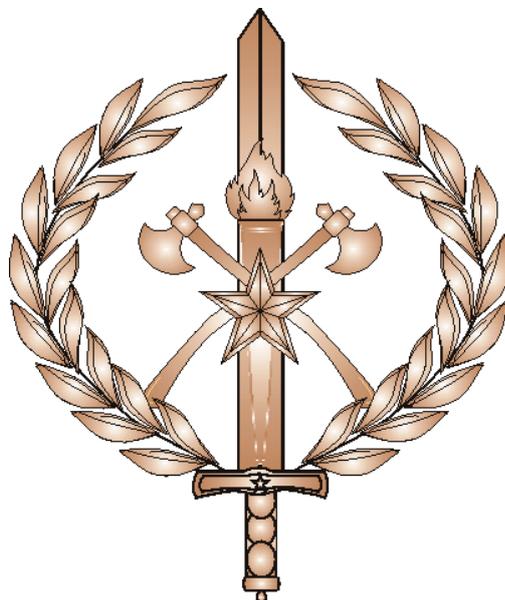


**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DIRETORIA DE ENSINO
CENTRO DE ESTUDOS DE POLÍTICA, ESTRATÉGIA E DOCTRINA
CURSO DE ALTOS ESTUDOS PARA OFICIAIS**

MAJ QOBM/C.Dent. **ANDRESSA MARLA KERBER PEREIRA**



**DOENÇAS OCUPACIONAIS NO QUADRO DE CIRURGIÃO-DENTISTA
DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA
2020**

MAJ QOBM/C.Dent. **ANDRESSA MARLA KERBER PEREIRA**

**DOENÇAS OCUPACIONAIS NO QUADRO DE CIRURGIÃO-DENTISTA
DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho monográfico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais dos Quadros Combatente, Complementar e Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Orientador: TEN-CEL QOBM/C.Dent. **BRUNO MONTEIRO BARROS**

**BRASÍLIA
2020**

MAJ QOBM/C.Dent. **ANDRESSA MARLA KERBER PEREIRA**

**DOENÇAS OCUPACIONAIS NO QUADRO DE CIRURGIÃO-DENTISTA DO
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho monográfico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais dos Quadros de Combatente, Complementar e Saúde do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Fernando **Beggiato** Barros – Cel QOBM/C.Dent.
Presidente

Daniel de Carvalho **Friedman** – Ten-Cel QOBM/Méd.
Membro

André Telles Campos – Ten-Cel QOBM/Comb.
Membro

Bruno Monteiro **Barros** – Ten-Cel QOBM/C.Dent
Orientador

CESSÃO DE DIREITOS

AUTORA: Maj. QOBM/C.Dent. Andressa Marla Kerber Pereira

TEMA: Doenças Ocupacionais no Quadro de Cirurgião-Dentista do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

ANO: 2020.

Concedo ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal as seguintes permissões referentes a este trabalho acadêmico:

- reprodução de cópias;
- empréstimo ou comercialização de tais cópias, desde que tenha propósitos acadêmicos e científicos;
- disponibilização no *site* oficial do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

A autora reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desse trabalho acadêmico pode ser reproduzida sem autorização por escrito da autora.

Andressa Marla Kerber Pereira
Major QOBM/C.Dent.

Às razões do meu viver,
Leandro, Daniel e Gustavo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que conhece a razão de tudo existir, acontecer e de estarmos hoje onde estamos. Gratidão acima de tudo à vida, a todas as oportunidades dadas e a todas as vitórias! Obrigada por ser tão generoso comigo, me ensinar a ser cada dia melhor e estar sempre ao meu lado!

Agradeço aos meus pais, que nunca mediram esforços para que alcançássemos nossos sonhos, por todo amor e apoio de sempre. Sempre reconhecerei e os amarei!

Agradeço ao meu esposo Leandro, por ser essa pessoa tão espetacular. Obrigada por me apoiar em todos os meus desafios e me ajudar sempre a fazer acontecer. Sem você a vida não teria o mesmo valor! Todo meu amor!

Aos meus queridos filhos, Daniel e Gustavo, a quem dedico cada minuto da minha vida, que me encham de orgulho por tudo que são, por serem filhos tão maravilhosos e me fazerem feliz pelo simples fato de estarem felizes! Obrigada por toda paciência nesse período! Amo vocês mais que tudo no mundo!

Ao Cel Beggato e aos colegas de trabalho, por todo apoio, pela compreensão e amizade demonstradas durante a realização do curso.

Ao meu orientador Ten-Cel Bruno Monteiro BARROS, por ser essa pessoa exemplar em todas suas ações, motivador, que me incentivou em cada passo!

Aos meus colegas de CAEO, fico grata em conhecer cada um e poder compartilhar momentos tão únicos!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

RESUMO

As doenças ocupacionais possuem impactos econômicos e sociais, refletem no absenteísmo, nas reformas precoces e na redução da qualidade de vida e longevidade dos trabalhadores. Conseqüentemente, tem se tornado objeto de estudo na área de Saúde Ocupacional. Pelo fato dos cirurgiões-dentistas se encontrarem entre os quadros de grande exposição a riscos ocupacionais e de alta prevalência de agravos à saúde, o presente estudo abordou quais os fatores da atuação profissional dos cirurgiões-dentistas do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal geram riscos e doenças prejudicando a capacidade para o trabalho. A metodologia envolveu uma pesquisa bibliográfica sobre doenças ocupacionais na odontologia e um levantamento de dados através de pesquisa documental de atestados médicos e aplicação de questionário para definição do índice de capacidade para o trabalho dos militares do Quadro de Oficial Bombeiro Militar do Distrito Federal Cirurgião-Dentista. O questionário de Índice de Capacidade para o Trabalho foi originalmente desenvolvido e validado pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia (TUOMI et al., 2010), traduzido e adaptado culturalmente para o português brasileiro pela Universidade de São Carlos. O objetivo envolveu conhecer os riscos a que os militares estão expostos, bem como analisar os reflexos nos afastamentos ao trabalho por motivo de doença, levantar a capacidade para o trabalho e desse modo subsidiar as ações de prevenção às doenças do trabalho dos militares desse quadro. Os resultados demonstraram uma legislação que visa garantir um ambiente de trabalho seguro, no entanto a área de atuação dos cirurgiões-dentistas é naturalmente exposta a diversas fontes de riscos, que precisam ser conhecidos. Os cirurgiões-dentistas, apesar da grande exposição a fatores de risco, apresentaram 50% menos atestados médicos do que a média da corporação. Alguns grupos concentram os maiores números de atestados e necessitam de ações de prevenção específicas, como as mulheres e os militares na faixa de idade entre 31-40 anos. As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo apresentaram a maior incidência no quadro. Os profissionais estudados apresentaram uma média de índice de capacidade para o trabalho de 39 pontos, sendo 19% com a classificação ótima e 58% com uma boa capacidade para o trabalho. O conhecimento dos riscos laborais e das conseqüências reais permite que os gestores identifiquem os pontos críticos e implementem medidas preventivas específicas para manutenção da capacidade para o trabalho a longo prazo. Recomenda-se acompanhamento a longo prazo do quadro e novos estudos que ampliem o acompanhamento a outros quadros da corporação.

Palavras-chave: Capacidade para o trabalho. Cirurgião-dentista. Doenças ocupacionais. Índice de capacidade para o trabalho. Saúde ocupacional.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Quadro de substâncias químicas e suas possíveis manifestações clínicas	31
Figura 2 – Quadro de itens do Índice de Capacidade para o Trabalho, número de questões para avaliar cada item e escore.....	49
Figura 3 – Quadro de capacidade para o trabalho e objetivos das medidas	50
Figura 4 – Gráfico de distribuição dos cirurgiões-dentistas por idade	54
Figura 5 – Gráfico de distribuição dos profissionais por tempo de trabalho como cirurgião-dentista.....	54
Figura 6 - Gráfico de distribuição dos cirurgiões-dentistas por ano de admissão no CBMDF.....	55
Figura 7 - Gráfico de número de atestados por cirurgião-dentista.....	58
Figura 8 - Gráfico de número de atestados por idade do cirurgião-dentista	59
Figura 9 – Gráfico de número de atestados por idade e gênero.....	60
Figura 10 - Gráfico de dias de afastamento por número de atestados	61
Figura 11 - Gráfico da distribuição dos atestados por grupos de CID.....	62
Figura 12 - Gráfico da distribuição dos atestados por grupo de CID e por gênero... ..	66
Figura 13 - Gráfico de distribuição dos cirurgiões-dentistas por grupos de CID e grupos de idade.....	66
Figura 14 – Gráfico de manifestação quanto à exposição a fatores de risco como cirurgião-dentista.....	68
Figura 15 - Gráfico da incidência de acidentes de trabalho como cirurgião-dentista	69
Figura 16 – Gráfico da porcentagem de utilização de Equipamento de Proteção Individual	69
Figura 17 - Gráfico de exposição do cirurgião-dentista à radiação ionizante	70
Figura 18 - Gráfico da porcentagem de cirurgiões-dentistas que sente ou já sentiu dor ao trabalhar	71
Figura 19 - Gráfico de ocorrência de alterações na saúde de cirurgiões-dentistas do CBMDF.....	72
Figura 20 - Gráfico da percepção da influência do trabalho com auxiliares de saúde bucal na prevenção de lesões e melhora dos serviços.....	73
Figura 21 - Gráfico da avaliação da estrutura física do local de trabalho	73

Figura 22 - Gráfico da percepção da valorização profissional pelos cirurgiões-dentistas do CBMDF	74
Figura 23 - Gráfico da percepção do cirurgião-dentista sobre áreas com necessidade de mudanças no local de trabalho	75
Figura 24 - Gráfico da classificação da capacidade para o trabalho avaliada pelos cirurgiões-dentistas	76
Figura 25 - Gráfico da relação lesão e impedimento para o trabalho	78
Figura 26 - Gráfico de absenteísmo relatado nos últimos 12 meses	79
Figura 27 - Gráfico de distribuição dos cirurgiões-dentistas por ICT e faixa etária... ..	86
Figura 28 - Gráfico de distribuição por ICT e por tempo de trabalho como cirurgião-dentista	87
Figura 29 - Gráfico da distribuição por ICT e por especialidade do cirurgião-dentista	87
Figura 30 - Gráfico de distribuição por ICT e por horas de trabalho semanal.....	88
Figura 31 - Gráfico da relação do ICT com a prática de exercícios físicos	89
Figura 32 - Gráfico de satisfação dos cirurgiões-dentistas do CBMDF na realização das atividades diárias.....	90
Figura 33 - Quadro dos principais riscos identificados e possíveis ações de prevenção	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Doenças do Trabalho registradas no Brasil em 2017	38
Tabela 2 - Lesões músculo-esqueléticas por acidente ou doença.....	77
Tabela 3 - Capacidade para o trabalho dos cirurgiões-dentistas do CBMDF	79
Tabela 4 - Média de Índice de Capacidade para o Trabalho por perfil do grupo e idade média.....	80
Tabela 5 - Comparação do ICT inadequado dos cirurgiões-dentistas do CBMDF com profissionais de outras áreas no Brasil	82
Tabela 6 - Comparativo do ICT entre cirurgiões-dentistas homens e mulheres no CBMDF.....	84
Tabela 7 - Porcentagem de trabalhadores municipais e do CBMDF por idade média, na categoria de capacidade para o trabalho por gênero e as exigências físicas, mentais ou combinadas de trabalho	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEAT	Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASO	Auto Serviço Odontológico
CBMDF	Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
C.Dent.	Cirurgião-Dentista
Cel.	Coronel
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNEN	Comissão Nacional de Energia Nuclear
Comb.	Combatente
CPMED	Centro de Perícias Médicas
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EDTA	Ácido Etilenodiamino Tetra-Acético
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LTSP	Licença para Tratamento de Saúde Própria
MAJ	Major
Méd.	Médico
MS	Ministério da Saúde
MTb	Ministério do Trabalho
NR	Norma Regulamentadora
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIR	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PMCC	Paramonoclorofenol Canforado
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PODON	Policlínica Odontológica
QOBM	Quadro de Oficial Bombeiro Militar
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SST	Segurança e Saúde no Trabalho

SVS	Secretaria de Vigilância Sanitária
TAF	Teste de Aptidão Física
TEN-CEL	Tenente-Coronel
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

Hg	Mercúrio
mSv	Milisievert
nº	Número
%	Por cento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Definição do problema	17
1.2 Justificativa	18
1.3 Objetivos	20
1.3.1 Objetivo geral.....	20
1.3.2 Objetivos específicos	20
1.4 Definição de termos	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 Legislação brasileira	24
2.2 Doenças do Trabalho e a Odontologia	26
2.2.1 Fatores de risco ocupacionais relacionados ao exercício da odontologia.....	27
2.2.1.1 Riscos físicos.....	27
2.2.1.2 Riscos químicos.....	30
2.2.1.3 Riscos biológicos	33
2.2.1.4 Riscos ergonômicos e psicossociais	34
2.2.1.5 Riscos mecânicos e de acidentes	36
2.3 Taxa de Incidência Específica para Doenças do Trabalho	37
2.4 Capacidade para o Trabalho.....	39
3 METODOLOGIA	43
3.1 Classificação da pesquisa	43
3.1.1 Quanto à finalidade.....	43
3.1.2 Quanto ao método de abordagem.....	43
3.1.3 Quanto à natureza dos objetivos	44
3.1.4 Quanto à natureza das variáveis	44
3.1.5 Quanto aos procedimentos.....	44
3.2 Universo da pesquisa	44
3.3 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados	46
3.3.1 Pesquisa Bibliográfica	46
3.3.2 Levantamento	46
3.3.2.1 Questionário	47
3.3.2.2 Cálculo do Índice de Capacidade para o Trabalho.....	48

3.3.3 Pesquisa Documental.....	50
3.4 Tabulação, interpretação e análise dos dados.....	51
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
4.1 Referente à pesquisa dos riscos ocupacionais.....	52
4.2 Referente à caracterização da amostra.....	53
4.3 Referente aos afastamentos por atestado médico	57
4.4 Referente aos dados da exposição aos riscos no ambiente de trabalho	67
4.5 Referente ao Índice de Capacidade para o Trabalho	75
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	92
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICE.....	101
APÊNDICE A	102
ANEXOS	105
ANEXO A	106
ANEXO B	111

1 INTRODUÇÃO

Diante das recentes mudanças vivenciadas na sociedade, com o aumento da expectativa de vida e as discussões relacionadas à idade de aposentadoria e à reestruturação produtiva, questões como capacidade para o trabalho, saúde do trabalhador e riscos laborais tornaram-se objeto de estudo na área de Saúde Ocupacional.

As doenças ocupacionais possuem importantes impactos econômicos e sociais. A elevada incidência de agravos causados por fatores laborais, bem como o aparecimento precoce de doenças crônicas, provoca o aumento de despesas na área de saúde pública, podendo resultar ainda em afastamentos do trabalho, reformas antecipadas e até em redução da longevidade.

Os cirurgiões-dentistas encontram-se entre os quadros funcionais de alta prevalência de agravos à saúde de origem laboral, com exposição diária a fontes diversas de agentes patogênicos (LOPEZ; LESSA, 2010). Deste modo, o presente trabalho consistiu na pesquisa dos riscos ocupacionais a que estão expostos, e na avaliação dos militares do Quadro de Oficial Bombeiro Militar Cirurgião-Dentista (QOBM/C.Dent.) do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), analisando a capacidade para o trabalho e as doenças que originaram afastamentos desses militares.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças ocupacionais são primordiais para a manutenção da capacidade para o trabalho do cirurgião-dentista, influenciando a longevidade no exercício de sua função. Dessa forma, torna-se importante a atenção aos fatores de risco ocupacionais a que está exposto, o mais precocemente possível.

Tem sido observado um aumento da necessidade de informações a respeito das doenças do trabalho com o objetivo de subsidiar a elaboração de políticas públicas, o planejamento de ações sociais ou direcionar esforços para atender à solução de problemas específicos, como saúde e segurança do trabalhador.

1.1 Definição do problema

No CBMDF os militares encontram-se distribuídos em diferentes quadros, com atribuições e atividades diversas e específicas para cada área de atuação. O local e o ambiente de trabalho influenciam o bem estar físico e mental dos trabalhadores, podendo inclusive ser a fonte de danos à saúde dependendo dos riscos a que cada um esteja exposto.

As doenças ocupacionais apresentam-se cada dia mais como um desafio a ser enfrentado pelas organizações, principalmente diante da realidade atual de mudanças no tempo de serviço para aposentadoria e reforma, impactando no aumento de tempo na atividade e envelhecimento dos profissionais.

Cabe à corporação conhecer os riscos a que seus militares estejam expostos, a fim de possibilitar o acompanhamento e o desenvolvimento de políticas de saúde que possam prevenir o adoecimento da tropa. Desse modo, busca-se reduzir as doenças do trabalho temporárias ou permanentes, que possam resultar em aumento de custos com saúde, afastamentos frequentes, reformas precoces e até mesmo em redução da qualidade e expectativa de vida desses militares.

Os cirurgiões-dentistas do QOBM/C.Dent. do Distrito Federal trabalham diariamente em ambientes com exposição a variadas fontes de riscos ocupacionais, que abrangem fatores físicos, químicos, biológicos e até mesmo sociais e psicológicos.

A realização dos atendimentos odontológicos em ambientes ergonomicamente inadequados ou com equipamentos insuficientes ou adaptados podem levar o cirurgião-dentista a realizar movimentos repetidos que podem gerar desgaste ao seu organismo. Em recente período foi percebido um desgaste físico de militares que atuavam realizando atendimento nas viaturas de Auto Serviço Odontológico (ASO) com relação ao prejuízo na ergonomia e o reflexo na saúde desses militares, resultando em quadros álgicos e baixas ao serviço.

Pode-se associar ainda os riscos inerentes da atuação profissional, como o trabalho em ambientes continuamente insalubres, com risco de contaminação com fluidos, aerossol e acidentes com pérfuro-cortantes.

Não delinear os riscos dos cirurgiões-dentistas militares pela exposição a produtos químicos, à radiação e aos demais agentes nocivos pode prejudicar a elaboração de programas preventivos e outras ações, como as contratações e aquisições de produtos e equipamentos pela corporação, de forma a ser menos eficiente na prevenção de agravos futuros.

Dessa forma, torna-se importante a análise dos militares desse quadro e do ambiente de trabalho, a fim de identificar precocemente os fatores de risco e atuação na correção dos mesmos. Como resultado, pode-se realizar o acompanhamento a longo prazo e a prevenção de doenças de origem laboral.

Nesse sentido, o problema de pesquisa configura-se como:

Quais os aspectos da atividade profissional do cirurgião-dentista no CBMDF geram riscos e agravos aos profissionais que atuam na área e prejudicam sua capacidade para o trabalho?

1.2 Justificativa

A fim de executar o planejamento estratégico de uma organização, se faz necessária atenção especial aos recursos humanos que viabilizam o alcance dos objetivos e metas estipulados. Nesse sentido, é prevista no Plano Estratégico 2017-2024 do CBMDF a valorização do profissional Bombeiro-Militar, com a priorização da saúde, das condições favoráveis de trabalho e da qualidade de vida dos profissionais da corporação. Para o alcance do mesmo, são desenhadas iniciativas como a realização de campanhas e ações abrangendo atividades de prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (CBMDF, 2016).

A Saúde e Segurança no Trabalho são regulamentadas pelas Normas Regulamentadoras (NRs) presentes na legislação brasileira, e devem ser obrigatoriamente cumpridas pelas empresas privadas e públicas, bem como pelos órgãos públicos.

A Saúde Ocupacional é voltada para a prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde por causas laborais, e para a verificação da existência de doenças ocupacionais ou ainda de danos irreversíveis à saúde dos

trabalhadores. O objetivo é preservar a qualidade de vida e proporcionar o bem-estar físico e mental dos trabalhadores, prevenir doenças do trabalho e manter a capacidade laborativa dos funcionários, e dessa maneira, manter a produtividade do órgão.

Os cirurgiões-dentistas, como trabalhadores da área de saúde, apresentam um elevado risco ocupacional em razão de hábitos, posturas e patologias oriundas da prática profissional. Esse quadro de profissionais encontra-se continuamente exposto a fatores de risco que os torna mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças, reforçando o interesse no estudo e avaliação do mesmo.

A relevância do presente trabalho revela-se no enquadramento às exigências atuais a respeito da análise dos locais de trabalho, atuação nos fatores de risco e na prevenção do aparecimento de doenças do trabalho, que levem à incapacidade laboral, reformas precoces ou até mesmo a morte do profissional.

O levantamento de informações acerca da capacidade laboral, das doenças existentes e dos riscos ocupacionais presentes no quadro de profissionais que atuam na área odontológica permite o desenvolvimento de programas de prevenção às doenças do trabalho, com foco na melhoria das condições de trabalho, adequação dos locais do exercício da função, intervenção nos fatores de risco, a melhoria na qualidade de vida, o acompanhamento a longo prazo e o estabelecimento de cuidados voltados à saúde dos profissionais que se fizerem necessários.

Órgãos públicos têm levantado informações provenientes de pesquisas, dados cadastrais e registros administrativos que auxiliam nesse processo. A publicação de estatísticas de acidentes do trabalho e doenças do trabalho visa contribuir para o acompanhamento dos mesmos e permitir a construção de indicadores úteis ao planejamento de ações.

Os indicadores são indispensáveis para a definição de programas de prevenção de doenças do trabalho, resultando na melhoria das condições de trabalho nos órgãos e a prevenção do absenteísmo e conseqüente redução da produtividade.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Subsidiar as ações de prevenção às doenças do trabalho dos militares do Quadro de Oficial Bombeiro Militar Cirurgião-Dentista do CBMDF.

1.3.2 Objetivos específicos

Apontar os riscos ocupacionais aos quais são expostos os cirurgiões-dentistas.

Identificar os aspectos da atividade profissional dos cirurgiões-dentistas do CBMDF que geram riscos e doenças do trabalho.

Enunciar os afastamentos por motivo de doença dos profissionais do quadro de cirurgião-dentista do CBMDF por faixa etária, gênero, tempo de afastamento e classificação das doenças.

Avaliar a capacidade para o trabalho dos militares do Quadro de Oficial Bombeiro Militar Cirurgião-Dentista do CBMDF.

1.4 Definição de termos

Absenteísmo: Ato de se abster de alguma atividade ou função. Ausência de empregados no emprego. É o índice que mede os períodos ou média de ausências dos integrantes de um conjunto (SIGNIFICADOS, 2020).

Acidentes do trabalho: O que ocorre pelo exercício do trabalho [...] provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991).

Agentes etiológicos: Organismo causador de uma doença, capaz de desencadear os sinais e sintomas de uma patologia (BRASIL ESCOLA, 2020).

Agentes patogênicos: Organismo, microscópico ou não, capaz de produzir doenças infecciosas aos hospedeiros sempre que estejam em circunstâncias

favoráveis, inclusive do meio ambiente. Agentes físicos, químicos, biológicos que causam doenças (INFOESCOLA, 2020).

Calen: Pasta de hidróxido de cálcio para uso endodôntico, utilizada em curativos de demora e curativos expectantes (ARPONE et al., 2012).

CID 10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD*) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças (CID10, 2020).

Cor pulmonale: Insuficiência cardíaca direita devido a uma doença de origem pulmonar (ARPONE et al., 2012).

Doenças profissionais e do trabalho: São as doenças profissionais, aquelas produzidas ou desencadeadas pelo exercício do trabalho peculiar a determinado ramo de atividade, conforme disposto no Anexo II do Regulamento da Previdência Social – RPS, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999; e as doenças do trabalho, aquelas adquiridas ou desencadeadas em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente (BRASIL, 1999b).

Indicador: Número decimal, porcentagem, razão ou taxa que representa um aspecto do desempenho, com o objetivo de comparar com uma medida de referência, permitindo avaliar continuamente a evolução de determinada atividade, de forma a amparar a tomada de decisões no âmbito em que está inserido (CBMDF, 2016).

Risco: Ameaça ou perigo; possibilidade de uma ocorrência ou episódio futuro arriscado ou incerto (LÉXICO, 2020).

Síndrome de Caplan: Síndrome resultante da inalação de pó de carvão, o que causa a inflamação pulmonar e, conseqüentemente, a formação de diversos nódulos e problemas pulmonares similares à asma (INFOESCOLA, 2020).

Silicose: É uma pneumoconiose, acúmulo de poeiras nos pulmões e reação tecidual a sua presença (ARPONE et al., 2012).

Vigilância epidemiológica: Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

Vigilância sanitária: Conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL, 1990).

2 REVISÃO DA LITERATURA

Ao se deparar com o conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não uma mera ausência de moléstia ou enfermidade, é preciso considerar que muitas vezes é o próprio meio que determina e condiciona o aparecimento e a distribuição das doenças (FARIA, 2003).

A OMS definiu como um dos seus objetivos a promoção da capacidade para o trabalho. Afirmou que as doenças ocupacionais ou não ocupacionais preveníveis no ambiente do trabalho possuem significativos encargos econômicos e sociais. São responsáveis por causar doenças e sofrimentos evitáveis, diminuição da capacidade para o trabalho e aumento das taxas de incapacidade de trabalho temporária e permanente. Aponta ainda que a alta prevalência e início precoce de doenças crônicas contribuem para despesas elevadas em cuidados de saúde pública, levando à reforma antecipada e mortes prematuras (WHO, 2000).

Ainda segundo a OMS, alguns países começaram a apoiar a implementação de abordagens multidisciplinares integradas para gestão de saúde e segurança no trabalho. Observa-se uma tendência a ir além da conformidade com as normas de segurança e saúde ocupacional através da introdução de medidas de proteção e promoção da saúde diárias acordadas entre empregados e empregadores, de forma voluntária, baseadas em auto regulação, para combater os acidentes e as doenças ocupacionais e promover a capacidade para o trabalho. A participação dos trabalhadores na definição das metas de saúde e segurança em uma instituição é necessária para alcançar alta eficiência (WHO, 2000).

Os cirurgiões-dentistas realizam constantemente um ajuste dinâmico às situações adversas vivenciadas nos processos de trabalho, contudo, essa resposta pode ser limitada e contribuir para os altos índices de abandono prematuro da profissão e de afastamentos do trabalho causadas por incapacidade temporária e permanente.

