

LUIZ EUGÊNIO NIGRO MAZZILLI

**ANÁLISE DOS AFASTAMENTOS DO TRABALHO POR
MOTIVO ODONTOLÓGICO EM SERVIDORES PÚBLICOS
MUNICIPAIS DE SÃO PAULO SUBMETIDOS À PERÍCIA
OCUPACIONAL NO PERÍODO DE 1996 A 2000**

São Paulo

2004

Luiz Eugênio Nigro Mazzilli

**Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em
servidores públicos municipais de São Paulo submetidos
à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, para obter o título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.

Área de Concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Edgard Crosato

São Paulo

2004

FOLHA DE APROVAÇÃO

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

São Paulo, 20/10/2004

Banca Examinadora

1) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Prof(a). Dr(a). _____

Titulação: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais — **Hugo** e **Maria Thereza** (*in memoriam*) —, a minha esposa — **Clice** — e a meus filhos — **Bruna** e **Fernando**.

Graças a vocês , tenho plena certeza que na vida há princípios, valores, causas e pessoas pelas quais vale a pena lutar. Que este trabalho possa contribuir para o bem e para a saúde das pessoas.

AGRADECIMENTOS

No decorrer desse trabalho — parte do processo de formação para a pesquisa e para a docência —, tivemos ao nosso lado incontáveis pessoas que não apenas contribuíram, mas viabilizaram sua concretização. Em especial, desejo expressar minha gratidão, meu respeito e minha homenagem:

À Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, berço de minha formação profissional;

Ao corpo docente e funcionárias do Departamento de Odontologia Social, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo;

Ao Professor Dr. Moacyr da Silva, Professor Titular do Departamento de Odontologia Social, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, nosso co-orientador;

Ao Prof. Dr. Edgard Crosato do Departamento de Odontologia Social, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, nosso orientador;

À Professora Dra. Lys Esther Rocha do Departamento de Medicina Legal, Ética Médica, Medicina Social e do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

À professora Dra. Selma Lancman do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

Ao Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes do Departamento de Odontologia Social, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo;

À Dra. Ana Cecília Nigro Mazzilli Xavier de Mendonça, à Sra. **Marieta Trancoso de Castro** e ao **Serviço de Documentação Odontológica - SDO** da FOU SP, pelo trabalho de revisão, editoração e normalização desta dissertação.

Aos colegas de trabalho da Prefeitura Municipal de São Paulo, aos **colegas de turma do programa de mestrado**, e a todos aqueles que me honraram com sua presença, espera e compreensão, meu eterno agradecimento.

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

RESUMO

Com o objetivo de subsidiar a reavaliação – e quiçá a implementação de novas medidas, políticas e práticas em saúde —, o presente estudo propôs-se a pesquisar indicadores da prevalência, da incidência do absenteísmo e do tempo médio de afastamento do trabalho por motivos odontológicos, segundo a sua etiologia. A fundamentação teórica necessária ao objetivo proposto apoiou-se em uma revista da literatura que parte do absenteísmo em seu conceito mais amplo até alcançar as questões relacionadas ao absenteísmo por motivo de saúde e neste, em particular, aquele de origem odontológica. Em sua parte experimental o trabalho utiliza metodologia de pesquisa quantitativa em dados secundários advindos dos registros de perícias ocupacionais administrativas então realizadas. Busca investigar a prevalência, a incidência e o tempo médio de afastamento do trabalho, segundo as variáveis de interesse para a área de saúde, realizada por grupo nosológico e de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 – OMS, 1994). Os resultados indicaram maior prevalência do gênero feminino, média etária de 42,2 anos — mínima de 20 e máxima de 69 anos —, com desvio padrão de 9,2 e coeficiente de variação de 21%. Observou-se, no estudo de proporções, maior frequência na faixa etária de 20 a 29 anos, e menor frequência na faixa etária de 60 a 69 anos. Apurou-se, como medida de tendência central, um tempo médio por afastamento de 5,4 dias, com desvio padrão de 5,3 e coeficiente

de variação de 97%: mínimo 0 (negado o pedido) e máximo de 60 dias. Segundo a frequência, os 5 primeiros motivos foram: 1) exodontias por via alveolar (24,94%); 2) doenças da polpa e tecidos periapicais (17,81%); 3) doenças Periodontais (10,75%); 4) transtornos das articulações temporomandibulares (7,68%); 5) exodontias de inclusos ou impactados (6,88%). Quanto ao peso participativo no total de dias de afastamento, observou-se como principal causa os transtornos das articulações temporomandibulares, com 17,12%.

Palavras-Chave: Absenteísmo – Saúde Bucal – Licença médica; epidemiologia - Impacto no estado de saúde

Mazzilli LEN. Analysis of sick leave due oral and maxillofacial affections and correlated problems of municipal civil servers of São Paulo, submitted to occupational expertise in the period of 1996 to 2000 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2004.

ABSTRACT

This work aims at studying the absenteeism due to oral and maxillofacial affections and correlated problems of municipal civil servers of São Paulo. The data was assessed onto sick-leave requests to the São Paulo Occupational Medical Department between December 1996 and December 2000. It is a contribution to the analysis of the oral health impact to the worker. The theoretical groundings of this dissertation lean on a literature review that departs from the absenteeism in its wider concept and reaches the issues of the health-related absenteeism, and within this latter, in particular, those related to dental origin. In its experimental respect, the work resorts to quantitative research methodology applied to secondary data retrieved from the database of administrative occupational expertise during the period. It aims at investigating the prevalence, the incidence and the average time of work absenteeism, according to the variables of interest to the health area, classified by nosologic groups and in agreement with the International Classification of Diseases and Problems Related to Health – ICD- 10 – WHO - 1993. The results indicated a larger prevalence on the feminine gender, average of 42.2 years old, with standard deviation of 9.2 years and variation coefficient of 21%, minimum of 20 and maximum of 69 years of age. The analysis of proportions showed the largest frequency in the age group from 20 to 29 years, and the smallest frequency in the age group from 60 to 69 years. It was found, as a central tendency measure, an average sick-leave

period of 5.4 days, with a 5.3 days of standard deviation and variation coefficient of 97%, with a minimum leave of 0 days (request denied) and a maximum of 60 days. According to the frequency, the 5 principal reasons were: 1) Erupted tooth extraction (24.94%); 2) Diseases of the pulp and periapical tissues (17.81%); 3) Periodontal Diseases (10.75%); 4) TMJ disorders (7.68%); 5) Embedded and impacted teeth surgery (6.88%). Regarding to the participative weight in the total of sick-leave days, the TMJ disorders was observed to be the prevailing reason (17.12%).

Key-works: Absenteeism – Oral Health – Sick leave / epidemiology – Impact in the health condition

LISTA DE TABELAS

p.

Tabela 4.1	– Distribuição dos servidores públicos municipais segundo o gênero e a faixa etária	55
Tabela 4.2	– Distribuição dos servidores segundo a Secretaria Municipal de origem.....	56
Tabela 5.1	– Média e freqüências das faixas etárias da amostra	59
Tabela 5.2	– Análise comparativa das freqüências etárias entre a população em estudo e o quadro geral de servidores.....	60
Tabela 5.3	– Análise comparativa das freqüências segundo as Secretarias Municipais de origem.....	62
Tabela 5.4	– Diversidade de sujeitos	63
Tabela 5.5	– Prevalência no período – principais causas	64
Tabela 5.6	– Incidência no período – principais causas	65
Tabela 5.7	– Distribuição segundo a participação no total de dias de afastamento (n=8850).....	66
Tabela 5.8	– Tempo médio geral de afastamento	67
Tabela 5.9	– Tempo médio de afastamento, segundo as nosologias	69
Tabela 5.10	– Tempo médio de afastamento por grupo nosológico, segundo o gênero	70
Tabela 5.11	– Tempo médio de afastamento por grupo nosológico, segundo a faixa etária	71
Tabela 5.12	– Risco relativo nosológico, segundo o gênero.....	72
Tabela 5.13	– Freqüência de afastamentos, segundo as nosologias e a faixa etária	73
Tabela 5.14	– Risco relativo nosológico, segundo a faixa etária.....	73
Tabela 5.15	– Freqüências nosológicas dos casos de reapresentação e respectivas prevalências no período	74
Tabela 5.16	– Perfil ocupacional.....	75
Tabela 5.17	– Distribuição de freqüências nosológicas segundo a ocupação.....	76
Tabela 5.18	– Risco relativo nosológico segundo a ocupação	76
Tabela 6.1	– Risco relativo da doença-cárie Feminino / Masculino no Brasil (1996)	86

LISTA DE GRÁFICOS

p.

Gráfico 5.1 – Distribuição segundo o gênero	58
Gráfico 5.2 – Distribuição etária da amostra segundo as idades-índice	59
Gráfico 5.3 – Análise comparativa das freqüências etárias entre a população em estudo e o quadro geral de servidores.....	60
Gráfico 5.4 – Freqüência segundo as Secretarias Municipais de origem	61
Gráfico 5.5 – Diversidade de sujeitos e repetições	63
Gráfico 5.6 – Prevalência, incidência e peso participativo	66
Gráfico 5.7 – Tempo médio de afastamento por perícia	67
Gráfico 5.8 – Polígono de freqüências – Distribuição dos afastamentos por perícia	68
Gráfico 5.9 – Tempo médio de afastamento, segundo as nosologias	69
Gráfico 5.10 – Tempo médio de afastamento segundo as nosologias: vista em perspectiva	69
Gráfico 5.11 – Média etária segundo as ocupações	75
Gráfico 5.12 – Incidência nosológica segundo os grupos ocupacionais	76
Gráfico 5.13 – Tempo médio de afastamento segundo as ocupações	77
Gráfico 6.1 – Comparação entre o número de dias de afastamento apontados nos trabalhos de Brito Jr. (2000), Martins (2002) e a presente pesquisa	83
Gráfico 6.2 – Freqüência das DTMs segundo a ocupação.....	91

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

χ^2	valor do teste qui-quadrado
§	parágrafo
A. ENF	auxiliar de enfermagem
ADI	auxiliar de desenvolvimento infantil
Ag. ADM	agente administrativo
Ag. ESC	agente escolar
AL	afastamento laborativo
ANEP	Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
art.	artigo
AT	acidente do trabalho
ATM	articulação temporomandibular
CDC	Center for Disease Control
CEP/FOUSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CPO-D	dentes cariados, perdidos e obturados
CRM	Conselho Regional de Medicina
CRO	Conselho Regional de Odontologia
CT	Connecticut
DEMED	Departamento Médico da Secretaria Municipal da Administração de São Paulo
DESAT	Departamento de Saúde do Trabalhador Municipal da Secretaria Municipal da Gestão Pública de São Paulo

DIDL	<i>dental impact on daily living</i> : impacto odontológico na vida diária
DOM	Diário Oficial do Município (São Paulo)
DRH	Departamento de Recursos Humanos
DTM	disfunção temporomandibular
et al.	<i>et alii</i> (e outros)
EUA	Estados Unidos da América
GSPM	Guia de solicitação de perícia médica
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
NCHS	National Center for Health Statistics
NHIS	National Health Interview Survey
OECD	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>
OHIP	<i>oral health impact profile</i> : perfil do impacto da saúde bucal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
Per.	Perícias
PROF	professor
QGS	Quadro Geral de Servidores
RR	risco relativo
RS	Rio Grande do Sul
Srv.	Servidor(es)
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SMA	Secretaria Municipal da Administração
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde

TGA	Taxa Global de Ausência
TST	Tribunal Superior do Trabalho
U\$	dólares norte americanos
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USA	United States of America
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	p.
1	INTRODUÇÃO 18
2	REVISÃO DA LITERATURA 20
2.1	Absenteísmo 20
2.1.1	Entendimento 20
2.1.2	Ótica administrativa 21
2.1.3	Principais causas 22
2.1.4	Medidas de quantificação 23
2.1.5	Medidas gerais de controle 24
2.2	Absenteísmo por motivo de saúde 25
2.2.1	Prevalência e custos 26
2.2.2	Variáveis associadas..... 27
2.2.3	Principais etiologias..... 28
2.2.4	Absenteísmo por motivo de saúde e absenteísmo-doença 29
2.2.5	Entendimento e justificativa 30
2.2.6	Incapacidade laborativa 31
2.2.7	Estado mórbido e absenteísmo de corpo presente 31
2.2.8	Legislação e controle — Brasil 34
2.2.9	Questões técnicas, éticas e deontológicas envolvidas no processo de justificativa do absenteísmo-doença 36
2.3	Morbidade odontológica e restrição de atividades 37
2.4	Absenteísmo por motivos odontológicos..... 40
2.4.1	Estudos de prevalência..... 41
2.4.1.1	<i>Bases Internacionais</i> 41
2.4.1.2	<i>Base Nacional</i> 42
2.4.2	Prevalência e tempo médio de afastamento do trabalho segundo o perfil demográfico, sócio-econômico e ocupacional..... 44
2.4.2.1	<i>Gênero</i> 44
2.4.2.2	<i>Faixa etária</i> 44
2.4.2.3	<i>Tempo médio de afastamento</i> 45
2.5	Absenteísmo: diversidade e conflito de resultados..... 46
3	PROPOSIÇÃO 47
4	MATERIAL E MÉTODO 48
4.1	Origem dos dados 48

4.1.1	Caracterização do Departamento Médico	48
4.1.2	Demanda, perícia e trânsito	49
4.1.3	Registro	50
4.2	Método	51
4.2.1	Coleta de dados	51
4.2.2	Organização dos dados colhidos	52
4.2.3	Validação dos registros	52
4.2.3.1	<i>Registros eliminados</i>	53
4.2.4	Planilha de trabalho	54
4.2.5	Análise estatística	54
4.2.6	Caracterização do quadro de Servidores Municipais, indicadores e referências utilizadas	54
5	RESULTADOS	57
5.1	Perfil dos servidores que solicitaram o benefício	57
5.2	Freqüência segundo o gênero	57
5.3	Freqüência segundo a faixa etária	58
5.4	Procedência segundo a secretaria municipal de origem	61
5.5	Diversidade de sujeitos na amostra	62
5.6	Concessão do benefício	63
5.7	Prevalência, incidência e peso participativo no total de dias de afastamento, segundo os grupos nosológicos.....	64
5.7.1	Prevalência	64
5.7.2	Incidência	65
5.7.3	Peso participativo no total de dias de afastamento	65
5.7.4	Tempo médio de afastamento	67
5.7.4.1	<i>Tempo médio de afastamento, segundo as nosologias</i>	68
5.7.4.2	<i>Tempo médio de afastamento por grupo nosológico, segundo o gênero</i>	70
5.7.4.3	<i>Tempo médio de afastamento por grupo nosológico, segundo a faixa etária</i>	70
5.7.5	Risco relativo dos afastamentos, segundo as nosologias e o gênero	71
5.7.6	Risco relativo dos afastamentos, segundo as nosologias e a faixa etária	72
5.7.7	Risco relativo de licenças negadas, segundo o gênero	74
5.7.8	Freqüências nosológicas nas rerepresentações de servidores.	74
5.8	Análise dos afastamentos segundo a ocupação	75
5.8.1	Prevalência nosológica segundo as ocupações	76
5.8.2	Tempo médio de afastamento segundo as ocupações	77

6	DISCUSSÃO.....	78
6.1	Prevalência dos afastamentos odontológicos	78
6.2	Distribuição segundo o gênero	78
6.3	Perfil etário	80
6.4	Freqüência segundo a secretaria municipal de origem	81
6.5	Diversidade de sujeitos.....	81
6.5.1	Repetições	82
6.6	Tempo médio de afastamento	83
6.7	Análise ocupacional.....	88
7	CONCLUSÕES	92
7.1	Resultados.....	92
7.2	Considerações finais	93
7.2.1	Revisão do conceito de absenteísmo.....	93
7.2.2	Considerações gerais sobre a prevalência.....	94
7.2.3	Recomendações	95
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICES	106
	ANEXOS	114

1 INTRODUÇÃO

“Quando falta a saúde a sabedoria não se revela, a arte não se manifesta, a força não luta, a riqueza é inútil e a inteligência é inaplicável”

(Herophilus, c. 335 – c. 280 aC)

O conhecimento da extensão das doenças — sua prevalência e sua incidência — em uma dada população constitui imprescindível instrumento contributivo para a sua prevenção, mas não necessariamente reflete os problemas que as pessoas têm como resultado de sua condição de saúde. Em odontologia, assim como nas outras áreas da saúde, há o reconhecimento de que a simples mensuração da morbidade tem permitido discreto conhecimento do seu impacto na qualidade de vida e no bem-estar das populações (ALLEN, 2003).

Dada a significativa prevalência da morbidade bucal nas populações (CUSHING; SHEIHAM; MAIZELS, 1986; LOCKER; GRUSHKA, 1987; RILEY; GILBERT; HEFT, 1998), pesquisas têm procurado investigar o seu impacto na vida das pessoas, seja através da análise de limitações funcionais, como dor física, desconforto e incapacidade psicológica, física, social e deficiências — desenvolvendo ou aplicando protocolos de pesquisa como o *dental impact on daily living* (DIDL), conforme Leao e Sheihan (1996) , *oral health impact profile* (OHIP), conforme Slade (1997), dentre outros —, seja através de outras medidas de função social, como dias de restrição de atividades, dias de restrição à cama, ao lar ou ainda dias de trabalho ou de escola perdidos (NATIONAL HEALTH INTERVIEW

SURVEY – NHIS –, 1981 apud REISINE, 1985; REISINE, 1984; United States of América – USA -, 1986; USA, 1989_a).

Publicação do programa *Healthy People 2000* intitulada *National Health Promotional and Disease Prevention Objectives* (USA, 1990) salienta que as doenças bucais se inserem entre os problemas de saúde mais comumente enfrentados pela população norte-americana, restringindo as ocupações habituais dos cidadãos em mais de 14 milhões de dias.

Analisando o absenteísmo escolar, estudo da *National Education Association* (USA, 2000) estimou que, nos Estados Unidos da América (EUA), 52 milhões de horas-aula foram perdidos por problemas odontológicos no ano de 1999.

O impacto da morbidade bucal no comparecimento e na produtividade laborais — absenteísmo laborativo —, por sua vez, tem sido objeto de poucas investigações, e a grande maioria daquelas que o contemplam limitam-se à quantificação de um de seus elementos constitutivos — as faltas ao trabalho (REISINE, 1985). Ainda assim, a perda de dias de trabalho tem-se mostrado não apenas prevalente, mas de significativa variabilidade, ainda que considerada a mesma população (REISINE, 1984, 1985).

A carência de publicações e de estudos mais aprofundados — tanto na literatura nacional quanto na internacional —, a divergência de resultados, a construção e o uso restrito de dados quantitativos limitados, em geral, ao controle administrativo dos recursos humanos, têm dificultado o melhor entendimento dessa importante questão, especialmente sob a ótica da saúde humana.

Assim, o presente trabalho visa contribuir para o estudo das etiologias odontológicas relacionadas ao absenteísmo laborativo, com vistas à sua aplicabilidade social, acadêmica e profissional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Absenteísmo

Absenteísmo laboral é o termo utilizado na literatura para, genericamente, indicar o não-comparecimento inesperado ao trabalho, em especial aquele de caráter repetitivo.

2.1.1 Entendimento

Para Costa (1971, p.842), "[...] absenteísmo é o conjunto das ausências intencionais do trabalhador e de caráter repetitivo excluindo, deste modo, as ausências por férias, por luto, por gravidez, ou por sanções disciplinares".

O absenteísmo, definem Sekiou et al. (1993), é o período exato durante o qual o assalariado não se apresenta em seu posto de trabalho — mesmo sabendo que lá deveria estar —, sendo essa ausência independente das razões que possa invocar para justificá-la.

Já Miguez e Bonami (1988) entendem que, além da ausência física, o termo absenteísmo contempla um conjunto de comportamentos de ausência. Isto porque o trabalhador pode estar presente no posto de trabalho, mas improdutivo, ou ainda que presente no ambiente de trabalho, não em seu posto de trabalho, como

nos casos em que sai repetidamente para tomar um café, conversar com colegas, ou exagerando no tempo dedicado aos intervalos como o almoço etc.

Midorikawa (2000, p.153), cujo objeto de investigação foi a odontologia na saúde do trabalhador, aponta dois tipos de absenteísmo: o absenteísmo pela falta ao trabalho e o absenteísmo de corpo presente.

O absenteísmo tipo I (pela falta ao trabalho) é mais fácil de ser mensurado e de ter o seu custo calculado. É a falta pura e simples do empregado ao trabalho, que leva à perda de produção das horas não trabalhadas. O absenteísmo tipo II (de corpo presente) é aquele que ocorre quando o trabalhador está com algum problema de saúde que não permite um melhor desempenho e, embora ele não falte ao trabalho, diminui a sua produtividade.

2.1.2 Ótica administrativa

Como fenômeno de esfera administrativa, o comparecimento ao trabalho é condição *sine qua non* para a eficácia de uma organização. As faltas imprevistas fazem com que as empresas se ressintam da carência de mão-de-obra suficiente para manter a produção ou o serviço e, ora se vejam obrigadas a suprimir aquele atendimento laboral, ora a contornar a situação substituindo o ausente por outro funcionário não necessariamente preparado para desempenhar aquela função. Esse rompimento no fluxo de operações cotidianas resulta no decréscimo da produtividade, na queda de qualidade dos produtos e/ou serviços e na diminuição da satisfação do cliente, além de exercer um efeito negativo no rendimento e na moral dos outros empregados e gerar sobrecarga de trabalho (SOUZA, 2002).

Outras definições de absenteísmo, presentes especialmente nas normas pactuadas nos contratos de trabalho e nos acordos coletivos, abordam o caráter

voluntário ou involuntário das ausências, estas últimas habitualmente entendidas como resultantes de doenças, acidentes, intercorrências e responsabilidades familiares. Nesse sentido, o absenteísmo é considerado passível de ser evitado, em algum grau, por ações do empregador ou do empregado (BOOTH, 1993; KELLY, 1996). E, ainda nessa linha de raciocínio, Soares (1997) chama a atenção para o interesse de se diferenciar o absenteísmo inocente do culpável, especialmente para efeito do pagamento ou não das horas não trabalhadas.

2.1.3 Principais causas

Segundo Chiavenatto (1986, 1989), as principais causas de absenteísmo são: doença efetivamente comprovada; doença não comprovada; razões diversas de caráter familiar; faltas voluntárias por motivos pessoais. Souza (2002) destaca que as longas jornadas de trabalho, as condições de insalubridade do ambiente de trabalho, a baixa remuneração, o duplo emprego e a tensão emocional são razões que acarretam o absenteísmo em larga escala. Analisando o absenteísmo no Canadá, Wong (1999) classifica as faltas ao trabalho na seguinte ordem de importância: *a)* circunstâncias familiares; *b)* saúde física do trabalhador; *c)* ambiente de trabalho; *d)* grau de tensão de trabalho; *e)* relações entre o empregador e o empregado; *f)* cobertura corporativa; *g)* horários de trabalho.

Segundo a empresa internacional de pesquisa de mercado CCH *Incorporated and Harris Interactive* (CCH, 2003), em 2002 o absenteísmo em empresas americanas teve como causas: doenças (33%); problemas familiares

(24%); problemas pessoais (21%); estresse (12%); abuso do direito de usufruir benefícios constantes do contrato de trabalho. (10%)¹.

2.1.4 Medidas de quantificação

Diferentes índices podem ser empregados para o cálculo do absenteísmo, e a eleição de um deles depende da qualidade das informações que fornece, seja para atender à política de pessoal adotada pela empresa, seja para subsidiar os objetivos específicos de levantamentos implementados por organismos oficiais (MARIN, 1984).

Como afirmam Sekiou et al. (1993), não existe um padrão universal para a construção de tais medidas: na verdade, a literatura apresenta variadas abordagens sobre o assunto. Entretanto, os autores ressaltam que os índices mais utilizados são a taxa de frequência² e a taxa global de ausências ou taxa de gravidade³, muito embora se observe ainda o uso regular do índice de frequência e do índice de gravidade⁴.

¹ De acordo com o documento, a expressão “abuso do direito de usufruir benefícios constantes do contrato de trabalho” refere-se àqueles trabalhadores que, mesmo sem necessidade, utilizam todos os abonos de faltas previstos pela organização.

² A taxa de frequência exprime a razão entre as baixas (ausências físicas) e o número de empregados ativos em um dado período, multiplicada por 100.

