolaridade – Ano 2004.

Nível de Escolaridade	Número de casos	%
Ensino Fundamental	5	3
Ensino Médio	131	79,4
Superior	29	17,6
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

Absenteísmo Odontológico - Escolaridade - Ano 2004

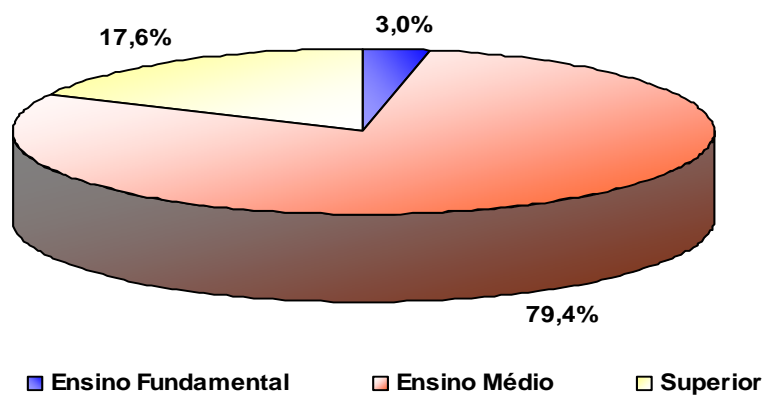


Figura 36. Distribuição do absenteísmo odontológico por nível de escolaridade – Ano 2004.

Cargo

Tabela 20. Distribuição do absenteísmo odontológico por cargo – Ano 2003.

<b>Cargo</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>%</b>
Assistente Social	1	0,8
Assistente Técnico de Administração	13	10,9
Assistente Técnico de Suprimento	2	1,7
Auditor	1	0,8
Auxiliar Técnico de Administração	5	4,3
Auxiliar Técnico de Telecomunicações	1	0,8
Auxiliar de Segurança Interna	1	0,8
Contador	2	1,7
Dentista	1	0,8
Engenheiro	8	6,7
Geofísico	2	1,7
Geólogo	5	4,3
Inspetor de Segurança	1	0,8
Marinheiro de convés	3	2,5
Operador de Movimentação e Transporte	1	0,8
Operador	41	34,5
Programador de computador	4	3,4
Supridor	3	2,5
Técnico de Exploração	5	4,3
Técnico de Enfermagem	3	2,5
Técnico de Inspeção de Equipamento	2	1,7
Técnico de Instrumentação	3	2,5
Técnico de Manutenção	3	2,5
Técnico de Operação	1	0,8
Técnico de Segurança	1	0,8
Técnico de Movimentação e Transporte	2	1,7
Técnico Químico de Petróleo	4	3,4
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

Tabela 21. Distribuição do absenteísmo odontológico por cargo - Ano 2004.

<b>Cargo</b>	<b>Número de Casos</b>	<b>%</b>
Administrador	3	1,8
Assistente Técnico de Administração	27	16,4
Assistente Técnico de Manutenção	1	0,6
Auxiliar Técnico de Administração	8	4,8
Auxiliar de Apoio Operacional	3	1,8
Auxiliar de Segurança Interna	7	4,6
Dentista	2	1,2
Economista	1	0,6
Eletricista	2	1,2
Engenheiro	5	3
Geólogo	2	1,2
Inspetor de Segurança	2	1,2
Mecânico	1	0,6
Mestre de manutenção	1	0,6
Operador de Movimentação e Transporte	4	2,4
Operador	52	31,5
Químico	2	1,2
Supridor	8	4,8
Técnico de Exploração	2	1,2
Técnico de Contabilidade	4	2,4
Técnico de Enfermagem	1	0,6
Técnico de Inspeção de Equipamento	3	1,8
Técnico de Instrumentação	2	1,2
Técnico de Manutenção	2	1,2
Técnico de Operação	2	1,2
Técnico de Segurança	6	3,6
Técnico de Suprimento	3	1,8
Técnico Químico de Petróleo	9	5,5
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