2.1 Legislação brasileira

A legislação trabalhista brasileira consiste no conjunto de leis e de normas que devem ser seguidas por todo empregador e empregado, a fim de alcançar um ambiente de trabalho saudável, com proteção e promoção da segurança e saúde de todos os envolvidos.

A Constituição Federal de 1988, como norma jurídica de eficácia máxima, mostra-se de grande importância para a área de saúde, tendo em vista seu conteúdo humanista colocando a saúde como integrante do interesse público. No artigo 196, define que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, que é “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2005; BRASIL, 1989).

No tocante à saúde do trabalhador, esta é definida pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/1990, no artigo 6º, parágrafo terceiro, como o “conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990).

No sentido de cumprir a determinação constitucional e da LOS, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o livro *Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde* para orientar os profissionais dos serviços de saúde “quanto aos procedimentos de assistência, prevenção e vigilância da saúde dos trabalhadores e possibilitar a caracterização das relações da doença com o trabalho ou a ocupação, na perspectiva da Saúde do Trabalhador” (BRASIL, 2001).

O referido manual baseou-se na *Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho* aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1.339/1999. A lista foi organizada por doença e por agente etiológico ou fator de risco de natureza ocupacional, seguindo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10), cuja padronização universal visa favorecer os

procedimentos de vigilância e a definição de indicadores comuns de Saúde do Trabalhador (OMS, 1994; BRASIL, 1999a).

A Norma Regulamentadora número 7 (NR 7), publicada pelo então Ministério do Trabalho e Emprego, na Portaria MTb nº 3.214, de 8 de junho de 1978, regulamenta o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), tornando obrigatória a sua elaboração e implementação por todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, incluindo órgãos públicos da administração direta e indireta, com o objetivo de promoção e preservação da saúde dos trabalhadores. Apresenta ainda parâmetros mínimos para avaliação e acompanhamento dos trabalhadores (BRASIL, 1978).

Outro normativo específico sobre a saúde ocupacional é a Norma Regulamentadora número 9 (NR 9), que trata do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), abrangendo as medidas a serem adotadas para reduzir riscos físicos, biológicos e químicos presentes nas atividades e nos ambientes de trabalho (BRASIL, 1978).

Além da NR 9, as radiações ionizantes são tratadas na Portaria/MS/SVS nº 453, de 1 de junho de 1998, que dispõe sobre as doses médias e o controle das doses de radiação, de modo que os limites máximos anuais e cumulativos em 5 anos não sejam excedidos (BRASIL, 1998).

Com a finalidade de subsidiar as equipes profissionais a respeito da prática na atenção à saúde bucal, o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) elaboraram o livro *Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle dos Riscos*, que trata do controle da infecção e de doenças transmissíveis, bem como de adequações de infraestrutura no campo de serviços odontológicos (BRASIL, 2006).

De acordo com os artigos 19 e 20 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente, que pode causar desde um curto afastamento, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, e até mesmo a morte do profissional. Considera-se ainda acidente do trabalho a doença

profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e a doença do trabalho, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente (BRASIL, 1991).

As doenças profissionais ou do trabalho, bem como os agentes patogênicos (químicos, físicos e biológicos) e os grupos de risco, foram também definidos no Anexo II do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e alterado pelo Decreto nº 6.957, de 2009. Casos excepcionais em que a doença não incluída na relação constante do Anexo II do Regulamento foi resultado de condições especiais de execução do trabalho e relaciona-se diretamente com ele, podem ser equiparados a acidente do trabalho (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2009).

Não são consideradas como doença do trabalho a doença degenerativa, a inerente a grupo etário, a que não produz incapacidade laborativa e a doença endêmica adquirida por habitantes de região onde ela se desenvolva, salvo se comprovado que resultou de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho (BRASIL, 1991).

2.2 Doenças do trabalho e a odontologia

São considerados trabalhadores todos indivíduos que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Dessa forma, a doença do trabalho é a que atinge esses trabalhadores em função de condições especiais em que realizam o trabalho ou relacionada à execução do mesmo.

As mudanças da conjuntura política e econômica do país, considerando-se a diversidade de situações de trabalho, a reestruturação produtiva e a precarização das relações do trabalho, resultam em impactos nas interações entre trabalho e saúde do trabalhador.

O modelo estresse-desgaste de Rutenfranz e Colquhoun aponta que o desgaste vivenciado pelo trabalhador depende de agentes estressores oriundos das

cargas física e mental do trabalho, do ambiente e das ferramentas do mesmo, de características e recursos do próprio trabalhador, e pode provocar respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, podendo ainda causar doenças e redução da capacidade para o trabalho (MARTINEZ et al., 2010).

Novas tecnologias e métodos gerenciais podem intensificar o trabalho e alterar o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, que se manifestam no aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), o estresse e a fadiga física e mental e ainda em outras manifestações de sofrimento relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001).

Do mesmo modo, evidenciam-se riscos específicos de cada área de atuação, como no caso da odontologia, configurando, portanto, situações que exigem pesquisas e conhecimento para que se possa traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção.

2.2.1 Fatores de risco ocupacionais relacionados ao exercício da odontologia

A Norma Regulamentadora nº 9 (NR 9), considera riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador (BRASIL, 1978).

Complementarmente, o Ministério da Saúde classifica os fatores de risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, presentes ou relacionados ao trabalho, em cinco grandes grupos: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, e mecânicos e de acidentes, conforme descritos a seguir (BRASIL, 2001; 2006).

2.2.1.1 Riscos físicos

Os riscos físicos são os decorrentes da exposição a agentes físicos, que abrangem ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), iluminação deficiente ou excessiva, umidade, pressão atmosférica anormal, entre outros (BRASIL, 2001; 2006).

De acordo com o estudo de Lopez e Lessa (2010), os cirurgiões-dentistas apontaram como riscos físicos a que estão expostos os movimentos repetitivos (93%), seguidos pelas ausências de intervalos na jornada de trabalho (80%), pela ausência de proteção acústica nos equipamentos (73%), pelos ruídos externos (60%), pelas vibrações (33%) e pelo calor (20%) e pelo frio (5%). Apenas 7% dos entrevistados relatam nenhuma percepção de risco físico.

Segundo estudo de Faria (2003), todos os entrevistados admitiam algum tipo de ruído em suas atividades, porém 84% dos cirurgiões-dentistas não tomam medidas de prevenção contra o ruído. Dentre as fontes de ruídos consideradas pelos dentistas, encontram-se caneta de alta rotação, compressor de ar, equipamentos de raio X, sugador, condicionador de ar, ultrassom, autoclave, fotopolimerizador, equipamentos de laser, motor, vibrador, amalgamador, cortador de gesso, e até mesmo o atendimento de crianças (FARIA, 2003; BRASIL, 2006).

A exposição contínua a níveis elevados de ruído pode causar Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), que corresponde à diminuição gradual da acuidade auditiva do tipo neurossensorial e se constitui em doença profissional frequente em profissionais cirurgiões-dentistas (FÉLIX, 2005).

Corroborando ao apresentado, Faria (2003) expõe que a falta de medidas protetivas na intervenção do ruído excessivo pode resultar em surdez profissional irreversível. Além do exposto, o ruído pode provocar consequências não auditivas, como insônia, aumento da pressão arterial, irritabilidade, falta de atenção, entre outras alterações.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde defende que outros fatores podem comumente agredir diretamente o órgão auditivo e influenciar no desenvolvimento da perda auditiva por meio da interação com os níveis de pressão sonora ocupacional ou não-ocupacional, como agentes químicos, físicos e biológicos (BRASIL, 2001).

O controle de ruídos pode se dar pela substituição de equipamentos por outros mais silenciosos, pela realização de manutenção técnica periódica dos instrumentos rotatórios, principalmente das turbinas de alta rotação, pela introdução de medidas de controle na transmissão do ruído, como medidas de isolamento, e

ainda pelo uso de protetor auricular pelos profissionais (FARIA, 2003; FÉLIX, 2005).

A vibração, embora seja um risco físico conhecido no exercício da odontologia, não possui grande percepção ou intervenção por parte dos cirurgiões-dentistas (FARIA, 2003).

Um dos riscos físicos relevantes na atuação odontológica é o risco provocado pelas radiações ionizantes – raios X, devendo-se considerar que não existe dose de radiação inócua aos seres vivos. Independentemente da dose, do tipo de radiação e do tempo de exposição, um dano será causado, que pode ou não ser reparado pelo organismo (TOMAZ, 2017).

O uso de radiação nos procedimentos diagnósticos em odontologia é uma prática frequente. O estudo de Faria (2003) refere que 84% dos profissionais entrevistados acreditam no risco provocado pelos raios X. Indica ainda que os mesmos utilizam medidas para a prevenção do risco das radiações ionizantes, como guardar distância adequada mínima de dois metros da fonte de radiação, a presença de parede blindada e a utilização de avental de chumbo (FARIA, 2003).

As radiações ionizantes são imperceptíveis e perigosas, o que torna importante um maior treinamento e conscientização dos cirurgiões-dentistas sobre a adequada proteção do profissional durante os exames radiográficos. A monitoração da dose recebida pelos trabalhadores expostos à radiação ionizante pode ser realizada através da utilização do dosímetro, um monitor individual que monitora se as exposições estão se mantendo baixas e garantindo que não se ultrapasse as restrições de dose do funcionário (LOPEZ; LESSA, 2010).

À vista disso, a Portaria MS/SVS nº 453, de 1º de junho de 1998, trata das diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, e define que “todo indivíduo ocupacionalmente exposto deve estar submetido a um programa de controle de saúde baseado nos princípios gerais de saúde ocupacional”. Deve-se considerar ainda que os exames periódicos de saúde não podem ser utilizados para substituir ou complementar o programa de monitoração individual (BRASIL, 1998; 2006).

Outrossim, a Resolução-CNEN nº 12/1988 descreve que a

monitorização individual da exposição à radiação deve ser realizada por meio de dosímetros, tornando possível que o próprio profissional avalie as condições de trabalho. As exposições ocupacionais normais de cada indivíduo devem ser controladas de modo que a dose efetiva média anual não deve exceder 20 milisievert (mSv) em qualquer período de cinco anos consecutivos, não podendo exceder 50 mSv em nenhum ano (CNEN, 1988; BRASIL, 1998).

A exposição direta dos olhos aos raios ultravioletas, que são encontrados na luz halógena dos aparelhos fotopolimerizadores, pode ser responsável pela ocorrência de conjuntivite temporária, queimadura da retina e até cegueira permanente, considerando ainda que os efeitos são cumulativos (LOPEZ; LESSA, 2010). O estudo de Lopez e Lessa (2010) evidenciou ainda que 73% dos profissionais não utilizam os óculos de proteção adequados para a operação com equipamentos emissores de luz halógena. Desse modo, mostra-se necessário o estímulo à proteção dos olhos pela utilização de óculos apropriados.

Os locais de execução dos serviços odontológicos devem ser providos de um sistema de iluminação artificial que possibilite boa visibilidade, sem ofuscamentos ou sombras, conforme definido pela Anvisa (BRASIL, 2006). O mesmo texto definiu que os serviços odontológicos devem possuir ventilação natural ou forçada, a fim de evitar o acúmulo de fungos, gases e vapores condensados. Além dos explicitados, indica a utilização de protetores auriculares, óculos de proteção e equipamentos de proteção radiológica, a proteção do compressor de ar com caixa acústica e o cuidado no manuseio de instrumentais com temperatura elevada (BRASIL, 2006).

2.2.1.2 Riscos químicos

Os riscos químicos englobam agentes e substâncias químicas, nas formas líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais (BRASIL, 2001).

Segundo a Norma Regulamentadora nº 9 (NR 9) do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 1978), os agentes químicos são denominados como as substâncias, compostos ou produtos com capacidade de penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou

vapores, ou ainda que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou também pela ingestão.

Dentre os agentes químicos a que estão expostos os cirurgiões-dentistas em seu ambiente de trabalho, encontram-se principalmente álcool, éter, talco, mercúrio, antibiótico, glutaraldeído, formol, látex, líquido de resina de polimerização rápida (metacrilato), cerâmica/gesso, alginato, ionômero de vidro, resina acrílica composta já polimerizada, cimento cirúrgico (pó e líquido), adesivos dentinários, eugenol, hipoclorito de sódio, Calen®, PMCC (paramonoclorofenol canforado), EDTA (ácido etilenodiamino tetra-acético), ácido fosfórico e sabonete líquido antibacteriano (ARPONE et al., 2012).

O estudo de Arpone et al. (2012) refere que as substâncias químicas presentes no cotidiano de trabalho dos cirurgiões-dentistas podem causar problemas de saúde pelo contato direto com o produto, ou ainda pela inalação de vapores e poeiras, podendo provocar alterações como alergias, irritações oculares, nasais e da pele, queimaduras, ulceração, dor de cabeça, tremores, efeitos narcóticos, náuseas, vômitos, lacrimejamento, asma, dentre várias outras manifestações, a depender do agente, da quantidade e do tempo de exposição. A exposição intensa ou frequente pode até mesmo resultar em doenças mais sérias como doenças respiratórias, esclerose múltipla, arteriosclerose, neoplasias, inclusive a morte.

A exposição prolongada às substâncias químicas pode causar manifestações, como as visualizadas na Figura 1.

Figura 1 - Quadro de substâncias químicas e suas possíveis manifestações clínicas

SUBSTÂNCIA QUÍMICA	MANIFESTAÇÃO POSSÍVEIS
ÁLCOOL	Irritações oculares e nasais, dor de cabeça, tremores e efeitos narcóticos, ressecamento e irritação da pele.
ÉTER	Irritação nasal, perda de apetite, cefaleias, tonturas e excitação, seguidos de sonolência, vômitos, palidez facial, acompanhados por redução da frequência cardíaca e da temperatura, de relaxamento muscular e de sialorreia (produção excessiva de saliva), ressecamento da pele, narcose, morte.
TALCO	Hipersensibilidade, dermatite de contato, asma, anafilaxia.

MERCÚRIO (Hg)	Atinge diretamente o cérebro, podendo causar irritabilidade, timidez, tremores, distorções da visão e da audição e problemas de memória, problemas nos pulmões, náuseas, vômitos, diarreia, elevação da pressão arterial e irritação nos olhos, pneumonia, dores no peito, dispneia e tosse, gengivite e salivação. A longo prazo fadiga, esclerose múltipla, arteriosclerose, doença de Alzheimer, nervosismo, irritabilidade, dor de cabeça e instabilidade emocional.
ANTIBIÓTICO	Alergias, dermatite de contato.
GLUTARALDEÍDO E FORMOL	Reações alérgicas, lacrimejamentos, alterações pulmonares, náuseas, cefaleia e neoplasias.
LÁTEX	Hipersensibilidade, dermatite de contato, asma, anafilaxia.
LÍQUIDO DE RESINA DE POLIMERIZAÇÃO RÁPIDA (metacrilato)	Irritação nos olhos e mucosas, reações alérgicas, estomatite, cefaleia, asma e distúrbios do sistema nervoso central e periférico, enfisema pulmonar e esteatose hepática.
CERÂMICA/GESSO (sílica)	Reações alérgicas, silicose, neoplasia maligna dos brônquios e do pulmão, <i>cor pulmonale</i> , doenças pulmonares obstrutivas crônicas e síndrome de Caplan.
ALGINATO	Reações alérgicas, alterações pulmonares, alterações sanguíneas, aborto/parto prematuro, neoplasias.
IONÔMERO DE VIDRO	Dermatites de contato, reações imunológicas.
RESINA ACRÍLICA COMPOSTA JÁ POLIMERIZADA	Reação alérgica de contato.
ADESIVOS DENTINÁRIOS	Reações alérgicas, lesões nas mãos.
EUGENOL	Reações alérgicas.
HIPOCLORITO DE SÓDIO	Danos à pele e olhos, rinite crônica, bronquite química aguda, edema pulmonar agudo, bronquiolite obliterante crônica, reações alérgicas e cefaleia.
CALEN	Reações alérgicas.
PARAMONOCLOROFENOL CANFORADO (PMCC)	Ulceração e queimaduras, despigmentação da pele, transtornos digestivos, disfunção do sistema nervoso, palidez, sudorese, cefaleia, vertigens e fraqueza, lesão renal.
EDTA	Reações alérgicas, irritação na pele, olhos e trato respiratório.
ÁCIDO FOSFÓRICO	Reações alérgicas e irritações, lacrimejamento, corrosão da pele, olhos e mucosas.
SABONETE LÍQUIDO ANTIBACTERIANO	Irritação da pele, resistência bacteriana e dessensibilização.

Fonte: A autora, baseado em ARPONE et al., 2012.

Cirurgiões-dentistas e alunos de odontologia não possuem um profundo e necessário conhecimento sobre os riscos envolvidos com a exposição aos produtos químicos que utilizam em seu trabalho diário. O adequado conhecimento sobre esses riscos torna-se fundamental para a proteção e conseqüentemente prevenção às doenças ocupacionais (ARPONE et al., 2012).

2.2.1.3 Riscos biológicos

São considerados riscos biológicos a probabilidade da ocorrência de um evento adverso em decorrência de um agente biológico, que abrange vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas, geralmente associados aos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2001). Figuram os riscos mais comuns a que estão sujeitos os cirurgiões-dentistas, expostos à contaminação por meio de contato direto com lesões infecciosas ou com sangue e saliva contaminados (LOPEZ; LESSA, 2010).

O estudo de Faria (2003) demonstra que todos os cirurgiões-dentistas entrevistados são conscientes que estão sujeitos a contaminação biológica, citando, principalmente, hepatite, aids e herpes, e ainda gripe, tuberculose, conjuntivite, pneumonia, meningite etc.

É necessária a adoção de medidas de precauções-padrão a fim de se evitar o contágio de doença infecciosa transmissível, como a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a lavagem das mãos, o cuidado na manipulação de material perfuro-cortante e demais artigos contaminados, bem como o descarte correto dos resíduos e a desinfecção das superfícies (BRASIL, 2006).

Os profissionais da área da saúde possuem uma maior exposição e, conseqüentemente, risco elevado de adquirir doenças infecciosas durante os atendimentos, devendo estar devidamente imunizados. Segundo a Anvisa (BRASIL, 2006), as vacinas que se destacam como mais importantes para os profissionais de odontologia são contra hepatite B, influenza, tríplice viral e dupla tipo adulto. Contudo outras vacinas podem ser indicadas dependendo da área de atuação do dentista, como em regiões endêmicas.

2.2.1.4 Riscos ergonômicos e psicossociais

Os riscos ergonômicos e psicossociais são oriundos da organização e gestão do trabalho, como, da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; esforço físico intenso; exigência de postura inadequada; trabalho em turnos e noturno; jornadas prolongadas de trabalho; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo; exigências rígidas de produtividade; relações de trabalho autoritárias; falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores; ausência de profissional auxiliar, entre outros (BRASIL, 2001; 2006; LOPEZ; LESSA, 2010).

O principal motivo de queixas por parte de cirurgiões-dentistas relaciona-se aos riscos ergonômicos. Considerando que as desordens osteomusculares têm alta prevalência e podem ter aparecimento precoce em profissionais dessa área, torna-se fundamental envidar esforços para a sua prevenção. São comuns em decorrência da frequência de posturas estáticas, associadas à inadequação de mobiliário e equipamentos, cujo arranjo físico e dimensões não respeitam os alcances visuais e dos membros, ou não permitam ajustes individualizados para as características variáveis a cada profissional, corroborando para a ocorrência de posturas inadequadas e danosas (PRESOTO et al., 2012).

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) são apontados pelo estudo Saúde Brasil 2018, do Ministério da Saúde, como as doenças ocupacionais que mais afetam os trabalhadores brasileiros. O estudo revela que em 10 anos o índice aumentou 184%. São causas frequentes de incapacidade laboral temporária ou permanente, que resultam do excesso de utilização das estruturas anatômicas do sistema musculoesquelético e da falta de tempo de recuperação (BRASIL, 2019).

As desordens osteomusculares ou musculoesqueléticas abrangem condições inflamatórias e degenerativas que afetam nervos, tendões, músculos e estruturas de suporte. As principais regiões acometidas são a coluna lombar, cervical, ombros, antebraços e mãos, e podem ter manifestação precoce nos cirurgiões-dentistas, tornando essencial que esses profissionais fiquem atentos aos fatores

desencadeantes a fim de evitá-los (PRESOTO et al., 2012).

Ao analisar a percepção de presença de dor e desconforto em estudantes atuando na área de Odontologia, as questões que obtiveram maiores escores foram “trabalhar em posições desconfortáveis”, “trabalhar na mesma posição por um longo período de tempo”, “curvar ou torcer as costas de maneira desconfortável” e “continuar trabalhando quando se está com alguma dor ou lesão”. O estudo observou que quanto mais anos exercendo a atividade, maior número de questões com elevado escore médio, que o gênero feminino apresentou escores médios de percepção maiores do que o masculino, e que as partes do corpo que apresentaram maior prevalência de dor foram o pescoço e a parte inferior das costas (PRESOTO et al., 2012).

O estudo de Lopez e Lessa (2010) evidenciou que os riscos ergonômicos mais apontados pelos entrevistados foram a ausência de auxiliar de consultório odontológico (100%), seguido por situações causadoras de estresse físico ou psicológico vividas rotineiramente (80%), jornadas de trabalho demasiadamente prolongadas (73%), necessidade de esforços adicionais e deslocamentos desnecessários na realização das tarefas (73%), ausência de equipo e mesa auxiliar com regulagem de altura (67%), existência de mesa auxiliar ou bancada de difícil alcance (67%), espaço físico restrito (53%), condições inadequadas de iluminação (53%) e, por fim, o controle muito rígido da produtividade (33%).

Diversos fatores de risco no trabalho podem levar à ocorrência de LER/DORT, dependendo da intensidade, duração e frequência, como repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinados segmentos do corpo, principalmente membros superiores, trabalho muscular estático, choques, impactos, vibração, frio, fatores organizacionais e psicossociais (BRASIL, 2000).

Brasil (2000) ressalta ainda que existem elementos predisponentes como a exigência de ritmo intenso de trabalho, conteúdo das tarefas, existência de pressão, autoritarismo das chefias e mecanismos de avaliação de desempenho baseados em produtividade.

De acordo com Brasil (2006), a organização de um trabalho em equipe,

através do trabalho conjunto com Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB) pretende alcançar a melhoria contínua da qualidade do atendimento ao usuário, com boas condições de trabalho à equipe odontológica, diminuindo, portanto, os riscos da exposição aos agentes inerentes à prática de trabalho em Odontologia.

Com o intuito de minimizar o risco ergonômico, a Anvisa recomenda a organização do ambiente de trabalho, a realização de planejamento do atendimento diário, o trabalho em equipe, a realização de capacitações permanentes, a inclusão de atividades físicas diárias na rotina dos profissionais, a realização de alongamentos entre os atendimentos e também a valorização de momentos de lazer com a equipe (BRASIL, 2006).

2.2.1.5 Riscos mecânicos e de acidentes

Os riscos mecânicos e de acidentes estão relacionados à ausência de proteção das máquinas, arranjo físico inadequado, instrumentais inadequados, defeituosos ou impróprios, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos, armazenamento inadequado, perigo de incêndio ou explosão, problemas na edificação, ausência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), e outros que podem levar a acidentes do trabalho (BRASIL, 2001; LOPEZ; LESSA, 2010).

A fim de reduzir os riscos mecânicos ou de acidentes, a Anvisa (BRASIL, 2006) orienta a aquisição de equipamentos com registro no MS, preferencialmente modernos e que respeitem a ergonomia; a instalação dos equipamentos em área física adequada, de acordo com a RDC 50/2002 da Anvisa; uso de materiais, medicamentos e produtos registrados pela Anvisa; instalação de extintores de incêndio; realizar manutenção preventiva e corretiva da estrutura física do local de trabalho, e implantar o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA.

Reforça-se ainda a necessidade de proporcionar à equipe de profissionais condições de higiene, de conforto e de salubridade no ambiente de trabalho, de acordo com a NR-24 (BRASIL, 2006).

Cargas horárias semanais elevadas elevam o nível de exigências e

atenção, e juntamente com a redução do tempo durante e entre os procedimentos pode se constituir em uma causa específica de riscos de acidentes (LOPEZ; LESSA, 2010).

Torna-se indispensável o acesso à informação relativa aos riscos ocupacionais a que estão expostos os dentistas na realização de suas atividades profissionais. Não se pode deixar ao acaso a ocorrência dos danos, e sim que sejam formados profissionais conscientes e capazes de prevenirem os riscos e se tornarem ativos no controle e manutenção da saúde.

2.3 Taxa de Incidência Específica para Doenças do Trabalho

O último Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT) do Instituto Nacional de Seguro Social, Ministério da Fazenda, publicado em 2017, apresenta informações sobre acidentes do trabalho por região do Brasil, por tempo de incapacidade e ainda segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID10, o que permitiu a padronização da classificação de doenças em relação às demais instituições de saúde (BRASIL, 2017).

Ao se analisar o ano de 2017, observou-se que do total de 549.405 casos de acidentes de trabalho registrados no Brasil, 9.700 referem-se a Doença do Trabalho, que corresponde a aproximadamente 2% dos casos. A Tabela 1 apresenta as causas mais frequentes de incapacidade por Doenças do Trabalho no Brasil em 2017 (BRASIL, 2017).

Segundo o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (BRASIL, 2017, p. 665):

Indicadores de acidentes do trabalho são utilizados para mensurar a exposição dos trabalhadores aos níveis de risco inerentes à atividade econômica, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas dos acidentes e seus impactos nas empresas e na vida dos trabalhadores. Além disso, fornecem subsídios para o aprofundamento de estudos sobre o tema e permitem o planejamento de ações nas áreas de segurança e saúde do trabalhador.

Tabela 1 - Doenças do Trabalho registradas no Brasil em 2017

DOENÇA DO TRABALHO	CID	Nº CASOS
1º Lesões no Ombro	M 75	1.869
2º Sinovite e Tenossinovite	M 65	1.048
3º Dorsalgia	M 54	591
4º Mononeuropatias dos membros superiores	G 56	582
5º Reações ao Stress grave e transtornos de adaptação	F 43	491
6º Outros transtornos de discos intervertebrais	M 51	444
7º Outros transtornos do ouvido interno	H 83	356
8º Outros transtornos ansiosos	F 41	317
9º Outras entesopatias	M 77	316
10º Perda da audição devido a transtorno de condução neuro-sensorial	H 90	313
11º Episódios depressivos	F 32	288

Fonte: BRASIL, 2017. p.536-538.