³ A taxa global de ausências indica a razão entre o total de dias ou horas perdidas e o total de dias ou horas trabalhadas em um dado período, multiplicada por 100.

⁴ O índice de frequência e o índice global de ausências equivalem às respectivas razões não percentuais de suas taxas.

Isambert-Jamati⁵ (1962 apud MIGUEZ; BONAMI, 1988) e Marin (1984) ressaltam o interesse administrativo na construção desses índices, especialmente da taxa global de ausências — que representa o tempo que é de fato perdido pela empresa. Entretanto, Soares (1997) entende que essa medida, bem como os outros parâmetros regularmente utilizados, podem ocultar dimensões bastante importantes do fenômeno da ausência, de vez que não oferecem informações adequadas sobre a forma como os comportamentos de ausência se produziram, a sua etiologia específica e a sua prevalência, segundo as diversas variáveis envolvidas.

De acordo com relatório publicado pela *Australasian Faculty of Occupational Medicine* (WORKPLACE [...] 1999), tal situação acaba por determinar o uso restrito e limitado da informação ao âmbito administrativo local dificultando, e até mesmo impedindo, comparações e estudos entre as empresas

A revisão detalhada e a análise desses índices encontram-se no Apêndice A.

2.1.5 Medidas gerais de controle

As empresas que adotam uma política de absenteísmo orientada para a prevenção das causas a ele subjacentes implementam, segundo Graça (1995, 1999), as seguintes medidas concretas:

⁵ Isambert-Jamati V. *Traité de sociologie du travail*. Friedman; Naville. Paris: Armand Colin; 1962. v11.

- processuais, administrativas ou disciplinares, dificultando ou facilitando o comportamento de ausência – como perda de vencimento ou de prêmios de assiduidade, complemento de subsídio de doença pago ou não pela empresa;
- preventivas orientadas para o indivíduo e o reforço da sua capacidade de trabalho – como exames médicos periódicos, vacinação, educação para a saúde, formação e treinamento técnico, equipamentos de proteção individual contra os riscos profissionais;
- preventivas orientadas para o ambiente de trabalho físico e psicossocial, de modo a neutralizar, reduzir ou minimizar a discrepância entre as exigências impostas pelo trabalho e a capacidade de resposta do indivíduo – como criação sustentada de um ambiente de trabalho saudável, seguro e produtivo, participação na organização do trabalho e participação no sistema de gestão;
- reintegrativas, voltadas à reintegração e à reabilitação do indivíduo no local de trabalho, facilitando e apressando o retorno deste ao trabalho — como suporte social do grupo de trabalho, política de incentivos, serviços ou programas de reabilitação no local de trabalho.

2.2 Absenteísmo por motivo de saúde

Para Castejón (2002), o absenteísmo laboral decorrente de problemas de saúde acarreta conseqüências econômicas e sociais pois, além do ônus econômico-administrativo direto absorvido pela empresa e pelo empregado, provoca um incremento nos gastos do sistema de previdência social, que passa a responder pelo pagamento dos benefícios em função da incapacidade temporária causada por doença ou acidente de trabalho. Além disso, e ainda no entendimento do autor, esse tipo de problema aumenta a demanda pelos serviços públicos de saúde — incluindo-

se aí a atenção primária —, que recebem o trabalhador para avaliar a sua incapacidade para o trabalho.

2.2.1 Prevalência e custos

Muitas variáveis contribuem para o absenteísmo-doença, implicando significativas alterações de prevalência entre as diversas forças de trabalho. Dentre as principais, destacam-se aquelas de caráter demográfico e aquelas relacionadas com os valores culturais, com a natureza da ocupação, com o mercado e com o ambiente de trabalho, com a política e a cobertura institucional, bem como com a cobertura do Estado. (CASTEJÓN, 2002, GRAÇA 1995, 1999, MIGUEZ; BONAMI, 1988).

Em investigação sobre o absenteísmo-doença em 11 países⁶ — com variáveis ajustadas de acordo com as pesquisas de força de trabalho dessas nações —, Bliksvær e Helliesen (1997) observaram consideráveis diferenças de frequência desse tipo de ocorrência para empregados da faixa etária compreendida entre 20 a 60 anos: o menor valor (1,1%) coube aos EUA, e o maior (4,6%) à Hungria.

Com relação ao absenteísmo-doença no contexto europeu, Graça (1999, p.11), escreve:

Na União Européia, o absenteísmo, devido à incapacidade para o trabalho por doença, acidente ou lesão, tem um custo total estimado entre 1.5% e 4% do PIB, conforme os Estados-membros. No caso de Portugal, que apresenta um absenteísmo médio de 7,6% no setor privado (estima-se

⁶ República Tcheca - 1994; Finlândia - 1990; Hungria - 1993; Luxemburgo - 1992; Noruega - 1990; Polónia - 1994; Eslovênia - 1994; Espanha - 1993; Suécia - 1990; Reino Unido - 1989; Estados Unidos da América - 1990.

maior prevalência no setor público), os custos diretos e indiretos do absenteísmo rondaram os 3,6% do PIB em 1995, o que, em termos absolutos, foi igual ou superior ao orçamento anual do Serviço Nacional de Saúde (cerca de 600 milhões de contos em 1995).

Em matéria publicada no *Jornal da Tarde de São Paulo*, Pastore (2001, p. C1) tece comentários acerca dos custos do absenteísmo de causa ocupacional notificado⁷ no Brasil:

[...] não se conhece o custo real para o País da ocorrência de acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho. Estimativa recente avaliou em R\$ 2,5 bilhões anuais o custo para o INSS; R\$ 10,5 bilhões anuais o custo para as empresas, mais de R\$ 7,5 bilhões anuais o custo anual absorvido pelos acidentados e sociedade [...]

Representando na força de trabalho uma razão de frequência de 1,9% — com média anual, por trabalhador, de 7,0 dias de trabalho perdidos —, o custo das ausências por doença no Reino Unido foi estimado em 11,8 bilhões de libras em 2001, um bilhão a mais do que havia sido constatado no ano anterior, embora o número de dias perdidos por esse motivo tenha sido o menor desde o início dos registros desse tipo de incidente pela organização dos empregadores, em 1987 (SICK [...] 2002).

2.2.2 Variáveis associadas

Segundo Graça (2002), a relação entre o adoecimento e as faltas ao trabalho é um complexo de decisões que compreende diversos fatores de natureza individual, organizacional e social: uma pessoa pode ir trabalhar mesmo estando

⁷ O autor considera significativa a subnotificação de doenças e acidentes do trabalho.

doente ou sentindo-se doente; uma pessoa pode decidir não ir trabalhar porque está doente ou se sente doente, independentemente de procurar ou não ajuda médica; uma pessoa doente, com incapacidade temporária para o trabalho, pode não ficar acamada e ir trabalhar por decisão própria, médica, ou ainda por alguma dificuldade burocrática ou desvantagem profissional.

2.2.3 Principais etiologias

A prevalência das principais etiologias relacionadas ao absenteísmo-doença está intimamente ligada a variáveis populacionais e à metodologia adotada para o seu levantamento.

Para verificar a frequência das principais causas etiológicas do absenteísmo-doença, Vêras e Silva, Pires Filho e Brandão (1986) empreenderam levantamento estatístico nas Centrais Elétricas do Piauí em 1982, obtendo os seguintes resultados: *a)* doenças infecciosas e parasitárias (24%), com predomínio das infecções intestinais; *b)* doenças do aparelho digestório (22,6%), com maior incidência de doenças dentárias; *c)* doenças do aparelho respiratório (16,2%), com maior índice de amidalites.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul com dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e, portanto, referentes a afastamentos superiores a 15 dias⁸, Boff, Leite e Azambuja (2002) encontraram as seguintes etiologias, de

⁸ Solicitação do benefício previdenciário Auxílio-doença - § 2º do art. 75 do decreto 3.048, de 6 de maio de 1999 (BRASIL, 1999a).

acordo com a frequência: *a*) condições clínicas (61%), com predomínio de doenças osteomusculares, doenças mentais e cardiovasculares; *b*) lesões e causas externas (22%); *c*) convalescença após cirurgias (17%), decorrentes de problemas gastrointestinais, genitourinários, osteomusculares e traumáticos.

Analisando as incapacidades temporárias por contingência comum em Castelldefelts, Espanha, Castejón (2002) observou, segundo os informes clínicos, a seguinte prevalência: *a*) enfermidades do aparelho respiratório (33%); *b*) lesões e efeitos adversos (18,8%); *c*) enfermidades do aparelho locomotor e do tecido conjuntivo (13,5%); *d*) enfermidades infecciosas e parasitárias (6,3%); *e*) enfermidades do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (5,8%); *f*) transtornos mentais (5,3%); *g*) patologias do aparelho digestivo (4,8%); *h*) patologias do aparelho genitourinário (3,4%). Completam o quadro episódios de natureza distinta, dentre eles sinais, sintomas e estados patológicos mal definidos (3,4%).

2.2.4 Absenteísmo por motivo de saúde e absenteísmo-doença

No entendimento de alguns autores (CASTEJÓN, 2002; GRAÇA, 1999; MIGUEZ, 1988), absenteísmo por motivo de saúde e absenteísmo-doença compreendem episódios distintos. Para tais estudiosos, o absenteísmo por motivo de saúde compreenderia as ausências decorrentes de problemas de saúde próprios ou de dependente — como a procura pelo diagnóstico, assistência, terapia e acompanhamento — e, como tal, caracterizariam uma condição potencialmente questionável no tocante à necessidade de interromper o exercício laborativo. No

caso do absenteísmo-doença, a ausência seria devida à falta de capacidade para exercer as atividades de trabalho em razão de doença ou lesão acidental, configurando uma condição justa e necessária e, portanto, inquestionável (CASTEJÓN, 2002).

Miguez e Bonami (1988), por sua vez, ponderam que o problema que se coloca nesses tipos de ausência é o de definir efetiva e corretamente qual — e como — condição, estado clínico, doença ou patologia tornam o indivíduo inapto para se apresentar ao trabalho, ou ainda para executá-lo eficazmente sem que incorra em agravos ou riscos impróprios.

2.2.5 Entendimento e justificativa

De acordo com Paulino et al. (1981, p. 1), absenteísmo-doença é “a ausência do trabalho atribuída à doença ou lesão acidental, e, como tal aceita pela entidade empregadora ou pelo sistema de Seguridade Social”.

Já segundo a publicação *Perícia Médica – Normas e Orientações* —, da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SÃO PAULO, 1981, p. 27), a confirmação de doença ou lesão não é condição suficiente para a justificativa da falta do trabalhador. Quanto ao afastamento laborativo (AL), orienta:

A proposição de licença para tratamento de saúde somente se justifica quando houver doença incapacitante para o trabalho [...] sendo indispensável que esta doença se apresente em nível que determine incapacitante laborativa [...]. A incapacidade não decorre apenas de doença diagnosticada, mas sim de sua situação clínica no momento do exame.

2.2.6 Incapacidade laborativa

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1980_b), incapacidade consiste em qualquer redução ou falta — conseqüente a uma deficiência ou disfunção — da habilidade para realizar uma atividade de maneira considerada normal para o ser humano, ou que esteja dentro do espectro considerado normal.

Para fins previdenciários a INCAPACIDADE LABORATIVA foi definida, pelo INSS (1993, 1999), como a impossibilidade de desempenho DAS FUNÇÕES ESPECÍFICAS DE UMA ATIVIDADE — ou ocupação —, em conseqüência de alterações morfopsicofisiológicas provocadas por doença ou acidente. O risco de vida — para si ou para terceiros —, ou de agravamento que a permanência na atividade possa acarretar está incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável ou indiscutível.

Em análise sobre as questões periciais envolvidas na avaliação da incapacidade laborativa, Araújo (1993) conclui que o exame de aptidão física ou mental e a avaliação médico-pericial realizada para a concessão da licença médica dependem do conhecimento dos dados profissiográficos da atividade exercida ou a exercer.

2.2.7 Estado mórbido e absenteísmo de corpo presente

Ao analisar o absenteísmo por motivo de saúde, Graça (1999) enfatiza que faltar ou não ao trabalho depende em muito da percepção que o indivíduo tem com relação ao absenteísmo, que compreende uma série de normas, custos e

benefícios para a sua condição de trabalhador. Dentre as variáveis envolvidas nessa decisão, o autor destaca o grau de motivação e de satisfação do indivíduo em relação ao seu trabalho, a gravidade de seu estado de saúde, o clima organizacional da empresa, a pressão dos colegas ou do chefe, as regras da instituição à qual está vinculado, as promoções, a perda de remuneração e a normatização do sistema de seguridade social em relação a doenças. Tais variáveis, ainda na opinião do autor, fazem com que muitos trabalhadores decidam comparecer ao trabalho mesmo quando enfermos ou incapacitados. Mas esse tipo de comportamento que, segundo Ramos (1968), difere do absenteísmo comportamental culpável, também caracteriza o absenteísmo tipo II — absenteísmo de corpo presente — e, não raras vezes, implica a presença precária no posto de trabalho.

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

Guimarães e Rocha (1979) chamam a atenção para a elevada prevalência de morbidade bucal nos trabalhadores vitimados por acidentes de trabalho em uma empresa no ano de 1977. Isso indica que as odontalgias poderiam ser diretamente responsáveis pela desatenção dos trabalhadores na rotina de trabalho ou, indiretamente, pelo uso de medicamentos analgésicos, antiinflamatórios ou sedativos.

No que diz respeito à prevalência de dor orofacial, Figueiró (2003) destaca que as algias mais comuns na população brasileira são aquelas que afetam

a face — ligadas ao complexo orofacial e odontológico —, seguidas por aquelas relacionadas ao sistema músculo-esquelético e pelas cefaléias que, também muito freqüentes, atingem cerca de 20% da população. O autor destaca ainda a elevada prevalência de automedicação ou autoprescrição⁹ para o controle da dor em nosso meio, e chama a atenção para os problemas decorrentes dessa prática, como o agravamento da doença, a ocultação de sintomas — o que dificulta ou retarda o diagnóstico —, além de outros efeitos colaterais graves.

Embora tenham considerado a prevalência de automedicação ou autoprescrição de sua amostra equivalente àquelas de outros países — classificados como desenvolvidos —, Loyola Filho et al. (2002) concluíram que 47% dos sujeitos da investigação que realizaram em Bambuí (MG) fizeram uso dessa prática, especialmente quanto ao consumo de analgésicos e ou antipiréticos (grupo farmacológico que representou 47,6% do total de automedicação ou autoprescrição).

Em algumas atividades laborais que exigem constante estado de atenção — como a condução de veículos automotores —, a medicação, a automedicação e a autoprescrição podem provocar acidentes. De acordo com Taha (1988), fármacos de uso regular, como analgésicos e antiinflamatórios provocam — dentre outros — os seguintes efeitos colaterais: neurodepressão, sonolência acomodação visual, excitabilidade, irritabilidade, depressão do sistema nervoso central, tontura, visão turva, ansiedade, tremor, insônia, arritmia cardíaca, cefaléia, vertigem, mudança de personalidade e sedação.

⁹ Situações que podem ser caracterizadas quando o indivíduo tem algum sintoma clínico e decide tratar-se sem consultar um médico ou cirurgião-dentista, quando é medicado por outra pessoa não habilitada para isso, como balconistas amigos e familiares ou ainda quando reutiliza antigas receitas ou descumpra a prescrição profissional, alterando a posologia e o tempo prescritos..

2.2.8 Legislação e controle — Brasil

O processo de justificativa de absenteísmo por motivo de saúde depende do regime empregatício ao qual o trabalhador está vinculado, que compreende legislações e normas específicas. Nesse sentido, cabe salientar que trabalhadores de regime estatutário ou militar obedecerão à sua legislação própria, legislação essa de grande variabilidade no âmbito dos diversos estatutos quanto à sua previsão, controle e processo de justificativa. Já os trabalhadores contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) estão submetidos a normas gerais — além daquelas específicas, pactuadas em dissídios ou acordos coletivos (BRASIL, 2003).

De vez que a contratação da grande maioria dos trabalhadores brasileiros é regida pela CLT — e tendo em vista a variabilidade de previsões e normas do regime estatutário e militar —, o presente capítulo focará, de ora em diante, o que esse regime estabelece para as ausências ao trabalho por motivo de doença, enfatizando os pontos relacionados ao objeto desta investigação.

No que diz respeito ao absenteísmo por motivo de saúde, a legislação vigente prevê e disciplina duas situações distintas: os afastamentos laborais inferiores a 15 dias consecutivos e aqueles superiores a esse período.

No primeiro caso, a legislação determina que tanto o ônus quanto a competência para o abono dos primeiros 15 dias são do empregador cabendo-lhe, inclusive — mas não obrigatoriamente —, valer-se de exame médico por serviço próprio ou em convênio para o abono das faltas por motivo de saúde. Na ausência dessa condição — dispor de serviço médico próprio ou convênio —, faculta-se ainda, ao empregador — segundo o que determinam a Lei nº 605/49 (BRASIL, 1949), o Enunciado 282 de 01/03/88 do Tribunal Superior do Trabalho – TST (BRASIL, 1988), a Lei 8213/91, em seu artigo (art.) 60, inciso IV (BRASIL, 1991) e o Decreto-Lei 3.048/99 (BRASIL, 1999_a) —, exigir ordem de precedência para a

apresentação de atestados médicos para a finalidade de abono dessas faltas, segundo a seguinte hierarquia: *a)* médico do Sistema Único de Saúde (SUS); *b)* médico do Serviço Social da Indústria (SESI) ou do Serviço Social do Comércio (SESC); *c)* médico a serviço de Repartição Federal, Estadual ou Municipal; *d)* médico de Serviço Sindical; *e)* médico de livre escolha do próprio empregado, no caso de ausência dos anteriores na respectiva localidade onde trabalha.

No segundo caso — quando a incapacidade laborativa vier a ultrapassar quinze dias consecutivos —, determina a legislação que o trabalhador segurado será encaminhado à perícia médica do INSS, com vistas à obtenção do benefício previdenciário pertinente que, no caso específico, é denominado auxílio-doença¹⁰.

Mediante confirmação da incapacidade por perícia especializada do INSS, o trabalhador passa a receber o benefício desde que: *a)* não invoque, como causa, doença ou lesão pré-existentes no momento de sua filiação ao Regime Geral da Previdência, exceto se sobrevier agravo ou progressão da condição pregressa (§ 1º do art. 25 do decreto 3048/99 - BRASIL, 1999_a); *b)* tenha cumprido a carência exigida quanto ao tempo de filiação, à exceção dos casos de acidente de qualquer natureza previstos no § 2º do art. 25 do já citado decreto 3048/99 – Brasil (1999_a).

O segurado empregado em gozo de auxílio-doença é considerado pela empresa como licenciado e está obrigado a submeter-se à perícia médica do INSS periodicamente, ao processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, e ao tratamento dispensado gratuitamente, à exceção de intervenções cirúrgicas e transfusões de sangue, que são facultativas. Maiores detalhes sobre o benefício auxílio-doença encontram-se no Apêndice B.

¹⁰ Artigo 25, letra “e” do decreto 3048/99 (BRASIL, 1999_a).

2.2.9 Questões técnicas, éticas e deontológicas envolvidas no processo de justificativa do absenteísmo-doença

O absenteísmo por doença é, freqüentemente, objeto de questionamentos e de divergências, que não se restringem à exigência de ordem de precedência para os atestados que confirmem a necessidade de afastamentos de até 15 dias, mas abrangem ainda diferenças de entendimento quanto à necessidade do afastamento, do tempo solicitado ou de aspectos éticos e legais, como o sigilo profissional.

Quanto à ordem de precedência, o Conselho Federal de Medicina (CFM, 1990) manifestou-se, através do Parecer nº. 41/90, da seguinte forma:

[...] se a empresa negar eficácia a atestado médico apresentado pelo empregado porque fornecido por profissional, em desconformidade com a seqüência relacionada na Lei nº 605/49, estará agindo corretamente, não implicando tal conduta em contestação sobre o seu conteúdo, idoneidade ou veracidade de informações [...]

No que diz respeito às divergências de entendimento sobre a necessidade do afastamento, o Conselheiro Lúcio Mário da Cruz Bulhões, do Conselho Federal de Medicina, enfrentou a Consulta nº 4.904/96, demandada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará — na qual se pretendia saber se o médico do trabalho pode questionar ou até mesmo negar o número de dias de afastamento solicitado pelo colega que tenha dado o atendimento assistencial ao trabalhador. Através do parecer nº 33/1999 (CFM, 1999), aprovado em sessão plenária, assim se manifestou o conselheiro:

[...] a atividade burocrática carrega a fria avaliação estanque e distante do paciente, pelo que não se pode, com absoluta isenção, afirmar ou infirmar que um desvio da homeostase não necessite de um certo número de dias de licença. Cada caso é um caso e cada paciente se apresenta diferentemente, mesmo sofrendo de uma mesma patologia. Eventualmente, o número de dias de licença e a doença são díspares, quando aí se vislumbra o abuso ou exagero [...]

Prosseguindo, o conselheiro concluiu que o médico do trabalho que suspeite — embasado em relevante motivo — de convivência contumaz ou aleatória por parte de seu colega para beneficiar o ilícito, tem a obrigação de denunciar o fato ao Conselho Regional de Medicina no qual o profissional implicado esteja registrado. Dependendo do caso, e guardados o devido bom-senso técnico e o respeito ao trabalhador, poderá o abono ao atestado ser negado parcial ou totalmente.

Outra questão relevante consiste em saber se o profissional deve incluir nos atestados a menção à natureza da condição ou patologia que dá causa ao afastamento, ainda que codificada segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID).

Nesse sentido, e ainda em resposta à consulta nº 4.904/96, o Conselheiro Lúcio Mário da Cruz Bulhões (CFM, 1999) explicita:

[...] o paciente tem o direito inalienável de manter em segredo a sua doença, e o médico o dever legal e ético de compactuar com este direito, exceto nas situações previstas em lei. Obviamente, este direito não está correlacionado ao número de dias de licença concedido no atestado médico, seja ele qual for. O abono da licença é um ato administrativo de responsabilidade do perito ou de junta pericial. O médico do Trabalho tem responsabilidade e, por isso, obrigações no sentido de correlacionar a patologia do paciente ou trabalhador com a função laborativa. Após ser conhecedor de todos os detalhes, poderá emitir a sua opinião, quando poderá questionar o atestado total ou parcialmente. Se o paciente decidir pelo sigilo, o atestado poderá ser considerado legalmente ineficaz, sem que isto conteste a idoneidade ou veracidade do mesmo [...]

2.3 Morbidade odontológica e restrição de atividades

Os agravos odontológicos se incluem entre os principais problemas de saúde nos Estados Unidos da América (USA, 1996), e o terceiro motivo de procura por serviços de saúde no Brasil (SHIROTA; ARAUJO, 2002), o que demonstra a

elevada prevalência dessas intercorrências nas populações. Cushing, Sheiham e Maizels (1986), Locker e Grushka (1987) e Riley, Gilbert e Heft (1998) apontam a elevada prevalência das odontalgias, e o impacto que problemas dessa ordem causam às pessoas, às comunidades e à demanda por serviços assistenciais de cuidados odontológicos.

Em pesquisa qualitativa realizada com o objetivo de estimar a prevalência e o impacto da dor orofacial na vida diária das pessoas, Locker e Grushka (1987) constataram que 39,7% dos indivíduos que responderam ao questionário¹¹ referiram dor orofacial nas quatro semanas anteriores à data de resposta: um importante impacto psicológico — sob a forma de incômodo ou irritação — foi mencionado por 70,3% dos que sofreram dor, e 58% indicaram outras mudanças de comportamento em função do quadro álgico. Dentre essas outras mudanças de comportamento, as mais citadas foram: consultar um cirurgião-dentista ou um médico, evitar certos alimentos, fazer uso de medicamentos e sofrer distúrbios do sono. Também foram apontados incapacidade para o trabalho, necessidade de permanecer acamado e redução de compromissos sociais. Tais resultados levaram os autores a concluir que a dor orofacial impõe um significativo ônus para a comunidade.

A investigação NHIS (1981 apud REIS INE, 1985) constatou ocorrência anual de 4,87 milhões de problemas odontológicos, que resultou em 17,7 milhões de dias de restrição de atividades e em 6,73 milhões de dias de indivíduos acamados. Já em 1986, a mesma investigação (USA, 1986) apontou morbidade bucal de 14,3 milhões de dias de restrição de atividades e 6,4 milhões de dias de restrição à cama.