Absentéismo Odontológico por Cargo - Ano 2003

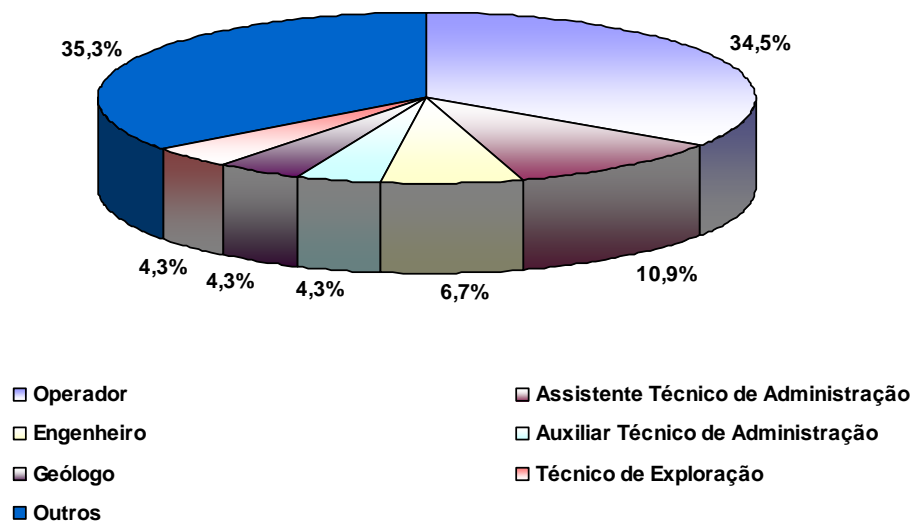


Figura 37. Distribuição do absenteísmo odontológico por cargo – Ano 2003.

Absentéismo Odontológico por Cargo - Ano 2004

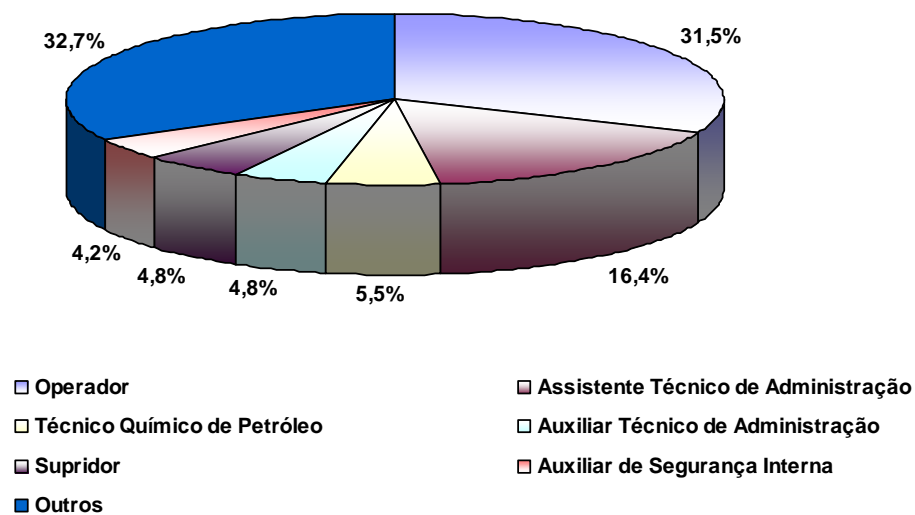


Figura 38. Distribuição do absenteísmo odontológico por cargo – Ano 2004.

## Regionalidade

Tabela 22. Distribuição do absenteísmo odontológico por região – Ano 2003.

Região	Número de casos	%
Norte/Nordeste	104	87,4
Sul/Sudeste	15	12,6
<b>TOTAL</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

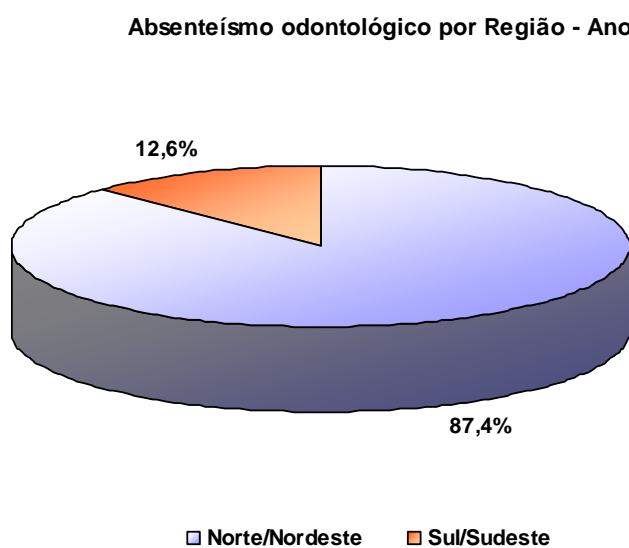


Figura 39. Distribuição do absenteísmo odontológico por região – Ano 2003.