A Taxa de Incidência de Acidentes do Trabalho refere-se a um indicador da intensidade com que acontecem os acidentes do trabalho. O AEAT definiu ainda a Taxa de Incidência Específica para Doenças do Trabalho, que é calculada segundo a equação 1 apresentada a seguir:

$$\frac{\text{Número de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho}}{\text{Número médio anual de vínculos}} * 1.000 \quad (1)$$

O numerador dessa taxa de incidência específica considera somente os acidentes do trabalho cujo motivo seja doença profissional ou do trabalho, ou seja, aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho, peculiar a determinada atividade e constante da relação existente no Regulamento de Benefícios da Previdência Social.

Em 2017, de uma incidência de 13,74 por 1000 vínculos de acidentes de trabalho, 0,24 por 1000 vínculos é a incidência de doenças ocupacionais.

As consequências dos acidentes de trabalho no Brasil em 2017 podem

ser distribuídas em: menos de 15 dias de afastamentos (54,7%), mais de 15 dias de afastamento (25%), necessidade de assistência médica (17,7%), incapacidade permanente (2,2%) e óbito (0,4%).

2.4 Capacidade para o Trabalho

O *Finnish Institute of Occupational Health* (FIOH – Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional), diante do envelhecimento da população trabalhadora, desenvolveu estudos a partir da década de 1980 que marcaram significativamente o campo de conhecimento na área de capacidade para o trabalho, consolidando uma base teórica a respeito dos principais determinantes, as consequências e as medidas de intervenção, contribuindo para uma política governamental de atenção à manutenção da capacidade para o trabalho (MARTINEZ et al., 2010, p.1554).

Segundo a OMS, a capacidade para o trabalho é definida como todas as atividades de empregadores, de trabalhadores e de organizações cooperativas de trabalho a realizar em conjunto para promover e apoiar a capacidade de trabalho e a capacidade funcional das pessoas em toda a sua vida profissional. O modelo finlandês de promoção de saúde no local de trabalho é reconhecido pela OMS, que estabeleceu que os serviços de saúde devem participar na manutenção da capacidade para o trabalho (WHO, 2000).

A capacidade para o trabalho resulta da combinação entre as demandas físicas, mentais e sociais do trabalho aos recursos humanos, com o gerenciamento, a cultura organizacional, a comunidade e o ambiente de trabalho (MARTINEZ et al., 2010). Pode ser aferida pelo Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), expressando o quão bem está o trabalhador ou estará em um futuro próximo, e o quão capaz pode executar o seu trabalho com relação às exigências, ao seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais (TUOMI et al., 2010).

O Índice de Capacidade para o Trabalho originou-se de amplos estudos de acompanhamento do Instituto de Saúde Ocupacional na Finlândia e tem realizado prognósticos confiáveis a respeito das mudanças na capacidade para o trabalho em diferentes grupos ocupacionais. Retrata a avaliação do próprio trabalhador sobre sua capacidade para o trabalho, corroborando com os resultados de exames clínicos

observados. É um instrumento reproduzível utilizado em Serviços de Saúde Ocupacional, tornando-se um bom preditor de incapacidade para o trabalho (TUOMI et al., 1994; 2010).

A capacidade de trabalho foi avaliada no estudo de Tuomi et al. (1994) utilizando-se o ICT, considerando as demandas físicas e mentais do trabalho, e a própria saúde e recursos do trabalhador, que foi obtido a partir dos seguintes itens: capacidade de trabalho atual comparada com a melhor da vida útil, capacidade de trabalho relacionada às demandas do trabalho, o número de doenças atuais diagnosticadas por um médico, estimativa de comprometimento do trabalho devido às doenças, licença por doença no último ano, prognóstico próprio de capacidade para o trabalho dois anos mais tarde e recursos mentais.

Segundo Tuomi et al. (2010), a utilização do ICT pode ser destinada adicionalmente para prever o risco de incapacidade em um futuro próximo. Em seu estudo de acompanhamento de servidores municipais em processo de envelhecimento, aproximadamente dois terços das pessoas classificadas no grupo de baixa capacidade para o trabalho (conforme classificação do índice) aposentaram-se por incapacidade durante os onze anos de acompanhamento do estudo. Por outro lado, mais de um terço dos trabalhadores inicialmente classificados com baixa capacidade para o trabalho foram capazes de melhorar sua capacidade para o trabalho e continuar trabalhando na mesma ocupação do início ao fim do estudo.

Cordeiro e Araújo (2016) realizaram uma análise das produções científicas existentes sobre a capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil, publicados entre 1996 e 2013, e que utilizaram o ICT. Observaram que a prevalência de capacidade para o trabalho inadequada variou entre 0,0% e 81,2% entre as diferentes categorias profissionais. Foram consideradas inadequadas as capacidades para o trabalho baixas ou moderadas, contrariamente às capacidades para o trabalho boas e ótimas, que foram consideradas adequadas. Concluíram ainda que os fatores associados à capacidade para o trabalho foram os individuais, os relacionados à saúde e aqueles referentes às condições de trabalho ambiental e organizacional.

Raffone e Hennington (2005), analisando a capacidade para o trabalho de trabalhadores de enfermagem, destacaram a associação de maior capacidade funcional dos trabalhadores com maior nível de escolaridade e com a prática de atividades físicas.

Por outro lado, Beltrame (2009), em seu estudo observou médias elevadas de capacidade para o trabalho, e a sua correlação com a qualidade de vida em trabalhadores de indústria. Não houve correlação entre o ICT e setor de trabalho, turno, atividade física regular, sexo, idade e nível de escolaridade.

A sobrecarga no trabalho pode ser percebida quando o desempenho na tarefa é insuficiente ao esperado para a função, bem como quando a competência do trabalhador excede ao exigido no trabalho. Desse modo, manter a carga de trabalho adequada às habilidades e conhecimentos que o trabalhador dispõe para executar seu trabalho, principalmente em atividades que demandam maiores habilidades psicológicas e cognitivas, pode promover a manutenção da saúde e a capacidade de trabalho e funcional (TUOMI et al., 1997).

O estudo de Tuomi et al. (1997) demonstrou que as mudanças percebidas nas características do trabalho podem gerar maior ou menor carregamento, influenciadas pelo fato da carga de trabalho permanecer igual, diminuir ou aumentar. O desenvolvimento técnico do profissional e a proteção das leis trabalhistas podem ter diminuído a carga de trabalho, porém, o envelhecimento dos trabalhadores e a situação econômica mais difícil, podem ter maior sobrecarga, pois o trabalho parece ter se tornado fisicamente mais leve, mas mentalmente mais difícil (TUOMI et al., 1997).

Tuomi et al. (1997) realizou várias outras análises a respeito da capacidade para o trabalho. No seu trabalho, apresentou os resultados, e entre estes, destaca-se que a queda do nível de capacidade para o trabalho teve repercussão em doenças e sintomas, aposentadoria ou afastamento por incapacidade e morte precoce. A análise a respeito de estilo de vida, envelhecimento e capacidade para o trabalho mostrou influência entre o estilo de vida e mudanças na capacidade de trabalho. Adicionalmente, ao avaliar sobre as mudanças na saúde sugeriu que a saúde estava prejudicada com o aumento da idade, e que os sujeitos apresentavam

mais sintomas que anteriormente. Com relação aos sintomas de estresse, foram apontados os sintomas físicos imediatos no trabalho, as reações mentais e os sintomas musculoesqueléticos e cardiovasculares (TUOMI et al., 1997).

Na compreensão mais profunda do que significa a capacidade para o trabalho, desenvolveu-se um modelo válido para a manutenção da capacidade para o trabalho, com foco centrado em aspectos preventivos, utilizando mecanismos de ação para melhorias das condições de trabalho, melhorias na organização e no ambiente psicossocial do trabalho, promoção da saúde e dos recursos individuais e desenvolvimento de competência profissional (TUOMI et al., 2001; MARTINEZ et al., 2010).

Conforme apresentado por Cordeiro e Araújo (2016) a capacidade para o trabalho pode ser avaliada pelo ICT, que permite a realização de pesquisas no âmbito científico devido à precisão e confiabilidade do método. O autor reforça ainda que os resultados são reproduzíveis e podem ser utilizados no acompanhamento individual e coletivo, permitindo a análise tanto da capacidade para o trabalho como dos fatores associados a ela.

Segundo Tuomi et al. (2001; 2004), a capacidade para o trabalho apresentou uma associação positiva com a qualidade e produtividade no trabalho, ao bem-estar mental, à menor exaustão emocional e a um elevado desempenho dos trabalhadores. Como resultado, notam-se benefícios para as organizações e para sociedade devido aos seus impactos na produtividade, absenteísmo, custos sociais e assistência às doenças (MARTINEZ et al., 2010).

3 METODOLOGIA

A pesquisa pode ser definida como o procedimento racional e sistemático a fim de apresentar respostas aos problemas apresentados (GIL, 2010). Gil (2010) estipula que a organização dos procedimentos a serem seguidos na realização da pesquisa varia conforme as peculiaridades de cada estudo, de modo que se faz necessário apresentar informações sobre o tipo da pesquisa, população, amostra, coleta e análise dos dados obtidos. Com o exposto, é possível estabelecer as bases teóricas e conceituais deste estudo, conforme os parâmetros metodológicos estabelecidos a seguir.

O presente estudo desenvolveu-se de modo a trazer informações a respeito das doenças ocupacionais relacionadas à prática da atividade de cirurgião-dentista no CBMDF, como base para o alcance do seu objetivo principal, no subsídio das ações de prevenção às doenças do trabalho dos militares do Quadro de Oficial Bombeiro Militar Cirurgião-Dentista do CBMDF.

3.1 Classificação da pesquisa

3.1.1 Quanto à finalidade

Diante das informações apresentadas no estudo, é possível adquirir conhecimento para subsidiar as decisões e atividades do órgão para prevenção das doenças ocupacionais dos trabalhadores, bem como a melhora na qualidade de vida, redução de custos em saúde e manutenção da produtividade do serviço. Quanto a sua finalidade, por objetivar gerar conhecimentos para aplicação prática dirigidos à solução de problemas específicos, esta pesquisa é classificada como aplicada (GIL, 2010; PRODANOV; FREITAS, 2013).

3.1.2 Quanto ao método de abordagem

Quanto ao método científico, pode ser classificado como dedutivo, pois pretendeu explicar o conteúdo das premissas, analisando uma cadeia de raciocínio do geral para o particular, alcançando uma conclusão (PRODANOV; FREITAS, 2013).

3.1.3 Quanto à natureza dos objetivos

A presente monografia baseia-se em seu objetivo geral e pode ser classificada, segundo Gil (2010), como uma pesquisa descritiva, proporcionando a descrição das características de um grupo específico de trabalhadores, somado ao estabelecimento de relações entre variáveis. Para tanto, foram utilizadas técnicas padronizadas de coleta de dados, que incluiu o questionário de Índice de Capacidade para o Trabalho e a análise dos afastamentos por motivo de saúde, com sua possível associação aos riscos ocupacionais.

3.1.4 Quanto à natureza das variáveis

Para se alcançar os objetivos desta pesquisa, a forma de abordagem do problema classifica a pesquisa como quantitativa, traduzindo em números as opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Nesse processo, busca-se a relação causa-efeito entre os fenômenos, a análise da interação de certas variáveis, e compreender e classificar processos dinâmicos vivenciados pelo grupo de trabalhadores em questão (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A análise dos dados envolve a codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos diretos. Posteriormente, foi realizada a interpretação dos dados, a fim de estabelecer a relação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos.

3.1.5 Quanto aos procedimentos

Quanto aos procedimentos utilizados para a realização do estudo, pode-se classificar como uma pesquisa bibliográfica, baseada em material já elaborado relacionado a doenças ocupacionais, pesquisa documental mediante análise de dados obtidos dos atestados de saúde e por levantamentos compostos pela aplicação de questionários aos participantes da amostra.

3.2 Universo da pesquisa

A pesquisa pautou-se por um levantamento de dados primários através da aplicação direta de questionário para se conhecer a população alvo e o ambiente

de trabalho na Policlínica Odontológica do CBMDF, bem como para a definição do Índice de Capacidade para o Trabalho do universo em questão.

A população objeto do estudo foi composta por 36 oficiais do Quadro de Oficial Bombeiro Militar Cirurgião Dentista do CBMDF, que concordaram com a utilização dos dados e do escore de sua capacidade para o trabalho, através do consentimento informado. Por se tratar de um universo restrito, a amostra foi censitária, composta por todos os profissionais pertencentes ao quadro estudado e expostos ao mesmo ambiente de trabalho.

A fim de se estudar a influência do ambiente de trabalho e da execução prática do trabalho como cirurgião-dentista, foram considerados no estudo somente os cirurgiões-dentistas lotados na Policlínica Odontológica (PODON), excluindo dessa forma um oficial do QOBM/C.Dent., por exercer exclusivamente atividades administrativas com lotação fora do ambiente da PODON. Foram excluídos ainda os dados da autora do estudo, pertencente também ao QOBM/C.Dent., a fim de manter a pesquisa isenta de viés por parte da pesquisadora.

O levantamento de dados primários obtidos a partir dos atestados de saúde no sistema do Centro de Perícias Médicas (CPMED) deu-se a partir do ano de 2014 até o presente ano, 2019. A amostra baseou-se nos oficiais cirurgiões-dentistas que estiveram na ativa durante esse período. Desse modo foram excluídos da análise os militares do quadro que foram para reserva remunerada anteriormente ao ano de 2014.

Com o exposto, durante o período de análise do estudo, quatro oficiais foram para a inatividade, e quatro novos oficiais foram incorporados à carreira. Por estarem expostos ao ambiente de trabalho estudado, todos foram incluídos no levantamento dos afastamentos por atestado, e do mesmo modo, incluídos no questionário para o levantamento do Índice de Capacidade para o Trabalho.

Com relação aos dados referentes aos afastamentos por motivo de doença, foram considerados apenas os afastamentos totais, relativos às Licenças para Tratamento de Saúde Própria (LTSP). Dessa forma, foram excluídas as licenças parciais (inclusive os afastamentos parciais relacionados à gestação, de modo que as gestantes se afastam da execução de atividades insalubres) e as licenças para

acompanhamento de pessoa da família dependente, inclusive os afastamentos totais referentes ao CID Z 76.3 – Pessoa em boa saúde acompanhando pessoa doente.

3.3 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

3.3.1 Pesquisa Bibliográfica

O procedimento empregado neste trabalho iniciou a abordagem com uma pesquisa bibliográfica baseada em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos, publicações de órgãos e legislação sobre assuntos relacionados a riscos ocupacionais, doenças do trabalho e capacidade para o trabalho. Foram apresentadas as previsões legais, as definições de doenças do trabalho, bem como a apresentação de dados estatísticos nacionais, correlacionando os principais fatores de risco para o adoecimento por atividades laborais no exercício da função de cirurgião-dentista.

A presente parte do trabalho se deu a fim de demonstrar os possíveis riscos a que estão expostos e doenças ocupacionais resultantes, de modo a permitir melhor interpretação e compreensão dos dados levantados especificamente da população alvo.

3.3.2 Levantamento

Segundo Gil (2010), os levantamentos apresentam as vantagens de se conhecer diretamente a realidade, uma vez que as próprias pessoas informam acerca de suas manifestações; a economia e rapidez, visto que a aplicação de questionários apresenta custos relativamente baixos; e ainda a vantagem de quantificação, pois os dados obtidos podem ser agrupados em tabelas, possibilitando sua análise estatística.

O levantamento ainda pode ser realizado do tipo painel, que consiste na coleta de dados da mesma amostra ao longo do tempo, a fim de aprender o processo de mudança indicando suas tendências à variação (GIL, 2010).

3.3.2.1 Questionário

Buscou-se a identificação de um questionário que fosse reconhecido, de expressiva utilidade e de aplicação prática, para definição de um índice válido. Conforme apresentado na revisão de literatura, o instrumento de análise utilizado foi o questionário de Índice de Capacidade para o Trabalho, originalmente desenvolvido e validado pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia, chamado *Work Ability Index*, traduzido e adaptado culturalmente para o português brasileiro pela Universidade de São Carlos (TUOMI et al., 2010).

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), segundo Tuomi et al. (2010, p. 9), é um instrumento utilizado em Serviços de Saúde Ocupacional que demonstra quão bem um trabalhador está no momento, ou estará em um futuro próximo, e o quão capaz pode executar o seu trabalho, em função das exigências do mesmo, de seu estado de saúde e de suas capacidades físicas e mentais.

A primeira parte do questionário (Apêndice A) aplicado aos cirurgiões-dentistas do CBMDF dedica-se à caracterização do sujeito da pesquisa, com nove perguntas como idade, gênero, tempo na profissão, tipo de especialidade, horas de trabalho e sobre a prática de exercício físico. O intuito de se conhecer a amostra é a possibilidade de avaliar correlação entre as características apresentadas por cada um e o surgimento de doenças ocupacionais.

Em seguida, os profissionais responderam a segunda série composta por quinze perguntas, a qual vislumbra avaliar a correlação do ambiente de trabalho, hábitos dos profissionais e atividade exercida como cirurgião-dentista na Policlínica Odontológica, com a ocorrência de doenças do trabalho. Por fim, a terceira parte do questionário foi constituída das perguntas para a definição do Índice de Capacidade para o Trabalho, conforme disponibilizado no Anexo A do presente estudo.

O questionário aplicado (ICT) é constituído por 60 perguntas, que abordam informações das condições de saúde e manifestação sobre a auto-percepção da capacidade em realizar as tarefas diárias. Os profissionais foram solicitados a indicar, por exemplo, as doenças apresentadas por cada indivíduo, o impedimento para a realização do trabalho, quantos dias geraram de afastamento do

serviço, a esperança que possuem para o futuro, e classificaram a melhor capacidade de trabalho atual utilizando uma escala de 0 a 10 pontos.

A plataforma utilizada para aplicação do questionário foi o *Google Forms*, onde foi realizada uma explicação a respeito do objetivo da pesquisa, a apresentação dos questionamentos e por fim a solicitação de autorização para utilização dos dados coletados.

3.3.2.2 Cálculo do Índice de Capacidade para o Trabalho

O Índice de Capacidade para o Trabalho é calculado pela soma dos pontos dados para cada um dos sete itens, conforme visualizado na Figura 2.

Algumas considerações sobre o quadro da Figura 2 precisam ser exploradas e seguidas. O índice varia de 7 a 49 pontos e todas as questões devem ser respondidas para o cálculo. Caso o resultado seja fracionado, meio ponto no resultado final deve ser arredondado para cima. Para o item 3, a respeito do número de doenças, somente serão pontuadas as doenças diagnosticadas por médico. Sobre o item 7, recursos mentais, considera-se a vida em geral, tanto no trabalho como no tempo livre.

Com relação ao item 2, a respeito da capacidade para o trabalho em relação às exigências do mesmo, a pontuação deve ser ponderada conforme a natureza do trabalho, sendo avaliada em relação às exigências físicas e mentais. No caso da odontologia, como avaliada por esse estudo, o trabalho possui exigências tanto físicas como mentais, desse modo a quantidade de pontos (score) permanece inalterada, não sendo necessária a utilização da fórmula para ponderação. O resultado é obtido pela soma das duas respostas obtidas para o item.

O ICT é definido com base nas respostas à série de questões, que são classificadas e o resultado atinge um score de 7 a 49 pontos. Após a classificação, o score retrata o conceito do próprio trabalhador sobre a sua capacidade para o trabalho, considerando as exigências físicas e mentais, o estado de saúde e os recursos do trabalhador.

Figura 2 – Quadro de itens do Índice de Capacidade para o Trabalho, número de questões para avaliar cada item e escore

ITEM	Nº DE QUESTÕES	NÚMERO DE PONTOS (ESCORE) DAS RESPOSTAS
1. Capacidade atual para o trabalho comparada com a melhor de toda a vida	1	0 - 10 pontos (Valor assinalado no questionário)
2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho	2	Número de pontos ponderados de acordo com a natureza do trabalho
3. Número de doenças atuais diagnosticadas por médico	1 (Lista de 51 doenças)	Pelo menos 5 doenças = 1 ponto 4 doenças = 2 pontos 3 doenças = 3 pontos 2 doenças = 4 pontos 1 doença = 5 pontos Nenhuma doença = 7 pontos
4. Perda estimada para o trabalho por causa de doenças	1	1-6 pontos (valor assinalado no questionário; o pior valor será escolhido)
5. Faltas ao trabalho por doenças no último ano (12 meses)	1	1-5 pontos (valor assinalado no questionário)
6. Prognóstico próprio da capacidade para o trabalho daqui a 2 anos	1	1,4 ou 7 pontos (valor assinalado no questionário)
7. Recursos mentais	3	Os pontos das questões são somados: Soma 0-3 = 1 ponto Soma 4-6 = 2 pontos Soma 7-9 = 3 pontos Soma 10-12 = 4 pontos

Fonte: TUOMI et al., 2010. p.15

De acordo com o escore alcançado pelos trabalhadores, como observado no quadro da Figura 3, podem ser classificados o ICT e as medidas necessárias a serem tomadas, desde manter, até melhorar ou restaurar a capacidade para o trabalho. O ICT pode ser usado ainda para prever o risco de incapacidade em um futuro próximo (TUOMI et al., 2010).

Figura 3 – Quadro de capacidade para o trabalho e objetivos das medidas

PONTOS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO	OBJETIVOS DAS MEDIDAS
7 – 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28 – 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37 – 43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44 – 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

Fonte: TUOMI et al., 2010. p.11

O ICT pode ser usado para definir a atual capacidade para o trabalho de um trabalhador, as medidas de apoio necessárias para o seu acompanhamento, e ainda as circunstâncias sob as quais ele trabalha.

O Anexo B apresenta a Lista de Medidas para melhorar a capacidade para o trabalho, apresentada por Tuomi et al. (2010), que deve ser utilizada conforme os resultados observados no estudo.

3.3.3 Pesquisa Documental

Somado ao apresentado, o estudo abordou uma pesquisa documental para coleta de dados com base nos afastamentos por motivo de doença, utilizando dados dos atestados médicos e odontológicos, devidamente homologados pelo Centro de Perícias Médicas (CPMED) do CBMDF, de militares do QOBM/C.Dent. dos últimos cinco anos (entre 2014 e 2019).

O período definido para a análise documental encontra-se entre agosto de 2014, quando se iniciou o armazenamento digital dos dados no sistema utilizado atualmente pelo CPMED, e setembro de 2019, quando se obteve os dados do sistema para análise no presente estudo.

Diante dos dados apresentados, foi possível estudar as características desse grupo e realizar sua distribuição por idade, gênero masculino e feminino, motivos dos afastamentos e tempo de afastamento. Permitiu ainda a avaliação da existência de associação entre variáveis, como a exposição a riscos ocupacionais e o desenvolvimento de doenças do trabalho. Tornou-se possível ainda analisar a relação entre os tipos de doenças e seu impacto, pela quantidade de dias de afastamento que resulta.

O estudo abordou o levantamento da classificação das doenças que levaram ao absenteísmo, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Para a análise da relação do absenteísmo com a idade, os resultados foram comparados de acordo com faixas etárias em intervalos de cinco anos.

Por fim, foram avaliados ainda registros documentais do Programa Odontologia Itinerante, que diz respeito ao programa de prevenção e de atendimento odontológico descentralizado realizado pela PODON aos militares da corporação nos quartéis. O programa é realizado pelos cirurgiões-dentistas da especialidade de Saúde Coletiva, nas viaturas de Auto Serviço Odontológico (ASO 1, ASO 2 e recentemente pela ASO 3). Os registros contém os relatos das experiências desses profissionais com relação aos riscos ocupacionais enfrentados na execução do programa.

3.4 Tabulação, interpretação e análise dos dados

Os dados obtidos através da pesquisa bibliográfica em material publicado a respeito das doenças ocupacionais e legislação pertinente foram descritos na revisão de literatura.

As informações obtidas através da pesquisa documental e do questionário aplicado aos militares da amostra foram lançados em planilhas de Excel, com elaboração de gráficos e tabelas a fim de permitir a melhor visualização e análise dos dados, possibilitando a comparação entre as diversas variáveis e posterior discussão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A interação do trabalhador com os agentes ou fatores existentes no meio ambiente de trabalho pode resultar em consequências para a saúde das pessoas, o que caracteriza a exposição ocupacional.

Nem toda exposição aos agentes de risco resulta em efeitos prejudiciais à saúde, e são dependentes do tipo de agente, da concentração deste, da frequência e duração da exposição, dos protocolos de utilização e até da suscetibilidade individual.

4.1 Referente à pesquisa dos riscos ocupacionais

Com relação ao primeiro objetivo específico, apontar os riscos ocupacionais aos quais são expostos os cirurgiões-dentistas, o assunto foi amplamente abordado de modo a reunir estudos presentes na literatura que demonstrem os riscos citados e formas de promoção da saúde e prevenção às doenças.

Foram elencados na revisão de literatura os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais, mecânicos e de acidentes a que estão expostos os cirurgiões-dentistas no exercício da sua função. Foram descritos os agentes de risco específicos da área e suas possíveis consequências à saúde do trabalhador. Conhecer os riscos e as consequências possíveis torna-se útil para que a área de Saúde Ocupacional da corporação possa dar atenção especial na observação e pesquisa dessas manifestações nos profissionais ocupacionalmente expostos.

Além do exposto, o trabalho evidenciou as exigências previstas na legislação brasileira de modo a regular as medidas a serem adotadas para redução dos riscos nas atividades laborais e nos ambientes de trabalho.

O CPMED não possui um estudo rastreando os riscos e possíveis consequências das exposições laborais, não correlacionando os atestados dos militares às possíveis doenças ocupacionais. Consequentemente, torna-se importante

dedicar atenção ao trabalho publicado pelo MS, *Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde*, concretizado para orientar os profissionais dos serviços de saúde “quanto aos procedimentos de assistência, prevenção e vigilância da saúde dos trabalhadores e possibilitar a caracterização das relações da doença com o trabalho ou a ocupação, na perspectiva da Saúde do Trabalhador” (BRASIL, 2001).