¹¹ Os autores obtiveram 73% de respostas aos questionários enviados.

Segundo a NHIS-1989 (USA, 1989_a), consultas odontológicas e problemas relacionados à morbidade bucal resultaram em 117 horas anuais perdidas para cada grupo de 100 crianças em idade escolar, além de uma média de 17 dias anuais de restrição de atividades¹² para cada grupo de 100 pessoas dentre o total da população norte-americana. A restrição de atividades em virtude de problemas dessa ordem foi mais prevalente entre adultos da faixa etária de 18 a 24 anos, do sexo feminino, de ascendência negra, com renda anual inferior a U\$10.000,00.

Avaliando a pesquisa NHIS-1989, o *Oral Health 2000 - Report 1989* (USA, 1989_b) considerou que, embora a média de 17 dias de restrição anual de atividades por motivo odontológico para cada grupo de 100 pessoas representasse relativamente uma pequena perda em uma base individual — se comparada com os 624 dias, em média, de restrição anual de atividades decorrente da totalidade das condições agudas de saúde para cada 100 pessoas —, ela incrementava significativamente o número de dias perdidos no trabalho ou nas escolas, ano a ano, para a população como um todo (164 milhões de horas).

O *Oral Health 2000 – Final Report* - (USA, 2001) salienta que a dor orofacial — como sintoma da falta de tratamento odontológico, como indicativo de morbidade ou mesmo como condição própria — é o principal fator da diminuição da qualidade de vida, pois promove a privação do sono, a depressão e outros desdobramentos psicossociais negativos incluindo a interrupção abrupta das atividades regulares em um dado momento para a solução dos quadros agudos.

¹² Na NHIS-1989, os dias de restrição de atividades foram caracterizados como o número de dias, nas duas últimas semanas, em que as atividades normais haviam sido reduzidas em mais de meio dia em razão de problemas odontológicos, descontadas as horas perdidas no trabalho e na escola (base: todos os membros da família).

Investigando os motivos que levaram as pessoas a procurarem o serviço de emergência oferecido pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (FOP-UNICAMP), Brito Jr. (2000) constatou, na amostra estudada (n=509), os índices que seguem: a) dor de dente (66,8%); b) fratura dentária (9%); c) perda da restauração (4,1%); d) inchaço (2,6%); e) infecção (2%); f) sangramento (0,8%); g) motivos não referidos¹³ (10,6%). O autor também constatou que apenas 8,8% dos pacientes procuraram atendimento no mesmo dia em que surgiu o problema, e que 18,3% deles não obtiveram a remissão do quadro álgico antes de 24 horas após o atendimento emergencial (n=387).

2.4 Absenteísmo por motivos odontológicos

Em trabalhos que analisam o potencial do uso de medidas de função social como indicadores de saúde, Reisine (1984, 1985) comenta que os poucos estudos voltados ao absenteísmo laboral decorrente de problemas odontológicos restringem-se à quantificação do total de dias de incapacidade que esse tipo de intercorrência provoca. Segundo a autora, os índices tradicionalmente utilizados para a mensuração da morbidade bucal — como o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), índice periodontal etc. — deveriam ser associados a outros indicadores sociais, de forma a situar as condições odontológicas em um contexto mais amplo da saúde coletiva.

¹³ Paciente não lembrou o motivo que o levou a procurar o Serviço de Emergência

2.4.1 Estudos de prevalência

2.4.1.1 Bases Internacionais

Em pesquisa qualitativa realizada com 2600 empregados da região de Hartford - Connecticut (EUA), Reisine (1984) observou que, embora a incapacidade por problemas dentários não atingisse a maioria dos entrevistados, 25% deles referiram ao menos um episódio de absenteísmo ao trabalho nos 12 meses anteriores à investigação por essa razão — afecções odontológicas ou visitas ao cirurgião-dentista para tratamento. Esses trabalhadores perderam uma média de 1,7 horas/ano em virtude de problemas odontológicos. A prevalência e a magnitude desse tipo de evento estavam relacionadas a fatores sociodemográficos, de acesso ao atendimento e de condições gerais de saúde.

A pesquisa NHIS-1981 (apud REISINE, 1985) estimou o absenteísmo ao trabalho decorrente de problemas odontológicos em 7,05 milhões de dias. Reisine (1985) ponderou que poderia ter ocorrido uma subestimação desses dados em razão da conceituação e do entendimento do que seria, para os pesquisadores, dias de incapacidade. Esse questionamento foi confirmado pelas informações da NHIS-1986 (USA, 1986), que estimou em 20,9 milhões os dias perdidos no trabalho em razão de condições odontológicas agudas ou visitas ao cirurgião-dentista.

Apresentando os resultados em outra unidade de medida — horas perdidas —, a NHIS-1989 (USA, 1989_a) apresentou uma estimativa de 164 milhões de horas de trabalho perdidas — 148 horas para cada grupo de 100 trabalhadores — em consultas odontológicas e problemas relacionados à morbidade bucal, no âmbito do país. Essa investigação considerou, como horas perdidas no trabalho ou na escola, aquelas que ocorreram nas duas semanas anteriores à sua realização em razão de problemas ou visitas odontológicas.

Na Europa, o estudo de Feaver (1988 apud SCHOU; BLINKHORN, 1993, p. 191) — realizado no Reino Unido —, concluiu que cerca de 12 milhões de dias de trabalho são perdidos por ano em virtude de problemas odontológicos. Segundo dados da *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2001), a força de trabalho britânica à época — 1988 — era composta por 27 milhões de indivíduos, o que indica uma prevalência média anual de 0,44 dias por trabalhador — ou 44 dias para cada grupo de 100 trabalhadores.

2.4.1.2 *Base Nacional*

Ao analisar a população de operários de uma indústria metalúrgica de Canoas (RS), Rocha (1981) concluiu que os motivos odontológicos foram o fator menos relevante para o absenteísmo. Também Cartaxo (1982), que avaliou trabalhadores de empresas de Campina Grande (PB) observou essa irrelevância.

Em estudo realizado nas Centrais Elétricas do Piauí em 1982, Vêras e Silva, Pires Filho e Brandão (1986) verificaram que, dentre as principais causas

etiológicas do absenteísmo-doença encontravam-se as afecções do aparelho digestório, representando 22,6% em frequência e 15,8% do total de dias de afastamento, com predomínio de doenças dentárias.

Já de acordo com Pinto (1992), a baixa prevalência de causas odontológicas no absenteísmo-doença pode ser explicada pela realização de exames pré-admissionais — que atuam como filtro admissional —, e pelo reduzido tempo de afastamento que a convalescença exodôntica exige, o que, segundo ele, constitui uma das poucas condições de etiologia odontológica aceitas como justificáveis.

Em pesquisa qualitativa realizada com usuários do serviço de Emergência da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP, Brito Jr. (2000) constatou que 10,8% da amostra estudada faltara ao emprego; 10,2% dos entrevistados não souberam informar se haviam perdido ou não dias de trabalho¹⁴.

Estudando o absenteísmo com base nos atestados médicos e odontológicos homologados em um período de seis meses junto a duas empresas — uma pública e outra privada —, Martins (2002) constatou que, dos 5693 dias de afastamento, apenas 89 (1,56%) tinham etiologia odontológica.

¹⁴ No caso de Brito Jr. (2000), há que se observar que a investigação contemplou pacientes atendidos entre 1989 e 1997 - 50 para cada ano - ou seja, ao menos nove anos decorreram entre o atendimento dos pacientes de 1989 e a pesquisa. Talvez por isso 10,2% dos pesquisados não se recordassem se haviam ou não perdido dias de trabalho. Esse número contrasta, entretanto, com os 10,8% que disseram lembrar-se, e que informaram os dias perdidos (estes últimos provavelmente de atendimento mais recente).

2.4.2 Prevalência e tempo médio de afastamento do trabalho segundo o perfil demográfico, sócio-econômico e ocupacional

2.4.2.1 Gênero

Analisando atestados odontológicos emitidos por cirurgiões-dentistas para justificar faltas ao trabalho na Prefeitura Municipal de São José dos Campos (SP), Diacov e Lima (1988) constataram maior índice de absenteísmo entre indivíduos do sexo masculino.

Já nos EUA, de acordo com a NHIS-1989 (USA, 1989_a), as faltas ao trabalho por problemas odontológicos foram mais prevalentes em mulheres (RR 1,7:1). Quando foram considerados motivos não pessoais — como a assistência a dependentes, essa razão subiu para 2,03:1.

Martins (2002) avaliou os atestados odontológicos homologados em duas empresas — uma pública e outra privada — de Araçatuba (SP): na empresa privada houve prevalência do sexo feminino, inversamente ao que ocorreu na empresa pública.

2.4.2.2 Faixa etária

No que diz respeito à frequência de absenteísmo odontológico por faixa etária, Diacov e Lima (1988) constataram que, à medida que a idade aumenta,

diminui o absenteísmo odontológico. Analisando a NHIS-1989 (USA, 1989_a), Gift, Reisine e Larach (1992) descrevem que trabalhadores com idades entre 17 e 64 anos perderam mais horas de trabalho devido a problemas odontológicos ou visitas ao cirurgião-dentista que aqueles de faixa etária superior a 65 anos ($P < 0,5$). Em pesquisa qualitativa realizada com usuários do Serviço de Emergência da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP, Brito Jr (2000) verificou a seguinte distribuição de freqüências para o absenteísmo laboral em função de problemas odontológicos: de 30 a 39 anos, 20,5%; de 20 a 29 anos, 17,5%; de 40 a 49 anos, 16,1%; de 50 a 59 anos, 8,8%; de 60 a 69 anos, 5,3%; e acima de 70 anos, 2,4%. Assim como tais estudiosos, também Martins (2002) aponta diminuição do absenteísmo à medida que aumenta a faixa etária.

2.4.2.3 *Tempo médio de afastamento*

Quanto ao tempo de afastamento decorrente de intercorrências odontológicas, Brito Jr (2000) observou a seguinte distribuição: 2 dias, 47,3%; 1 dia, 30,9%; 3 dias, 12,7%; mais de 5 dias, 9%. Já os resultados obtidos por Martins (2002) com relação a esse aspecto foram: 1 dia de afastamento, 81,3%; 2 dias de afastamento, 7,8%; 3 dias de afastamento, 4,7%; 4 e 5 dias de afastamento, 3, 2%.

2.5 Absenteísmo: diversidade e conflito de resultados

A diversidade e o conflito de resultados quanto ao absenteísmo deve-se, em grande parte dos casos — e além dos aspectos sócio-econômicos e demográficos —, à variabilidade dos ambientes e condições laborativas, à metodologia de pesquisa utilizada e ao próprio entendimento dos investigadores (MIGUEZ; BONAMI, 1988).

As mesmas considerações e conclusões podem ser observadas no relatório da Australasian Faculty of Occupational Medicine (WORKPLACE [...], 1999), que ressalta não apenas a importância da universalização de parâmetros mas também a necessidade de uma abordagem que atenda aos interesses da saúde ocupacional, os quais revertem, inclusive, em benefício administrativo, e não o contrário, quando a ótica e a abordagem voltam-se à mera gestão administrativa dos recursos humanos.

3 PROPOSIÇÃO

Considerando a exposição até aqui realizada, e com o objetivo de subsidiar a reavaliação — e quiçá a implementação de novas medidas, políticas e práticas em saúde, o presente estudo propôs-se a pesquisar indicadores da prevalência, da incidência do absenteísmo e do tempo médio de afastamento do trabalho por motivos odontológicos, segundo a sua etiologia. Assim, buscou-se investigar, segundo os principais grupos nosológicos envolvidos:

1. A prevalência e o risco relativo dos afastamentos, segundo o gênero.
2. A prevalência e o risco relativo dos afastamentos, segundo a faixa etária.
3. O tempo médio de afastamento e sua distribuição, segundo o gênero e a faixa etária.
4. As causas etiológicas mais prevalentes e as causas etiológicas de maior impacto no total de dias de afastamento.
5. A prevalência nosológica, segundo as ocupações cujas frequências permitiram análise.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Origem dos dados

Os dados utilizados nesta investigação foram obtidos junto ao Departamento Médico da Secretaria Municipal da Administração de São Paulo, e compreendem o período de dezembro de 1996 a dezembro de 2000.

O protocolo de pesquisa para a realização da presente investigação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (CEP/FOUSP), e aprovado pelo Parecer nº 189/02 (Anexo A).

4.1.1 Caracterização do Departamento Médico

Criado pela Lei Municipal nº 9.417 (SÃO PAULO, 1982) e subordinado à Secretaria Municipal da Administração (SMA) com atribuições de caráter ocupacional relacionadas ao trabalhador municipal, o Departamento Médico (DEMED) foi transformado em 2001, pela Lei Municipal 13169 (SÃO PAULO, 2001_a), em Departamento de Saúde do Trabalhador Municipal da Secretaria Municipal da Gestão Pública (DESAT), com atribuições similares àsquelas do DEMED. Para atender aos objetivos propostos, e considerando o período de estudo o que

interessa, no presente trabalho, é caracterizar o então DEMED - SMA no tocante ao atendimento da demanda das solicitações de afastamento laborativo.

À época, e dentre outras competências ocupacionais, cabia ao DEMED proceder à integralidade das perícias administrativas para a concessão ou não de afastamento laborativo por motivo de saúde DOS TRABALHADORES MUNICIPAIS ESTATUTÁRIOS.

4.1.2 Demanda, perícia e trânsito

A demanda de afastamento por motivo de saúde dependia principalmente, mas não de maneira exclusiva¹, de ação do interessado que solicitava os benefícios previstos na lei municipal 8989² (SÃO PAULO, 1979) — em seu capítulo II, art. 138, 143 a 147 e 157 a 163 — e nos decretos e portarias então vigentes, protocolando pedido de perícia — através da apresentação de Guia de Solicitação de Perícia Médica (GSPM)³ — e comparecendo ao exame agendado.

Realizada a perícia, o interessado recebia diretamente do profissional que procedera ao exame a terceira via da GSPM, desprovida de diagnóstico, para informação e arquivamento em sua unidade administrativa de origem. Caso viesse a discordar da conclusão técnica poderia solicitar — dentro do prazo legal previsto na

¹ Licenças ex-offício, por exemplo, não dependiam de providências do interessado.

² Estatuto do Servidor Público Municipal de São Paulo.

³ Guia apropriada e adequadamente preenchida pelo setor de recursos humanos de sua unidade de origem, em 3 vias.

legislação — reconsideração do exame, e seu caso seria reavaliado por junta pericial. Dessa reavaliação cabia ainda recurso.

A primeira via da GSPM, que continha no verso o histórico, a anamnese, a descrição detalhada do exame realizado e a conclusão — codificada pela CID em suas revisões 9 e 10 (OMS, 1980_a, 1994) —, era arquivada no prontuário médico do trabalhador em causa. A segunda via da GSPM, que continha apenas a conclusão codificada pela CID-9 ou 10 e o número de dias concedidos, era encaminhada ao setor de estatística do departamento, para registro e providências de publicação no Diário Oficial do Município (DOM). Cópia exemplificativa da Guia pode ser observada no Anexo B.

4.1.3 Registro

Cabia ao setor de registro e estatística do DEMED proceder à digitação das informações contidas na segunda via da GSPM — 18 campos⁴ —, bem como elaborar relatórios mensais. A partir de dezembro de 1988 e até o final de 2000, o setor de odontologia, por iniciativa e recursos próprios, passou também a digitar e a registrar a totalidade das perícias a que procedia, em uma base de dados própria e independente⁵.

⁴ Registro funcional; nome do servidor; data da perícia; motivo 1 (Cid-1); motivo 2 (Cid-2); perito — identificado pelo número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) ou no Conselho Regional de Odontologia (CRO); data de início da licença; quantidade de dias; data de nascimento do servidor; sexo; código da secretaria municipal de origem; código da unidade municipal de origem; código da função; data de ingresso do servidor; função; grupo funcional; conclusão (concedida ou negada) e enquadramento (artigos previstos, p. ex. licença ex officio, na pessoa do servidor, para assistir dependente, etc).

⁵ Digitação realizada pelos cirurgiões-dentistas peritos, em computador pessoal.

4.2 Método

Para melhor atender à proposição desta pesquisa, optou-se por adotar metodologia que permitisse obter uma base de dados odontológica compatível com o estudo da incidência e do tempo médio de afastamento do trabalho, segundo as variáveis de interesse. Como instrumento de coleta de dados foram utilizados computadores pessoais próprios, providos de programas para registro e processamento de dados (Microsoft Access, Microsoft Excel).

4.2.1 Coleta de dados

- FONTE 1 - BASE GERAL DE DADOS DO SETOR DE ESTATÍSTICA DO DEPARTAMENTO MÉDICO: afastamentos do trabalho por motivo de saúde no período de 1996 a 1998 — causas gerais (n=140843).

SELEÇÃO DOS REGISTROS: foi aplicado, à base geral de dados obtida junto ao setor de estatística do DEMED — com autorização deste (Anexo C) —, filtro pela codificação CID-09 e CID-10 (OMS, 1980_a, 1994) no espectro de interesse odontológico, do período de dezembro de 1996 a dezembro de 1998, dando origem a outra base de dados, denominada Planilha 1.

- FONTE 2 — BASE GERAL DE DADOS DO SETOR DE ODONTOLOGIA DO DEPARTAMENTO MÉDICO: motivos odontológicos específicos no período de 1999 a 2000.

SELEÇÃO DOS REGISTROS: foi aplicado, à base geral de dados obtida junto ao setor de odontologia do DEMED, filtro pela natureza das perícias ocupacionais — afastamentos do trabalho — realizadas no período de janeiro de 1999 a dezembro de 2000, dando origem a outra base de dados, denominada Planilha 2.

4.2.2 Organização dos dados colhidos

Uma vez definida a estrutura fundamental da futura planilha de trabalho — planilha principal — com base nas variáveis de interesse estudadas e nas variáveis disponibilizadas, a organização, a importação e a validação dos registros ocorreram em consonância com os campos da planilha de destino. A seguir, as codificações CID-09 (OMS, 1980_a) remanescentes⁶ foram substituídas pela correspondente codificação CID-10 (OMS, 1994).

4.2.3 Validação dos registros

A validação foi realizada por meio da análise individual dos registros da base de dados quanto à consistência, congruência e pertença⁷, como fator

⁶ A Planilha 1 foi alimentada com a codificação CID-09 no ano de 1996, e com a codificação CID-10 a partir de então.

⁷ A certificação foi necessária porque os registros da Planilha 1 provinham de uma base comum às perícias odontológicas e médicas, sendo que, nesse último caso, as codificações da CID poderiam ter sido equivocadamente utilizadas ou não corresponderem ao fator determinante do afastamento.

determinante do afastamento, a causas odontológicas. Foram verificadas a sensibilidade, a compatibilidade e a hierarquia da dupla codificação dos campos (CID) em cada um dos registros⁸.

4.2.3.1 *Registros eliminados*

A base de dados Planilha 1, proveniente do setor de estatística e referente ao período compreendido entre 1996 e 1998, continha 1058 registros cujas codificações CID poderiam caracterizar condições ou morbidades relacionadas ao complexo bucomaxilofacial. Desses, 283 registros (26,75%) não puderam ser validados. Os principais motivos da não-validação de tais registros vincularam-se ora à inespecificidade da codificação odontológica utilizada⁹, ora à impossibilidade de lhe atribuir causalidade como fator principal do afastamento.

A base de dados Planilha 2, proveniente do setor de odontologia e referente ao período compreendido entre 1999 e 2000, teve validados 853 registros dos 855 originais. O motivo da exclusão dos dois registros foi a omissão do número de dias de afastamento concedidos.

⁸ Cada registro continha dois campos para codificação CID, em geral preenchidos, que complementarmente indicavam os motivos do afastamento.

⁹ Associada à utilização da lista tabular de 3 caracteres alfanuméricos. Exemplificando, a condição CID-10 —S02 — fraturas do crânio e dos ossos da face é por demais inespecífica, uma vez que é o quarto caracter que informa a localização da fratura — interessando, no presente estudo, especialmente investigar S02.4; S02.5 e S02.6; conseqüentemente, a utilização de 3 caracteres não permitia situá-la como tendo sido da esfera da odontologia.

4.2.4 Planilha de trabalho

Foi obtida pela importação dos dados então já organizados e validados, e totalizou 1628 registros. Essa planilha deu origem a diversas outras, organizadas segundo os grupos nosológicos e à natureza das variáveis de interesse para a pesquisa, como exemplificado no Apêndice C.

4.2.5 Análise estatística

Foi empregada metodologia de pesquisa quantitativa em dados secundários com o suporte dos programas Microsoft Excel (2000) e Epi- Info versão 6.04d [2001 Jan] CDC-USA. Para determinar a significância estatística foram aplicados o teste qui-quadrado — *Yates corrected* — e as séries de Taylor — com nível de confiança ajustado em 95%.

4.2.6 Caracterização do quadro de Servidores Municipais, indicadores e referências utilizadas

Com base nos registros disponibilizados ao setor de estatística do Departamento Médico — Fonte: DRH /PMSP 1996-2000 — e nos dados publicados

pela Secretaria Municipal da Gestão Pública de São Paulo (SÃO PAULO, 2001_b)¹⁰, construiu-se o perfil dos servidores.

O perfil etário apresentado (Tabela 4.1) refere-se aos valores médios dos relatórios periódicos do DRH/ PMSP no período 1996 a 2000.

Tabela 4.1 – Distribuição dos servidores públicos municipais segundo o gênero e a faixa etária

Quadro geral de servidores - Valores médios de referência					
Gênero	n	%	Faixa etária	n	%
Feminino	8 1439	70,47	20 a 29	7 137	6,18
Masculino	3 4125	29,53	30 a 39	3 2573	28,19
			40 a 49	4 5745	39,58
			50 a 59	2 5296	21,89
			60 a 69	4 813	4,16
Total	11 5564	100	Total	11 5564	100,00

Fonte : DRH PMSP/ DEMED 1996-2000

Os dados do Censo municipal (SÃO PAULO, 2001_b), acusaram quanto à escolaridade formal, que 44% dos servidores tinham diploma universitário, que 28% haviam concluído o segundo grau, que 12% haviam concluído o ensino fundamental e que 15% tinham escolaridade fundamental incompleta. Quanto à condição socioeconômica¹¹, os dados mostraram que a maioria dos servidores encontrava-se na classe econômica B (43%), seguida por aqueles da classe C (31%), classe A (13%), classe D (10%) e classe E (1%)

¹⁰ Censo realizado na vigência do impedimento legal para movimentação do quadro de servidores — Lei nº. 9504/97 (30/09/97) que proíbe, em seu art. 73, contratações, remoções e concursos públicos três meses antes e três meses após as eleições, excetuando-se áreas essenciais. Constitui, portanto, referência que pode ser considerada para retratar o perfil sócio demográfico do servidor público do município de São Paulo no período final do estudo (2000).

¹¹ O Censo Municipal – 2001 valeu-se do “Critério Brasil” utilizado para estimar o poder de consumo da população, a partir da quantidade de bens e serviços existentes no domicílio, além do grau de instrução do chefe da família. Desenvolvido pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa – ANEP” Referência-Fonte disponível em URL: <http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.pdf> [2004 jun. 12].

De acordo com o nível do cargo ocupado, o censo municipal (SÃO PAULO, 2001_b) assim descreve o perfil do servidor:

No nível básico, há maior concentração dos cargos de agente administrativo em serviços gerais, vigilância e armazenagem (36%), agente escolar (25%), auxiliar de apoio administrativo – incluindo auxiliares de cozinha, costura, administração geral, lavanderia, de telefonista e de zelador (8%), oficial de obras na construção, jardinagem e vias públicas (8%) e motoristas (8%). No nível médio predominam professores titulares, adjuntos e substitutos de educação infantil, de ensino fundamental / antigo 1º grau (41%), auxiliar técnico administrativo (17%), auxiliar de desenvolvimento infantil (13%), auxiliar de enfermagem (12%) e guarda civil municipal (10%). No nível superior, os maiores percentuais são de professores titulares, adjuntos e substitutos de ensino fundamental (antigo 1º grau), de ensino médio (antigo 2º grau) e de deficientes (42%), além de médicos (13%).

A distribuição dos servidores por Secretaria Municipal de Origem pode ser verificada na Tabela 4.2.