Tabela 23. Distribuição do absenteísmo odontológico por região – Ano 2004.

Região	Número de casos	%
Norte/Nordeste	139	84,2
Sul/Sudeste	26	15,8
<b>TOTAL</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

Absenteísmo Odontológico por Região - Ano 2004

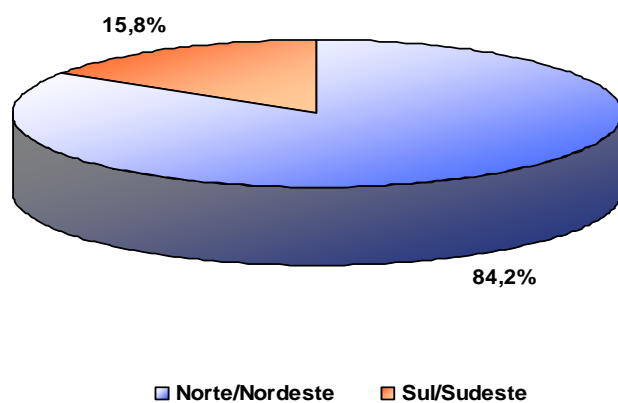


Figura 40. Distribuição do absenteísmo odontológico por região – Ano 2004.

## Número de Dias Perdidos

Tabela 24. Distribuição do absenteísmo odontológico por número de dias perdidos – Ano 2003.

Número de dias	Número de casos	%
1 a 2 dias	74	62,3
3 a 5 dias	33	27,7
6 a 10 dias	11	9,2
Acima de 10 dias	1	0,8

**Absenteísmo Odontológico - Número de Dias Perdidos - Ano 2003**

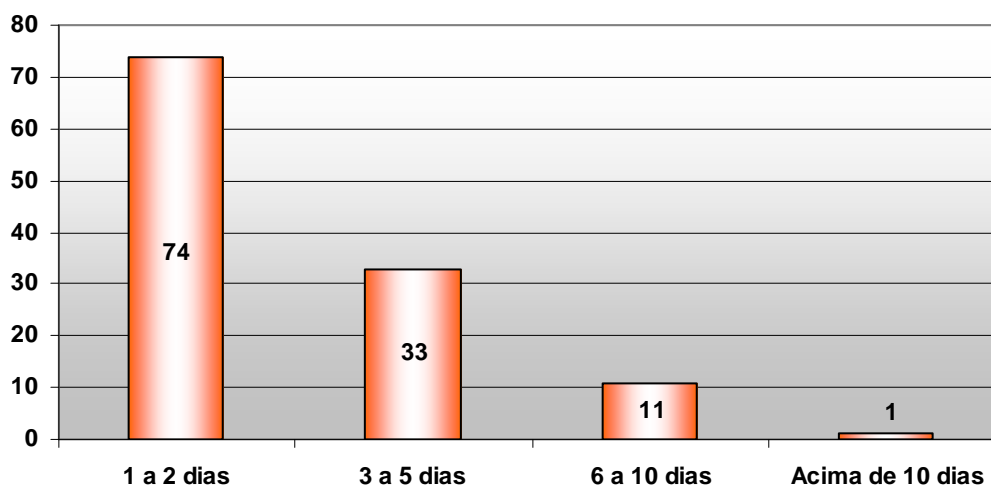


Figura 41: Distribuição do absenteísmo odontológico por número de dias perdidos – Ano 2003.



Tabela 25. Distribuição do absenteísmo odontológico por número de dias perdidos – Ano 2004.