Do mesmo modo torna-se necessário o cumprimento ao previsto nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, principalmente a NR 7, que regulamenta o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), e a NR 9, que trata do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).

Especificamente voltado para a área estudada, deve ser observado o abordado pela Anvisa no livro *Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle dos Riscos*, que trata do controle da infecção e de doenças transmissíveis, bem como de adequações de infraestrutura no campo de serviços odontológicos (BRASIL, 2006).

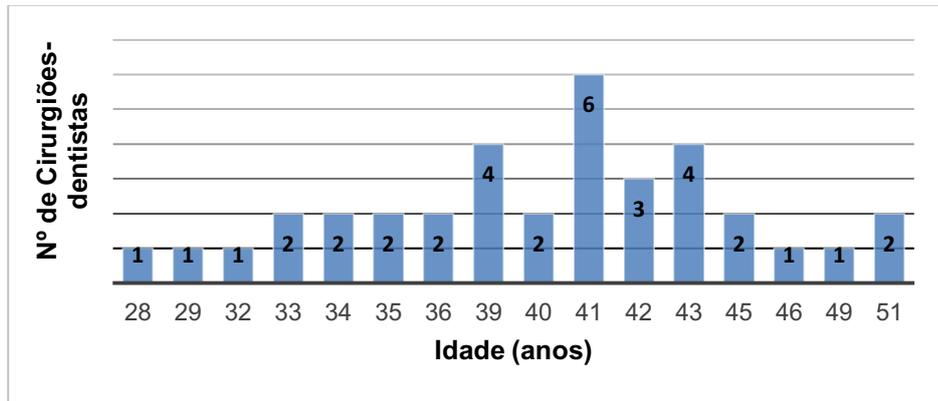
Adicionalmente, a fim de cumprir com o segundo objetivo específico, que visou identificar os aspectos da atividade profissional dos cirurgiões-dentistas do CBMDF que geram riscos e doenças do trabalho, foi aplicado um questionário aos profissionais. Dessa forma, foi possível associar os riscos elencados na revisão de literatura com as características de exposição no ambiente da PODON, conforme será discutido nos tópicos a seguir.

4.2 Referente à caracterização da amostra

O QOBM/C.Dent. abordado no estudo conta com 36 cirurgiões-dentistas, cuja totalidade participou respondendo ao questionário, e autorizando através do consentimento informado a utilização dos dados no presente estudo.

Os cirurgiões-dentistas da amostra são compostos por 13 mulheres (36%) e 23 homens (64%). Ao se considerar as idades dos trabalhadores, observa-se na Figura 4 uma variação entre 28 e 51 anos, com a média de 40 anos de idade.

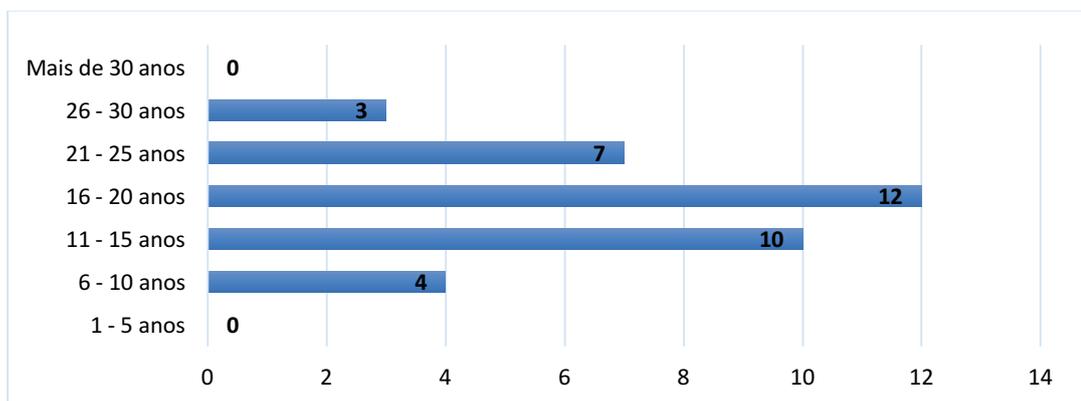
Figura 4 – Gráfico de distribuição dos cirurgiões-dentistas por idade



Fonte: A autora.

A fim de se analisar a influência do ambiente de trabalho e do tipo de execução da tarefa na saúde do indivíduo, considera-se ter conhecimento do tempo de exposição aos fatores de risco. Por conseguinte, demonstra-se na Figura 5 a distribuição dos trabalhadores por tempo de atividade como cirurgião-dentista, independentemente de o início do exercício das funções ter se dado previamente ao ingresso no CBMDF.

Figura 5 – Gráfico de distribuição dos profissionais por tempo de trabalho como cirurgião-dentista



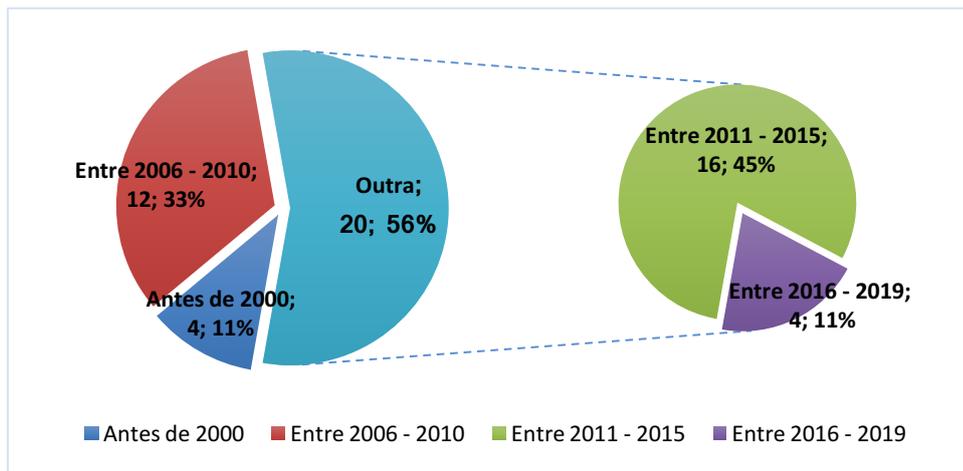
Fonte: A autora.

O estudo evidencia que a maior concentração de trabalhadores se encontra no intervalo de 11 a 25 anos de atividade na profissão, tempo que se mostra mais relacionado ao tempo de formado do que ao tempo de ingresso na carreira no CBMDF. Apenas quatro cirurgiões-dentistas estão expostos aos fatores de risco da profissão a menos de 10 anos, mas ainda assim a pelo menos 6 anos. Desse modo, mostra-se que 89% dos profissionais estão expostos aos riscos ocupacionais

relacionados ao exercício da profissão há pelo menos 10 anos, tempo suficiente para a manifestação de algumas alterações na saúde.

Por outro lado, ao se distribuir a amostra por ano de ingresso na corporação, pode-se observar dois extremos de mesma concentração. Quatro militares ingressaram antes do ano 2000 (11% da amostra), exerceram toda a carreira no exercício da odontologia na corporação e foram para a reserva durante o período de análise do estudo (2016-2019), e de forma similar quatro militares ingressaram no CBMDF recentemente, igualmente entre o período de 2016-2019. A maior parte dos profissionais encontra-se distribuída entre os anos de ingresso de 2006-2010 (33%) e 2011-2015 (45%).

Figura 6 - Gráfico de distribuição dos cirurgiões-dentistas por ano de admissão no CBMDF



Fonte: A autora.

Portanto, é possível dividir a amostra de forma relativamente equilibrada entre os oficiais mais antigos, hoje oficiais superiores, que ingressaram até 2010, e os militares mais modernos, que ingressaram a partir de 2011. Entretanto, apesar do aumento da demanda por trabalhos voltados à gestão, os oficiais superiores acumulam as funções com o atendimento clínico, continuando assim expostos aos fatores de risco da profissão.

O questionário demonstrou ainda que aproximadamente 70% dos profissionais exercem a odontologia em outro turno de trabalho, além do expediente no CBMDF, o que aumenta a exposição aos fatores de risco no exercício da função.

Importante destacar que as ações de redução aos riscos ocupacionais implementadas pelo CBMDF precisam ser levadas a outros ambientes de trabalho e ainda ao estilo de vida dos participantes, de modo a trazer resultados realmente efetivos e duradouros.

Complementarmente, distribui-se os militares entre as várias especialidades exercidas na PODON, sendo cinco especialistas em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, cinco em Saúde Coletiva, oito em Prótese/Clínico geral, quatro em Ortodontia, dois em Endodontia, quatro em Odontopediatria, um especialista em Disfunção Temporomandibular, dois Clínicos Geral, um em Dentística e quatro em Periodontia. Ressalta-se que alguns cirurgiões-dentistas atuam em mais de uma área, mas que foram classificados dentro da área de atuação principal.

As áreas de atuação dos especialistas são responsáveis pela exposição de alguns riscos variáveis, específicos de cada especialidade. Cabe ressaltar que inúmeros fatores podem influenciar nesses riscos, como os riscos químicos, presentes em diversos produtos de uso diário em áreas como Endodontia.

Na mesma linha de raciocínio, os atendimentos na Odontopediatria também podem intensificar os riscos ao estresse, devido às dificuldades no manejo com as crianças. Por outro lado, os atendimentos dos profissionais da Saúde Coletiva nas viaturas ASOs podem aumentar as exposições aos riscos ergonômicos, assim como podem ser intensificados em áreas como Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, em que os profissionais passam mais horas em pé, aumentando o risco para alguns tipos de doenças, como varizes.

Os atendimentos clínicos são realizados nos consultórios da PODON e também nas viaturas ASOs, que ocorrem de forma descentralizada nos quartéis. Importante relatar que os atendimentos nos ASOs foram realizados principalmente por cinco profissionais da área de Saúde Coletiva, que também atuam nas dependências da PODON, sendo portanto expostos aos fatores de risco de ambos locais.

O estudo apresentou ainda que 72% dos entrevistados afirmaram realizar atividades físicas ou praticar esportes regularmente. Assim, mesmo diante da necessidade de os militares realizarem anualmente o Teste de Aptidão Física (TAF), 28% dos militares não realizam treinamento físico regular.

4.3 Referente aos afastamentos por atestado médico

O terceiro objetivo específico, enunciar os afastamentos por motivo de doença por faixa etária, gênero, tempo de afastamento e classificação das doenças dos profissionais do quadro, foi realizado a partir dos dados dos afastamentos por licença para tratamento de saúde própria, e serão apresentados abaixo.

Quanto aos dados analisados referente aos afastamentos do trabalho que ensejaram atestados médicos, cabe destacar que dos 36 cirurgiões-dentistas avaliados, 86% apresentaram atestados, e somente cinco deles (14% da amostra) não apresentaram qualquer atestado médico que resultasse em afastamento do trabalho por LTSP. Evidencia-se que os cinco militares sem atestado médico são do sexo masculino.

Outrossim, no período de setembro de 2014 a outubro de 2019, os militares cirurgiões-dentistas foram responsáveis por 188 atestados médicos, o que corresponde a 0,3% do total de 59.359 atestados apresentados por todos militares da corporação no mesmo período. Ao se considerar a quantidade atual de 5.777 militares ativos no CBMDF, conforme visualizado no Portal da Transparência do Distrito Federal (2020), a média total é de 10 atestados por militar no período descrito. Assim, observa-se que o quadro de cirurgiões-dentistas analisado possui uma média de 5 atestados por militar, sendo expressivamente inferior à média da corporação, pois apesar de representar 0,6% dos militares da corporação, respondem apenas por 0,3% dos atestados.

O resultado é de 1.462 dias de afastamento do trabalho pelos cirurgiões-dentistas, que corresponde a 0,2% do total de 639.196 dias de afastamento por LTSP de todos os militares da corporação em cinco anos. Os cirurgiões-dentistas apresentaram uma média de 7,77 dias por atestado, média inferior à da corporação, que é de 10,84 dias por atestado.

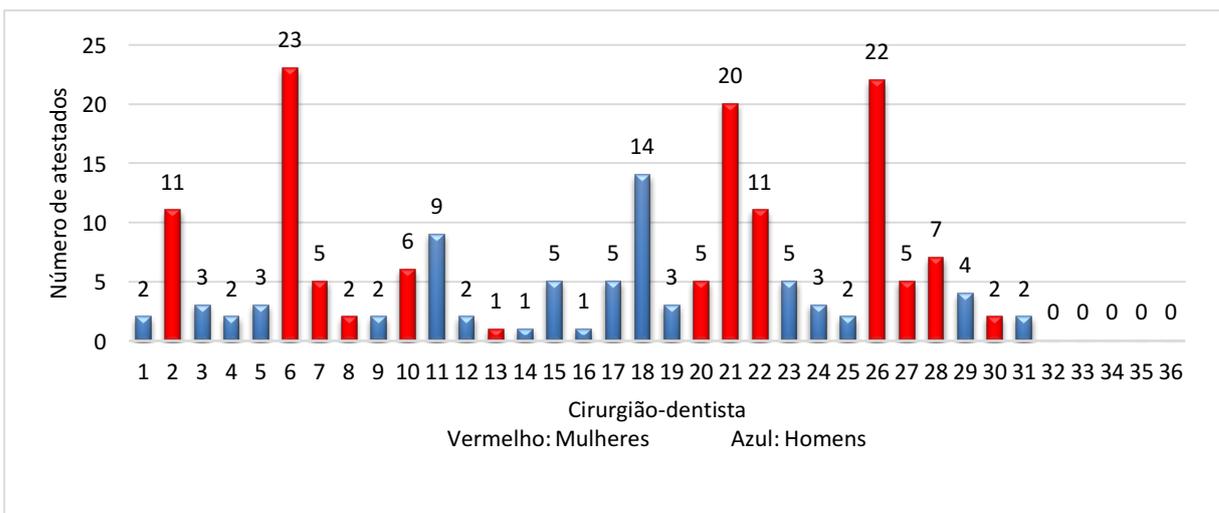
Ao se analisar a proporção de atestados médicos, evidencia-se que os cirurgiões-dentistas apresentaram 50% menos atestados que a média de todos os militares da corporação. Observa-se que apesar da alta exposição a fatores de risco, não possuem um grande reflexo em atestados médicos como os apresentados por outras áreas da corporação. Do mesmo modo, ao se analisar a quantidade média de

dias de afastamento por atestado, os cirurgiões-dentistas apresentam uma média de dias de afastamento 30% inferior. Os resultados mostram a necessidade de um estudo posterior que englobe os demais segmentos da corporação para a inclusão nas medidas preventivas, sem deixar, entretanto, de acompanhar o quadro relacionado no presente estudo.

De forma complementar, nota-se que dos 188 atestados médicos, 120 foram apresentados por mulheres e 68 por homens, o que corresponde a 64% e 36%, respectivamente. Deste modo, evidencia-se que as mulheres, apesar de representarem 36% da amostra, são responsáveis por 64% dos atestados. Conforme visualizado na Figura 7, todas as mulheres apresentaram atestado médico, e ainda foram responsáveis pela maior quantidade de atestados por pessoa.

Tal resultado pode ser decorrente de variações físicas e hormonais oriundas das diferenças entre os gêneros. No entanto, podem se apresentar também em decorrência de diferenças culturais e comportamentais, como o relacionado ao fato das mulheres buscarem mais os serviços de saúde ou ainda pelo imaginário social, com o receio de alguns homens em demonstrar fraqueza ao dar publicidade para os problemas de saúde e terem sua masculinidade desvalorizada (GOMES et al., 2007).

Figura 7 - Gráfico de número de atestados por cirurgião-dentista



Fonte: A autora.

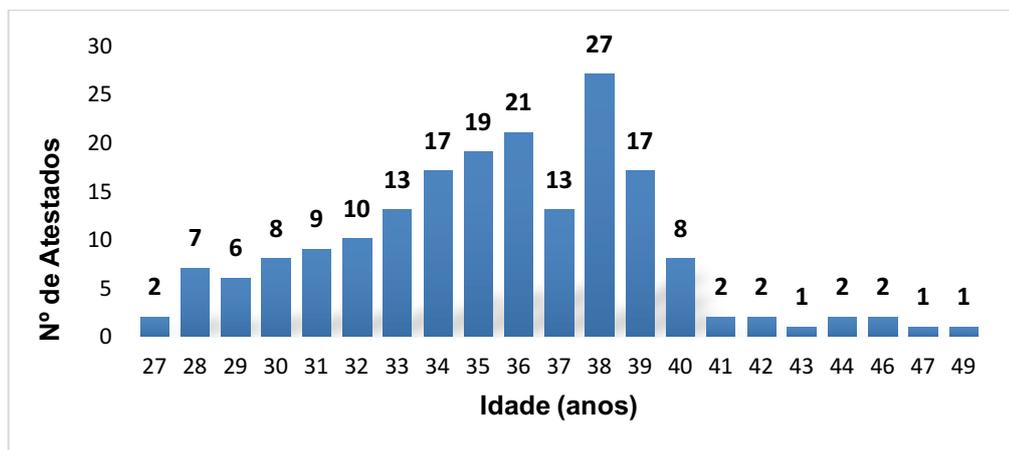
Do quadro de 36 cirurgiões-dentistas, 5 pessoas não apresentaram atestado médico, 22 pessoas apresentaram até 5 atestados, 3 pessoas apresentaram

entre 6 e 10 atestados, 3 pessoas apresentaram entre 11 e 15 atestados, e 3 pessoas apresentaram entre 20 e 23 atestados por pessoa. Com o exposto na Figura 7, observa-se que 75% dos militares do estudo apresentaram até 5 atestados, e que 17% dos profissionais (6 profissionais) concentraram 101 atestados (54% dos atestados), demonstrando que grande parte dos atestados se concentram em uma porcentagem pequena de militares.

Esse grupo de militares que concentra maiores quantidades de atestados precisa ter sua exposição aos riscos de adoecimento avaliada e suas capacidades para o trabalho aferidas, de forma a orientar a criação de ações preventivas específicas para esse público.

Com relação a distribuição dos atestados por idade, ao se considerar a idade do profissional no momento do afastamento, pode-se observar, conforme a Figura 8, que há uma distribuição crescente até aproximadamente 38 anos, com uma redução significativa a partir dos 40 anos de idade. Com o exposto pelo estudo, não foi possível apontar correlação geral do aumento no número de atestados com o aumento da idade e envelhecimento dos cirurgiões-dentistas do CBMDF.

Figura 8 - Gráfico de número de atestados por idade do cirurgião-dentista



Fonte: A autora.

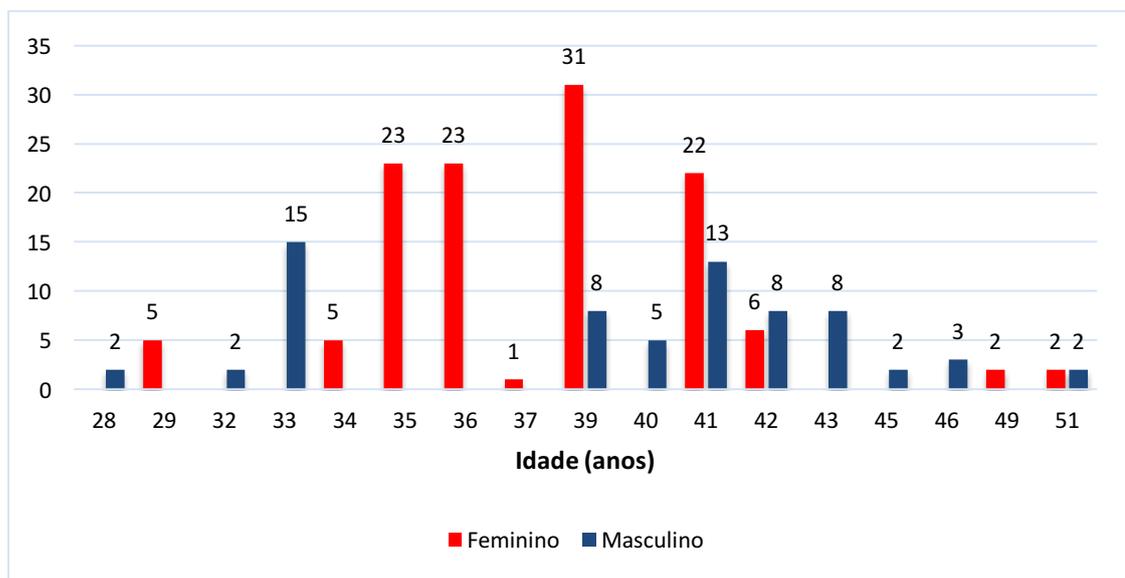
Contudo, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2020) defende que a saúde das pessoas na fase mais adiantada da vida é influenciada pelo comportamento da pessoa em termos de saúde na fase mais precoce de sua vida. Aponta ainda que o declínio das aptidões funcionais pode ser adiado e minimizado por estilos de vida saudáveis, como pela prática de exercício

físico regular e uma alimentação adequada.

Assim, o local de trabalho passa a ter um papel essencial na promoção de um estilo de vida saudável com apoio a atividades que retardam o declínio físico, e desse modo mantenha a capacidade para o trabalho desses trabalhadores. Considerando que o número de trabalhadores mais velhos se apresenta cada vez maior entre a população ativa, torna-se necessária uma melhor gestão da Segurança e Saúde no Trabalho.

Por outro lado, ao se analisar que a maioria dos atestados são do gênero feminino, ocorre em idade de possíveis gestações (Figura 9), e ainda que os responsáveis pela maior quantidade de atestados possuem filhos em idade pré-escolar nesse período de tempo, pode-se levantar a possibilidade de haver correlação de maior adoecimento com a dupla jornada, de associação com o trabalho e os cuidados com os filhos (SILVA; MOURA, 2016).

Figura 9 – Gráfico de número de atestados por idade e gênero



Fonte: A autora.

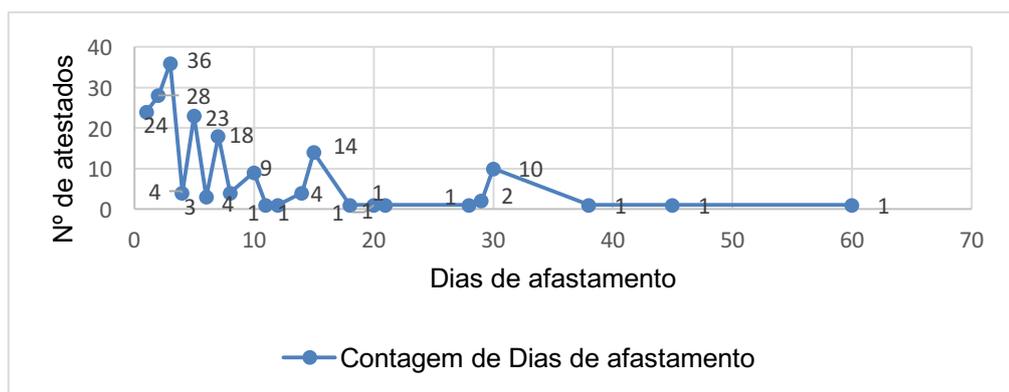
Muito embora tenham ocorrido mudanças na família contemporânea, no sentido de colaboração mútua nas tarefas da casa e nas obrigações de prover o lar, ainda observa-se uma tendência a se ter um envolvimento maior da mulher na criação dos filhos, com preocupações que se mantêm como prioridades na vida da mesma. Borsa e Feil (2008) referem que para a mulher contemporânea, trabalhar e desempenhar suas atividades em casa é somar responsabilidades, e requer da

mulher uma sólida estrutura de personalidade, capacidade rápida de decisão e uma grande habilidade para contornar os múltiplos problemas e contratempos que enfrenta no dia a dia dentro e fora do lar. Refere ainda que as exigências sobre as mulheres são maiores do que aos homens, pois precisam se dedicar à criação e educação dos filhos simultaneamente às obrigações no trabalho, gerando árduos custos físicos e emocionais que podem refletir na saúde da mulher.

Os resultados indicam a necessidade de mais estudos a respeito dos fatores de risco, e de implementação de programas de prevenção específicos para o gênero feminino, de modo a definir os fatores de influência e as ações para a redução dos agravos à saúde e afastamentos desse grupo nessa fase da vida. Ações no sentido de redução da exaustão física e emocional podem se fazer necessárias nesse período, com resultados positivos na produtividade e melhora na capacidade para o trabalho.

Os 188 atestados médicos variaram de 1 a 60 dias de afastamento, apresentando maior ocorrência de atestados de até três dias de afastamento, correspondendo a 47% dos atestados (88 casos). Atestados longos se mostram de forma esporádica, como observado na Figura 10. Com o exposto, evidencia-se que as principais manifestações ainda não se mostram de forma crônica e irreversível, sendo passíveis de atuação de forma preventiva.

Figura 10 - Gráfico de dias de afastamento por número de atestados

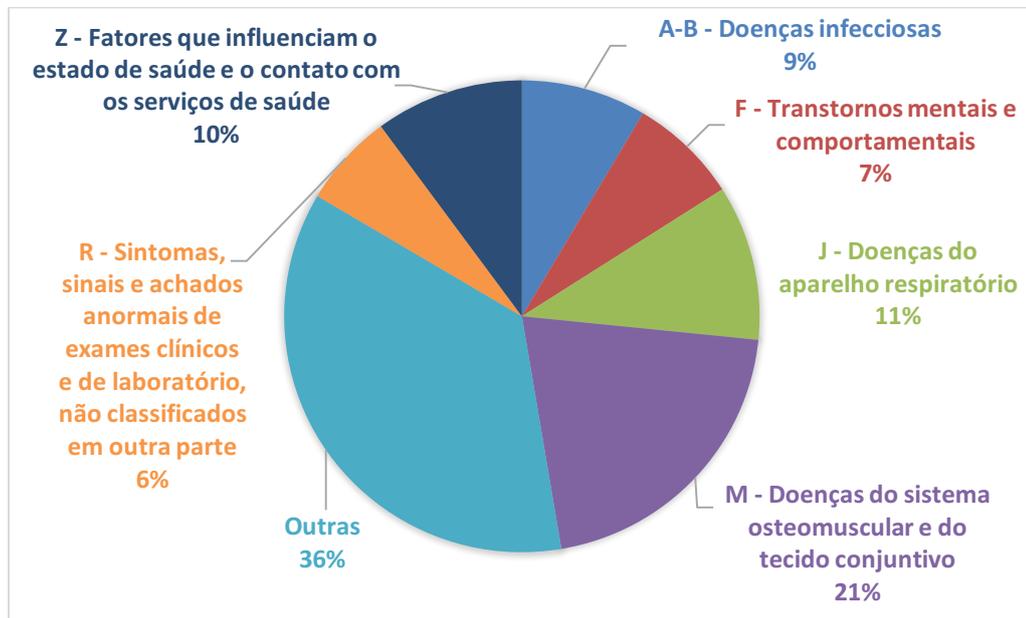


Fonte: A autora.