Tabela 4.2 – Distribuição dos servidores segundo a Secretaria Municipal de origem

Servidores segundo a Secretaria Municipal de origem - Valores de Referência		
Secretaria Municipal da	n	%
Administração	1 0 9 3	0, 9 5
Educação	4 5 3 6 5	3 9, 2 6
Assistência Social	1 2 8 5 8	1 1, 1 3
Saúde	1 6 1 4 4	1 3, 9 7
Administrações Regionais	1 2 9 2 0	1 1, 1 8
Demais	2 7 1 8 4	2 3, 5 2
Total	1 1 5 5 6 4	1 0 0, 0 0 0 0 4

Fonte : DRH PMSP/ DEMED 1996-2000

5 RESULTADOS

5.1 Perfil dos servidores que solicitaram o benefício

Como medida de tendência central, o perfil da amostra constituiu-se predominantemente por mulheres (86,24%), média etária de 42,2 anos, mínima de 20 e máxima de 69 anos, com desvio padrão de 9,2 e coeficiente de variação de 21%.

5.2 Frequência segundo o gênero

O gênero feminino, freqüente em 86% dos casos representava, à época, 70,6% do total de servidores ativos. Já os homens, que apresentaram freqüência de 14% dos casos, representavam 29,4% do quadro funcional (Gráfico 5.1). A razão entre as freqüências calculada em proporções foi estatisticamente significativa, indicando um RR do gênero feminino sobre o masculino de 2,63:1 (2,28 <RR< 3,02; P<0,05) quanto à prevalência no período. Considerada a incidência, o RR do gênero feminino sobre o masculino foi de 2,72:1 (2,29 <RR< 3,22; P<0,05).

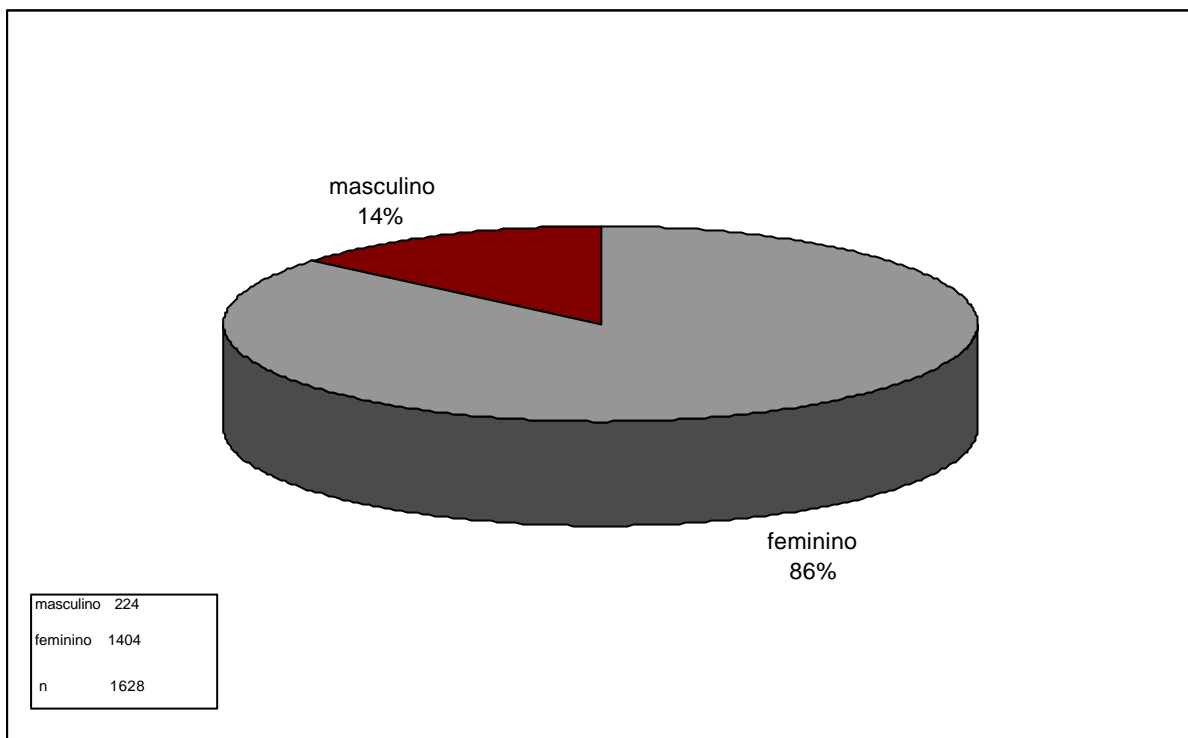


Gráfico 5.1 – Distribuição segundo o gênero

5.3 Frequência segundo a faixa etária

A maior frequência observada foi da faixa etária de 40 a 49 anos (40,29%), seguida pela a faixa de 30 a 39 anos (27,46%); o menor índice coube à faixa de 60 a 69 anos (2,83%). A média aritmética da idade de 42,5 anos deve ser compreendida tendo-se claro que o coeficiente de variação foi de 21% (Tabela 5.1, Gráfico 5.2). A média etária dos homens foi de 43,5 anos — com desvio padrão de 10,4 e coeficiente de variação de 24% —, e a média de idade das mulheres foi de 42,05 anos — com desvio padrão de 8,9 e coeficiente de variação de 21%.

Tabela 5.1 – Média e freqüências das faixas etárias da amostra

Amostra (n= 1628) Perfil Etário		Faixa etária (anos)	Casos	%
Média	42,2611	de 20 a 29	155	9,52
Erro padrão	0,2270	de 30 a 39	447	27,46
Mediana	42,0000	de 40 a 49	656	40,29
Modo	42,0000	de 50 a 59	324	19,90
Desvio padrão	9,1592	de 60 a 69	46	2,83
Variância da amostra	83,8906			
Intervalo	49,0000			
Mínimo	20,0000			
Máximo	69,0000			
Soma	68801,0000			
Contagem	1628,0000			
Nível de confiança (95,0%)	0,4452	Contagem	1628	

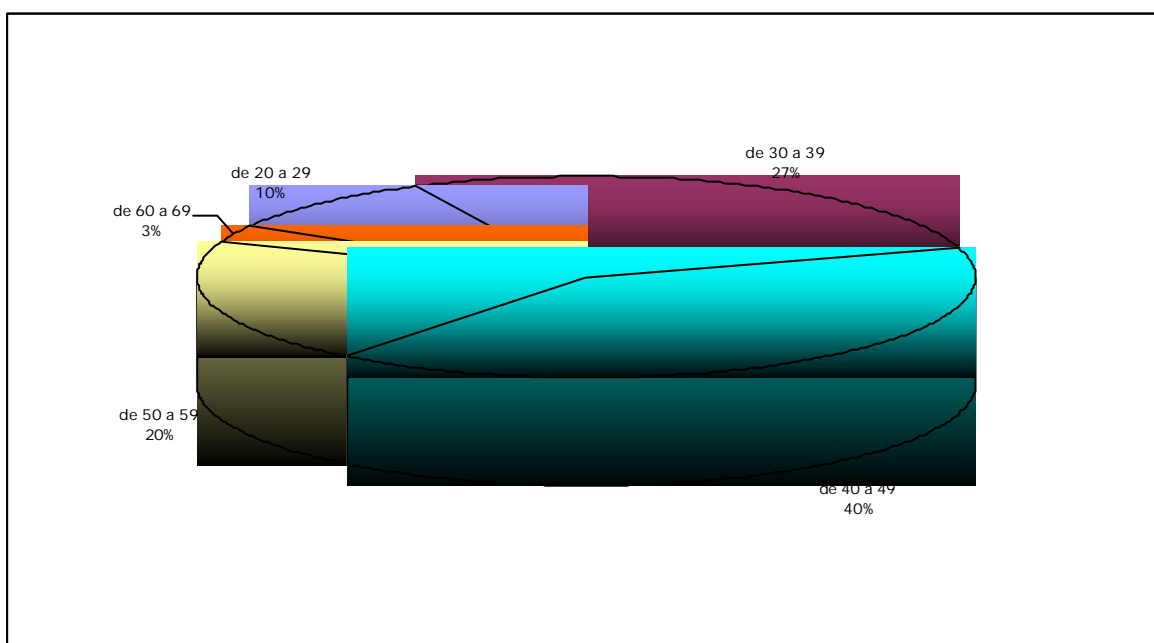


Gráfico 5.2 – Distribuição etária da amostra segundo as idades-índice

A análise comparativa entre a freqüência das faixas etárias dos sujeitos que solicitaram afastamento laborativo por problemas odontológicos e as faixas etárias do quadro geral de servidores (QGS) indicou, para as faixas etárias de 30 a 39 anos e de 40 a 49 razões de freqüência estatisticamente não significativas. Entretanto, para a faixa etária de 20 a 29 anos observou-se freqüência maior e

estatisticamente significativa nos afastamentos, com RR (AL/QGS) de 1,54:1. Ocorreu o inverso para a faixa etária de 60 a 69 anos, que apresentou frequência menor e estatisticamente significativa na amostra, com RR (AL/QGS) de 0,68:1 (Tabela 5.2, Gráfico 5.3).

Tabela 5.2 – Análise comparativa das frequências etárias entre a população em estudo e o quadro

faixa etária (anos)	Perícias		Quadro Geral de Servidores			RRAL / QGS	p	conclusão
	%	n	faixa etária (anos)	%	n			
20 a 29	9,52	155	20 a 29	6,18	7137	1.54 (1.33 <RR< 1.79)	0.000	s
30 a 39	27,46	447	30 a 39	28,19	32573	0.98 (0.90 <RR< 1.06)	0.54	ns
40 a 49	40,29	656	40 a 49	39,58	45745	1.02 (0.96 <RR< 1.08)	0.52	ns
50 a 59	19,90	324	50 a 59	21,89	25296	0.91 (0.83 <RR< 1.00)	0.058	a. consid.
60 a 69	2,83	46	60 a 69	4,16	4813	0.68 (0.51 <RR< 0.90)	0.007	s
Total	100,00	1628		100,00	115564			

s = significativo
 ns = não significativo
 a. consid. = a considerar

geral de servidores

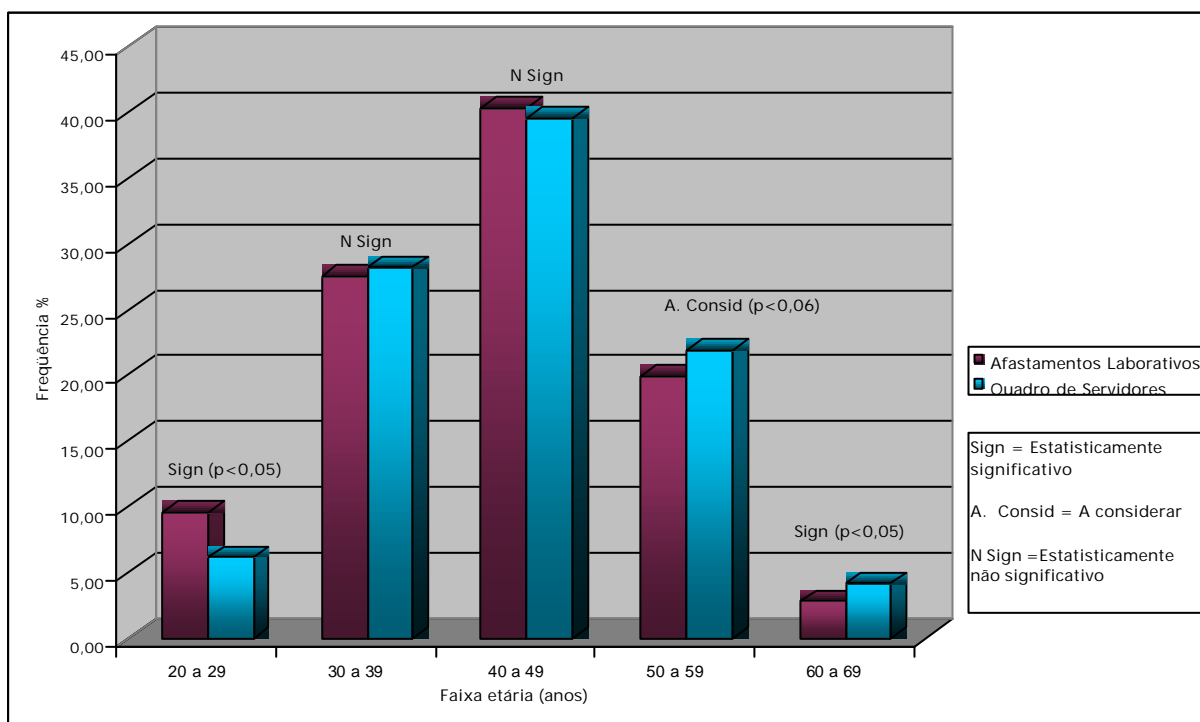


Gráfico 5.3 – Análise comparativa das frequências etárias entre a população em estudo e o quadro geral de servidores

5.4 Procedência segundo a secretaria municipal de origem

Quanto à procedência por Secretaria Municipal, observou-se que 72% dos servidores que constituíram a amostra deste estudo pertenciam à Secretaria Municipal da Educação, 10,7% à Secretaria Municipal da Assistência Social, 4,3% à Secretaria Municipal da Saúde, e os demais (13%) estavam distribuídos pelas outras secretarias (Gráfico 5.4).

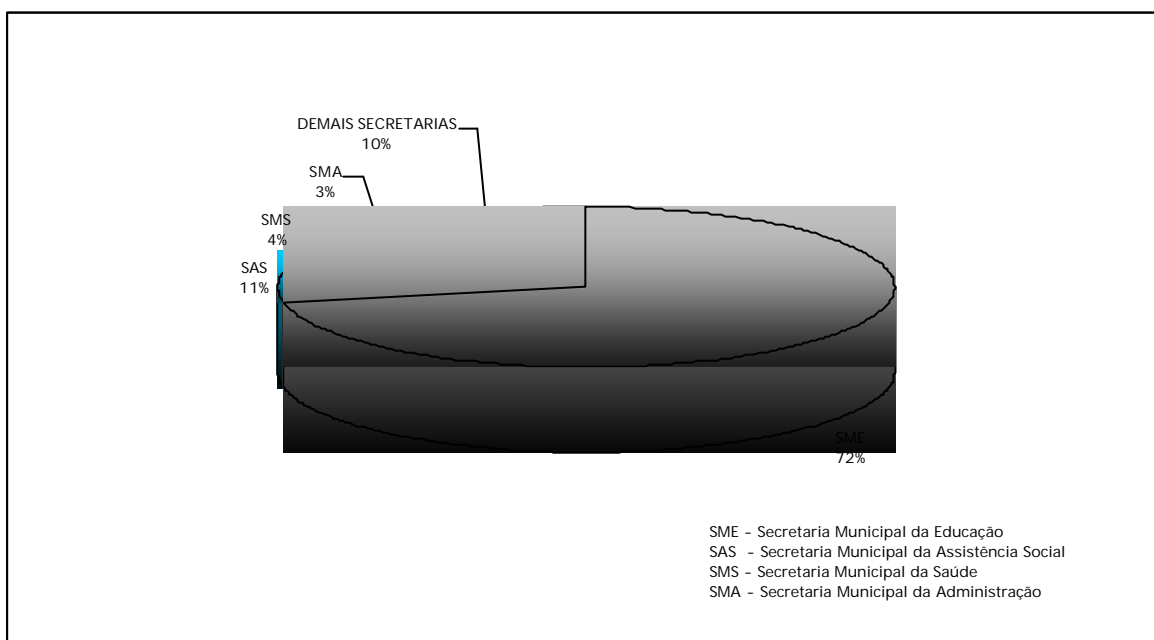


Gráfico 5.4 – Freqüência segundo as Secretarias Municipais de origem

A freqüência observada nos afastamentos — em proporções — segundo a Secretaria Municipal de origem deu-se, em relação ao quadro geral de servidores, (Tabela 5.3), da seguinte forma:

a) ACIMA DA PROPORÇÃO PARTICIPATIVA

A Secretaria Municipal da Administração, com $RR (AL/QGS) = 2,99:1$ e a Secretaria Municipal da Educação, com $RR (AL/QGS) = 1,82:1$, $P < 0,05$.

b) PRÓXIMA À PROPORÇÃO PARTICIPATIVA

A Secretaria Municipal da Assistência Social, com $RR (AL/QGS) = 0,96:1$, indicando razão entre freqüências estatisticamente não significativa.

c) ABAIXO DA PROPORÇÃO PARTICIPATIVA

A Secretaria Municipal da Saúde, com $RR (AL/QGS) = 0,31:1$ e a Secretaria das Administrações Regionais, com $RR (AL/QGS) = 0,19:1$, $P < 0,05$.

Tabela 5.3 – Análise comparativa das freqüências segundo as Secretarias Municipais de origem

Secretaria de Origem	Perícias		Quadro de Servidores		RRAL / QGS	p	χ^2	conclusão
	n	%	n	%				
S.M.A.	46	2,83	1093	0,95	2.99 (2.23 <RR< 4.00)	0.000	57.00	s
S.M.E.	1172	71,99	45365	39,26	1.82 (1.77 <RR< 1.88)	0.000	705.59	s
S.A.S.	174	10,69	12858	11,13	0.96 (0.83 <RR< 1.11)	0.603	0.27	ns
S.M.S.	70	4,30	16144	13,97	0.31 (0.24 <RR< 0.39)	0.000	125.11	s
S.A.R.	35	2,15	12920	11,18	0.19 (0.14 <RR< 0.27)	0.000	132.22	s
Total	1497	91,95	88380	76,48				

s = significativo

ns = não significativo

5.5 Diversidade de sujeitos na amostra

Considerada a diversidade de sujeitos (1172), a grande maioria ($n=896 = 76,45\%$) apresentou uma única solicitação de afastamento laboral no intervalo estudado, que compreendeu quatro anos. Observou-se, entretanto, que os sujeitos que compareceram duas ou mais vezes ($n=276 = 23,55\%$) representaram 44,96% do total de casos (732 perícias em 1628), e 54,67% do total de dias de afastamento.

A análise dos registros dos sujeitos que compareceram mais de uma vez (Tabela 5.4 e Gráfico 5.5) apresentou os seguintes resultados: a) duas perícias - 188

sujeitos (11,54%); b) três perícias - 48 sujeitos (2,94%); c) quatro perícias - 21 sujeitos (1,28%); d) acima de cinco perícias - 19 sujeitos (1,16%).

Tabela 5.4 – Diversidade de sujeitos

nº de perícias do mesmo servidor	Total	Registros	nº de perícias	Sujeitos
Uma	896	896	duas	188
Mais que uma	276	732	três	48
Diversidade e Total	1172	1628	quatro	21
			acima de cinco	19
			Total	276

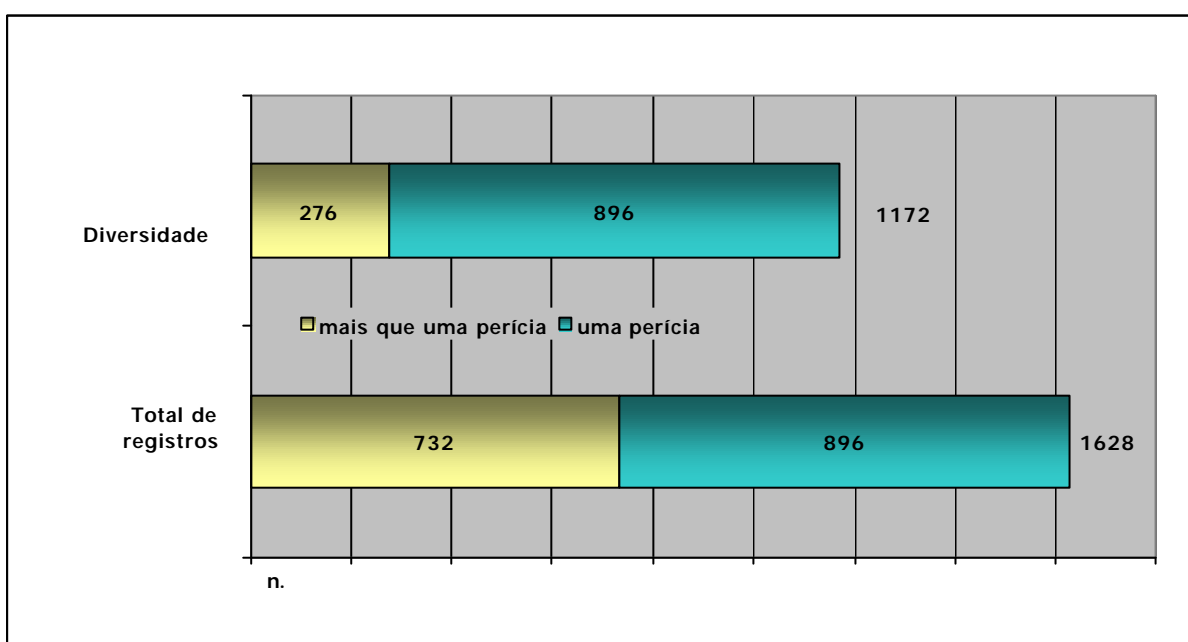


Gráfico 5.5 – Diversidade de sujeitos e repetições

5.6 Concessão do benefício

O afastamento foi deferido¹ em 1590 casos (97,77%) e negado em 38 casos (2,33%). Os afastamentos totalizaram 8850 dias.

¹ O que não significa a concessão do número de dias pretendido pelo trabalhador ou solicitado no atestado odontológico.

5.7 Prevalência, incidência e peso participativo no total de dias de afastamento, segundo os grupos nosológicos

As causas de afastamento foram classificadas por grupo nosológico segundo a CID-10 (OMS, 1994).

5.7.1 Prevalência

Os principais motivos de afastamento no período estudado foram, por ordem de prevalência: 1) exodontias por via alveolar; 2) doenças da polpa e tecidos periapicais; 3) doenças periodontais; 4) transtornos das articulações temporomandibulares (ATMs); 5) exodontias de inclusos ou impactados; 6) cirurgia para instalação de pilares implantodônticos; 7) provas e ajustamentos de prótese(s); 8) transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes; 9) enxerto de osso (Tabela 5.5, Gráfico 5.6).

Tabela 5.5 – Prevalência no período – principais causas

Grupo Nosológico	CID	prevalência (n)	%
Exodontias por via alveolar	K08.1	406	24,94
Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	K04	290	17,81
Doença periodontal	K05	175	10,75
Transtornos das articulações temporomandibulares	K07.6	127	7,80
Exodontias de inclusos ou impactados	K01.1 e K07.3	112	6,88
Cirurgia para instalação de pilares implantodônticos	Z96.5	102	6,27
Provas e ajustamentos de prótese	Z46.3	51	3,13
Transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes	K06	40	2,46
Enxerto ou transplante de osso	Z94.6	36	2,21
	Total	1339	82,25

5.7.2 Incidência

De acordo com a incidência, os principais motivos de afastamento foram: 1) exodontias por via alveolar; 2) doenças da polpa e dos tecidos periapicais; 3) doenças periodontais; 4) (exodontias de inclusos ou impactados; 5) cirurgias para instalação de pilares implantodônticos; 6) transtornos das ATMs; 7) provas e ajustamentos de prótese(s); 8) transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes; 9) enxerto ou transplante de osso , como demonstram a Tabela 5.6 e o Gráfico 5.6.

Tabela 5.6 – Incidência no período – principais causas

Grupo Nosológico	CID	incidência (n)	% de 1430 casos incid.
Exodontias por via alveolar	K08.1	364	25,45
Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	K04	272	19,02
Doença periodontal	K05	167	11,68
Exodontias de inclusos ou impactados	K01.1 e K07.3	101	7,06
Cirurgia para instalação de pilares implantodônticos	Z96.5	97	6,78
Transtornos das articulações temporomandibulares	K07.6	77	5,38
Provas e ajustamentos de prótese	Z46.3	38	2,66
Transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes	K06	37	2,59
Enxerto ou transplante de osso	Z94.6	32	2,24
	Total	1185	82,87

5.7.3 Peso participativo no total de dias de afastamento

Relativamente à participação no total de dias de afastamento, os motivos apresentaram-se na seguinte ordem de importância: 1) transtornos das ATMs; 2) exodontias por via alveolar; 3) doenças da polpa e tecidos periapicais; 4) doenças

periodontais; 5) cirurgia para instalação de pilares implantodônticos; 6) exodontias de inclusos ou impactados; 7) provas e ajustamentos de prótese(s); 8) enxerto de osso; 9) fraturas maxilomandibulares; 10) transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes (Tabela 5.7, Gráfico 5.6).