Número de dias	Número de casos	%
1 a 2 dias	104	63,0
3 a 5 dias	49	29,7
6 a 10 dias	8	4,8
Acima de 10 dias	4	2,4

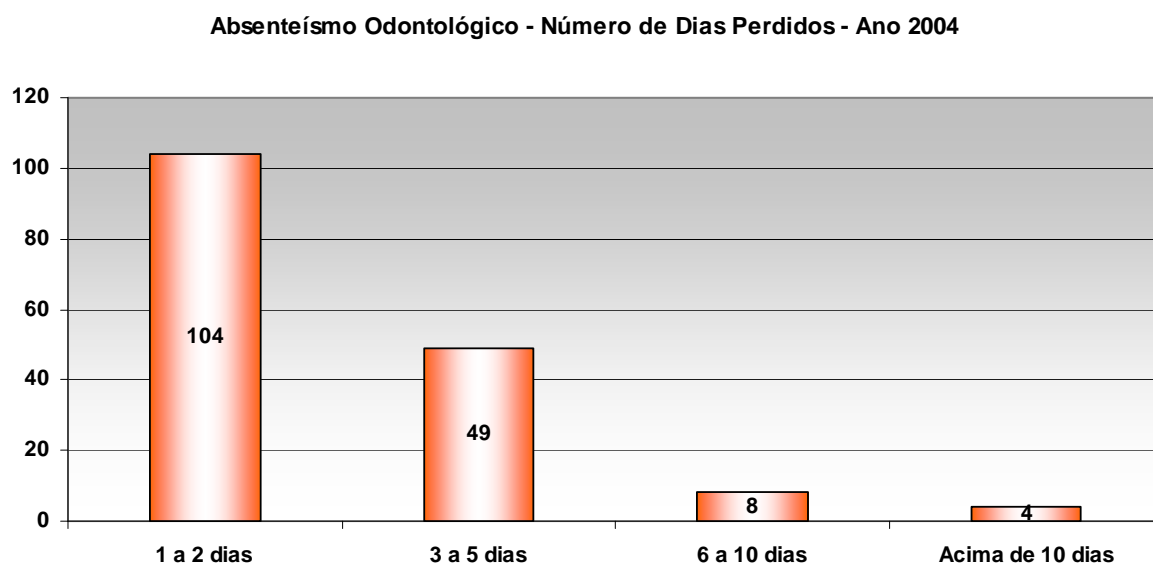


Figura 42. Distribuição do absenteísmo odontológico por número de dias perdidos – Ano 2004.

Número de dias perdidos e outras co-variáveis

Tabela 26. Resultado de análise bivariada – dias perdidos e co-variáveis – Ano de 2003.

Variável	Média	Valor de p
<b>Causas</b>		
K01	3,00	
K04	3,15	
K05	1,82	* 0,1376
K08	3,11	
Outras	2,82	
<b>Sexo</b>		
Masculino	2,75	*0,8087
Feminino	2,63	
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental	1,00	
Médio	2,70	* 0,6302
Superior	2,89	
<b>Tempo de empresa</b>		
Até 5 anos	4,43	
6 a 10 anos	2,00	
11 a 15 anos	2,10	* 0,1000
15 a 20 anos	2,79	
21 a 25 anos	2,26	
Acima de 25 anos	3,29	
<b>Unidade</b>		
Unidade 1	2,91	
Unidade 2	3,17	
Unidade 3	2,50	
Unidade 4	2,13	* 0,1827
Unidade 5	2,00	
Unidade 6	2,64	
Unidade 7	4,57	
<b>Área de Negócio</b>		
Abastecimento	2,95	* 0,2554
E&P	2,30	
Serviços	2,95	
<b>Regionalidade</b>		
Norte/Nordeste	2,60	** 0,0119
Sul/Sudeste	3,67	

\* ANOVA

\*\* Mann-Whitney/Wilcoxon

Tabela 27. Resultado de análise bivariada – dias perdidos e co-variáveis - Ano de 2004.