A distribuição dos atestados por grupos de CID pode ser visualizada na Figura 11. Destaca-se que não houve afastamentos por atestados odontológicos nos profissionais cirurgiões-dentistas da corporação, o que reforça o resultado do

conhecimento sobre a forma e a importância da prevenção da saúde oral.

Figura 11 - Gráfico da distribuição dos atestados por grupos de CID



Fonte: A autora.

Pela análise dos tipos de atestados através da CID-10, observou-se que a principal causa de afastamento ao trabalho se dá pela CID M, referente às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, responsável por 21% dos casos. A CID M foi responsável por 270 dias de afastamento, com uma média de 7 dias de ausência por atestado. Dos 39 atestados apresentados, somente 2 deles foram de 30 dias, 4 de 15 dias, e os demais foram abaixo de 10 dias.

Foi identificado que os atestados por CID M foram apresentados por 39% dos profissionais (14 militares). Todavia, ao se analisar o grupo por especialidade, observa-se que 4 em 5 especialistas (80%) em Saúde Coletiva foram acometidos por doenças osteomusculares, devido às condições pouco ergonômicas de atendimento nos ASOs 1 e 2. Esse dado corrobora com as queixas desses especialistas, registradas nos relatórios do programa itinerante.

Esse resultado está em conformidade com o encontrado na literatura, e com a principal queixa dos cirurgiões-dentistas observada nos questionários, e abrangem principalmente dorsalgia, sinovite e tenossinovite. Ocorreram em menor frequência transtorno de discos lombares e de outros discos intervertebrais com radiculopatia, e outros transtornos dos tecidos moles, como mialgias.

O ambiente de trabalho deve ser planejado e montado com equipamentos localizados ao alcance do dentista e do auxiliar, resultando na realização do trabalho de forma confortável, evitando a execução de movimentos inadequados. Desse modo gasta-se menos tempo e energia, e, portanto, aumentando a produtividade e reduzindo os danos físicos.

A segunda classificação de doenças mais comum na amostra se destina à CID J, responsável por 11% dos casos (20 atestados) e referente a doenças do aparelho respiratório, mais comumente manifestado por sinusite, faringite e amigdalite agudas, e por infecção por influenza. Resultaram em 57 dias de afastamento ao trabalho, com uma média de 3 dias por atestado.

A proximidade com o paciente e o tempo de exposição prolongado durante a realização dos procedimentos odontológicos faz com que o cirurgião-dentista esteja mais sujeito a doenças adquiridas por meio do contato direto com o paciente, ou ainda por contato indireto, através das superfícies do ambiente ou dos itens utilizados para o atendimento. Daí a importância de se intensificar os protocolos de não atendimento a pacientes com qualquer indício de infecção do aparelho respiratório, de modo a preservar a saúde dos profissionais de saúde e os demais pacientes de uma possível infecção cruzada. Mostra-se essencial também a utilização de EPI adequado e a desinfecção adequada dos materiais e locais de atendimento.

Evidencia-se que 10% dos atestados referem-se à CID Z, que são fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde. A principal causa apresentada é a CID Z54.0, referente à convalescença pós-cirúrgica. Foram 19 atestados, responsáveis por 240 dias de afastamento, com uma média de 13 dias. Os afastamentos por cirurgias juntamente com as doenças de CID F, são os responsáveis pela maior quantidade de dias por afastamento, mostrando a importância em se prevenir os fatores causais dos mesmos.

Cabe ressaltar que a prevenção citada se refere às cirurgias oriundas de riscos preveníveis, que podem estar relacionadas às doenças ocupacionais, como por exemplo cirurgia de varizes. Por outro lado, existe uma porcentagem de cirurgias não preveníveis no ambiente de trabalho, como as oriundas de acidentes externos ou ainda por alterações à saúde de causas não laborais.

Doenças infecciosas, referentes às CID A e B, correspondem a 9% dos afastamentos, com 16 casos e 39 dias de afastamentos, e uma média de 2 dias de afastamento por atestado. A principal manifestação das doenças infecciosas é decorrente de diarreia e gastroenterite infecciosa, com 75% das ocorrências.

A próxima manifestação mais incidente refere-se à CID F, transtornos mentais e comportamentais, que são encontrados em 7% dos casos. As principais causas se apresentam como transtornos ansiosos, reações ao estresse, transtornos depressivos e ainda somados aos causados por esgotamento (CID Z73.0). Esse grupo contabiliza 14 atestados, resultando em 246 dias de afastamento, com uma média de 18 dias de afastamento por atestado. Ao se comparar com outras CID, demonstram os atestados com maiores médias de dias de afastamento, sendo 43% destes atestados de 30 dias.

Duas classificações de CID comuns, mas sem relação clara com a atividade laboral, são as doenças de CID O, referente à gravidez, ao parto e ao puerpério, com 9% dos afastamentos, e as CID S e T, correspondente às lesões de causas externas, também responsável por 9% dos afastamentos.

As causas externas mais comuns foram traumatismo superficial do punho e da mão, fraturas de perna, tornozelo e pé, seguidas de outras luxações, entorses e distensões articulares. Originaram 16 atestados, resultando em 195 dias de afastamento, com uma média de 12 dias de afastamento por atestado.

Não poderia ser dito que ações preventivas no ambiente do trabalho não teriam resultados no sentido de evitar os acidentes e atestados oriundos de causas externas, nem tão pouco que seria obrigação dos órgãos e empregadores as ações nesse sentido. Contudo, ainda pode ter utilidade no sentido de prevenir acidentes de causas externas o oferecimento de palestras no sentido de orientação e medidas de cuidados pessoais, como alimentação saudável, controle do consumo de álcool, tabagismo, exercício físico, tempo de recuperação e de sono suficientes e ainda formas de prevenção de acidentes.

Em menor número, mas diagnosticados, aparecem ainda doenças do olho (4%), como conjuntivite; doenças do sistema nervoso (3%), principalmente cefaleia e enxaqueca; doenças do ouvido (2%), como otite externa e perda de audição

por transtorno de condução ou neurossensorial; doenças do aparelho circulatório (2%), como varizes; doenças de pele (1%), como dermatites; doenças endócrinas (1%), como hipotireoidismo; entre outras doenças como sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (6%), que incluem dor torácica, dor abdominal e pélvica, náusea e vômitos e febres de origem desconhecida.

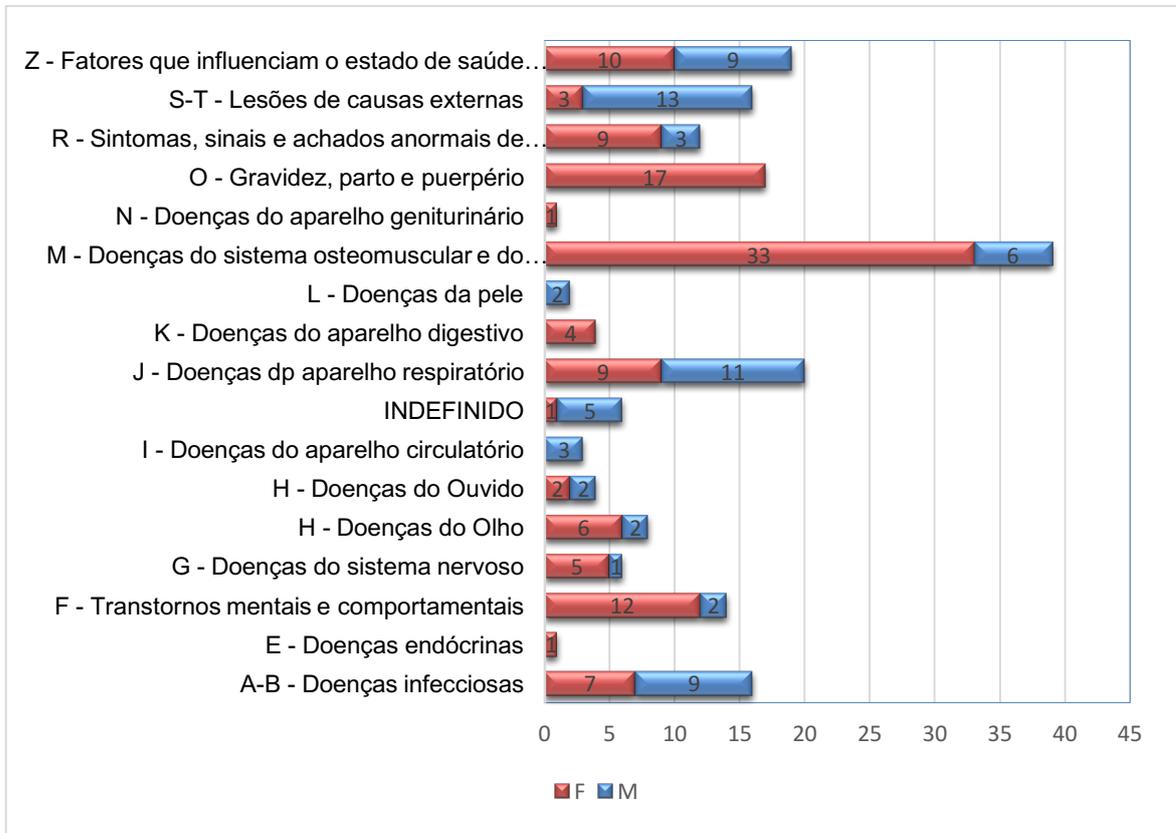
A Figura 12 apresenta a distribuição dos atestados médicos por grupo de CID e por gênero. Atestados relacionados à convalescença pós cirúrgica (CID Z), doenças do aparelho respiratório (CID J), doenças do ouvido (CID H) e doenças infecciosas (CID A e B) apresentam um equilíbrio entre os gêneros.

As doenças que se apresentaram exclusivamente nos homens foram doenças do aparelho circulatório (CID I) e doenças de pele (CID L), mas que ainda assim foram pouco frequentes. Destaca-se a alta prevalência no gênero masculino de lesões de causas externas (CID S e T), correspondente a 81% dos casos, o que corresponde ao defendido pela literatura (ANDRADE, 2010).

Por outro lado, além das doenças relacionadas à gravidez (CID O), apresentaram-se unicamente em mulheres doenças pouco frequentes, como as doenças do trato geniturinário (CID N), doenças do aparelho digestivo (CID K) e doenças de origem endócrina (CID E). Doenças com maior prevalência em mulheres se mostraram em doenças do olho (CID H) e doenças do sistema nervoso (CID G). Contudo, destaca-se a grande diferença na proporção de ocorrências em mulheres para doenças do sistema osteomuscular e transtornos mentais e comportamentais, respondendo por 85% e 86% dos casos, respectivamente. O resultado assente com o discutido a respeito do excesso de tensões no exercício simultâneo das funções do lar e do trabalho.

Cabe ressaltar que 6 atestados não possuíam a especificação da CID, sendo classificados como indefinidos, mas não permitindo sua classificação dentro de outros grupos de CID.

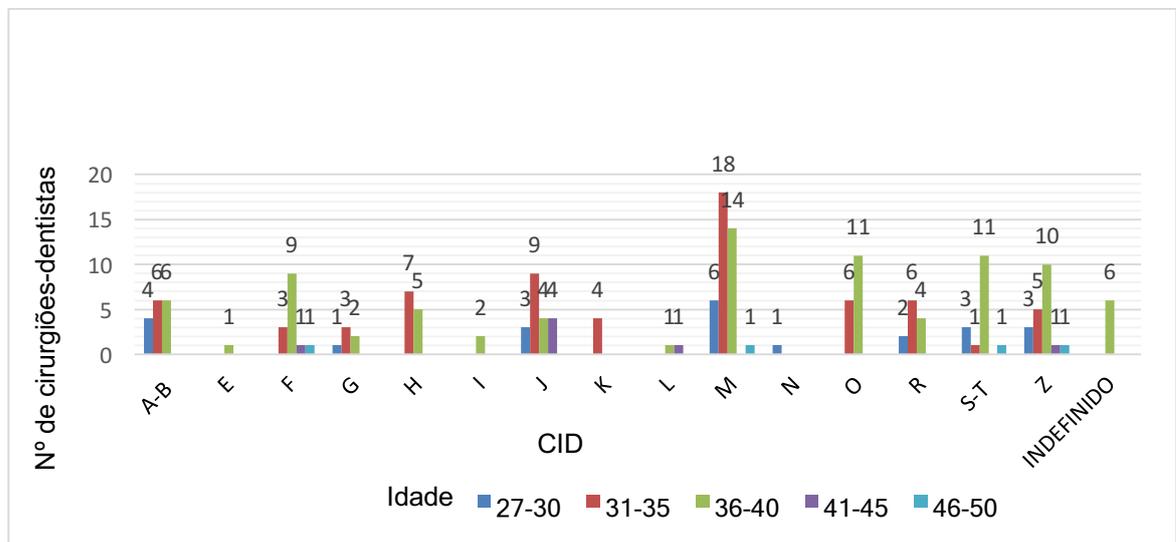
Figura 12 - Gráfico da distribuição dos atestados por grupo de CID e por gênero



Fonte: A autora.

Ao se analisar os tipos de doenças na classificação CID-10 por grupo de idade, a distribuição se deu conforme a Figura 13.

Figura 13 - Gráfico de distribuição dos cirurgiões-dentistas por grupos de CID e grupos de idade



Fonte: A autora.

Ressalta-se que, para as análises especificamente de idade e atestados, os grupos de idades foram definidos pelas idades dos profissionais no momento em que apresentaram os atestados, e não a idade atual destes.

Os grupos de idade dos extremos de 27-30, de 41-45 e de 46-50 apresentaram pequeno número de atestados, distribuídos entre as CIDs. O que se pode inferir do grupo 27-30 anos de idade é que não houve manifestações de CID F, relacionados aos transtornos mentais e comportamentais, e que já se observa um destaque um pouco maior para as doenças de CID M, doenças do sistema osteomuscular. Por outro lado, o grupo 41-45 apresentou uma exposição maior às doenças de CID J, que são as relacionadas ao sistema respiratório.

Os grupos que apresentam maiores concentrações de atestados referem-se às faixas etárias de 31-35 e de 36-40 anos. O primeiro grupo etário se destaca nas doenças do grupo de CID M, de doenças do sistema osteomuscular, demonstrando o quão significativo são os cuidados preventivos relacionados a esses tipos de doenças. Distribuem-se em diversas outras classificações, e sobressaem-se ainda na CID H, doenças do ouvido, e CID K, doenças digestivas.

Os profissionais de faixa etária de 36-40 anos se apresentam em praticamente todos os tipos de CID, com destaque para a CID F, relacionada aos transtornos mentais e comportamentais e ao stress, e ainda a CID I, relativa às doenças circulatórias. Observa-se alta incidência de doenças relacionadas mesmo à faixa etária, como a CID O, relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às CID S-T, que seriam as lesões de causas externas. Contudo, a maior incidência se deu também na CID M, doenças osteomusculares.

4.4 Referente aos dados da exposição aos riscos no ambiente de trabalho

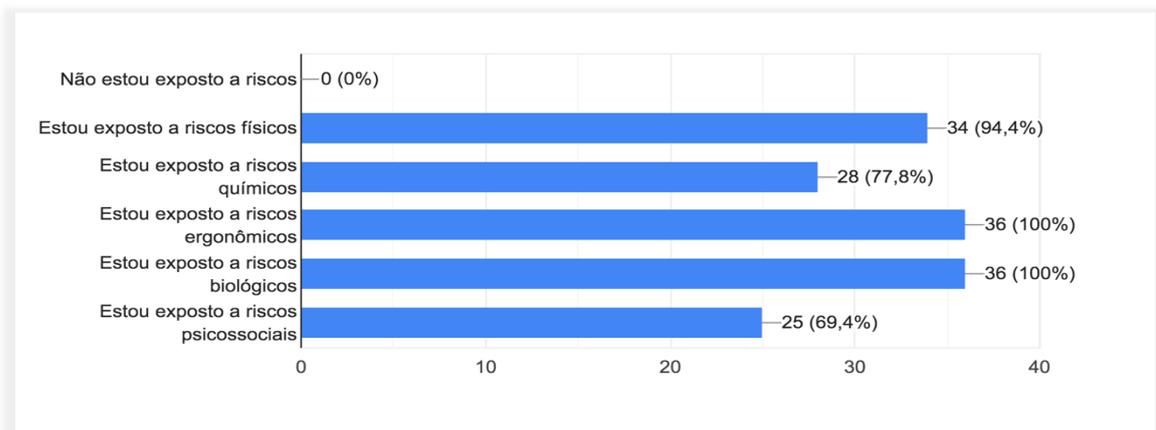
Conforme identificado na revisão de literatura, os cirurgiões-dentistas estão expostos durante a execução do seu trabalho diário a diversos riscos ocupacionais, que incluem riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos, e ainda psicossociais.

Ao se analisar o estudo de Arpone et al. (2012), que evidencia que os cirurgiões-dentistas não têm um adequado conhecimento sobre os riscos relativos à

exposição aos produtos químicos que utilizam na execução de seu trabalho diário, entende-se como primordial a orientação aos dentistas a respeito dos riscos e suas formas de proteção. A proteção envolve tanto o desenvolvimento de protocolos que reduzam o risco à essas exposições quanto à utilização de equipamentos individuais.

Com relação ao conhecimento do cirurgião-dentista do CBMDF a respeito da exposição a fatores de risco no exercício da função, todos afirmaram estar expostos a algum tipo de risco. Foi unânime o relato de exposição a riscos ergonômicos e biológicos. Os demais riscos foram apontados conforme a Figura 14.

Figura 14 – Gráfico de manifestação quanto à exposição a fatores de risco como cirurgião-dentista



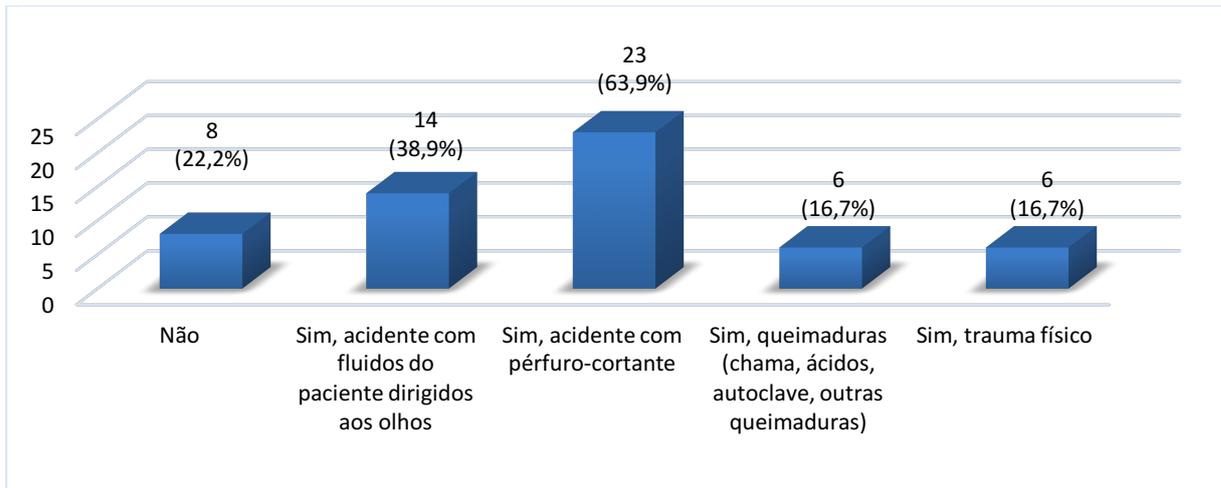
Fonte: A autora.

Destaca-se que apenas 22% dos profissionais afirmaram não terem sofrido algum acidente de trabalho, enquanto 64% dos entrevistados relataram ter sofrido acidente com material pérfuro-cortante. Foram relatados ainda acidentes com fluidos dos pacientes dirigidos aos olhos dos profissionais por 39% dos dentistas, queimaduras (chamas, ácidos, autoclaves, outras queimaduras) por 16,7% e ainda trauma físico durante os atendimentos por 16,7%, conforme Figura 15. Alguns profissionais relataram ter se acidentado de mais de uma forma, o que aumenta o risco individual.

Cargas horárias semanais elevadas aumentam o nível de exigências e atenção por parte dos cirurgiões-dentistas, associado com a redução do tempo durante e entre os procedimentos pode se constituir em uma causa específica de riscos de acidentes. Torna-se importante a análise do tempo necessário entre os

procedimentos, respeitando-se inclusive um tempo de intervalo entre os atendimentos com incentivo à realização de ações como mudança de posturas, ingestão de líquidos, ginástica laboral e alongamentos.

Figura 15 - Gráfico da incidência de acidentes de trabalho como cirurgião-dentista

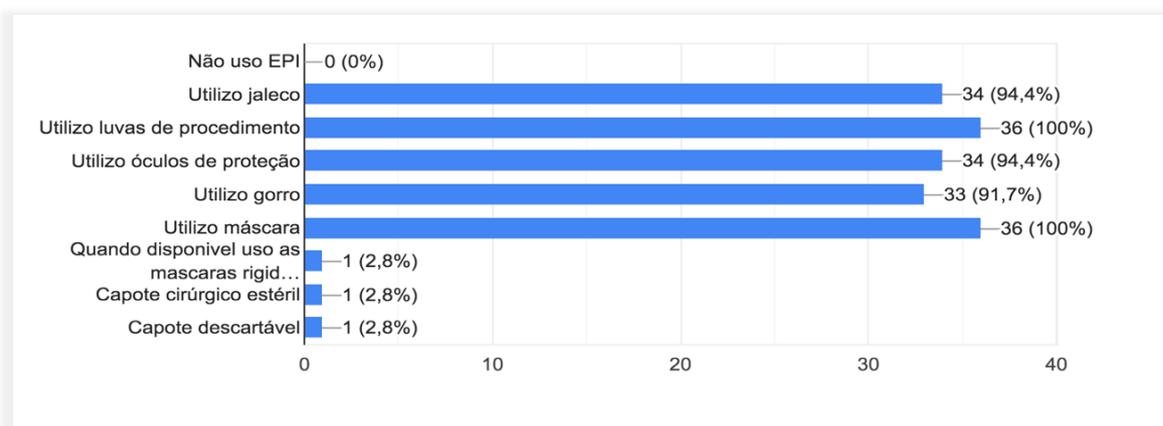


Fonte: A autora.

O alto índice de acidentes de trabalho reforça a necessidade de intervenção por meio de capacitação dos profissionais e de adequação dos protocolos de trabalho a fim de minimizar os acidentes durante a execução dos serviços.

Com relação à utilização dos EPIs, todos os profissionais afirmam que utilizam algum tipo de EPI, principalmente máscara, luvas e jalecos/capotes cirúrgicos.

Figura 16 – Gráfico da porcentagem de utilização de Equipamento de Proteção Individual



Fonte: A autora.

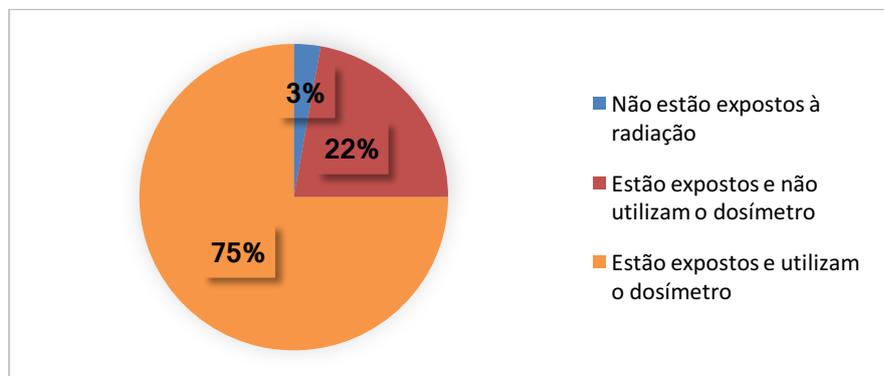
Observou-se que 100% dos profissionais referem que o CBMDF disponibiliza os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários para a execução das atividades de cirurgião-dentista. Alguns outros EPIs foram citados como importantes para aquisição pelo CBMDF, como a disponibilização de protetor auricular e propés.

Ainda com relação à proteção individual, todos os 36 profissionais referem estar expostos a ruídos, mas apenas um cirurgião-dentista relata que faz uso de protetor auricular. Desse modo, tornam-se imperiosas medidas preventivas por parte do CBMDF, como a aquisição e disponibilização de protetores auriculares para todos os profissionais, bem como a exigência de utilização por parte dos mesmos.

Também com resultado expressivo, porém não unânime, 94,4% dos entrevistados informam ter tomado as vacinas preconizadas no calendário vacinal para profissionais de saúde, ação essencial para a prevenção de doenças transmissíveis. Os serviços de saúde devem continuar incentivando a atualização do calendário vacinal por parte destes profissionais.

Já com relação à exposição à radiação no exercício de suas funções como cirurgião-dentista, 75% referem trabalhar expostos à radiação, e com utilização do dosímetro. Por outro lado, 22% estão expostos à radiação, porém não fazem uso de dosímetro, e somente um entrevistado não está exposto à radiação atualmente, como exposto na Figura 17.

Figura 17 - Gráfico de exposição do cirurgião-dentista à radiação ionizante



Fonte: A autora.