Tabela 5.7 – Distribuição segundo a participação no total de dias de afastamento (n=8850)

Grupo Nosológico	CID	n dias	%
Transtornos das articulações temporomandibulares	K07.6	1515	17,12
Exodontias por via alveolar	K08.1	1397	15,79
Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	K04	1118	12,63
Doença periodontal	K05	739	8,35
Cirurgia para instalação de pilares implantodônticos	Z96.5	622	7,03
Exodontias de inclusos ou impactados	K01.1 e K07.3	480	5,42
Provas e ajustamentos de prótese	Z46.3	281	3,18
Fraturas maxilo-mandibulares	S02.4 e S02.6	262	2,96
Enxerto ou transplante de osso	Z94.6	252	2,85
Transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes	K06	191	2,16
	Total	6857	77,48

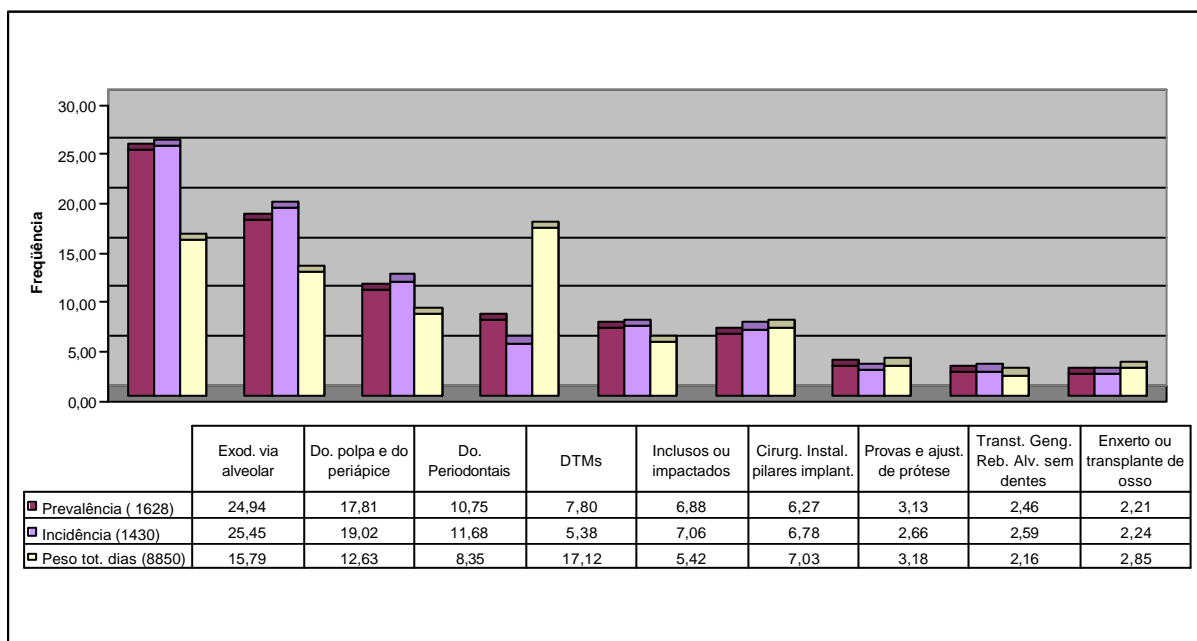


Gráfico 5.6 – Prevalência, incidência e peso participativo

5.7.4 Tempo médio de afastamento

Apurou-se, como medida de tendência central, um tempo médio de afastamento de 5,4 dias — com desvio padrão de 5,3 e coeficiente de variação de 97% —, mínimo 0 — negado o pedido — e máximo 60 dias. Enquanto a moda tenha sido de três dias e a mediana de quatro dias, a maior frequência por afastamento foi observada na faixa compreendida entre 2 e 7 dias (72,4%), como consta da Tabela 5.8 e dos Gráficos 5.7 e 5.8.

Tabela 5.8 – Tempo médio geral de afastamento

Tempo médio geral de afastamento (n=1628)		Afastamentos (intervalo em dias)	casos	frequência %
Média	5,4361	negados	38	2,33
Erro padrão	0,1309	1 dia	74	4,55
Mediana	4,0000	2 a 7 dias	1179	72,42
Modo	3,0000	8 a 15 dias	272	16,71
Desvio padrão	5,2797	16 a 30 dias	62	3,81
Variância da amostra	27,8748	31 a 60 dias	3	0,18
Intervalo	60,0000			
Mínimo	0,0000			
Máximo	60,0000			
Soma	8850,0000			
Nível de confiança (95,0%)	0,2567			
Contagem	1628,0000	Contagem	1628	100,00

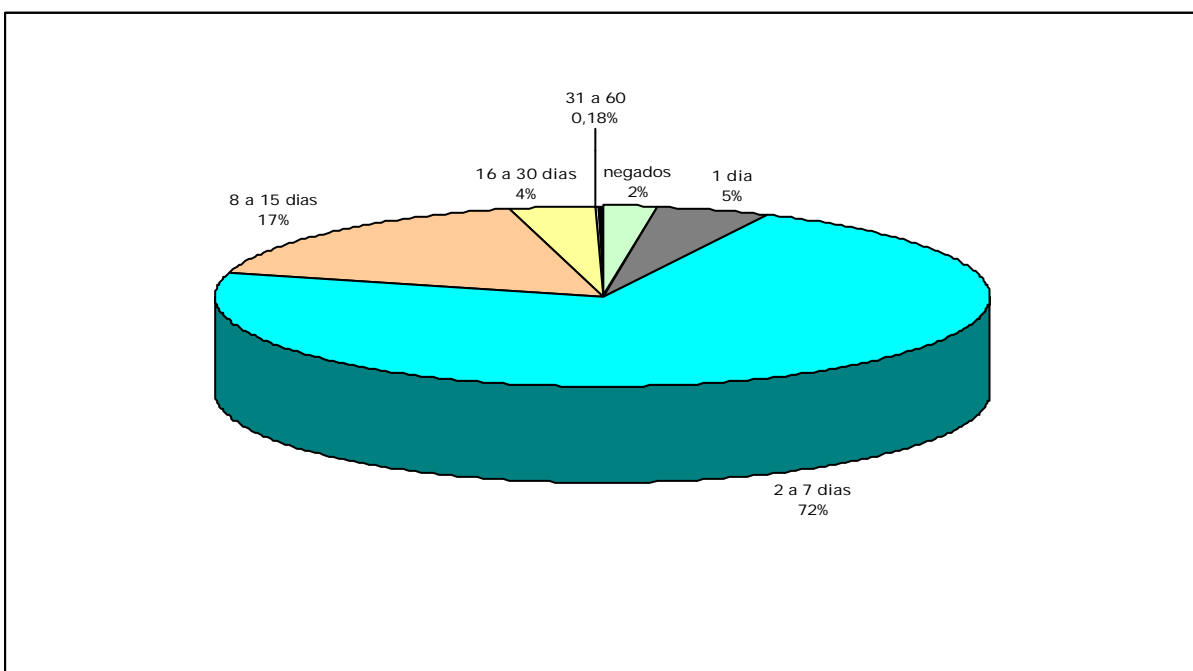


Gráfico 5.7 – Tempo médio de afastamento por perícia

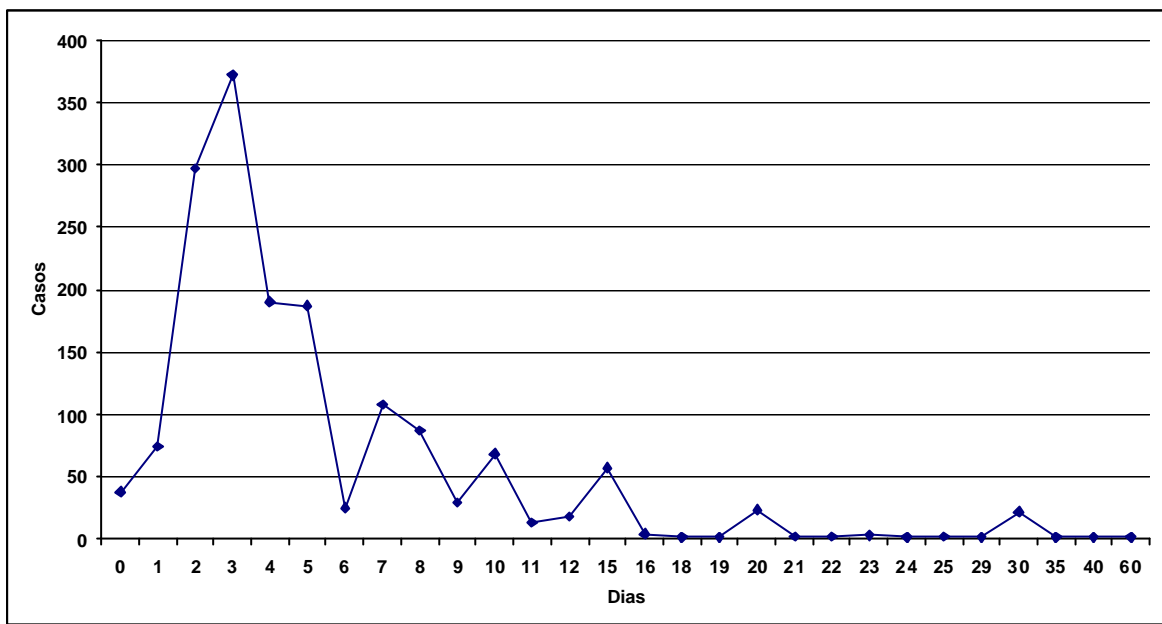


Gráfico 5.8 – Polígono de freqüências – Distribuição dos afastamentos por perícia

5.7.4.1 Tempo médio de afastamento, segundo as nosologias

Considerados os seis primeiros grupos nosológicos em freqüência observou-se, para as exodontias por via alveolar, o menor tempo médio de afastamento e, para os transtornos das ATMs, o maior tempo médio, como pode ser observado na Tabela 5.9 e nos Gráficos 5.9 e 5.10. Quanto às fraturas mandibulares (11ª causa e 1,41% em freqüência), observou-se o tempo médio de 13,9 dias ($\pm 3,3$ dias).

Tabela 5.9 – Tempo médio de afastamento, segundo as nosologias

Grupo Nosológico	CID	Média	Erro Máx prov lc. 95%	Mediana	Modo	Desv. Padr.	Tot. Dias	n casos
Exodontias por via alveolar	K08.1	3,44	0,24	3,00	2,00	2,49	1397	406
Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	K04	3,86	0,25	3,00	3,00	2,17	1118	290
Doença periodontal	K05	4,22	0,37	3,00	3,00	2,50	739	175
Transtornos das articulações temporo-mandibulares	K07.6	11,93	1,19	10,00	15,00	6,76	1515	127
Inclusos ou impactados	K01.1 e K07.3	4,29	0,60	3,50	3,00	3,20	480	112
Cirurgia para instalação de pilares implantodônticos	Z96.5	6,10	0,66	5,00	3,00	3,35	622	102

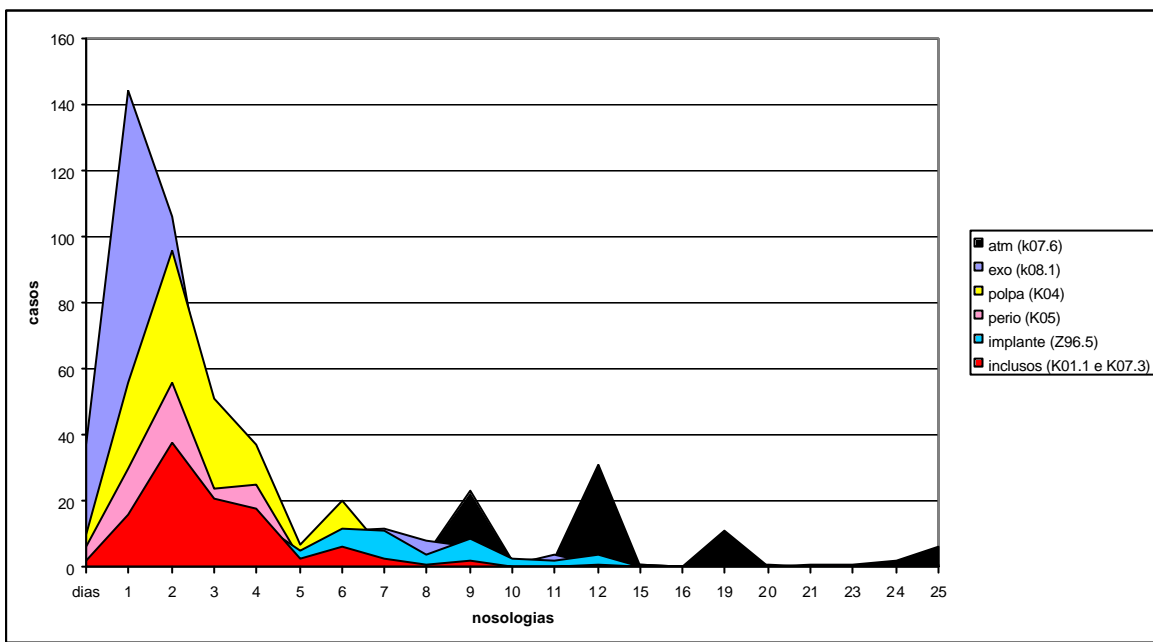


Gráfico 5.9 – Tempo médio de afastamento, segundo as nosologias

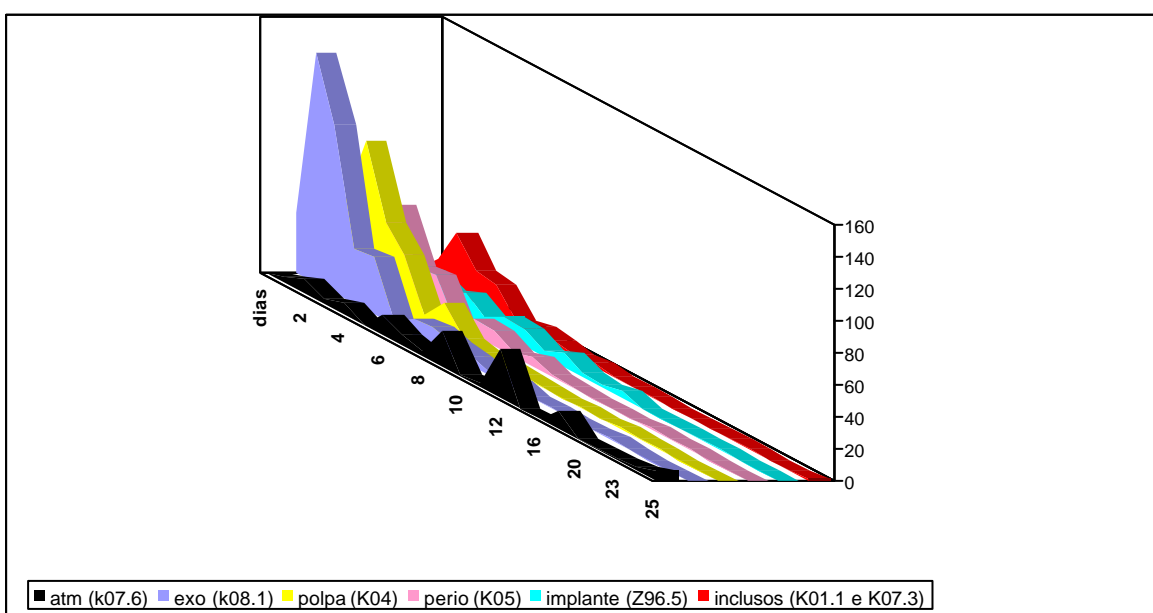


Gráfico 5.10 – Tempo médio de afastamento segundo as nosologias: vista em perspectiva

5.7.4.2 Tempo médio de afastamento por grupo nosológico, segundo o gênero

O tempo médio de afastamento analisado nos três primeiros grupos nosológicos em frequência de casos², segundo o gênero, apontou: 1) exodontias por via alveolar (K08) — sem diferença estatística na média, maior dispersão nos homens; 2) doenças da polpa e do periápice (K04) — sem diferença estatística na média, maior dispersão nos homens; 3) doenças periodontais (K05) — homens com significativa dispersão — e maior erro máximo provável — apresentaram média maior que a das mulheres em 0,73 dia (Tabela 5.10).

Tabela 5.10 – Tempo médio de afastamento por grupo nosológico, segundo o gênero

Grupo Nosológico	CID	n	Homens	Tempo médio de afastamento e (erro máx. prov. nc. 95%)	Mulheres	Tempo médio de afastamento e (erro máx. prov. nc. 95%)
Exodontias por via alveolar	K08.1	406	63	3,5 (± 0,8)	343	3,4 (± 0,2)
Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	K04	290	45	3,8 (± 0,5)	245	3,9 (± 0,3)
Doença periodontal	K05	175	26	4,8 (+ 1,6)	149	4,1 (+ 0,4)

5.7.4.3 Tempo médio de afastamento por grupo nosológico, segundo a faixa etária

Considerados os três grupos nosológicos em frequência de casos observou-se, quanto ao tempo médio geral que: a) nas exodontias por via alveolar, os desvios nas diferentes faixas etárias foram próximos; b) nas doenças da polpa e dos tecidos periapicais houve discrepância nos desvios segundo as faixas etárias; c)

² Em razão do reduzido número de homens nos demais grupos.

nas doenças do periodonto, os desvios nas diferentes faixas etárias foram próximos (Tabela 5.11).

Quanto aos transtornos das ATMs, verificou-se aumento progressivo com o aumento da idade, partindo de um tempo médio de 10,6 dias para a faixa etária compreendida entre 20 e 29 anos para o valor médio de 15,5 dias na faixa etária de 50 a 59 anos, dado este também demonstrado na Tabela 5.11.

Tabela 5.11 – Tempo médio de afastamento por grupo nosológico, segundo a faixa etária

Fx etária		Média e Erro max. provável (dias) I.c. 95,0%					
		20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	20-69 (faixa)
Grupo nosológico	K08.1 (n = 406)	3,29 (±0,80)	3,16 (±0,41)	3,66 (±0,42)	3,42 (±0,53)	3,39 (±1,28)	3,44 (±0,24)
	K04 (n = 290)	4,95 (±1,70)	3,92 (±0,40)	3,68 (±0,30)	3,59 (±0,60)	4,40 (±3,20)	3,86 (±0,20)
	K05 (n = 175)	4,45 (±1,60)	3,85 (±0,60)	4,29 (±0,50)	4,65 (±1,30)	4,00 (±2,20)	4,22 (±0,40)
	K07.6 (n = 127)	10,80 (±1,40)	11,50 (±0,87)	11,70 (±0,60)	15,20 (±1,30)	6,00 (— *)	11,90 (±1,2)

K08.1 = Exodontias por via alveolar; K04 = Doenças da Polpa e dos tec. periapicais

K05 = Doenças do Periodonto; K07.6 = Distúrbios das ATMs

* = 2 casos; I.c = Intervalo de confiança

5.7.5 Risco relativo dos afastamentos, segundo as nosologias e o gênero

O risco relativo de solicitação de afastamento segundo as nosologias e ajustado em proporções foi, à exceção das fraturas maxilomandibulares, maior para as mulheres. Os RRs variaram desde uma razão de 16:1 — transtornos da gengiva e do rebordo alveolar edêntulo até uma razão de 2:1 — doenças da polpa (Tabela 5.12).

Tabela 5.12 – Risco relativo nosológico, segundo o gênero

Grupo Nosológico	CID	Homens	Mulheres	Total	RR M/H	p	χ^2
Transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes	K06	1	39	40	16.34 (2.25 <RR< 118.95)	p<0,00	12.78
Enxerto ou transplante de osso	Z94.6	1	36	37	15.08 (2.07 <RR< 110.02)	p<0,00	15.08
Transtornos das articulações tempororo-mandibulares	k07.6	4	123	126	12.89 (4.76 <RR< 34.88)	p<0,00	41.25
Inclusos ou impactados	k01 e k07.3	7	105	112	06.29 (2.92 <RR< 13.51)	p<0,00	29.01
Provas e ajustamentos de prótese	Z46.3	6	44	50	03.07 (1.31 <RR< 7.21)	p<0,00	6.75
Cirurgia para instalação de pilares implantodônticos	Z96.5	14	88	102	02.63 (1.50 <RR< 4.63)	p<0,00	11.5
Doença periodontal	K05	26	149	175	02.40 (1.58 <RR< 3.64)	p<0,00	17.43
Exodontias por via alveolar	K08.1	63	343	406	02.28 (1.74 <RR< 2.98)	p<0,00	37.76
Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	K04	45	245	290	02.28 (1.66 <RR< 3.13)	p<0,00	26.75
Fraturas maxilo-mandibulares	S02.4 e S02.6	15	8	23	00.22 (0.09 <RR< 0.53)	p<0,00	12.42

5.7.6 Risco relativo dos afastamentos, segundo as nosologias e a faixa etária

Consideradas as proporções etárias entre os servidores que solicitaram afastamento em cada grupo nosológico e o quadro geral de servidores observou-se, como ilustrado nas Tabelas 5.13 e 5.14, que:

- nos casos relativos a exodontias por via alveolar — exceção feita à faixa etária de 20 a 29 anos, cujo risco relativo de solicitação do afastamento foi de 1,64 —, a razão entre as freqüências foi equivalente e sem significado estatístico;
- no que concerne às doenças da polpa e dos tecidos periapicais prevaleceu, em proporções, a faixa etária de 30 a 39 anos ($RR = 1,21:1$). Observou-se diminuição estatisticamente significativa da freqüência, a partir de 50 anos;
- nas doenças do periodonto, as distribuições foram equivalentes. A menor freqüência – que contemplou indivíduos com idade superior a 60 anos não teve significado estatístico;
- nos casos relativos aos transtornos das ATMs, as razões de freqüência para a faixa etária de 20 a 29 anos apontaram um RR de 1,91:1 ($P<0,05$), inversamente ao que ocorreu na faixa etária de 50 a 59 anos, cujo RR foi de 0,65:1 ($P<0,05$). Nas demais faixas, as freqüências foram equivalentes;

- e) no que concerne às cirurgias de dentes inclusos e/ou impactados, observou-se significativa incidência — em proporções — para a faixa etária de 20 a 29 anos, com RR de 6,22:1 ($P<0,05$);
- f) com relação às provas e ajustamentos de prótese(s), o aparente aumento de freqüência com a idade não teve valor estatístico, exceção feita à faixa etária de 60 a 69 anos, cujo RR foi de 2,4:1 ($P<0,05$);
- g) para os enxertos ou transplantes de osso prevaleceu, em proporções, a faixa etária de 40 a 49 anos (RR 1,43:1; $P<0,05$);
- h) nas cirurgias para instalação de pilares implantodônticos, observou-se maior freqüência, em proporções, nas faixas de 40 a 49 e de 50 a 59 anos, com RR de 1,26:1 e de 1,61:1 ($P<0,05$), respectivamente.

Tabela 5.13 – Freqüência de afastamentos, segundo as nosologias e a faixa etária

Grupo Nosológico	CID	Faixa etária					Total
		20-29 %	30-39 %	40-49 %	50-59 %	60-69 %	
Exodontias por via alveolar	K08.1	10,10	22,91	38,67	23,89	4,43	100
Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	K04	7,59	34,14	42,41	14,14	1,72	100
Doença periodontal	K05	6,29	30,86	42,86	17,71	2,29	100
Transtornos das articulações temporomandibulare:	K07.6	11,81	26,77	45,67	14,17	1,57	100
Exodontias de inclusos ou impactados	K01.1 e K07.3	38,39	41,07	14,29	6,25	0,00	100
Provas e ajustamentos de prótese	Z46.3	0,00	16,00	44,00	30,00	10,00	100
Enxerto ou transplante de osso	Z94.6	2,70	10,81	56,76	29,73	0,00	100
Cirurgia para instalação de pilares implantodôntico	Z96.5	0,00	12,75	50,00	35,29	1,96	100

Tabela 5.14 – Risco relativo nosológico, segundo a faixa etária

Grupo Nosológico	CID	Faixa etária				
		20-29 RR	30-39 RR	40-49 RR	50-59 RR	60-69 RR
Exodontias por via alveolar	K08.1	1.64 p<0.05	0.81 p>0.05	0.98 p>0.05	1.09 p>0.05	1.06 p>0.05
Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	K04	1.23 p>0.05	1.21 p<0.05	1.07 p>0.05	0.65 p<0.05	0.41 p<0.05
Doença periodontal	K05	1.02 p>0.05	1.09 p>0.05	1.08 p>0.05	0.81 p>0.05	0.55 p>0.05
Transtornos das articulações temporomandibulare	K07.6	1.91 p<0.05	0.95 p>0.05	1.15 p>0.05	0.65 p<0.05	0.38 p>0.05
Exodontias de inclusos ou impactados	K01.1 e K07.3	6.22 p<0.05	1.46 p<0.05	0.36 p<0.05	0.29 p<0.05	—
Provas e ajustamentos de prótese	Z46.3	—	0.57 p>0.05	1.11 p>0.05	1.37 p>0.05	2.40 p<0.05
Enxerto ou transplante de osso	Z94.6	0.44 p>0.05	0.38 p<0.05	1.43 p<0.05	1.36 p>0.05	—
Cirurgia para instalação de pilares implantodôntico	Z96.5	—	0.45 p<0.05	1.26 p<0.05	1.61 p<0.05	0.47 p>0.05

5.7.7 Risco relativo de licenças negadas, segundo o gênero

Quanto à frequência de licenças negadas, aferiu-se em proporções que o risco relativo homens/mulheres foi de 1,10:1 ($0,56 < RR < 2,18$ — $P = 0,9$), o que indica não haver, na amostra estudada, associação estatisticamente significativa entre tais variáveis.