Variável	Média	Valor de p
<b>Causas</b>		
K01	2,85	
K04	4,65	
K05	1,97	* 0,0650
K08	2,86	
Outras	3,09	
<b>Sexo</b>		
Masculino	2,59	
Feminino	3,81	*0,0569
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental	1,60	
Médio	2,98	* 0,5847
Superior	2,55	
<b>Tempo de empresa</b>		
Até 5 anos	2,43	
6 a 10 anos	3,50	
11 a 15 anos	2,31	* 0,7103
15 a 20 anos	3,36	
21 a 25 anos	2,76	
Acima de 25 anos	2,00	
<b>Unidade</b>		
Unidade 1	2,22	
Unidade 2	4,31	
Unidade 3	3,40	
Unidade 4	2,11	* 0,4226
Unidade 5	3,50	
Unidade 6	3,20	
Unidade 7	2,82	
<b>Área de Negócio</b>		
Abastecimento	2,65	* 0,7106
E&P	2,77	
Serviços	3,14	
<b>Regionalidade</b>		
Norte/Nordeste	2,73	** 0,0586
Sul/Sudeste	3,62	

\* ANOVA

\*\* Mann-Whitney/Wilcoxon

## 8. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos pelos cálculos das taxas de freqüência, de gravidade e de freqüência por indivíduo foram considerados baixos, assim como, o Índice de Absenteísmo Odontológico que variou de 1,46% a 4,72%, em 2003, e de 1,85% a 5,23%, em 2004, apresentando uma proporção média de 2,66% em 2003 e 3,12% em 2004. Isto demonstra que os afastamentos odontológicos geram um pequeno impacto para a Companhia.

Comparando-se os valores encontrados com aqueles observados em estudo realizado por Martins em 2005, cujos valores variaram de 6,3% no setor privado e 3,3% no setor público, constata-se que a maior parte das Unidades apresentou valores inferiores, estando as demais enquadradas na faixa dos índices encontrados por este autor.

Acredita-se que estes resultados possam ser atribuídos, em grande parte, às ações de Odontologia Ocupacional implantadas na empresa, entre as quais a normatização e obrigatoriedade de realização bienal de Exames Odontológicos Periódicos, a partir do ano de 2001.

Considerando o tempo de empresa, os empregados com 16 a 20 anos de contrato foram os que mais apresentaram incapacidade para o trabalho devido a problemas odontológicos, correspondendo a 47,1% dos casos no ano de 2003 e 37% no ano de 2004. Em contrapartida, empregados com 6 a 10 anos de empresa foram os menos afetados, correspondendo a 4,2% em 2003 e 3,6% em 2004.

Em relação ao sexo, os maiores índices foram encontrados no sexo masculino, sendo 81,5% no ano de 2003 e 77,6% no ano de 2004, o que reflete o perfil da população da empresa, onde predominam empregados do sexo masculino.

Quando avaliada a variável faixa etária, observa-se que o grupo mais comprometido pelas doenças bucais foi o de profissionais de 40 a 49 anos, correspondendo a mais de 50% dos casos, sendo 63,9% no ano de 2003 e 66,7% no ano de 2004. Estes resultados diferem de outros encontrados em estudos anteriores, como os observados na pesquisa realizada por Diacov, onde os maiores índices ocorreram na faixa etária de 20 a 30 anos, os descritos por Martins, em que os maiores índices foram na faixa de 20 a 29 anos, no setor público, e 30 a 39 anos, no setor privado ou aqueles encontrados por Hito, em que a faixa etária mais impactada foi de 21 a 25 anos.

A distribuição dos afastamentos odontológicos por escolaridade demonstra que os maiores índices ocorreram em empregados com ensino médio concluído, sendo 75,6% dos casos em 2003 e 79,4% em 2004, o que também reflete o perfil dos trabalhadores da empresa.

A maior parte das licenças odontológicas, tanto em 2003 (34,5%) quanto em 2004(31,5%), ocorreu em operadores de produção, o que corrobora com os resultados da pesquisa realizada por Martins (2005), onde o maior número de faltas foi relacionado às funções operacionais. Em segundo lugar, foram acometidos os assistentes técnicos de administração, correspondendo a 10,9% dos casos em 2003 e 15,7% em 2004.