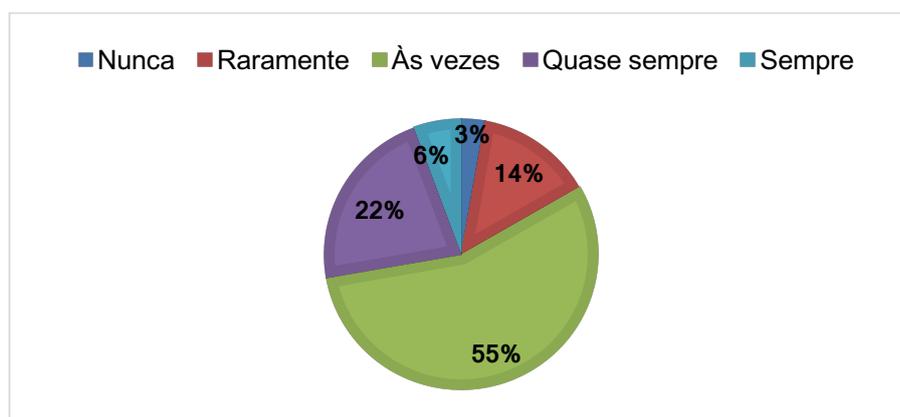
O CBMDF, preocupado com a questão da radiação nos profissionais da área, possui contrato e controle da radiação individual através do fornecimento de

dosímetros a todos os profissionais expostos à radiação que realizam atendimento na PODON. Somado ao controle exposto, outra ação já implementada pela PODON e que possui influência na melhora do atendimento e prevenção de exposição à radiação é a utilização do sensor digital para redução da exposição à radiação durante as tomadas radiográficas. Outro fator de atenção por parte do órgão é a existência de férias radiológicas aos profissionais expostos à radiação, de modo a prevenir as lesões causadas pelo acúmulo de radiação ionizante a longo prazo.

Observa-se a necessidade de incluir entre as ações de prevenção um maior treinamento ou conscientização sobre a adequada proteção do profissional durante os exames radiográficos e a necessidade de utilização dos dosímetros. Sugere-se ainda um acompanhamento mais específico por parte da corporação na avaliação de possíveis consequências à saúde nos exames médicos da bial.

É comum o cirurgião-dentista queixar-se de dor na execução do seu trabalho, como pode ser observado pela pesquisa, na qual apenas um entrevistado respondeu que nunca sentiu dor ao trabalhar. Em contrapartida, 6% dos entrevistados admitiram sempre sentir dor ao trabalhar. Mostra-se relevante que 22% dos profissionais quase sempre sentem dor ao trabalhar e ainda 55% sentem dor às vezes.

Figura 18 - Gráfico da porcentagem de cirurgiões-dentistas que sente ou já sentiu dor ao trabalhar

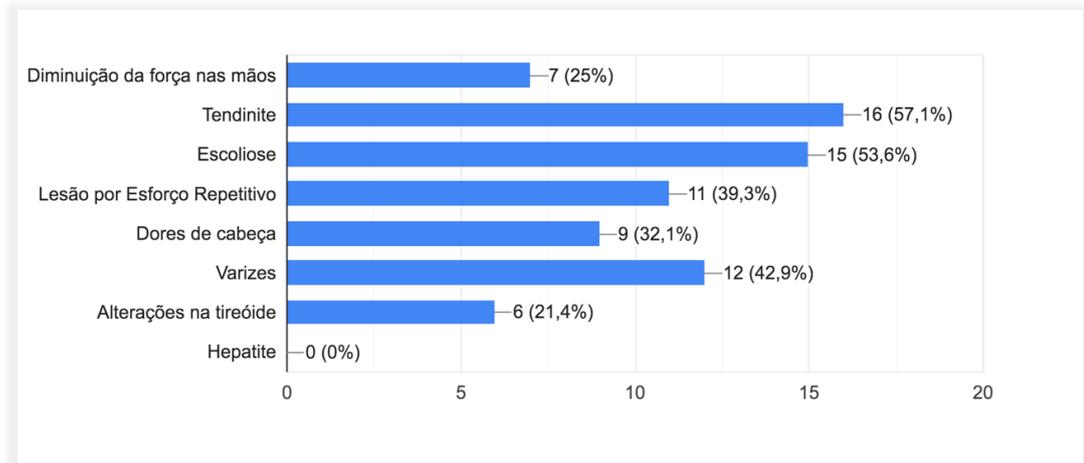


Fonte: A autora.

Diante das queixas mais frequentes na literatura, realizou-se a pesquisa de alterações físicas nos cirurgiões-dentistas da corporação. Observou-se um alto índice de tendinite e escoliose, correspondendo a 57% e 54% dos dentistas entrevistados, respectivamente. Ressalta-se ainda a ocorrência de dores de cabeça

em 32% dos entrevistados, e varizes em 43% dos mesmos, como pode ser visualizado na Figura 19.

Figura 19 - Gráfico de ocorrência de alterações na saúde de cirurgiões-dentistas do CBMDF

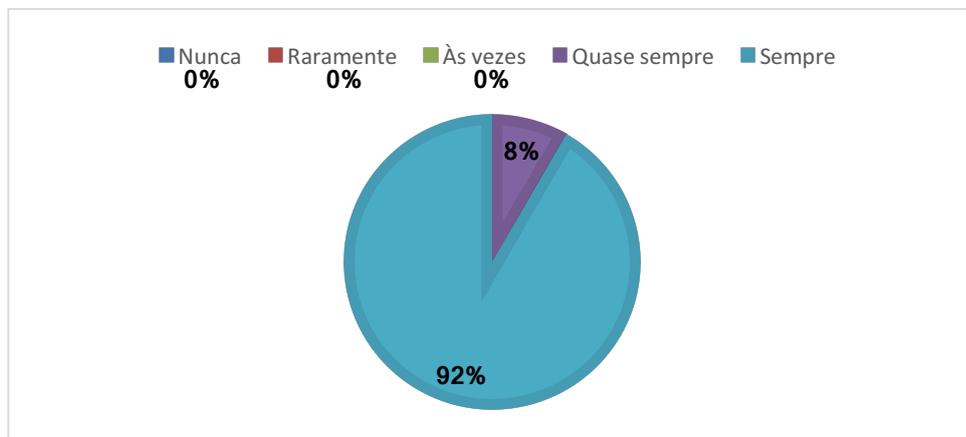


Fonte: A autora.

Muitas patologias são provocadas pelo exercício da função. Quando questionados a respeito da crença de possuírem alguma patologia causada pelo trabalho, somente 11 dentistas responderam que não, o correspondente a 30% dos entrevistados. Dentre as doenças relatadas pelos demais, observou-se câncer de tireoide, dor lombar e no ombro, tendinite/tenossinovite, desvios da coluna, cistos sinoviais no punho, hérnia cervical, dores musculares no pescoço e escápula, dores cervicais, LER/DORT, vasculite, varizes, estresse, diminuição da acuidade visual e auditiva, protrusão de disco na região cervical, dores nas costas, cifose e alteração no manguito rotador direito e esquerdo.

Todos os cirurgiões-dentistas afirmam que o trabalho a quatro mãos realizado em conjunto com auxiliares de saúde bucal possui significativa influência na prevenção de lesões físicas nos dentistas e na melhora na execução dos serviços. Esse é um ponto positivo demonstrado pela PODON, que precisa ser mantido a longo prazo.

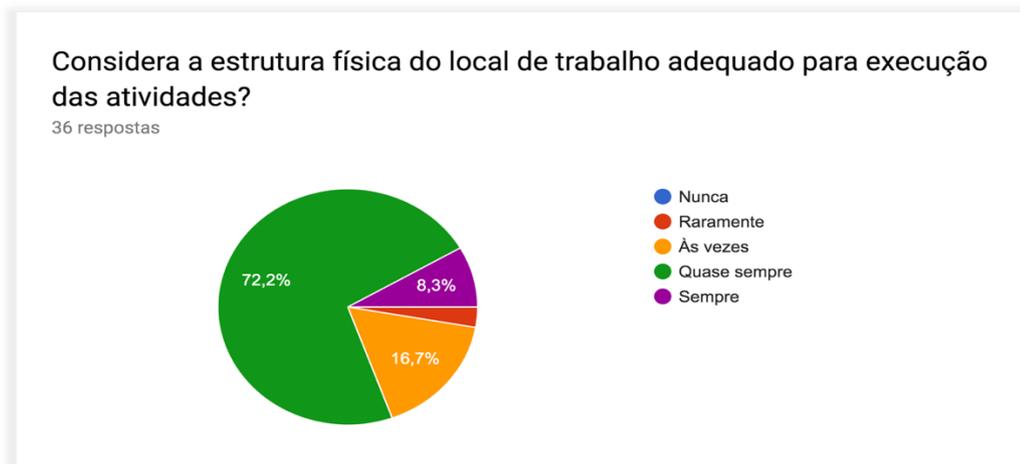
Figura 20 - Gráfico da percepção da influência do trabalho com auxiliares de saúde bucal na prevenção de lesões e melhora dos serviços



Fonte: A autora.

De acordo com a percepção dos profissionais, a PODON apresenta um local de trabalho adequado para a execução das atividades, apresentando uma visão positiva por parte dos trabalhadores. Cerca de 80% dos entrevistados afirmaram que sempre ou quase sempre a estrutura física do local de trabalho é adequada para a execução de suas atividades diárias. Aproximadamente 17% referem que às vezes é adequado, e uma parcela de menos de 3% define como raramente sendo adequado, conforme observado na Figura 21.

Figura 21 - Gráfico da avaliação da estrutura física do local de trabalho



Fonte: A autora.

Importante destacar que a estrutura física varia com o local de atendimento, sendo que as viaturas ASO 1 e ASO 2 foram consideradas inadequadas para um trabalho ergonômico. As ASOs 1 e 2 foram adquiridas com o intuito de

realização de programas preventivos, mas devido à necessidade do serviço, nelas foram incorporadas ações curativas também. Diante dos problemas apresentados, os atendimentos nestas foram interrompidos, e foi adquirida uma terceira viatura ASO (ASO 3), maior e mais ergonômica, visando a prevenção de danos aos profissionais e a prestação de um melhor atendimento aos pacientes.

Dentre as queixas dos profissionais que atuavam nestas, encontram-se os riscos de queda relacionado às escadas, as dificuldades de movimentação dentro da viatura, os riscos mecânicos e de acidentes ao desviar das estruturas internas da viatura, a impossibilidade de posicionamento do profissional nos ângulos adequados de atendimento, a dificuldade de manter materiais e equipamentos em posições adequadas à diminuição do desgaste físico do profissional, de realização de procedimentos diagnósticos através da realização de radiografias e a impossibilidade de atendimento a quatro mãos com as auxiliares em saúde bucal.

Também foram evidenciadas queixas pelo trabalho ser realizado em ambientes demasiadamente quentes, com exposição a ruídos excessivos e inalação frequente de resíduos de monóxido de carbono, gerando consequências à saúde dos trabalhadores que atuaram nas mesmas.

Figura 22 - Gráfico da percepção da valorização profissional pelos cirurgiões-dentistas do CBMDF



Fonte: A autora.

Não são apenas os fatores físicos que impactam a saúde do trabalhador, os fatores psicológicos também possuem um importante papel na definição desta. O resultado da pesquisa evidencia que a maioria dos profissionais se sente valorizado

profissionalmente, contudo, uma parte dos profissionais possui uma percepção negativa quanto ao seu valor perante a instituição. Esse dado desperta a atenção para a necessidade de avaliação quanto a esse aspecto, e quais mudanças ambientais seriam necessárias para uma melhora nessa visão.

Diante dos questionamentos relativos às mudanças que poderiam ser feitas para tornar o ambiente de trabalho melhor e mais seguro, apenas 19,4% afirmaram que o ambiente não necessita de mudanças, enquanto 44,4% referem necessidade de mudanças nos protocolos de atendimento, 38,9% apontam necessidades de mudanças nas estruturas físicas, 19,4% mudanças nos produtos e equipamentos utilizados e apenas 11% acreditam necessitar de mudanças nas relações interpessoais.

Figura 23 - Gráfico da percepção do cirurgião-dentista sobre áreas com necessidade de mudanças no local de trabalho



Fonte: A autora.

4.5 Referente ao Índice de Capacidade para o Trabalho

Visando o desenvolvimento do quarto objetivo específico, que foi avaliar a capacidade para o trabalho dos militares do Quadro de Oficial Bombeiro Militar Cirurgião-Dentista do CBMDF, aplicou-se o questionário ICT e realizou-se a análise das variáveis, cujos dados foram comparados com outros grupos relatados na literatura.

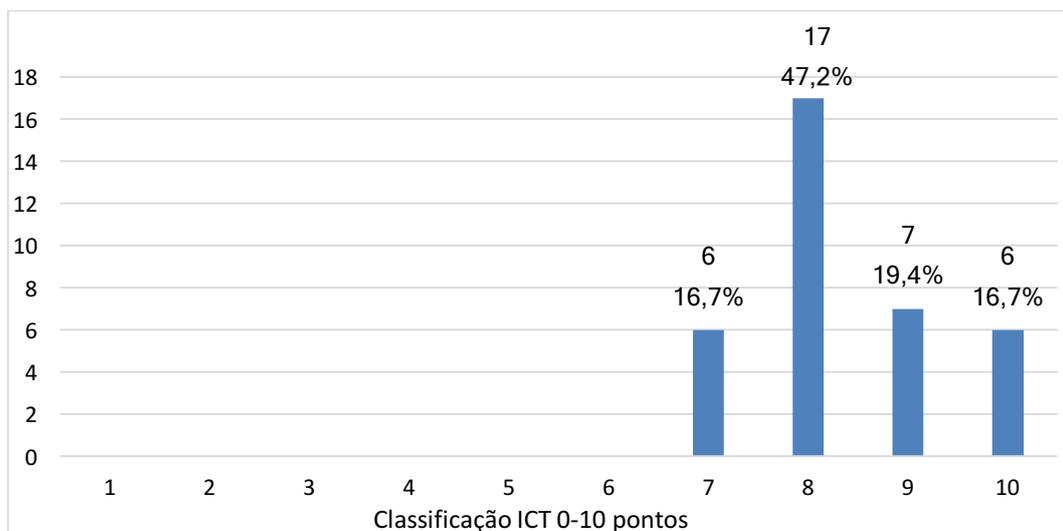
Muitas perguntas determinantes compõem o Índice de Capacidade para o Trabalho. Destaca-se que para sua definição, são consideradas, além dos

diagnósticos médicos, a percepção dos entrevistados com relação à sua capacidade.

Na opinião dos entrevistados, a capacidade de trabalho atual classifica-se entre 7 e 10 pontos, com a moda e a média de 8 pontos. O exercício da atividade na função de cirurgião-dentista possui exigências tanto físicas quanto mentais. Com relação às exigências físicas, 28% dos entrevistados classificam sua capacidade atual para o trabalho como muito boa, 47% como boa e 25% como moderada. Não houve classificações como baixa ou muito baixa.

Do mesmo modo ao se analisar as exigências mentais da execução do trabalho, o resultado se mostrou positivo, onde 39% manifestaram sua capacidade como muito boa, 47% como boa, 11% como moderada e 3% como baixa, o que corresponde a apenas um dentista.

Figura 24 - Gráfico da classificação da capacidade para o trabalho avaliada pelos cirurgiões-dentistas



Fonte: A autora.

Ao se questionar a respeito de 51 lesões por acidentes ou doenças que o entrevistado possui, os resultados foram demonstrados como se segue. Com relação às doenças musculoesqueléticas, os resultados foram mais expressivos do que os relatados para outras doenças, e podem ser observados na Tabela 2. Observe-se que as lesões nas costas e coluna ocorreram em mais de 50% dos cirurgiões-dentistas, o que reforça a necessidade de medidas preventivas nesse sentido. Não houve relatos de artrite reumatoide ou outras doenças musculoesqueléticas entre os trabalhadores.

Tabela 2 - Lesões músculo-esqueléticas por acidente ou doença

Lesões por acidentes ou doenças	Qtde	%
Lesão nas costas	21	58%
Lesão nos braços e mãos	17	47%
Lesão nas pernas e pés	7	19%
Lesão em outras partes do corpo	3	8%
Doença na parte superior das costas ou região do pescoço com dores frequentes	20	56%
Doença na parte inferior das costas com dores frequentes	17	47%
Dor nas costas que irradia para a perna	11	31%
Doença musculoesquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	6	17%

Fonte: A autora.

Dentre os 36 dentistas, houve apenas um relato de hipertensão arterial diagnosticado e um relato de doença cardiovascular não especificado. Foi negado por todos os dentistas a ocorrência de doenças coronarianas, dor no peito durante exercícios físicos, infarto do miocárdio, trombose coronariana e insuficiência cardíaca.

Com relação às doenças respiratórias, foram apontadas infecções repetidas do trato respiratório (amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda) por 22% dos entrevistados e sinusite crônica por 11%. Não foram relatados bronquite crônica, asma, enfisema ou tuberculose pulmonar.

Foi indicado distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia) por 33,3% dos entrevistados e problemas ou diminuição da audição em 28% dos militares, sendo metade deles com diagnóstico médico. Doença ou lesão da visão foi apontado por 19% dos cirurgiões-dentistas. Não foram citadas outras doenças neurológicas.

Observou-se que 6% dos entrevistados admitiram ter tido pedras na vesícula biliar, gastrite ou outras doenças digestivas. Relatos de úlcera gástrica ou colite foram definidos por aproximadamente 3% da amostra. Não foram citadas infecções das vias urinárias, contudo, 8% dos dentistas relataram diagnóstico de doenças nos rins. Não houve relatos de doenças nos genitais e aparelho reprodutor (trompas ou próstata).

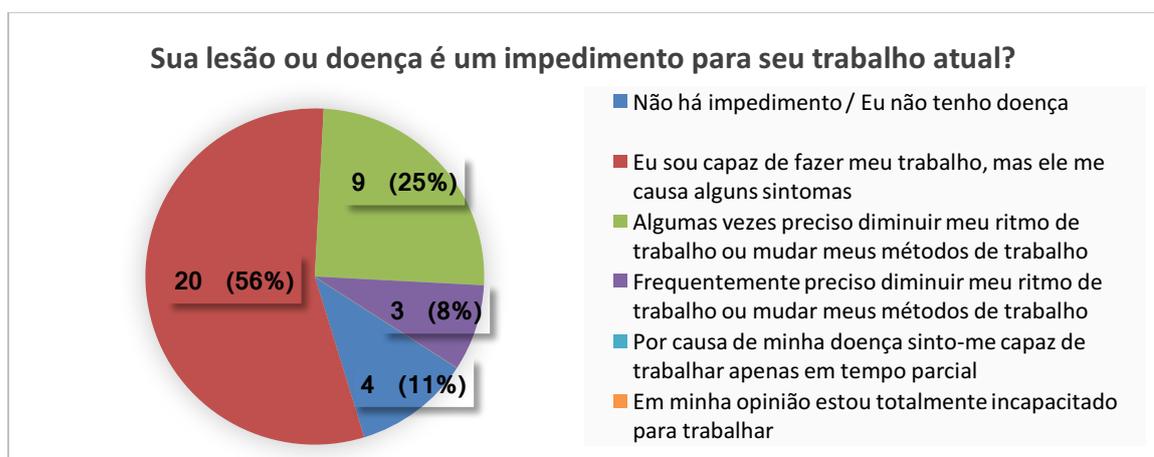
O estudo demonstrou ainda que 14% dos entrevistados apresentaram alergias, e apenas um entrevistado refere outra doença de pele.

Foi relatado ainda um caso de tumor benigno não especificado e um de tumor maligno (câncer) na tireoide. Não houve relatos de doenças do sangue, anemias ou defeitos de nascimento.

Obesidade foi referida por 17% dos entrevistados, sendo apenas metade desses com diagnóstico médico confirmado. Não houve relatos de diabetes, e apenas uma manifestação de problemas na tireoide, e dois apontamentos para outras doenças metabólicas não especificadas.

Com o auxílio do questionário, é possível identificar em estágio precoce os trabalhadores e os ambientes de trabalho que necessitem de medidas interventivas e de apoio. Como observado na Figura 25, somente 11% dos profissionais referem não possuir doença ou impedimento para a realização de suas atividades. Em contrapartida, 56% respondeu que apesar de ser capaz de fazer o trabalho, este lhes causa alguns sintomas. Dentre os demais entrevistados, 25% relataram que algumas vezes e 8% com frequência precisam diminuir o ritmo de trabalho ou mudar os métodos de trabalho. Não houve classificados como incapacitados parcial ou total para o trabalho.

Figura 25 - Gráfico da relação lesão e impedimento para o trabalho

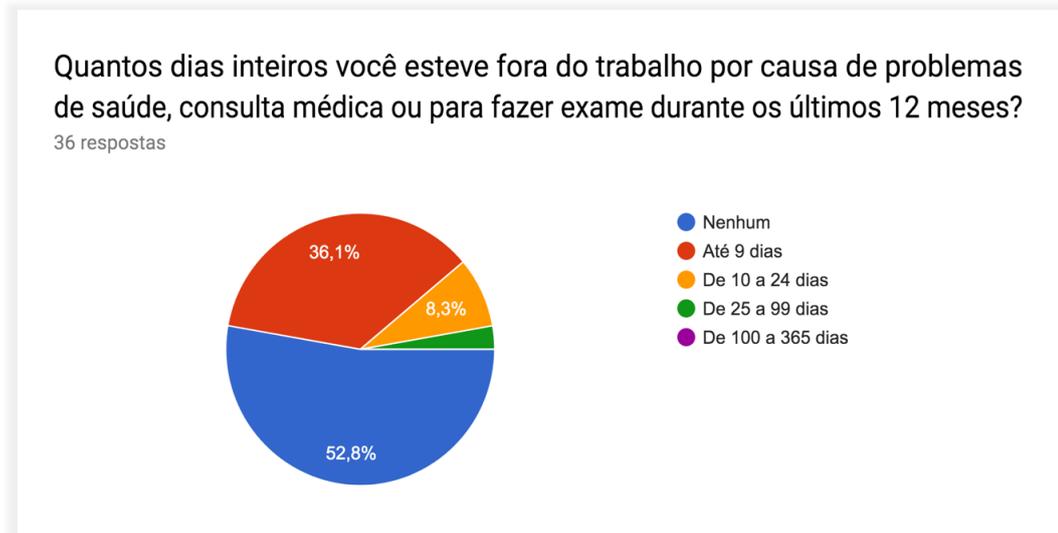


Fonte: A autora.

Quando se avalia a quantidade de dias de afastamento que resultou de problemas de saúde e se avalia as consequências observa-se de forma positiva,

segundo a Figura 26, que a maioria dos profissionais relata não ter se ausentado do serviço nos últimos 12 meses.

Figura 26 - Gráfico de absenteísmo relatado nos últimos 12 meses



Fonte: A autora.

O ICT dos cirurgiões-dentistas do CBMDF variou entre 28 e 47 pontos, com a média de 39 pontos. Conforme a Tabela 3, observa-se que 58,4% dos militares do quadro apresentam uma boa capacidade para o trabalho. Igualmente de forma positiva, não houve trabalhadores classificados como tendo baixa capacidade para o trabalho. Visualiza-se ainda que 22,2% apresentam classificação moderada, e 19,4% classificam-se como tendo ótima capacidade para o trabalho.

Tabela 3 - Capacidade para o trabalho dos cirurgiões-dentistas do CBMDF

Pontos	Capacidade para o trabalho	Quantidade no CBMDF
7 - 27	Baixa	0
28 - 36	Moderada	8
37 - 43	Boa	21
44 - 49	Ótima	7

Fonte: A autora.

Não foram observados profissionais que apresentassem baixo Índice de Capacidade para o Trabalho, com pontuação de até 27. Desse modo, não há necessidade de medidas que busquem restaurar essa capacidade para o trabalho.

Para os 22% dos trabalhadores cujo ICT se classifica como moderado, com pontuação entre 28-36, são recomendadas medidas a fim de melhorar essa classificação. Podem ser necessárias ainda avaliações adicionais para a definição do plano de ação.

Já os profissionais que apresentaram um bom ICT, com pontuação entre 37-43, devem ser orientados de forma a manter ou melhorar o escore. A maioria dos profissionais do quadro estudado encontra-se nessa classificação, com um montante de 58%, o que reflete de maneira mais clara a capacidade de trabalho do quadro.

E por fim, 19% dos trabalhadores que foram classificados com ótimo Índice de Capacidade para o Trabalho, cuja pontuação varia entre 44-49, da mesma forma devem receber informações a respeito dos fatores no trabalho e os relacionados ao estilo de vida que possuem, de modo a identificar e evitar os fatores que enfraquecem essa capacidade, a fim de manter os ótimos escores alcançados.

Com a obtenção dos dados através do estudo, foi possível determinar as diferenças da capacidade para o trabalho dos militares do CBMDF com relação aos valores de referência de outros estudos de populações similares. Procurou-se ainda determinar a quantidade de trabalhadores que possuem baixa capacidade para o trabalho em ocupações diversas.

Tabela 4 - Média de Índice de Capacidade para o Trabalho por perfil do grupo e idade média

PERFIL DO GRUPO	IDADE DO GRUPO	ICT
Trabalho em consultório odontológico (municipais)	50	37
Trabalho na Policlínica Odontológica do CBMDF	40	39

Fonte: A autora, baseado em dados do estudo de Tuomi et al. (2010).

Ao se analisar a Tabela 4, observa-se a comparação de grupos de trabalho com ocupação similares, comparando-se os trabalhadores municipais em consultório odontológico em estudo da Finlândia, com os trabalhadores na mesma área no CBMDF. Observa-se que os trabalhadores do CBMDF possuem um ICT de 39, um pouco maior que o dos trabalhadores municipais, cujo ICT é 37. Entretanto, a

idade média dos dentistas do CBMDF apresenta-se menor que a dos trabalhadores municipais. Apesar da diferença de idade média, os ICT apresentam resultados próximos, ambos classificados como uma boa capacidade para o trabalho.

Diante do interesse em se comparar a capacidade para o trabalho dos cirurgiões-dentistas do CBMDF com profissionais de outras áreas de trabalho no Brasil, utilizou-se o estudo de Cordeiro e Araújo (2016). O referido trabalho avaliou 40 estudos relacionados ao ICT, e observou que a prevalência de capacidade para o trabalho inadequada variou entre 0,0 em estagiários da área de tecnologia da informação e 81,2% em trabalhadores portadores de lesões por esforços repetitivos e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT) do setor de produção de uma fábrica, conforme pode ser visualizada na Tabela 5.