5.7.8 Frequências nosológicas nas rerepresentações de servidores.

Como explicitado anteriormente, a rerepresentação de servidores para solicitação de afastamento laborativo, constituiu 44,96% do total de casos e 54,67% do total de dias de afastamento. A distribuição das frequências nosológicas desses casos pode ser observada na tabela 5.15.

Tabela 5.15 – Frequências nosológicas dos casos de rerepresentação e respectivas prevalências no período

Grupo Nosológico	CID	Preval. Período (1996 - 2000)	% dos casos	Casos em prorrogação	% das prorrog. relativamente à prevalência da nosologia no período
Transtornos das articulações temporo-mandibulares	K07.6	127	7,80	50	39,37
Complicações implantodônticas	T 85.7	24	1,47	9	37,50
Provas e ajustamentos de prótese	Z46.3	51	3,13	13	25,49
Enxerto ou transplante de osso	Z94.6	36	2,21	4	11,11
Exodontias por via alveolar	K08.1	406	24,94	42	10,34
Exodontias de inclusos ou impactados	K01.1 e K07.3	112	6,88	11	9,82
Transtornos da gengiva e do rebordo alveolar sem dentes	K06	40	2,46	3	7,50
Doenças da polpa e dos tecidos periapicais	K04	290	17,81	18	6,21
Doenças periodontais	K05	175	10,75	8	4,57

5.8 Análise dos afastamentos segundo a ocupação

Foram estudados, em razão da frequência, os seguintes grupos ocupacionais: a) professores — PROF — (n=979; 60,1%); b) auxiliares de desenvolvimento infantil — ADIs — (n=110; 6,8%); c) agentes escolares — Ag. ESC— (n=91; 5,6%); d) agentes administrativos — Ag. ADM — (n=80; 4,9%); e) auxiliares de enfermagem — A. ENF — (n=54; 3,2%).

A frequência do gênero feminino variou de um mínimo de 77,5% (Ag. ADM) a um máximo de 100% (ADIs). O grupo dominante — professores — apresentou frequência feminina de 90,27% (Tabela 5.16). Quanto à faixa etária média, as ADIs apresentaram o menor valor, e as auxiliares de enfermagem o maior (Gráfico 5.11).

Tabela 5.16 – Perfil ocupacional

Função	n	Média etária (anos)	Mulheres (%)	Homens (%)	Total (%)
PROF	979	42,39	90,10	9,90	100,00
ADI	110	38,53	100,00	-	100,00
AG. ESCO	91	40,46	92,30	7,70	100,00
AG. ADM	80	40,11	77,50	22,50	100,00
A. ENF	54	48,44	88,90	11,10	100,00

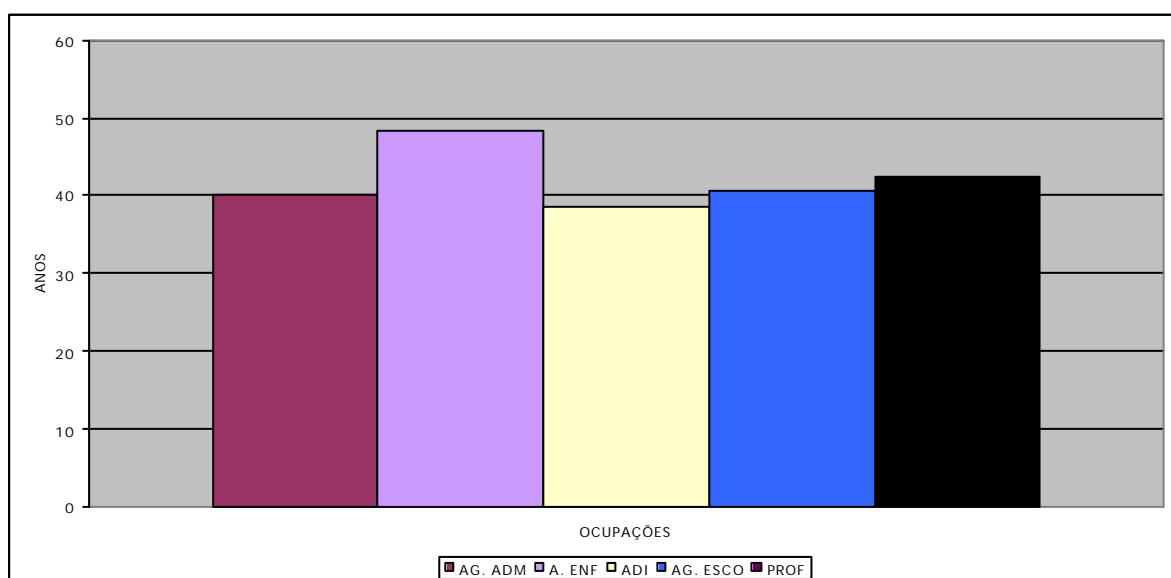


Gráfico 5.11 – Média etária segundo as ocupações

5.8.1 Prevalência nosológica segundo as ocupações

A análise da prevalência nos grupos ocupacionais foi realizada segundo as seguintes nosologias: a) exodontias por via alveolar; b) doenças da polpa e dos tecidos periapicais; c) doenças do periodonto; d) exodontias de dentes inclusos e/ou impactados; e) transtornos das ATMs (Tabela 5.17 e Gráfico 5.12).

Tabela 5.17 – Distribuição de freqüências nosológicas segundo a ocupação

FUNÇÃO	EXOD ALVEOLAR	DOENÇAS DA POLPA	DOENÇAS PERIOD.	INCLUSOS	DTM	IMPLANTES	CASOS
AG. ADM	30,00	18,75	13,75	8,75	2,50	—	80
A. ENF	31,48	24,07	7,41	7,41	0,00	5,56	54
ADI	20,91	19,09	2,73	8,18	25,45	2,73	110
AG. ESCO	42,86	24,18	3,30	3,30	2,20	—	91
PROF	23,70	16,96	12,97	6,84	8,38	7,56	979

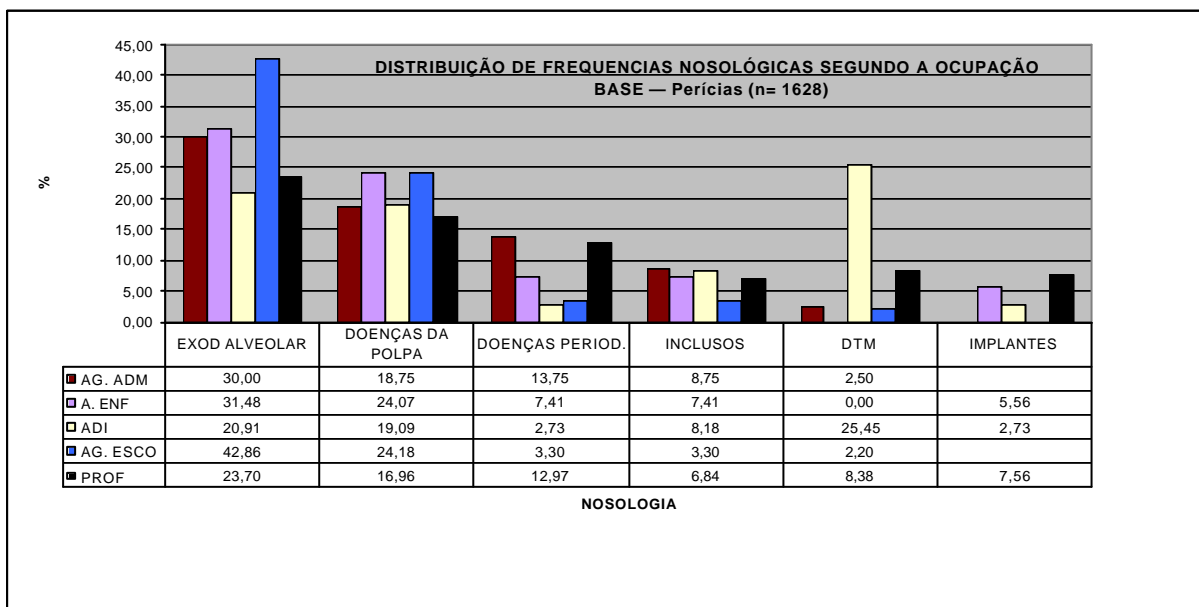


Gráfico 5.12 – Incidência nosológica segundo os grupos ocupacionais

5.8.2 Risco relativo nosológico segundo a ocupação

A Tabela 5.18 apresenta as razões de frequência entre a prevalência nas ocupações e a prevalência total nos afastamentos

Tabela 5.18 Risco relativo nosológico segundo a ocupação

Função	n serv.	EXOD ALVEOLAR	DOENÇAS DA POLPA	DOENÇAS PERIOD.	INCLUSOS	DTM	IMPLANTES
AG. ESCO	91	1.72 (1.34 <RR< 2.21) *	1.36 (0.93 <RR< 1.98)	0.31 (0.10 <RR< 0.94) *	0.48 (0.16 <RR< 1.48)	0.28 (0.07 <RR< 1.12)	—
A. ENF	54	1.38 (0.74 <OR< 2.57)	1.35 (0.83 <RR< 2.20)	0.69 (0.27 <RR< 1.79)	1.08 (0.41 <RR< 2.81)	—	0.89 (0.29 <RR< 2.71)
ADI	110	0.84 (0.58 <RR< 1.22)	0.41 (0.28 <RR< 0.61) *	0.25 (0.08 <RR< 0.78) *	1.19 (0.62 <RR< 2.28)	3.26 (2.27 <RR< 4.68) *	0.44 (0.14 <RR< 1.35)
AG. ADM	80	0.93 (0.65 <RR< 1.33)	1.05 (0.66 <RR< 1.68)	1.28 (0.73 <RR< 2.25)	1.27 (0.61 <RR< 2.64)	0.32 (0.08 <RR< 1.27)	—
PROF	979	0.95 (0.83 <RR< 1.09)	0.95 (0.80 <RR< 1.1)	1.21 (0.97 <RR< 1.50)	0.99 (0.74 <RR< 1.33)	1.07 (0.82 <RR< 1.40)	1.21 (0.90 <RR< 1.61)

* = valor de P<0.05

5.8.3 Tempo médio de afastamento segundo as ocupações

Como se pode observar no Gráfico 5.13, os agentes administrativos apresentaram os menores valores médios (4,06 dias), enquanto os auxiliares de desenvolvimento infantil apresentaram os maiores valores (6,95 dias).

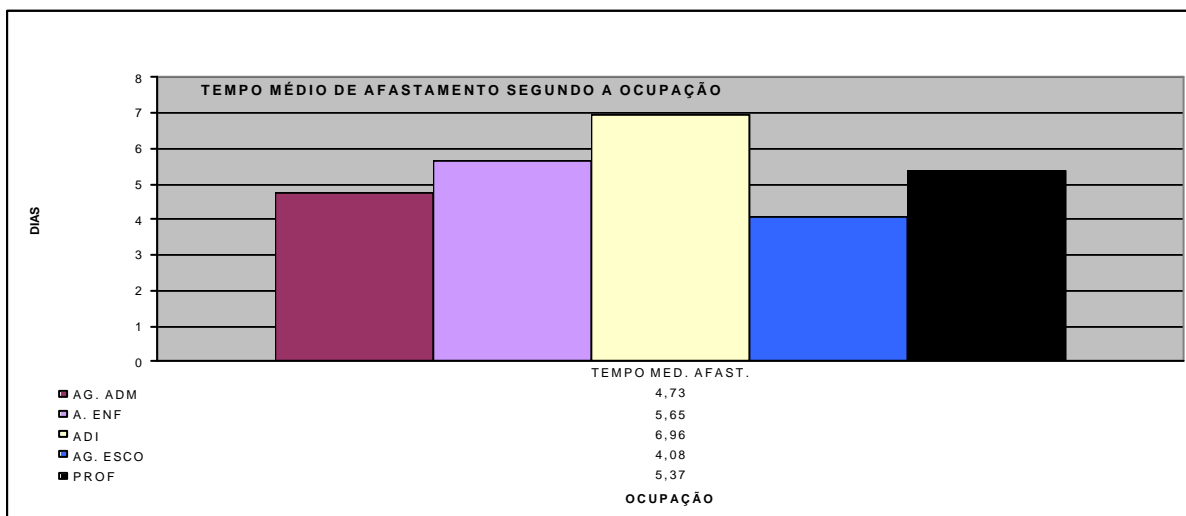


Gráfico 5.13 –Tempo médio de afastamento segundo as ocupações

6 DISCUSSÃO

6.1 Prevalência dos afastamentos odontológicos

Considerado o período de 1996 a 1998, observou-se após a coleta e validação dos registros odontológicos, sua modesta prevalência (0,55%) frente ao total de afastamentos por motivos de saúde (775 em um total de 140.843 registros).

Versando sobre outra natureza de dados secundários — atestados médicos e odontológicos para justificativa de faltas ao trabalho —, Martins (2002) também observou pequeno percentual de motivos odontológicos (1,56%) frente ao total de atestados de sua amostra.

6.2 Distribuição segundo o gênero

A análise de frequências em proporções revelou que o risco relativo entre os gêneros na solicitação do benefício administrativo — licença para tratamento de saúde — foi estatisticamente significativo: as mulheres sobrepujaram os homens nesse aspecto, na razão de 2,92:1.

Esse resultado não está de acordo com os achados de Diacov e Lima (1988) e de Martins (2002), na análise do absenteísmo na prefeitura Municipal de Araçatuba (SP). Mas aproximam-se — embora com risco relativo maior — das constatações de Martins (2002) — em uma empresa privada de Araçatuba (SP) —, da NHIS 1989 (USA, 1989_a)¹.

Quanto à discordância, cabe ressaltar que Diacov e Lima (1988) e Martins (2002) não ajustaram seus dados à distribuição de freqüências dos gêneros feminino e masculino na população de trabalhadores estudada.

Para melhor avaliar as discrepâncias entre os resultados obtidos neste trabalho e os achados de Martins (2002), as tabelas do autor foram submetidas à análise estatística em proporções. Essa empreitada revelou validação estatística apenas para os resultados referentes à empresa privada por ele analisada, cujos resultados apontam para a maior freqüência feminina, com RR F/M de 3,55:1 (1,51 <RR< 8,33 — P = 0,006 (*Fisher exact*)). Já com relação à empresa pública objeto de investigação do autor, a análise estatística em proporções aqui empreendida revelou que, embora o RR esteja invertido e em desacordo com os resultados da presente investigação (RR M/F = 1,21:1), o intervalo de confiança do RR (0,67 <RR< 2,20), e o valor de P (0,52) indicam que os resultados por ele apontados não são estatisticamente significativos segundo a distribuição de freqüências naquela população, podendo representar um resultado casual.

¹ RR do gênero feminino sobre o masculino de 1,7 para motivos próprios do trabalhador, e de 2,03 quando foram incluídos motivos não pessoais, como assistir dependentes.

6.3 Perfil etário

Quanto ao perfil etário observou-se, segundo a análise de freqüências em proporções (Perícias/Quadro de Servidores — Per./QGS), similaridade nas faixas etárias de 30 a 39 e de 40 a 49 anos. Para a faixa etária de 20 a 29 anos, constatou-se freqüência maior — e estatisticamente significativa — nas solicitações de perícia (RR de 1,54:1, $P < 0,05$), ocorrendo o inverso para a faixa etária de 60 a 69 anos (RR de 0,68:1, $P < 0,05$). Tal resultado indica que os mais jovens apresentaram maior risco relativo de solicitação de afastamento, ao contrário dos mais idosos (Tabela 5.2, Gráfico 5.3).

Esses dados condizem com os resultados de Diacov e Lima (1988)², de Gift, Reisine e Larach (1992) — que procederam à análise do NHIS-1989 (USA, 1989_a) —, de Martins (2002)³ e do *Oral Health 2000 Final Report 2001* (USA, 2001)⁴.

² Há que se observar, entretanto, que os autores não mencionam se os dados foram ajustados em proporções.

³ Há que se observar, entretanto, que o autor não menciona se os dados foram ajustados em proporções.

⁴ Que apontou maior prevalência de restrição de atividades por motivo odontológico na faixa etária de 18 a 24 anos.

6.4 Freqüência segundo a secretaria municipal de origem

A análise das freqüências em proporções permitiu observar diferenças de demanda entre as secretarias de origem (Tabela 5.3). Entretanto, não se pode considerar — apenas pela diferença de freqüências observada — maior ou menor morbidade bucal entre as secretarias, uma vez que importantes fatores intervenientes acabam por determinar condutas diversas frente a condições ou estados similares. Alguns desses fatores são: *a)* orientação administrativa; *b)* acesso a serviços assistenciais e orientação do profissional assistencialista; *c)* grau de conhecimento quanto ao direito do benefício; *d)* impacto ou interferência da morbidade bucomaxilofacial apresentada no desempenho de diferentes funções — exigências psicofisiológicas do aparelho estomatognático, como no caso de professores —; *e)* facilidade administrativa para o uso de folgas, abonos ou faltas justificadas, que cubram o período de incapacidade; *f)* receio ou insubmissão à perícia — solucionados com folgas, abonos ou faltas justificadas —; *g)* conveniências pessoais — visando a eliminação da burocracia, dos gastos com locomoção e do desgaste pessoal pela debilidade (prostração) ou constrangimento —, que resultam em afastamentos de pequena duração; *h)* motivação pessoal.

6.5 Diversidade de sujeitos

Do total de 1628 indivíduos, 1172 representam a diversidade da pesquisa. Identificou-se que 276 servidores solicitaram mais de uma vez o benefício —

resultando em 732 registros (perícias) decorrentes de repetição de sujeitos —, enquanto que 896 servidores apresentaram apenas uma perícia.

6.5.1 Repetições

A análise dos resultados apontou que dos 276 servidores que compareceram duas ou mais vezes — perfazendo 732 perícias —, em 196 casos o motivo foi solicitar prorrogação do último afastamento — o que representa 12% do total de perícias. Nos outros 536 casos, o motivo, embora pudesse ser semelhante ou até o mesmo, estava temporal e normativamente dissociado de prorrogação do afastamento anterior. A maior prevalência de solicitações de prorrogação — 196 casos — foi decorrente de disfunções temporomandibulares (DTMs), e a menor coube às doenças periodontais.

Ainda no tocante à frequência nosológica nas repetições, cabe ressaltar que a reapresentação de servidores acometidos de disfunções temporomandibulares (DTMs) representou 39,37% da prevalência total dessa nosologia no período. Destacaram-se, ainda, as complicações pós- implantodônticas que corresponderam a 37,5% de sua prevalência total. (Tabela 5.15)

O RR do gênero feminino sobre o masculino nas reapresentações para solicitação de afastamento — segundo o estudo de proporções —, foi de 2,35:1 ($P < 0,05$).

6.6 Tempo médio de afastamento

Na presente investigação, o tempo médio de afastamento foi de 5,4 dias, com desvio padrão de 5,3 e coeficiente de variação de 97%. A maior freqüência foi de 2 a 7 dias (72,4%). Licenças negadas representaram 2,33% em freqüência. Há ainda que se compreender que algumas causas, embora pouco freqüentes, aumentaram a média aritmética — e explicam o significativo desvio padrão —, em razão do elevado número de dias para o restabelecimento do trabalhador, como cirurgias ortognáticas e fraturas maxilomandibulares.

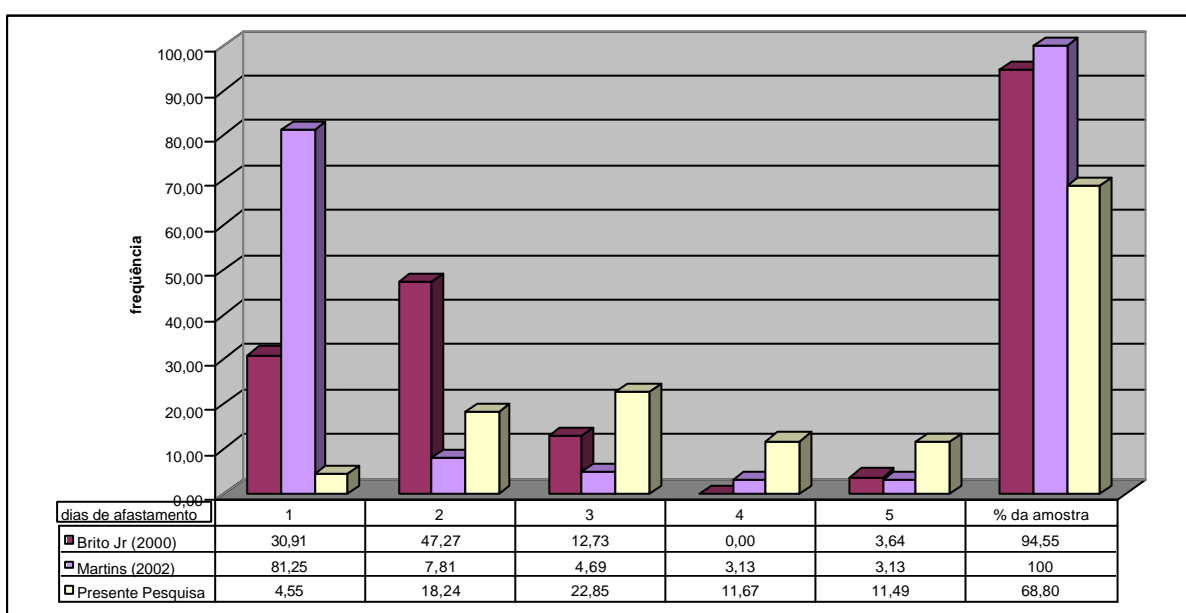


Gráfico 6.1 – Comparação entre o número de dias de afastamento apontados nos trabalhos de Brito Jr. (2000), Martins (2002) e a presente pesquisa

Estes indicadores, entretanto, são significativamente maiores que aqueles encontrados por Brito Jr (2000) e por Martins (2002). Consideradas as faixas de um a três dias, esses estudiosos encontraram, respectivamente, freqüências de 91% e de 93,8%, o que contrasta fortemente com os achados da presente pesquisa

(45,64%). Em uma análise estratificada, os trabalhos divergem ainda quanto à frequência, como pode ser visto no Gráfico 6.1, no qual se observa que, na população do presente estudo, a frequência de afastamentos de um dia representa o menor valor – 4,07%.

Possivelmente, essa expressiva diferença nos afastamentos de um dia seja decorrência — no caso de servidores municipais de São Paulo — da não solicitação de perícia para afastamentos de curtíssima duração. Isto porque, considerando o tamanho do município, a locomoção até o centro da cidade — local do exame — implica significativo dispêndio de tempo e custos de transporte. Assim, o servidor pode ter optado pela utilização de abonos, folgas, ou até mesmo pela perda de remuneração do dia.

Quanto à análise do tempo de afastamento segundo o gênero, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para as duas primeiras nosologias em frequência (exodontias e doenças da polpa e do periápice). Notou-se, entretanto para as doenças periodontais, um tempo médio de afastamento superior em quase um dia para o gênero masculino.