Em relação à regionalidade, os resultados obtidos demonstram que quase a totalidade dos atestados foi emitida na região Norte/Nordeste, equivalendo a 87,4% no ano de 2003 e 84,2% no ano de 2004. Cabe lembrar porém que, neste estudo, 74,15%(2003) e 75%(2004) da população encontrava-se lotada na região Norte/Nordeste.

Quanto ao número de dias perdidos, verificou-se que a maior parte dos atestados foram de 1 a 2 dias, sendo responsáveis por 62,3% dos casos ocorridos

em 2003 e 63% em 2004. Este resultado confirma os achados do levantamento realizado por Martins, em que 81% dos afastamentos foram relativos a um dia. De uma forma geral, observa-se que as patologias odontológicas não geram incapacidade por um tempo significativo, sendo menos de 10% dos casos relacionados a afastamentos acima de 5 dias.

Na análise bivariada, observou-se que as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade não apresentam diferenças no que diz respeito ao impacto em relação ao número de dias perdidos. Com relação às variáveis causa e Unidade, embora tenham sido constatadas diferenças, estas não foram estatisticamente significativas, utilizando-se o teste paramétrico ANOVA .

Com relação à regionalidade, como os dados das médias foram assimétricos, foi indicada a utilização do teste não paramétrico de Mann-Whitney/Wilcoxon, pelo qual foi constatada significância estatística. Embora a região Norte/Nordeste apresente o maior número de licenças odontológicas, os afastamentos de maior duração ocorreram na região Sul/Sudeste.

Foi realizada análise qualitativa das causas de afastamento, finda a qual cabem algumas considerações:

1. Comparando-se os anos de 2003 e 2004, não houve alterações significativas no perfil dos afastamentos no que diz respeito às principais causas;
2. Considerando-se que os registros relacionados ao grupo K08 são, em sua essência, devido às perdas dentárias e que o grupo K01 refere-se aos afastamentos por extração de dentes inclusos e impactados, verifica-se que os empregados afastaram-se,

prioritariamente, por convalescença após exodontia. No ano de 2003, o impacto correspondeu a 41,2% e, no ano de 2004, a 38,8%. Como segunda causa, encontram-se as gengivites e doenças periodontais, correspondendo a 24,4%, no ano de 2003 e 29,7% no ano de 2004. Em pesquisa realizada por Hito (2007), o grupo K08 também foi aquele de maior incidência, sendo responsável por 84,4% dos casos;

3. Observou-se que algumas das patologias que geraram estes afastamentos não são consideradas incapacitantes para o trabalho, como por exemplo: dentina secundária e alteração pós-eruptiva da cor do dente, o que não justificaria o afastamento do empregado de suas atividades. O uso destas codificações pode sugerir uma deficiência no preenchimento destes atestados pelo cirurgião-dentista, fato também observado por Hito (2007);
4. Outras patologias, por si, também não justificam incapacidade, exceto quando acompanhadas de um CID secundário, sendo os principais exemplos: dentes inclusos e impactados e anomalia hereditária das arcadas, ambos acompanhados do CID secundário Z-54 – convalescença pós-cirurgia.

Tais condições nos levam a refletir sobre a necessidade de se investir, a cada dia, na formação do cirurgião-dentista, fomentando uma ampla discussão sobre a elaboração de documentos legais, tais como atestados odontológicos. Da mesma forma, os critérios para a correta utilização da CID devem ser amplamente divulgados.

Embora não haja obrigatoriedade legal quanto à utilização desta codificação nos atestados, o conhecimento das reais causas dos afastamentos por doença é imprescindível para os serviços de saúde ocupacional, visto que, por meio de sua análise serão instituídas ações de prevenção e controle. Cabe assim, ao dentista do trabalho, na ausência desta informação, examinar o empregado e verificar a patologia incapacitante, mantendo registros atualizados, visando monitoramento dos agravos relacionados à saúde bucal e instituição das ações necessárias.

Observa-se uma pequena variação nas proporções dos afastamentos por exodontia e por outras doenças referentes ao ano de 2003 a 2004, o que sugere a necessidade de um acompanhamento de uma série histórica que poderá caracterizar uma mudança no perfil epidemiológico das causas destes afastamentos.