Para fins de comparação, o estudo agrupou as classificações ótima e boa capacidade para o trabalho como adequadas, e as classificações moderada e baixa como inadequadas. O CBMDF apresenta ICT inadequado para 22% dos homens e 23% das mulheres.

O estudo concluiu que a prevalência da capacidade para o trabalho inadequada foi divergente entre as categorias de trabalhadores pelas características inerentes às próprias atividades laborais desempenhadas, à composição de perfil sociodemográfico dos grupos de trabalhadores investigados, às condições de trabalho, ao ambiente laboral, à organização de trabalho, aos riscos e à exposição a doenças, que diferem de acordo com o processo e organização do trabalho (CORDEIRO; ARAÚJO, 2016).

Cordeiro e Araújo (2016) apontaram ainda que as características individuais, como a idade, estavam relacionadas ao envelhecimento cronológico do trabalhador e, associados aos demais fatores, podem diminuir a capacidade para o trabalho. Afirmou ainda que o sexo feminino esteve associado aos piores escores do ICT em comparação ao masculino, o que pode relacionar-se à presença do trabalho doméstico, representando um aumento na jornada total de trabalho das mulheres.

Tabela 5 - Comparação do ICT inadequado dos cirurgiões-dentistas do CBMDF com profissionais de outras áreas no Brasil

População trabalhadora	ICT inadequado
CBMDF	Homens: 22%; Mulheres: 23%
Servidores forenses	17,6%
Trabalhadores de enfermagem (vários resultados de diferentes estudos de trabalhadores da área)	19,3%, 13,2%, 16,8%, 46,3%, 15,1%, 22,8%, 40,8%, 52%, 12%, 43,3%, 11,3%, 42,9%
Setor de produção (multinacional)	Homens 13%; Mulheres 53%
Setor de alta tecnologia	Técnicos: 22,2% Nível superior: 11,5%
Administrativos	15,2%
Tecnologia da informação	9,2%
Tecnologia da informação	Estagiários: 0,0% Terceirizados: 5,5%
Limpeza hospitalar	46,4%
Setor de produção (material de escritório)	42,5%, 18%
Professores universitários	7,7%, 13%
Enfermagem	Homens: 25,6%; Mulheres: 40,5%
Trabalhadores de transporte coletivo	10,7%
Setor de produção (fábrica) com LER	81,2%
Setor de produção (bebidas e alimentos)	26,2%
Policiais	11,9%
Auxiliar de enfermagem	14,1%
Trabalhadores de limpeza de instituição de ensino	Homens: 5,9%; Mulheres: 26,6%
Eletricitários (centro de operações)	6,9%
Professores	67,4%
Trabalhadores em atividades sedentárias (empresa de fornecimento de água)	65,3%
Trabalhadores do setor de alimentação hospitalar	13,8%
Trabalhadores da prefeitura do campus universitário	41%

Fonte: A autora, baseado em dados do estudo de Cordeiro e Araújo (2016).

Demais fatores apresentados relacionam-se com o estilo de vida, com maior capacidade apresentada pelos trabalhadores com hábitos de vida mais saudáveis, sendo influenciados também pela existência de atividades de lazer, prática de atividades físicas e ainda a não utilização de bebidas alcoólicas e tabaco. Somado a isso, fatores psicossociais como estresse, fadiga e insatisfação são considerados preditores da redução da capacidade para o trabalho (CORDEIRO; ARAÚJO, 2016).

O estudo de Santos e Pereira (2006) avaliou a capacidade para o trabalho de 32 cirurgiões-dentistas que trabalham em consultórios particulares residentes em municípios de Minas Gerais e São Paulo, apresentando o resultado de 56,25% classificados com ótima capacidade para o trabalho, enquanto 43,75% classificam-se com boa capacidade para o trabalho. Não foram identificados dentistas com baixa ou moderada capacidade para o trabalho.

Em contrapartida, Silva e Moura (2016), ao analisar a capacidade para o trabalho de 167 cirurgiões-dentistas vinculados à Estratégia Saúde da Família, observou que 46,7% da amostra apresentou capacidade para o trabalho inadequada, associada a fatores sociodemográficos, características do trabalho, aspectos de saúde e estilo de vida, e altos índices de fadiga.

Evidenciou ainda que a maioria dos entrevistados possuía mais de um vínculo empregatício, demonstraram insatisfação com o sono, referem estado de saúde regular e admitem estresse. O ICT médio foi de 38 pontos, variando entre 18 e 49 pontos. A média do ICT apresenta um valor similar ao encontrado no CBMDF, contudo a capacidade para o trabalho inadequada se mostrou mais prevalente do que a apresentada pelo CBMDF, que é de 22% (SILVA; MOURA, 2016).

Ao se comparar o ICT entre homens e mulheres do mesmo quadro no CBMDF, observa-se que houve um certo equilíbrio na classificação, de acordo com a Tabela 6. Em ambos os gêneros não houve trabalhadores com baixa capacidade para o trabalho e ambos apresentaram uma taxa de trabalhadores de moderada capacidade na faixa de 22 e 23%, classificados como capacidade para o trabalho inadequada. Observou-se que os homens apresentam a curva um pouco mais elevada na ótima capacidade para o trabalho comparado às mulheres, o que vai ao encontro do apresentado nas pesquisas de Cordeiro e Araújo (2016), que apontaram

os piores escores de ICT para as mulheres.

Tabela 6 - Comparativo do ICT entre cirurgiões-dentistas homens e mulheres no CBMDF

ICT	Homens		Mulheres	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
Baixa	0	0	0	0
Moderada	5	22%	3	23%
Boa	13	56%	8	62%
Ótima	5	22%	2	15%
TOTAL	23	100%	13	100%

Fonte: a Autora.

Na Tabela 7 foi apresentada a porcentagem de trabalhadores municipais comparada com a do CBMDF por idade média, na categoria de capacidade para o trabalho por gênero e as exigências físicas, mentais ou combinadas de trabalho. Foi mantida na tabela a diferença entre os vários tipos de exigências de trabalho, sejam físicas, mentais ou combinadas a fim de comparação entre elas dentro de um grupo de mesma faixa etária de trabalhadores municipais.

A comparação com os trabalhadores do CBMDF se deu apenas na coluna de trabalho de exigências físicas e mentais, pois a área da odontologia se enquadra nessa classificação. O destaque para os trabalhadores do CBMDF é a ausência de pessoas na classificação de baixa capacidade para o trabalho, e sua maior distribuição entre boa e ótima capacidade para o trabalho, tanto para os homens quanto para as mulheres.

Uma diferença observada ao se comparar as Tabelas 6 e 7, é que, ao contrário do visualizado no CBMDF, os trabalhadores municipais com exigências físicas e mentais apresentam melhores ICT para as mulheres do que para os homens. Fato esse que já não se observa ao se comparar com atividades somente de exigências físicas, reforçando a ideia das diferenças fisiológicas entre os gêneros na execução das atividades laborais.

Tabela 7 - Porcentagem de trabalhadores municipais e do CBMDF por idade média, na categoria de capacidade para o trabalho por gênero e as exigências físicas, mentais ou combinadas de trabalho

Órgão / Idade média	Gênero / ICT	Trabalho com exigências físicas	Trabalho com exigências físicas e mentais	Trabalho com exigências mentais
Municipais (todos os trabalhadores) 50 anos	Homens			
	Baixo	18	20	9
	Moderado	40	38	21
	Bom	32	32	39
	Ótimo	10	10	31
	Mulheres			
	Baixo	21	10	6
	Moderado	40	34	24
CBMDF (apenas os cirurgiões-dentistas) 40 anos	Homens			
	Baixo		0	
	Moderado		22	
	Bom		56	
	Ótimo		22	
	Mulheres			
	Baixo		0	
	Moderado		23	
Bom		62		
Ótimo		15		

Fonte: A autora, baseado em dados do estudo de Tuomi et al. (2010).

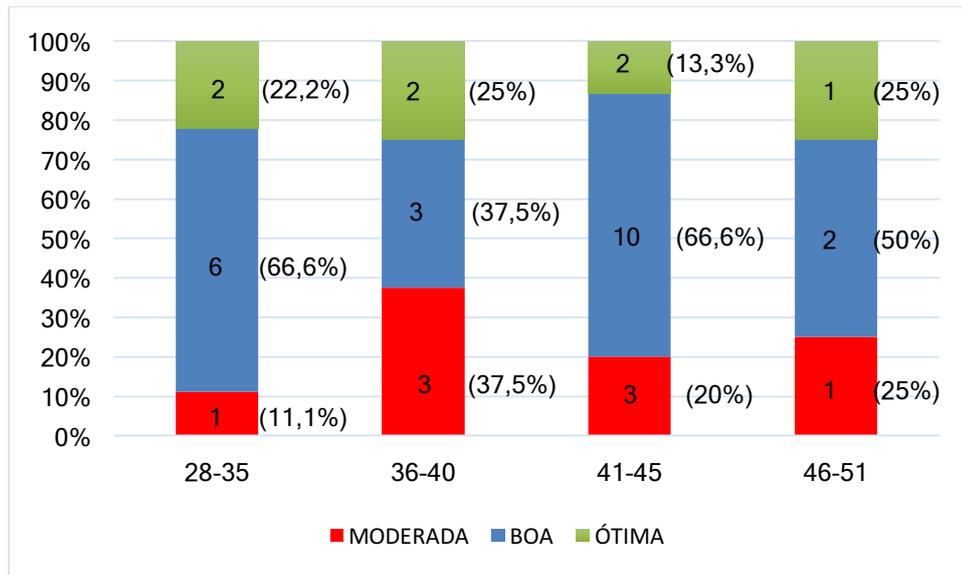
Outro ponto abordado no gráfico da Figura 27 é a apresentação dos ICT de acordo com a idade. Observa-se que o grupo mais jovem demonstra melhores resultados, com apenas uma baixa porcentagem (11,1%) de pessoas classificadas em capacidade moderada de trabalho, mantendo 66,6% como boa e 22,2% como ótima capacidade para o trabalho. A capacidade para o trabalho apresentada corrobora com os dados de afastamentos, possuindo esse grupo baixos índices de atestados médicos.

Ocorre que a progressão não é proporcional à idade, apresentando-se o próximo grupo de idades entre 36-40 como o pior índice dos grupos, com a maior porcentagem classificada como capacidade para o trabalho inadequada. Apesar de manter 25% de ótima capacidade para o trabalho, possui somente 37,5% em boa capacidade e apresenta uma porcentagem de 37,5% de pessoas na capacidade moderada de trabalho. Esse quadro reflete os demais dados do trabalho, que demonstram estar esta faixa etária entre as que possuem maior número de

afastamentos por doenças.

Acima desta faixa etária apresenta-se os grupos na faixa de 41-45 e de 46-51 anos, que apesar de apresentarem uma porcentagem maior de profissionais na capacidade moderada quando comparada aos mais novos, apresenta um resultado favorável ao se comparar com o grupo de 36-40 anos.

Figura 27 - Gráfico de distribuição dos cirurgiões-dentistas por ICT e faixa etária

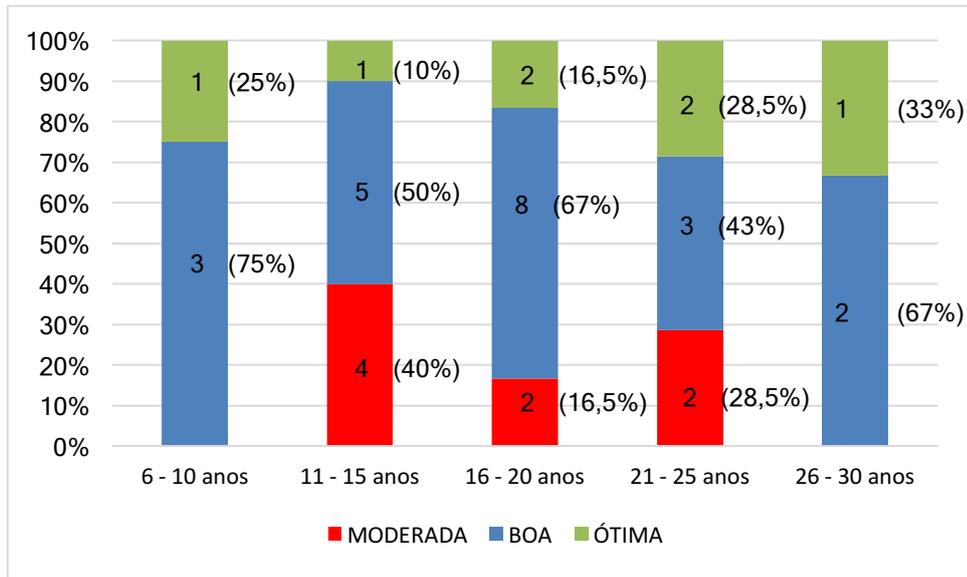


Fonte: A autora.

Ao se analisar na Figura 28 o impacto do tempo de trabalho como cirurgião-dentista e o ICT, observa-se que por si só não há relação entre maior tempo de exercício da profissão com baixo ICT. Tanto o grupo com 6-10 anos de serviço, como o de 26-30 anos de serviço apresentaram resultados similares e bons, sem casos de baixa ou moderada capacidade para o trabalho, e alta concentração entre ótima e boa capacidade para o trabalho, considerados adequados.

Por outro lado, os piores índices foram demonstrados pelo grupo com 11-15 anos de serviço, o que evidencia a ação de outros fatores, como a fase e o estilo de vida da idade, coincidente com o tempo de serviço.

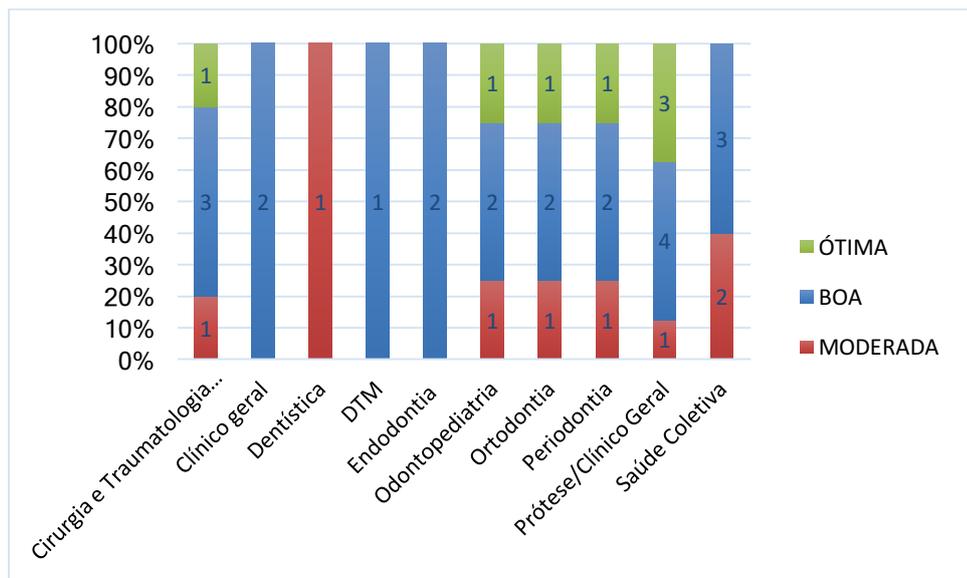
Figura 28 - Gráfico de distribuição por ICT e por tempo de trabalho como cirurgião-dentista



Fonte: A autora.

A especialidade praticada pelo cirurgião-dentista também pode trazer consequências variadas para o ICT dos profissionais, conforme demonstrado na Figura 29.

Figura 29 - Gráfico da distribuição por ICT e por especialidade do cirurgião-dentista



Fonte: A autora.

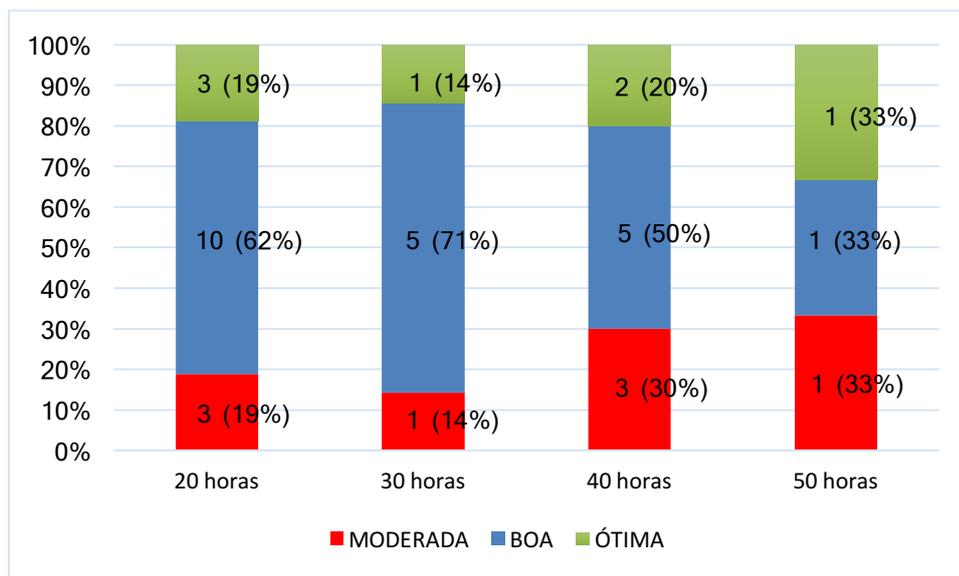
Ao se analisar a distribuição do ICT por especialidade de atuação, pode-se observar um resultado melhor na área de Prótese/Clínico Geral com maior número de pessoas com a classificação ótima, e proporcionalmente menor com capacidade

para o trabalho moderada. Por outro lado, a área de Dentística se apresentou 100% com capacidade para o trabalho moderada, contudo, é representada por apenas um caso, que pode refletir outros fatores associados e não somente as peculiaridades da especialidade.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, observa-se que a área de Saúde Coletiva possui um maior deslocamento da curva para índices menores de capacidade para o trabalho. Torna-se necessária uma avaliação aprofundada nas atividades clínicas para que se possa intervir na prevenção e na capacidade para o trabalho desse público descrito. A pior classificação apresentada pode estar relacionada aos atendimentos que ocorriam nas viaturas ASO 1 e ASO 2, que representavam um espaço físico para atendimento com menor ergonomia e com impossibilidade de atendimento a quatro mãos através das auxiliares em saúde bucal.

As demais áreas apresentam uma relativa proporcionalidade de distribuição relativa à capacidade para o trabalho, sem demonstrar características destoantes.

Figura 30 - Gráfico de distribuição por ICT e por horas de trabalho semanal



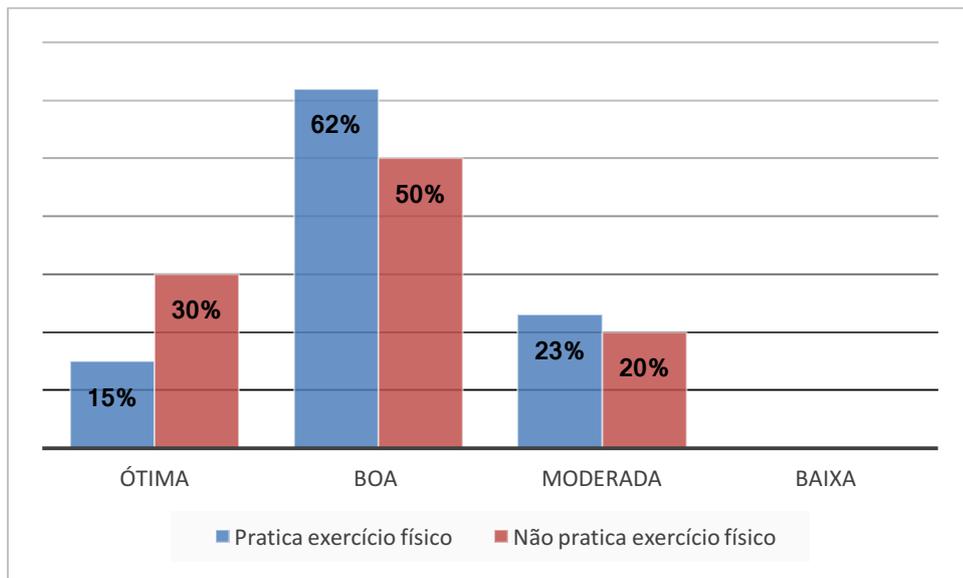
Fonte: A autora.

Diante da análise da influência do aumento de horas semanais trabalhadas no ICT dos cirurgiões-dentistas, observa-se que se mantém uma proporcionalidade, com um aumento da classificação de capacidade moderada com o aumento de horas trabalhadas, mas também associada a um aumento da ótima

capacidade para o trabalho, conforme visualizado na Figura 30.

Outro ponto a ser avaliado é a relação entre ICT e prática de exercícios físicos. Conforme a Figura 31, pode ser demonstrado que 26 entrevistados (72%) relatam praticar exercício físico regularmente, enquanto 10 deles não praticam, o que corresponde a quase 28%.

Figura 31 - Gráfico da relação do ICT com a prática de exercícios físicos



Fonte: A autora.

No presente estudo não foi possível associar a prática de exercício físico com a melhoria na capacidade para o trabalho dos profissionais entrevistados. O ponto relatado pode ser demonstrado pelo fato de 30% dos profissionais que não praticam exercício físico regularmente apresentarem ótima capacidade para o trabalho, enquanto 15% dos profissionais que se exercitam encontram-se em sua ótima capacidade. Corroborando ao evidenciado, observou-se que 20% dos profissionais que não praticam exercícios físicos apresentam capacidade para o trabalho moderada, ao passo que 23% dos praticantes de exercícios físicos se encontram nessa classificação.

A despeito do conhecimento alcançado, a aplicação do questionário deve ser introduzida, e os efeitos das medidas tomadas necessitam ser acompanhados por preenchimentos subsequentes dos questionários pelos trabalhadores, associados aos exames periódicos de saúde realizados pelos militares durante a inspeção de saúde da bienal.

Conforme demonstrado em estudo na Finlândia, o Índice de Capacidade para o Trabalho pode ainda ser utilizado para prever o risco de incapacidade em um futuro próximo, o que se torna essencial na definição dos planos de prevenção (TUOMI et al., 2005).

Além da classificação obtida, o estudo demonstrou que 83,3% dos entrevistados consideram que daqui a 2 anos é bastante provável que ainda serão capazes de realizar o trabalho atual. Em contrapartida, 13,9% refere não estar muito certo dessa capacidade, enquanto apenas uma pessoa (2,8%) declara ser improvável que mantenha a capacidade de fazer seu trabalho atual.

Figura 32 - Gráfico de satisfação dos cirurgiões-dentistas do CBMDF na realização das atividades diárias



Fonte: A autora.

Ao se analisar o grau de satisfação na realização de suas atividades diárias, conforme visualizado na Figura 32, observa-se a necessidade de um acompanhamento, principalmente da parcela de 8% da amostra, que declara raramente apreciar suas atividades diárias. Torna-se importante voltar a atenção para áreas que possam representar algum problema com o ambiente de trabalho ou com fatores socioambientais, ainda que aproximadamente 80% manifestem que sempre ou quase sempre apreciem suas atividades diárias.

A Figura 33 apresenta um resumo dos principais riscos identificados no estudo e algumas possíveis ações de prevenção dos mesmos.

Figura 33 - Quadro dos principais riscos identificados e possíveis ações de prevenção

Riscos identificados	Medidas preventivas
Ruído excessivo	Substituição de equipamentos por outros mais silenciosos; realização de manutenção técnica periódica dos equipamentos; introdução de medidas de controle na transmissão do ruído, como medidas de isolamento; disponibilização e uso de protetor auricular pelos profissionais.
Radiação ionizante	Utilização de sensores digitais para tomada radiográfica; manutenção de contrato de dosímetros; paredes baritadas; treinamento profissional para medidas de prevenção de exposição; programa de controle médico específico.
Ventilação ineficiente e Temperatura excessiva do ambiente	Prover ventilação e temperaturas adequadas aos atendimentos através da aquisição e manutenção de aparelhos de ar condicionado.
Iluminação deficiente ou luzes maléficas	Prover iluminação adequada aos atendimentos e óculos de proteção durante uso de equipamentos que emitem luz halógena e infra-vermelho.
Umidade excessiva	Evitar umidade excessiva e presença de mofo.
Produtos químicos	Utilização de EPI; manter produtos devidamente tampados e acondicionados; correto manuseio e descarte dos produtos químicos.
Riscos biológicos	Utilização de EPI; lavagem das mãos; cuidado na manipulação de material pérfuro-cortante e artigos contaminados; descarte correto de resíduos; esterilização de instrumentais; desinfecção adequada das superfícies; manter caderneta de imunização atualizada; manter profissional auxiliar treinado.
Riscos ergonômicos	Adequação de equipamentos, máquinas, mobiliário e arranjo físico; manutenção de profissional auxiliar; organização do ambiente; programas preventivos às lesões por esforço repetitivo; treinamento físico e postural; ginástica laboral; alongamentos; variação do trabalho; intervalos entre os atendimentos.
Riscos psicossociais	Exigência adequada de produtividade, manutenção de um bom ambiente de trabalho e boas relações de trabalho entre chefia e funcionários, e entre os mesmos; redução da exaustão emocional.
Riscos de acidentes	Utilização de EPI; treinamento profissional; proteção das máquinas; aquisição de equipamentos seguros; adequação dos ambientes e dos protocolos de trabalho; rotulagem e armazenamento adequado de produtos e equipamentos; realizar manutenção preventiva; instalação de extintores de incêndio; implantar o PPRA.

Fonte: A autora.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A legislação define que a saúde é um direito de todos e procura garantir que as instituições forneçam meios para que o trabalhador possua um ambiente de trabalho saudável e seguro, de modo a não provocar o adoecimento e evitar danos permanentes à saúde, e conseqüentemente, prejuízos às instituições.

Os cirurgiões-dentistas, no exercício de sua profissão, se mostram expostos continuamente a riscos ocupacionais de várias naturezas, podendo ser riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, além dos riscos aos acidentes de trabalho.