Nas doenças da polpa e dos tecidos periapicais, as maiores médias foram observadas para as faixas etárias extremas, como as de 20 a 29 anos e as de 60 a 69 anos. No entanto, constatou-se que o erro máximo provável nessas duas faixas etárias — grande dispersão — foi elevado, o que fez com que seu valor médio fosse desconsiderado como indicador válido.

O tempo médio de afastamento por transtornos das ATMs cresceu progressivamente em função do aumento da idade. Entretanto, considerados os erros máximos prováveis nas faixas etárias estudadas, a leitura indica como significativo o valor médio para os sujeitos entre 40 e 49 anos.

O tempo médio de afastamento em proporções, segundo a distribuição etária, não indicou diferenças estatísticas significativas para as exodontias e para as doenças do periodonto, contrariamente ao que se observou nos casos relacionados a doenças da polpa e do periápice e aos transtornos das ATMs.

6.7 Distribuição nosológica segundo o gênero — risco relativo

No tocante ao risco relativo maior das mulheres na solicitação de afastamento administrativo, alguns aspectos devem ser considerados:

- a) Quanto às doenças da polpa e dos tecidos periapicais, como também, em parte, às exodontias por via alveolar — reflexo da impossibilidade terapêutica por razões técnicas ou econômicas —, convém estabelecer um paralelo com a prevalência da doença cárie e sua evolução. Lopes e Bastos (1988) comentam que muitas pesquisas apontam maior prevalência de cáries no gênero feminino, provavelmente em decorrência da erupção antecipada dos dentes permanentes nesse gênero em relação aos indivíduos do sexo masculino. Outras investigações, entretanto, têm concluído o contrário, apontando maior prevalência no gênero masculino, considerada a faixa etária de 5 a 12 anos (CARVALHO, 2001; CYPRIANO et al., 1999; SALES, 1981).

Nesse sentido, cabe considerar o levantamento epidemiológico de saúde bucal brasileiro de 1996 (SUS, 1996), que confirmou maior prevalência da doença cárie e suas conseqüências no gênero feminino, independentemente da região

estudada, e indicou um risco relativo aos 12 anos de idade de 1.19:1 (1,17 <RR< 1,22 — P<0.0000), como se pode observar na Tabela 6.2.

Tabela 6.1 – Risco relativo da doença-cárie Feminino / Masculino no Brasil (1996)

Região	Dentes C.EI.P.O		Total de dentes examinados		Risco Relativo M/H	P	χ ²
	masc	fem	masc	fem			
Norte	3388	4003	14588	15205	1.13 (1.09 <RR< 1.18)	0.001	38.25
Nordeste	3919	5118	18097	20125	1.17 (1.13 <RR< 1.22)	0.001	75.03
Sudeste	1247	1556	8181	8796	1.16 (1.08 <RR< 1.24)	0.001	18.24
Sul	1037	1321	6395	6317	1.29 (1.20 <RR< 1.39)	0.001	46.07
Centro-oeste	1767	1986	9215	7864	1.32 (1.24 <RR< 1.39)	0.001	91.10
Total	11358	13984	56476	58307	1.19 (1.17 <RR< 1.22)	0.000	249.81

Dentes C.EI.P.O = Dentes cariados + com extração indicada + perdidos + obturados

Consolidação, tabela e cálculos realizados pelo autor

Fonte: Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal 1996 (SUS, 1996)

- b) No que concerne às doenças periodontais, inúmeros trabalhos vêm confirmando que tanto gengivites como periodontites são mais freqüentes em homens do que em mulheres, provavelmente em razão da pior higiene bucal e da menor freqüência de visitas ao cirurgião-dentista (BROWN, 1990; GENCO, 1996; RUSSEL, 1957). Russel (1957) sustenta que a doença periodontal, quando presente em adolescentes, tende a ser mais severa no sexo feminino; porém, após os 20-30 anos, sua severidade é maior entre os homens. Santos (1996) apontou em seu estudo a “ausência de saúde periodontal” em 89,2% dos examinados da faixa etária de 35 a 44 anos e considerou-a aceitável, na mesma faixa etária, em 23,7%. Quanto à maior prevalência da doença no homem, até mesmo em razão da menor freqüência deste ao cirurgião-dentista, convém considerar que, se recebe cuidados periodontais — incluindo-se aí os mais invasivos ou cruentos — com menor freqüência que as mulheres demandará ele,

- conseqüentemente, um menor número de situações pós-operatórias de impedimento laboral — o que poderia justificar o maior RR feminino de solicitação de afastamento. Por outro lado, quando passa a receber cuidados, seu quadro mais severo tende a requerer maior tempo de recuperação, o que poderia explicar nessa pesquisa, a ocorrência de um tempo médio de afastamento maior para os homens (Tabela 5.10).
- c) Por último, no tocante aos transtornos das ATMs, a literatura tem demonstrado maior prevalência e severidade no gênero feminino, usualmente a uma razão de 2:1 (DWORKIN et al., 1990; GOULET; LAVIGNE; LUND, 1995; LeRESCHE, 1997; LIPTON; SHIP; LARACH-ROBINSON, 1993; LOCKER; SLADE, 1988; RILEY; GILBERT, 2001; Von KORFF et al., 1988), sendo que as principais diferenças entre os sexos foram observadas na faixa etária de 20 a 40 anos (AGERBERG; INKAPÖÖL, 1990; GLASS et al., 1993; LEVITT; MCKINNEY, 1994; LIPTON; SHIP; LARACH-ROBINSON, 1993; SALONEN; HELLDEN; CARLSSON, 1990). Pesquisas têm indicado que, enquanto a prevalência dos sinais varia de 1% a 75%, a prevalência de sintomas situa-se entre 5% e 33% (CARLSSON; LeRESCHE, 1995; De KANTER et al., 1993; SCHIFFMAN; FRICTION, 1988). Quanto à procura por tratamento, enquanto De Kanter et al. (1992) e Goulet et al. (1995) estimaram freqüência de 2%, outros autores verificaram variações de 5% a 16 % (AGERBERG; INKAPÖÖL, 1990; DWORKIN et al., 1990; KUTTILA et al., 1998; SALONEN; HELLDEN; CARLSSON, 1990). Nesse particular, Bush et al. (1993), Dworkin et al. (1990), Levitt e McKinney (1994), Locker e Slade (1988) e McNeill (1997) indicam que as mulheres procuram tratamento com mais freqüência que os homens, em uma razão de 4:1 ou 5:1. Na presente pesquisa, a procura por afastamento motivado pelos

transtornos das ATMs, ocorreu, em proporções, a uma razão mulheres/homens de 12,88 : 1, com $P < 0.000$. Enquanto a média etária global — ambos os gêneros — tenha sido de 40,2 anos ($\pm 1,4$ anos)⁵, o estudo da freqüência etária em proporções apontou que a faixa de idade entre 20 e 29 anos foi a que apresentou o maior risco relativo de solicitação benefício, em uma razão de 1,91:1 ($P < 0,05$); inversamente a faixa entre 50 a 59 anos, apresentou o menor risco relativo ($RR = 0,65:1$ e $P < 0,05$). Já as demais faixas etárias apresentaram razões estatisticamente não significativas.

6.8 Afastamentos segundo a ocupação

O critério de inclusão para análise das categorias ocupacionais foi a natureza genérica do cargo ou função e a freqüência participativa nos afastamentos, levando-se em conta um número mínimo de sujeitos na categoria ocupacional ($n=54$). A inclusão das nosologias também levou em consideração uma freqüência mínima nas ocupações, o que permitiu estudar cinco grupos. Não foi possível realizar a análise em proporções dos grupos ocupacionais da amostra avaliada com o quadro de servidores, em razão do critério de generalização de cargos ou funções, o que limitou o âmbito da pesquisa à descrição da prevalência nosológica — nesses grupos específicos. — e à sua análise em proporções frente à prevalência geral da nosologia na amostra.

⁵ Erro máximo provável com nível de confiança — nc. ajustado em 95%.

As exodontias por via alveolar constituíram — exceção feita ao grupo das ADIs — o motivo de maior prevalência para solicitação de afastamentos. A maior representatividade dessa nosologia foi observada entre os agentes escolares, e a menor entre as auxiliares de desenvolvimento infantil. O estudo de proporções confirmou significado estatístico — maior razão entre freqüências — para os agentes escolares, mas não confirmou significado estatístico ($P > 0.05$) nas ADIs, o que implica considerar um possível resultado casual. Considerando que os agentes escolares se enquadram no nível básico de cargos (São Paulo, 2001_b), tais resultados podem apontar uma relação entre o menor nível do cargo — que implica menor escolaridade, classificação sócio-econômica inferior, pior acesso a serviços assistenciais —, e a opção mais freqüente pela exodontia.

À exceção do grupo das ADIs, as doenças da polpa e do periápice constituíram o segundo motivo em prevalência para solicitação de afastamentos. No estudo de proporções, a sua maior representatividade nas auxiliares de enfermagem não teve significado estatístico. Confirmou-se para as ADIs a menor razão de freqüências estatisticamente significativa desta etiologia na amostra.

Seguindo a ordem geral de prevalências, as doenças periodontais constituíram — à exceção do grupo das ADIs — o terceiro motivo em prevalência para solicitação de afastamentos. A sua maior representatividade nos agentes administrativos não teve significado estatístico. Confirmaram-se, para as ADIs e para os agentes escolares, as menores razões de freqüência estatisticamente significativas desta etiologia na amostra. Há que se considerar que essas menores razões de freqüência talvez indiquem comportamento de menor assiduidade terapêutica e, em razão disso, menor freqüência de procedimentos periodontais incapacitantes, e não menor morbidade.

As exodontias de dentes inclusos ou impactados foram o quarto motivo mais prevalente nas diferentes ocupações. A menor representatividade relativa aos grupos ocupacionais foi observada, mas sem significado estatístico, nos agentes escolares. Embora esse fato possa representar um resultado casual ($P > 0,05$), há que se considerar a possível tendência eletiva das cirurgias para remoção de dentes inclusos, que se associa à frequência e à natureza da assistência odontológica — menor assistência, menor indicação e menor execução exodôntica de inclusos e/ou impactados.

Os transtornos das ATMs, por sua vez constituíram o principal motivo em prevalência, para as auxiliares de desenvolvimento infantil. Dada a confirmação estatística observada frente à sua prevalência na amostra em estudo, esses transtornos podem estar relacionados à ocupação. No entanto, outros aspectos devem ser considerados: *a)* o predisponente gênero — na amostra aqui estudada, a função era exercida somente por mulheres —: quando a literatura aponta maior risco relativo para as mulheres; *b)* o predisponente etário — embora fora da faixa de RR estatisticamente significativo na amostra para DTMs —; *c)* o predisponente hábitos parafuncionais assumidos e sua direta ou indireta relação ocupacional, o perfil e as exigências profissiográficas isto porque, se na atividade docente — que tem elevada frequência de mulheres — exige-se bastante do aparelho estomatognático, ao que indicam os resultados, essa condição parece ter representado menor valor que outras particularidades ocupacionais, especialmente as de ordem física e emocional, presentes nas ADIs (Gráfico 6.2).

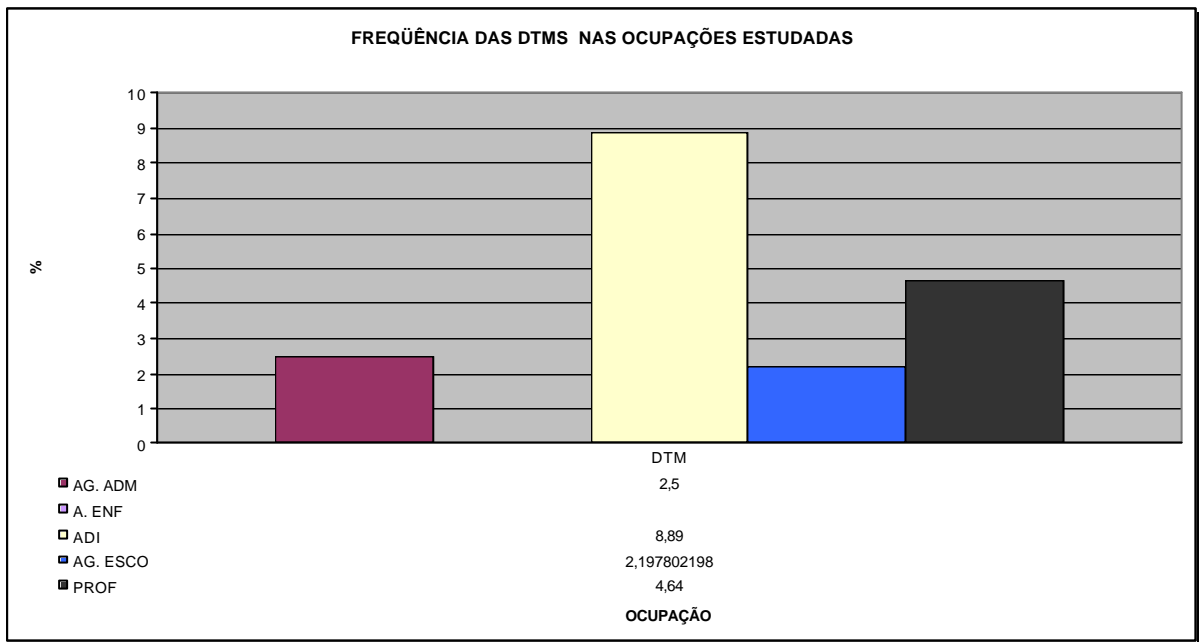


Gráfico 6.2 – Freqüência das DTMs segundo a ocupação

7 CONCLUSÕES

7.1 Resultados

A análise e a discussão dos resultados obtidos no presente trabalho permitiram as seguintes conclusões:

1. Na população estudada, as solicitações de afastamento do trabalho por motivo odontológico foram, segundo o estudo em proporções, de maior prevalência e de maior incidência no sexo feminino, confirmando-se em ambas seu significado estatístico. Observou-se equivalência no risco relativo de pedidos negados entre os gêneros masculino e feminino.
2. A faixa etária mais prevalente foi a de 40 a 49 anos, entretanto a de maior risco relativo de solicitação de afastamentos foi, segundo o estudo em proporções, a de 20 a 30 anos, e a de menor risco relativo de solicitação de afastamentos foi a de 60 a 69 anos, confirmando-se em ambas seu significado estatístico;
3. Aferiu-se, na amostra em estudo, baixas a prevalência e a incidência de solicitações de afastamento administrativo por incapacidade temporária odontológica de curtíssima duração (um dia). O tempo médio de afastamento foi de 5,4 dias ($\pm 0,25$ dia), observada a maior frequência entre 2 a 7 dias (72,4%).

O tempo médio de afastamento foi equivalente para os gêneros, excetuando-se as doenças periodontais, que produziram um tempo médio maior nos homens;

4. Condições agudas ou de pós-operatório foram as causas mais freqüentes. Os transtornos das ATMs representaram, no entanto, o maior impacto no total de dias de afastamento. Prevaleceram no sexo feminino (97,6%), apresentado RR de 12,89: 1 sobre o gênero masculino ($P < 0.000$). Quanto à prevalência geral — gêneros masculino e feminino —, a maior freqüência, em proporções, foi observada na faixa etária de 20 a 29 anos (RR 1,91:1).

No tocante à reincidência ou prorrogação de afastamentos, 26% dos sujeitos responderam por 44,96% dos casos e 54,67% do total de dias de afastamento; 12% dos afastamentos ocorreram em prorrogação seqüencial às perícias progressas de mesma etiologia;

5. A prevalência nosológica segundo as ocupações não pôde ser ajustada em proporções com o quadro geral de servidores, entretanto, mesmo consideradas essas limitações e as particularidades etárias e de gênero, a atividade ocupacional parece influir na incidência e na prevalência dos transtornos das ATMs.

7.2 Considerações finais

7.2.1 Revisão do conceito de absenteísmo

Como se pôde rever, o absenteísmo ao trabalho por motivo de saúde é um tipo particular do absenteísmo ocupacional, entendido como sendo o não

comparecimento inesperado do trabalhador ao seu posto de trabalho em decorrência de seu estado ou condição de saúde. É caracterizado tanto pelos períodos de ausência física (tipo 1) quanto pela presença vazia, precária ou improdutiva (tipo 2).

7.2.2 Considerações gerais sobre a prevalência

- A) O absenteísmo odontológico do Tipo 1 identificado, que implica a perda de períodos laborais completos, parece ter menor prevalência que outros motivos de saúde.
- B) O absenteísmo odontológico do Tipo 1 — que implica a perda parcial de períodos laborais — e do Tipo 2 — de corpo presente — prevalecem segundo uma grandeza desconhecida e de difícil mensuração.

Dentre as possíveis explicações para esses fatos, colocam-se questões não apenas relacionadas às barreiras técnicas, administrativas e legais impostas ao absenteísmo, mas também aquelas relacionadas à desinformação do trabalhador e, de certo modo, ao entendimento, desinformação ou omissão dos profissionais, quer estejam eles envolvidos na atenção e nos cuidados à saúde do trabalhador, quer estejam envolvidos na confirmação técnica (perícia).

7.2.3 Recomendações

A revisão da literatura permitiu reconhecer o evidente interesse de pesquisadores, gestores e profissionais envolvidos com a área da saúde do trabalhador quanto às questões atinentes ao absenteísmo. Entretanto, no mais das vezes, esse interesse restringe-se à perda de horas ou aos períodos não trabalhados. Nesse sentido, o presente trabalho encarece a importância de estudos, programas e condutas que contribuam para minimizar a presença precária no trabalho, condição essa que se supõe corriqueira — especialmente quanto à etiologia odontológica —, dada a real discrepância entre a significativa prevalência da morbidade bucal nas diferentes populações (CUSHING; SHEIHAM; MAIZELS, 1986; LOCKER; GRUSHKA, 1987; RILEY; GILBERT; HEFT, 1998), e o discreto número de afastamentos do trabalho identificados e homologados por esses motivos (CARTAXO, 1982; MARTINS, 2002; ROCHA, 1981).

Como se viu, a presença precária do trabalhador, muito mais que improdutiva, constitui importante fator predisponente a agravos da saúde e a acidentes. Além disso, como lembrou Ralph Waldo Emerson (1803-1882), se esquecermos de nós mesmos e de nossos destinos em saúde, a ocorrência da incapacidade temporária nos fará lembrar dessas questões.

E, para concluir este trabalho, nada melhor que mencionar Antonovsky (1987), que postula que a saúde não é a ausência de doença, mas um processo que possibilita, aos indivíduos, a manutenção do senso de coerência — como a percepção de que a vida é compreensível, que pode ser conduzida e é cheia de significado — e a habilidade para agir frente às mudanças em suas vidas e em suas relações.

REFERÊNCIAS¹

Agerberg G, Inkapööl C. Craniomandibular disorders in an urban Swedish population. *J Craniomand Disord Facial Oral Pain* 1990;4:154-64.

Allen, PF. Assessment of oral health related quality of life [on line]. 2003. Disponível em: URL: <http://www.hqlo.com/content/1/1/40> [2004 jun 16].

Antonovsky, A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. London: Jossey-Bass Publishers; 1987.

Araújo ET. Perícia médica. Conselho Federal de Medicina [on line]; 1993. Disponível em: URL: http://www.cfm.org.br/bancotxt/des_etica/24.htm [2004 jun 18].

Bliksvær T, Helliesen A. Sickness absence: a study of 11 LES countries [on line]; 1997. Disponível em: URL: <http://www.lisproject.org/publications/leswps/leswp3.pdf> [2004 jun10].

Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev Saúde Pública* 2002;36(3):337-42.

Booth P. Employee absenteeism: strategies for promoting an attendance-oriented culture. Report 100-93. Ottawa: Conference Board of Canadá; 1993.

Brasil. Consolidação das leis do trabalho [on line]; 2003. Disponível em URL: <http://www.mte.gov.br/Menu/Legislacao/CLT/Default.asp> [2003 fev 13].

Brasil. Decreto-Lei nº 3048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências [on line]; 1999_a. Disponível em URL: <https://www.planalto.gov.br/> [2004 maio 10].

Brasil. Decreto nº 3265, de 29 de novembro de 1999. Altera o regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências [on line]; 1999_b. Disponível em URL: <https://www.planalto.gov.br/> [2004 maio 10].

¹ De acordo com o estilo Vancouver. Abreviatura de periódicos segundo a base de dados Medline.

Brasil. Lei Federal nº 605, de 14 de janeiro de 1949. Dispõe sobre o repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos [on line]; 1949. Disponível em URL: <https://www.planalto.gov.br/> [2004 maio10].

Brasil. Lei Federal nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [on line]; 1991. Disponível em URL: <https://www.planalto.gov.br/> [2004 maio10].

Brasil. Tribunal Superior do Trabalho. Enunciado nº 282, de 1 de março de 1988. Abono de faltas: serviço médico da empresa [on line]; 1988. Disponível em URL: <http://www.tst.gov.br/> [2004 jul 23].

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

Brown LJ. Periodontal status of US employed adults in 1985-1986. J Am Dent Assoc 1990;121(2):226-32.

Bush FM, Harkins SW, Harrington WG, Price DD. Analysis of gender effects on pain perception and symptom presentation in temporomandibular pain. Pain 1993;53:73-80.

Carlsson GE, LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders. In: Sessle BJ, Bryant PS, Dionne RA (eds) Temporomandibular disorders and related pain conditions: progress in pain research and management. Copenhagen: Munksgaard; 1995. p. 211-26. v.4.

Cartaxo RM. Absenteísmo em empresas industriais de Campina Grande-Paraíba: um estudo de suas causas [Dissertação de Mestrado]. Natal: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1982.

Carvalho DM. A prevalência de cárie dentária em escolares uberabenses no ano de 1999 [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.

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

CCH Incorporated and Harris Interactive. Employee assessment survey for pre employment screening [on line]; 2003. Disponível em URL : <http://www.resultresources.com/Assessments/Employee-Absenteeism.asp> [2003 nov 07].

Chiavenato I. Administração de recursos humanos. São Paulo: Atlas; 1986.

Chiavenato I. Recursos humanos na empresa [edição compacta]. São Paulo: Atlas; 1989.

Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 33, de 23 de julho de 1999: aceitação dos atestados médicos; recusa de atestado médico; ética na descrição do diagnóstico através da CID [on line]; 1999. Disponível em URL: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1990/41_1990.htm [2003 jan 12].

Conselho Federal de Medicina. Parecer nº. 41, de 13 de outubro de 1990: validade aos atestados médicos; recusa de atestado medico [on line]; 1990. Disponível em URL: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1990/41_1990.htm [2003 jan 12].

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

Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing socio-dental indicators: the social impact of dental disease. Community Dent Health 1986;3:3-17.

Cypriano S, Sousa MLR, Rihs LB, Wada RS. Saúde bucal dos pré-escolares Piracicaba, Brasil. Rev Saúde Pública 1999; 37(2):247-53.

Watts-Davies, R. Absenteeism: notes for managers. London: Industrial Society; 1989 p.13-16.

De Kanter RJ, Truin GJ, Burgersdijk RC, Van ´t Hof MA, Battistuzzi PG, Kalsbeek H et al. Prevalence in the Dutch adult population and a meta-analysis of signs and symptoms of temporomandibular disorder. J Dent Res 1993;72:1509-18.

De Kanter RJAM, Käyser AF, Battistuzzi PGCM, Truin GJ, Van ´t Hof GJ. Demand and need for treatment of craniomandibular dysfunction in the Dutch adult population. J Dent Res 1992;71:1607-12.

Diacov N, Lima JRS. Absenteísmo odontológico. Rev Odontol UNESP 1988;17(1/2):183-9.

Dworkin SF, LeResche LR, Von Korff M, Howard J, Truelove E, Sommers E. Epidemiology of signs and symptoms in temporomandibular disorders: clinical signs in cases and controls. *J Am Dent Assoc* 1990;120:273-81.

Figueiró JA. Dor: projeto aliviador. *Prática hospitalar* [on line]; 2003. Disponível em: URL: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2029/paginas/materia%2008-29.html> [2004 fev 18].

Genco R. Current view of risk factors for periodontal diseases. *J Periodontol* 1996;67 Suppl 10:1041-9.

Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health* 1992;82(12):1663-8.

Glass EG, McFlynn FD, Glaros AG, Melton K, Romans K. Prevalence of temporomandibular disorder symptoms in a major metropolitan area. *J Craniomand Pract* 1993;11:217-20.

Goulet JP, Lavigne GJ, Lund JP. Jaw pain prevalence among french-speaking Canadians in Quebec and related symptoms of temporomandibular disorders. *J Dent Res* 1995;74:1738-44.