## 9. CONCLUSÃO

Considerando-se os dados analisados, conclui-se que o absenteísmo odontológico gera um pequeno impacto para a Companhia. Os índices obtidos foram consideravelmente baixo, o que talvez possa ser atribuído às ações de odontologia ocupacional implantadas, entre as quais a obrigatoriedade de realização dos Exames Odontológicos Periódicos, a partir de 2001.

De uma forma geral, não houve influência das variáveis analisadas em relação ao número de dias perdidos, exceto no que diz respeito à regionalidade, sendo a principal causa de licenças odontológicas as exodontias.

Esforços devem ser realizados na busca de um aprimoramento na formação dos cirurgiões-dentistas, ampliando-se as discussões sobre documentações legais e a importância dos registros em prontuários de saúde.

Cabe ao dentista do trabalho participar ativamente das ações de saúde ocupacional, monitorando os agravos à saúde bucal dos trabalhadores por meio de indicadores, mantendo os registros atualizados, instituindo, quando necessário, ações de prevenção e controle.

Por fim, sugere-se o monitoramento dos indicadores descritos neste estudo, visando acompanhar o comportamento epidemiológico das patologias bucais ora descritas e direcionar as ações de promoção de saúde bucal, o que certamente contribuirá para os resultados globais da Companhia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Leis, decretos, etc. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília, p.18055, set.1990 a.
2. Brasil. Lei 605 de 05 de janeiro de 1949. Dispões sobre repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos. Disponível na URL: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L0605.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L0605.htm) [20 maio 2006].
3. Brasil. Lei 6.215 de 30 de junho de 1975. Altera a redação do item III do artigo 6º da lei 5.081, de 24 de agosto de 1966, que regula o exercício da Odontologia.
4. Brasil MA, Costa CRS. Absenteísmo na RPBA/DIRCRES/SECEC. III Encontro de Qualidade do Depro, Rio de Janeiro, 1993.
5. Centers For Diseases Control and Prevention. Epi Info Database and statistics software for public health personals. Atlanta, 2008.
6. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 22/2001. Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO-198/95. Disponível na URL: <http://www.cfo.org.br/index.htm> [10 julho 2006].

7. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO 25/2002. Estabelece as áreas de competência para a atuação dos especialistas em Disfunção Têmporo-mandibular e Dor Orofacial; Odontogeriatrics; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e em Ortopedia Funcional dos Maxilares e dá outras providências. Disponível na URL: <http://www.cfo.org.br.index.htm> [14 julho 2006].
8. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível na URL: <http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc> [10 julho 2006].
9. Couto HA. Temas de Saúde Ocupacional. Coletâneas de caderno Ergo. Belo Horizonte, 1987; 47-72.
10. Diacov N, Lima JRS. Absenteísmo Odontológico. Revista Odontológica da UNESP. 1988; 17:183-189.
11. Ferreira RA. Odontologia: Essencial para a qualidade de vida. Disponível na URL: <http://www.apcd.org.br/biblioteca/revista/1997/capa06.asp> [20 Julho 2005].
12. Gaidzinski RR, Sanna MC, Leite MMJ, Mayor ERC. Estudos das ausências da equipe num hospital geral de grande porte. Rev Enferm Complexo HC/FMUSP 1998, 1(4): 8-14.
13. Garrafa V. Odontologia do Trabalho. RGO 1986; 34(6):508-512.

14. Góes RCS. Redução do Absenteísmo por doença ou acidente do trabalho/doença ocupacional. Fórum Nacional de RH 98. Rio de Janeiro, 1998.
15. Gusmán MF. Las enfermedades bucales como factor de perdidas econômicas em México. Ver. Adm 1997, 34(5):346-52.
16. Headock, LD. The place of dentistry in health programs. Ind. Med 1943; v12, 10: 672-80.
17. Hespanhol, KZ, Alves C. Percentual de Tempo Perdido (PTP) – Indicador de absenteísmo – Evolução na Petrobras. Boletim Epidemiológico de Informações de Saúde da Petrobras 2003; 6:7-10.
18. Hito SC. Condições de trabalho e absenteísmo odontológico em uma indústria frigorífica no Brasil: uma contribuição à gestão em saúde ocupacional. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo, SP: SENAC, 2007;pp.
19. Hooper, H.<sup>a</sup> Dental services in industry: observations on their effects in the reduction on absenteeism. Ind. Méd. 1942; 11(4):157-162,.
20. Lima JRS. Absenteísmo por causa odontológica – Análise comparativa entre funcionários da Prefeitura do Município de São José dos Campos e segurados do Instituto Nacional de Previdência Social – INAMPS, 2001. Disponível na URL: <http://www.odontologi.com.br/artigos.asp?id=22&idesp=12&ler=s>. [20 maio 2006].