O controle dos riscos ocupacionais, bem como o gerenciamento do ambiente de trabalho são determinantes para a manutenção da capacidade laboral dos trabalhadores, independente da área de atuação profissional.

No que pese a exposição dos cirurgiões-dentistas do CBMDF a diversos fatores de risco ocupacionais no dia a dia de trabalho, estes apresentaram 50% menos atestados médicos que a média geral dos militares da corporação. Esse resultado não reduz a necessidade de medidas preventivas e de manutenção da capacidade para o trabalho do quadro estudado, mas indica que há necessidade de ampliação dos estudos, de modo a avaliar os militares dos outros quadros da corporação para compreensão dos fatores de risco associados a cada situação específica.

A análise minuciosa dos dados apresentados pelo estudo foi realizada com o intuito de estimular o desenvolvimento de programas e ações de prevenção de riscos, correção dos problemas e melhora da capacidade para o trabalho de acordo com as peculiaridades definidas.

Nessa linha de raciocínio, atenção especial deve ser dada aos grupos de pessoas que concentram mais manifestações de alterações, como as mulheres, que representam 36% da amostra, e respondem por 64% dos atestados. Do mesmo modo, deve ser observada a pequena parcela do grupo que concentra a maior quantidade de atestados. Não foi possível apontar correlação do número de atestados com o aumento da idade, nem da melhora da capacidade para o trabalho com a

prática de exercícios físicos.

A maior ocorrência de atestados é de até três dias de afastamento, correspondendo a 47% dos casos. Atestados longos se mostram de forma esporádica, evidenciando que as principais manifestações ainda não se mostram de forma crônica e irreversível, sendo passíveis de atuação de forma preventiva.

As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo se apresentaram como a principal causa de afastamento ao trabalho, corroborando com a principal queixa dos cirurgiões-dentistas apontadas nos questionários. Elas abrangem principalmente dorsalgia, sinovite e tenossinovite. Essas e as demais doenças apresentadas, bem como os grupos de indivíduos que as manifestam, devem ser levados em consideração na elaboração dos programas preventivos, para que sejam voltados à resolução dos problemas.

Todos os profissionais admitem estar expostos a algum tipo de risco no trabalho e usarem EPIs. Ainda assim, 78% dos profissionais afirmaram terem sofrido algum acidente de trabalho, o que reforça a necessidade de intervenção através de treinamentos e melhora de protocolos.

O resultado relacionado ao ICT dos cirurgiões-dentistas do CBMDF pode ser considerado favorável, variando entre 28 e 47 pontos, com a média de 39 pontos. Concluiu-se que 58,4% dos militares do quadro apresentam uma boa capacidade para o trabalho, 19,4% apresentam classificação ótima, e 22,2% classificam-se como tendo capacidade para o trabalho moderada.

Não houve trabalhadores classificados como tendo baixa capacidade para o trabalho. Desse modo, não há necessidade de medidas restauradoras da capacidade para o trabalho, mas sim de medidas que visem a melhora ou manutenção da capacidade apresentada.

O conhecimento dos riscos laborais pode levar os profissionais e gestores à identificação adequada dos pontos mais críticos existentes e, desse modo, à realização de medidas preventivas específicas para cada necessidade.

Com a implementação e o acompanhamento da capacidade para o trabalho dos militares do CBMDF, a área de saúde ocupacional pode estabelecer seus

próprios valores de referência para a corporação, baseado no acompanhamento a longo prazo, e da distribuição dos militares de acordo com a faixa etária e tipo de ocupação. O objetivo futuro é alcançar as modificações da capacidade para o trabalho nos planos individuais ou de grupos de trabalho, de modo a avaliar a eficácia das medidas preventivas e corretivas que foram implementadas.

Diante dos apontamentos realizados pelo presente estudo, pode-se realizar as seguintes recomendações:

Desenvolver ações para minimizar os riscos ocupacionais detectados, bem como para melhorar a capacidade para o trabalho dos profissionais, conforme lista de medidas presente no Anexo B;

Seguir os normativos relativos à Saúde e Segurança do Trabalhador;

Instituir palestras, treinamentos ou programas de conscientização e sensibilização dos profissionais acerca dos riscos ocupacionais a fim de desenvolver uma cultura organizacional voltada à prevenção e redução dos riscos;

Dar ampla ciência dos resultados obtidos nos ICT, individuais e em grupo;

Estudar e reformular os espaços físicos de trabalho de modo à adequação possível às necessidades individuais;

Manter as auxiliares em saúde bucal nos consultórios para um trabalho a quatro mãos mais ergonômico;

Implementar programas preventivos contínuos e específicos para esses profissionais, que incluem ginástica laboral, treinamento postural, alongamentos, acompanhamento fisioterapêutico para redução de lesões osteomusculares, acompanhamento para redução de stress e melhora na qualidade de vida, entre outros.

Adquirir produtos e equipamentos que minimizem os riscos laborais;

Realizar revisão dos processos de trabalho;

Exigir a utilização dos EPIs e dos procedimentos de radioproteção por todos os profissionais;

Realizar acompanhamento específico de possíveis consequências à saúde nos exames médicos da bienal;

Realizar o acompanhamento a longo prazo da capacidade para o trabalho dos militares do QOBM/C. Dent.;

Por fim, recomenda-se a realização de novos estudos, de modo a ampliar o acompanhamento da capacidade para o trabalho aos diversos quadros de militares do CBMDF.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA EUROPÉIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. **A gestão da SST no quadro do envelhecimento da população ativa**. 2020. Disponível em: <<https://osha.europa.eu/pt/themes/osh-management-context-ageing-workforce>>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- ANDRADE, Paulo Roberto. **Homens morrem mais que mulheres por causas violentas**. Dissertação de mestrado - FSP, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/?p=27542>>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- ARPONE, Raquel Martins et al. Riscos ocupacionais químicos no conhecimento de cirurgiões-dentistas. *Colloquium Vitae*, v. 4, n.1, jan./jun. 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 15287**: informação e documentação – Projeto de Pesquisa – Apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2005.
- BELTRAME, Mara Rubia Silva. **Capacidade de trabalho e qualidade de vida em trabalhadores de indústria**. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.
- BORSA, Juliane Callegaro; FEIL, Cristiane Friedrich. **O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão**. 13 jun. 2008. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 05 de outubro de 1988. Organização dos textos, notas remissivas e índices por Juarez de Oliveira. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1989.
- _____. Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2017**. Brasília: Ministério da Fazenda, 2017. 996 p.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 156p.
- _____. Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. **LER e DORT são as doenças que mais acometem os trabalhadores, aponta estudo**. abr. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45404-ler-e-dort-sao-as-doencas-que-mais-acometem-os-trabalhadores-aponta-estudo>>. Acesso em: 3 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/MS nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 21, 19 nov. 1999. Seção I, p. 21-29. Brasília, 1999a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html>. Acesso em: 09 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador**. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de Lesão por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria MS/SVS nº 453, de 1 de junho de 1998. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 02 jun. 1998. Disponível em: <https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-453-1998_181134.html>. Acesso em: 23 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria/MTb nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília, 1978. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jul. 1978. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/63/mte/1978/3214.htm>>. Acesso em: 09 out. 2019.

_____. Presidência da República. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília, 1999. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 maio 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm>. Acesso em: 14 set. 2019.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.957, de 9 de setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP. Brasília, 2009. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 set. 2009. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6957.htm>. Acesso em: 03 out. 2019.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.080, 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. Brasília, 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 09 out. 2019.

_____. Presidência de República. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 1991. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8213cons.htm>. Acesso em: 14 set. 2019.

BRASIL ESCOLA. **Vetor e agente etiológico**. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/saude/vetor-agente-etiologico.htm>>. Acesso em: 09 jan. 2020.

CID10. **Busca CID10**. Disponível em: <<https://cid10.com.br/>>. Acesso em: 09 jan. 2020.

CNEN. Comissão Nacional de Energia Nuclear. Norma NE 3.02/1988. **Resolução CNEN 12/1988**: Serviços de Radioproteção. 1988. Disponível em: <<http://appasp.cnen.gov.br/seguranca/normas/pdf/Nrm301.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro e; ARAÚJO, Tânia Maria. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores do Brasil. **Revista brasileira de medicina do trabalho**. v.14, n.3, p. 262-274. 2016. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/how-to-cite/120/pt-BR>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Plano Estratégico do CBMDF 2017-2024**. 1. ed. Brasília: CBMDF, 2016.

FARIA, Andréa Vaospasse Cocco. **Riscos no trabalho de cirurgiões-dentistas: informações e práticas referidas**. Rio de Janeiro, RJ, 2003. 84 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

FÉLIX, S. S. **Análise do Ruído Ocupacional em Odontologia: medidas de prevenção e implicações para a saúde de profissionais atuantes**. João Pessoa, PB, 2005. Tese de doutorado - Universidade Federal da Paraíba, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Romeu et al. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3. mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015>. Acesso em: 15 jan. 2020.

INFOESCOLA. **Doenças – Síndrome de Caplan**. Disponível em: <<https://www.infoescola.com/doencas/sindrome-de-caplan/>>. Acesso em: 09 jan. 2020.

LÉXICO. Dicionário de Português Online. **Risco**. Disponível em: <<https://www.lexico.pt/risco/>>. Acesso em: 13 jan. 2020.

LOPEZ, Teresa Cristina Villamarin; LESSA, Lenita Villamarin Lopez. **Riscos físicos e ergonômicos de dentistas em clínicas de hospitais: um estudo de caso na cidade de Brasília – DF**. XXX Encontro nacional de engenharia de produção. São Carlos – SP. 2010.

MARTINEZ, Maria Carmen; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; FISCHER, Frida Marina. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência e saúde coletiva**. v.15, suppl.1, p.1553-1561. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação Internacional de Doenças**. São Paulo: EDUSP, 1994, 1. ed.

PEREIRA, Cleber Rogério. **Manual para normatização de trabalhos acadêmicos**. Brasília, 2013.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL. **Remuneração dos servidores**. Atualizado em 13 jan. 2020. Disponível em: <<http://www.transparencia.df.gov.br/#/servidores/remuneracao?mes=11&ano=2019>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

PRESOTO, Cristina Dupim et al. Fatores de Risco de Desordens Osteomusculares Presentes no Posto de Trabalho de Estudantes de Odontologia. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 4, p. 549-554, out./dez. 2012.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho Científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo

Hamburgo: Feevale, 2013.

RAFFONE, Adriana Maisonave; HENNINGTON, Élide Azevedo. Avaliação da Capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n. 4, p. 669-676. 2005.

SANTOS, Cláudia da S.; PEREIRA, Kátia M. **Aplicação de Índice de Capacidade para o Trabalho em Cirurgiões-Dentistas**. Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia - Universidade São Francisco, 2006.

SIGNIFICADOS. **Significado de absenteísmo**. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/absenteismo/>>. Acesso em: 09 jan. 2020.

SILVA, José Mário Nunes da; MOURA, Lúcia de Fátima Almeida de Deus. Capacidade para o trabalho de cirurgiões-dentistas da atenção básica: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 41, n. 25. 2016.

TOMAZ, Laércio. CONTER – Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia. **Afastamento de gestante das atividades com radiação contínua obrigatório mesmo após a reforma trabalhista**. 29 dez. 2017. Disponível em: <<http://conter.gov.br/site/noticia/nao-se-discute>>. Acesso em: 22 out. 2019.

TUOMI, Kaija et al. Finnish research project on aging workers in 1981- 1992. **Scandinavian Journal of Work, Environment e Health**. v. 23, suppl 1, p. 7-11. fev. 1997.

TUOMI, Kaija et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. Traduzido por FISCHER, Frida Marina (coord). São Carlos: EdUFSCar, 2010. 59p. 1 reimp.

TUOMI, Kaija et al. Promotion of work ability, the quality of work and retirement. **Occupational Medicine**. v. 51, n. 5, p. 318-324. 2001.

TUOMI, Kaija et al. Organizational practices, work demands and the well-being of employees: a follow-up study in the metal industry and retail trade. **Occupational Medicine**. v. 54, p. 115-121. 2004.

TUOMI, Kaija et al. **Work ability index**. Helsinki: Institute of Occupational Health, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Workplace health protection and promotion in the policy and practice of social and health insurance institutions**. Copenhagen: WHO; 2000.

APÊNDICE

APÊNDICE A

**Questionário sobre Doenças Ocupacionais em cirurgiões-dentistas
do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal**

Doenças ocupacionais em cirurgiões-dentistas do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal

O questionário a seguir será utilizado em estudo do Curso de Aperfeiçoamento de Oficiais - CAEO/2019, realizado pela Major ANDRESSA, relacionado às doenças ocupacionais em militares do Quadro de Oficial Bombeiro Militar Cirurgião-dentista, lotados na PODON, no CBMDF.

Por favor, dê sua opinião a respeito de sua capacidade para o trabalho, bem como os fatores que a afetam. As respostas serão utilizadas na determinação tanto da necessidade de ações de apoio quanto de qualquer necessidade de melhoria das condições de trabalho.

A participação é voluntária, as respostas serão utilizadas somente para fins do estudo, não serão identificadas, e será mantido o devido sigilo das informações.

PARTE 1 - Ficha de Dados Pessoais dos Participantes

1. Nome (OPCIONAL): _____.
2. Idade: ____ .
3. Gênero: () Masculino; () Feminino.
4. A quanto tempo trabalha como cirurgião-dentista? _____ (marcar entre 1 – mais de 30 anos).
5. Ano da Admissão no CBMDF: _____ (marcar entre Antes de 2000 – 2019).
6. Qual a especialidade odontológica? _____.
7. Exerce a odontologia fora do CBMDF em outro turno? () Sim; () Não.
8. Quantas horas por semana de trabalho? () 20 () 30 () 40 () 50 () 60 ou + horas.
9. Faz atividade física ou pratica algum esporte regularmente? () Sim; () Não.

PARTE 2 – Perguntas sobre a exposição aos riscos do trabalho

Acredita estar exposto a algum tipo de risco no exercício de seu trabalho? () Não estou exposto a riscos; () Estou exposto a riscos: Risco biológico; () risco químico; () risco físico; () risco ergonômico; () risco psicossocial.

Já sofreu algum acidente de trabalho? () Não; () Sim, acidente com pérfuro-cortante; () Sim, acidentes com fluidos do paciente dirigidos aos olhos; () Sim, queimaduras (chama, ácidos, autoclave, outras queimaduras); () Sim, trauma físico; Sim, () outros: _____.

O CBMDF disponibiliza os Equipamentos de Proteção Individual necessários? () Não; () Sim.

Faz uso de quais EPI? () Não uso EPI; () Uso jaleco, () Uso luvas, () Uso óculos, () Uso gorro, () Uso máscara, () outros: _____.

Qual EPI não é fornecido pelo CBMDF, mas que seria importante o uso? _____

Está exposto a ruídos? () Não; () Sim, e não utilizo protetor auricular; () Sim e utilizo protetor auricular.

Está exposto à radiação? () Não; () Sim, e não utilizo dosímetros; () Sim, e utilizo dosímetros.

Tomou as vacinas preconizadas no calendário vacinal para profissionais de saúde? () Sim; () Não.

Você sente ou já sentiu dor ao trabalhar? () Nunca, () Raramente, () Às vezes, () Quase sempre, () Sempre.

O trabalho com auxiliares de saúde bucal influencia na prevenção de lesões físicas nos dentistas e na melhora na execução dos serviços? () Nunca, () Raramente, () Às vezes, () Quase sempre, () Sempre.

Considera a estrutura física do local de trabalho adequado para execução das atividades? () Nunca, () Raramente, () Às vezes, () Quase sempre, () Sempre.

Considera-se valorizado profissionalmente? () Nunca, () Raramente, () Às vezes, () Quase sempre, () Sempre.

Possui ou possuiu alguma alteração descrita abaixo? () varizes, () tendinite, () diminuição de força nas mãos, () dor de cabeça, () Lesão por Esforço Repetitivo, () Escoliose, () Hepatite B, () Alterações da tireóide.

Acredita possuir alguma patologia causada pelo trabalho? Qual? _____

Que mudanças poderiam ser feitas para tornar o ambiente de trabalho melhor e mais seguro? () Não há necessidade de mudanças; () Mudanças nas estruturas físicas; () Mudanças nos produtos e equipamentos utilizados; () Mudanças nos protocolos de atendimento; () Mudanças nas relações interpessoais; () Outros: _____.

ANEXOS

ANEXO A

Questionário Índice de Capacidade para o Trabalho - ICT

Questionário Índice de Capacidade de Trabalho - INSTITUTO FINLANDÊS DE SAÚDE OCUPACIONAL

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com X um número na escala de zero a dez, que designe quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estou incapaz
para o trabalho

Estou em minha
melhor capacidade
para o trabalho

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

- Muito boa5
- Boa.....4
- Moderada.....3
- Baixa.....2
- Muito baixa.....1

Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer.)

- Muito boa.....5
- Boa.....4
- Moderada.....3
- Baixa.....2
- Muito baixa.....1

Em sua **opinião**, quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui atualmente. Marque **também** aquelas que foram **confirmadas** pelo médico.

	Em minha Opinião	Diagnóstico médico
1 lesão nas costas	2	1
2 lesão nos braços/mãos	2	1
3 lesão nas pernas/pés	2	1
4 lesão em outras partes do corpo	2	1
Onde? Que tipo de lesão? _____		
5 doença da parte superior das costas ou região do pescoço com dores frequentes	2	1
6 doença da parte inferior das costas com dores frequentes	2	1

7 dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	1
8 doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	2	1
9 artrite reumatóide	2	1
10 outra doença músculo-esquelética	2	1
Qual? _____		
11 hipertensão arterial (pressão alta)	2	1
12 doença coronariana, dor no peito durante o exercício (angina pectoris)	2	1
13 infarto do miocárdio, trombose coronariana	2	1
14 insuficiência cardíaca	2	1
15 outra doença cardiovascular	2	1
Qual? _____		
16 infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	2	1
17 brônquite crônica	2	1
18 sinusite crônica	2	1
19 asma	2	1
20 enfisema	2	1
21 tuberculose pulmonar	2	1
22 outra doença respiratória	2	1
Qual? _____		
23 distúrbio emocional severo (depressão severa)	2	1
24 distúrbio emocional leve (depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	2	1
25 problema ou diminuição da audição	2	1
26 doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lente de contato de grau)	2	1
27 doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	2	1
28 outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos	2	1
Qual? _____		
29 pedras ou doença da vesícula biliar	2	1
30 doença do pâncreas ou do fígado	2	1
31 úlcera gástrica ou duodenal	2	1
32 gastrite ou irritação duodenal	2	1
33 colite ou irritação do cólon	2	1
34 outra doença digestiva	2	1
Qual? _____		
35 infecção das vias urinárias	2	1
36 doença dos rins	2	1
37 doença nos genitais e aparelho reprodutor (problema nas trompas ou na próstata)	2	1
38 outra doença geniturinária	2	1
Qual? _____		
39 alergia, eczema	2	1
40 outra erupção	2	1
Qual? _____		

41 outra doença de pele Qual? _____	2	1
42 tumor benigno	2	1
43 tumor maligno (câncer) Onde? _____	2	1
44 obesidade	2	1
45 diabetes	2	1
46 bócio ou outra doença da tireóide	2	1
47 outra doença endócrina ou metabólica Qual? _____	2	1
48 anemia	2	1
49 outra doença do sangue Qual? _____	2	1
50 defeito de nascimento Qual? _____	2	1
51 outro problema ou doença Qual? _____	2	1

Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta.)

Não há impedimento/ Eu não tenho doenças	6
Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	5
Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	4
Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	3
Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	2
Em minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar	1

Quantos **dias inteiros** você esteve fora do trabalho por causa de problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

Nenhum	5
Até 9 dias	4
De 10 a 24 dias	3
De 25 a 99 dias	2
De 100 a 365 dias	1

Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, **daqui a 2 anos**, fazer seu trabalho atual?

É improvável	1
Não estou muito certo.....	4
Bastante provável	7

Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?

Sempre	4
--------------	---

Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?

Sempre	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

Continuamente	4
Quase sempre	3
Às vezes	2
Raramente	1
Nunca	0

Consentimento informado (promoção e manutenção da capacidade para o trabalho em geral). Você consente que um resumo desses dados e do escore de sua capacidade para o trabalho sejam utilizados no estudo?

Sim ()

Não ()

Fonte: Tuomi et al. (2010).

ANEXO B

Lista de Medidas para Melhorar a Capacidade para o Trabalho

Lista de medidas para melhorar a capacidade para o trabalho

1 Diminuindo a carga de trabalho e melhorando o ambiente de trabalho (ergonomia, higiene ocupacional, segurança)

1.1 diminuir o trabalho muscular

- 1.1.1 carregar, levantar e mover manualmente
- 1.1.2 ficar em pé
- 1.1.3 rotação de tarefas
- 1.1.4 outros trabalhos musculares

1.2 reduzir as posturas corporais e movimentos difíceis

- 1.2.1 corpo inclinado e torcido ou outras posturas corporais difíceis
- 1.2.2 movimentos repetitivos semelhantes
- 1.2.3 outras posturas e movimentos difíceis

1.3 melhorias nas ferramentas e espaços de trabalho

- 1.3.1 quais ferramentas?
- 1.3.2 quais espaços de trabalho?

1.4 redução dos riscos de desconforto térmico

- 1.4.1 calor, frio ou mudanças de temperatura
- 1.4.2 ambientes úmidos, molhados, secos
- 1.4.3 outros riscos climáticos

1.5 redução dos riscos das máquinas

- 1.5.1 ruído
- 1.5.2 vibração
- 1.5.3 riscos de acidentes
- 1.5.4 outros riscos relacionados ao uso de máquinas

1.6 proteção contra substâncias perigosas

- 1.6.1 mofos e poeiras
- 1.6.2 substâncias perigosas, sujeira
- 1.6.3 outras substâncias perigosas

1.7 redução de outras cargas de trabalho ou condições de trabalho perigosas

2 Melhorando o grupo de trabalho e a organização de trabalho (relações pessoais, colaboração, gerência)

2.1 aumentando as possibilidades de desenvolvimento

- 2.1.1 participação no planejamento do próprio trabalho
- 2.1.2 treinamento relacionado às tarefas
- 2.1.3 outras possibilidades de desenvolvimento

2.2 aumento ou redução de responsabilidade no trabalho

- 2.2.1 possibilidade de controlar o próprio trabalho
- 2.2.2 responsabilidade por outras pessoas

- 2.2.3 possibilidade de falhar ou tomar ações incorretas
- 2.2.4 outras responsabilidades no trabalho

2.3 desenvolvimento de habilidades gerenciais e de supervisão

- 2.3.1 atitudes de superiores em relação ao envelhecimento
- 2.3.2 comunicação
- 2.3.3 tornando clara a descrição da função
- 2.3.4 desenvolvimento de outras habilidades de gerenciamento e supervisão

2.4 desenvolvimento de sistemas de informação e apoio

- 2.4.1 reconhecimento de valor
- 2.4.2 apoio de superiores
- 2.4.3 outros desenvolvimentos das tarefas de gerenciamento e supervisão

2.5 aumento ou diminuição na utilização do conhecimento

- 2.5.1 precisão no recebimento das informações
- 2.5.2 decisões com tempo suficiente
- 2.5.3 outros usos do conhecimento

2.6 melhorias dos esquemas de trabalho

- 2.6.1 pausas
- 2.6.2 trabalho em tempo parcial
- 2.6.3 outros esquemas de trabalho

2.7 aumento da liberdade no trabalho

- 2.7.1 reduzir esquemas (de produção) apertados e apressados
- 2.7.2 reduzir trabalho com ritmo preestabelecido
- 2.7.3 reduzir outras restrições no trabalho

2.8 aumento do interesse no trabalho

- 2.8.1 aumento da diversidade e enriquecimento do trabalho
- 2.8.2 diminuição do isolamento e aumento da solidariedade
- 2.8.3 melhoria nos contatos e relações sociais
- 2.8.4 melhoria do interesse no trabalho

2.9 outros desenvolvimentos no grupo de trabalho e na organização do trabalho

3 Melhorando a capacidade funcional (atividade física, estilos de vida saudáveis e revigorantes) e promovendo as habilidades profissionais

3.1 aumento na atividade física

- 3.1.1 melhorias nas condições gerais de saúde
- 3.1.2 aumento da força e resistência do sistema músculo-esquelético
- 3.1.3 aumento no controle motor e corporal
- 3.1.4 aumento da flexibilidade corporal
- 3.1.5 exercícios de relaxamento
- 3.1.6 outras formas de atividades físicas

3.2 melhorias na qualidade do sono e repouso

3.3 melhorias nos hábitos alimentares

- 3.3.1 refeições nos locais de trabalho
- 3.3.2 recomendações dietéticas (restrição de gorduras, açúcar, sal)
- 3.3.3 perda de peso (meta)
- 3.3.4 outras recomendações dietéticas e de hábitos alimentares (grupos, etc)

3.4 diminuição do consumo de álcool e fumo

- 3.4.1 cessação do hábito de fumar
- 3.4.2 limitação no consumo de álcool
- 3.4.3 outras recomendações em relação ao uso de álcool e tabaco (grupos, etc)

3.5 promoção de atividades nas horas de folga (*hobbies*)

- 3.5.1 atividades culturais (por exemplo música, cinema, exposições de arte)
- 3.5.2 atividades em clubes e associações
- 3.5.3 artesanato, trabalho em madeira e outros
- 3.5.4 outras possibilidades de promover *hobbies*

3.6 manutenção e promoção das habilidade profissionais

- 3.6.1 treinamento e manutenção das habilidades profissionais
- 3.6.2 cursos complementares
- 3.6.3 apoio para educação complementar
- 3.6.4 outras formas de promover habilidades profissionais

3.7 reabilitação médica e profissional

- 3.7.1 novo treinamento para exercer o trabalho
- 3.7.2 reabilitação orientada por profissionais da área de saúde
- 3.7.3 treinamento orientado para manter a capacidade para o trabalho
- 3.7.4 treinamento orientado para aumentar a capacidade para o trabalho
- 3.7.5 outras atividades de reabilitação

3.8 outras medidas para melhorar a capacidade funcional para o trabalho

Fonte: Tuomi et al. (2010).