Graça L. *A saúde dos trabalhadores portugueses* [Textos]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2002. [T 1316].

Graça L. O processo de adoecer, faltar e voltar ao trabalho [on line]; 1999. Disponível em: URL: <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos11.html> [2003 jul 16]

Graça L. Ill-health and workplace absenteeism in Portugal: initiatives for prevention [on line]; 1995. Disponível em: URL: www.terravista.pt/meco/5531/textos11.html [2003 jan. 10]

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

Instituto Nacional do Seguro Social. *Manual I do médico-perito da previdência social*. 3ª ed. Brasília: INSS; 1993. p.25.

Instituto Nacional do Seguro Social. Resolução Decreto Colegiado n^o 10, de 23 de dezembro de 1999: estabelecimento de nexos causal e nexos técnico em doenças profissionais e do trabalho [on line]; 1999. Disponível em: URL: <http://www.amimt.org.br/downloads/nexo.doc> [2003 out 13].

Kelly L. The canadian attendance management guide. Kingston: IR Research Services; 1996.

Kuttilla M, Niemi PM, Kuttilla S, Alanen P, LeBell Y. TMD treatment need in relation to age, gender, stress, and diagnostic subgroups. *J Orofacial Pain* 1998;12:67-74.

Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living: dental impact on daily living – DIDL. *Comm Dent Health* 1996;13(1):22-6

LeResche L. Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation for etiologic factors. *Crit Rev Oral Biol Med* 1997;8:291-305.

Levitt SR, McKinney MW. Validating the TMJ scale in a national sample of 10,000 patients: demographic and epidemiologic characteristics. *J Orofac Pain* 1994;8:25-35.

Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993;124(10):115-21.

Locker D, Grushka M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987;(15):169-72.

Locker D, Slade G. Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in a Canadian population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988;(16):310-13.

Lopes ES, Bastos JRM. *Odontologia preventiva e social*. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru; 1988.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Costa MFL. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2002;36(1):55-62.

McNeill C. Management of temporomandibular disorders: concept and controversies. *J Prosthet Dent* 1997;77:510-22.

Marin AL. *Sociologia de la empresa*. Madrid: Iberico Europea; 1984.

Martins RJ. *Absenteísmo odontológico e médico no serviço público e privado*. [Dissertação de Mestrado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia da UNESP; 2002.

Midorikawa ET. A odontologia em saúde do trabalhador como uma nova especialidade profissional: definição do campo de atuação e funções do cirurgião-dentista na equipe de saúde do trabalhador [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2000.

Miguez J. Questões e perspectivas de análise dos comportamentos de ausência. Rev Assoc Portuguesa Psicol Est 1988;6(1):101-108. [Edições Afrontamento].

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

Organização Mundial da Saúde. CID-09: manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito, revisão 1975. São Paulo: Edusp; 1980_a.

Organização Mundial da Saúde. CID-10: classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 1994.

Organização Mundial da Saúde. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: WHO; 1980_b.

Organization for Economic Co-operation and Development. General assessment of the macroeconomic situation [on line]; 2001. Disponível em: URL http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m4456/is_2001_Dec/ai_83566042 [2004 fev 25].

Pastore J. O custo dos acidentes de trabalho. J Tarde 2001 mar. 21; Caderno: Cotidiano.

Paulino O, Moniz AE, Taylor PJ, Nogueira DP, Sangro P, Molteni JH. Temas de saúde ocupacional: Eletrobrás [on line]; 1981. Disponível em: URL: www.funcoge.org.br/csst/html/body_temas_de_saude_ocupacional.html [2003 set 09].

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

Ramos, FC. Absentismo da empresa: análise dos índices [Separata]. J médico 1968;(1304):121-31.

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

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

Riley JL, Gilbert GH. Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. *Pain* 2001;90:245-56.

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

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

Russel AL. Some epidemiological characteristics of periodontal disease in a series of urban populations. *J Periodontol* 1957;(Dec.):286-93.

Sales, CMV. Prevalência de cárie dentária em primeiros molares permanentes de escolares de 7 a 12 anos de idade das escolas públicas estaduais e municipais da zona urbana de Brusque - SC [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina; 1981.

Salonen L, Hellden L, Carlsson GE. Prevalence of signs and symptoms of dysfunction in the masticatory system: an epidemiologic study in an adult Swedish population. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain* 1990;4:241-50.

Santos RM. Distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: um estudo de prevalência [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 1996.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Perícia Médica: normas e orientações. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 1991.

São Paulo (Município). Lei Municipal nº 13169, de 11 de julho de 2001. Dispõe sobre a reorganização parcial das estruturas organizacionais das Secretarias Municipais que especifica, cria e extingue cargos de provimento em comissão, altera as formas de provimento de cargos em comissão, e dá outras providências. *Diário Oficial do Município, São Paulo (SP)* 2001a jul. 12:1. Disponível: em URL: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/pesq_numero.asp [2003 out 13]).

São Paulo (Município). Lei Municipal nº 8989, de 29 de outubro de 1979. Dispõe sobre o estatuto dos funcionários públicos do município de São Paulo e dá outras providências. Diário Oficial do Município, São Paulo (SP) 1979 out. 30: 1. Disponível em: URL:

http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/pesq_numero.asp [2003 out 13]).

São Paulo (Município). Lei Municipal nº 9417, de 5 de janeiro de 1982. Reorganiza o Depto. de Controle do Pessoal - Decope, cria o Depto Médico - DEMED, da Secretaria Municipal da Administração, e dá outras providências. Diário Oficial do Município, São Paulo (SP) 1982 jan. 06: 2. Disponível em: URL:

http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/pesq_numero.asp [2003 out 13]).

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Gestão Pública. Censo Municipal [on line]; 2001b. Disponível em: URL:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/gestaopublica/projetos/0002/ane_xocensorelatoriofinal.pdf [2004 mar 18].

Schiffman E, Friction JR. Epidemiology of TMD and craniofacial pain. In: Friction JR, Kroening RJ, Hathaway KM. TMJ and craniofacial pain: diagnosis and management. St Louis: IEA Publishers; 1988, p.1-10.

Schou, L, Blinkhorn AS. Oral health promotion. Oxford; New York: Oxford University Press; 1993.

Sekiou, L., Blondin, L. Fabi, B., Besseyre des Horts, C.H., Chevalier, F. Gestion des ressources humaines. Canadá: Deboeck Université; 1993.

Shirota M, Araujo ME. Organização da oferta e demanda dos serviços odontológicos no setor público. Pesq Odontol Bras 2002;16 Supl:26. [Resumo p025]

Sick leave costs UK firms £12bn. BBC News Online: Business [on line]; 2002.

Disponível em: URL: <http://news.bbc.co.uk/2/low/business/1950058> [2003 out 10].

Silva M. Saúde bucal: Uma prioridade sanitária. Escola de Prótese Dentária Integração [on line]; 2000. Disponível em: URL:

http://www.colegiointegracao.com.br/val_ind/03_11_2000.htm [2004 Abr. 12].

Singer, MG. Human resource management. Saint-Petersburg: International Student Edition; 1990.

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

Soares, RMA. Absentismo no trabalho e os encargos familiares — o caso da ATLANTIS, SA. Marinha Grande [on line]; 1997. Disponível em: URL: <http://www.terravista.pt/nazare/4263/Semin.htm> [2003 out 15].

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

Sistema Único de Saúde. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal 1996 [on line]; 1996. Disponível em: URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm> [2004 jun 08]

Taha I. Evite dores de cabeça: uso indiscriminado de medicamentos interfere na habilidade ao dirigir [on line]; 1988. Disponível em: URL: <http://autoesporte.globo.com/edic/ed421/saude1.htm> [2004 Mar. 8].

United States of America. Center for Disease Control. National Health Interview Survey – 1986 [on line]; 1986. Disponível em: URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_164acc.pdf [2003 set 10].

United States of America. Center for Disease Control. Healthy People 2000: National Health Promotional and Disease Prevention Objectives 1990; Sept.:348-49.

United States of America. Center for Disease Control. National Health Interview Survey – 1989 [on line]; 1989_a. NHIS - CDC USA 1989. Disponível em: URL:<http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hp2k/review/review.htm> [2003 set10].

United States of America. Center for Disease Control. Oral Health 2000/ Report-1989 [on line]; 1989_b. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hp2k/review/review.htm> [2003 set 10].

United States of America. Center for Disease Control. Oral Health 2000/ Final Report [on line]; 2001. Disponível em: URL: <http://www.silk.nih.gov/public/hck1ocv.@www.surgeon.fullrpt.pdf> [2003 set 08].

United States of America. Center for Disease Control. Oral Health 2000/ Report-1996 [on line]; 1996. Disponível em: URL: <http://www.dhs.vic.gov.au/phd/publications.htm> [2003 set 09].

United States of America. National Education Association. NEA's Health Information Network [on line]; 2000. Disponível em: URL: <http://www.nea.org/neatoday/0003/health.html> [2003 out15].

Véras e Silva RC, Pires Filho L, Brandão TV. Ausentismo por doença na CEPISA: da análise às ações de saúde [on line]; 1986. Disponível em URL: www.funcoge.org.br/csst/html/body_temas_de_saude_ocupacional.html [2004 Mar. 3].

Von Korff M, Dworkin SF, LeResche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988;32:173-83.

Watts-Davies, R. Absenteeism: notes for managers. London: Industrial Society; 1989.

Wong, DF. Attendance management programs : doing it right [on line]; 1999. Disponível em: URL: http://www.industrialrelationscentre.com/publications/pdfs/attendance_management_programs.pdf / [2003 nov 11].

Workplace Attendance And Absenteeism: a report prepared by the Australasian Faculty of Occupational Medicine [on line]; 1999. Disponível em: URL: <http://www.racp.edu.au/afom/absenteeism.pdf> [2003 nov 11].

APÊNDICES

APÊNDICE A - Medidas usuais de quantificação do absenteísmo

De acordo com Sekiou et al. (1993), os índices utilizados com maior habitualidade são a taxa de freqüência e a taxa global de ausências ou taxa de gravidade, muito embora se observe ainda o uso regular do índice de freqüência e o índice de gravidade.

O índice de freqüência exprime a razão entre as baixas e o número de empregados ativos em um dado período, e pode variar de acordo com os investigadores (MIGUEZ; BONAMI, 1988).

Segundo Quick e Lapertosa¹ (1982 apud MARTINS, 2002), a equação para o cálculo do índice de freqüência preconizada pelo subcomitê de absenteísmo da sociedade internacional de saúde ocupacional é a seguinte:

$$\text{Índice de Freqüência} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de períodos}}{\text{n}^\circ \text{ de trabalhad ores}} \longrightarrow$$

(onde 1 período é igual a 1 afastamento (não importando a duração do afastamento))

Esse índice, na opinião de Miguez e Bonami (1988), é tendencialmente destinado a ressaltar ausências voluntárias - que se supõem ser quase sempre de curta duração - permitindo também a comparação entre as ausências de longa duração, normalmente associadas à doença. Nesse sentido Quick e Lapertosa² (1982 apud MARTINS, 2002) insistem na importância de se considerar a duração média dos períodos.

¹ Quick TC, Lapertosa JB. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. Rev Brás Saúde Ocup 1982;10(40):62-7.

² Ibid.

Quanto à taxa de freqüência, esta pode ser alcançada, de acordo com Marin (1984) e Ramos (1968), pela seguinte fórmula:

$$TF = \frac{\text{n}^\circ \text{ de baixas}}{\text{n}^\circ \text{ médio de trabalhadas horas}} \times 100$$

Já a taxa global de ausências indica a relação entre o total de horas perdidas e o total de horas trabalhadas.

Na perspectiva de Singer (1990), a taxa global de ausência (TGA) calcula-se do seguinte modo:

$$TGA = \frac{\text{horas (ou dias) perdidas}}{\text{total de horas (ou dias) do horário de trabalho}} \times 100$$

Na ótica de Graça (1995), a TGA deve ser calculada considerando como dividendo o resultado da seguinte equação: total de horas trabalhadas menos as horas de ausência, somada ao tempo de mão de obra extra - dos trabalhadores temporários e regulares - em um dado lapso de tempo.

$$TGA = \frac{\text{horas ou dias perdidos}}{(\text{total de horas ou dias do horário de trabalho}) - (\text{horas ou dias perdidos}) + (\text{horas ou dias extra})} \times 100$$

Graça (1995, 1999) esclarece preferir essa fórmula para cálculo do TGA porque ela considera, no dividendo, o total de horas realmente trabalhadas e não o número de horas esperado, como na proposição de Singer (1990).

Soares (1997) entende que o TGA, apesar de ser um dos índices mais utilizados pelos investigadores, oculta dimensões bastante importantes do fenômeno

da ausência, pois não nos fornece informação acerca do modo como os comportamentos de ausência se produziram.

Outro índice utilizado, denominado índice de gravidade, referido por Quick e Lapertosa³ (1982 apud MARTINS, 2002) como essencial e necessário segundo o Subcomitê de Absenteísmo da Sociedade Internacional de Saúde Ocupacional, calculado segundo a expressão:

$$\text{Índice de Gravidade} = \frac{\text{nº de dias perdidos}}{\text{nº de trabalhadas horas}}$$

Watts-Davies (1989) coloca que o uso de apenas um método pode induzir a erro, visto que um único cálculo é escasso para retratar adequadamente a situação.

Alguns autores preconizam, complementarmente ao uso do índice de frequência, de gravidade ou geral de ausências, a utilização do índice dos piores dias da semana (2º e 6ª), ou ainda o índice do dia de maior frequência dos atrasos (MIGUEZ; BONAMI, 1988). Segundo tais autores, o índice dos piores dias da semana — obtido, por exemplo, através do cálculo da diferença entre as ausências de quinta-feira e as de segunda-feira - constitui uma medida muito apropriada para medir as ausências voluntárias, assim como o índice do dia da maior frequência de atrasos.

³ Quick TC, Lapertosa JB. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. Rev Brás Saúde Ocup 1982;10(40):62-7.

APÊNDICE B - Auxílio Doença

O Decreto-Lei nº 3.048, de 6 de maio de 1999 (BRASIL, 1999_a) determina, em seu art. 5º, inciso I, que a previdência social, organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, atenderá a cobertura de eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada. Em seu art. 25, letra e, prevê o benefício denominado auxílio-doença.

Segundo seu art. 71, o auxílio-doença será devido ao segurado que, após cumprida, quando for o caso¹, a carência exigida, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos. Prevê, porém, seu § 1º, que não será devido auxílio-doença ao segurado que se filiar ao Regime Geral da Previdência Social quando já portador de doença ou lesão invocada como causa para a concessão do benefício, salvo quando a incapacidade sobrevier por motivo de progressão ou agravamento dessa doença ou lesão. Por sua vez, o § 2º isenta de carência os segurados obrigatórios e facultativos, quando sofrerem acidentes de qualquer natureza.

O artigo 75, cuja redação foi alterada pelo Decreto nº 3.265, de 29 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999_b) determina que, durante os primeiros quinze dias

¹ A carência exigida é de 12 contribuições mensais; se, porém, o segurado for acometido de tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado de doença de Paget - osteíte deformante -, síndrome da deficiência imunológica adquirida - AIDS - ou contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada, terá direito ao benefício, independente do pagamento das 12 contribuições, desde que tenha a qualidade de segurado.

consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, incumbe à empresa pagar ao segurado empregado o seu salário. Já o § 1º do mesmo art., ao definir a competência para o abono dos primeiros 15 dias das faltas por motivo de saúde, assim dispõe: “Cabe à empresa que dispuser de serviço médico próprio ou em convênio, o exame médico e o abono das faltas correspondentes aos primeiros quinze dias de afastamento”. Consoante o disposto no § 2º, quando a incapacidade ultrapassar quinze dias consecutivos, o segurado será encaminhado à perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social.

Segundo o artigo 77, o segurado que estiver recebendo auxílio-doença, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, está obrigado a submeter-se periodicamente à perícia médica do INSS, bem como ao processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, e ainda ao tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos.

De acordo com o artigo 78, o auxílio-doença cessa: a) pela recuperação da capacidade para o trabalho; b) pela transformação em aposentadoria por invalidez ou auxílio-acidente de qualquer natureza, desde que, neste caso, tenha resultado seqüela que implique redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia.

Já o artigo 79 prevê que o segurado, em gozo de auxílio-doença, quando não for possível sua recuperação para a atividade habitual, deverá submeter-se a processo de reabilitação profissional para exercício de outra atividade. Nesse caso, o benefício não cessará até que ele seja dado como habilitado para o desempenho

de nova atividade que lhe garanta a subsistência ou, quando considerado irrecuperável, até que seja aposentado por invalidez.

Segundo o artigo 80, o segurado empregado em gozo de auxílio-doença é considerado pela empresa como licenciado.

APÊNDICE C - Exemplo da planilha de trabalho

Nome	Data	Idade	Sexo	Reg func	Secret	Cargo ou Func	Tipo	Concl	Causa afastam.	Estado assoc.	Dias	Perito	Enquadr
Sujeito 367	18/06/97	58	F	—	SAS	COPEIRO	LI	CONC	K08.1	Z54.0	3	2	143
Sujeito 831	02/03/99	26	M	—	SGM	GCM	LI	CONC	K04.7		6	2	143
Sujeito 831	08/03/99	26	M	—	SGM	GCM	L. PRORR	CONC	K04.7		3	2	143
Sujeito 753	22/06/98	38	F	—	SME	PROF	LI	CONC	K04		3	1	143
Sujeito 753	04/08/98	38	F	—	SME	PROF	LI	CONC	K05		3	4	143
Sujeito 905	05/10/99	21	F	—	SME	PROF	LI	CONC	K07.6		5	1	143
Sujeito 1026	10/05/00	41	M	—	SGM	GCM	LI	NEG	neg		0	2	143

Modelo-Exemplo da "Planilha Principal" após consolidação das planilhas 1 e 2

Nome	Substituído
Data	Data da perícia
Idade	Idade do servidor na data da perícia
Sexo	Gênero
Reg func	Registro funcional - eliminado
Secret	Secretaria de Origem
Cargo ou Func	Cargo ou função exercida
Tipo	Natureza da perícia (inicial ou prorrogação)
Concl	Conclusão da perícia
Causa afastam.	Causa principal do afastamento - CID-10
Estado assoc.	Estado associado - CID - 10 (quando presente ou quando necessário para a correta identificação do motivo*)
Dias	Número de dias concedidos
Perito	Nº atribuído ao perito
Enquadr	Enquadramento da licença — artíco 143 (Lei 8989/79 - Estatuto Servidor Mun. SP = licença na pessoa do servidor)

* P.Ex K08.1 equivale à perda de dentes devido a acidente, extração ou doença periodontal
 Z54.0 equivale à Convalesceça pós cirúrgica
 Para codificar o ato exodôntico (inexistente na CID-10, pois esta não é uma classificação de procedimentos), os peritos utilizaram a associação dos códigos K08.1 e Z54.0, cuja decodificação subentende essa condição

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa - FOU SP**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**PARECER n° 189/03
Protocolo 191/03**


O Grupo de Trabalho indicado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, **APROVOU** o protocolo de pesquisa "*Análise quantitativa dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo , submetidos à perícia ocupacional no período de 1996-2000*", de responsabilidade do pesquisador **Luiz Eugênio Nigro Mazzilli** , sob orientação do Professor Doutor Edgard Crosato.

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados a este Comitê relatórios anuais referentes ao andamento da pesquisa e ao término cópia do trabalho em "cd". Qualquer emenda do projeto original deve ser apresentada a este CEP para apreciação, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

São Paulo, 10 de novembro de 2003.

Profª Drª ROSA HELENA MIRANDA GRANDE
Coordenadora do CEP-FOUSP

ANEXO B - Guia de Solicitação de Perícia Médica – Frente

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA						SPM Nº _____ <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EX OFFICIO			
A – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR - (OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS)						RH Nº _____			
1 - NOME _____									
2 - REGISTRO FUNCIONAL _____		3 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____		4 - COR _____		5 - SEXO _____		6 - ESTADO CIVIL _____	
7 - ENDEREÇO RESIDENCIAL _____						8 - TELEFONE _____			
9 - CÓDIGO DO CARGO/FUNÇÃO _____			10 - CATEGORIA FUNCIONAL _____			11 - DATA DE INÍCIO NA PMSP ____/____/____			
12 - UNIDADE DE LOTAÇÃO _____				13 - CÓDIGO DE ENDEREÇAMENTO _____		14 - TELEFONE _____			
15 - LICENÇA MÉDICA <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO				16 - ÚLTIMA LICENÇA – DATA E Nº DE DIAS CONCEDIDOS _____					
17 - ESTA LICENÇA DESTINA-SE: <input type="checkbox"/> AO SERVIDOR <input type="checkbox"/> A DEPENDENTE NOME DO DEPENDENTE _____ GRAU DE PARENTESCO _____ _____ DATA _____ ASSINATURA DO SERVIDOR _____ CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA _____									
B – QUESITOS A CARGO DO MÉDICO PERITO									
1 - ESTÁ O SERVIDOR INCAPACITADO PARA O TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				5 - ENQUADRAMENTO – LEI Nº 8.988/79 <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO PRÓPRIO SERVIDOR ARTIGO 143 <input type="checkbox"/> LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ARTIGO 146 <input type="checkbox"/> LICENÇA A GESTANTE ARTIGO 148 <input type="checkbox"/> LICENÇA COMPULSÓRIA ARTIGO 157 <input type="checkbox"/> LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO OU MOLÉSTIA PROFISSIONAL, REFERENTE AO ACIDENTE DE ____/____/____ C.A.P. Nº _____ ARTIGO 160					
2 - PARECER CONCLUSIVO <input type="checkbox"/> CONTRÁRIO À CONCESSÃO DE LICENÇA <input type="checkbox"/> FAVORÁVEL À CONCESSÃO DE _____ (_____) DIAS DE LICENÇA				ALTA MÉDICA: <input type="checkbox"/> SEM SEQÜELA <input type="checkbox"/> COM SEQÜELA					
3 - HÁ NECESSIDADE DE NOVO EXAME AO TÉRMINO DESTA LICENÇA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				DATA _____ CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO _____					
4 - LOCAL DA PERÍCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> DEMED <input type="checkbox"/> HSPM <input type="checkbox"/> DOMICILIAR <input type="checkbox"/> OUTROS ENDEREÇO COM REFERÊNCIAS: _____				ESTE PARECER NÃO SUBSTITUI A DECISÃO FINAL A SER PUBLICADA EM D.O.M.					
CID _____ CRM _____									
ATENÇÃO – APRESENTAR-SE NA DATA E HORÁRIO DETERMINADOS COM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO. – TRATANDO-SE DE DEPENDENTE, APRESENTE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE PARENTESCO.				C – REVISÃO/RETIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> CONFIRMADO <input type="checkbox"/> ALTERADO JUSTIFICATIVA DO PARECER: _____) DIAS A PARTIR DE ____/____/____ DATA _____ CARIMBO E ASSINATURA _____					

1ª VIA – DEMED 2ª VIA – CADASTRO/CRH 3ª VIA – UNIDADE DO SERVIDOR

C
H
A
N
C
E
L
A
D
E
M
E
D
O

ANEXO B - Guia de Solicitação de Perícia Médica – Verso

D - RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO PERICIAL		
NOME DO EXAMINADO E CARGO/FUNÇÃO		IDADE
HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL		
E - EXAME FÍSICO		
PULSO:	PA:	OBS. NAS EX OFFICIO INFORMAR DATA DA INTERNAÇÃO ____/____/____
F - EXAMES COMPLEMENTARES / RELATÓRIOS MÉDICOS		
G - DIAGNÓSTICO PROVÁVEL		
____/____/____ DATA		_____ CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO

ANEXO C - Autorização para uso da base de dados do DEMED

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO MÉDICO

DEMED GABINETE
SRA. DIRETORA
DRA. ANNA REGINA LUZ CORREA

Solicito autorização para uso do " banco de dados" de registro dos atendimentos periciais realizados neste departamento, a ser obtido junto ao setor de informática, para finalidade de pesquisa acadêmica junto à Universidade de São Paulo, na área de Odontologia Ocupacional , dentro dos preceitos éticos e morais reguladores desta prática.

São Paulo 04/12/98


Luiz Eugenio Nigro Mazzilli
Cirurgião Dentista
CROSP 27346


DRA. ANNA REGINA LUZ CORREA
Diretora Técnica
DEMED - SMA