21. Martins RJ. Absenteísmo Odontológico e Médico no Serviço Público e Privado. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo, SP: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2002; pp.
22. Martins RJ, Garbin CAB, Garbin AJI, Moimaz SAS. Ausentismo Odontológico y médico em el servicio público y privado. Revista de La Asociación Dental Mexicana 2005; LXII(4): 142-147. Disponível na URL: [www.medigrafic.com.adm](http://www.medigrafic.com.adm) [20 fevereiro 2006].
23. Mazilli, L. Odontologia do Trabalho. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003.
24. Mendes, R. Patologia do Trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.
25. Midorikawa, E T. A Odontologia em Saúde do Trabalhador como uma especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador [Dissertação de Mestrado]. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, 2000; 337 pp.
26. Midorikawa, E T. A Odontologia em Saúde do Trabalhador como uma especialidade profissional. Revista CIPA 2001;258:53-69.
27. Munõz, M M. Absenteísmo laboral. In: BENAVIDES, F.G., RUIZ FRUTOS, C., García, A M. Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson, 1997. cap.35, p.351-61.

28. Moniz, AE. Controle estatístico do ausentismo-doença. Temas de Saúde Ocupacional. Eletrobrás 1981, 14:17pp.
29. O Y CHAN, SL GAN, SE CHIA. Sickness Absence in Private Sector Establishments in Singapore. Singapore Medical Journal. Disponível na URL: <http://www.sma.org.sg/smj/3809/articles/3809a4.htm> [12 Agosto 05].
30. Organização Mundial de Saúde. CID 10. Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo. EDUSP, 1994.
31. Organização Mundial de Saúde. Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. 4 ed. São Paulo: Santos. 1999. 66pp.
32. PETROBRAS. Sistema de Informação e Suporte para Executivos de Recursos Humanos. Rio de Janeiro, 1998.
33. Pillete, PC. e al. EAPs are good investments for managing presenteeism. EAPs Digest Magazine, setembro 2005.
34. Pizzato, EA. Saúde bucal no contexto da saúde do trabalhador: análise dos modelos de atenção [Dissertação de Mestrado]. Araçatuba, SP: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia, 2002; 110 pp.
35. SAP. R/3 – Tempo Real em Banco de Dados, Aplicações e Interface com Cenários. Alemanha, 1972.

36. Silva, NR. Estudo das condições de trabalho em unidade básica de saúde do Município de São Carlos: A perspectiva dos diferentes atores. [Dissertação de mestrado]. São Carlos, SP: Universidade Federal de São Carlos, 2003;106 pp.
37. Silva & Souto. Modelo de Serviço Assistencial em Odontologia Ocupacional. *Temas em Saúde Ocupacional* 1985; 39:01-29.
38. Silva, RCV. et al. Ausentismo por doença na CEPISA – da análise às ações de saúde. *Temas de Saúde Ocupacional*, nº45. Eletrobrás, 1986; 25p.
39. Souto, D.F. Absenteísmo, preocupações constantes das organizações. *Temas de Saúde Ocupacional*. Eletrobrás, 1980;7:47pp.
40. Stevens M. Presenteism and productivity. *Business and health archive*. 2004.
41. Tenório LR, Jordano A. Absenteísmo – doença em construção civil. IN: 18º Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, 1979, Salvador. Anais. São Paulo: Fundacentro, 1980. 21-26.
42. Vasconcelos RG, Cartaxo S. Sistema de Gestão Integrada de Saúde Ocupacional, Segurança do Trabalho, Higiene Industrial, Meio Ambiente e Qualidade. Salvador, 1999.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)